

ISSN 1611-0773
D 60843
4. Jahrgang

Psychotherapeuten- journal

www.psychotherapeutenjournal.de

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

1/2005

24. März 2005 (S. 1-96)

- (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden?
- Von den Grenzen zu den Passungen
- Was heißt Prävention?
- Hypnose als psychotherapeutische Methode



R. v. Decker

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Heftes wird die große Flut in Südostasien vom 26. Dezember nicht mehr die Schlagzeilen beherrschen. Die weltweite Hilfsbereitschaft und Anteilnahme war überwältigend. Auffällig dabei war, dass noch nie im Zusammenhang mit einer Katastrophe so viel über die psychischen Folgen für die Überlebenden in den Medien berichtet worden ist, und dies durchaus überwiegend sachkundig. In vielen Sendungen und Artikeln wurden die Symptome akuter Belastungsstörungen und die langfristigen Folgen, v. a. bei Kindern, ausführlich dargestellt und professionelle Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Dies zeigt, dass psychisches Leid und die Möglichkeiten professioneller Hilfe allgemein stärker öffentlich wahrgenommen werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer und die Landespsychotherapeutenkammern haben schnell reagiert: Kolleginnen und Kollegen mit Erfahrungen in der Traumabehandlung wurden dazu aufgerufen, sich in Listen einschreiben zu lassen und bei Bedarf umgehend freie Therapieplätze zur Verfügung zu stellen, was sie dankenswerter Weise in großer Zahl getan haben.

Wir freuen uns über den Entschluss der saarländischen Psychotherapeutenkammer, ebenfalls dem Herausgeberkreis beizutreten. Je bekannter das Psychotherapeutenjournal und je größer die Auflage (derzeit 30.000) wird, umso mehr Beiträge werden zur Veröffentlichung eingereicht. Der Redaktionsbeirat hat sich pro Ausgabe inzwischen mit mehr als 30 zur Veröffentlichung eingereichten Beiträgen zu befassen, mit steigender Tendenz. An dieser Stelle sei auch einmal herzlich für den großen Einsatz gedankt, den Frau Dr. Ripper von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg als Redaktionsleiterin für die anderen Kammern leistet.

Wenn schon die in den bisherigen Ausgaben veröffentlichten Beiträge zur Psychotherapieforschung heftige und kontroverse Diskussionen ausgelöst haben, wird dies mit den beiden Beiträgen von **Klaus Grawe** und **Jürgen Kriz** in diesem Heft vermutlich erst recht der Fall sein. Wenn Grawe in

seinem Beitrag „(Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden?“ die These vertritt, dass in der gegenwärtigen Diskussion um die empirische Validierung von Psychotherapie vieles den Charakter von Scheingefechten habe, was nur der Aufrechterhaltung der bestehenden Verhältnisse diene, wird dies nicht unwidersprochen bleiben. Zwar ist sich **Kriz** (in „Von den Grenzen zu den Passungen“) mit **Grawe** darin einig, dass die bestehenden Schulen-Strukturen der Richtlinienpsychotherapie überwunden werden müssten, seine Schlussfolgerungen sind aber andere.

Das wichtige Thema Qualitätssicherung in der Ausbildung zum Psychotherapeuten wurde in der Redaktionskonferenz lange diskutiert. Zwei weitere eingereichte, aber zunächst nicht abgedruckte Beiträge veranlassten uns schließlich, die Bundespsychotherapeutenkammer anzuregen, ein Symposium zu planen, um die Vielfältigkeit der Ansätze in diesem Gebiet möglichst umfassend darzustellen. Weil uns immer noch Leserbriefe zu diesem Thema erreichen, möchten wir darauf hinweisen, dass wir Diskussionsbeiträge zu Themenschwerpunkten generell zeitnah, jedoch auch abschließend in einem der beiden auf den jeweiligen Artikel folgenden Hefte abdrucken.

Der Beitrag von **Jürgen Hardt** befasst sich sehr kritisch mit dem vor kurzem vorgelegten Entwurf eines Präventionsgesetzes. Ganz im Gegensatz zum Anspruch leitet der Entwurf keinen Paradigmenwechsel, z. B. auf der Basis der Ottawa-Charta oder orientiert am Salutogenese-Ansatz, ein. Vielmehr erscheine er als Versuch, das Gesundheitswesen in seiner jetzigen, medizinisch geprägten Form zu retten. Es sei in diesem Zusammenhang auch auf die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer hingewiesen (unter www.bptk.de), die ebenfalls hart mit dem Gesetzesentwurf ins Gericht geht. Man fragt sich, wie so gerade bei einem Gesetz, das im Kern eine Veränderung von Verhalten, Einstellung oder kurz Lebensstil zum Ziel hat, in so geringem Maße auf psychotherapeutisches Wissen zurückgegriffen wird.



Viele, auch erfahrene Psychotherapeuten, interessieren sich für hypnotherapeutische Fortbildungsangebote zur Erweiterung ihrer Kompetenz. Was an der Hypnotherapie ist wissenschaftlich begründet und gesichert? **O. Bernd Scholz** stellt den derzeitigen Stand der angewandten und Grundlagenforschung zur Hypnose und Hypnotherapie dar. Es ist ihm sicher Recht zu geben, dass manches, das sich Hypnotherapie nennt, wissenschaftlichen Kriterien nicht gerecht wird. Da sich die Hypnotherapie derzeit in der Überprüfung durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie befindet, ist der Artikel hochaktuell.

Zu ergänzenden Beiträgen angeregt hat der Artikel von Fischer "Schwurgericht und Psychotherapeut im Spannungsfeld zwischen Wahrheitsfindung und Patientenschutz" in der Ausgabe 3/2004. In der Rubrik „zur Diskussion“ drucken wir die Erwiderung von **Ferdinand Haenel** und **Nora Balke** auf diesen Artikel ab.

Die Rubriken „Recht aktuell“ von **Hartmut Gerlach** und „Aktuelles aus der Forschung“, dieses Mal bearbeitet von **Detlef Bunk**, sind inzwischen fester und gern gelesener Bestandteil des Psychotherapeutenjournals.

Wir wünschen allen Lesern mit dieser ersten Ausgabe 2005 des Psychotherapeutenjournals ein gutes und erfolgreiches Jahr.

*Dieter Best (Rheinland-Pfalz)
für den Redaktionsbeirat des
Psychotherapeutenjournals*

Inhalt

Editorial	1
Artikel	4
<i>Grawe, K.</i> (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden?	4
Das gegenwärtig diskutierte Konzept der empirischen Validierung von Therapiemethoden wird in Frage gestellt. Stattdessen wird ein Konzept vorgeschlagen, wie Psychotherapie durch empirische Validierung von Wirkfaktoren, Sichtweisen und Therapieausbildungen insgesamt noch wirksamer gemacht werden kann.	
<i>Kriz, J.</i> Von den Grenzen zu den Passungen	12
Viele Psychotherapeuten arbeiten heute methodenübergreifend mit komplex gestörten Patienten. Begriffe wie „Konsiliar- und Liaisondienste“, „Casemanagement“, „Integrierte Versorgung“ oder „Medizinische Versorgungszentren“ belegen weitere strukturelle Veränderungen psychotherapeutischer Arbeit. Dies erfordert, bestehende bürokratische und ideologische Grenzen – z.B. „Richtlinienverfahren“ für ätiologisch reine Störungskategorien – zugunsten einer passungsgerechteren Versorgung der Patienten zu überwinden.	
<i>Hardt, J.</i> Was heißt Prävention?	21
Das Gesetzesvorhaben „Prävention“ wird an seinem Anspruch gemessen. Wirksame Prävention muss Gesundheitspolitik in Richtung umfassender Kulturpolitik überschreiten, weil es um Einflussnahme auf Lebensumstände und Lebensformen geht. Wegen der nicht beantworteten Legitimationsfrage, die solche Einwirkung in einer freien Gesellschaft aufwirft, greift das Gesetzesvorhaben zu kurz. Die Einbindung psychotherapeutischen Sachverständes wird verlangt.	
<i>Scholz, O. B.</i> Hypnose als psychotherapeutische Methode: Ergebnisse der psychologischen Psychotherapieforschung	27
Es wird ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der angewandten und Grundlagenforschung zur Hypnotherapie gegeben. Die Grundzüge des Verfahrens werden dargestellt. An verschiedenen Beispielen werden mnestiche, behaviorale und biologische Begleitprozesse bzw. Mechanismen von hypnotischer Trance erläutert. Einige ausgewählte Störungen, die mit Hypnotherapie – teilweise auch adjuvant – erfolgreich behandelt werden können, werden dargestellt. Der breite Indikationsbereich der psychotherapeutischen Problem- und Aufgabenstellungen, die hypnotherapeutisch bearbeitet werden können, wird abgesteckt.	
Recht: Aktuell	33
<i>Gerlach, H.</i>	
Aktuelles aus der Forschung	38
<i>Bunk, D.</i>	
Zur Diskussion	43
<i>Haenel, F. & Balke, N.</i> Erwiderung auf den Artikel von Hans Fischer „Schwurgericht und Psychotherapeut im Spannungsfeld zwischen Wahrheitsfindung und Patientenschutz“ im Psychotherapeutenjournal 3/2004	43
<i>Fischer, H.</i> Replik auf die Erwiderung von Ferdinand Haenel und Nora Balke	44

Den Ausgaben der Länder Baden-Württemberg, Hamburg und Nordrhein-Westfalen sind in der Mitte der Zeitschrift **Satzungen** beige-fügt, die die rechtliche Grundlage für die Kammerarbeit darstellen.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern	45
Bundespsychotherapeutenkammer	45
Baden-Württemberg	49
Bayern	53
Berlin	57
Bremen	60
Hamburg	65
Hessen	69
Niedersachsen	73
Nordrhein-Westfalen	78
Rheinland-Pfalz	83
Schleswig-Holstein	88
Leserbriefe	92
Letzte Meldung: Neues Tarifrecht im öffentlichen Dienst vereinbart	92
Kleinanzeigen	93
Kontaktdaten der Kammern	95
Inserentenverzeichnis	95
Impressum	96

**WIRTSCHAFTS-
DIENST GMBH
DES BDP**

Wirtschaftsdienst GmbH des BDP
 Unsere Versicherungsleistungen und Angebote sind optimiert für die Anforderungen Ihrer Berufstätigkeit

Bitte senden Sie mir Informationen zu folgenden Leistungen

<input type="checkbox"/> Berufshaftpflicht-Versicherung	<input type="checkbox"/> Berufs-Rechtsschutz-Versicherung
<input type="checkbox"/> Privathaftpflicht-Versicherung (nur in Verbindung mit Berufshaftpflicht)	<input type="checkbox"/> Private Kranken-Versicherung für approbierte PsychologInnen
<input type="checkbox"/> Praxiseinrichtung-Versicherung	<input type="checkbox"/> Altersvorsorge
Neuwert der Einrichtung _____ €	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit-Versicherung für approbierte PsychologInnen
<input type="checkbox"/> Elektronik-Versicherung	<input type="checkbox"/> Betriebskostenausfall-Versicherung
Neuwert der Einrichtung _____ €	<input type="checkbox"/> Chipkarten-Lesegeräte und -Drucker
<input type="checkbox"/> Unfall-Versicherung	

Wirtschaftsdienst GmbH
 Oberer Lindweg 2
 D-53129 Bonn
 Tel. 0228-641022
 Fax 0228-641023
 wd-services@t-online.de
 www.wd-services.de
 www.bdp-verband.org

Absender (ptj)
 Vorname, Name _____
 Straße, Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon/E-Mail _____
 Geburtsdatum _____

(Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden?

Klaus Grawe

Institut für Psychologie der Universität Bern

Zusammenfassung: Es wird die Auffassung vertreten, dass in der gegenwärtigen Diskussion um die empirische Validierung von Psychotherapie Vieles den Charakter von Scheingefechten hat, die der Aufrechterhaltung der bestehenden Verhältnisse dienen. Durch die empirische Validierung von Therapiemethoden entsteht noch keine wirksamere Psychotherapie. Es geht vielmehr darum, über die bestehenden Methoden und Therapieformen hinauszukommen. Nicht Therapiemethoden und Thera-

pieformen, sondern Wirkfaktoren, Sichtweisen und Psychotherapieausbildungen müssen empirisch validiert werden, wenn Psychotherapie insgesamt wirksamer werden soll als sie heute ist. Eine radikale Abkehr vom Denken in Therapiemethoden tut not. Alle Akteure auf dem Gebiet der Psychotherapie müssten sich von den bestehenden Gewohnheiten und Strukturen lösen. Es wird aufgezeigt, in welche Richtung eine progressive Weiterentwicklung der Psychotherapie gehen könnte.

1. Kontrollierte Wirksamkeitsstudien sind unverzichtbar und auch unter Praxisbedingungen möglich

Psychotherapie soll möglichst wirksam sein. Darüber herrscht Einigkeit. Über die Kriterien, an denen die Wirksamkeit bemessen werden soll, gibt es unterschiedliche Auffassungen, aber dass eine Besserung der Symptomatik und des Wohlbefindens, eine möglichst gute Erfüllung der persönlichen Behandlungsanliegen des Patienten und eine bessere Fähigkeit zur Ausfüllung der sozialen Rollen in der Familie, bei der Arbeit usw. dazu gehören sollten, wird ebenfalls von den meisten akzeptiert. Diese Kriterien können mehr oder weniger gut erreicht werden. Um darüber reliable, valide und überprüfbare Aussagen machen zu können, braucht es replizierbare Messungen. Die Notwendigkeit, den Therapieerfolg objektiv zu messen, ist von vielen Psychotherapeuten nur widerwillig erst unter dem Diktat der Qualitätssicherung und der immer drängender gewordenen Forderung nach empirischer Validierung auch der Psychotherapie eingesehen worden. Der Legitimationsdruck hat dazu geführt, dass in-

zwischen sogar von Therapeutengruppierungen Therapieerfolgsmessungen erhoben werden, die das noch vor kurzem weit von sich gewiesen haben. Ein Beispiel dafür ist die „Praxisstudie psychoanalytische Langzeittherapie (PAL)“ von Rudolf und Mitarbeitern. Der Zweck dieser Studie lässt sich schon an der Art ihrer Veröffentlichung erkennen. Die Ergebnisse werden schon vor Abschluss der Datenerhebung über Presseorgane verbreitet (z.B. Pressemitteilung 145/2003 des Universitätsklinikums Heidelberg: „Klinische Studie belegt Wirksamkeit der Psychoanalyse“ oder „Neue Zürcher Zeitung online“ vom 31. August 2004: „Der Wert der Psychoanalyse. Das Schürfen in tieferen Seelenschichten lohnt sich doch“), ehe den Autoren durch das Peer Review einer anspruchsvollen Fachzeitschrift die Butter vom Brot genommen werden kann. Es wäre ein Missverständnis, solche extrinsisch motivierten Versuche, nunmehr auch noch mit Zahlen zu „beweisen“, wovon man ohnehin überzeugt ist, als Psychotherapieforschung zu betrachten. Legitimationsforschung dieser Art fehlt das, was Forschung im innersten ausmacht: Neugier und die Bereitschaft zum In-Frage-Stellen.

Wirksamkeitsnachweise, wie sie der deutsche wissenschaftliche Beirat für Psychotherapie von den einzelnen Therapieformen gefordert hat, liegen vom Niveau her gerade eine Ebene höher als solche reine Legitimationsforschung. Es muss nicht nur ein signifikanter Therapieeffekt gemessen worden sein, sondern es müssen auch den Regeln der empirischen Forschungsmethodik entsprechende Vorkehrungen getroffen worden sein, dass der festgestellte Effekt nicht auf andere Faktoren als das untersuchte therapeutische Vorgehen zurückgeht. Das kann nicht nur durch unbehandelte Kontrollgruppen oder Placebo-Kontrollgruppen geschehen. In einem fortgeschrittenen Stadium der Therapieforschung ist es angemessener, zur Kontrolle bereits bewährte Therapien mit nachgewiesener Wirksamkeit heranzuziehen. Die Forderung, die interne Validität einer Untersuchung durch entsprechende Kontrollen zu sichern, ist wissenschaftlich eine Selbstverständlichkeit. Sie ist eine unabdingbare Sicherung gegen irrtümliche Schlussfolgerungen. Es ist ein verbreiteter Irrtum, dass sich solche Kontrollen in klinischen Studien mit hoher externer Validität nicht durchführen lassen. Es gibt etliche Psychotherapiestudien, die das Gegenteil beweisen (s. Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Lambert & Ogles, 2004).

Wenn man die Wirksamkeit eines bestimmten Vorgehens prüfen will, kann man es immer in einem kontrollierten Design mit der bisher am besten bewährten Therapie vergleichen. Das ist sowohl ethisch gut zu rechtfertigen als auch praktisch ohne Abstriche an die Versorgungsqualität durchführbar. Das Risiko liegt nur darin, dass die Therapie, deren Wirksamkeit man prüfen will, schlechter abschneidet als die bisher

am besten bewährte Therapie. Deswegen wird dieses klinisch und methodisch valide Design für reine Legitimationszwecke gescheut.

Niemand, der selbst mit den Bedingungen der Therapiepraxis konfrontiert und gleichzeitig methodisch gut ausgebildet ist, hat je Doppelblindstudien für die Psychotherapie oder die Erfüllung irgendwelcher methodischer „Goldstandards“ gefordert. Das sind von Interessenvertretern als Strohpuppen in die Diskussion eingeführte Argumente, die nur dem Ziel dienen, die Forderung nach stichhaltigen Wirksamkeitsnachweisen absurd erscheinen zu lassen. Erleichtert worden ist ihnen dies durch Verlautbarungen einiger Labor-Therapieforscher, die nie selbst in der klinischen Praxis gearbeitet haben. Die Tatsache, dass es solche Laborforscher gibt, kann nicht als Argument für die Unmöglichkeit klinisch valider kontrollierter Therapieforschung ins Feld geführt werden. In der Gemeinschaft der Therapieforscher, etwa in der Society for Psychotherapy Research, spielen solche Laborforscher überhaupt keine Rolle. Wer sich wirklich von der Wirksamkeit einer Therapie überzeugen will, findet in der empirischen Forschungsliteratur reichlich Beispiele dafür, wie das gleichzeitig klinisch und methodisch valide geschehen kann.

Auch die Langzeitpsychoanalyse kann man nicht mit solchen vorgeschobenen Argumenten vor der Forderung nach stichhaltigen Wirksamkeitsnachweisen schützen. Niemand, der etwas von Psychotherapieforschung versteht, wird die unsinnige Forderung aufstellen, für Patienten, welche

einer Langzeitpsychoanalyse unterzogen werden sollen, eine unbehandelte Kontrollgruppe zu bilden. Es gibt andere, klinisch durchaus realisierbare Kontrollmöglichkeiten. Man kann z.B. die „Kontrollpatienten“ mit dem oder den Verfahren behandeln, für das oder die bei solchen Patienten bisher besonders überzeugende Wirksamkeitsbelege vorliegen. Das würden sehr viel kürzer dauernde Therapien nicht psychodynamischer Ausrichtung sein. Die Messungen würden sich dann für beide Vergleichsgruppen über mehrere Jahre erstrecken, wie es in Langzeitkatamnesen üblich ist. Wenn die Langzeitpsychoanalyse am Ende des Beobachtungszeitraumes dann nicht bessere Behandlungsergebnisse erzielte als die Vergleichstherapien, wären ihr höherer Aufwand für den Patienten und die weitaus höheren Kosten offensichtlich nicht gerechtfertigt. Wenn sie sogar schlechter abschneide, könnte sie nicht als Behandlungsmethode für Patienten der untersuchten Art empfohlen werden. Das gilt analog natürlich auch für andere Therapieverfahren, für die bisher keine überzeugenden Wirksamkeitsbelege vorliegen. Kein Verfahren kann sich mit dem Argument, kontrollierte Untersuchungen seien klinisch nicht valide, der Forderung nach methodisch stichhaltigen Wirksamkeitsnachweisen entziehen. Natürlich gibt es alle möglichen anderen sinnvollen Forschungsdesigns wie Einzelfallstudien, langfristige Versorgungsforschung, Prozessstudien und Prozess-Outcomestudien. Sie alle sind für bestimmte Fragestellungen sinnvoll, aber sie sind zusätzliche, nicht alternative Forschungsstrategien zu kontrollierten Wirksamkeitsprüfungen. Ein Vergleich mit dem bisher

wirksamsten Therapieverfahren ist immer möglich und kann unter realen Versorgungsbedingungen durchgeführt werden. Die Tatsache, dass diese nahe liegende und relativ leicht realisierbare Möglichkeit bisher nicht häufiger genutzt wird, lässt vermuten, dass das Risiko eines den Legitimationsinteressen zuwiderlaufenden Ergebnisses gescheut wird. Das ist zwar verständlich, aber die vielen Rationalisierungen, die für dieses Vermeidungsverhalten in die Diskussion gebracht werden, bringen die Psychotherapie ganz und gar nicht voran. Bei der Gegenüberstellung einer „Labor-Psychotherapie“ und einer „ökologisch-basierten Psychotherapie“ (Zurhorst, 2003) handelt es sich um die Inszenierung eines Scheingefechtes. Zwischen therapeutischen Analogstudien und psychotherapeutischer Versorgungsforschung unter frei variierenden Bedingungen gibt es ein weites Feld kontrollierter Therapiestudien, denen man klinische Relevanz nur aus Ignoranz absprechen kann.

Auch die Gegenüberstellung von Kontrolle/Messung/Gruppenstatistik auf der einen Seite und hermeneutischen Forschungsansätzen auf der anderen Seite schafft nur die Grundlagen für unfruchtbare Scheingefechte. Diese dauern schon Jahrzehnte an und haben keinen Fortschritt in der Sache gebracht. Irgendwann kommt Forschung immer an den Punkt, an dem man sich fragen muss, ob es wirklich so ist, wie man annimmt. Dies ist der Moment, an dem man um kontrollierte empirische Untersuchungen mit prüfendem Charakter nicht herunkommt. Die Welt der Psychotherapie hat sich Jahrzehnte lang mit her-

Anzeige

Seminar: “Einnahmen-Überschussrechnung selbst erstellen“

1-tägiger Praxis-Workshop für Buchführungs- und Steuerlaien • kleine Gruppen bis max. 10 Teilnehmer • PC-ausgestattete Schulungsräume • Seminarpreis € 284,20 • Software erhältlich für € 39,95 • (inkl. MWSt)
Weitere Informationen, Veranstaltungsorte und Termine unter: www.taxcom.biz oder 0711 - 6 200 900

TAXCOM GmbH Steuerberatungsgesellschaft Friedrichstr. 8 70174 Stuttgart

meneutisch generierten Annahmen begnügt. Die Bereitschaft zu glauben war übermäßig groß. Erst das In-Frage-Stellen und die kontrollierte Überprüfung haben aus der vorwissenschaftlichen Psychotherapie der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts allmählich ein wissenschaftliches Unternehmen werden lassen. Die Transformation „von der Konfession zur Profession“ (Grawe, Donati & Bernauer, 1994) ist aber noch nicht abgeschlossen, wie die andauernde Diskussion über die Berechtigung der Forderung nach einer empirischen Validierung der Psychotherapie zeigt. Nach meiner Ansicht geht diese Diskussion an den eigentlichen Problemen, vor denen wir in der wissenschaftlichen Psychotherapie stehen, vorbei.

2. Die Orientierung an Therapiemethoden ist eine Sackgasse

Es gäbe nämlich eigentlich allen Grund, eine Diskussion darüber zu führen, wie die Psychotherapie wissenschaftlich tatsächlich vorangebracht werden kann und es gäbe auch gute Gründe, daran zu zweifeln, dass die bisherigen Entscheidungen des wissenschaftlichen Beirates die Psychotherapie wirklich voranbringen werden. Die Entscheidungen des Beirates wie auch die geltenden Regelungen des psychotherapeutischen Ausbildungs- und Versorgungssystems kranken daran, dass sie sich immer noch auf Therapieverfahren als wichtigsten Ordnungsgesichtspunkt beziehen. In der Psychotherapieforschung ist längst klar, dass Therapieverfahren wie Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie usw. keine sinnvollen Untersuchungseinheiten sind. Es werden damit Unterscheidungsmerkmale hervorgehoben, deren Relevanz für das Therapieergebnis nach allen dazu vorliegenden Forschungsergebnissen höchst zweifelhaft ist. Das war im Grunde auch dem wissenschaftlichen Beirat klar. Er führte daher als weiteres Ordnungsmerkmal die Störungen ein, indem er die Vertreter therapeutischer Ansätze dazu aufforderte, Belege für die wirksame Behandlung bestimmter Störungsbilder beizubringen. Die störungsspezifische Differenzierung und Spezifizierung war sicher ein nützlicher Schritt über so globale Aussagen wie „Verhaltenstherapie

ist wirksam“ hinaus. Er entspricht auch dem allgemeinen Forschungstrend hin zur Störungsspezifität in Psychiatrie, Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Die Philosophie dahinter ist folgende: Wenn in Zukunft Patienten mit einer bestimmten Störung nur noch mit Verfahren behandelt werden, die sich bei dieser Störung nachweislich als wirksam erwiesen haben, dann sollte es in Zukunft im Durchschnitt zu besseren Behandlungsergebnissen kommen. Die Wirksamkeitssteigerung würde dadurch erzielt, dass nur noch wirksame Therapieverfahren angewendet werden und dass jene Verfahren, deren Wirksamkeit bei dieser Störung nicht stichhaltig erwiesen wurde, aus der Versorgung verbannt würden.

Tatsächlich ist die Versorgungslage in Deutschland weit von diesem Ziel entfernt. Nach einer epidemiologischen Studie an einer repräsentativen Stichprobe junger Frauen in Deutschland von Margraf und Poldrack (2000) werden junge Frauen mit Angststörungen fast immer medikamentös (89,1%), aber nur relativ selten (16,5%) psychotherapeutisch behandelt und wenn, dann ganz überwiegend mit Verfahren, deren Wirksamkeit für die Behandlung von Angststörungen weitaus weniger überzeugend nachgewiesen wurde als die kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden. Nur 1% der Frauen erhielten diejenige Behandlung, für die besonders gute Wirksamkeitsnachweise bei diesen Störungen vorliegen. Auf dem Hintergrund solcher Ergebnisse kann man den Entscheidungen des Beirates nicht jede Logik absprechen. Zwar entstünden dadurch, dass vermehrt die nachweislich wirksamen Therapien angewendet würden, keine wirksameren Therapien, aber die durchschnittliche Versorgungsqualität könnte wohl tatsächlich gesteigert werden.

Dass der Beirat seinen Entscheidungen weiterhin die Abgrenzungen zwischen Therapierichtungen zugrunde legt, obwohl der Zusammenhang zwischen diesen Unterscheidungen und dem Therapieerfolg wissenschaftlich sehr fraglich ist, muss man wohl als Konzession an die Realitäten im gegenwärtigen Ausbildungs- und Versorgungssystem ansehen. In einem System, in dem sich alle Verordnungen, Regeln-

gen, Begründungen, Gewohnheiten, erworbenen Besitzstände und eingespielten Abläufe an den Unterscheidungen zwischen bestimmten Therapieverfahren orientieren, darf man sich nicht wundern, wenn ein aus Vertretern dieser Richtungen zusammengesetztes Gremium seine Entscheidungen innerhalb dieser systemkonformen Kategorien trifft. Die Auflösung dieser Kategorien würde vermutlich noch größeren Widerstand aus dem System bewirken, als es die Entscheidungen des wissenschaftlichen Beirates jetzt schon tun, denn dann wären alle Akteure betroffen, gerade auch die am besten etablierten, die von den jetzigen Regelungen am meisten profitieren. Es müssten sich alle Akteure vom Gewohnten lösen, wenn man die Ausbildung und Praxis der Psychotherapie wirklich an dem zu orientieren begännen, was die einschlägig relevanten Forschungsergebnisse nahe legen. Das sind keineswegs nur Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Therapieverfahren, sondern alle Ergebnisse aus Psychologie, Psychiatrie, Neurowissenschaften und Psychotherapieforschung, die Erkenntnisse über die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und über die Wirkungsweise von Psychotherapie beinhalten.

Ich habe vor zwei Jahren einmal Gelegenheit gehabt, meine Vorstellungen zur Überwindung des Therapieschulsystems und zu einer progressiven Weiterentwicklung der Psychotherapie dem wissenschaftlichen Beirat vorzutragen. Es sind ungefähr die Ideen, die ich nachfolgend darlegen werde. In der sich an meinen Vortrag anschließenden Diskussion war bei vielen Beiratsmitgliedern eine recht große Offenheit gegenüber solchen Ideen erkennbar, und es wäre fast zu ersten Beschlüssen in diese Richtung gekommen. Aber schon auf der nächsten Sitzung waren die Bewahrer und Bedenkenräger wieder in der Mehrheit. Es ist nicht so leicht, gleichzeitig ein eingebundener Akteur in einem System zu sein und sich von seinen Selbstverständlichkeiten zu lösen. Gerade das wäre aber erforderlich, um Psychotherapie wirklich wirksamer zu machen als sie heute ist. Forschung kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Sie kann bisher ungenutzte Möglichkeiten aufzeigen und Irrwege erkennen helfen. Aber es braucht Akteure im

Ausbildungs- und Versorgungssystem, die bereit sind, neue Wege zu gehen und die genügend Einfluss haben, auch andere auf diese Wege zu führen.

3. Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden

Für einige der vielen verschiedenen Therapiemethoden kann der Wirksamkeitsnachweis als erbracht angesehen werden (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; s. auch die bisherigen Entscheidungen des wissenschaftlichen Beirates). Ob es bedeutsame Wirksamkeitsunterschiede zwischen den als wirksam anerkannten Methoden gibt, wird bis heute kontrovers diskutiert (Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Lambert & Ogles, 2004). Letztlich geht es bei der diesbezüglichen Diskussion darum, ob der Effektstärkenunterschied, der in einigen Metaanalysen zugunsten der kognitiv-behavioralen Therapien gefunden wurde, als statistisch bedeutsam angesehen werden kann oder nicht. Eine Überlegenheit anderer Methoden über die kognitiv-behavioralen wurde in keiner Metaanalyse festgestellt und wird von niemandem ernsthaft behauptet. Unstrittig ist aber, dass der Unterschied, um dessen Bedeutsamkeit es geht, im Vergleich zum gesamten Therapieeffekt eher gering ist. Während die Gesamtwirkung von Psychotherapie einschließlich Spontanremission und Placeboeffekten über alle Erfolgskriterien und untersuchten Therapieformen hinweg auf eine Effektstärke (ES) von etwa 1.2 veranschlagt werden kann, beträgt der Effektstärkenunterschied zwischen den kognitiv-behavioralen Therapien und klärungsorientierten Therapien allenfalls etwa ein Drittel davon (Shapiro & Shapiro, 1983; Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Nach einer Metaanalyse von Baskin, Tierney, Minami und Wampold (2003) reduziert sich dieser Effektstärkenunterschied noch weiter auf 0,15, wenn wirklich gewährleistet ist, dass sich die miteinander verglichenen Therapien in nichts anderem unterschieden als dem spezifischen therapeutischen Rationale.

Wie kann diese Ergebnislage interpretiert werden? Es bieten sich zwei Erklärungsmöglichkeiten und Schlussfolgerungen an, die sich gegenseitig nicht ausschließen:

1. Positive therapeutische Wirkungen können auf unterschiedliche Weise herbeigeführt werden. Verschiedene Wege können zu einem ungefähr gleichen Ergebnis führen. Daran knüpft sich die Schlussfolgerung an, dass sich ein Therapeut nicht auf eine bestimmte Methode fixieren, sondern in jedem individuellen Fall neu entscheiden sollte, welcher Weg für diesen spezifischen Patienten am besten geeignet sein könnte. Wenn es mehrere Möglichkeiten gibt, einem Patienten wirksam zu helfen, erscheint es unklug, sich von vornherein auf eine einzige dieser Möglichkeiten festzulegen. Außerdem stellt sich die Frage, ob man die Wirksamkeit nicht noch steigern könnte, wenn man bei ein und demselben Fall mehrere dieser Möglichkeiten nutzt, sei es simultan oder sequentiell.
2. Die Wirkung der verschiedenen Therapiemethoden lässt sich auf eine Reihe allgemeiner Wirkfaktoren zurückführen. Die Therapiemethoden unterscheiden sich in Aspekten, die für die eigentliche Wirkung der Therapie nicht entscheidend sind. In Wirklichkeit hängt die Wirkung von Therapien davon ab, wie gut diese allgemeinen Wirkfaktoren in der Therapie realisiert werden, und das kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Eine solche Rückführung der Wirkung von Psychotherapie auf allgemeine Wirkfaktoren wurde erstmals von Jerome Frank (1961, 1982) vertreten. Danach sind alle wirksamen Heilverfahren gekennzeichnet durch eine Therapiebeziehung zwischen einem Hilfeempfänger und einem sozial sanktionierten Hilfegeber, durch ein formalisiertes Behandlungsangebot in einem gewissen institutionellen Rahmen, durch ein bestimmtes Behandlungsrationale und durch die Durchführung eines mit diesem Rationale übereinstimmenden Behandlungsrituals und Vorgehens. Wirksam seien Heilverfahren in dem Maße, in dem durch diese Wirkfaktoren beim Patienten in glaubwürdiger Weise Besserungserwartungen induziert würden. Diese Wirkfaktoren werden auch zur Erklärung der Placebowirkungen von therapeutischen Maßnahmen herangezogen.

Während Frank seine Wirkfaktoren ganz allgemein für Heilverfahren jeder Art und unabhängig von der tatsächlichen Wirkung bestimmter Therapiemethoden konzipierte, habe ich selbst eine Reihe psychotherapeutischer Wirkfaktoren induktiv aus den tatsächlichen Wirkungen der einzelnen psychotherapeutischen Vorgehensweisen abgeleitet, wie sie in empirischen Wirksamkeitsuntersuchungen und Prozess-Outcomestudien festgestellt wurden (Grawe, 1995, 1997, 1998; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Es fanden sich für diejenigen Therapien, die eine besonders gute Wirkung erzielten, eine Reihe gemeinsamer Merkmale:

- Sie nutzen Eigenarten, welche die Patienten in die Therapie mitbringen, als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen. Sie nutzen also vorhandene motivationale Bereitschaften und Fähigkeiten der Patienten (**Wirkfaktor Ressourcenaktivierung**).
- Sie machen die Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, dem Patienten unmittelbar erfahrbar. Das kann z.B. dadurch geschehen, dass sie reale Situationen aufsuchen oder herstellen, in denen die Probleme auftreten; dass sie Personen in die Therapie einbeziehen, die an den Problemen beteiligt sind oder dass sie durch besondere therapeutische Techniken wie Imaginationsübungen, Rollenspiele o.ä. die Probleme erlebnismäßig aktualisieren (**Wirkfaktor Problemaktualisierung**).
- Sie unterstützen den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen aktiv darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen (**Wirkfaktor Problembewältigung**).
- und/oder sie fördern mit geeigneten Maßnahmen, dass der Patient ein klareres Bewusstsein der Determinanten seines problematischen Erlebens und Verhaltens gewinnt (**Wirkfaktor motivationale Klärung**).
- Bei allen Therapien trägt darüber hinaus die Qualität der Therapiebeziehung signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis bei (**Wirkfaktor Therapiebeziehung**, Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Roennestadt & Willutzki, 2004).

In nachfolgenden Prozess-Outcomestudien, in denen wir die Realisierung dieser Wirkfaktoren gezielt erfasst haben, wurde ihre Beziehung untereinander und zum Therapieergebnis noch genauer untersucht (Dick, Grawe, Regli, & Smith, 1999; Smith, Regli & Grawe, 1999; Smith & Grawe, 2003). Dabei zeigte sich, dass eine gute Therapiebeziehung und eine erfolgreiche Ressourcenaktivierung eine absolut notwendige Voraussetzung für ein gutes Therapieergebnis sind. Der Zusammenhang zwischen diesen Wirkfaktoren und dem Ausmaß positiver Klärungs- und Bewältigungserfahrungen in der jeweiligen Sitzung ist, wenn man ihn durch die Effektstärkenmetrik mit den Zusammenhängen vergleichbar macht, die sonst in psychologischen Untersuchungen zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen gefunden werden, absolut und relativ sehr hoch. Das Ausmaß von Klärungs- und Bewältigungserfahrungen in den einzelnen Therapiesitzungen korreliert seinerseits mit dem endgültigen Therapieergebnis (integrierte Effektstärke über viele Outcomemaße) zu $r = 0.69$. Die Aktualisierung der Probleme führt nur dann zu einer fruchtbaren Problembearbeitung im Sinne von positiven Bewältigungs- oder Klärungserfahrungen, wenn gleichzeitig mit der Aktualisierung des Problems in starkem Ausmaß Ressourcen aktiviert sind und wenn zu diesem Zeitpunkt eine sehr tragfähige Therapiebeziehung besteht (s. dazu ausführlicher Grawe, 2004).

Insgesamt erklären die genannten Wirkfaktoren einen großen Anteil der Therapieerfolgsvarianz. Das ist bemerkenswert, weil sie unabhängig von den vorherrschenden Ordnungssystemen in der Psychotherapie, den Störungen und Therapiemethoden, definiert wurden und ihr Einfluss störungs- und methodenübergreifend als gesichert angesehen werden kann. Es handelt sich wirklich um **allgemeine** Wirkfaktoren der Psychotherapie. Die Stärke ihres Einflusses auf das Therapieergebnis stellt so manche Annahmen der verschiedenen Therapieschulen in Frage. Offenbar ist die Bedeutung, die darin einer jeweils ganz spezifischen Art der Problembearbeitung für das Therapieergebnis zugemessen wird, empirisch nicht so groß wie theoretisch angenommen.

Das bedeutet allerdings nicht, dass es keine spezifischen Wechselwirkungen zwischen Eigenarten des Patienten und Merkmalen des therapeutischen Vorgehens gibt. Auch allgemeine Wirkfaktoren müssen patientenspezifisch verwirklicht werden. Allgemein heißt nicht, dass sie ohnehin beim Therapieren vorhanden sind. Das ist keineswegs so. Die Ergebnisse besagen vielmehr, dass es zu schlechten Therapieergebnissen kommt, wenn die Wirkfaktoren in der einzelnen Therapie nicht gut verwirklicht werden. Die Wirkfaktoren können also gut oder schlecht realisiert werden, und davon hängt das Therapieergebnis maßgeblich ab. Eine Therapiebeziehung muss immer mit einem individuellen Menschen mit seinen ganz besonderen Eigenarten, Möglichkeiten und Einschränkungen gestaltet werden; jeder Mensch bringt andere Ressourcen mit, die für die Therapie genutzt werden können usw. Für die Verwirklichung der Wirkfaktoren muss sich der Therapeut also an den Gegebenheiten des einzelnen Patienten orientieren. Er kann nicht einfach eine bestimmte Methode durchführen oder sich an ein bestimmtes störungsspezifisches Manual halten, weil darin die ganz individuellen Beziehungsvoraussetzungen, Ressourcen oder andere Merkmale eines Patienten nicht alle gleichzeitig berücksichtigt sein können. Wirkungsoptimierte Psychotherapie im Sinne einer möglichst guten Verwirklichung der genannten Wirkfaktoren muss also in jeder einzelnen Therapie eine patientenspezifische Ausformung erhalten. Das Vorgehen ist patientenorientiert und nicht methodenorientiert, und für die Orientierung an den individuellen Gegebenheiten des einzelnen Patienten sind nicht nur seine Störungen relevant, sondern viele weitere Merkmale.

Deswegen kann die Definition allgemeiner Wirkfaktoren, möge ihre Bedeutung für das Therapieergebnis auch noch so gut gesichert sein, allein keine ausreichende Grundlage für die Therapiepraxis sein. Der Therapeut braucht darüber hinaus empirisch validierte Leitlinien, die ihm helfen zu entscheiden, wo er bei einem individuellen Patienten am besten ansetzen kann, um möglichst gute therapeutische Wirkungen zu erzielen. Gerade wenn er sich nicht auf eine bestimmte Methode beschränken, sondern das ganze Arsenal wirksamer the-

rapeutischer Möglichkeiten nutzen will, ist er auf ein Fallverständnis angewiesen, das ihm Hinweise gibt, mit welcher Kombination von Vorgehensweisen er bei diesem individuellen Patienten voraussichtlich die besten Wirkungen erzielen wird.

4. Empirisch validierte Perspektivenvielfalt

Das zuvor Ausgeführte bedeutet eine radikale Abkehr vom Denken in Therapiemethoden. Der Therapeut ist kein Gesprächspsychotherapeut, Verhaltenstherapeut oder Psychoanalytiker mehr, darauf eingestellt, seine Methode auf den jeweils nächsten Patienten, der sein Büro betritt, anzuwenden. Er ist vielmehr darauf eingestellt, sich erst einmal ein Bild von dem Patienten zu erarbeiten, um auszumachen, was bei diesem Patienten verändert werden müsste, damit es ihm besser geht, wo die am besten geeigneten Ansatzstellen für die erwünschten Veränderung sind und wie die Veränderungen bei diesem Patienten mit diesen Merkmalen am besten herbeigeführt werden könnten. Das Spektrum der eingesetzten Interventionen steht also nicht im Vorhinein fest, sondern wird in jedem Fall neu bestimmt. Hierfür trägt der Therapeut eine Reihe verbindlicher, empirisch validierter Perspektiven an jeden neuen Patienten heran. Dazu gehören

- die Störungsperspektive
- die interpersonale Perspektive
- die motivationale Perspektive
- die Entwicklungsperspektive
- die Ressourcenperspektive

Die Auflistung dieser Perspektiven ist nicht abschließend gemeint. Die Verbindlichkeit der Perspektiven beruht auf ihrer empirischen Validierung. Damit ist gemeint, dass sich die Merkmale, die unter der jeweiligen Perspektive ins Auge gefasst werden, in der empirischen Forschung als relevant für das Therapieergebnis erwiesen haben. Für einige dieser Perspektiven ist das empirisch validierte Wissen und Know-how, über das ein Psychotherapeut verfügen sollte, sehr groß, weil es buchstäblich tausende von Untersuchungen dazu gibt. Das gilt etwa für die Störungsperspektive und die interpersonale Perspektive. Es ist

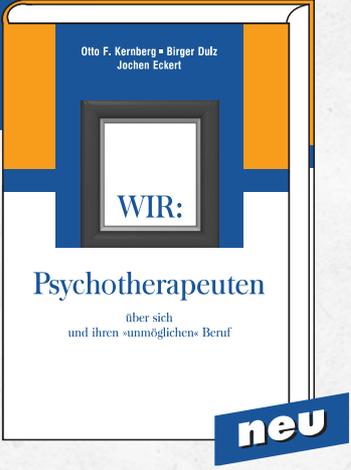
daher sinnvoll, dieses Wissen in Abständen in Form von Leitlinien aufzubereiten, um es praktikabel zu machen. Die Vermittlung des empirisch validierten Wissens und Know-hows zu jeder dieser Perspektiven würde den größten Teil der Ausbildung von Therapeuten ausmachen. Jeder Therapeut würde also lernen, welche Besonderheiten bei den einzelnen Störungsbildern zu beachten sind und welche Vorgehensweisen sich besonders bewährt haben, um die notwendigen Erfahrungen zur Korrektur dieses Störungsmusters zu vermitteln. Jeder Therapeut würde aber auch zu einem Experten für die Wahrnehmung, Analyse und Gestaltung von Beziehungsabläufen innerhalb und außerhalb der Therapie geschult werden. Jeder Therapeut würde sensitiviert werden für Eigenarten im Beziehungsverhalten von Patienten, welche sich ungünstig auf die Therapiebeziehung auswirken und so die fruchtbare Zusammenarbeit beeinträchtigen könnten, und würde darin trainiert werden, wie er auch unter schwierigen Bedingungen zu einer guten Therapiebeziehung beitragen kann. Jeder Therapeut würde dazu angeleitet, sich ein Bild davon zu machen, welche Bedürfnisse, Wünsche, Ziele und Befürchtungen das Erleben und Verhalten des Patienten annähernd und vermeidend, bewusst und unbewusst bestimmen, welche Rolle sie für seine Probleme spielen, wie sie positiv als Ressource für den Veränderungsprozess genutzt werden könnten und ob und in welcher Hinsicht sie selbst als Problem in die Therapieplanung einbezogen werden müssen. Jeder würde dazu befähigt, sich ein Bild davon zu machen, was in der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Patienten ihn für die Entwicklung seiner Störung(en) bereit gemacht hat, welche Rolle die dauerhaften Spuren dieser Erfahrungen für ihn heute spielen und wie sie gegebenenfalls in die Therapieplanung einbezogen werden sollten. Jeder Therapeut würde in seiner Ausbildung ein Bewusstsein dafür entwickeln und die praktischen Konsequenzen daraus ziehen lernen, dass die Nutzung und Ausweitung der positiven Möglichkeiten des Patienten für ein gutes Therapieergebnis noch wichtiger ist als die Bearbeitung seiner Probleme.

Vieles von dem, was soeben exemplarisch aufgeführt wurde, ist in störungsspezifischen

Therapiemanualen nicht enthalten. In diesen Manualen sind daher etliche Faktoren, die sich empirisch als hochbedeutsam für das Therapieergebnis erwiesen haben, ausgeblendet. Therapeuten, die sich an solche Manuale halten, erzielen deshalb im Durchschnitt schlechtere Therapieerfolge, als wenn sie auch diese Aspekte, zusätzlich zu den störungsspezifischen Aspekten, berücksichtigt hätten. Die Therapieergebnisse, die bisher mit manualisierten störungsspezifischen Therapieverfahren erzielt wurden, bleiben deshalb unterhalb dessen, was möglich wäre, wenn mehr von den wirklich wichtigen Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis berücksichtigt würde. Das ist vermutlich auch der Grund dafür, dass sich solche manualisierten störungsspezifischen Therapien bei Therapieergleichnissen mit nicht-störungsspezifischen, meist klärungsorientierten Therapien nicht, wie von ihren Proponenten erwartet, deutlich überlegen gezeigt haben (Baskin et al., 2003). Diese anderen Therapien berücksichtigen wiederum explizit einige der in den störungsspezifischen Manualen ausgeklammerten Wirkfaktoren und gleichen damit die Vernachlässigung des störungsspezifischen Know-hows aus. Würden sie dieses Know-how explizit nutzen, würden sie sich den rein störungsspezifischen Vorgehensweisen gegenüber wahrscheinlich als überlegen erweisen. Wegen der Ausklammerung wichtiger empirisch validierter Perspektiven und Wirkfaktoren bleiben die gegenwärtig vorherrschenden Therapieformen allesamt unterhalb dessen, was in der Psychotherapie heute auf empirisch validierter Grundlage eigentlich möglich wäre. Psychotherapie könnte insgesamt wesentlich wirksamer sein, wenn regelmäßig alle Perspektiven berücksichtigt und Wirkfaktoren realisiert würden, die aufgrund genügend zahlreicher und eindeutiger Forschungsergebnisse als empirisch validiert angesehen werden können.

5. Empirisch validierte Therapieausbildungen

Die bis heute vorherrschenden richtungsorientierten Therapieausbildungen müssen jede für sich als defizitär angesehen werden. Sie fokussieren auf das Eine und können gute empirische Begründungen dafür



Kernberg/Dulz/Eckert (Hrsg.)
WIR: Psychotherapeuten
 über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf
 Übersetzungen ins Deutsche von Petra Holler
 2005. 629 Seiten, 68 Abbildungen, 9 Tabellen, geb.
 € 59,-/CHF 94,40 · ISBN 3-7945-2293-1

Konfessionen über eine Profession

Psychotherapeuten schreiben gern, fast immer über andere und fast nie über sich selbst. Deshalb gibt es kaum Publikationen über die Angehörigen jenes Berufes, den Sigmund Freud einen der „unmöglichen“ genannt hat. Nun nehmen erstmals 60 Insider ihre eigene Zunft ins Visier, liefern harte Daten und Fakten, schildern Entwicklungen, üben Selbstkritik, berichten über Erfolge und Niederlagen und lassen keinen Zweifel an der Faszination ihrer täglichen Arbeit. Abgerundet wird das Buch durch die Eindrücke von Patienten über ihre Behandler und die Gedanken von Sprösslingen über ihre Therapeuten-Eltern.

Herausgeber sind:

- Otto F. Kernberg, Past President des Weltverbandes der Psychoanalytiker
- Birger Dulz, Psychiater, Borderline-Therapeut und Erfolgsautor
- Jochen Eckert, Ordinarius für Klinische Psychologie und einer der bekanntesten Gesprächspsychotherapeuten

Unter dieser Federführung haben prominente Psychotherapeuten aus Deutschland, der Schweiz, Österreich und den USA ein Buch in die Welt gesetzt, das die Identität eines der spannendsten Berufsfelder der Gegenwart widerspiegelt.

Besuchen Sie uns während der Lindauer Psychotherapiewochen vom 11. bis 22. April 2005: In der Alten Färberei Fischergasse 27 (beim Stadttheater) 88131 Lindau

 **Schattauer**
 www.schattauer.de

anführen, blenden das Andere aber aus, obwohl es ebenso gut empirisch begründet ist. Wegen der systematischen Ausblendung empirisch gut validierten Wissens und Know-hows können die einzelnen Therapieformen und Ausbildungen, streng genommen, nicht das Prädikat „empirisch validiert“ für sich in Anspruch nehmen. Es widerspricht elementaren wissenschaftlichen Prinzipien, willkürlich die einen Fakten zur Kenntnis zu nehmen, die anderen aber auszublenden. Wenn das Ziel eine möglichst wirksame Psychotherapie ist, müssen alle Fakten zur Kenntnis genommen und berücksichtigt werden, die sich für das Therapieergebnis als relevant erwiesen haben. Dies ist ein Ziel, das immer nur approximativ erreicht werden kann, allein schon deswegen, weil sich das empirisch validierte Wissen stetig erweitert. Trotzdem muss dieses Ziel zu einem Leitbild für Therapieausbildungen werden, die das Attribut „wissenschaftlich fundiert“ für sich in Anspruch nehmen wollen.

Dieses Ziel kann schrittweise vom heutigen Zustand aus angestrebt werden. Die einzelnen Ausbildungsinstitute können jedes für sich kritisch reflektieren, welche der oben aufgeführten Perspektiven und Wirkfaktoren in ihrem Ausbildungsprogramm nur unzureichende Beachtung finden, und nach Wegen suchen, das bisher Ausgeklammerte oder Vernachlässigte explizit einzubeziehen. Das kann Schritt für Schritt erfolgen und mit einer allmählichen Veränderung der Identität einhergehen. Es könnten aber auch neue Ausbildungsinstitute gegründet werden, die sich von vornherein an diesem Leitbild ausrichten. Dass solche Ausbildungsinstitute heute in Deutschland rechtlich gar nicht zulässig wären, zeigt die ganze Fragwürdigkeit des Regelungssystems auf, das sich im Zuge der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland herausgebildet hat. Was eigentlich der Qualitätssicherung dienen sollte, erweist sich in Wahrheit als Verhinderer der Entwicklung zu einer wirkungsoptimierten Therapie. Nicht Therapiemethoden müssen empirisch validiert werden, nicht Therapieformen anerkannt werden, sondern Ausbildungsprogramme. Ausbildungsprogramme können von dafür eingerichteten Gremien daraufhin begutachtet werden, wie gut sie das empirisch gesi-

cherte Wissen zu den wichtigen Perspektiven und Wirkfaktoren der Psychotherapie berücksichtigen und angemessen vermitteln. Dafür können von Expertengruppen Leitlinien erstellt werden. Das würde Ausbildungsinstitute von dem Zwang befreien, sich einer Therapierichtung zuzuordnen und vom Verbot, die damit gezogenen Grenzen zu überschreiten. Es würde den Weg frei machen für eine progressive Weiterentwicklung der Psychotherapie über den heute erreichten Stand hinaus, denn besser ausgebildete Therapeuten würden auch bessere Therapien durchführen. Therapieausbildungen und Fortbildungen, die sich an dem skizzierten Leitbild orientieren, wären der wirkungsvollste Ansatzpunkt für eine Verbesserung der durchschnittlichen Qualität von Psychotherapien.

Es entbehrt nicht einer gewissen Pikanterie, dass Therapieausbildungen und Therapien, die im besten Sinne als empirisch validiert anzusehen wären, weil sie sich am wirklichen und ganzen Forschungsstand orientieren, gegenwärtig in Deutschland verboten wären. Ich war selbst an der Erstellung des Psychotherapiegutachtens, das eine Rolle bei der Entstehung dieser Regelungen gespielt hat, beteiligt (Meyer, Richter, Grawe, von der Schulenburg & Schulte, 1991). Aber das, was im Ringen der Interessengruppen daraus gemacht wurde, ist das Letzte, was ich damals im Sinn hatte. Läge ich schon im Grabe, so würde ich mich heute darin umdrehen. Die Fragwürdigkeit des gegenwärtigen deutschen Regelungssystems auf dem Gebiet der Psychotherapie ist für jemanden, der außerhalb der Gültigkeit dieses Regelungssystems psychotherapeutisch tätig ist, wohl leichter erkennbar als von innerhalb. Wir in der Schweiz psychotherapeutisch Tätigen sind durchaus neidisch darauf, dass unsere deutschen Kollegen inzwischen voll in die kassenärztliche Versorgung integriert sind, während Patienten, die in der Schweiz von einem Psychologen therapiert werden, immer noch den größten Teil der Behandlung selbst bezahlen müssen. Aber was für ein Preis wurde in Deutschland dafür bezahlt! Welche wunderbaren Freiheiten genießen wir im Vergleich zu unseren durch irrationale Richtlinien gegängelten deutschen Kollegen! Wir dürfen unsere Patienten so be-

handeln, wie wir es für richtig halten. Wir dürfen unsere Therapeuten so ausbilden, wie es der wirkliche Forschungsstand nahe legt. Wir dürfen ungehindert versuchen, Psychotherapie so wirksam wie möglich zu machen, indem wir alles nutzen, was sich dafür als wertvoll erwiesen hat. Die Wirksamkeit unserer Therapien hat sich gegenüber der Zeit, als wir noch richtungsorientierte Therapien durchführten (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990), signifikant verbessert (Grawe, 2003; 2004). Niemand wird unseren deutschen Kollegen ihr glücklich erworbenes Recht auf Bezahlung der Therapien durch die Krankenkassen nehmen, wenn sie tun, was Vernunft und Moral gebieten: Sich neue Regelungen geben, die den Weg frei machen für eine am empirischen Forschungsstand orientierte Weiterentwicklung der Psychotherapie über den heute erreichten Stand hinaus. Wer hat den Mut und die Kraft, den beharrenden Kräften zu trotzen und progressivere Regelungen auf den Weg zu bringen?

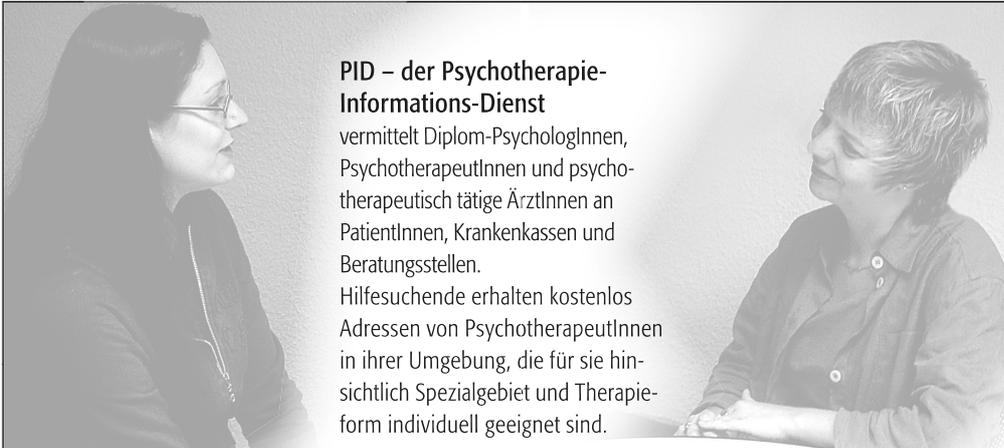
6. Literatur

- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T. & Wampold, B. (2003). Establishing Specificity in Psychotherapy; A Meta-analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 973-979.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D. & Heim, P. (1999). Was sollte ich tun, wenn...? Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 31*, 253-279.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing* (2nd edition ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *The master lecture series (Vol.1): Psychotherapy research and behavior change*. (pp. 9-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40*, 130-145.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7*, 1-19.

- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2003). *Ätiologische Therapie psychischer Störungen: eine neuropsychotherapeutische Sicht*. Vortrag auf dem 3. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freiburg i.Brsg.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F. M. & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Themenheft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19*, 292-376.
- Grawe, K., Dick, A., Regli, D. & Smith, E. (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 31*, 201-225.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M. & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (2004). Introduction and Historical Overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fifth Edition* (pp. 3-15). New York: Wiley.
- Margraf, J. & Poldrack, A. (2000). Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29*, 157-169.
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., v. der Schulenburg, J. M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Bonn/Bad Godesberg: Bundesministerium für Gesundheit.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (4th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Roennestadt, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-390). New York: Wiley.
- Shapiro, D. & Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 42-53.
- Smith, E. & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 275-285.
- Zurhorst, G. (2002). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Oekologisch-basierte Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal, 2*, 97-104.

Prof. Dr. Klaus Grawe

Institut für Psychologie
Muesmattstrasse 45a
3012 Bern
Schweiz
klaus.grawe@psy.unibe.ch



**PID – der Psychotherapie-
Informations-Dienst**

vermittelt Diplom-PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und psychotherapeutisch tätige ÄrztInnen an PatientInnen, Krankenkassen und Beratungsstellen.

Hilfesuchende erhalten kostenlos Adressen von PsychotherapeutInnen in ihrer Umgebung, die für sie hinsichtlich Spezialgebiet und Therapieform individuell geeignet sind.

PSYCHOTHERAPIE-
INFORMATIONSDIENST



Aufnahmeunterlagen und Informationen erhalten Sie hier: wd-pid@t-online.de
Datenbank: www.psychotherapiesuche.de
Telefonische Beratung: 0228-746699
PID, Oberer Lindweg 2, 53129 Bonn

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg
www.ivs-nuernberg.de

I
V
S

**Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie**
- staatlich anerkannt -

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen

Ergänzungsqualifikation f.d. fachl. Befähigung z. Abrechnung v. VT bei Kindern u. Jugendlichen
200 Weiterbildungseinheiten in 6 Blöcken vom 23.9.05 bis 28.5.06

Curriculum Verhaltenstherapie u. neuere Weiterentwicklungen

Ergänzungs-/ Nachqualifikation - 140 Std. Theorie - 6 Blöcke i.d. Zeit vom 1.10. bis 11.12.05

INFOS: Psychotherapeutische Ambulanz d. IVS, Nürnberger Str. 22, 90762 Fürth, Tel: 0911-7872727, Fax: -7872729

Leitungsgremium des IVS: Dr. phil. Wolfram Dormann • Dr. med. Johannes Kemper
PD Dr. med. Thomas Mösler • Dipl.-Psych. Dr. phil. Andreas Rose

Von den GRENZEN zu den PASSUNGEN*

Jürgen Kriz

Fachbereich Gesundheitswissenschaften der Universität Osnabrück

Zusammenfassung: Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bietet auch für PP und KJP prinzipiell viele Möglichkeiten, denn es hat sich zur Aufgabe gemacht, insbesondere übergreifende Modelle zu fördern. Dies kommt der breiten Professionalität und integrativen Arbeit vieler PP und KJP zwar sehr entgegen. Allerdings wird die Entfaltung dieser Möglichkeiten durch gesetzliche und bürokratische Unzulänglichkeiten stark behindert: Einer passungsgerechteren Versorgung der Patienten mit ihren oft heterogenen, komplexen, „ko- und multi-

morbiden“ Störungen stehen Grenzen entgegen, welche die Bürokratien aus Unkenntnis des Bereiches „Psychotherapie“ oder aus ideologischen Gründen aufbauen, indem sie an überkommenen Vorstellungen globaler „Richtlinienverfahren“ für umfassende, ätiologisch reine Störungskategorien festhalten und eine Umsetzung modernerer und differenzierterer Konzepte torpedieren. In diesem Beitrag werden zentrale Aspekte dieser Grenzen dargestellt und kritisiert sowie Möglichkeiten zu ihrer Überwindung diskutiert.

Problemstellung

Rund 6 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG zeigt sich der Arbeitsbereich der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) sowie der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (KJP) hierzulande gut gefestigt und an Bedeutung zunehmend: Die meisten Bundesländer haben inzwischen Psychotherapeutenkammern gebildet, eine Bundespsychotherapeutenkammer hat längst ihre Arbeit aufgenommen, Aus- und Weiterbildung sind klarer geregelt als je zuvor.

Obwohl in Deutschland derzeit nur drei Psychotherapie-Richtungen offiziell zugelassen sind – psychodynamische, kognitiv-behaviorale sowie gesprächspsychotherapeutische Verfahren (wobei für letztere die sozialrechtliche Anerkennung z. Zt. (Ende 2004) immer noch nicht erfolgt ist) – findet man bei aller dadurch verursachten Beschränkung an Methodenpluralität dennoch eine erstaunliche therapeutische Vielfalt. Dies liegt einerseits daran, dass zahlreiche Psychotherapeuten bei den Überleitungsverfahren mehr als nur in den Richtlinien-Verfahren ausgebildet waren;

andererseits halten sich die ärztlichen Psychotherapeuten ohnehin bisher nicht an die Methoden-Beschränkungen für die PP und KJP, sondern lehren und lernen für PP und KJP faktisch „verbotene“ Richtungen im Rahmen von Zweitverfahren in der ärztlichen Weiterbildung.

So gibt es denn selbst in Deutschlands Ambulanzen wohl kaum noch Kollegen und Kolleginnen, die bereits länger in der psychotherapeutischen Praxis tätig sind und ausschließlich eine einzige Richtung beherrschen bzw. das jeweilige Verfahren „rein“ anwenden – von den überaus vielen Fällen einmal ganz abgesehen, wo das, was konkret gemacht wird, nicht abgerechnet werden kann, weil dies nicht ins starre Kategorien-System der Abrechnungen (und Gutachter) passt. Im Kontext stationärer Behandlung arbeiten ohnedies die meisten PP und KJP längst integrativ – d.h. nicht auf ein Richtlinienverfahren beschränkt – wie exemplarisch eine kürzlich durchgeführte Umfrage der Berliner Kammer bei ihren Mitgliedern zeigte: Immerhin 97% derjenigen, die stationär arbeiten, gaben an, methodenübergreifend zu behandeln

(geantwortet hatten ca. 60% aller PPT und KJP).

Ebenso bedeutsam wie eine bemerkenswerte Vielfalt faktisch durchgeführter psychotherapeutischer Verfahren ist die Vielfalt an Formen, in denen diese Behandlungen stattfinden: Begriffe wie „*Konsiliar- und Liaisondienste*“, „*Disease-Management-Programme*“, „*Casemanagement*“, „*Integrierte Versorgung*“ oder „*Medizinische Versorgungszentren*“ (die alle unten noch kurz erläutert werden) zeigen, dass Psychotherapie keineswegs mehr nur allein in der klassischen Form einer Patient-Therapeuten-Dyade (erweitert um Paar-, Familien- und Gruppentherapie) stattfindet. Vielmehr gibt es eine größere Anzahl von neuen Aufgabenbereichen, Anforderungsprofilen und Organisationsformen, in denen sich Psychotherapeuten zunehmend bewähren müssen. Psychotherapeuten können somit in der Tat mehr als „klassische Psychotherapie“ – und weit mehr, als es die meisten Lehrbücher mit ihren Verfahren erahnen lassen.

Allerdings steht dieser Innovationsfreude und Vielfalt therapeutischer Arbeit in der Praxis, die auch die Dynamik gesellschaftlicher Prozesse und den darin eingebetteten Gesundheitssektor widerspiegelt, eine erstarrte, formalisierte und bürokratisierte Verwaltung, Organisation und Regelung der Psychotherapie in Deutschland gegenüber. In ungutem Kontrast zur Praxis wird hier immer noch weitgehend in abgeschotte-

* Es handelt sich um eine (veränderte) schriftliche Nacharbeitung des Leitvortrags am 1. Landes-Psychotherapeutentag Berlin (30. 9. 2004): „Grenzen überwinden – Psychotherapeuten können mehr“

ten Richtlinienverfahren gedacht, die zudem in pharmazeutisch reiner Form an Patienten als monomorbide Störungsträger appliziert werden. Komorbidität stellt – ebenfalls ganz im Gegensatz zum Vorherrschen solcher Störungsbilder in der Alltagspraxis – höchstens eine Störgröße dar (vgl. Kriz, 2000; 2003).

Wie stark solche anachronistischen Ideologien den Fortschritt in der psychotherapeutischen Praxis behindern und den Patienten hilfreiche Behandlungen vorenthalten, zeigt sich aktuell am Beispiel der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – früher: Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Mehr als 2 Jahre, bzw. 1 Jahr, nach entsprechenden Anträgen der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg und NRW sowie der KBV, endlich der Gesprächspsychotherapie auch die sozialrechtliche Anerkennung zuzusprechen, hat der G-BA im Oktober 2004 einen Fragen-

Katalog veröffentlicht, anhand dessen die Fachöffentlichkeit gebeten wird, zur Gesprächspsychotherapie Stellung zu nehmen.¹ Unabhängig von der überaus zweifelhaften juristischen Bewertung² etlicher Fragen, ist auch fachlich die Tendenz überaus problematisch, die Abgrenzung zu den anderen Richtlinienverfahren und den Nachweis der „Überlegenheit“ ins Zentrum der Befragung zu rücken. Sollten doch bereits Studenten in den klinischen Anfangssemestern wissen, dass nach Jahrzehnten intensiver Psychotherapieforschung für kein Verfahren ein solch globaler Nachweis der „Überlegenheit“ möglich ist. Vielmehr wird es seit langem als Fortschritt gesehen, dass solche Ansprüche von „Überlegenheit“ – und die damit verbundene Entwertung der anderen Verfahren – aus den Debatten verschwunden sind und einer differenzierteren Betrachtungsweise Platz gemacht haben.

Doch obwohl zahlreiche Psychotherapeutenkammern der Länder, die Bundes-

kammer, Kliniken, Universitätsambulanzen u.a. in bemerkenswerter Einhelligkeit den G-BA aufgefordert haben, „noch in diesem Jahr (2004, j.k.) die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten“,³ haben es „bürokratische Kraftfelder“

- 1 Gemäß § 135 Abs. 1 SGB V entscheidet der G-BA darüber, ob ein neues psychotherapeutisches Verfahren ambulant zu Lasten der GKV erbracht werden darf.
- 2 Dies wird ggf. noch die Gerichte beschäftigen – von einer Klage wurde gegenwärtig abgesehen, um keinen Vorwand zu geben, das bereits seit 17 Jahren (!) dauernde Verfahren auf viele weitere Jahre „auszusetzen“.
- 3 So der Beschluss des 4. Deutschen Psychotherapeutentages vom 09.10.04 – den zahlreiche Länderkammern und andere Einrichtungen in ihren Stellungnahmen mit übernommen haben.



DGPPN Kongress 2005

mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde**

23. - 26. NOVEMBER 2005, BERLIN

INTERESSANT FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN



Der größte wissenschaftliche Kongress auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen im deutschsprachigen Raum beschäftigt sich u.a. mit folgenden Schwerpunkten:

- Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland
- Psychotherapie und Neuroimaging
- Willensfreiheit in Gesundheit und in psychischer Erkrankung

In 3 Hauptsymposien und vielen Symposien des Kongresses steht Psychotherapie im Mittelpunkt. Thematisiert werden der aktuelle Forschungsstand, die Versorgungsrealität und neue Entwicklungen in der Psychotherapie. In über 40 Workshops können handlungsbezogene Fertigkeiten erworben werden. Der Kongress richtet sich v.a. an Fachärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und Hausärzte.

sogar verhindert, dass die auf Anforderung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 2002 eingereichten umfangreichen Materialien zur Gesprächspsychotherapie innerhalb von 2 Jahren auch nur an die zuständigen Mitglieder weitergereicht wurden. Offenbar ist es manchen wichtiger, an Vorurteilen festzuhalten, als sich mit den Fakten auseinanderzusetzen.

Ein anderes Beispiel ist die Systemische und Familientherapie: Auch diese wird nicht nur in vielen Nachbarländern, sondern auch in Deutschland sehr effektiv eingesetzt. Die Befundlage ist inzwischen als sehr gut zu bezeichnen – selbst nach den sehr einseitig ausgerichteten Kriterien des „Goldstandards“ randomisierter, kontrollierter Effektstudien an „reinen“ Störungsgruppen – wie nicht zuletzt am Kongress der EFTA (Europäischer Verband der System- und Familientherapie) im Herbst 2004 in Berlin deutlich wurde. Zudem belegt dieser Kongress, der mit 3.800 Wissenschaftlern und Therapeuten für eine Fachgesellschaft wohl einmalig gut nachgefragt war, welche starke Bedeutung dieser Ansatz sowohl in der stationären als auch ambulanten Psychotherapie hat. Gleichwohl dürfte es noch viele Jahre dauern, bis die deutsche Doppelhürde aus wissenschaftlicher Anerkennung durch den WBP und der sozialrechtlichen Anerkennung durch den G-BA überwunden werden kann – sofern sich diese Zulassungsverfahren nicht deutlich ändern. Bis dahin können Patienten weitgehend nur als Selbstzahler, durch Fahrten ins Ausland oder Einweisung in systemisch arbeitende Kliniken hierzulande von diesem Verfahren profitieren (bzw. es muss etwas anderes abgerechnet werden, als de facto gemacht wird – vermutlich ohnedies die derzeitige „deutsche Standardlösung“ zum Umgehen der allzu bürokratischen Hürden).

Der Kontrast zwischen den Potentialen und der Realität im Bereich deutscher Psychotherapie könnte kaum stärker sein: Auf der einen Seite stehen auf Methodenvielfalt ausgelegte gesetzliche Möglichkeiten, politisch gewollte und geförderte patientengerechte, integrative Versorgungskonzepte und eine entsprechende Innovationsfreudigkeit seitens der PP und KJP auf der

Basis einer oft bemerkenswert breiten Fachkompetenz. Auf der anderen Seite findet man zementierende bürokratische Hürden mit anachronistischen Vorstellungen über Therapien in „Richtlinienverfahren“ auf der Basis von eindeutigen Ätiologien, die jede Innovation, Integration und Vielfalt ausbremsen und einer am realen Bedarf der Patienten orientierten Versorgung – oder gar einer Qualitätsverbesserung – entgegenstehen.

Vor diesem Hintergrund griff der 1. Landes- Psychotherapeutentag Berlin (30. 9. 2004) mit seinem Motto: „Grenzen überwinden – Psychotherapeuten können mehr“ somit ein aktuelles und brisantes Thema auf. Denn Psychotherapeuten können wahrlich mehr, als nur im ambulanten Standard-Setting „Therapeut-Patient“ eine auf letztlich zwei Verfahren begrenzte Richtlinien-therapie im 50-Minuten-Takt durchzuführen – so wichtig dies für die psychotherapeutische Grundversorgung auch sein mag.⁴ Doch zur Realisierung der angesprochenen Potentiale müssen zunächst Widerstände und Grenzen überwunden werden, welche die Entfaltung der breiten Kompetenz von PP und KJP ver- oder zumindest behindern.

Ich sehe hier vor allem drei Bereiche, in denen Grenzen derzeit besonders bedeutsam sind:

- Grenzen zwischen Richtungen und Schulen
- Grenzen zu Systemlösungen in Nachbarländern
- Grenzen zwischen den Disziplinen

Bevor wir allerdings „Grenzen überwinden“, sollten wir eine Grundeinsicht aller psychotherapeutischen Richtungen ernst nehmen: So wie Psychotherapeuten grundsätzlich versuchen, Symptome in ihrer funktionalen Leistung zu verstehen und zu würdigen, um aus dieser Perspektive zu deren Überwindung beizutragen, sollten auch die Symptome „Grenzen“ in ihrer positiven Funktion verstanden und gewürdigt werden:

- Grenzen zwischen den Richtungen können Identität schaffen und durch einen engeren Fokus Interessen und Kräfte für

eine Weiterentwicklung mobilisieren

- Grenzen zu Systemen in Nachbarländern können dazu dienen, die hohe Qualität des Deutschen Gesundheitssystems auch im Bereich Psychotherapie zu sichern – weder „Psychotherapeuten“ mit fragwürdiger Ausbildung, noch „Richtungen“ mit beispielsweise sektenartigem Selbstverständnis können im Interesse der Patienten und Psychotherapeuten hierzulande sein
- Grenzen zwischen den Disziplinen können klaren Zuordnungen und u.a. Schutz vor „Fremd“-Subventionen im Gesundheitssystem dienen

Es dürfte einleuchten, dass diese „Leistungen“ beim Überwinden der Grenzen möglichst erhalten bleiben sollten.

Überwindung der Grenzen zwischen Richtungen und Schulen

Neben den genannten positiven Aspekten, die Grenzen haben könnten, wird zu Recht beklagt, dass die Gefahr konservativer Erstarrung groß ist und so die stets notwendigen dynamischen Anpassungen an neue Bedingungen verhindert werden. In der Tat sind die Grenzen zwischen Richtungen und Schulen heute vorwiegend theoretisch, ideologisch und sachfremd und somit auch kontraproduktiv und anachronistisch.

Dies wurde oben bereits am Beispiel des G-BA deutlich, der immer noch in Kategorien von gegeneinander abgeschotteten Verfahren (im Sinne von „Richtlinien-Verfahren“) denkt und handelt, während die meisten Psychotherapeuten heute bereits methodenübergreifend arbeiten.

Wenn man anerkennt, dass die Wissenschaft und die Erkenntnisse über Wirksamkeit nicht an den deutschen Staatsgrenzen halt machen, gibt es zweifellos viel mehr wirksame und hilfreiche Verfahren als vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie

⁴ Wie u.a. schon Rainer Richter in seinem Editorial zum „Psychotherapeutenjournal“ 1/2004 mit Bezug auf Hubert Hermes (2004) hervorhob.

(WBP) und dem GBA „anerkannt“ bzw. „zugelassen“ sind. Damit soll nicht das Bemühen beider Gremien geschmälert werden, sich über die Kriterien möglichst sauberer, experimenteller Forschung einerseits und wirksamer Verfahren im Rahmen des Gesundheitssystems andererseits Gedanken zu machen. Aber noch so überzeugende Befunde unter Labor-Bedingungen an nicht-komorbidem Patienten mit „reinen“, manualisierten Vorgehensweisen lassen nicht so einfach Rückschlüsse auf die Wirksamkeit bei der allergrößten Zahl der realen Patienten zu, bei denen die Krankheitsbilder komplex und „multimorbide“ sind und die von PsychotherapeutInnen behandelt werden, deren erworbene Kompetenz die Grenzen der methoden-reinen Manuale längst gesprengt hat (vgl. Kriz 2000, 2004a).

Als Mitglied des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP)“ stimmt es mich schon sehr nachdenklich, wenn beispielsweise der Gemeinsame Beirat der Hessischen Landesärztekammer und Lan-

despsychotherapeutenkammer sich demonstrativ gegen den weiteren Ausschluss von systemischer Therapie und Psychodrama wendet und formuliert: *„Beide Verfahren werden in der psychotherapeutischen Praxis vielfältig angewandt und haben sich in Kliniken und in der ambulanten Psychotherapie bewährt. Sie sind international verbreitet und Gegenstand des fachpsychotherapeutischen und fachwissenschaftlichen Diskurses. Ihr Ausschluss aus der Weiterentwicklung des Faches würde eine schwerwiegende Verarmung und einen erheblichen Qualitätsverlust der Psychotherapie in Deutschland nach sich ziehen.“* Es wird in der Tat dringend Zeit, dass die Entscheidungs-Gremien sich nicht nur um die vermeintliche Reinheit von Forschungsmethodik und die Anwendbarkeit der Effizienz von Pharma-Forschungs-Designs auf Psychotherapie Gedanken machen, sondern auch darüber, ob und wie weit sie *„schwerwiegende Verarmung und einen erheblichen Qualitätsverlust der Psychotherapie in Deutschland“* in Kauf nehmen wollen.

Nachdenklich stimmen sollte auch, dass klinische Erfahrungen und empirische Effektivitätsstudien belegen, dass Psychotherapie in m.E. erschreckendem Ausmaß nicht zum gewünschten Erfolg führt: Von der Grawe Studie aus 1994 bis zu aktuellen Ergebnissen zeigt sich, dass zwischen 30% (Brockmann et al. 2002) und 45% (Maschke und Otto 2003) aller Patienten in ambulanter Psychotherapie eine oder mehrere psychotherapeutische Behandlungen in der Vorgeschichte hatten und dann den Therapeuten und/oder das Therapieverfahren wechseln. Es gibt somit einen erschreckenden Anteil von – zumindest partiell und vorübergehend – „Fehlindizierten“. Dieser Anteil ist zwar nicht so hoch, wie bei der Behandlung durch Medikamente, wo wohl der allergrößte Teil der Patienten im Laufe ihres Lebens für ihre spezielle Krankheit nicht hilfreiche und nicht nützliche Pharmaprodukte bekommen hat (ganz zu schweigen von den Milliarden für Medikamente, die gar nicht erst genommen werden, sondern gleich in Müll und Toilette verschwinden – Beträge, nebenbei,

LANGEOOG 2005 05. – 11. Juni

34. Psychotherapiewoche

Leitthema:

„Um-Welten“

- Psychotherapie und Kontext



3. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters

Leitthema:

„Sexualität im Kindes- und Jugendalter“



Programmankündigung: Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKN, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, www.aekn.de, Tel.: 0511/380 - 2496, Fax: 0511/380 - 2499, E-Mail: katherine.ronge@aekn.de

die vermutlich die Ausgaben für die gesamte Psychotherapie weit überschreiten). Er ist aber fraglos zu hoch. Auch wenn erfahrungsgemäß der allergrößte Teil auch dieser Patienten letztlich in einer für sie effektiven Therapie landen (notfalls auch im Ausland, als Selbstzahler oder unter anderen Umgehungen der bundesdeutschen Beschränkungen), werden hier unnötig Kosten angehäuft – zusätzlich zu den jahrelangen Irrwegen durch medizinische Praxen und medikamentöse Fehlbehandlungen, die nicht selten vor einer solchen effektiven Psychotherapie liegen.

Und auch hier kommt man nicht mit der Frage weiter, welches der Richtlinienverfahren für die Störung des Patienten sich statistisch als effektiver erwiesen hat. Vielmehr ist die Realität deutlich komplexer – nicht nur bei den Störungskategorien und den Vorgehensweisen der Therapeuten. Daher gehört es eigentlich heute zum Minimalstandard einer angemessenen komplexen Diskussion, zumindest das Problem der „Passung“ nach dem allgemeinen Modell von Psychotherapie nach Orlinsky & Howard (1987) zu beachten. Dieses, angesichts der Komplexität in der Praxis immer noch recht einfache kategoriale Modell berücksichtigt zumindest folgende Passungen:

- Die Passung Behandlungsmodell und Störungsmodell
- Die Passung Patient und Behandlungsmodell
- Die Passung Therapeut und Patient
- Die Passung Therapeut und Störung des Patienten

Es ist davon auszugehen, dass bei einem erheblichen Anteil der eben benannten „Fehlindizierten“ zumindest zunächst die „Passung“ nicht stimmte und eine bessere Berücksichtigung nicht nur erhebliche Kosten, sondern auch Leid infolge von inadäquater Behandlung sparen würde. Ebenso ist allerdings davon auszugehen, dass die Vielfältigkeit der Lebensgeschichten, Werte, Ziele, Bedürfnisse etc. in einer pluralistischen Gesellschaft wie der BRD schwerlich „passend“ durch ausschließlich drei Richtlinienverfahren abgedeckt werden können. Die Erfahrungen in

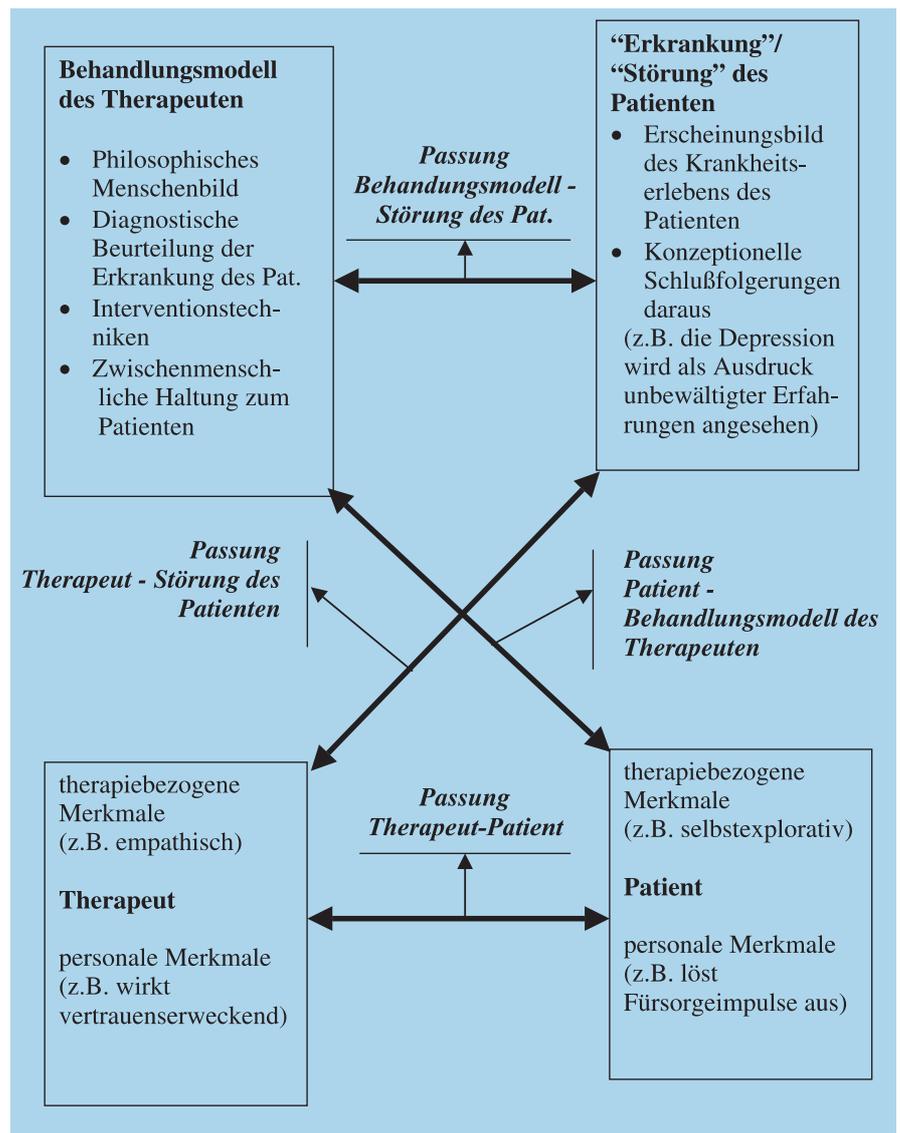


Abb. 1: AMP Allgemeines Modell von Psychotherapie (Orlinsky & Howard, 1987)

anderen europäischen Ländern, wo die deutschen Behandlungsverbote nicht greifen, zeigen jedenfalls, dass es eine erhebliche Anzahl von Menschen gibt, die andere Psychotherapiemethoden wählen, die zu ihnen passen.⁵

Das Passungsproblem stellt sich übrigens analog auch für die ambulant-stationären und die medizinisch-psychotherapeutischen Schnittstellen – weshalb dem Konzept der „Integrierten Versorgung“ (s.u.) eine hohe Bedeutung zukommt.

Methodenübergreifende Ausbildung und Integration

Damit Patienten besser passend zugewiesen werden können, muss zunächst einmal

auch formal, wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannt werden, dass Psychotherapie sinnvollerweise in 4 Cluster unterschieden werden kann (vgl. Kriz 2001, 2004c), welche die Heterogenität der Bedürfnisse, Menschenbilder, Werte, Zielvorstellungen etc. der Menschen (Patienten wie Therapeuten) in einer pluralistischen Gesellschaft besser repräsentieren, als nur die derzeitigen Richtlinienverfahren: das

⁵ Ohne dass damit das Problem der Fehlindikation bereits von Tisch wäre. Aber auch dazu müsste man zunächst einmal die Grenzen und Beschränkungen durch übermäßiges Schulendenken und „Richtlinienverfahren“ überwinden, damit dies überhaupt besser erforscht werden kann.

psychodynamische, das verhaltenstherapeutische, das humanistische und das systemisch-familietherapeutische Cluster.

Die Forschungslage für konkrete Methoden in den jeweiligen Clustern ist übrigens weit ähnlicher, als es die Abzählergebnisse von Forschungsstudien unter Laborbedingungen suggerieren. Unterschiede sind vielleicht stärker qualitativ als quantitativ (vgl. Eckert & Biermann-Ratjen 1990). Selbst eine große Anzahl experimenteller Studien mit Verbesserungen durch Vorgehensweisen A, B, C, die sich grob dem Cluster X zuordnen lassen, sagen wenig über die Qualität der Psychotherapie X aus, wenn am Institut I, das in „X“ ausbildet, gar nicht A, B, C gelehrt werden, sondern andere Vorgehensweisen.⁶ Es ist ohnedies ein Hauptproblem durch die gesetzlich-bürokratische Struktur in Deutschland, dass viel zu viel über abstrakte Verfahren geredet und entschieden wird, und viel zu wenig über konkrete Ausbildungsinstitute und –curricula. Letztere aber bestimmen wesentlich die Qualität der Psychotherapie. Und manches Institut könnte durchaus den Wunsch haben, integrativ und übergreifend auszubilden (unter Einbeziehung der differentiellen Befunde aus allen vier Clustern), wenn die Gesetzeslage nur etwas sinnvoller wäre.

Ich plädiere daher seit langem für eine breite, methodenübergreifende Grundausbildung als Basis, eine Vertiefung in den 4 Säulen (psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch und systemisch) sowie ein gemeinsames theoretisches Dach, welches ermöglicht, die un-

terschiedlichen Vorgehensweisen theoretisch zueinander in Beziehung zu setzen (und möglichst wenig eklektisch nebeneinander zu stellen). Dies kann z.B. durch allgemeine und übergreifende Aspekte der Beschreibung geschehen (z.B. Grawes (1995) Aspekte „Allgemeiner Psychotherapie“ oder Weinbergers (1995) „Common Factors“) oder durch Versuche einer theoretisch integrativen Rekonstruktion (z.B. Grawe 1998 mit seiner „Psychologischen Therapie“, oder Kriz 2004b mit der „Personzentrierten Systemtheorie“ – Ansätze, die aber noch weiter ausgearbeitet werden müssen).

Das Bemühen um eine einheitliche Theorie für die Rekonstruktion therapeutischen Handelns steht dabei nicht im Widerspruch zur schulenmäßigen Diversifikation dieses Handelns selbst. Denn hier gehen auch die jeweiligen Vorlieben, Fokusse und Lebensvorstellungen der Therapeuten ein, die ebenfalls in die Pluralität der Gesellschaft eingewoben sind. Aus rein theoretischer Sicht wäre es zwar wünschenswert, dass ein Patient Veränderungen in folgenden „Realitäts“-Aspekten durchläuft, (entsprechend den Kernkonzepten der vier Cluster), nämlich:

- a) (psychodynamisch): die biographische Eingebundenheit seiner spezifischen Konflikt(abwehr)dynamik in deren symptomgebenden (kompromissbildenden) Auswirkungen versteht, ebenso
- b) (verhaltenstherapeutisch): gelerntes Verhaltens und/oder der zugrunde-

liegenden kognitiven Prozessstrukturen ändert und neue Kontingenzen aufbaut, ferner

- c) (humanistisch): die als Angst gespürte und in Vermeidungsverhalten manifestierte Inkongruenz zwischen seinem organismischen Erleben und seinem „Selbst“ zumindest in den symptomgenerierenden Auswirkungen durch Reintegration des nicht-Zugänglichen ins „Selbst“ vermindert, und letztlich auch
- d) (systemisch-familietherapeutisch): seine destruktiven narrativen Konstruktionen über seine Beziehungen zu sich, zu anderen und zur Welt und deren gegenseitige Stabilisierung in den Interaktionen bedeutsamer Anderer (z.B. Partner oder Familie) verflüssigt und zu neuen Sinn- und Interaktions-Mustern („Attraktoren“) in den jeweiligen Systemdynamiken findet.

Jedoch kein Therapeut kann alle diese Aspekte handlungsrelevant im Kopf haben – obwohl hier nur einige Aspekte der Kernkonzepte exemplarisch zur Sprache kamen (so fehlen z.B. spezifischere Konzepte wie „Individuation“, „Lebenspläne“, „falsches Reasoning“, „Kontaktzyklus“, „Problemsysteme“ usw.). Und selbst wenn ein Therapeut alle diese thematisierten Aspekte im Auge haben könnte, würde sich – auf dem gegenwärtigen Forschungsstand – wenig Praktisches daraus ergeben: Er

⁶ Was relevant für die Publikationslisten und akademischen Karrieren ist, muss nicht immer relevant für die Alltagspraxis sein.

PSYCHOHOLIC®
Psychologie & Neue Medien

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

DiagnoPro

Das Computerprogramm für die schnelle und einfache Erstellung individueller Gutachten

- entwickelt von Experten für Experten
- einfach zu bedienen und übersichtlich aufgebaut
- komplette Kassenanträge innerhalb kürzester Zeit

alle Informationen
und weitere Programme auf
www.psychoholic.de

Platanenallee 113 - 42897 Remscheid - Tel.: 02191-4627494 - info@psychoholic.de - www.psychoholic.de

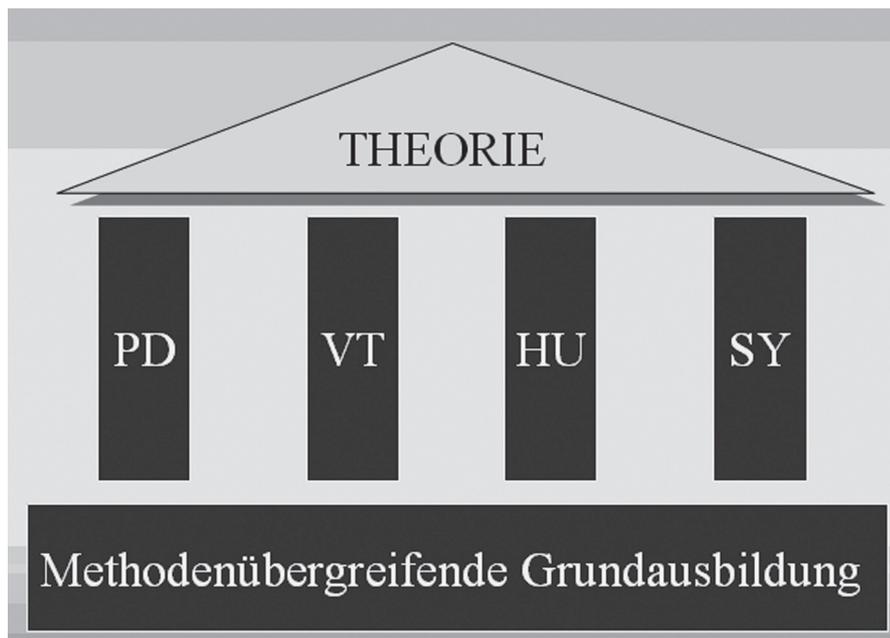


Abb. 2 Ausbildungsstruktur, welche methodenübergreifende Grundausbildung und Theorie mit spezifischer Schwerpunktbildung verbindet (wobei auch Schwerpunkte aus theoretisch fundierten Zusammenstellungen von Teilen dieser Säulen denkbar sind).

müsste sich letztlich in einer konkreten Situation und im Hinblick auf die Beschwerden des Patienten entscheiden, ob er z.B. eher regressive Prozesse und Übertragungsdynamiken fördern, einen sokratischen Dialog oder eine systematische Desensibilisierung beginnen, durch empathische Begegnung oder Focusing unbewusstes organismisches Erleben ins Selbst integrieren oder über zirkuläres Fragen, paradoxe Intervention oder lösungsorientiertes Interview bestimmte narrativ-interaktive Muster verändern will (um wieder nur wenige Aspekte zu nennen).

Die Überwindung der Grenzen zu Systemlösungen in Nachbarländern

Zu diesem Bereich sollen hier nur wenige Aspekte aufgegriffen werden. Es ist klar, dass die hohe Qualität des dt. Gesundheitssystems – hier: besonders der psychotherapeutischen Versorgung – auch in einem offenen Europa gewährleistet bleiben muss. Dies bedeutet einerseits Schutz vor zu wenig qualifizierten Psychotherapeuten und vor ineffektiven oder gar unseriösen Therapiemethoden.

Dieses berechnete Bedürfnis kann aber nicht zur Abschottung und Zementierung

dreier Richtlinienverfahren missbraucht werden, die sich dann weder theoretischer noch praktischer Herausforderung durch andere Ansätze zu stellen brauchen. Dies würde jegliche Weiterentwicklung verhindern und kann so auch nicht im Interesse seriöser Richtlinienvertreter sein, die einen längerfristigen Nutzen ihres Ansatzes im Auge haben.

Es sollte nachdenklich stimmen, dass andere europäische Länder andere Lösungen mit weitaus mehr Pluralität gefunden haben. So kann man beispielsweise sicherlich nicht einfach behaupten, dass die Zulassungen von psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten und Richtungen und deren Qualitätskontrollen in Österreich ein weniger effizientes System an Psychotherapie geschaffen haben.

Auch hier ist eine Art von „Passungen“ gefragt – nämlich z.B. eine Passung der Bewertungs- und Zulassungsstrukturen an die Qualität realer Ausbildungsinstitute an Stelle der Diskussion über die Zulassung abstrakter Therapieverfahren, die so von nahezu keinem Therapeuten praktiziert werden.

Der deutsche „Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

(SVR)“ stellte in seinem Gutachten 1999 fest: „nur etwa 4% aller ambulant und stationär erbrachten Dienstleistungen genügen dem Anspruch auf belastbare Evidenz, 45% genügen einfacheren Evidenzkriterien und für den 'Rest' (rechnerisch 51%) gibt es heute keine wissenschaftliche Evidenz“ (SVR 1999, S. 79). Es scheint eine Utopie zu sein, den Sektor von Psychotherapie weitaus stärker als den der somatischen Medizin den Prinzipien naturwissenschaftlicher Pharmaforschung unterwerfen zu wollen. Eine solche Einseitigkeit ist auch nirgendwo in den Nachbarländern erkennbar.

Eine adäquate Antwort an die Herausforderungen würde allerdings ein neues Verständnis von „Effektivität“ und „Qualität“ notwendig machen – beispielsweise eben nicht mehr die Effektivität von abstrakt definierten und aggregierten Verfahren unter Laborbedingungen ins Auge zu fassen, sondern von realen Ausbildungsinstituten und Behandlungsprogrammen auszugehen, die auf eine spezifisch zu behandelnde Patientengruppe mit ihren psychosozialen Eingebundenheiten und den realen Durchführungs- und Organisationsstrukturen abgestimmt werden müssen.

Überwindung der Grenzen zwischen den Disziplinen und strukturellen Einheiten

Hier sind in den vergangenen Jahren große Fortschritte in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten einerseits sowie primär stationär und ambulant Tätigen andererseits zu verzeichnen. Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat es sich zur Aufgabe gemacht, insbesondere solche übergreifenden Modelle zu fördern. Diese beziehen sich auf

- *multiprofessionelle Teams*, in denen u.a. Ärzte und Psychotherapeuten dauerhaft oder bei bestimmten Aufgaben zusammenarbeiten. Ein Beispiel ist die Zusammenarbeit im Rahmen von „Asthmaakademien“, die von uns in Osnabrück federführend entwickelt wurden und inzwischen bundesweit etabliert sind. Auch bei schwerem, rein somatisch bedingtem Asthma kommen einerseits zahlreiche psychosoziale Sekundärsymptome hinzu, die krankheitswertige

Störungen mitverursachen oder aufrecht erhalten können (beispielsweise Anorexie eines Geschwisterkindes, um ebenfalls Beachtung gegenüber dem „Asthma“-Kind zu erkämpfen, oder Suizidalität überforderter Mitglieder in Familien, bei denen sich alles nur noch um das Asthma dreht). Aber selbst die rein somatische Primärkrankheit wird hier moderiert: Bei gleichem biosomatischem Zustand und gleicher stofflichen Umweltbelastung kann mehr oder weniger „Stress“ entscheidend dafür sein, ob ein Anfall gerade noch bewältigt wird oder aber ausbricht. Das Ausmaß von Stress wiederum kann aber unmittelbar mit der spezifischen Familiendynamik verbunden sein. Wenn daher in klassischer „Asthmaschulung“ dem Leben der Hausstaubmilbe oft eine weitaus größere Beachtung geschenkt wird als dem Familienleben und dessen Zusammenhänge mit Stress, Verkrampfung und den biomedizinischen Ebenen des Asthma-Prozesses, so ist dies eigentlich unverantwortlich (vgl. Könnig, Szczepanski & v. Schlippe 1994).

- **Konsiliardienste** stellen eine spezifische Art solcher Arzt-Psychotherapeuten-Kooperation dar. Es geht hierbei um die Heranziehung von Psychotherapie auf somatischen Stationen. Dabei können einerseits psychische Symptome als Folge der somatischen Prozesse gesehen werden (z.B. depressive Symptome infolge längerer oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung), oder zu einer psychischen Erkrankung kommen somatische Beeinträchtigungen (z.B. Schäden als Folge eines Suizidversuchs), oder beide beeinflussen sich gegenseitig.
- Von **Liaisondiensten** spricht man dann, wenn ein Behandlungsteam von Psychotherapeuten angeleitet wird oder Psychotherapeuten in das Team integriert sind.
- **Integrierte Versorgung (IG)** stellt eine weitere übergreifende Arbeitsform dar: Mindestens 2 Leistungssektoren (ambulant / stationär) gewährleisten eine interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgung, wobei in der Regel ein Leistungserbringer die Haftung für alle Leistungen übernehmen soll. Die zugrunde

liegende Idee ist eine Überwindung der bisherigen Schnittstellenprobleme und damit eine höhere Effizienz der Versorgung. Dieses Konzept wird z.Zt. von der Bundesregierung mit vergleichsweise hohen finanziellen Anreizen gefördert. Auch hier bedarf es neuer Effektivitäts- und Qualitäts-Überlegungen. Kennzeichnend für die Integrierte Versorgung ist ihre einzelvertragliche Basis, d. h. jede Krankenkasse kann alleine mit einem oder mehreren Leistungsanbietern einen Vertrag schließen. Die Vertragsgestaltung und der Ort der Leistungserbringung unterliegen nur geringen Begrenzungen, und die Zulassungsregelungen sind weitgehend aufgehoben. Ein Problem stellt die Überwindung von Misstrauen hinsichtlich der „Querfinanzierung“ dar – d.h. man unterstellt, dass z.B. Rehabilitations-Leistungen aus dem Sozialhilfegesetz den Kassen aufgebürdet werden sollen (oder umgekehrt). Ein weiterer Problemkreis stellt sich durch die die sog. „*Disease-Management-Programme*“ (DMP): Es geht dabei um strukturierte Behandlungsleitlinien für chronisch Kranke auf der Grundlage evidenz-basierter Behandlungsschritte. Prinzipiell kann damit ein besseres Zusammenspiel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erreicht werden. Allerdings ist darauf zu achten, dass es sich um mehr als abstrakte, „wissenschaftliche“ „Behandlungsprogramme“ handelt (analog zu den o.a. abstrakten „Therapierichtungen“). Zudem besteht die Gefahr, dass „Krankheit“ weitgehend nur unter wirtschaftlichen Aspekten gesehen wird. Mit dem Begriff des „*Case-Management*“, das statt auf Behandlungsprogramme auf den konkreten Fall in seiner realen Komplexität bezogen ist, versucht man diese klinische Relevanz und Validität einzufordern.

- Ein weiteres in Diskussion befindliches Modell ist das **Medizinische Versorgungszentrum (MV)**. Als Modell dienen die ehemalige DDR-Polikliniken mit ihrer ambulanten Versorgungsstruktur. Das MV soll fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringer fördern – z.B. von Ärzten und Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Bisherige

Berichte weisen aber auf das Problem hin, dass die Organisationsformen und Abrechnungsstrukturen teilweise noch sehr unklar sind, was leider einer größeren Verbreitung von MV entgegensteht.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 bietet somit erhebliche Möglichkeiten zur patientengerechteren Versorgung, die der Realität des komplexen Phänomens „Gesundheit“ / „Krankheit“ besser gerecht wird. Insbesondere könnten dadurch einige Aspekte der klinischen Realität gegenüber dem „wissenschafts-orientierten Forschungslabor“ besser berücksichtigt werden, nämlich die

- bio-medi-psycho-sozialen Bedingungsstrukturen
- „Korbidität“ auf allen Ebenen (besser: multifaktorielle Noseologie statt Ätiologie)
- bio-medi-psycho-soziale Organisationsstrukturen,
- Notwendigkeit der Vernetzung mit unterschiedlichen Arbeitsmodellen
- einzelfallbezogene Effektivität (statt abstrakt „wissenschaftlich“ begründeter Vorgehensweisen anhand von idealisierten Kategorien).

In ein solches System können auch PsychotherapeutInnen in vielfältiger Weise ihre Kompetenzen einbringen, die weit mehr umfassen als die „Erfüllung“ des „Standard-Settings“ in Richtlinienverfahren. Allerdings müssen dafür einige Konzepte – beispielsweise „Qualität“ und „Effektivität“ – neu überdacht und (redlicher) diskutiert werden. Dies setzt voraus, dass noch stärker eine Überwindung gelingen wird von:

- Konservativen Grenzen: z.B. den Psychotherapie-Richtlinien
- Ideologischen Grenzen: nach denen z.B. ätiologisch-saubere Krankheiten mit abstrakten Methoden behandelt werden sollen, um dem Primat „wissenschaftlichen“ Ordnungswillens zu genügen
- Organisatorischen Grenzen: besonders zwischen Ärzten und PP / KJP, die trotz aller guten Zusammenarbeit vor Ort durchaus immer noch deutlich verbesserungswürdig ist.

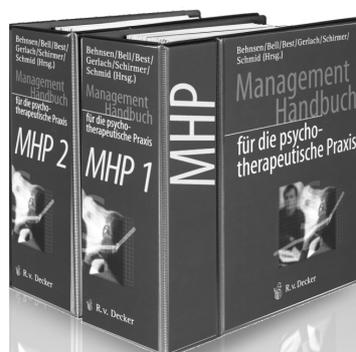
Es ist wichtiger denn je, vom Denken und Handeln in starren „Blöcken“ wegzukommen, die anachronistische Zementierung in „Richtlinienverfahren“, reinen Störungsgruppen und abgeschotteten Arbeitsfeldern zu überwinden, und zu flexiblen, patientengerechten und multiperspektivischen Passungs-Konzepten überzugehen. Dies dient nicht nur dem Wohl der Patienten und der Weiterentwicklung der Psychotherapie, sondern hilft auch, die überaus knappen Ressourcen passender und bedarfsgerechter einzusetzen und sie nicht weiter zu verschwenden.

Literaturhinweise

- Brockmann, J., Schlüter, Th., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Therapeuten. *Psychotherapeut*, 47, 6
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990): Ein heimlicher Wirkfaktor: Die "Theorie" des Therapeuten. In: Tschuschke, V.; Czogalik, D. (Hrsg.): *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* S. 272-287. Berlin: Springer
- Grawe, K. (1995): Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hermes, H. (2004): So kann man nicht arbeiten. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 1
- Könning, J., Szczepanski, R., v. Schlippe, A. (Hrsg.) (1994): *Betreuung asthmapatienten im sozialen Kontext*. Stuttgart: Enke
- Kriz, J. (2000): Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie. In: Hermer, M. (Hrsg.): *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: DGVT-Verlag, 43 – 66
- Kriz, J. (2001): Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim: Beltz/ PVU (5. völlig neu bearbeitete Auflage)
- Kriz, J. (2003): Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie in: *Punktum*. Zeitschrift des SBAP, Zürich (Sonderdruck, Mai 2003), Nachgedruckt in: *Kontext*, Zeitschrift für systemische Therapie und Familientherapie, 35, 2004, (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht), 67 – 91
- Kriz, J. (2004a): Methodologische Aspekte von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 6, 2004, 6 – 31
- Kriz, J. (2004b): Personzentrierte Systemtheorie. Grundfragen und Kernaspekte. In: Schlippe, A.v. & Kriz, W.C. (Hrsg.): *Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 13 – 67
- Kriz, J. (2004c): Wissenschaftliche Grundlagen: Denkmodelle. In: Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*, 3. Aufl. Stuttgart: Thieme, 18 – 24
- Maschke, U. & Otto, Th. (2003). Therapieziele aus Patientensicht. Unveröff. Diplomarbeit. Humboldt-Universität zu Berlin: Institut für Psychologie/Lehrstuhl für Psychotherapie (Prof. I. Frohburg)
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987) A generic model of psychotherapy. *Integrative Eclectic Psychother* 6: 6-27. Deutsch: 1988. Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie* 4: 281-308
- Richter, R. (2004): Editorial. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 1
- SVR (1999): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, BT-Drs. 14/5661 v. 21.3.2001
- SVR (2003): Gutachten 2003. Kurzfassung (Quelle: Homepage des SVR)
- Weinberger, J. (1995): Common factors aren't so common: the common factors dilemma. *Clinical Psychology*, 2, 45-69

Prof. Dr. Jürgen Kriz

Univ. Osnabrück, FB 8
49069 Osnabrück
kriz@uos.de



Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis

Aktuelle Informationen und kompetente Beratung von A-Z

Herausgegeben von: Erika Behnsen, Dr. med Karin Bell, Dipl.-Psych. Dieter Best,
RA Hartmut Gerlach, RA Horst Dieter Schirmer, Prof. Dr. Rudolf Schmid.
Ca. 2.700 Seiten. Loseblattwerk in 2 Ordnern. € 118,- ISBN 3-7685-6592-0

R.v. Decker, 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



R.v. Decker
www.rvdecker-verlag.de

60706414

Was heißt Prävention?

Jürgen Hardt

Zusammenfassung: In Form eines Essays wird die Frage aufgeworfen, was Prävention nötig macht. Das geplante Gesetzesvorhaben wird an seinem Anspruch gemessen, einen gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel einzuleiten. Weil kulturpolitische Vorstellungen fehlen, wird das Vorhaben aber nur vom Ziel bestimmt, das bedrohte Gesund-

heitsversorgungssystem zu retten; Hauptakteure und Logik bleiben die gleichen. Prävention wird als Einwirkung auf Lebensformen verstanden, deswegen müssten zuallererst Psychotherapeuten gefragt sein; dass für sie keine entscheidende Rolle vorgesehen ist, wird als grundlegender Mangel und vergebene Chance angesehen.

bisher, einer Logik, die in eine Sackgasse geführt hat. Allerdings gibt es einen Ansatz zur Neubestimmung, der, wenn er genützt würde, einen wahrhaften Paradigmenwechsel bewirken könnte. Der kann aber nicht mit einer Ergänzung oder Erweiterung von Maßnahmen in der bisherigen Systemlogik erreicht werden.

Grundlegender Neuansatz oder vergebene Chance?

Ergänzt wird das anspruchsvolle Gesamtprojekt Prävention durch die „Gesundheitsförderung“. Sie soll „Aufbau“ und „Stärkung“ „gesundheitsbezogener Ressourcen zur Vermeidung von Erkrankungen“ bewirken sowie den Aufbau und die Stärkung „gesundheitsfördernder Strukturen in Lebenswelten“ unterstützen.

Mit „Gesundheitsförderung“ ist geplant, die „gesundheitliche Kompetenz“ der Bevölkerung – und das ist etwas anderes als die Behandlungskompetenz der Professionellen – zu erhöhen. Damit soll „Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit“ zur Grundlage gesundheitspolitischer Maßnahmen werden, und das wäre wirklich ein neuer Ansatz. Mit dem Konzept der Gesundheitsförderung wird an die Forderungen der Ottawa Charta von 1986 angeschlossen, in denen Gesundheit nicht

Das Präventionsgesetz, ein neues Paradigma in der Gesundheitsversorgung?

Anfang Dezember 2004 hat die Regierungskoalition den Entwurf eines lang geplanten Präventionsgesetzes vorgelegt. Der Entwurf wird zusätzlich auf achtzig Seiten begründet. Eigentlich sollte die Frage „Was heißt Prävention“ damit beantwortet sein. Und tatsächlich bieten Gesetzesformulierung und ausführliche Begründung klare Begriffsbestimmungen: was an Maßnahmen vorgesehen ist, wer Maßnahmen durchführen wird, wie Ziele und Teilziele definiert sind, wie und von wem geplant und kontrolliert werden soll, wer welche Kompetenzen haben soll und wer welche Beiträge zu liefern hat, welche Summen von wem für was bereitgestellt werden müssen, schließlich, wie das Ganze koordiniert werden soll. Synergie wird beschworen, Effizienz versprochen und an Eigenverantwortung appelliert. Es wird genauestens festgelegt, was im Sinne des Gesetzes unter Präventionsmaßnahmen zu verstehen sei und was nicht. Damit sollen die oft beklagte begriffliche Unschärfe und der Zuständigkeitswirrwarr, die bisher in diesem Bereich bestanden und ein Tätigwerden behinderten, endgültig behoben werden. Es soll zudem ein Paradigmenwechsel im Gesundheitsversorgungssystem erfolgen.

In der Folge wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention auf ver-

schiedenen Interventionsebenen unterschieden. Bereiche der Prävention im engeren Sinne sind „Umgang mit Gesundheitsrisiken und -belastungen vor *Krankheitseintritt*“, Abwehr von *Erkrankung*, „Aufklärung und Beratung“ über Früherkennung von *Erkrankungen* sowie „Aufklärung und Beratung“ über „Fertigkeiten zum individuellen Umgang“ mit *Krankheitsfolgen* und *Folgeerkrankungen*. Bei allen diesen Präventionsmaßnahmen steht *Krankenbehandlung* im Mittelpunkt; Prävention heißt hier *Krankheitsverhinderung*, Milderung von *Krankheitsfolgen* und ähnliches mehr.

In diesen Neuregelungen ist kaum etwas vom angekündigten „Paradigmenwechsel“ im Gesundheitsversorgungssystem auszumachen, Denkweise, Planungsvorhaben, Maßnahmen und ihre Akteure folgen der gleichen *Gesundheitsversorgungslogik* wie

Gesundheit wird von der WHO in komplexe Lebensentwürfe eingebunden. Gleich zu Beginn der Vereinbarung wird sie als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden verstanden. Gesundheit ist danach Voraussetzung dafür, dass „sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern, bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des all-

täglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.“

Daraus folgt, dass schon vom Ansatz her Gesundheitsförderung nicht nur „bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen“ anzusiedeln ist. Die Entwicklung gesünderer Lebensweisen bis zur Förderung von umfassendem Wohl-

befinden muss Aufgabe eines gesamt-politischen Entwurfes sein.

Noch deutlicher wird dieser Gesamtansatz, der konventionelles gesundheitspolitisches Denken weit überschreitet, in dem, was unter Voraussetzungen für Gesundheit verstanden wird: *„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.“*

Daraus folgt dann zwangsläufig (und das macht den gesellschaftlichen/kulturellen Anspruch dieser Konzeption deutlich): *„Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische, sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.“*

nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern sehr viel umfassender als Vision selbstbestimmten und erfüllten Lebens definiert wird.

Was bleibt von dieser Vision und den Verpflichtungen der Charta im neuen Präventionsgesetz erhalten? Was findet sich davon noch im Gesetzesentwurf außer einem unverbindlichen Bekenntnis? Der Verdacht kommt auf, dass die eher beiläufige Erwähnung der Ottawa Charta die fehlende ideologische Begründung von Präventionsmaßnahmen verdecken soll. In der Logik derzeitiger Gesellschaftspolitik ist sie auch schwer anzugeben. Gesundheitspolitik ist nicht an einer gesellschaftlichen Vision orientiert, sie ist sich selbst und den

Ein solches Konzept umfassender Gesundheitspolitik steht im Gegensatz zu den Bemühungen, lediglich einen Mangel zu verwalten oder ein Gesundheitsversorgungssystem vor dem drohenden Zusammenbruch zu retten. Das ist Gesundheitspolitik, die von einer gesellschaftlichen Vision geleitet ist und alle Lebensbereiche tangiert.

Bevor die Verpflichtungen der Teilnehmer an der Konferenz benannt werden, wird der *„Weg in die Zukunft“* folgendermaßen beschrieben. *„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“*

Füreinander Sorge tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken sind Kernelemente der Entwicklung der Gesundheitsförderung. Alle Beteiligten sollten anerkennen, dass in jeder Phase der Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Handlungen Frauen und Männer gleichberechtigte Partner sind. Gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung.“

Marktgesetzen überlassen und bekommt keinen Platz zugewiesen. In der sogenannten postideologischen Ära, die sich als politisches Krisenmanagement ohne Vision darstellt, ist es kaum möglich, eine Legitimation für eine gesamtgesellschaftliche Gesundheitspolitik zu artikulieren. Diese Argumentationslücke soll die Ottawa Charta füllen; tut sie das?

Gesundheitspolitik mit neuer Perspektive, wenn schon kein Paradigmenwechsel?

Mit dem Präventionsgesetz, so ist den Begründungen zu entnehmen, soll ein *Paradigmenwechsel* im *Gesundheitsversorgungssystem* herbeigeführt werden. Es soll

nicht mehr die Krankenbehandlung im Zentrum stehen, sondern wahre Gesundheitspolitik. Heißt das, dass etwas Neues zu erwarten ist?

In den Ausführungen über Steuerung, Zielbestimmung, Mittelvergabe und den beteiligten Akteuren wird allerdings deutlich, dass von einem Paradigmenwechsel nicht die Rede sein kann. Stattdessen geht es bescheidener um „Ergänzungen“ des Vorhandenen, um eine weitere „Säule“ im Gesundheitssystem, neben Kuration und Rehabilitation. Prävention soll ein weiterer „Baustein“ eines kompletten „modernen Gesundheitssystems“ sein. Die hohen Ziele der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO-Deklaration erscheinen im folgenden wie Rationalisierungen für einen weiteren Versuch, *„das alte, bewährte Gesundheitssystem“*, das an die Grenzen seiner Finanzierbarkeit gelangt ist, doch noch irgendwie zu retten. Für die praktische Ausgestaltung des Gesetzesvorhabens haben diese Ideale keinerlei erkennbare Relevanz. Später wird das, was als Paradigmenwechsel, also als grundsätzlich neues Denken in der Gesundheitsversorgung angekündigt wird, zu einer notwendigen *Erweiterung* des Gesundheitsversorgungssystems, um nicht vor den Grenzen der Finanzierbarkeit kapitulieren zu müssen.

Ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung würde bedeuten, dass nicht mehr die Behandlung von *Krankheit* und deren Folgen, sondern *Gesundheit* und das *Leben* der Menschen selbst im Mittelpunkt zu stehen hätte. Grundlegend anders verstandene Gesundheitspolitik müsste Teil einer umfassenden Kulturpolitik sein. Eine paradigmatisch andere Gesundheitspolitik, als Kulturpolitik betrieben, würde die Gestaltung des Lebens von Menschen in den Mittelpunkt rücken; eine Gestaltung und Umgestaltung von Lebensformen betreiben, die mit Krankheiten und Leiden verknüpft sind. Das wäre ein wirklicher Paradigmenwechsel, der zwar behauptet wird, aber nicht oder nur halbherzig betrieben wird.

Es ist zu vermuten, dass die Halbherzigkeit des Entwurfs damit zusammen hängt, dass eine *Gesundheitspolitik*, die *Teil einer umfassenden Kulturpolitik* ist, totalitäre Staats-

auffassungen kennzeichnet. Totalitäre Staaten nehmen sich das Recht, auch in das Privateste hinein zu wirken, Gesundheit des Einzelnen wird zur staatlichen Angelegenheit. Totalitäre Politik macht nicht Halt davor, wie der Einzelne sein Leben gestaltet und wie er unausweichliche Lebensprobleme zu lösen versucht. In einer Demokratie ist das schwerlich zu legitimieren, es sei denn als Verpflichtung gegenüber der Solidargemeinschaft. In einer Zeit zunehmender Entsolidarisierung und Deregulierung, die fälschlicherweise als Leitlinien eines Modernisierungsprozesses verkauft werden, ist es kaum möglich, staatliche Eingriffe in die Wahl und Ausgestaltung von Lebensformen zu begründen. Was übrig bleibt, sind ökonomische Zwänge, und das sind schwache Argumente, die im Gesetzesvorhaben durch die Berufung auf die Vision der Charta übertüncht werden sollen.

Schon am Ende der Weimarer Zeit, in der Dämmerung des totalitären nationalsozialistischen Staates, hat der Zwang zu sparen dazu geführt, dass Gesundheitspolitik zur vorsorgenden Gesundheitserziehung wurde. Man musste anerkennen, dass traditionelle Regulationen des Lebens in der Nachkriegsgesellschaft nicht mehr wirksam genug waren, um die Bevölkerung gesund zu erhalten und im von Traditionen befreiten gesellschaftlichen Rahmen „selbstverschuldete“ Erkrankungen (das traf besonders auf die Geschlechtskrankheiten zu) überhand nehmen. Aufklärung vor Gefahren, Gebote und Verbote, sowie Versprechungen und Drohungen sollten helfen, die freie Wahl der Lebensformen zu begrenzen und Krankheitskosten zu senken. Gesundheitspolitik wurde kulturrelevant, eine Entwicklung, die sich im Dritten Reich vollendete. Vorher bestehende Ansätze zur Besinnung auf ein gesünderes Leben

pervertierten in der ideologischen Einbindung.

Das Leben wird in einer Gesellschaft von deren kulturellen Umfeld bestimmt. *Lebensformen* werden innerhalb einer Kultur gewählt, betrieben und sie sind nur in ihrem kulturellen Zusammenhang beeinflussbar. Folglich muss wirksame Prävention an kompletten Lebensformen im kulturellen Umfeld ansetzen. Dem trägt der neue Gesetzesentwurf insofern Rechnung, als dass den Präventionsmaßnahmen in „Lebenswelten“ hohe Bedeutung zugesprochen wird. Aber wie soll das geschehen, wie soll eine gesündere Gesellschaft erreicht werden? Solche Ansätze sucht man vergeblich; letztlich zielen alle Maßnahmen auf das gesündere Leben von Individuen ab. Reicht das?

Was fehlt, ist die Einsicht, dass individuelle Lebenswelten nicht im freien Raum schweben, sondern von der Gesellschaft mitbestimmt werden, in die sie eingeordnet sind. Die Einwirkung geschieht über mehr oder weniger geteilte Ideologien, Traditionen, Weltanschauungen und Lebensgewohnheiten, die wiederum von vielen Faktoren abhängen. Wirksame Prävention (Lebenssorge in jeglicher Form) muss dort ansetzen und bedeutet, um grundlegend wirksam zu werden, das Angebot kompletter Lebensformen. Gesündere *Lebensformen* beinhalten nicht nur ein Gesundheitsideal, sondern auch individuelle Selbstdefinitionen, Menschenbilder, Weltansichten und Anschauungen vom Leben. Am wirksamsten ist Prävention in einer geteilten verbindlichen Ideologie.

Die *Wahl* von Lebensformen und deren *Modifikation* ist eine der Hauptaufgaben der Psychotherapie. Psychotherapeuten sind Fachleute für die Behandlung kranker

Lebensformen, die von individuellen und gesellschaftlichen Faktoren bestimmt werden; die gesunde Gestaltung und Umgestaltung von kranken Lebensformen ist ihre gesellschaftliche Aufgabe. Psychotherapeuten (sowohl psychologische als auch ärztliche, geschweige denn kinder- und jugendpsychologische) werden aber weder in dem Gesetzesentwurf noch in den Begründungen als wesentliche Akteure erwähnt. Sie sind auch in den Entscheidungsgremien für zielsetzende und Maßnahmen verwaltende Organe nicht vorgesehen. Wenn die Prävention einen Paradigmenwechsel in Richtung der Einwirkung auf die Wahl und Ausgestaltung von Leben einleiten wollte, dann wäre zuallererst psychotherapeutisches Fachwissen gefragt.

Hier setzt allerdings die sogenannte Legaldefinition psychologischer Psychotherapie enge Grenzen, die zum Wohle einer sinnvoll angelegten Prävention dringend erweitert werden müssten. Gesundheitspsychologie und Psychoedukation sowie allgemeine Psychohygiene enthalten wesentliche präventive Konzepte. Das Präventionsdenken hat in ihnen eine lange psychologische Tradition. Dass ärztliche und psychologische Psychotherapie keinen vorrangigen Platz im geplanten Präventionsvorhaben zugebilligt bekommen, verweist auf das Verhaftet – Sein des ganzen Projektes im herkömmlichen gesundheitspolitischen Denken. Deswegen kann von einem Paradigmenwechsel nicht die Rede sein.

Als eine der Hauptverantwortlichen wird dagegen die Bundesärztekammer angeführt, deren fachliche Verantwortung entscheidend gewürdigt wird. Dass die Ärztekammern in der Nachkriegszeit, nach den Erfahrungen im Dritten Reich, in dem Ärzte mehr oder weniger bereitwillig zu Ge-

m f k

Münchener 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 2005

- 11. – 12.03.: Gerd F. Müller: Das Stärken betonende systemische Interview (16 FB-Punkte)
- 15. – 16.04.: Yvonne Dolan: Emotionen und Lösungsfokussierung (19)
- 28. – 30.04.: Doris Heueck-Mauß: Multiplikatorenkurs Präventives ElternTraining PET
18.06.: Britta Loebell: Kreatives Schreiben in der Einzel- und Gruppenarbeit
- 24. – 25.06.: Jim Wilson: Kind-fokussierte Praxis und Ressourcen-Vielfalt (19)
- 08. – 09.07.: Annegret Siringhaus-Bünder: Marte-Meo-Methode: Video-gestützte Beratung
24.09.: Susanne Hirt: „Faires Raufen“ – ein spielerischer Ansatz zur Gewaltprävention
- 14. – 15.10.: Karl Tomm: Anerkennung und Respekt in schwierigen Paarbeziehungen (19)
- 21. – 22.10.: Gerd F. Müller: Die Arbeit mit Skulpturen nach Virginia Satir (18)
- 25. – 26.11.: Giorgio Nardone: Systemisch-konstruktivistische Therapie bei Zwängen (19)

sundheitserziehern wurden, immer mehr gesundheitserzieherische Aufgaben vernachlässigten und sich völlig in die Krankheitsversorgung eingliederten, wird nicht problematisiert, nicht einmal erwähnt. Die entscheidenden „ideologischen“ Fragen, die sich mit einem Präventionsvorhaben stellen, werden auch hier vermieden. Ärzte sind als entscheidende Hauptakteure dabei. Das ist ein weiterer Beleg, dass das Präventionsgesetz doch nur das „bewährte“ Gesundheitssystem erweitern und ergänzen soll. Prävention wird in die Gesundheitsversorgung eingebaut, um Kostendämpfungseffekte zu erzielen und um das System zu erhalten. Also kein Paradigmenwechsel.

Auch die vorgesehenen Kontrollmaßnahmen, der wissenschaftliche Begleitapparat und dessen Denkformen entsprechen ganz den Maßnahmen und Kontrollen, die schon jetzt in das Gesundheitsversorgungssystem zum Zwecke der Kostendämpfung implantiert worden sind. Es ist nicht verwunderlich, dass es so ist, handelt es sich doch bei den an der Planung des Gesetzesvorhabens Beteiligten und für die Durchführung der Maßnahmen vorgesehenen um die gleichen Akteure und Kostenträger, die für das bisherige Gesundheitsversorgungssystem und dessen Misere verantwortlich sind.

Kultur der Prävention

Die Frage „Was Prävention heißt“ geht also über eine Begriffsbestimmung, wie sie das Gesetz vornimmt, weit hinaus. Um Prävention als Gesamtanstrengung zu begründen, zu planen und schließlich einzuleiten, reicht es nicht aus, Maßnahmen und Zuständigkeiten zu definieren, es ist darüber hinaus notwendig, nach dem gesellschaftlichen / kulturellen Kontext zu fragen, der den Erlass eines Präventionsgesetzes erforderlich macht.

Damit bekommt die Frage einen gänzlich anderen Sinn. Sie ist nicht mehr mit einer Definition zu beantworten, sondern sie fragt nach kultur-psychologischen Hintergründen. Sie fragt, was Prävention in Form des Einflussnehmens auf die individuellen Lebensformen erforderlich macht und wie solche Einflussnahme gerechtfertigt werden kann.

Der Gesetzesentwurf ist in dieser Frage unentschieden. In der Berufung auf die Ottawa-Charta verpflichtet er sich auf eine gesellschaftliche Vision von Gesundheit, die Gleichheit, Freiheit, Entwicklungsmöglichkeit, Glück und Frieden für alle mit einschließt. In den geplanten Maßnahmen ist von diesem Geist kaum noch etwas auszumachen. Hier scheint der Sparzwang, um das gefährdete soziale Versorgungssystem noch einigermaßen zu retten, federführend zu sein. Diese Unentschiedenheit ist ein Symptom unserer gesamten kulturellen Situation; sie zu verstehen, ist eine notwendige Voraussetzung, um wirksame Prävention in die Wege zu leiten. Die Unentschiedenheit, die den Bezug auf eine Vision wie die der Ottawa-Charta unglaubwürdig macht, ist aus der ungeklärten Legitimationsfrage zu verstehen.

Die Frage nach der Berechtigung von Präventionsmaßnahmen ist aus dem ökonomischen Zwang, den die Grenzen der Finanzierbarkeit des Gesundheitsversorgungssystems auferlegt, nicht alleine zu begründen. Auch wenn sicher erwiesen wäre, dass wirksame Prävention Kosten verringert, ist dies doch nur ein schwaches Argument, gegenüber dem Eingriff in die freie Wahl und die unbehinderte Ausgestaltung individueller Lebensformen, eine der konstituierenden Fiktionen freier Gesellschaften, deren annähernder Verwirklichung demokratische Politik verpflichtet ist.

Wenn wirksame Prävention Eingriff in die Wahl von Lebensformen und in die Lebensgestaltung ist, muss die Frage *gründlich* geklärt werden, was zu solchen Eingriffen, sei es in Form von Empfehlungen, Ratschlägen, Geboten, Verboten, Belohnungen, Strafen usw. berechtigt und wem diese Berechtigung zusteht. Mit Bedacht ist „Aufklärung“ ausgelassen, obwohl sie das liebste Mittel der Gesundheitsakteure ist, weil sich bei ihr die Berechtigungsfrage scheinbar nicht stellt. Aufklärung gilt eher als Verpflichtung denn als Eingriff, aber sie ist, und das ist gesichert, die am wenigsten wirksame Maßnahme, zumindest dort, wo Präventionsmaßnahmen am allernötigsten gebraucht werden.

Um tiefer in die kultur-psychologische Problematik einzudringen, ist es erforderlich,

anzuerkennen, dass Prävention eine Thematik ist, die als Sorge um das richtige Leben die Menschen immer schon beschäftigt hat. Das Wissen von und die Anleitung zu einem *richtigen, gesunden Leben* ist ein wesentliches *Kulturgut*. Schon immer haben die Menschen sich um das richtige Leben gesorgt: sie haben Gebote und Verbote aufgestellt, mit Strafen für ungesundem Leben – und das war meist Völlerei – gedroht und Glück und Belohnung für gesundes – und das war meist maßvolles Leben – versprochen. In der ganzen Menschheitsgeschichte wurde kulturell begründete Prävention betrieben, die allerdings in unterschiedlichem kulturellem Kontext unterschiedliche Ziele verfolgte und unterschiedliche Mittel ansetzte.

Prävention ist Sorge für die Zukunft. Als Sorge in unterschiedlichster Form ist sie ein wesentliches Kennzeichen des Menschen, seiner Verantwortung für und seinem Bewusstsein von sich. Das Kind wächst in der Sorge der Eltern für seine Zukunft auf und es ist ein Vorrecht der Jugendlichen, sich gegen die bevormundende Sorge aufzulehnen. Das sich nicht um die Zukunft kümmern schafft den notwendigen Freiraum in der Folge der Generationen. Staatlich geregelte oder verordnete Prävention bei Kindern und Jugendlichen ist Ersatz für die „natürliche“ Elternverantwortung in einer komplexen, posttraditionalistischen Gesellschaft. An solchen Grundzügen anzusetzen, ohne sie zu entwerten, wird über Erfolge von Präventionsmaßnahmen mitentscheiden.

Kurzer Abriss über Formen der Prävention

Präventionsmaßnahmen sind je nach kulturellem Kontext verschieden; die Sorge um das richtige Leben ist vom jeweiligen kulturellen Kontext nicht zu trennen. Um die heutige unentschiedene Situation zu umreißen und die aktuelle Problematik besser zu fassen, werden aktuell wirksame kulturelle Muster skizziert.

Traditionalistische / fundamentalistische Kulturen sind durch vorgeschriebene Formen richtigen Lebens gekennzeichnet. Meist wird auf der Basis einer religiösen

Überzeugung das gesamte Leben von der Geburt bis zum Tod vorgeschrieben. Jedes Individuum weiß in jeder Lebenssituation und jeder Lebensphase, was es zu tun gilt. Gebote und Verbote regeln alle Lebensvorgänge, dazu kommen Verheißungen und Strafandrohungen, die meist das irdische Leben überschreiten. Was der Moderne als Zwang und Behinderung freier Entfaltung erscheint, ist eine große Hilfe für das Individuum in Krisenzeiten. Dazu kommt, dass das Individuum in einen Zusammenhang gestellt ist, es hat einen Platz und Verantwortung in Gesellschaft und Generationenfolge. Das Zusammenleben verschiedener Generationen ist ein weiteres Moment der Prävention in dieser Kultur: Folgen ungesunden Lebens werden leibhaftig vorgeführt, die Mahnungen der Alten sind mit eigener Erfahrung unterlegt.

Totalitäre Kulturen sind durch das Ringen um einen gesunden Volkskörper gekennzeichnet. Das einzelne Individuum wird als Glied des Ganzen gesehen. Es hat Anteil am Ganzen und ist dem Ganzen verpflich-

tet. Alle Vorschriften betreffen den Volkskörper und sind bindend für das einzelne Glied, das Individuum. Zum Wohle des Ganzen ist der Einzelne zur Gesundheit verpflichtet. Die Autorität liegt meist bei einem Führer, in dem sich alle Kräfte bündeln. Solcherart totalitäre Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge hatte im Dritten Reich eine enorme Bedeutung und Auswirkung. Es gab großangelegte Ernährungs- und Fitnessprogramme, die sehr guten Zuspruch fanden. Noch in der Nachkriegszeit wirkten Sätze wie „Die deutsche Frau raucht nicht“ oder „Weißbrot verweichlicht“ nach. Deutsche Lebensmittel galten als gesund, damit wurden wirtschaftliche und gesundheitspolitische Gesichtspunkte zugleich berücksichtigt. Ärzte mussten sich verpflichten, als Gesundheitserzieher nicht nur Aufklärung, sondern auch Zwang auszuüben, um ein gesundes Volk zu erziehen und zu erhalten. Alles Artfremde galt als krank und gesundheitsgefährdend: Ziel der Gesundheitserziehung war die Erhöhung der Wehrhaftigkeit und der Gebärfähigkeit.

In der *modernen Kultur* gilt die Vernunft als oberste Autorität. Jeder einzelne Bürger wird als prinzipiell vernünftig und gleich angesehen. Bei gründlicher Information und richtigem Einsehen wählt jedes Individuum von selbst eine vernünftige und zu ihm passende Lebensform und lebt danach. Die prinzipiell gleich vernunftbegabten Menschen schließen sich in Solidargemeinschaften zusammen, um sich gegenüber unvermeidbaren Lebensrisiken Unterstützung zu gewähren. Selbst der Staat ist eine freiwillige und vernünftige Gemeinschaft, die nur den Zwecken jedes Einzelnen zu gehorchen hat. Vernunft ist verpflichtende Autorität für die gesamte Kultur und den Staat, sowie für jeden einzelnen. Aufklärung reicht in der Moderne als alleiniges Mittel der Prävention aus. Selbst wenn andere Maßnahmen vonnöten sind, ist das eine wichtige Fiktion, die auch heute noch handlungsleitend sein muss, aber deren Scheitern unübersehbar ist. Bei allen Überlegungen zu Präventionsmaßnahmen wird betont, dass Aufklärung nicht ausreicht, sondern dass Verhaltensmodi-

Deutsche Psychologen Akademie

GmbH des BDP

Oberer Lindweg 2 53129 Bonn

Telefon 02 28 / 98731-28 Fax 02 28 / 98731-72

E-Mail: info@dpa-bdp.de Internet: www.dpa-bdp.de



Ressourcenorientierte Beratung DPA

Die kompakte Fortbildungsreihe in ressourcenorientierter konstruktivistischer Beratung setzt sich insgesamt aus sechs Einzelkursen zusammen:

- I: Grundlagen der Beratung (06.-07.06.05)
- II: Ressourcenorientierte konstruktivistische Beratung (29.-30.08.05)
- III: Systemisches Handwerkzeug (26.-27.09.05)
- IV: Ericksonsche Vorgehensweise (14.-15.11.05)
- V: Lösungsorientiertes Vorgehen (16.-17.01.06)
- VI: Anwendungsfelder Ressourcenorientierte Beratung (06.-07.02.06)

Dozentin: Anne M. Lang, Dipl.-Psych.

Ort: Bonn/ Berlin; pro Kurs 20 UE

Gebühr je Kurs: € 445,- / BDP-Mitglieder € 395,-

Nachqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Diese Nachqualifikation findet in Kooperation mit der Berliner Akademie für Psychotherapie (BAP) statt.

Fachliche Leitung: Prof. Dr. Eva Jaeggi, Dipl.-Psych.

Termin: 26.05.-01.06.05 (70 UE)

Ort: Berlin; Gebühr: € 1.030,- / BDP-Mitglieder € 980,-

FOCUSING - WOCHEN ACHBERG 2005

23. bis 31. Juli 2005

Achberg/ Esseratsweiler bei Lindau

- **23. bis 27. Juli 2005**
Focusing Weiterbildungsseminare I-IV
TrainerInnenseminar
- **28. bis 31. Juli 2005**
Symposium:

FOCUSING **PLUS**

Prozesshaftes Denken und Handeln

Information und Anmeldung:

Focusing-Büro, Anna-Maria-Junius-Str. 118,

D-96047 Bamberg

Tel.: 0951/ 5 21 32 Fax: 0951/ 96 83 05 04

stroebele.focusing-buero@f-t.de

NETZ
FOCUSING
WERK

fikationen mit anderen Mitteln bewirkt werden müssen.

Die *postmoderne Kultur* nimmt Züge aller anderen Typen auf. So stehen traditionelle Lebensformen, totalitäre Anschauungen und moderne Ansätze und Normen unverbunden nebeneinander. Weil es keinen grundlegenden gemeinsamen Nenner gibt, sondern alle Momente wie in einer Collage nebeneinander stehen und eher beliebige Zitate als verbindliche Mottos sind, scheint die Kultur ein Stückwerk. Unbemerkt und kulturpsychologisch schwer zu fassen, setzen sich aber hintergründig geheime Vereinheitlichungstendenzen durch. So hat die ökonomisch bestimmte Werbung eine Wirksamkeit in der Gestaltung von Leben erreicht, von der totalitäre Staaten nicht einmal zu träumen wagten.

In der *postmodernen Kultur* wirken viele unterschiedliche Akteure in die Wahl und Ausgestaltung von Lebensformen ein. Diese Akteure sind in keinen Gesamtzusammenhang eingebunden. Sie sind von wirtschaftlichen Interessen, ideologischen oder religiösen Interessen geleitet und stehen

völlig unvermittelt nebeneinander. Die Tradition großer Erzählungen über das richtige Leben hat sich zur Unverbindlichkeit verflüchtigt, jedem Individuum steht es frei, höchstens eingeschränkt durch wirtschaftliche Zwänge und Unwissenheit, so zu leben, wie es möchte, es unterliegt dabei aber höchst wirksam ständiger Beeinflussung.

Es gibt zwar eine Fülle an Angeboten, was das richtige Leben sei, aber keine Autorität, die in dieser Fülle Orientierung geben könnte. Hauptsächlich der Einfluss von wirtschaftlichen Interessen auf die Ausgestaltung von Lebensformen ist unübersehbar. Werbung erzielt eine oftmals größere Uniformität, als es Gebote und Verbote zustande bringen könnten. Diese wirtschaftliche Einflussnahme bildet sich hauptsächlich in den beiden Risikogruppen der Gesundheitspolitik ab: den unteren sozialen Schichten und den Kindern und Jugendlichen, die am meisten der Konsummittelwerbung ausgesetzt sind. Präventionsmaßnahmen werden hier am dringlichsten gefordert. Dabei greift Aufklärung als Mittel der „Prävention“ bei diesen Risikogruppen zu kurz. Einerseits, weil Kinder und Jugendliche das Vorrecht haben, unbekümmert um die Zukunft zu leben. Sie dürfen und müssen ausprobieren können, was ihnen bekommt oder nicht, und sie setzen sich dabei naturgemäß über Mahnungen hinweg. Dazu sind sie aber am stärksten dem Werbedruck ausgesetzt; die Werbung bietet anonyme Orientierung in Lebensfragen, die sie sonst ablehnen oder vermissen. Andererseits unterliegen sozial benachteiligte Gruppen ebenfalls einem großen Werbedruck und können oft Aufklärung und Verführung nicht voneinander unterscheiden. Auch bei ihnen besteht ein Bedürfnis, in einer überkomplexen Welt Orientierungshilfe zu bekommen, die sie in einer posttraditionalistischen Gesellschaft vermissen, und die Werbung – natürlich zu ihrem wirtschaftlichen Nutzen – bietet.

Was bleibt zu tun?

Die Frage „Was heißt Prävention?“ ist ohne Bezug auf ein Bild vom Menschen, ohne Vorstellungen vom (richtigen) Leben und der Gesellschaft nicht zu beantworten. Soll Prävention einen Paradigmenwechsel in

der Gesundheitspolitik einleiten, vielleicht sogar in Richtung der großartigen Vision der Ottawa Charta, so ist zu klären, ob die Gesellschaft die Lebensangebote alleine Marktinteressen überlassen will oder darf, und wer ansonsten Entwürfe des Lebens bereitstellt, wer legitimiert ist, in den freien Handel mit Lebensformen einzugreifen. Selbst aus ökonomischen Gründen – um das Gesundheitsversorgungssystem vor dem drohenden Kollaps zu retten – ist mehr vonnöten als einzelne qualitätsgesicherte Maßnahmen, es bedarf einer gründlichen Besinnung auf das Leben und was darunter in unserer kulturellen Situation zu verstehen ist.

An solchen grundlegenden psychokulturellen Gedanken hat eine sinnvolle Prävention anzusetzen. Das Wissen vom Leben in unserer Kultur ist bei den Psychotherapeuten vorhanden, sie müssen nur gefragt werden. Sie sollten an der Planung und Durchführung wirksamer präventiver Eingriffe in das Leben wesentlich beteiligt werden. Es gibt viel zu tun für Psychotherapeuten, es liegt an ihnen, sich einzumischen.

Ich danke Frau Marion Schwarz und Herrn Lothar Wittmann für Anregung und Kritik.

Jürgen Hardt

Psychologischer Psychotherapeut
Psychoanalytiker
Präsident der LPPK Hessen
Goethestraße 10
35578 Wetzlar
juergenhardt@t-online.de

16. - 17. September 2005 7. Bonner Symposium

Tiefenpsychologische Integration - *Kunstwerk - Körper* - - *Traumatologie* -

Zur Integration von Kreativtherapie
und Traumatherapie in die
psychotherapeutische Versorgung

*Der „Körper“ im Bild derzeitiger
Psychotherapie-Diskussion:
Psychosomatik, somatoforme
Störungen, körperliches Äquivalent
psychischer Konflikte, Körpertherapie,
Neurobiologische Aspekte*

Veranstalter:

KBAP GmbH (Köln-Bonner Akademie für
Psychotherapie) - in Kooperation mit dem
DITAT e.V. (Institut für tiefenpsychologische
und psychoanalytische Bewegungstherapie)

Info und Anmeldung:

DITAT e.V. z. H. Dr. med. Bernd Voigt,
Rilkestr. 103, 53225 Bonn
Tel: 0228/ 46 79 00 Fax: 0228/ 46 06 79
e-mail: ditat@t-online.de
Net: <http://www.koerperpsychotherapie.de>

Hypnose als psychotherapeutische Methode: Ergebnisse der psychologischen Psychotherapieforschung¹

O. Berndt Scholz

Psychologisches Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Lehrstuhl für Klinische Psychologie

Zusammenfassung: Es wird ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der angewandten und Grundlagenforschung zur Hypnotherapie gegeben. Die wissenschaftlichen Grundzüge des Verfahrens werden dargestellt, denn mehr als jede andere psychotherapeutische Methode wird Hypnose auch unprofessionell praktiziert. An verschiedenen Beispielen werden mnestiche, behaviorale und biologische Begleitprozesse bzw. Mechanismen von hypnotischer Trance erläutert.

Breiten Raum nimmt die Darstellung einiger ausgewählter Störungen ein, die mit

Hypnotherapie – teilweise auch adjuvant – erfolgreich behandelt werden können. Ebenso wird der breite Indikationsbereich abgesteckt, so dass offenkundig wird, welche psychotherapeutischen Problem- und Aufgabenstellungen hypnotherapeutisch bearbeitet werden können. Es wird aber auch auf den diesbezüglichen Forschungsbedarf hingewiesen.

Hypnotherapie genießt bei Patienten eine hohe Akzeptanz, sie ist effizient und sowohl als alleinige Behandlungsstrategie als auch in Kombination mit anderen psychotherapeutischen Verfahren einsetzbar.

gleiches. Beispiel: „Ihre Standfestigkeit gegenüber Zigaretten *ist wie* ein Fundament, das Ihnen sagt: Sie sind voller Kraft und Energie!“ Die Funktion der direkten Intervention ist dreierlei: (1) Der Therapeut ist der Garant für die hypnotherapeutische Erfahrung des Patienten. (2) Hypnose erhöht die Suggestibilität des Patienten. (3) Sie ist primär auf eine symptomorientierte Behandlung gerichtet.

Bei der *indirekten* Hypnose werden die therapeutischen Botschaften in einen für den Patienten attraktiven bzw. akzeptablen Kontext gesetzt (vgl. z.B. Revenstorf und Freund, 2001). Beispiel: „... Sie kennen das, wenn Zigarettenrauchen widerlich schmeckt! Warum sich dem aussetzen? Das, worauf Sie verzichten können, das macht Sie frei, und dieses Gefühl gleicht dem eines Siegers.“ Milton Erickson und viele seiner Nachfolger haben zahlreiche indirekte Techniken entwickelt, von denen hier lediglich vier skizziert werden:

■ **Stellvertretertechnik:** Für die Zielstellung, das Rauchen aufzugeben, werden die jungen, dynamischen, gesunden und gut aussehenden „Traumtypen“ suggeriert. Es wird dann von „ihnen“ in der Erwartung gesprochen, dass sich der Patient angesprochen fühlt; denn „sie/ihnen“ sind bekanntlich auch die singuläre Form der Personbezeichnung in der Höflichkeitsform.

Was ist eigentlich Hypnose?

Während der Hypnose, verstanden als eine Behandlungsmethode, werden spezifische Kommunikationsbesonderheiten unter der Voraussetzung eingesetzt, dass (1) eine psychotherapeutische Indikation besteht, dass (2) ein Vorgespräch stattgefunden hat und dass (3) ein therapeutischer Auftrag seitens des Patienten besteht. Die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient verläuft in dem Sinne ritualisiert, dass fünf Phasen sequentiell durchlaufen werden, nämlich Induktion, Vertiefung, therapeutische Fokussierung, posthypnotischer Arbeitsauftrag und Reorientierung. Dabei gerät der Patient in eine Trance, also in einen spezifischen Bewusstseinszustand – oder besser: mentalen Zustand – der durch Veränderungen der Wahrnehmungs- und informationsverarbeitenden Prozesse (z.B. Aufmerksamkeit, Absorption und Dissoziation) beschrieben werden kann (vgl. Bongartz und Bongartz, 1998). Wenn der

Patient hypnotische Trance erfährt, sind drei Prozesse wirksam, nämlich Relaxation, Imagination und Suggestibilität (syn. Hypnosefähigkeit). Sie werden vom Therapeuten induziert.

Es ist üblich, zwischen direkter und indirekter Hypnose zu unterscheiden. Die *direkte* Hypnose gilt als die klassische Form hypnotherapeutischer Intervention (vgl. z.B. Schütz, 1997). Beispiel: „Zigaretten schmecken widerlich; wenn Sie an einer Zigarette ziehen, wird Ihnen schwindelig und übel; Brechreiz überkommt Sie!“ Da solche Suggestionen vom Patienten auch angenommen werden müssen, um wirksam zu sein, setzen direkte Suggestionen voraus, dass zwischen Therapeuten und Patienten nicht nur Übereinstimmung in den Behandlungszielen bestehen, sondern auch in den Einstellungen und Überzeugungen. Weil das nicht durchgängig gegeben ist, hat man andere Formen der direkten Suggestion entwickelt, z.B. die Form des direkten Ver-

¹ Überarbeitete Fassung einer Vorlesung, die im Rahmen einer Ringvorlesung anlässlich des 100. Jahrestages der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn gehalten wurde.

- **Einkreistechnik:** Für die Zielstellung, das Rauchen aufzugeben, wird ein Kontext suggeriert, in dem der Patient nicht geraucht oder seiner Versuchung erfolgreich widerstanden hat.
- **Metaphorische Anekdoten:** Für die Zielstellung, das Rauchen aufzugeben, wird die Geschichte eines Menschen, Tiers, Fabelwesens u.dgl. erzählt, der/das einer Sache überdrüssig ist, sie aber nur unter Schwierigkeiten überwunden hat. Zumeist wird über einen deus ex machina eine mögliche Lösung dargestellt, die die Ressourcen des Patienten berücksichtigt.
- **Symbolische Techniken:** Für die Zielstellung, das Rauchen aufzugeben, wird beispielsweise die Verweigerung einer Zigarette mit dem Handeln eines siegreichen Kämpfers verglichen.

Was verändert sich in Hypnose?

Eine Vielzahl gut untersuchter Veränderungsindikatoren, die während hypnotischer Trance registriert werden können, sind dokumentiert worden. Sie lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen: Subjektive, verhaltensbezogene und biologische Veränderungen.

Zu den *mnestischen Veränderungen* können Veränderungen der Aufmerksamkeit gerechnet werden, zudem Veränderungen der Körperwahrnehmung, des logischen Denkens, der Imaginationsfähigkeit, der Suggestibilität, der Dissoziation, der Altersregression, der Hyper- und Amnesie sowie der emotionalen Prozesse. Beispielhaft soll eine Studie von Sarnoch (1998) angeführt werden. Er untersuchte die Wirkung von hypo- und hyperalgetischen Suggestionen auf kognitive Prozesse während der Bearbeitung des Stroop-Tests, der neutrale, hypo- und hyperalgetische Deskriptoren enthielt. Die Aufgabe wurde von den Pbn unter dem Einfluß einer normo-, hypo- und hyperalgetischen Trancebedingung bearbeitet. Während hypo- und hyperalgetischer Suggestionen kommt es zu einem Anstieg der schmerzbezogenen Stroop-Interferenzen. Das spricht für die große Rolle automatischer Verarbeitungsprozesse während der Hypnose, denn gemäß der Netzwerk-Theorie des Gedächtnisses wur-

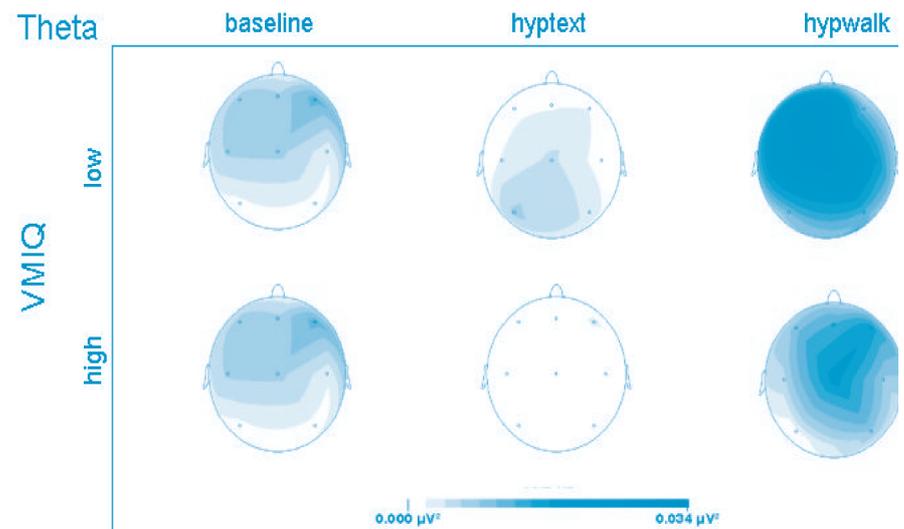


Abbildung 1: Thetapower (μV^2) bei 5 Hz für die drei experimentellen Phasen werden dargestellt: baseline (Wachzustand mit geschlossenen Augen), hypertext (unspezifische hypnotische Trance) und hypwalk (motorische Imaginationsaufgabe in Hypnose). Es werden jeweils die anteriore und die posteriore Ansicht für Pbn mit hoher bzw. niedriger Trait-Imaginationsfähigkeit präsentiert. Haupteffekte für Hypnosephase ($p = .001$) bzw. Ableitort ($p < .0001$) und die Interaktion zwischen Hypnosephase und Ableitort ($p < .0001$) sind signifikant.

den latent vorhandene schmerzbezogene Strukturen automatisch aktiviert, was sich in der Inkongruenz zwischen Schmerz- und Farbinformationen niederschlägt.

Im Zusammenhang mit *verhaltensbezogenen Veränderungen* wird immer wieder auf die Phänomene der Katalapsie (Verharren in unphysiologischen, unbequemen Körperhaltungen) oder Levitation (Dissoziation bestimmter Körperteile, so, als ob sie nicht mehr zum eigenen Körper gehörten) berichtet. Ungezählt sind die differenzierten mimischen und gestischen Veränderungen, die bei Annahme bzw. Ablehnung hypnotischer Instruktionen beobachtet werden können (vgl. Revenstorf, 1990, S. 143).

In ausführlichen Untersuchungen ist von vegetativen, hämatologischen, endokrino-logischen, immunologischen und auch von hirneurophysiologischen Prozessen berichtet worden, die alle unter die Gruppe der *biologischen Veränderungen* subsumiert werden können (zusammenfassend etwa bei Scholz, 1998). Hier soll von einer Studie berichtet werden, die Konradt im Rahmen ihrer Dissertation fertig stellte (Konradt, Deeb und Scholz, 2004). Ihr Ziel bestand darin, die Dauer und Genauigkeit einer mo-

torischen Imagination im Wachzustand und während der Hypnose in Abhängigkeit von der Hypnotisierbarkeit ihrer 47 Pbn miteinander zu vergleichen. Die Mental-Walking-Aufgabe hatte 3 Teile: In der Trainingsphase übten die Pbn am Computer 9 Tore zu durchschreiten mit unterschiedlicher Entfernung und Torbreite. Dem folgte eine Imaginationsphase, während der die Pbn die Tore im Wachzustand durchschritten. Schließlich realisierten die Pbn dieselbe Aufgabe unter Hypnose, wobei die Suggestionen in eine Phantasie eingekleidet waren. Gemessen wurde die von den Pbn per Fingerzeig angegebene Dauer bis zum imaginierten Durchschreiten des jeweiligen Tores. Diese chronometrische Aufgabe verzichtet also auf subjektive Einschätzungen von Vorstellungsin-tensität und -fähigkeit. Während der Aufgabe wurde das EEG auf 16 Kanälen registriert. Im Ergebnis spiegelt zwar die Dauer der motorischen Imagination während der Hypnose die vorgegebenen Distanzen korrekt wieder, aber die Pbn brauchten in Hypnose deutlich länger als unter der Wachbedingung.

Von besonderer Bedeutung war die Analyse der Theta-Aktivität während der imaginierten Wanderungen. Thetaaktivität ent-

steht in einem integrativen System verschiedener Hirnzentren entweder spontan (z.B. während des Schlafes) oder deterministisch, wenn ein sensorisches oder kognitives Ereignis verarbeitet wird. Dieses Ereignis kann external oder auch internal (z.B. durch Imagination ausgelöst) auftreten. Psychische Korrelate solcher deterministischen Thetagenerierung sind assoziatives Lernen, Aufmerksamkeit, emotionale Prozesse, Gedächtnisspeicherung, -konsolidierung oder -abruf. Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, nimmt die Thetapower von der Baseline zur unspezifischen Trance ab, hingegen deutlich zu von der unspezifischen Trance zur eigentlichen Mental-Walking-Task in Hypnose.

Während aber bei den Pbn mit niedriger Imaginationsfähigkeit die Thetapower ziemlich diffus über das gesamte Hirn hinweg verteilt ist, kann bei den Pbn mit hoher Imaginationsfähigkeit eine Fokussierung zentroparietal festgestellt werden.

Wem hilft Hypnotherapie?

„Insgesamt wurde für die Hypnose in den geprüften Anwendungsbereichen sowohl im Prae-Post-Vergleich ... als auch im Kontrollgruppenvergleich ... eine gute Wirksamkeit festgestellt.“ (Grawe, Bernauer, Donati, 1994, S. 634). Diese auf der Basis von 19 Studien mit 1068 Patienten gezogene Schlussfolgerung ist zwischenzeitlich durch weitere Metanalysen bestätigt, differenziert und konkretisiert worden. Revenstorf und Prudlo (1994) analysierten 77 Studien, in denen 17 verschiedene Störungsbilder behandelt worden waren. In 67 dieser Studien wurden statistisch signifikante Behandlungserfolge mitgeteilt. Im Arbeitskreis um Bongartz (vgl. Bongartz, Flammer und Schwonke, 2002; Flammer und Bongartz, 2003) wurde aus insgesamt 43 methodisch streng selektierten Studien eine Effektstärke von $d = .51$ berechnet, d.h. 62 von 100 zufällig ausgesuchte Patn profitieren von einer Hypnotherapie. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in den meisten der berücksichtigten Studien die direkten Hypnose-techniken zur Anwendung kamen. Das gilt pars pro toto auch für die unter Leitung von Revenstorf (2003) angefertigte Metaanalyse.

M.a.W.: Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass moderne Hypnotherapie wirksamer ist als es die mittels Metaanalysen berechneten Indices abbilden. Dies soll nachfolgend störungsspezifisch belegt werden. Grundlage der Darstellung ist die von Revenstorf erarbeitete Expertise, die der Bundesgesundheitsministerin vorgelegt wurde.

Für die große Gruppe der *Angststörungen* lagen insgesamt 7 Studien mit 271 Patienten vor. Vornehmlich wurden Prüfungsängste, Panikstörungen und Phobien hypnotherapeutisch behandelt. Während 71% der Behandelten klinisch relevante Verbesserungen angaben, machten nur 29% der Mitglieder der unbehandelten Wartegruppe solche Angaben. Mit diesen Studien konnte die wirksame und insbesondere kostengünstige, weil relativ kurz dauernde Behandlung (maximale Behandlungsdauer: 9 Sitzungen) unter Beweis gestellt werden. Katamnesen bestätigten anhaltende Behandlungserfolge.

Patienten mit *somatoformen Störungen*, insbesondere mit somatoformen Schmerzstörungen, funktionellen Herz-Kreislauf- und gastrointestinalen Störungen profitieren von Hypnotherapie. Das belegen 12 methodisch sorgfältig kontrollierte Studien, an denen 251 Patienten beteiligt waren. Die Behandlungseffekte waren nach mehr als einem Jahr noch immer nachweisbar.

Ähnliche Effekte können für zahlreiche andere Störungsgruppen gezeigt werden. Besonders gut, weil an großen Stichprobenumfängen belegt (18 Studien, 1367 Patienten), sind die hypnotherapeutischen Ergebnisse bei *Patienten, die an einer somatischen Krankheit leiden und daraus psychosoziale Beeinträchtigungen* resultieren. Stellvertretend seien genannt: Asthma bronchiale, rheumatoide Arthritis, Operationsschmerz, postoperative Zustände, Krebs- oder Geburtsschmerz. Bei den genannten Erkrankungen wurde Hypnotherapie als adjuvante Behandlung eingesetzt. Der Erfolg der Hypnotherapie bestand wesentlich in einer Verkürzung der Heilungsprozesse.

In 7 Studien mit insgesamt 455 Patienten mit *Abhängigkeiten bzw. Substanzmiss-*

brauch (zumeist Opiat- oder Zigarettenabhängigkeit) erwies sich die Kombination mit Verhaltenstherapie als vorteilhaft.

Zur *Adipositas*-Behandlung sind 7 Studien mit 200 Patienten publiziert worden. Auch hier wurde die Hypnotherapie als ein adjunktives Behandlungsverfahren eingesetzt. Der Behandlungsschwerpunkt lag indessen auf einer verhaltensmodifizierenden und diätetischen Vorgehensweise. Man kann aus den Studien den Schluss ziehen, dass die hypno-therapeutische Fokussierung auf ein verändertes Körperbild der Patienten und auf veränderte Gewohnheitsbildung beim Essen zu langfristig anhaltenden Behandlungsergebnissen (Gewichtsreduktion) führt. Hierbei sei angemerkt, dass die genannten Therapieeffekte nicht erreicht wurden, wenn Verhaltensmodifikation und Diätmaßnahmen als alleinige Behandlungsmethoden eingesetzt wurden.

Zur Störungsgruppe der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen zählt Revenstorf *Inkontinenz* und *Schlafstörungen*. In seinem Bericht wird darauf verwiesen, dass die kurze Behandlungsdauer von deutlichem Vorteil gegenüber anderen Behandlungsmethoden ist. Dieser Aspekt wurde in einer umfangreichen Studie aus dem eigenen Arbeitskreis nachgewiesen (vgl. Schön, Dohrenbusch, Kaspers und Scholz, 2003). 58 Patienten mit Primärer Insomnie erhielten 6 Therapie Termine im wöchentlichen Abstand. Während der Sitzungen bekamen sie Informationen zum Krankheitsbild und zu schlafhygienischen Maßnahmen. Zuhause hörten sie täglich eine CD, auf der während jeder Woche ein anderer Text aufgesprochen war. Die gesamte Stichprobe wurde in 3 verschiedene Behandlungsgruppen aufgeteilt; (1) auf der CD waren nur Entspannungstexte aufgesprochen, (2) auf der CD waren nur metaphorische Anekdoten aufgesprochen, (3) die CDs enthielten sowohl (1) als auch (2). Gruppenstatistisch ergaben sich zwischen den Behandlungsgruppen keine statistisch zu sichernden Unterschiede, wohl aber verbesserten sich die Patienten in allen 3 Behandlungsgruppen statistisch signifikant im Hinblick auf ihre Schlafqualität (vgl. Abbildung 2 und 3).

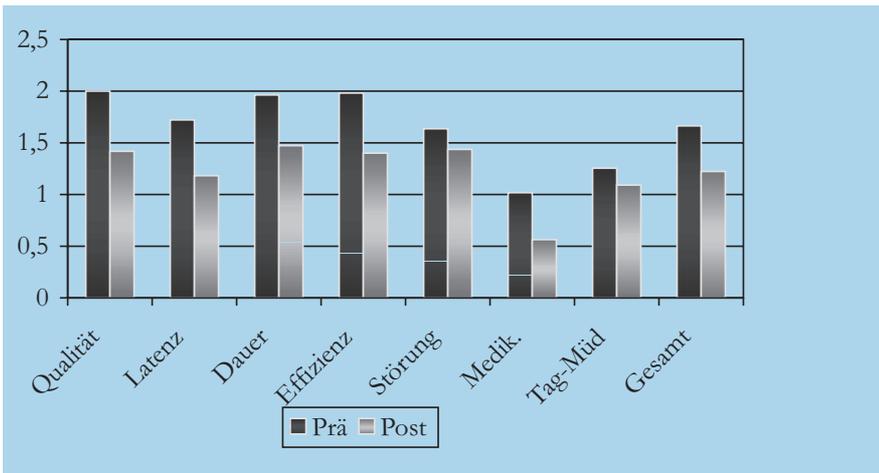


Abbildung 2: Mittelwerte der 8 Subskalen des Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) von Buysse, Reynolds, Monte, Berman und Kupfer (1989) im Vergleich zwischen Prä- und Postmessung bei n= 58 Patienten.

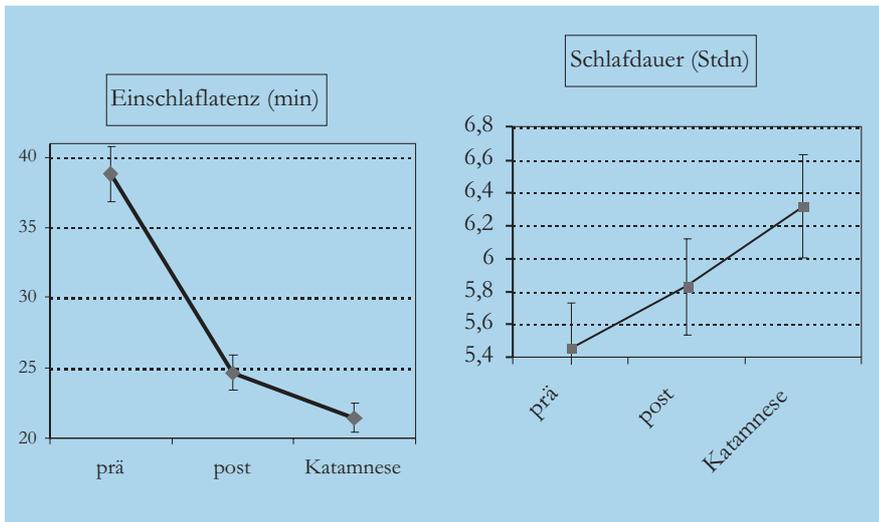


Abbildung 3: Veränderung der Einschlaflatenz in Minuten (links) und der Schlafdauer in Stunden (rechts). Die Katamnese wurde 3 Monate nach Therapieabschluss erhoben.

Gemäß den Angaben der Patienten verkürzt sich die Einschlaflatenz von 39 min auf 22 min, und die Schlafdauer verlängert sich von 5,42 Stunden auf 6,32 Stunden. Bemerkenswert ist weiterhin, dass sich die Therapieeffekte über den Behandlungszeitraum hinaus noch verstärken. – Insgesamt gesehen zeigt diese Studie wie auch die bei Revenstorf (2003) zitierten Studien beachtliche Therapiewirkungen.

Die genannten Erfolge sollen nicht darüber hinwegtäuschen, dass für einzelne Störungen noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. So liegen zur Hypnotherapie von *Essstörungen* lediglich 2 Originalstudien

liegen vor. Daran beteiligten sich 73 Patienten mit *Bulimia nervosa*. Sie wurden in Kombination mit Verhaltenstherapie behandelt, wobei aus hypnotherapeutischer Sicht posthypnotische Aufträge bzw. sog. „hypnotische Begleiter“ zur Beeinflussung des Körperbildes einen wesentlichen Therapiebestandteil ausmachten.

Ähnlich ist die Forschungslage bei der Hypnotherapie von *Posttraumatischen Belastungsstörungen* (5 Studien mit 116 Patienten). Bei dieser Störungsgruppe scheint Hypnotherapie deshalb besonders wirksam zu sein, weil die Kernsymptomatik mittels kontrollierter Konfrontation in sensu mög-

lich ist und dadurch via Habituation das Beschwerdebild wirksam reduziert werden kann. So wurden klinisch relevante Besserungen in der Studie von Brom, Kleber und Defares (1989) bei ca. 60% der Therapie Teilnehmer nachgewiesen.

Ein großer Forschungsbedarf ergibt sich für die Hypnotherapie von Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Wie die 7 von Revenstorf (2003) berichteten Studien mit lediglich 310 Therapie Teilnehmern belegen, ist die Akzeptanz für hypnotherapeutische Intervention hoch, insbesondere bei Enuresis, Lernstörungen, hyperkinetischen Störungen, aber ebenso bei postoperativen Zuständen oder bei der Milderung von Übelkeit und Erbrechenneigung der Krebspatienten.

Welche Arbeitsprinzipien werden in der Hypnotherapie realisiert?

Wie bereits einleitend festgestellt, läuft die hypnotherapeutische Intervention nach einer mehr oder weniger festen Sequenz ab, weshalb auch die Hypnotherapie hinsichtlich ihres Procedere ein leicht zugänglicher Forschungsgegenstand ist. Bevor die Tranceinduktion erfolgt, erarbeiten Patient und Therapeut einen konkreten Arbeitsvertrag, der während der Hypnose „behandelt“ wird. Daran schließt sich die verbale Präsentation einer cover story, die auf die aktuellen Besonderheiten des Patienten Bezug nimmt. Diese wird derart fortgesetzt, dass die bisher nicht angemessen berücksichtigten Gegebenheiten/Ziele des Patienten expliziert werden. Die Konfrontation kulminiert in der Präsentation des Kernproblems des Patienten, ohne dass dabei der Patient direkt angesprochen werden muss. Dennoch werden ihm Lösungen bzw. Ergebnisse seiner bisher nicht angemessenen Gegebenheiten/Ziele differenziert angeboten. Bevor der Patient reorientiert wird, wird ein posthypnotischer Auftrag erteilt, der z.B. als „hypnotischer Begleiter“ formuliert werden kann. Insgesamt ist jede therapeutische Hypnose maßgeschneidert.

Die gedrungene Beschreibung des Ablaufes einer Hypnose soll kenntlich machen, dass diese Behandlungsmethode ein sehr breites Arbeitsspektrum (syn. Indikation)

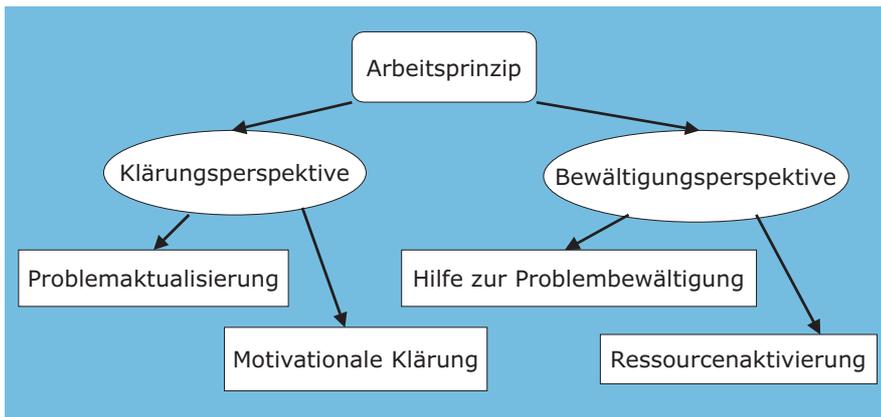


Abbildung 4: Die vier von Grawe (1995) formulierten Arbeitsprinzipien einer psychotherapeutischen Sitzung. In Abhängigkeit von der globalen Zielstellung einzelner Behandlungsmethoden (z.B. Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse) werden einzelne Arbeitsprinzipien auf Kosten anderer fokussiert. Die Arbeitsprinzipien lassen sich zu 2 psychotherapeutischen Behandlungsperspektiven zusammenfassen.

ermöglicht, das eben nicht nur symptomorientiert ist. Man kann leicht zeigen, dass die von Grawe (1995) formulierten Arbeitsprinzipien (vgl. Abb. 4) in vollem Umfange für einzelfallspezifische hypnotherapeutische Aufgabenstellungen gelten.

Problemaktualisierung ist mittels Hypnose dann angezeigt, (1) wenn der Patient mit seinen Ambivalenzen, insbesondere mit seinen emotionalen Zuständen von Unsicherheit und Angst, zu konfrontieren ist; (2) wenn wesentliche Bestandteile seines Problems von ihm nicht ins Kalkül gezogen werden/wurden; (3) wenn Konflikte, Probleme, Schwierigkeiten, Leiden oder Inkompetenz des Patienten explizit thematisiert, provoziert oder reaktualisiert werden sollen. Bei diesen Sachverhalten wird die cover story so ausgebreitet, dass die kognitive, emotionale bzw. soziale Komplexität seines Problems offenkundig wird. Sollte sich im Vorgespräch herausstellen, dass der Patient Widerstände gegen eine Änderung seiner Sichtweise der Probleme hat, dann kann die Problemlage dadurch aktualisiert werden, dass der Therapeut die Konsequenzen des Problems deutlich macht.

Die *Klärung von Motivation* in der Hypnose ist besonders dann angezeigt, (1) wenn Bedeutungszusammenhänge der einzelnen Facetten der gegenwärtigen Lage (oder des Problems) des Patienten zu analysieren sind; (2) wenn ihm unklare, unbewusste, unübersichtliche Zusammenhänge strukturiert werden sollen; (3) wenn Intentionen, Entscheidungen, Handlungen, Ziele, Überzeugungen und/oder Beziehungen des Patienten uneindeutig sind. In solchen Fällen wird der Hypnotherapeut in

seiner Darstellung die antagonistischen und die protagonistischen Seiten des Problems fokussieren. Es ist therapeutisch hilfreich, wenn für die verschiedenen Seiten des Problems jeweils ein Subjekt bzw. ein Repräsentant steht (pro et contra).

Hypnotherapeutische Hilfe zur *Problembewältigung* ist angezeigt, wenn (1) konkrete Anleitungen/Instruktionen – etwa im Sinne eines shapings – ausgeformt werden sollen; (2) wenn bereits konzipierte Intentionen, Entscheidungen oder geplante/notwendige Handlungsvollzüge differenziert eingeübt werden sollen; wenn konkrete Hilfen oder Hilfsmittel für den Patienten erforderlich werden; (4) wenn Möglichkeiten einer Barriereüberwindung sondiert werden sollen. Bei all diesen Aufgabenstellungen werden die cover stories so formuliert, dass die bereits gefällten Entscheidungen des Patienten eingeübt werden können. Der hypnotherapeutische Zugang ist also auf die Ausformung bzw. das Training der Problembewältigung fokussiert.

Ressourcenaktivierung bezieht sich darauf, die vorhandenen Hilfsmittel (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erfahrungen, materielle Mittel) des Patienten, seine Möglichkeiten (situative Umstände, soziale Beziehungen) und relevante Personen zu nutzen, um seine angestrebte Problemlösung zu optimieren. Das ist angezeigt, (1) wenn soziale Beziehungen des Patienten explizit bestätigt, auf-, ausgebaut oder aktiviert werden sollen; (2) wenn auf Erwartungen, Hoffnungen, individuelle Kompetenzen und Gewohnheiten eingegangen werden soll; (3) wenn der Patient zum Gebrauch

eigener Möglichkeiten, Vorteile, Voraussetzungen ermutigt werden soll.

In einer Studie von Scholz und Meise (2004) wurde die Ressourcenaktivierung



Zusatzqualifizierung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie *
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)
Würzburg - Bamberg - München
(WS 2005)

Zusatzqualifizierung Gruppentherapie*
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)
Bamberg - Würzburg (SS/WS 2005)

„Nachqualifizierung“ *
im Rahmen der
Übergangsbestimmungen des PTG
140/280 Stunden Theorie - Bamberg -
Würzburg

Fortbildung in Psychologischer Schmerztherapie *
80 Stunden mit Abschlusszertifikat
anerkannt von DGSS und DDPSF

Fortbildung in Psychoonkologie *
80 Stunden - Bamberg - Würzburg
(SS/WS 2005)

*** alle Fortbildungen werden zur Anerkennung bei der Kammer eingereicht**

Arbeitsgemeinschaft für
Verhaltensmodifikation
Deutschland e. V. (AVM-D)
Bundesgeschäftsstelle - Dr.-Haas-
Straße 4 96047 Bamberg
Fon (09 51) 2 08 52 11 Neu
Fax (09 51) 2 08 52 15 Neu
e-mail: info@avm-d.de
internet: www.avm-d.de

von 44 Patienten mit atopischer Dermatitis fokussiert. Patienten, die adjuvante Hypnotherapie erhielten, hatten im Vergleich zu Patienten, die sich einem Imaginations-training unterzogen, die größeren Behandlungserfolge. Am Ende einer vierwöchigen Behandlung, die überwiegend als Selbstmodifikation konzipiert war, hatten die Patienten der Hypnosegruppe deutlich weniger Juckreizattacken, geringere Juckreizaktivität, größere Selbstkontrolle gegenüber dem Kratzen, ein besseres allgemeines Wohlbefinden und deutlich weniger negative Gedanken. Ebenso war die Anzahl der Patienten, die Behandlungsfortschritte erzielten, in der Hypnosegruppe größer als in der Imaginationsgruppe. Die Ressourcenaktivierung geschah in den Tonkassettexten dadurch, dass – ausgehend von den Erwartungen und Hoffnungen der Patienten – sie sich ihre individuellen Kompetenzen vergegenwärtigen und zum Gebrauch eigener Möglichkeiten ermutigt wurden.

Ausblick

Hypnotherapie wird in dem Maße als ein wissenschaftliches Behandlungsverfahren akzeptiert werden, wie es gelingt, das Vorgehen rational zu kommunizieren. Nicht alles, was sich Hypnotherapie nennt, kann den Kriterien einer wissenschaftlich begründeten Therapiemethode gerecht werden, weil irrationale, esoterische oder auch laienhafte Konzepte maßgeblich in das Behandlungsgeschehen einfließen. Das muß deshalb nicht sein, weil wesentliche Mechanismen und Begleitprozesse von Hypnose bekannt und replizierbar untersucht worden sind. Diesen Vorteil – hier sind insbesondere die mnestischen und biologischen Veränderungen während Hypnose zu nennen – hat die Behandlungsmethode auch gegenüber vielen anderen Behandlungsmethoden. Ein weiterer Vorteil ist die breite Anwendbarkeit, die sich nicht nur auf Symptombehandlung zu beschränken braucht. Die in verschiedenen Taxonomien beschriebenen psychotherapeutisch wirksamen Mechanismen (Arbeitsprinzipien) finden in hypnotherapeutischen Behandlungen breite Anwendung.

Hypnose genießt bei den Patienten eine hohe Akzeptanz, insbesondere bei solchen Patienten mit primär organischen Erkrankungen, die zu psychischen Beeinträchtigungen während des Krankheitsprozesses geführt haben. Dabei ist die hypnotherapeutische Intervention sehr effizient. Eine überschaubare Behandlungsdauer charakterisiert diese Art der Psychotherapie. Insofern ist die Hypnotherapie eine kostengünstige Behandlungsform.

Hypnotherapie ist anwendungsbezogen umfangreich erforscht. Das ist eine gute Ausgangsposition für die Qualitätssicherung dieser Therapiemethode. Hinsichtlich der Kenntnis von Hypnosemechanismen, Prozessforschung, der langfristigen Behandlungswirkungen und der Integration in andere Therapiestrategien sind jedoch noch zahlreiche Forschungsfragen zu beantworten.

Literatur

- Bongartz, W., Bongartz, B. (1998) Hypnose-therapie, Göttingen: Hogrefe.
- Bongartz, W., Flammer, E., Schwonke, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut*, 47, 67-76.
- Brom, D., Kleber, R.J., Defares, P.B. (1989) Brief Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monte, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28, 193-213.
- Flammer, E., Bongartz, W. (2003). On the Efficacy of Hypnosis: A Meta-Analytic Study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-197.
- Grawe, K. (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K., Bernauer, R., Donati, F. (1994) Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession, Göttingen: Hogrefe.

- Konradt, B., Deeb, S. & Scholz, O.B. (2004). Motorische Imagination in Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 21, 183-204.
- Revenstorf, D., Prudlo, U. (1994) Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. *Hypnose und Kognition*, 11, 190-224.
- Revenstorf, D. (Hrsg.) (2003) Hypnotherapie – Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens. Privatdruck, erhältlich beim Herausgeber/Autor.
- Revenstorf, D. (1990) Technik der Hypnose. In: Revenstorf, D. (Hrsg.) *Klinische Hypnose*, Berlin: Springer, (137-168).
- Revenstorf, D., Freund, U. (2001) Indirekte Induktion und Kommunikation. In: Revenstorf, D., Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, Berlin: Springer, (169-184).
- Sarnoch, H. (1998) Kognitive Effekte hypo- und hyperalgetischer Suggestionen im Stroop-Test. *Hypnose und Kognition*, 15, 145-156.
- Scholz, O. B. (1998) Hirn und Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 15, 11-32.
- Scholz, O. B., Meise, M. (2004) Metapher-geleitete Hypnotherapie im Vergleich zur Imaginationstherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 209-217.
- Schön, M.M., Dohrenbusch, R., Kaspers, F. Scholz, O.B. (2003) Tranceinduktion und metaphorisch geleitete Suggestionen in der Behandlung der Primären Insomnie. Posterpräsentation, Tagung der Fachgruppe „Klinische Psychologie und Psychotherapie“, Freiburg.
- Schütz, G. (1997) *Hypnose in der Praxis – Über das Phänomen der Trance*, Paderborn: Junfermann.

Prof. Dr. O. Berndt Scholz

Psychologisches Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Lehrstuhl für Klinische Psychologie
Römerstraße 164
D-53117 Bonn

Recht: Aktuell

Praxistipps – Hinweise – Informationen

Hartmut Gerlach – unter Mitarbeit von Henryk Gerlach

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Teil 3

Datenschutz – der geht auch Sie an!

Wenn es Sie tröstet: Auch Juristen, und besonders Anwälte, stöhnen über das ach so komplexe und komplizierte Datenschutzrecht. Wenn Sie gleichwohl die Lektüre der beiden vorangegangenen Teile durchgehalten und sich die Grundprinzipien gemerkt haben, dann wissen Sie schon sehr viel. Nachstehend sei noch einmal Wesentliches zusammengefasst:

Sie lernten im 2. Teil (*Psychotherapeutenjournal* 4/2004 S. 327, 328), dass das „Übermitteln“ der gefährlichste Vorgang im Datenschutzrecht ist. Sie merkten sich weiter: Ein „Übermitteln“ ist nur mit schriftlicher (!) Einwilligung des Pat. *oder* aufgrund eines Gesetzes zulässig. Und Sie haben schließlich im Gedächtnis behalten, dass Sie bei der Übermittlung von besonders schutzwürdigen Daten (dazu zählen die Gesundheitsdaten!) *immer* eine Doppelprüfung anzustellen haben: Bin ich denn zur Übermittlung i. S. des Datenschutzrechts berechtigt *und* bin ich zur Offenbarung i. S. des § 203 StGB befugt? Noch eines: Soweit der Datenschutz in der für Sie geltenden Berufsordnung weitergehende Bestimmungen als die gesetzlichen enthält, kommt der Berufsordnung Vorrang zu, ohne dass Sie allerdings die erörterten Bestimmungen des Datenschutzes aus dem Auge verlieren dürfen.

Dieser 3. und letzte Teil zum Datenschutzrecht widmet sich – wenn auch nur kurz – dem Zugriff auf Patientendokumentationen, den Auskunftspflichten

gem. § 100 SGB X, dem Datenschutzrecht innerhalb eines Krankenhauses, einer Reha-Einrichtung oder einer Beratungsstelle bzw. eines Jugendamts und unterbreitet Ihnen schließlich einige Sicherheitsvorschläge.

Zugriff auf Patientendokumentationen/ – Patientenkarteien

Soweit der Psychotherapeut in einem **Praxisnetz** tätig ist, hat er sich zwingend gem. § 140 b Abs. 3 Satz 3 SGB V an einer gemeinsamen Patientendokumentation zu beteiligen, auf die jeder Psychotherapeut/Arzt des Netzes für seine Tätigkeit im erforderlichen Umfang zurückgreifen kann. Dieses in den Verträgen für integrierte Versorgungsformen zu regelnde Zugriffsrecht lässt sich indessen nicht auf ein **Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**, eine **Gemeinschaftspraxis** (§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV) oder eine **Praxisgemeinschaft** (§ 33 Abs. 1 Ärzte-ZV) übertragen. Ähnlich wie bei verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses, so *Meier* (2003, 369), müsse bei diesen Kooperationsformen das Vorliegen einer „einheitlichen Stelle“ verneint werden, so dass bspw. das Zusammenführen von Patientenkarteien in einer Gemeinschaftspraxis zu *einer* Patientenkartei als „Übermitteln“ zu werten und von der schriftlichen Zustimmung des Pat. abhängig sei. Denn für das Zusammenführen bestünde keine medizinische Notwendigkeit, die ein Zusammenführen erlaube. Mithin müssten die Patientenkarteien getrennt geführt werden. Anders sei es in einem Krankenhaus: Hier deckten die vorgenannte Bestimmung des BDSG und zu meist die Landeskrankenhausgesetze

(LKHG) die Übermittlung innerhalb des Krankenhauses, insbesondere aber an die Abrechnungsstelle.

Bei einer **Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft/MVZ** sei zwar davon auszugehen, dass der Pat. i. S. des § 203 StGB stillschweigend zugestimmt habe, seine Daten in einer gemeinsamen Kartei/Datei aufzunehmen, datenschutzrechtlich sei es hingegen höchst strittig, ob ein Zusammenführen („Übermitteln“) i. S. des § 28 Abs. 8 Satz 1, Abs. 7 Satz 1 BDSG ohne schriftliche Einwilligung des Patienten zulässig sei (*Meier*, 2003, 369). Eine stillschweigende Einwilligung wie im Strafrecht sei weder im § 28 BDSG noch im SGB V vorgesehen, so dass § 4a Abs. 1 Satz 3 BDSG zum Zuge käme: Die Zusammenführung der Karteien bedürfe damit der schriftlichen Einwilligung des Patienten.

Auskunftspflichten des Therapeuten gegenüber Leistungsträgern (§ 100 SGB X)

Werfen wir nun einen Blick auf den in der Praxis sehr bedeutsamen § 100 SGB X. Fast jeder der im Rahmen der GKV tätigen Psychotherapeuten dürfte schon mit einem Auskunftersuchen zu den gesundheitlichen Verhältnissen eines von ihm behandelten Pat. einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV), eines Unfallversicherungs- oder Rentenversicherungsträgers oder eines Versorgungsamtes konfrontiert worden sein. Die genannte Bestimmung (Abs. 1) verweist nun ausdrücklich auf den uns schon bekannten Grundsatz: Die Auskunft („Übermittlung“) ist nur zulässig, wenn es gesetzlich zugelassen ist *oder* der Pat. im Einzelfall eingewilligt hat. Darüber hinaus muss der Leistungsträger gerade die begehrte

Auskunft für die Durchführung seiner Aufgaben benötigen.

Soweit ein Unfallversicherungsträger, also z. B. die **Berufsgenossenschaft**, Auskunft begehrt, ist der Vertragsarzt gem. §§ 201, 203 **SGB VII** (= gesetzliche Regelung) zur Auskunft verpflichtet, soweit dies für Zwecke der Heilbehandlung und für die Erbringung sonstiger Leistungen erforderlich ist. Er hat aber den Pat. vom Erhebungszweck und der Verpflichtung zur Auskunft zu unterrichten. Ob der Vertragspsychotherapeut o. w. unter „Arzt“ zu subsumieren ist, erscheint mir zweifelhaft, selbst dann, wenn man der Meinung von *Fröde* folgte, wonach der § 203 SGB VII weit auszulegen sei (NZS 2004, 645 „648“). Denn der § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V erklärt nur das Vierte Kapitel des SGB V und der § 285 Abs. 4 SGB V das 10. Kapitel des SGB X bezüglich der Psychotherapeuten für anwendbar („Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für ... Psychotherapeuten, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“). Ein weiterer Verweis auf die anderen Bücher des SGB findet sich aber nicht. Mithin bedarf eine Auskunft an die Berufsgenossenschaft (BG) immer der **schriftlichen Zustimmung** des Pat.

Das Recht der **Rentenversicherung (SGB VI)** normiert keine Verpflichtung zur Auskunftserteilung des Vertragsarztes oder gar des Psychotherapeuten. Für eine Auskunft bedarf es also immer der **schriftlichen Einwilligung** des Pat. (schon wegen § 28 Abs. 8 Satz 1 Satz 1 BDSG; so auch *Kamps/Kiesecker*: „Merkblatt – Auskunftspflicht des Arztes gegenüber Leistungsträgern des SGB – Stand. März 2003, LÄK Baden-Württemberg).

Soweit die **Versorgungsämter** Auskünfte begehren, gilt § 12 Abs. 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegeropferversorgung. Hier ist immer die **schriftliche Einwilligung** des Versorgungsberechtigten einzuholen.

Dem **Medizinischen Dienst (MDK)** der Krankenkassen gegenüber besteht grds. eine **Auskunftsverpflichtung** des Vertragspsychotherapeuten (§ 276 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V: Leistungserbringer sind

verpflichtet, Sozialdaten an den MDK zu übermitteln, soweit dies für eine Prüfung erforderlich ist). – Zur Auskunftspflicht gegenüber einer **Krankenkasse** gehört u. a. natürlich in erster Linie das Gutachterverfahren erwähnt; der Gutachter ist ja im Auftrag der Kasse tätig. Hierzu sei auf die Ausführungen im *Teil 2 (Psychotherapeutenjournal 3/ 2004, S. 329)* verwiesen.

Exkurs: Selbstverständlich haben auch die **Jugendämter** im Bereich der Jugendhilfe den Schutz von Sozialdaten zu gewährleisten (§§ 61 ff. SGB VIII „Kinder- und Jugendhilfe“). Die genannten Bestimmungen verweisen auf die Ihnen schon bekannten Vorschriften des §§ 35 SGB I in Vbd. mit §§ 67 ff. SGB X, nehmen aber einzelne Abweichungen vor. Hier sei insbesondere auf den § 65 SGB VIII („Besonderer Vertrauensschutz in der persönlichen und erzieherischen Hilfe“) hingewiesen. Sozialdaten dürfen danach vom Mitarbeiter nur weitergegeben werden, wenn eine – nicht unbedingt schriftliche – Einwilligung vorliegt, es sich um Auskünfte an ein Familiengericht in Scheidungs- und Sorgerechtsangelegenheiten handelt oder die Voraussetzungen einer Weitergabe nach § 203 StGB vorliegen.

Wie sieht es nun aber mit **Auskunfts-pflichten von Jugendämtern oder Beratungsstellen gegenüber Eltern** aus? Grundnorm ist der § 36 SGB I in Vbd. mit dem zuvor erwähnten § 65 SGB VIII. Danach kann derjenige Jugendliche, der das 15. Lebensjahr vollendet hat (also seinen 15. Geburtstag gefeiert hat), selbstständig Sozialleistungen, damit auch Psychotherapie im Rahmen der GKV in Anspruch nehmen. Aber in diesem Fall „soll“ (nicht: „muss“) der Leistungsträger den gesetzlichen Träger informieren. Überdies: Im § 8 Abs. 3 SGB VIII heißt es: „Kinder und Jugendliche können ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten beraten werden, wenn die Beratung aufgrund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde.“ Kurz: Der Therapeut wird sehr sorgfältig abzuwägen haben, ob und ggf. wie er die Personensorgeberechtigten informiert.

Sind die Voraussetzungen des § 100 SGB V indessen erfüllt, muss der Leistungserbringer Auskunft geben, selbst dann, wenn der Versicherte widerspricht (BSG v. 22.6.1993, 6 Rka 10/84 – zitiert nach *Kamps/Kiesecker*, 2003). I. Ü. hat der Vertragspsychotherapeut Anspruch auf Vergü-

tung nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz.

Weder das **SGB III** („Arbeitsförderung“) noch das **SGB IX** („Rehabilitation und Teilhabe“) sehen den Leistungsträgern gegenüber Auskunftspflichten seitens der Ärzte oder Psychotherapeuten vor. Auskunft kann es also nur nach schriftlicher Einwilligung des Pat. geben.

Therapeuten im Krankenhaus oder in Reha-Einrichtungen

In den meisten Bundesländern beinhalten die Landeskrankenhausesetze Bestimmungen, die datenschutzrechtlich die Datenübermittlung an die Abrechnungs- und an andere Abteilungen der Krankenhäuser erlauben und darüber hinaus festlegen, wann die Übermittlung an Stellen *außerhalb* des Krankenhauses zulässig ist. Die Verwaltungsmitarbeiter im Krankenhaus zählen zu den berufsmäßig tätigen Gehilfen, so dass straf- oder datenschutzrechtlich kein Anlass besteht, diese Konstruktion als kritisch zu betrachten. Ist der Therapeut in einem zur GKV **zugelassenen (Akut-)Krankenhaus** (§ 108 Abs. 1 SGB V) tätig, gilt für die Übermittlungsbefugnis i. Ü. Folgendes: Der § 301 SGB V bestimmt, dass die zugelassenen Krankenhäuser den KK in maschinenlesbarer Form u. a. die Krankenversicherungsnummer des Pat., Tag und Grund der Aufnahme sowie Aufnahme- und Entlassungsdiagnose zu übermitteln haben. Verpflichtet zur Übermittlung ist nicht der Psychotherapeut oder der Arzt, sondern der Träger des Krankenhauses. Steht eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts an, ist die KK sogar berechtigt, Auskünfte mit medizinischer Begründung zu verlangen (§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Untersuchungs- und Behandlungsunterlagen kann sie jedoch nicht herausverlangen.

Sehr viel komplexer erweist sich die Übermittlung von Daten *innerhalb* eines Krankenhauses. Einsichtig ist es, dass die Verwaltungsabteilung nur die Unterlagen erhalten darf, die sie z. B. für die Erstellung der Abrechnung benötigt. Rechtswidrig wäre demnach eine generelle Weisung der Krankenhausverwaltung an die Ärzte, ihr sämtliche Krankenunterlagen vorzulegen

(Meier, 2003, 376). Wie sieht es aber mit der Weitergabe an den Chefarzt, den Verwaltungsleiter oder an eine andere Abteilung des Krankenhauses aus? Sieht man das Krankenhaus als eine größere Organisationseinheit, damit als „eine Stelle“ im Sinne des Datenschutzrechts an, so handelt es sich bei der Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Abteilungen nicht um ein „Übermitteln“ (sog. **organisatorischer Stellenbegriff**), versteht man es indes als: „mehrere Stellen“, dann liegt ein Übermitteln vor (sog. **funktionaler Stellenbegriff**). Die Landeskrankenhausgesetze orientieren sich nicht einheitlich an einem der beiden Stellenbegriffe, so dass es – datenschutzrechtlich – durchaus zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen kann, ob nun ein Übermitteln vorliegt oder nicht. Die Weitergabe an den Chef- oder Oberarzt, wenn er die Fachaufsicht führt, dürfte unter diesem Aspekt jedenfalls kein Übermitteln darstellen, die Übermittlung an die Abrechnungsabteilung aber sehr wohl; letztendlich entscheidend ist aber, wie das jeweilige LKHG die Datenweitergabe regelt und wie sich der Einzelfall gestaltet. Im Grunde muss man für jeden Sachverhalt eine sorgfältige rechtliche Analyse vornehmen, um die Frage zu beantworten: Liegt eine zulässige Übermittlung vor oder nicht?

Einige Sicherheitsvorschläge für den Umgang mit Daten

Entsprechend dem § 9 BDSG haben öffentliche und nicht-öffentliche Stellen (siehe: *Psychotherapeutenjournal* 3/2004, S. 236), die personenbezogene Daten erheben, verarbeiten oder nutzen, die technischen und organisatorischen Maßnahmen treffen, die erforderlich sind, um den Vorschriften des Datenschutzes zu genügen. Zur Verbesserung des Datenschutzes können Daten verarbeitende Stellen ihr Datenschutzkonzept durch unabhängige und zugelassene Gutachter prüfen und bewerten lassen (§ 9a BDSG – „**Datenschutzaudit**“). Auch kann sich „jedermann“ (§ 21 BDSG) an den Datenschutzbeauftragten wenden, wenn er der Ansicht ist, er sei datenschutzrechtlich in seinen Rechten verletzt.

Wollte man allerdings den Ansprüchen aller Datenschutzbeauftragten gerecht werden, so müsste man vermutlich auf die

elektronische Datenverarbeitung in der Praxis verzichten. Tatsächlich erweist sich ein technisch wirksamer Schutz als ausgesprochen aufwändig, und eine rentable Nutzung der EDV wäre kaum noch möglich. Nicht ohne Grund heißt es deshalb im § 9 Satz 2 BDSG: „Erforderlich sind Maßnahmen nur, wenn ihr Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zu dem angestrebten Schutzzweck steht.“ Entscheidend ist für Sie als Datenverarbeiter/in, Problembewusstsein zu entwickeln und zu bewahren. Schwierig wird es für Sie zunächst, wie Sie den **unautorisierten Zugriff** technisch unmöglich machen wollen. Zunächst garantiert kaum ein Hersteller das korrekte Funktionieren seiner Standard-Software, insbesondere der zum technischen Datenschutz notwendigen Funktion. Standard-Software wird in der Regel wie besehen, d. h. inklusive aller Sicherheitslöcher und Design-Fehler, verkauft. Hier könnte ein nachträgliches Datenschutzaudit (s. o.), also eine Überprüfung des korrekten Funktionierens des technischen Datenschutzes, mehr Klarheit schaffen. Dies ist jedoch kostenintensiv, da es – aus gutem Grund – für jedes System einzeln erfolgen muss. Auch hat der Bundesgesetzgeber die Einzelheiten bislang nicht geregelt (vgl. § 9a BDSG, z. T. aber die Länder). Und zuletzt darf man sich fragen, wie zuverlässig ein solches Datenschutzaudit ist, wenn die verwendete Software – wie oft üblich – nicht im Quellcode vorliegt.

Ihr Ziel muss es sein, den fahrlässigen Umgang mit Daten zu vermeiden ...

Aber nicht nur durch Ausnutzen von Software-Fehlern lässt sich der Datenschutz umgehen. Auch mit Hilfe von Wanzen, durch Einbruch oder durch das Abgreifen elektromagnetischer Strahlung kann man an geschützte Daten gelangen. Ein technischer Schutz gegen diese Angriffe ist in der Regel unverhältnismäßig teuer. Letztlich ist es immer eine Frage des technischen Aufwands und der kriminellen Energie, um auch an besonders geschützte Daten zu kommen. Das Ziel kann also nicht sein, einen unautorisierten Zugriff unmöglich zu machen. Vielmehr genügt es, wenn der Datenverarbeitende nicht fahrlässig mit den Daten umgeht, so dass erheblicher technischer Aufwand und kriminelle Energie

aufgewendet werden müssen, um an die Daten zu kommen. Der unerlaubte Zugriff auf geschützte Daten ist übrigens nach **§ 202a StGB** („**Ausspähen von Daten**“) strafbar!

Auf jeden Fall sollte der Zugang zur EDV beschränkt werden, d. h. jeder Benutzer sollte sich nur mit einem **Passwort** einloggen dürfen. Dieses Passwort verhindert z. B. das Herumspielen eines Patienten am System, während er im Behandlungszimmer auf den Psychotherapeuten wartet. Sinnvoll ist auch ein sich **automatisch einschaltender Bildschirmschoner**, der erst nach Passwordeingabe das Weiterarbeiten ermöglicht. Nicht unbedingt sinnvoll ist es, das Passwort zu häufig zu ändern, da das Ausspähen eines Passworts zum Zwecke eines Systemeinbruchs erhebliche kriminelle Energie erfordert, bzw. das Erraten von Passwörtern sehr aufwendig ist. Auch schafft der zu häufige Wechsel von Passwörtern zudem Probleme, muss man sich doch genug andere Dinge im Leben merken.

Ordnet man **Mitarbeitern eine eigene Zugangskennung** zu, so ergeben sich weitere Möglichkeiten und Probleme. Zum einen wird eine Protokollierung erforderlich, wer welche Änderung getätigt hat (*Gola* u. a. „BDSG“, 7. Aufl., § 9 Rdn. 13 Nr. 5). Sie wird jedoch häufig so nicht von der Standardsoftware unterstützt. Zum anderen kann man die Zugriffsrechte des einzelnen sehr genau kontrollieren. Es ist jedoch oft nicht praktikabel, eine zu feine Granulierung dieser Zugriffsrechte vorzunehmen. Man stelle sich das Chaos vor, wenn jede Schublade im Büro mit einem eigenen Schloss versehen wäre und jeder nur zu einigen die Schlüssel hätte. Eine Einteilung in Hierarchien bietet sich an.

Wann immer Daten übertragen werden, so sind sie besonders zu schützen (natürlich ist, wie im 2. Teil dargelegt, vorher zu prüfen, ob eine Übertragung überhaupt zulässig ist). Verlassen die Daten auf einem physischen **Datenträger** Ihre Praxis, so ist dieser **zu verschlüsseln** (vgl. IT-GSHB 3.7 Kryptokonzept), denn die Gefahr des Diebstahls oder des versehentlichen Verlusts ist ungleich höher als innerhalb Ihrer Räume, und es wäre fahrlässig, auf eine Verschlüs-

selung zu verzichten. Insbesondere sollten die Festplatten von **Laptops** verschlüsselt werden, denn auch diese sind Datenträger (IT-GSHB M 4.29). Auch eine elektronische Übertragung, z.B. über das **Telefonnetz** oder **Internet**, sollte nur verschlüsselt erfolgen.

Sind die Rechner in Ihrer Praxis vernetzt, so sollte mindestens der physikalische Zugang zum **Netz** einigermaßen geschützt sein. Es sollte z.B. im unbeaufsichtigten Wartezimmer keine Netzwerk-Buchse geben. Ein direkter Schutz der übertragenen Daten durch ein fachmännisch eingerichtetes VPN (Virtual Private Network) ist wünschenswert. Für kabellose Netzwerke (WLAN) ist besonderer Aufwand zu deren Absicherung zu betreiben. Soll Verbindung zum Internet bestehen, ist ebenfalls erhöhte Aufmerksamkeit notwendig. Wer keine **aktuellen Updates** einspielt und keine **Antivirensoftware** verwendet, handelt mit Sicherheit fahrlässig, wenn ein Virus anfängt, Patientendaten an alle Empfänger des Adressbuchs zu senden. Zusätzliche Sicherheit kann man hier schon erreichen, wenn der **Internetzugang** nur einer bestimmten Benutzerkennung möglich ist, die aber selbst wiederum keinen Zugriff auf Patientendaten hat.

Zur Datensicherheit gehört nicht zuletzt die Verfügbarkeit der Daten. Alle relevanten Daten sollten regelmäßig gesichert werden. Da die Patientendaten in der Regel nicht leicht wiederzubeschaffen sind, könnte eine **tägliche Sicherung** sinnvoll sein. Will man die Daten z. B. auch vor einem Brand schützen, darf man die Sicherungskopien nicht mit den Originaldaten zusammen aufbewahren. Bringt man die Daten an einen anderen Ort, sind sie natürlich wieder zu verschlüsseln, weil sie transportiert werden. Da dem Schlüssel so eine wichtige Rolle zukommt, sollte man überlegen, ihn mit einem entsprechenden Programm auch auf Papier auszudrucken, da er so sehr viel haltbarer ist als beispielsweise auf einer CD-ROM. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es schließlich interessant zu wissen, wie lange es dauert, bis die Daten von einer Sicherung nach einem Ausfall auf das alte oder ein komplett neues System zurückgespielt sind.

Egal ob Festplatte oder CD-ROM, das sollten Sie wissen, irgendwann gibt jeder Datenträger „seinen Geist auf“ und muss entsorgt werden. Genauso wenig wie man vertrauliche Akten einfach zum Altpapier geben darf, sondern datengerecht zu vernichten hat, genauso muss man auch **Datenträger vernichten**. CDs sollte man dazu durchbrechen (ggf. Handschuhe tragen) oder mit einer Heckenschere durchschneiden. Festplatten, sofern noch funktionsfähig, sollte man überschreiben; leider werden dabei nicht immer alle Daten gelöscht; mit entsprechendem technischen Aufwand sind u. U. noch Teile zugänglich. Wer dieses Risiko nicht eingehen will, oder falls die Festplatte (scheinbar) defekt ist, sollte sie mechanisch zerstören, d.h. aufschrauben und die einzelnen Speicherplatten mit dem Hammer deformieren. Ähnlich kann man mit Disketten oder USB-Sticks verfahren.

Für viele der oben vorgestellten Maßnahmen benötigt man u. U. die **Hilfe eines Fachmanns**. Letztlich tragen aber Sie die Verantwortung dafür, dass die Maßnahmen greifen. Darüber hinaus müssen Sie auch dafür Sorge tragen, dass der Fachmann geschützte Daten nicht widerrechtlich einsehbar. Hierbei sind die § 11 Abs. 5 BDSG bzw. § 80 Abs. 7 SGB X zu beachten (Wartung und Reparatur von EDV-Anlagen). Der Fachmann muss von Ihnen sorgfältig ausgewählt werden, der Auftrag an ihn ist schriftlich zu erteilen, u. a. mit der Maßgabe, den Datenschutz strikt zu beachten. Zumeist wird der Anbieter selbst entsprechende Allgemeine Geschäftsbedingungen seinem Angebot zugrunde legen.

Literatur

„IT-Grundschutzhandbuch des BSI“: <http://www.bsi.bund.de/gshb/deutsch/index.htm>

Andreas Beier, Patrick Brauch, Kemal Akman: „Aber sicher – Verschlüsselung für Windows, Linux und Mac OS X“, c't 16/04, Seite 176

„Arbeitsgruppe Kryptografie des Arbeitskreises für technische und organisatorische Fragen des Datenschutzes der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder: Orientierungshilfe zum Einsatz kryptografischer Verfahren“, http://www.bfd.bund.de/technik/oh_krypto.pdf

Axel Vahldiek, Lars Bremer: „Auf Nimmerwiedersehen – Dateien richtig löschen“, c't 5/03, Seite 192

<http://www.wikidorf.de/reintechnisch/Inhalt/FestplattenLoeschen>

Weichert „Datenschutz-Audit und Gütesiegel im Medizinbereich“ in: MedR 2003, 674

Ganz Recht:

Wissen Sie eigentlich, dass

■ es nicht im Belieben eines **Vertragspsychotherapeuten** steht, in welchem Umfang er sozialversicherte Personen versorgen will? Er muss vielmehr „in erforderlichem und im üblichen Umfang gerade an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Der subjektive Wille zur kontinuierlichen Teilnahme an der Versorgung ist Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“. Mithin ist also eine Mindestzahl von angebotenen Behandlungsstunden zur Sicherstellung notwendig, „wobei eine mehr als **zwanzigstündige wöchentliche Verfügbarkeit in eigener Praxis gefordert** werden muss... Die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit muss zweifelsfrei den **Hauptberuf** ausmachen bzw. das Schwergewicht der beruflichen Tätigkeit bilden und ihr das Gepräge geben“ (LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 13.10.2004, Bl. 13, 14; Az: S 11 KA 1836/03). Ausdrücklich offen ließ es das LSG (noch), ob die „Verfügbarkeit“ z. B. durch die übermäßige Behandlung von Privatpatienten eingeschränkt werde.

■ **selbstständige Dozenten/innen** unter die Rentenversicherungspflicht des § 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI fallen, selbst dann, wenn diese an sich als Beamte versicherungsfrei sind (LSG NRW NZS 2004, S. 434)?

RA Hartmut Gerlach

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

Deutscher Psychologen
VerlagIn sieben Schritten
zum Psychotherapieantrag

Der neue Ratgeber von Dr. Udo Boessmann führt anschaulich in die theoretischen Grundlagen und praktischen Anwendungsformen tiefenpsychologisch und psychoanalytisch fundierter Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ein. Dargestellt wird zudem eine systematische Vorgehensweise, mit der in sieben Schritten ein Bericht zum Psychotherapieantrag angefertigt werden kann.

NEU



Boessmann, Udo
Psychodynamische Therapie bei
Kindern und Jugendlichen
Kompendium und Berichte an den
Gutachter
2004, 232 Seiten, Broschur,
ISBN 3-931589-65-X,
29,80 EUR für BDP-Mitglieder,
39,80 EUR für Nicht-Mitglieder

Bestellcoupon

 Ja, bitte senden Sie mir

— Expl. Boessmann:
Psychodynamische Therapie
bei Kindern und Jugendlichen

 zum Preis von 39,80 EUR zum BDP-Vorteilspreis von 29,80 EUR

Name/Vorname/Titel

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Datum/Unterschrift



Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Oberer Lindweg 2 · 53129 Bonn
Tel. 0228 - 98731-18 · Fax 0228 - 641023
verlag@psychologenverlag.de · www.psychologenverlag.de

15 13 01

Akademie bei
Herbert König & Gerhard MüllerSemmelstraße 36/38
97070 WürzburgTel.: 0931 – 46079033, Fax: 0931 – 46079034
akademie@neuropsychologie.de
http://www.neuropsychologie.de

22. – 23.04.2005	Jesteburg	(Kursnr. FB050422A)	*
Demenz – Grundlagenwissen und Vertiefung			
Prof. Dr. med. Wolfgang Meins, Dipl.-Psych., Praxis, Hamburg 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; FE-Punkte beantragt			
29. – 30.04.2005	Berlin	(Kursnr. FB050429A)	
Schwere internistische und neurologische Erkrankungen und deren neuropsychologische Folgen			
Dr. med. F.-K. von Wedel-Parlow, Dipl.-Psych., DRK-Therapiezentrum Middelburg, Klinik für Geriatrie und Neurologie, Süsel 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; FE-Punkte beantragt			
29.04.2005	Würzburg	(Kursnr. FB050429B)	
HKS, ADHS, ADS für PsychologInnen			
Dr. Sven Bölte, Dipl.-Psych., Klinikum der Johann Wolfgang von Goethe-Universität, Frankfurt/Main; 160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 8 Std.; FE-Punkte: 8			
30.04.2005	Würzburg	(Kursnr. FB050430A)	
Neuropsychologie Autistischer Störungen			
Dr. Sven Bölte, Dipl.-Psych., Klinikum der Johann Wolfgang von Goethe-Universität, Frankfurt/Main; 190,00 Euro* / GNP-Mitglied: 170,00 Euro*, 10 Std.; FE-Punkte: 8			
06. – 07.05.2005	Berlin	(Kursnr. FB050506A)	
Grundlagen der Psychotraumadiagnostik und –therapie sowie neuropsychologische Aspekte			
Dipl.-Psych. Sylvia Wunderlich, Praxis für Psychotherapie und Neuropsychologie, Erfurt 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; GNP-Akk.: Punkt 4, FE-Punkte: 16			
07.05.2005	Berlin	Kursnr. FB050507A)	
Neuropsychologie und Zwangsstörungen - Behandlungsansätze, Trends und ungelöste Probleme			
Dipl.-Psych. Pamela Schmidt, Berlin 160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt, FE-Punkte: 8			
13.05.2005	Würzburg	(Kursnr. FB050513A)	
Fahreignungsdiagnostik bei psychiatrisch Erkrankten			
Dr. Georg Lambert, Dipl.-Psych., Akademie für Psychologische Begutachtung, Bad Honnef 160,00 Euro* / GNP-Mitglied: 145,00 Euro*, 8 Std.; GNP-Akk.: Punkt 2, FE-Punkte: 8			
20. – 21.05.2005	Berlin	(Kursnr. FB050520A)	
Identitätsveränderung nach Hirnschädigung			
Dr. Claudia Wendel, Dipl.-Psych. & Dr. Sabine Heel, Berlin 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; GNP-Akk.: Punkt 3, 8 Std. und Punkt 4, 8 Std.; FE-Punkte: 16			
10.06.2005	Würzburg	(Kursnr. FB050610A)	
Cattell, Binet und die Folgen: 100 Jahre Psychometrie			
Dr. Georg Lambert, Dipl.-Psych., Akademie für Psychologische Begutachtung, Bad Honnef 155,00 Euro* / GNP-Mitglied: 140,00 Euro*, 6 Std.; GNP-Akk.: Punkt 2, FE-Punkte: 6			
17. – 18.06.2005	Würzburg	(Kursnr. FB050617B)	
Neuropsychologische Gutachten: Die Auftraggeber und ihre Erwartungen / psychologische Urteilsbildung und juristische Rahmenbedingungen / das Problem Verantwortung			
Dr. Franz Dick, Dipl.-Psych., Frankfurt / Main & Annett Löwe, Rechtsanwältin, Berlin 280,00 Euro*, GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; GNP-Akk.: Punkt 2, FE-Punkte: 16			
25.06.2005	Bamberg	(Kursnr. FB050625A)	
Psychische Störungen und Krankheitsverarbeitung nach Schädel-Hirnverletzung			
Dipl.-Psych. Bernd Genal, Klinik Passauer Wolf, Bad Griesbach 130,00 Euro*, 8 Std.; FE-Punkte: 8			
25.06.2005	Bamberg	(Kursnr. FB050625B)	
Ansätze der Sprachtherapie bei Morbus Parkinson			
Bernd Frittrang M.A., Medau-Schule, Coburg 130,00 Euro*, 8 Std.; FE-Punkte: 8			
08. – 12.08.2005	Würzburg	(Kursnr. FB050808A)	
WUERZBURG SUMMER ACADEMY 2005			
George P. Prigatano			
„The practice of Clinical Neuropsychology“			
Learning and leisure with George P. Prigatano (Phoenix, Arizona, USA) – four days with courses, skill training and events. Full board will be included! Visit our homepage for details!			
Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an! *Kosten incl. Mehrwertsteuer			

Aktuelles aus der Forschung

Detlef Bunk

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Zu wenig beachtet: Depressionen im Klimakterium

Hautzinger, M., Ayen, I. (2004) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Klimakterium: Eine kontrollierte, randomisierte Interventionsstudie. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 33 (4), 290 – 299.

Die klimakterielle Lebensphase, die ca. ab dem 51. Lebensjahr auftritt, wird als Forschungsgegenstand in der klinischen Psychologie noch sehr vernachlässigt. Als typische psychische Beschwerden der Wechseljahre gelten Nervosität, Reizbarkeit, Aggressivität, Ängste, Stimmungsschwankungen und depressive Symptome. Die depressive Symptomatik ist das häufigste Beschwerdebild dieser Lebensphase. Die Angaben zur Auftretenshäufigkeit schwanken zwischen 20% und 80%. Es gibt nur wenige Untersuchungen über die psychotherapeutische Behandlung der in dieser Lebensphase auftretenden Depressionen. Von den weltweit 30 Psychotherapiestudien bei Frauen im Klimakterium fanden sich vier verhaltenstherapeutische Studien. Ziel der vorliegenden Untersuchung war somit, ein spezifisches psychotherapeutisches Angebot für Frauen mit Depressionen im Klimakterium zu entwickeln und in einer kontrollierten Studie zu evaluieren.

An der Studie nahmen 51 Frauen im Klimakterium mit depressiven Symptomen und anderen psychischen und psychosomatischen Beschwerden teil (Altersdurchschnitt 51,3 Jahre), die zwei Therapiegruppen mit 12 wöchentlichen Sitzungen und einer Wartegruppe zugeteilt wurden. Verglichen wurden Änderungen der Symptomatik nach einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie mit denen nach einer unspezifischen unterstützenden Gruppenbehandlung. Die Wartegruppe diente als unbehandelte Kontrollgruppe. Katamnestische Untersuchungen fanden nach 6 und 12 Monaten statt.

Die Ergebnisse zeigen, dass im Vergleich zur Wartegruppe beide Interventionsgruppen unmittelbar nach Abschluss der Behandlung eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik aufwiesen. Die Nachuntersuchungen ergaben, dass nach der kognitiven verhaltenstherapeutischen Behandlung eine Verbesserung der depressiven Symptomatik und der klimakterischen Beschwerden nachhaltiger waren als nach der unspezifischen Gruppenbehandlung.

Kommentar: Depressive Symptome bei klimakterischen Beschwerden sowie körperli-

che Begleitsymptome können nach unterstützenden und verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlungen verbessert werden. Allerdings liegt der Vorteil der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention vor allem in der mittel- und längerfristigen Wirksamkeit. Einschränkung erfahren die Ergebnisse, da Diagnoseerhebung, Behandlung und Ergebnismessung nicht von unabhängigen Untersucherinnen durchgeführt wurden und die Studienteilnehmerinnen aus selbstselektierten Patientinnen bestanden. Da die Untersuchung nach Meinung der Autoren bestenfalls erste Anhaltspunkte für die Indikation und Effektstärken psychologischer Interventionen bei der Zielgruppe depressiver Frauen im Klimakterium liefern kann, wäre die Mitteilung qualitativer Ergebnisse für weitere Forschungsarbeiten hilfreich, zumal die unspezifische Gruppenbehandlung ebenso eine, wenn auch begrenzte, Wirkung zeigte. Die Befragung der Patientinnen über besonders hilfreich erlebte einzelne therapeutische Interventionen kann zur Hypothesengenerierung für weitere Forschungsarbeiten beitragen.

Prävalenz depressiver Störungen abhängig von der jahreszeitlichen Erfassung?

Michalak, E. E. et al. (2004) Estimating depression prevalence from the Beck Depression Inventory: is season of administration a moderator? Psychiatry Research, 129 (1), 99-106.

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein zuverlässiges Instrument für die klinische Messung depressiver Symptome. In-

haltlich valide und mit hoher Reliabilität hat das Verfahren eine gute diagnostische Diskriminationsfähigkeit. Inwieweit sich die so genannte Winterdepression epidemiologisch auf eine saisonale Änderung der Prävalenz auswirkt, ist nach den bisherigen Studienergebnissen noch nicht vollends geklärt. Zwar findet sich in retrospektiven Studien gelegentlich ein Anstieg

depressiver Störungen während der Wintermonate, doch gibt es bisher keine Evidenz, dass sich während der Winterzeit die Inzidenz klinisch relevanter depressiver Störungen signifikant erhöht. Die multizentrische Studie geht der Frage nach, ob die Prävalenz depressiver Störungen, erfasst mit dem BDI, vom jahreszeitlichen Messzeitpunkt abhängig ist. Die Stichpro-

ben beiderlei Geschlechts aus England, Finnland, Norwegen und Spanien umfassten jeweils zwischen 1200 und 2700 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren, die aus Zensus-Registern zufällig ausgewählt und mit dem BDI untersucht worden waren. Die Untersuchungen in den jeweiligen Ländern waren über den gesamten Jahreszeitraum verteilt. Für die einzelnen Länder und für die Gesamtstichprobe wurden sowohl der kategoriale cutoff (BDI score > 13) als auch der kontinuierliche Messwert des BDI zwischen Winter- und

Sommerhalbjahr verglichen. Obwohl depressive Störungen im Winterhalbjahr bei allen Stichproben geringfügig häufiger beobachtet wurden, konnte durch Mittelwertvergleiche der kontinuierlichen Variablen und eine logistische Regression der kategorialen Daten eine signifikante Zunahme von Depressionen in den Wintermonaten statistisch nicht gesichert werden. Bedeutende jahreszeitliche Effekte auf die Untersuchung der Prävalenz depressiver Störungen schließen die Autoren daher aus.

Kommentar: Die Studie liefert ein empirisches Argument dafür, dass unterschiedliche Prävalenzraten depressiver Störungen weniger durch einen saisonalen Effekt des Messzeitpunktes zu erklären sind, eher vielleicht aufgrund unterschiedlicher Diagnoseklassifikationen und Messmethoden. Die Untersuchung von Schwankungen der Prävalenzraten über den Jahreszeitraum mag von Interesse für die Grundlagen- und Ursachenforschung sein. Für Versorgungsfragen sind solche Daten letztendlich nicht von erstrangiger Bedeutung.

Adipöse Kinder und Jugendliche: Verhaltensprogramme zur Gewichtsreduktion

Böhler, T. et al. (2004) Qualitätskriterien für ambulante Schulungsprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. Gesundheitswesen, 66, 748-753.

Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland zeigen, dass ca. 10 % aller Kinder zwischen 5 und 7 Jahren übergewichtig sind. Bis zu 3,5 % dieser Kinder leiden an einer Adipositas. Therapiebedürftig sind diese Kinder besonders dann, wenn Begleiterkrankungen und Entwicklungsstörungen vorliegen, deren Behandlung zu einer Gewichtsreduktion beitragen könnte. Verhaltensprogramme zur Gewichtsreduktion werden innerhalb oder außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung angeboten. Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist die Motivation von Kind und Familie, ihre Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen zu ändern. Die Autoren der Studie sind Mit-

glieder der medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK). Sie haben Daten aus der internationalen Fachliteratur anhand einer vorgegebenen Kriterienliste über Methoden evidenzbasierter medizinischer Forschung ausgewertet. Leitlinien und Expertenempfehlungen wurden dabei berücksichtigt. Den Ergebnissen zufolge gibt es derzeit nur wenige Studien mit ausreichender interner Validität und akzeptabler Untersuchungsmethodik. Konkrete, gesicherte Empfehlungen zur Ausgestaltung von Gewichtsreduktionsprogrammen sind demnach noch kaum möglich. Als erfolgreich haben sich breitbandige Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche herausgestellt, die unter Einbindung der Eltern das Ess- und Bewegungsverhalten sowie die Lebensgewohnheiten verhaltenstherapeutisch beeinflussen. Mit dieser Behandlungsmethode gelingt in der Regel eine Stabilisierung oder Reduktion des Körpergewichtes. Wenn El-

tern aktiv eingebunden werden, können positive Effekte solcher Behandlung bis zu 2 Jahre andauern.

Kommentar: Die Autoren kritisieren die relativ kurze Wirkungsdauer solcher einmalig durchgeführten Behandlungsprogramme. Da eine Adipositas von Krankheitswert ein komplexes Störungsbild ist, dem vielfältige interagierende Ursachen zu Grunde liegen, sind Erwartungen an einen dauerhaften positiven Effekt zeitlich begrenzter Behandlungsmaßnahmen eher zu dämpfen. Zwar können weitere Studien zur Untersuchung der Langzeiteffekte derartiger Behandlungen hier genaueren Aufschluss bringen, doch wird aller Wahrscheinlichkeit nach eine Langzeitbetreuung betroffener Kinder mit niedrigfrequenten Interventionen zur Aufrechterhaltung der Behandlungseffekte erforderlich sein.

Konfliktverhalten der Eltern im ehelichen Alltag steuert kindliche Aggressionen

Cummings, E., Goeke-Morey, M. & Papp, L. (2004) Everyday Marital Conflict and Child Aggression. Journal of Abnormal Child Psychology, 32, 2, 191-202.

Die Beziehung zwischen innerfamiliär getragenen elterlichen Konflikten und aggressivem Verhalten der Kinder ist in vielen Studien nachgewiesen worden. Die Autoren gehen von der bekannten Beobachtung aus, dass allein die Beobachtung

der elterlichen Auseinandersetzung aggressives Verhalten des Kindes auslöst und auch eine überdauernde aggressive Reaktionstendenz steuert (exposure hypothesis). Die Studie soll zeigen, welche Faktoren der elterlichen Auseinandersetzung zu unmittelbaren aggressiven Reaktionen seitens des Kindes führen und inwieweit diese sich in einer überdauernden Verhaltens-tendenz manifestieren. Die Studie wurde öffentlich bekannt gemacht und eine Gra-

tifikation für die Teilnahme angeboten. Rekrutiert wurden 108 Familien mit mindestens einem Kind (Zielperson zur Beobachtung aggressiven Verhaltens). Das Geschlecht der Kinder war in der Stichprobe gleich verteilt. Ihre Altersbandbreite lag zwischen 8 und 16 Jahren. Die Eltern wurden instruiert, über 2 Wochen ein strukturiertes Tagebuch über ihre alltäglichen Auseinandersetzungen, Diskussionen und positiven und negativen Konfliktlösungen

zu führen. Dokumentiert wurden die Themen der elterlichen Streitgespräche wie das kindliche Verhalten, die eheliche Beziehung, soziale Bezüge zu Verwandten, Freunden und während der Freizeit, dazu das Thema Arbeit und Geld. Eine Reihe von kindlichen Reaktionen auf die elterliche Auseinandersetzung wie Schreien, physische Aggressionen, allgemeines Fehlverhalten und Selbstverletzung wurden zu einem Aggressivitätsscore zusammengefasst. Die Eltern dokumentierten zusätzlich ihre Konfliktlösetaktiken, von der ruhigen Diskussion bis hin zu verbaler Feindseligkeit und physischem Angriff. Zusätzlich schätzten die Eltern eigene, durch die Auseinandersetzung ausgelöste positive und negative Gefühle ein. Die Mütter beurteilten zusätzlich aggressive Verhaltenstendenzen ihres Kindes mit der Child-Behavior-Checklist auf den Skalen für externalisierende Symptome. Die miteinander komplex in Beziehung stehenden Variablen wurden mit Hilfe hie-

rarchischer generalisierter linearer Modelle statistisch ausgewertet.

Als Hauptergebnis zeigte sich, dass negative Gefühle der Eltern während ihrer Konflikte auch die unmittelbare aggressive Reaktionsbereitschaft des Kindes fördern. Ärger und Enttäuschungsgefühle der Mütter wirkten sich besonders auf jüngere Kinder und auf die Aggressionsneigung von Jungen aus. Diskussionen der Eltern über das kindliche Verhalten oder die eheliche Beziehung waren Konfliktthemen, die sich am stärksten auf die Reaktionen des dem Konflikt beiwohnenden Kindes auswirkten. Aggressive Reaktionen des Kindes nahmen deutlich ab, wenn die Eltern konstruktive Konfliktlösetaktiken entwickelten und bei beiden Elternteilen ein positives Grundgefühl nach der Auseinandersetzung blieb. Das Ausmaß kindlicher aggressiver Reaktionen während der elterlichen Auseinandersetzung war ein signifikanter Prädiktor für

klinisch auffälliges externalisiertes Verhalten in der CBCL.

Kommentar: Es verwundert nicht, dass die Art des elterlichen Konfliktlöseverhaltens die kindlichen Reaktionen beeinflusst und konstruktive Problemlösemethoden aggressive Reaktionen und Enttäuschungen eines Kindes reduzieren können, um die Entstehung überdauernder externalisierender Verhaltensweisen nicht zu fördern. Kinder müssen infolge konfrontativer elterlicher Auseinandersetzungen nicht grundsätzlich Schaden nehmen. Es kommt auf die Art und Weise an, wie der Konfliktlösungsprozess gestaltet wird und ob für die Betroffenen am Ende ein akzeptables Ergebnis vorhanden ist, mit dem beide Seiten zufrieden sein können. Nur die destruktive Auseinandersetzung und ein enttäuschendes Ergebnis sind der psychosozialen Entwicklung von Kindern abträglich.

Kognitive Störungen bei Schizophrenen: Auch mit Screening-Verfahren verlässlich erfassbar

Dickerson, F. et al. (2004) Cognitive functioning in schizophrenia and bipolar disorder: comparison of performance on the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status. Psychiatry Research, 129, 1, 45-53

In der Untersuchung werden kognitive Dysfunktionen von 229 Schizophrenen, 117 Manisch-Depressiven und 100 psychiatrisch gesunden Kontrollprobanden verglichen. Demografische und klinische Kontrollvariablen wurden bei den Gruppenvergleichen berücksichtigt. Als neuropsychologisches Untersuchungsinstrument zur Messung kognitiver Funktionsstörungen wurde die Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) verwendet. Dieses kurze Screeningverfahren, welches innerhalb von 30 Minuten durchgeführt werden kann, wurde von Randolph 1998 ursprünglich zur Untersuchung altersbedingter dementieller Prozesse entwickelt. Un-

ter Verwendung von Testitems, die denen der Wechsler-Skalen ähneln, werden Funktionen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, dazu das visuell-räumliche Vorstellungsvermögen, Aufmerksamkeitsleistungen und das passive Sprachverständnis geprüft.

Die Ergebnisse zeigen, dass bei Schizophrenen auf allen Skalen die stärksten kognitiven Beeinträchtigungen zu finden sind. Aber auch die Leistungen Manisch-Depressiver waren signifikant schlechter als die der Kontrollgruppe. Die Autoren stellen zum Schluss die hinlänglich bekannte Tatsache fest, dass kognitive Störungen bei schweren psychiatrischen Erkrankungen behandlungsbedürftige und behandelbare Kernsymptome sind.

Kommentar: Der Erkenntniswert von Untersuchungen, die kognitive Dysfunktionen von grob klassifizierten psychiatrischen Gruppen vergleichen, ist nicht sehr

groß, da die Tatsache, dass Schizophrene Funktionsstörungen des Gedächtnisses, des Sprachverständnisses, der Aufmerksamkeit und des visuell-räumlichen Vorstellungsvermögens aufweisen, wiederholt nachgewiesen wurde. Die klinischen Gruppen dieser Untersuchung wurden diagnostisch zwar nach DSM-IV-Kategorien klassifiziert, aber nicht weiter in Unterformen differenziert (z.B. positive/negative Symptomatik bei Schizophrenen), was zur Untersuchung spezifischer neuropsychologischer Leistungsbeeinträchtigungen heute notwendig erscheint. Der Wert der Untersuchung liegt darin, dass hier im Vergleich zu den üblichen Untersuchungsmethoden ein relativ verlässliches, kurzes und schnell durchzuführendes Untersuchungsverfahren zur Anwendung kommt, welches kognitive Leistungsstörungen bei schizophrenen Erkrankungen abbilden kann. Eine deutsche Fassung der RBANS liegt allerdings bisher noch nicht vor.

Häusliche Gewalt: Hohe Folgekosten für Opfer und Gesellschaft

Walby, S. (2004) *The Costs of Domestic Violence. Women & Equality Unit, University of Leeds, DTI Publications, London.*

Die umfangreiche Studie wurde im Auftrag des britischen Innenministeriums (Home Office) durchgeführt. Sie ist Teil der seit 2000 laufenden Untersuchung des britischen Innenministeriums über gesellschaftliche Folgekosten interpersoneller Gewaltkriminalität. Die Daten basieren auf einer jährlichen anonymen Umfrage des Home Office unter der Bevölkerung beiderlei Geschlechts, die computergestützt von Umfrageinstituten durchgeführt wurde. Erfasst wurden alle Arten physischer und psychischer interpersoneller Gewalt inklusive Stalking. Für die Studie hinzugezogen wurden weiterhin Daten aus den Berichten aller infolge der Gewaltakte in Anspruch genommenen Institutionen. Die menschlichen und emotionalen Kosten des subjektiven Leids infolge des Traumas beruhen auf der Schätzung der allgemeinen „Willingness-to-Pay“ der Bevölkerung, derartige Traumata zu vermeiden.

Nach den Hauptergebnissen der Studie gliedern sich die jährlichen Kosten in folgende Bereiche auf (angegeben in britischen Pfund): 1 Milliarde £ für das Strafrechts-/Justizsystem, 1,2 Milliarden £ für das Gesundheitssystem, 205 Millionen £ für soziale Dienste, 160 Millionen £ für die Unterbringung in Notunterkünften, 300 Millionen £ für zivilrechtliche Kosten z.B. durch Scheidung und Jugendhilfemaßnahmen, 2,7 Milliarden £ für wirtschaftliche Verluste durch krankheitsbedingten Arbeitsausfall. Nimmt man die Kosten für das subjektive körperliche und emotionale Leid von insgesamt 17 Milliarden £ hinzu, summieren sich in Großbritannien die gesamtgesellschaftlichen Folgekosten von häuslicher Gewalt auf 23 Milliarden £ pro Jahr. Unter vielen Einzelergebnissen nennt die Studie Posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen als die häufigsten psychischen Traumatisierungsfolgen. Allein die Behandlung psychischer Störungen der unterschiedlichsten Art wird auf 176 Millionen £ pro Jahr geschätzt. Weil Langzeiteffekte psychischer Störungen bei Erwachsenen und die Folgekosten von Entwicklungsstörungen bei Kin-

dern kaum zuverlässig geschätzt werden können, geht die Autorin davon aus, dass die Verluste für die Gesellschaft infolge psychischer Fehlentwicklungen und der Versorgung späterer seelischer Erkrankungen sowie der dadurch nicht genutzten psychischen Ressourcen noch wesentlich höher zu veranschlagen sind.

Kommentar: Eine komplexe gesundheitsökonomische Studie, die auf einer großen repräsentativen Stichprobe beruht und unter sorgfältiger Diskussion methodologischer Einschränkungen empirische Ergebnisse über die Folgekosten interpersoneller und häuslicher Gewalt vorlegt, deren Dimensionen man bisher nur erahnen konnte. Fast schon mag es zynisch klingen, dass die Bezifferung des subjektiven Leids zwar eine erschreckende Höhe erreicht, die Verluste für die Gesellschaft an Kreativität und Schaffenskraft, welche aus psychischen Fehlentwicklungen bei den Opfern aller Altersgruppen resultieren, aber viel nachdenklicher stimmen müssten. Denn hier geht ein großes Potenzial an Optionen für die Weiterentwicklung der Gesellschaft verloren.

Psychische Störungen bei Jugendlichen und Adoleszenten in Haft: Ausmaß und Versorgungsbedarf bisher unterschätzt?

Zwei unabhängige empirische Studien untersuchten jugendliche und heranwachsende Rechtsbrecher während ihres Aufenthaltes in Untersuchungshaft und im offenen Strafvollzug auf psychische Störungen und behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen. Damit werden die wenigen deutschen Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei jugendlichen Straftätern um aktuelle Ergebnisse ergänzt.

Köhler, D., Hinrichs, G., Otto, T. & Huchzermeier, Ch. (2004) *Zur psychischen Belastung von Jugendlichen und heranwachsenden Häftlingen (gemessen mit der SCL-90-R). Recht und Psychiatrie, 22, 3, 138 – 142.*

Aus internationalen Studien ist bekannt, dass die Prävalenz psychischer Störungen

bei Inhaftierten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist. Unabhängig von Belastungs- und Anpassungsstörungen aufgrund einer individuellen, entwicklungsbedingten Vulnerabilität und der aktuellen Haftbelastung fanden sich insbesondere bei jugendlichen inhaftierten Straftätern psychische Störungen in Verbindung mit Substanzmissbrauch und Fehlentwicklungen der Persönlichkeit. Ziel der vorliegenden Studie war, psychische Beschwerden junger Inhaftierter im Jugendvollzug zu erfassen und mit drei Referenzgruppen zu vergleichen: der allgemeinen Bevölkerung, nicht inhaftierten Persönlichkeitsgestörten und erwachsenen Strafgefangenen. Die Stichprobe bestand aus 153 Jugendlichen und Heranwachsenden einer Jugendhaftanstalt für Untersuchungshäftlinge in Schleswig-Holstein im Alter zwi-

schen 17 und 21 Jahren (Mittelwert 19,2 Jahre). Erfasst wurden psychosoziale und biografische Daten sowie die Deliktart. Die psychische Befindlichkeit wurde mit der Symptom-Checkliste SCL-90-R gemessen und anonym ausgewertet. Außer für die 9 Subskalen wurde der Global Severity Index (GSI) berechnet.

Die häufigsten Deliktarten in der untersuchten Gruppe waren Diebstahl, Körperverletzung und Raub. Für die statistischen Vergleiche mit den Referenzgruppen wurden die Normwerte aus der SCL und die Daten einer anderen Studie an erwachsenen Inhaftierten mit vergleichbarer Untersuchungsmethodik herangezogen. Die untersuchte Stichprobe beschrieb auf allen SCL-Skalen signifikant höhere psychische Belastungen als die allgemeine Bevölkerung,

gab aber im Vergleich mit nicht inhaftierten Persönlichkeitsgestörten geringere psychische Belastungen an, außer auf der Subskala „Paranoides Denken“. Am häufigsten litten die jugendlichen und heranwachsenden Häftlinge an Depressionen und Angstsymptomen. Insgesamt war das Profil der Symptomatik gut vergleichbar mit dem erwachsener Strafgefangener anderer Untersuchungen. Delikt spezifische Profile psychischer Belastungen deuteten sich an, konnten aber statistisch nicht gesichert werden. Der GSI lag bei Sexualstraftätern deutlich höher als bei Tätern anderer Deliktgruppen.

Kommentar: Zwar stimmen die Befunde zur Struktur und Häufigkeit psychischer Belastungen mit den Ergebnissen internationaler Studien überein, doch ist zu berücksichtigen, dass die Daten durch Selbstauskünfte in einem Screeningverfahren gewonnen wurden. Es handelt sich hier also nicht um psychopathologische Befunde, die durch Anamneseerhebungen objektive Beobachtungen zu erhärten gewesen wären. Insofern gibt die Studie nur Auskunft über die Prävalenz der selbst beurteilten psychischen Befindlichkeit heranwachsender Straftäter. Während ihrer Haft leiden diese primär unter einem depressiv-ängstlichen Beschwerdebild. Zunächst ist aus der Studie nur ableitbar, dass differenzierte Untersuchungen zur Prävalenz und Struktur psychischer Erkrankungen bei jugendlichen Straftätern nach wie vor erforderlich sind. Wie auch die Ergebnisse der folgenden Studie andeuten, besteht bei den in Jugendstrafanstalten Inhaftierten ein erheblicher Bedarf an psychotherapeutischen Betreuungsangeboten.

Jacobs, St. & Reinhold, B. (2004) Psychische Störungen inhaftierter Jugendlicher und Heranwachsender. Recht und Psychiatrie, 22, 3, 142–146.

Selbst unter Ausschluss von Störungen des Sozialverhaltens kann bei jugendlichen Strafgefangenen im Vergleich zur Normalbevölkerung von einer doppelt so hohen Rate klinisch relevanter psychischer Störungen ausgegangen werden. Es handelt sich hier um eine Population mit hohem Risiko für Depressionen und Angststörungen so-

wie Persönlichkeitsstörungen und komorbide Störungen durch Drogenabusus. Diesen liegen dieselben entwicklungspsychologischen und psychosozialen Risikofaktoren zu Grunde wie auch der Delinquenz: z. B. inkonsistenter elterlicher Erziehungsstil, Missbrauchserfahrungen in der Kindheit oder andere kindliche Entwicklungsstörungen, die zu riskantem und selbstgefährdendem Verhalten führen, was die Gefahr delinquenten Verhaltens erhöht.

Mit der Studie sollte untersucht werden, ob jugendliche Inhaftierte im offenen Strafvollzug häufiger von Substanzmissbrauch, Angst- und anderen affektiven Störungen betroffen sind als Jugendliche der Allgemeinbevölkerung. Erfasst wurden sowohl die Punktprävalenz psychischer Störungen zum Untersuchungszeitpunkt als auch die Streckenprävalenz über den Lebenszeitraum. An der Studie des psychologischen Instituts der Universität Göttingen nahmen 40 Jugendliche und Heranwachsende im offenen Strafvollzug einer südniedersächsischen Strafanstalt teil (Altersbandbreite 18 bis 23 Jahre). Die durchschnittliche Haftdauer der der meist wegen Diebstahls und/oder Gewaltdelikten Verurteilten betrug 4½ Monate. Die aktuelle psychische Befindlichkeit wurde mit der Symptom-Checkliste SCL-90-R erfasst. Psychische Störungen wurden nach dem Strukturierten Klinischen Interview für die DSM-IV (SKID-I/II) diagnostisch klassifiziert. Die Kriterien für mindestens eine klinische Diagnose nach DSM-IV erfüllten 38 der 40 untersuchten jungen Erwachsenen. Knapp über die Hälfte der Jugendlichen litt zum Untersuchungszeitpunkt unter einer klinisch relevanten psychischen Störung. In 26 Fällen entsprach die explorierte Symptomatik einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV. Substanzmissbrauch, insbesondere Alkohol- und Cannabisabusus, wurde neben anderen substanzbezogenen Störungen bei 80% der Fälle entweder akut oder in der Vergangenheit beobachtet. 10% der jungen Straftäter litten zum Befragungszeitpunkt unter einer Major Depression, 22,5% hatten in der Vergangenheit mindestens eine depressive Episode erlebt. Angststörungen stehen mit einer Punktprävalenz von 15% und einer Lebenszeitprävalenz von 12,5%

an dritter Stelle der am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen. Bei 52,5% fanden sich die Diagnosekriterien einer antisozialen und in 20% der Fälle die einer paranoiden Persönlichkeitsstörung, die meist mit substanzbezogenen Störungen vergesellschaftet war. Auch der psychosoziale Hintergrund der Inhaftierten unterschied sich deutlich von dem gleichaltriger junger Männer. Die Straftäter stammten häufiger aus nicht intakten Familienverhältnissen. Nur die Hälfte von ihnen verfügte über einen Schulabschluss, 5% wiesen eine abgeschlossene Berufsausbildung auf oder hatten eine feste Arbeitsstelle.

Kommentar: Jugendliche und junge erwachsene Strafgefangene stellen eine Gruppe dar, die mit komplexen Risikofaktoren belastet ist. In der Mehrzahl der Fälle haben diese bereits vor der Straftat zu klinisch relevanten und behandlungsbedürftigen psychischen Störungen und Erkrankungen geführt. Ein Großteil dieser Risikofaktoren scheint Mitverantwortung für delinquentes Verhalten zu tragen. Leider geben die Autoren keine Hinweise, inwieweit die hier Untersuchten schon während ihrer Kindheit psychisch belasteten Straftäter im Laufe ihrer Entwicklung psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt wurden, so dass offen bleibt, inwieweit diese Gruppe von psychotherapeutischen oder psychosozialen Interventionen profitieren konnte. Jedenfalls macht die Untersuchung deutlich, dass in Strafvollzugseinrichtungen für junge Erwachsene mehr systematische und spezialisierte klinisch-psychologische Diagnostik erforderlich ist, um sowohl während der Haft als auch für die Zeit danach Behandlungsmöglichkeiten bereitzustellen, die das Risiko wiederholter Delinquenz mindern können.

Dr. phil. Detlef Bunk, PP, KJP

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der
Psychotherapeutenkammer
Nordrhein-Westfalen
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211-522 847-29
Fax: 0211-522 847-59
d.bunk@ptk-nrw.de

Zur Diskussion

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

Erwiderung zu dem Artikel von Hans Fischer „Schwurgericht und Psychotherapeut im Spannungsfeld zwischen Wahrheitsfindung und Patientenschutz“ im Psychotherapeutenjournal 3/04

Ferdinand Haenel & Nora Balke

Die Konfrontation mit existentiell traumatischen Ereignissen bedeutet zugleich die Begegnung mit dem Ungewohnten, alle bisherigen Lebenserfahrungen Überstehenden. Bislang erprobte Bewältigungs- und Abwehrformen werden durch extremtraumatische Ereignisse kurzzeitig ausgehebelt. Hilflosigkeit, Angst, Ohnmacht, Entgrenzung, Ausgeliefertsein sind die beherrschenden Gefühle von lebensbedrohlichen Erlebnissen. Daher kann der Kontakt mit traumatisierten Personen ungewohnte und außerordentliche emotionale Erfahrungsmomente in allen zwischenmenschlichen wie auch in therapeutischen Beziehungen mit sich bringen, die gewohnte Strukturen des therapeutischen Settings durcheinander bringen oder sprengen können. Entsprechendes kann sich auch auf institutioneller Ebene ereignen. So sind z.B. in medizinischen und psychotherapeutischen Einrichtungen zur Behandlung von Extremtraumatisierten wie Folter- und Bürgerkriegsüberlebenden Unterbrechungen oder Auflösungen vorgegebener institutioneller Strukturen anzutreffen.

Mit Interesse haben die Verfasser daher dem Beitrag von Hans Fischer, „Schwurgericht und Psychotherapeut im Spannungsfeld zwischen Wahrheitsfindung und Patientenschutz“ entnommen, wie emotionalisiert die Atmosphäre im Prozess gegen den Amokläufer im Pforzheimer Versandhaus Bader gewesen sein muss. So wird dort eingangs berichtet von ablehnenden Reaktionen und Vorwürfen der Opferzeugen und ihrer Angehörigen gegenüber dem

Gericht, der fehlenden Aussagebereitschaft der Opferzeugen in der Gerichtsverhandlung in Anwesenheit des Angeklagten und von Versuchen der behandelnden Psychotherapeuten, ihre Patienten zu „sperren“, d.h. von der Zeugenaussage fernzuhalten. Dies musste bei Gericht die Befürchtung auslösen, dass hierdurch der Schwurgerichtsprozess „torpediert“ werden könnte.

Zu der sich aus derartiger Emotionalisierung und Entgrenzung ergebenden Gefährdung des Prozessablaufs angesichts der Konfrontation mit einem schweren existentiell traumatischen Erlebnis bei Personen, die primär (die Zeugen), sekundär (Angehörige und Therapeuten) und auch tertiär (Richter und Anwälte) mit dem traumatischen Ereignis zu tun haben, gesellt sich noch der erschwerende Umstand hinzu, dass zwei sehr voneinander verschiedene Berufsgruppen, nämlich die des Juristen und des Psychotherapeuten aufeinander treffen. Diese unterscheiden sich hinsichtlich der Aufgabenstellung, Sprache und Einstellung zu den betreffenden Personen und ihrer Situation. Während sich der behandelnde Psychotherapeut zu allererst dem Wohle seines Patienten verpflichtet sieht, obliegt es dem Juristen und Vorsitzenden Richter einer Straf- und Schwurgerichtskammer, für einen möglichst zügigen, ordentlichen und unangreifbaren Ablauf des Verfahrens Sorge zu tragen. Dabei berücksichtigt er, allen Beteiligten auf der Grundlage der Strafprozessordnung auch das entsprechende Gehör zu verschaffen.

Hingegen sind aus therapeutischer Sicht neben der entsprechenden Qualifikation des Therapeuten eine ausreichende Stabilisierung des Patienten und der Ausschluss jeder weiteren Traumaeinwirkung und jedes Täterkontaktes unabdingbare Voraussetzungen für den Beginn einer psychotherapeutischen Traumabearbeitung. (Flatten et al., 2001). D.h. in der ersten Phase der Therapie muss der behandelnde Psychologe oder Arzt für eine ausreichende Stabilisierung seines Patienten sorgen. Die Dauer dieser Stabilisierungsphase kann individuell extrem unterschiedlich sein. Erst bei ausreichender Stabilisierung kann in der zweiten Phase die traumazentrierte Psychotherapie in Form der Rekonfrontation mit dem auslösenden Trauma erfolgen. Beide Phasen dienen dem Ziel der Integration in den biographischen Gesamtzusammenhang in der dritten, der Integrationsphase.

Psychisch reaktive Extremtraumafolgen als durch die Umwelt hervorgerufene erlebnisreaktive Störungen werden lebenslang durch äußere Ereignisse in der Umwelt getriggert. Jeder psychotherapeutische Behandlungsansatz hat diesem Umstand Rechnung zu tragen (Haenel, 2002). Besonders in der Stabilisierungsphase kann ein Kontakt des Opfers mit dem Täter zur Symptomverschlimmerung durch Reaktualisierung der Traumatisierung und, wenn sich diese fortsetzt, zur Retraumatisierung führen. Daher sollte zunächst der Patient Gelegenheit haben zu entscheiden, ob er sich einer Begegnung mit dem Täter wäh-

rend einer Gerichtsverhandlung gewachsen fühlt oder nicht. Die Rolle des passiven Opfers, über welches nach Belieben verfügt wird, sollte nicht auf andere Art fortgesetzt werden. Zum anderen ist es auch die Aufgabe des behandelnden Therapeuten, zu beurteilen, inwieweit sein Patient ausreichende Stabilität für eine Aussage während einer Gerichtsverhandlung in Anwesenheit des Täters besitzt. Ist dies der Fall, kann es für den Zeugen therapeutisch wertvoll sein, wenn er sich wehrhaft erlebt und zur Verurteilung seines Peinigers aktiv beitragen kann.

Kurzum: je nach Behandlungsphase kann eine Zeugenaussage vor Gericht für das Opfer von therapeutischem Nutzen sein oder nicht – und letztlich auch für das Gericht. Denn ein traumatisierter Zeuge, der angesichts der Gegenüberstellung mit seinem Peiniger während der Verhandlung psychisch dekompenziert, wird möglicherweise nicht zu einer für die gerichtliche Tatsachenfeststellungen brauchbaren Aussage fähig sein.

Zur Frage nach dem Gutachter in Strafprozessen macht es nach Auffassung der Verfasser einen großen Unterschied, ob zu psychologischen oder medizinischen Fragestellungen eines Prozessbeteiligten der behandelnde Therapeut als sachverständiger Zeuge einvernommen wird,

oder ob eigens zu diesen Fragestellungen ein unabhängiger Sachverständiger hinzugezogen wird. Denn von ersterem kann man nicht dieselbe Unabhängigkeit erwarten wie von letzterem. Die Ausführungen des behandelnden Therapeuten als sachverständigem Zeugen haben den Vorteil, dass sie Erfahrungen und Beobachtungen aus einem längeren Behandlungsverlauf darlegen können, sie haben aber den Nachteil, dass sie auch aus einer persönlicher Verbundenheit des Therapeuten zu seinem Patienten heraus erfolgen. Hingegen kann ein Fachkollege, der Erfahrung in derlei Begutachtungspraxis hat, als unabhängiger, vom Gericht beauftragter Gutachter, der somit definitionsgemäß weder in therapeutischer noch persönlicher Hinsicht in Beziehung zu dem Probanden steht, wesentlich unbefangener argumentieren. Sicherlich sind dessen Kenntnisse bezüglich des Gesundheitszustandes des Probanden punktuell auf den Zeitabschnitt der Exploration beschränkt, aber es ist ihm freigestellt, bezüglich Symptomatik, Diagnose, Schwere und Verlauf bei seinem behandelnden Fachkollegen Informationen einzuholen. Ein Fachkollege und Gutachter mit ausreichenden Kenntnissen und Erfahrungen über Diagnostik und Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen mag hieraus zu einem hinreichend exakten Beurteilungsergebnis

kommen. Der behandelnde Kollege kann ungestört und ohne Rollenkonfusion die therapeutische Arbeit fortsetzen.

Da es bei traumatisierenden Erfahrungen zu Grenzverletzungen und in der Folge zur Verwischung oder gar zur Auflösung psychischer Struktur kommen kann, ist es therapeutisch indiziert, auf eine klare Aufgabentrennung zu achten.

Literatur:

Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E. R. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Haanel, F. (2002). Die Einflüsse sozialer und rechtlicher Umstände auf die psychotherapeutische Behandlung von Folterüberlebenden. *Psychotherapeut*, 47: 185-188.

Nora Balke

Psychologische Psychotherapeutin
Therapeutische Leiterin
Behandlungszentrum für Folteropfer
Turmstr. 21, 10559 Berlin

Dr. med. Ferdinand Haanel

Arzt für Psychiatrie u. Psychotherapie
Behandlungszentrum für Folteropfer
Turmstr 21, 10559 Berlin

Replik zur Erwidern von Nora Balke und Ferdinand Haanel

Der Auffassung, dass je nach Behandlungsphase ein/e Zeuge/in (=Patient/in) vor Gericht – entsprechend der Art der Trennung des Zeugen vom Angeklagten und der Öffentlichkeit – der Rekonfrontation mit dem auslösenden Trauma gewachsen ist (2. Phase), kann dem aus der Erfahrung dieses "Samurai-Prozesses" zugestimmt werden. Die Bandbreite reichte im Prozess von Vernehmung in Anwesenheit des Angeklagten und bei öffentlicher Hauptverhandlung bis Vernehmung nur in Abwesenheit des Angeklagten und in nichtöffentlicher Sitzung. Um das jeweils „passende

Vernehmungsmuster“ zu finden, ist eine offene Kommunikation zwischen Gericht und Psychotherapeut nötig.

Der Vorschlag, den behandelnden Psychotherapeuten nicht als Sachverständigen einzusetzen, wird mit den vorgebrachten Argumenten nachvollziehbar begründet. Indessen hat die Erfahrung aus dem Bereich der Überprüfung der Schuldfähigkeit des Angeklagten, bei dem in aller Regel ein psychiatrischer Sachverständiger hinzugezogen wird, gezeigt, dass es durchaus möglich ist, dass der behandelnde Psychi-

ater auch zugleich als Gutachter im Prozess auftreten kann. Dieses "Rollensplitting" bedarf allerdings forensischer Erfahrung. Die Fähigkeit, beide Rollen zu besetzen, sollte grundsätzlich jedem Psychotherapeuten nicht abgesprochen werden.

Hans Fischer

Vorsitzender des Schwurgerichts
Landgericht Karlsruhe
Hans-Thoma-Straße 7
76133 Karlsruhe
fischer@lgkarlsruhe.justiz.bwl.de

Psychotherapeutische Behandlung der Opfer, Angehörigen und Helfer nach der Flutkatastrophe in Südostasien

Opfer, Angehörige und Helfer der Flutkatastrophe in Südostasien leiden unter psychischen Katastrophenfolgen. Epidemiologische Untersuchungen lassen vermuten, dass bei etwa 10 % (bei Frauen häufiger) eine posttraumatische Belastungsstörung auftritt. Häufig entwickeln sich zusätzlich Depressionen und Angststörungen. Eine frühe Identifikation dieser Störungen und die Behandlung durch einen einschlägig qualifizierten Psychotherapeuten lassen eine gute Behandlungsprognose erwarten. Die Bundesregierung bietet daher über NOAH (Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe) die Vermittlung einschlägig qualifizierter Psychotherapeuten an.

NOAH wurde 2003 von der Bundesregierung gegründet und ist die zentrale Stelle zur Koordination psychosozialer Unterstützung für im Ausland von schweren Unglücksfällen oder Terroranschlägen betroffene Bundesbürger. NOAH ist beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in Bonn angesiedelt. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von NOAH unterstützen die Hilfesuchenden mit:

- Informationen über wohnortnahe Hilfsangebote,
- Informationen über Fragen nach psychotherapeutischer oder ärztlicher Hilfe und Behandlung,
- Informationen hinsichtlich weiter einzuschaltender Behörden,
- Informationen bei administrativen Fragen und Problemen.

Um seine Aufgaben wahrnehmen zu können, braucht NOAH Listen mit einschlägig qualifizierten Psychotherapeuten, aus denen auch zu ersehen ist, ob Psychotherapeuten freie Behandlungsplätze für Opfer der Flutkatastrophe anbieten können. NOAH arbeitet bisher auf der Basis von Lis-

ten, die auf der Selbstauskunft potentieller Behandler beruhen. Auf Bitte des Bundesgesundheitsministeriums haben die Landespsychotherapeutenkammern festgestellt, wer auf der Liste approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist. Außerdem haben die Landespsychotherapeutenkammern kurzfristig ihrerseits Behandlerlisten von qualifizierten Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgestellt, denn auf der Basis der bisher über NOAH erfassten Daten bleiben regional noch viele weiße Flecken übrig. Die Opfer der Flutkatastrophe suchen jedoch meist eine wohnortnahe Behandlung.

Bei der Erstellung der Behandlerlisten haben sich die Landespsychotherapeutenkammern auf Bitte von NOAH an die durch NOAH gesetzten Vorgaben gehalten. Hierzu gab es angesichts des Zeitdrucks keine Alternative. Im Anschluss an die nun geleistete Arbeit, stellt sich die Aufgabe, ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung aufzubauen. Hier werden die Landespsychotherapeutenkammern eine fachliche Mitarbeit entsprechend ihrer Funktion als Heilberufskammern auf Bundes- und Landesebene anbieten. Dabei geht es um die psychologische Betreuung im Notfall, also die psychologische Erste Hilfe (Notfallpsychologie), die psychotherapeutische Akutversorgung und um die Sicherstellung einer längerfristig angelegten psychotherapeutischen Behandlung durch approbierte Heilberufler. Damit stellen sich in nächster Zeit folgende Aufgaben:

- Definition der Qualitätsanforderungen an Notfallpsychologen/-psychotherapeuten und Leitende Notfallpsychologen/-psychotherapeuten.

- Entwicklung eines Curriculums zur Fortbildung zum Notfallpsychologen/-psychotherapeuten bzw. Leitenden Notfallpsychologen/-psychotherapeuten in enger Abstimmung mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sowie der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz
- Definition von Qualifikationsanforderungen an Psychotherapeuten für die Behandlung von durch Katastrophen oder Terrorakte traumatisierte Patienten
- Entwicklung eines Fragebogens, der eine turnusmäßige Erhebung für die akute psychosoziale Notfallversorgung und die sich eventuell anschließende psychotherapeutische Versorgung der Opfer, Angehörigen und Helfer ermöglicht
- Organisation einer turnusmäßigen Datenerfassung bei den Kammermitgliedern
- Erstellen von aufgabenspezifischen Listen für Großschadensereignisse auf Landesebene und für NOAH auf Bundesebene
- Anpassung der Psychotherapie-Richtlinien

Eine Vorstandskommission der Bundespsychotherapeutenkammer unter Leitung des Vorstandsbeauftragten Werner Wilk erarbeitet derzeit entsprechende Vorschläge, die mit dem Länderrat abgestimmt und auf dem 5. Deutschen Psychotherapeutentag in München verabschiedet werden sollen. Die Landespsychotherapeutenkammern werden so gemeinsam mit der Bundespsychotherapeutenkammer im Verlauf des Jahres 2005 dafür Sorge tragen, dass die psychotherapeutische Behandlung von Opfern, Angehörigen und Helfern in Zukunft bedarfsgerecht organisiert werden kann.

Das SGB V verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer, eine Vereinbarung zum Umfang der Fortbildungspflicht bei Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten zu treffen. Die getroffene Vereinbarung findet sich unter I. der beigefügten Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungspflicht der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d Abs. 6 SGB V. Darüber hinaus regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in diesem Papier das Verfahren zum Fortbildungsnachweis und zur Honorarkürzung.

Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat auf der Grundlage von § 95d Abs. 6 SGB V in seiner Sitzung am 16. September 2004 die nachstehende Regelung beschlossen:

Abschnitt I der nachstehenden Regelung ist im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer beschlossen worden (§ 95d Abs. 6 Satz 1 SGB V).

I. Umfang der Fortbildungsverpflichtung

§ 1 [Angemessener Umfang der Fortbildungsverpflichtung]

(1) Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, welche vor dem 30. Juni 2004 zugelassen waren, genügen ihrer Fortbildungsverpflichtung nach § 95d Abs. 1 SGB V, wenn sie innerhalb des im Gesetz vorgesehenen Fünfjahreszeitraums vom 1. Juli 2004 bis spätestens 30. Juni 2009 eine Fortbildung nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 durch ein Fortbildungszertifikat der Ärztekammer oder Psychotherapeutenkammer nachweisen.

(2) Das Fortbildungszertifikat muss den Musterregelungen der Bundesärztekammer oder Bundespsychotherapeutenkammer für ein Fortbildungszertifikat entsprechen.

(3) Innerhalb des gesetzlich vorgeschriebenen Fünf-Jahreszeitraums sind insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den Kammern auf Landesebene Vereinbarungen über die Prüfung, Bewertung und Verwaltung der Fortbildungspunkte – auch wenn sie über andere Fortbildungsnachweise oder sonstige Nachweise gemäß § 3 nachgewiesen werden – treffen.

(4) Für Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten, welche ab dem 1. Juli 2004 zugelassen werden, beginnt der Fünfjahreszeitraum mit dem Zeitpunkt des Beginns der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.

(5) Für ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten sowie für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten nach § 32b Ärzte-ZV, § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 311 Abs. 2 SGB V gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass ab einer Gesamtdauer von Ermächtigungen oder Anstellungen von fünf Jahren und einer zeitlich entsprechenden vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit der Nachweis über die Fortbildung für den zurückliegenden fünfjährigen Gesamtzeitraum zu führen ist. Der Nachweis der entsprechenden Fortbildung ist unter Berücksichtigung der gesetzlich geregelten Nachfrist gemäß § 95d Abs. 3 Satz 5 SGB V Voraussetzung der Verlängerung einer befristeten Ermächtigung und der Neuerteilung einer Genehmigung bei Anstellung in einer anderen Praxis.

(6) Verzichtet ein Vertragsarzt oder ein Vertragspsychotherapeut auf seine Zulassung und be-

antragt diese zu einem späteren Zeitpunkt erneut, so wird der Fünfjahreszeitraum für die Zeit der Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unterbrochen.

(7) Verzichtet ein Vertragsarzt oder ein Vertragspsychotherapeut vor Ablauf des Fünf-Jahreszeitraums auf seine Zulassung, wird ihm auf seinen schriftlichen Antrag hin die Anerkennung bereits abgeleiteter Fortbildungen bescheinigt.

(8) Absätze 6 und 7 gelten für ermächtigte und angestellte Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend.

II. Nachweis der Fortbildung

§ 2 [Nachweis der Fortbildung]

(1) Die Fortbildung nach § 1 ist ohne Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung nachgewiesen, wenn der Vertragsarzt oder der Vertragspsychotherapeut die Fortbildung durch ein Fortbildungszertifikat der Ärztekammer oder der Psychotherapeutenkammer nachweist.

(2) Kann der Nachweis durch ein solches Fortbildungszertifikat nicht geführt werden, gilt § 3.

§ 3 [Andere Fortbildungsnachweise]

(1) Stellt eine Berufskammer, welche für den Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zuständig ist, Fortbildungszertifikate nicht aus, so kann der Vertragsarzt oder der Vertragspsychotherapeut seine Fortbildung, welche ihm nach § 95d Abs. 1 SGB V obliegt, für den maßgeblichen Fünfjahreszeitraum nach § 1 dieser Regelung auch durch Einzelnachweise belegen, welche in ihrer Summe, ihrer Struktur, ihrer Bewertung und den Bewertungsvoraussetzungen den Bewertungsmaßstäben entsprechen, welche von der Bundesärztekammer oder von der Bundespsychotherapeutenkammer in ihren Musterregelungen für ein auf einer fünfjährigen Fortbildung beruhendes Fortbildungszertifikat ausgewiesen worden sind.

(2) Absatz 1 gilt nicht, wenn der Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut ein Fortbildungszertifikat nicht vorlegen kann, weil die für ihn zuständige Kammer die Erteilung wegen Fehlens der Voraussetzungen abgelehnt hat. Absatz 4 bleibt unberührt.

(3) Will der Vertragsarzt den Nachweis über die notwendige Fortbildung durch ein Zertifikat oder eine sonstige Bescheinigung führen, die nicht von einer Ärztekammer oder Psychotherapeutenkammer ausgestellt sind, jedoch die Feststellung enthalten, dass eine Fortbildung im Umfang des § 1 absolviert worden ist, kann dieser Nachweis nur anerkannt werden, wenn die zugrunde liegenden Fortbildungsmaßnahmen in ihrer Summe, ihrer Struktur, ihrer Bewertung und den Bewertungsvoraussetzungen den Anforderungen entsprechen, welche die Bundesärztekammer oder Bundespsychotherapeutenkammer in ihren Musterregelungen an die Ver-

gabe eines Fortbildungszertifikats über eine Fortbildung für einen dreijährigen oder fünfjährigen Zeitraum stellen. Die Prüfung obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. Sie kann hierzu grundsätzlich eine gutachterliche Stellungnahme der Ärztekammer oder Psychotherapeutenkammer einholen.

(4) In begründeten Ausnahmefällen kann die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder dem Vertragspsychotherapeuten den Nachweis seiner Fortbildung im Verfahren nach Absatz 1 gestatten.

III. Folgen unzureichender Fortbildung

§ 4 [Honorarkürzung]

(1) Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind mindestens drei Monate vor Ablauf der für sie geltenden Frist zum Nachweis der Fortbildung darauf hinzuweisen, dass die Versäumnis der Frist mit einer Honorarkürzung gemäß § 95d Abs. 3 Satz 4 SGB V verbunden ist.

(2) Das Verfahren und die Einzelheiten der Honorarkürzung insbesondere bei gemeinschaftlicher Berufsausübung sowie bei angestellten Ärzten regelt die Kassenärztliche Vereinigung.

§ 5 [Nachholen der Fortbildung]

Hat ein Vertragsarzt oder ein Vertragspsychotherapeut zum Ende des für ihn maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt oder auch nicht auf andere Weise die gebotene Fortbildung belegt, ist er von der Kassenärztlichen Vereinigung darauf hinzuweisen, dass die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraums von höchstens zwei Jahren nachzuholen ist. Zugleich ist er darauf hinzuweisen, dass bei Versäumen dieser Frist die Einleitung eines Zulassungsentziehungsverfahrens vorgesehen ist und die nachgeholt Fortbildung auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet wird.

§ 6 [Ermächtigte und angestellte Ärzte]

(1) §§ 2 und 3 sowie § 5 gelten im Rahmen des § 95d Abs. 5 SGB V entsprechend für ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten sowie in Medizinischen Versorgungszentren oder bei einem Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten angestellte Ärzte und Psychotherapeuten.

(2) § 4 gilt für ermächtigte Ärzte oder Psychotherapeuten. Für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten gilt § 4 im übrigen mit der Maßgabe, dass der Hinweis unter Bezug auf § 95d Abs. 5 Satz 4 SGB V an das Medizinische Versorgungszentrum oder den Vertragsarzt zu richten ist.

IV. Übergangsregelung und Inkrafttreten

§ 7 [Übergangsregelung]

§ 1 und § 2 sind für den ersten Fünfjahreszeitraum der Regelung wie folgt anzuwenden: War

eine Fortbildung bereits vor dem 1. Juli 2004, jedoch nicht früher als vor dem 1. Januar 2002 begonnen worden und sind Fortbildungsmaßnahmen in diesem Zeitraum für die Erteilung eines Fortbildungszertifikats anrechnungsfähig, so können sie in den Gesamtzeitraum bis 30.

Juni 2009 ohne Erweiterung des Umfangs der notwendigen Fortbildung einbezogen werden. § 1 Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 8 [Inkrafttreten]

Die Regelung tritt am 1. Juli 2004 in Kraft.

Die Regelung wird hiermit ausgefertigt und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.
Berlin, 09.12.2004

Für den Vorstand:
gez. Dr. med. M. Richter-Reichhelm
Erster Vorsitzender

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach §11 PsychThG Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 11. November 2004 die folgende Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen:

Vorbemerkung

Die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren unterliegen als vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkannte Verfahren nicht der kritischen Prüfung durch eine Landesbehörde oder der gutachterlichen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP). Nach Auffassung des WBP ist es jedoch im Sinne einer prinzipiellen Gleichbehandlung aller psychotherapeutischen Verfahren angebracht, wenn auch die Richtlinienverfahren die Gelegenheit wahrnehmen, die Wissenschaftlichkeit ihrer Methode evaluieren zu lassen. Der WBP bot den entsprechenden Fachgesellschaften hierzu seine Hilfe an und stellte seine Kriterien bzw. Verfahrensgrundsätze zur Verfügung. Die im November 2001 und September 2003 eingegangenen Dokumentationen zur Psychodynamischen Psychotherapie wurden nach den gleichen Kriterien bearbeitet, wie die anderen vom Wissenschaftlichen Beirat im Hinblick auf wissenschaftliche Anerkennung behandelten psychotherapeutischen Verfahren. Das Ergebnis ist Gegenstand der vorliegenden Stellungnahme.

1. Grundlagen der Begutachtung

Der WBP sieht keine wissenschaftliche Grundlage für eine Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie als zwei getrennte Verfahren. Diese Unterscheidung ist lediglich sozialrechtlich bedingt und eine Besonderheit der Bundesrepublik Deutschland. Von daher sieht der WBP auch keine Rechtfertigung für unterschiedliche Ausbildungsgänge und Ausbildungsinstitute. Die vertiefte Ausbildung im Sinne des § 1 Absatz 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollte einheitlich in dem Verfahren Psychodynamische Psychotherapie erfolgen.

Der WBP hat beschlossen, in seiner Stellungnahme Psychodynamische Psychotherapie als Oberbegriff für die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und die psychoanalytischen Therapien zu verwenden. Die folgende Stellungnahme bezieht sich also auf die Psychodynamische Psychotherapie als *ein* Verfahren. Bei dieser Stellungnahme werden Langzeitbehandlungen (mehr als 100 Stunden) nicht berücksichtigt, da diese Behandlungsform besondere Forschungsfragen aufwirft, die in einer gesonderten Stellungnahme berücksichtigt werden sollen.

Die Stellungnahme basiert auf der von der Deutschen Gesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) e.V. eingereichten Dokumentation vom 07.11.2001 und der vorläufigen Fassung einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. vom 8.9.2003. Berücksichtigung fanden weiterhin die von der DFT mit Schreiben vom 28. Juli 2003 nachgereichten Studien für die Bereiche Schizophrenie und Depression und die von der DGPT mit Schreiben vom 29.09.2003 nachgereichten Studien.

Im WBP sollte geprüft werden, ob für die Psychodynamische Psychotherapie als wissenschaftliches Verfahren – und wenn ja, für welche Indikationsbereiche – die Kriterien für eine wissenschaftliche Anerkennung erfüllt sind.

2. Definition

Die Psychodynamische Psychotherapie (PP) gründet auf der Psychoanalyse und ihren Weiterentwicklungen. Die Behandlungsprinzipien der PP bestehen in einer Bearbeitung lebensgeschichtlich begründeter unbewusster Konflikte und krankheitswertiger psychischer Störungen in einer therapeutischen Beziehung unter besonderer Berücksichtigung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Dabei wird je nach Verfahren stärker im Hier und Jetzt oder im Dort und Damals gearbeitet, die Stundeninhalte sind je nach Verfahren strukturierter (Technik: Fokussierung) oder unstrukturierter (Technik: freie Assoziation) und der Therapeut greift jeweils auf eine stärker aktive oder eher zurückhaltendere Interventionstechnik zurück.

3. Beschreibung des Verfahrens

Bei der PP handelt es sich um ein Verfahren, bei dem verschiedene Methoden und Techniken mit einem gemeinsamen störungs- und behandlingstheoretischen Hintergrund in verschiedenen Settings zur Anwendung gelangen. Eine detaillierte Beschreibung der Anwendungsformen in den verschiedenen Settings findet sich in den gängigen Lehrbüchern (oder in den Ausführungen zu den kassenrechtlichen Regelungen zur Anwendung von Psychotherapie ("Psychotherapie-Richtlinien")). PP kommt im ambulanten und stationären Setting bei Einzelpersonen, Paaren, Familien und Gruppen zur Anwendung.

4. Indikationsbereiche

Die PP findet im gesamten Spektrum psychischer und psychosomatischer Störungen Anwendung, d.h. in allen 12 vom Wissenschaftlichen Beirat unterschiedenen Anwendungsbereichen. Nicht in jedem Fall ist das Behandlungsziel eine ursächliche Behebung der Störung. Eine PP gilt im Rahmen von rehabilitativen Maßnahmen

auch dann als indiziert, wenn mit ihrer Hilfe eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft erreicht werden kann. Überlegungen zur Kontraindikation spielen in der PP keine prominente Rolle, zumindest fehlt der Begriff Kontraindikation im Sachwortverzeichnis renommierter Lehrbücher, eine systematische Misserfolgorschung steht weitgehend aus.

5. Diagnostik

Vor Beginn einer Behandlungsaufnahme steht eine Indikationsdiagnostik in Form eines Erstinterviews unter psychodynamischen Gesichtspunkten, d.h. unter Beachtung von Übertragung und Gegenübertragung. Ergebnis ist in der Regel eine psychodynamische Hypothese über den Zusammenhang von Symptomentstehung und Persönlichkeitsentwicklung im biografischen und sozialen Kontext.

Die Interviewdiagnostik wurde im Laufe der Entwicklung immer differenzierter und im Hinblick auf die Erfordernisse ausreichender Testgütekriterien (Reliabilität und Validität) auch immer stärker operationalisiert. Prototypisch für diese Entwicklung ist die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD), bei der Symptomatik (nach ICD-10), Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt und Struktur erfasst werden. Die OPD-Diagnostik liefert indikationsrelevante Befunde, z.B. konflikt-aufdeckende fokale Therapie oder strukturstützende Therapie bei starker Struktur-schwäche.

6. Theorie

Die PP verfügt über ein elaboriertes Theoriegebäude, sowohl im Hinblick auf Theorien zur menschlichen Entwicklung als auch zur Entstehung von psychischen Störungen und ihrer Behandlung. Die psychoanalytische Theorieentwicklung ist gekennzeichnet durch einen stetigen Wandel bzw. eine ständige (Weiter-)Entwicklung. Bei der Vielzahl von Theorien zur Erklärung ein und desselben Phänomens sind Widersprüche zwischen den Erklärungsansätzen nicht ausgeblieben. Manche Theorien wurden durch die Forschung widerlegt, andere als unbeweisbar beiseite gelegt und wiederum andere bestätigt. Verstärkt sind auch in den letzten Jahrzehnten theoretische Konzepte für bestimmte Störungen, z.B. für Persönlichkeitsstörungen, entwickelt worden, die sich in Modifikationen der klassischen Behandlungstechnik niedergeschlagen haben.

7. Wirksamkeit

Nach den vom WBP entwickelten Kriterien für den Nachweis der Wirksamkeit von Therapieverfahren für die verschiedenen Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen

kann dieser Nachweis für folgende 9 Anwendungsbereiche festgestellt werden:

1. Affektive Störungen (F 3)
2. Angststörungen (F 40-42)
3. Belastungsstörungen (F 43)
4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F 44, 45, 48)
5. Essstörungen (F 50)
6. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)
7. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)
8. Abhängigkeit und Missbrauch (F 1, 55)
9. Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F 2)

Für die Anwendungsbereiche „Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F7)“ sowie „Hirnorganische Störungen“ wurden keine Belege eingereicht, deshalb wurden diese Bereiche nicht hinsichtlich der Wirksamkeit von Psychodynamischer Therapie geprüft.

Zusammenfassend ist damit nach den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats „Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen“ (Deutsches Ärzteblatt 2000, 97, Heft 1-2, A-59 unter Berücksichtigung der Änderung vom 16.09.2002, Deutsches Ärzteblatt 2002, Heft 46, A-3132, PP-572) für diese Bereiche die wissenschaftliche Anerkennung festzustellen.

8. Versorgungsrelevanz

PP ist seit 1967 eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen und somit seit Jahrzehnten ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung psychisch Kranker. Die Versorgungsleistungen finden sowohl ambulant als auch stationär bzw. teilstationär statt. Im ambulanten Bereich werden zwischen 50 und 65 Prozent aller Behand-

lungen in diesem Verfahren durchgeführt; im stationären Bereich dürfte der Anteil ähnlich hoch sein.

9. Aus- und Weiterbildung

Ärzte durchlaufen die Ausbildung in PP als Weiterbildung, die entweder im Rahmen einer Facharztweiterbildung (z.B. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie oder Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) stattfindet oder im Erwerb eines psychotherapeutischen Zusatztitels besteht. Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten findet die Ausbildung in PP in Einrichtungen der Universität statt oder in Ausbildungsstätten in freier Trägerschaft, die nach dem PsychThG anerkannt sind.

10. Abschließende Hinweise

Es wird abschließend nochmals darauf hingewiesen, dass der WBP die Auffassung vertritt, dass die gemeinsame theoretische Basis der tiefenpsychologisch fundierten und der psychoanalytischen Psychotherapie eine einheitliche Aus- und Weiterbildung in dem Verfahren der Psychodynamischen Psychotherapie erfordert.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die Psychodynamische Psychotherapie bei Erwachsenen für Behandlungen in folgenden Anwendungsbereichen als wissenschaftlich anerkannt gelten kann: Affektive Störungen, Angststörungen, Belastungsstörungen, dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen, Essstörungen, psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten, Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Missbrauch sowie Schizophrenie und wahnhafte Störungen. Das gilt nicht für Langzeitbehandlungen ab 100 Stunden.

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

Angesichts der Vielfalt der Methoden und Techniken der PP darf sich die Aus- bzw. Weiterbildung in diesem Verfahren nicht auf einzelne Methoden, Techniken oder Anwendungsbereiche beschränken.

Berlin, den 11.11.2004

*Prof. Dr. Jürgen Margraf (Vorsitzender)
Prof. Dr. Gerd Rudolf (Stellv. Vorsitzender)*

*Korrespondenzadressen:
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstrasse 64
10179 Berlin
(Geschäftsführung des WBP der
2. Amtsperiode)*

*Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin*

Geschäftsstelle

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
Tel 030/27 87 85-0
Fax 030/27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

WICHTIG – WICHTIG

Im Mittelteil dieser Ausgabe sind für die Mitglieder in Baden-Württemberg die folgenden, am 27. November 2004 neu beschlossenen, angepassten und verabschiedeten **Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer** eingehftet: **Berufsordnung, Fortbildungsordnung, Umlageordnung, Beitragstabelle 2005** sowie die **Änderung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung**.

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

WICHTIG – WICHTIG

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen mit dieser Ausgabe die zwischenzeitlich vom Sozialministerium genehmigten Satzungen, insbesondere die Berufsordnung und die Fortbildungsordnung, vorlegen zu können. Im Dezember hatten wir Sie bereits mit einem Mitgliederrundbrief über die wichtigen Ergebnisse der Vertreterversammlung vom 27.11.2004 informiert. Zu den einzelnen Ordnungen finden Sie unten weitere Erläuterungen.

Einen weiteren Mitgliederrundbrief haben Sie Anfang des Jahres aus Anlass der Flutkatastrophe in Südostasien und die notwendige Bereitstellung psychotherapeutischer Soforthilfe erhalten. Auch dazu finden Sie unten weitere Informationen.

Wir möchten diejenigen, die sich noch nicht für den E-Mail-Verteiler der Kammer angemeldet haben, an dieser Stelle noch einmal bitten, uns Ihre E-Mail-Adresse

über die LPK-Homepage unter der Rubrik „Kontakt“ oder per E-Mail an die Geschäftsstelle mitzuteilen. Wir werden in diesem Jahr das Vorhaben realisieren können, Sie aktuell und zeitnah mit einem Newsletter über die Arbeit der Kammer und gesundheitspolitische Neuerungen auf dem Laufenden zu halten.

Wie bereits angekündigt findet am Samstag, den 9. Juli 2005, im Haus der Wirtschaft in Stuttgart der 2. Landespsychotherapeutentag Baden-Württemberg mit dem Rahmenthema „Förderung psychischer Gesundheit – Prävention psychischer Störungen“ statt. Die Vorbereitungen dafür sind in vollem Gange. Zum Programm der Veranstaltung werden wir Sie auf dem Laufenden halten.

Schließlich möchten wir Ihnen auch zur Kenntnis geben, dass die LPK mittlerweile einen festen Platz im Gesundheitsforum

Baden-Württemberg hat. Das Gesundheitsforum unter Geschäftsführung des Sozialministeriums ist gekennzeichnet durch projektbezogene Arbeit in den Bereichen „Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungsstrukturen“, „Forschung und Technologietransfer“ sowie „Förderung der Gesundheitswirtschaft“. Zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Frauengesundheit wurde kürzlich PD Dr. Annette Kämmerer vom Psychologischen Institut der Universität Heidelberg als Vorstandsbeauftragte benannt. Wir wünschen Frau Kämmerer für ihre Arbeit viel Erfolg.

Mit freundlichem Gruß aus Stuttgart

Ihr Kammervorstand:

Detlev Kommer,

Dietrich Munz,

Thomas Fydrich,

Trudi Raymann,

Mareke de Brito Santos-Dodt

Die Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Was lange währt, wird endlich gut: Die Berufsordnung wurde am 18. Januar 2005 durch das Sozialministerium genehmigt und tritt nun mit der Veröffentlichung in dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals in Kraft.

Die Vorgeschichte: Bereits am 26. Juni 2004 hatte die Vertreterversammlung (VV) mit großer Mehrheit die Berufsordnung (BO) verabschiedet. Die Genehmigung durch das Sozialministerium hatte sich dann verzögert, weil von Seiten der KV

Nordwürttemberg, MEDI-Baden-Württemberg und dem BDP Einsprüche eingegangen waren. Nachdem ein durch den Vorstand in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten zu dem Ergebnis gekommen war, dass die vorgebrachten Einwände rechtlich ohne

Substanz waren und die angefochtenen Bestimmungen der Berufsordnung keinerlei rechtlichen Bedenken begegnen (interessierte Kammermitglieder können die Rechtsgutachten von Dr. Wigge gerne bei der Geschäftsstelle anfordern), konnte diese Stellungnahme dem Sozialministerium vorgelegt werden. Bei der anschließenden Besprechung mit den zuständigen Juristen des Ministeriums konnten die Vorstandsvertreter zur Kenntnis nehmen, dass den Einsprüchen seitens des Ministeriums an keiner Stelle stattgegeben wurde.

In der darauf folgenden VV am 27.11.04 wurden an zwei Stellen redaktionelle Änderungen der BO mehrheitlich angenommen. Diese sollten den Norminhalt bei der missbräuchlichen Ausnutzung einer Monopolstellung einer privatrechtlichen Organisation von Leistungserbringern und der Vorlage von Arbeitsverträgen bei ärztlich geleiteten Einrichtungen der ambulanten Versorgung präzisieren. Ebenso wurde die Anforderung, sich nur in Verzeichnisse eintragen zu dürfen, wenn ein gebührenfreier Grundeintrag vorgesehen ist, ersatzlos gestrichen.

Die Bedeutung für unsere Berufsgruppen: Mit der Verabschiedung der Berufsordnung wurde ein wichtiger und perspektivisch bedeutsamer Aufgabenkomplex der

ersten Amtsperiode der Organe der Kammer erfolgreich zum Abschluss gebracht. Die breite Auslegung der Anwendungsformen der psychologischen Heilkunde, die sowohl Tätigkeiten in der Grundlagenforschung, in der universitären wie auch in der postgradualen Ausbildung und Lehre gleichermaßen umfasst, wie die in der ambulanten und stationären kurativen Versorgung, in der Rehabilitation wie in der Prävention, in der Leitung von Versorgungseinrichtungen wie im Versorgungsmanagement und in der Versorgungsforschung umschreibt das Kompetenzprofil der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vollständig und umfassend. Daran anknüpfend werden sich berufs- und sozialrechtliche Barrieren, wie sie derzeit sowohl in der ambulanten Versorgung (fehlende Überweisungs-, Einweisungs- und Delegationsrechte) wie auch in der stationären Versorgung (fehlende Leitungsbefugnisse; dienst- und tarifrechtliche Benachteiligungen) festzustellen sind, in Zukunft leichter korrigieren lassen, was für die dauerhafte Verankerung der Psychotherapeuten und deren bessere Positionierung im Gesundheitssystem von erheblicher berufsstrategischer Bedeutung ist.

Zukunftsperspektiven: Die BO eröffnet in vielfältiger Weise rechtlich gesicherte

Kooperationsformen mit anderen Heil-, Gesundheits- und Beratungsberufen. Eine Stärkung der Position der Psychotherapeuten im Kontext der gesundheitspolitisch geförderten neuen Versorgungsformen (z.B. integrierte Versorgung; Kooperation im Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren) wird in Zukunft für die wirtschaftliche Existenz unserer Berufsgruppen immer wichtiger werden.

Bewährung in der Praxis: Basierend auf der Rechtsprechung und den im Kern bekannten ethischen und professionellen Standards der Fachgesellschaften und Berufsverbände sind nun in der BO Regelungen festgeschrieben, die dazu dienen, jedem einzelnen Kammermitglied Klarheit, Transparenz und Sicherheit in der Berufsausübung zu geben.

Fortbildungsveranstaltungen zur BO: Um Sie mit den Bestimmungen der BO vertraut zu machen, wird der Vorstand zusammen mit Vertretern des Berufsordnungsausschusses im Laufe des ersten Halbjahrs 2005 in allen größeren Städten des Landes Fortbildungsveranstaltungen durchführen. Eine erste schriftliche Einladung dazu haben Sie bereits erhalten. Genaue Angaben zu Ort und Zeitpunkt der Veranstaltungen finden Sie auch auf der Internetseite der Kammer.

Versorgungswerk

Die Würfel sind gefallen: Nach einer mehr als anderthalbjährigen Vorbereitungsphase konnte die Vertreterversammlung (VV) zum Ende des letzten Jahres endlich über den Beitritt zu einem Versorgungswerk beschließen. Dieses Versorgungswerk wird für Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg neben der Altersversorgung auch eine Versicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit sowie eine Witwen- und Waisenrente vorsehen. Vor die Wahl gestellt, gemeinsam mit der Kammer Bayern unter dem Dach der Bayerischen Versorgungskammer ein Versorgungswerk zu gründen oder dem bereits existierenden Versorgungswerk der Kammer in Nordrhein-Westfalen (NRW) beizutreten, entschied sie sich nun für den Weg nach Nordrhein-Westfalen.

Nach dem Beschluss der VV vom 27.11.04 hat der Vorstand das Sozialministerium gebeten, möglichst umgehend mit den zuständigen Ministerien in NRW Verhandlungen über einen Staatsvertrag als rechtliche Voraussetzung zur Vollziehung des Beitritts aufzunehmen. Da in NRW im Mai Landtagswahlen stattfinden, ist davon auszugehen, dass der Staatsvertrag erst im Sommer oder Frühherbst 2005 abgeschlossen sein wird. Für die Kammermitglieder in Baden-Württemberg bedeutet dies, dass sie voraussichtlich im Herbst / Winter 2005 dem Versorgungswerk beitreten können. Sobald sich die Unterzeichnung des Staatsvertrags abzeichnet, wird die Kammer gemeinsam mit Mitarbeitern des Versorgungswerks NRW Informationsveranstaltungen im „Ländle“ durchführen, um jedem Mitglied die Mög-

lichkeit zu geben, sich umfassend beraten zu lassen. Für die „Gründergeneration“ (das sind alle derzeitigen Kammermitglieder) wird der Beitritt zum Versorgungswerk auf freiwilliger Basis erfolgen können. Angestellte und verbeamtete Kammermitglieder werden dem Versorgungswerk ebenfalls auf dieser Basis beitreten können (bei gleichzeitiger Beibehaltung ihrer Pflichtmitgliedschaft in der BfA, LVA oder in sonstigen Rentenversicherungsträgern), was sich u.U. zur Schaffung eines „zweiten Standbeins“ für die Altersversorgung rentieren kann. Zur Planung und Koordination der anstehenden Aufgaben mit der Kammer in NRW wurde Dipl.-Päd. Michael Feyerabend, Delegierter in unserer VV und Mitglied im Umlageausschuss, als Vorstandsbeauftragter benannt.

Änderung der Umlageordnung – Beitrag 2005

Die Vertreterversammlung hat am 27.11.2004 ebenfalls Änderungen der Umlageordnung beschlossen. Nach der bisherigen Fassung konnten Anträge auf Ermäßigung oder Erlass des jährlich erhobenen Kammerbeitrags unbefristet gestellt werden, also auch rückwirkend nach Ablauf des Kalenderjahrs der Beitragshebung. Diese Regelung führte zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand bei der Prüfung der Anträge und zu Unsicherheiten bei der Haushaltskalkulation. Die VV fasste deshalb den Beschluss, dass Anträge auf Ermäßigung oder Erlass nur noch im Verlauf des Jahres erfolgen können, in dem der Beitragsbescheid ergangen ist. Auch wurde – einer Vereinbarung aller Länderkammern folgend – eine Stichtagsregelung für die Beitragspflichtigkeit von Kammermitgliedern verabschiedet, die aus einem anderen Bundesland nach Baden-Württemberg

wechseln. Damit wird der unnötige Aufwand durch doppelte Beitragsveranlagung sowohl durch die Herkunftskammer als auch durch die LPK Baden-Württemberg in Zukunft vermieden.

Nach intensiver Überprüfung der Einnahme- und Ausgabensituation der Kammer und der zu erwartenden zukünftigen Ausgabenentwicklung, die gemeinsam vom Umlageausschuss und dem Kammervorstand unter Hinzuziehung des Sachverständigen des Wirtschaftsprüfers der Kammer, Herrn Frank, durchgeführt wurde, kam der Umlageausschuss zu dem Ergebnis, bei der VV eine Erhöhung des Mitgliedsbeitrags für das Jahr 2005 um 70 € zu beantragen. Dem sind die Delegierten mehrheitlich gefolgt. Der Mitgliedsbeitrag für das Jahr 2005 wird demnach 320 € betragen.

Vor die Wahl gestellt, den Mitgliederbeitrag jedes Jahr neu schrittweise zu erhöhen oder durch einen größeren Sprung wenigstens für die kommenden 3 – 5 Jahre Beitragsstabilität zu ermöglichen (sofern die Kammer nicht weitere Aufgaben aufgrund neuer gesetzlicher Verpflichtungen zu übernehmen hat), hat sich die VV für die mitgeteilte Erhöhung entschieden.

Gemeinsam mit dem Umlageausschuss wird sich der Vorstand wie schon zuvor um eine äußerst sparsame Mittelverwendung auch im kommenden Jahr bemühen. Unsere sprichwörtlich „schwäbische Sparsamkeit“ wurde bereits mehrfach von Seiten des unabhängigen Wirtschaftsprüfers bestätigt, der nicht nur die LPK, sondern auch andere Heilberufekammern zu prüfen hat und deshalb weiß, wovon er spricht.

Neues zur Fortbildungsordnung

Zu den Änderungen der Fortbildungsordnung: Die Vertreterversammlung hat am 27.11.2004 auch die Fortbildungsordnung verabschiedet. Hierüber haben wir Sie in dem Mitgliederrundschreiben vom 16.12.2004 bereits informiert. Bedeutsam an den verabschiedeten Änderungen ist, dass Ungereimtheiten aufgehoben und für einige Veranstaltungstypen – z. B. Qualitätszirkel, Interventionen und Supervisionen – die ausstehende Anpassung an die Bewertungsvorgaben der Landesärztekammer vollzogen wurden.

Anerkennung von Fortbildungen / Persönliche Fortbildungskonten: Bitte reichen Sie momentan noch keine Teilnah-

mebescheinigungen von nicht akkreditierten Veranstaltungen zur Anerkennung und Überprüfung ein, sondern warten Sie bitte ab, bis Sie von der Kammer informiert werden, dass dies jetzt möglich ist. Dies wird voraussichtlich frühestens ab Sommer 2005 der Fall sein. In diesem Jahr soll ein für diese Anforderungen passendes neues EDV-System entwickelt und angepasst werden. Bitte sammeln Sie bis dahin Ihre Teilnahmebescheinigungen und zusätzlichen Unterlagen, aus denen die Anerkennungsfähigkeit Ihrer Fortbildungsmaßnahme ggf. beurteilt werden kann (diese wird beurteilt nach dem Inhalt der Fortbildung und der Qualifikation der Referenten / Leiter).

Neuer Evaluationsbogen: Veranstalter von akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen der Kategorien A – C (Vorträge, Kongresse / Tagungen / Symposien, Seminare / Workshops / Kurse) sind verpflichtet, die jeweilige Veranstaltung zu evaluieren. Die LPK stellt hierfür nunmehr zwei Fragebogen zur Verfügung: neben der bereits bekannten Version gibt es nun auch eine Kurzform. Beide Fragebögen sind auf der Internetseite der Kammer abrufbar. Alternativ können für die Evaluation auch eigene Fragebogen verwendet werden. In allen Fällen sind aber Auswertungen erforderlich, deren Ergebnisse die LPK anfordern kann.

Flutkatastrophe – Fragebogen Notfallpsychotherapie

Anlässlich der Flutkatastrophe in Südostasien hat uns zu Beginn des Jahres die Bitte des Bundesgesundheitsministeriums erreicht, Listen einschlägig qualifizierter Psychotherapeuten zu übermitteln, die bereit sind, kurzfristig psychotherapeutische Beratungen und Behandlungen zu über-

nehmen. Diese Bitte haben wir an unsere Mitglieder weiter geleitet, die sich in großer Zahl bereit erklärt haben, wohnortnahe, längerfristig angelegte psychotherapeutische Hilfe anzubieten. Wir danken allen Mitgliedern, die sehr schnell reagiert und sich an dieser Aktion beteiligt haben.

Mit dem „Fragebogen über Kenntnisse und praktische Erfahrungen in Psychotraumatologie und der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Patienten“ haben wir gleichzeitig auch Zusatzdaten abgefragt, die für die in Baden-Württemberg anstehende Neuordnung des Katastro-

phenschutzes unter Beteiligung unserer Berufsgruppen erforderlich sind. Damit wird sich die Kammer für eine bessere Einbindung psychotherapeutischer Ressourcen im Falle von Katastrophen und Groß-

schadensereignissen im Land Baden-Württemberg einsetzen. Den Mitglieder-rundbrief zur Flutkatastrophe finden Sie auf der Internetseite der Kammer; der Fragebogen ist dort auch weiterhin als Down-

load abrufbar, so dass sie sich als Kolleginnen und Kollegen, die sich für dieses Arbeitsfeld interessieren, auch jetzt noch melden können, worum wir Sie herzlich bitten.

Stellungnahme zum Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Krankenversicherungsrechtlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie

Im Oktober 2004 war es endlich soweit: der Gemeinsame Bundesausschuss, das für die Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens zuständige Organ, hatte das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ im Bundesanzeiger offiziell bekannt gemacht. Damit wurde sachverständigen Personen, Fachgesellschaften und Organisationen die Gelegenheit gegeben, anhand eines vom Unterausschuss Psychotherapie entwickelten „strukturierten Fragenkatalogs“ Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie abzugeben. Zur Kritik dieses Fragenkatalogs verweisen wir auf die umfassende Stellungnahme des Justizars der Bundespsychotherapeutenkammer, Dr. Stellpflug (siehe Homepage der BPTK: www.bptk.de => Neuigkeiten / 22.11.2004). Wir haben mit Schreiben vom 11. November 2004 die folgende Stellungnahme abgegeben.

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg nimmt zu dem Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie wie folgt Stellung:

Zu den Fragen 1 – 1.2: Zu den hier angesprochenen Themen hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bei der Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie, bei der u.a. auch die Qualität der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten auf der Grundlage der Ausbildungsbestimmungen der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) betont wurde, hinreichend Stellung genommen. Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat bereits am 22. Juni 2002 die Begutachtung

durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gewürdigt und vor diesem Hintergrund die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der GKV gefordert, wie zuletzt auch der 4. Deutsche Psychotherapeutentag am 9. Oktober 2004 in Stuttgart.

Unter Berücksichtigung der anerkannten hohen Standards der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten nach den Kriterien der GwG ergibt sich sachlogisch die Konsequenz, im Rahmen von den erforderlich werdenden krankenversicherungsrechtlichen Übergangsbestimmungen zum Nachweis der Fachkunde gem. § 95 c SGB V die Anerkennungskriterien der GwG zugrunde zu legen. Nach Ablauf der Übergangsfrist wird dann wie bei den anderen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren ein erfolgreich absolvierter Abschluss der auf der Grundlage des PsychThG geregelten Ausbildung als Fachkundenachweis anzuerkennen sein.

Zu den Fragen 2 – 2.7, 3: Die hier angesprochenen Themen heben auf den Nachweis eines „Zusatznutzens“ der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien bereits anerkannten Verfahren ab. Diese Fragen gehen insofern fehl, als sie sich weder auf gesetzliche Vorgaben gem. § 135 Abs. 1 SGB V, noch auf die BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, noch auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts berufen können. Der Nachweis eines „Zusatznutzens“ ist keine rechtlich zweifelsfrei zu fordernde Voraussetzung für die Anerkennung eines neuen Psychotherapieverfahrens im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien!

Auch aus fachlicher Sicht gehen die Fragen von unzutreffenden Prämissen aus, da der Stand der internationalen Psychotherapieforschung derzeit über keine belastbare Evidenz zur differentiellen Indikation von Psychotherapieverfahren verfügt, die eine zweifelsfreie Beantwortung ermöglichen könnte. Dementsprechend haben auch die krankenversicherungsrechtlich bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren derartige Nachweise in der Vergangenheit nicht geführt bzw. können sie auch heute noch nicht führen.

Wir halten es weder in rechtlicher noch in fachlicher Hinsicht für vertretbar, bei der Prüfung der Anerkennungsfähigkeit von neuen Psychotherapieverfahren bei fortbestehenden einschlägigen Forschungsdefiziten höhere Nachweisanforderungen zu stellen, als sie von bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren erfüllt wurden bzw. erfüllt werden können.

Zu den Fragen 4 und 5: Hier liegen einschlägige Voten der Fachgesellschaften der Gesprächspsychotherapeuten vor, denen sich der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vollinhaltlich anschließt.

Schlussbemerkung: Der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg geht davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss und damit auch der Unterausschuss Psychotherapie dem Amtsermittlungsgrundsatz Folge leistet und deshalb bereits eine Sichtung der umfangreichen Forschungsliteratur zur Gesprächspsychotherapie vorgenommen hat. Für die Transparenz des Entscheidungsprozesses des Unterausschusses Psychotherapie im Sinne der Nachvollziehbarkeit seiner Entscheidungen wäre es daher sachdienlich, wenn sowohl die Datenbasis als auch die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen, die für die Entscheidungsfindung des Unterausschusses Psychotherapie maßgeblich sind, der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Mit freundlichen Grüßen

*Detlev Kommer
Präsident der Landespsychotherapeuten-
kammer Baden-Württemberg*

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Flutkatastrophe in Asien

Anfang Januar 2005 initiierte der Vorstand der Bayerischen Psychotherapeutenkammer eine Mitgliederumfrage, um Hilfestellung für die Betroffenen der Flutkatastrophe in Asien zu leisten. Ziel war es, schnelle und unbürokratische Hilfe bei der Suche nach geeigneten Psychotherapieplätzen zu leisten. Das große Engagement der psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen sollte gebündelt und den koordinierenden Stellen insgesamt zur Verfügung gestellt werden, um den Betroffenen Wartezeiten und die mühsame Suche nach einem freien und geeigneten Behandlungsplatz zu erleichtern.

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung koordiniert die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns freie Behandlungsplätze. Weitere Behandlungsmöglichkeiten von Institutionen und Privatpraxen wurden über die Bundespsychotherapeutenkammer an die Koordinierungsstelle NOAH (Nachsorge-, Opfer- und Angehörigen-Hilfe) in Bonn beim Amt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe vermittelt.

Vorsichtige Schätzungen gehen von bis zu 1000 Betroffenen allein in Bayern aus. Darunter können neben den heimgekehrten Menschen selbst, die ihre Erfahrungen in Asien und die erschreckenden Bilder und Eindrücke verarbeiten müssen, auch die Angehörigen sein. Beratung und Unterstützung für den Umgang mit Betroffenen, aber auch bei der Verarbeitung von Trauer und Ungewissheit könnten notwendig werden. Bisherige Erfahrungen mit Naturkatastrophen und Unglücksfällen legen nahe, dass die psychosozialen Folgen langfristig bestehen bzw. gelegentlich erst nach Jahren von den Betroffenen thematisiert werden.

Unter Nutzung des schnellen Wegs über das Internet konnten wir mit einem Email-Rundschreiben rund 1/3 unserer 4600 Mitglieder erreichen. Von den Angesprochenen antworteten über 20% bereits in der ersten Woche nach der Umfrage (während der Schulferien!). Davon waren über 200 hauptsächlich in eigener Praxis tätige Psychotherapeut/inn/en sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/inn/en, die kurzfristig fast 500 zusätzliche Behandlungsplätze anboten – und das trotz oftmals langer Wartelisten!

Zum Redaktionsschluss standen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für Erwachsene mindestens 250 Behandlungsplätze zur Verfügung, für Kinder und Jugendliche mehr als 50. Privatpraxen stellten noch einmal über 150 für Erwachsene und 40 für Kinder und Jugendliche zur Verfügung. Vielen Dank für die vielen positiven Rückmeldungen und das große Engagement!

Prävention in Bayern – eine Zukunftsinitiative

Bereits vor mehr als drei Jahren hat der Freistaat ein Förderprogramm zum Präventionssektor aufgelegt: „Bayernaktiv“. Gemeinsam mit der Ausschreibung des Anschlussprogramms „Gesund.Leben.Bayern“ hat der Freistaat Perspektiven und Schwerpunkte für die zukünftige Präventionspolitik in Bayern formuliert. In der Vorbereitung dieser Initiative haben im Gesundheitsministerium unter Leitung von Staatsminister Schnappauf ca. 40 Fachleute aus Wissenschaft und Verbänden in mehreren Sitzungen moderne Präventionsziele und -inhalte diskutiert. Dabei wurde schließlich ein Positionspapier verabschiedet, welches bei der Umsetzung in der ers-

ten Phase zu Grunde liegen wird und bereits erste Weichen für die Umsetzung der Forderungen eines Präventionsgesetzes stellen wird. Als Schwerpunkte für die erste Phase der Initiative wurden Nichtrauchen, Alkohol, Übergewicht/Adipositas und betriebliche Gesundheitsförderung festgelegt. Näheres siehe www.gesundheit.bayern.de. Die Kammer war bei diesen Beratungen durch *Heiner Vogel* vertreten und konnte sich in verschiedener Hinsicht in der Schwerpunktsetzung und Formulierung des Papieres einbringen. Auch im Landesgesundheitsrat, einem Koordinationsgremium des Landtags und der Heilberufekammern (an dem unsere Kammer zunächst als Gast teilnimmt), wurden die Präventionsbemühungen des Freistaats rege diskutiert und unterstützt. Klar wurde, dass Prävention in den verschiedenen beteiligten Fachbereichen unterschiedlich buchstabiert und interpretiert wird – auch die Motive der Befürwortung von Gesundheitsförderung und die vorherrschenden Denkmodelle sind heterogen. Aber insgesamt gilt dennoch: Dass Gesundheitsförderung auf der (gesundheits)politischen Agenda steht, ist ein beträchtlicher Fortschritt, und dass der Freistaat (der gegenwärtig die Leitung der Gesundheitsministerkonferenz, welche mit dem Bund über das Präventionsgesetz verhandelt, inne hat) hier Zeichen setzen will, dient der Sache außerordentlich.

Fortbildung Psychoonkologie: Ziel- gruppe und Curriculum

Wie in Ausgabe 3/2004 des PTJ angekündigt, fand am 12.11.04 in den Räumen der Hanns-Seidel-Stiftung in München die Auftaktveranstaltung Psychoonkologie im Rahmen des Disease Management Program-

mes (DMP) Brustkrebs statt. *Dipl.-Psych. Ellen Bruckmayer* für die Psychotherapeutenkammer und *Dr. Irmgard Pfaffinger* für die Landesärztekammer erarbeiteten gemeinsam unter fachlicher Begleitung von *Dipl.-Psych. Prof. Dr. Peter Herschbach* (Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der TU München) diese Initiative mit dem Ziel, Fortbildungsveranstaltungen zu initiieren und zu koordinieren.



Nikolaus Melcop bei der Auftaktveranstaltung; Foto: KVB

120 Mitglieder nahmen an der interdisziplinären Veranstaltung teil, die Einblick in die aktuellen Forschungsfragen, den Stand der psychoonkologischen Versorgung und Risikofaktoren gab. Prof. Herschbach belegte die Notwendigkeit, diagnostische Verfahren und Kriterien sowie die Therapieziele und die Therapieplanung an die Besonderheiten der Krebserkrankung anzupassen. Psychiatrische Klassifikationssysteme seien oft nur unzureichend geeignet, die psychische Situation und die psychischen Belastungen der Krebspatienten abzubilden. Darüber hinaus erfordere das spezifische psychotherapeutische Vorgehen eine Anpassung an die somatischen Einschränkungen und die medizinische Behandlung sowie die spezielle Berücksichtigung des Umgangs mit Verleugnung. Psychotherapeutisches Arbeiten bei dieser Erkrankung solle das soziale System mit einbinden (Familie, Ärzte, Sozialrecht). Eine besondere Herausforderung stelle dabei die Selbstreflexion der eigenen Betroffenheit und Empathie dar. *Dr. Pia Heußner* erläuterte die spezielle Situation bei Brustkrebspatientinnen. Vorrangige Aufgabe der Psycho-

onkologie sei die seelische Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, die Hilfe im Umgang mit der Unsicherheit und Bedrohung, mit der Angst und Depression. Trotz Krankheit und schlechter bzw. guter Prognose müsse die Patientenautonomie gefördert werden.

Ein Curriculum zur Fortbildung liegt ausgearbeitet vor, das sich vorwiegend an ÄP, PP und KJP ohne onkologische Vorerfahrungen bzw. Ärzte mit onkologischer Erfahrung aber ohne Psychotherapieausbildung wendet. Ein erster Kurs hat Mitte März begonnen, weitere Durchgänge sind bei entsprechender Nachfrage geplant. Die Fortbildungskurse sind für 25 Teilnehmer und jeweils 1 ½ Tage konzipiert.

Ziel des Kurses ist es, im Sinne eines Basismoduls Einstellungen, Wissen und Grundfertigkeiten zu vermitteln, die geeignet sind, das psychische Befinden und die Bewältigungsressourcen von Tumorpatienten aller Diagnosen und Krankheitsstadien einschätzen sowie basale psychosoziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung anbieten zu können. Die Inhalte des Kurses decken dabei folgende Themen ab: Einführung in die Psychoonkologie, Medizinische Grundlagen und Behandlungsmaßnahmen (für PP und KJP), Kommunikation mit Krebskranken (für Ärzte), Grund-

haltung und Therapieziele, diagnostische und therapeutische Interventionen sowie spezifische Aspekte des Mamma-Ca.

Der erste Block „Einführung in die Psychoonkologie“ behandelt die Bedeutung psychologischer Faktoren für Entstehung und Verlauf von Krebserkrankungen, Indikation für eine psychotherapeutische Begleitung, Komorbiditäten und Risikogruppen. Es werden die psychischen Belastungen besprochen sowie der aktuelle Forschungsstand zu Krankheitsbewältigung und ferner Therapieziele und -möglichkeiten behandelt.

Block 2a richtet sich an PP und KJP und behandelt die medizinischen Grundlagen, Gesundheitsverhalten, Epidemiologie, Tumordiagnostik sowie die Klassifikation der Diagnosen und Stadien. Weitere Themen sind Behandlungsmaßnahmen, Nebenwirkungen und Komplikationen der chirurgischen Eingriffsmöglichkeiten sowie der Chemotherapie und der Strahlentherapie. Block 2 b richtet sich an Ärzte und ÄP und behandelt Kommunikation und Gesprächsführung mit Krebspatienten. Besonders berücksichtigt wird hierbei die Gestaltung des Aufklärungsgesprächs. Daneben werden der Umgang mit Affekten und die Belastung der professionellen Helfer thematisiert.



Pia Heußner und Peter Herschbach bei der Auftaktveranstaltung; Foto: KVB

Im Block 3, der sich wieder an alle Teilnehmer/innen gemeinsam richtet, sollen Grundhaltungen vermittelt und realistische Therapieziele abgeleitet werden. Die Ängste der Psychotherapeut/inn/en und eigenes Mitleid sowie Betroffenheit werden reflektiert. Möglichkeiten und Grenzen eigener Empathie und die Spezifika des therapeutischen Gesprächsverhaltens werden bearbeitet. Wie können die Erwartungen der Patienten mit den Therapiezielen der Psychotherapeut/inn/en konstruktiv verknüpft werden? Behandelt werden weiterhin der Umgang und die Kommunikation mit den Angehörigen sowie die Gesprächsführung mit einem Patienten ohne Heilungschancen.

Block 4 beschäftigt sich mit einzelnen psychotherapeutischen Interventionen, die sich in der Behandlung von Krebspatienten bewährt haben (z.B. Entspannungsverfahren, Imaginationsverfahren, Aktivitätenmanagement, Ressourcenaktivierung) sowie mit Interventionen bei den Problemschwerpunkten Verleugnung, Angst, Schmerzen, Tod und Sterben, Non-Compliance. Daneben werden sozialrechtliche Grundlagen der Versorgung, Unterstützungsmöglichkeiten und Behandlungseinrichtungen besprochen.

Spezifische Aspekte bei Brustkrebs werden im fünften Block behandelt. Neben den epidemiologischen Aspekten werden insbesondere somatische Therapieoptionen, spezielle psychosoziale Belastungen und institutionelle Unterstützungsmöglichkeiten besprochen.

DMP Mamma-Ca

Seit dem 1.1.2005 ist das Disease Management Programm „Mamma-Ca“ in Kraft getreten. Die AOK hat bereits unterschrieben, mit den Betriebs- und Angestelltenkrankenkassen laufen die Verhandlungen. Voraussetzung für die Teilnahme am DMP ist die Zulassung bei der KV und der Nachweis einer spezifischen Fortbildung, der spätestens binnen eines Jahres vorliegen sollte. Wir werden Sie kurzfristig zum neuesten Stand auf unserer Homepage oder per Email informieren.

Anfrage vom Münchner Merkur: Stellungnahme zur Familienaufstellung nach Hellinger

Am 20. Januar veranstaltete Bert Hellinger eine Veranstaltung zur „Familienaufstellung“ in der Nähe Münchens. Auf Anfrage der Tageszeitung Münchner Merkur nahm der Vorstand der Bayerischen Psychotherapeutenkammer Stellung zu diesem Verfahren wie folgt: „...Das von Hellinger als ‚Familienaufstellung‘ bezeichnete Verfahren ist deutlich von der Methode der Familienaufstellung abzugrenzen, wie sie in Psychodrama, Familientherapie und systemischer Therapie verantwortungsvoll und behutsam eingebettet in Biografie und Krankheitslehre verwendet wird (vergleiche DGSF-Presseinformation vom 24.02.2003).

Hellingers Vorgehensweise unterscheidet sich deutlich vom psychotherapeutischen Vorgehen und erhebt nicht (mehr) den Anspruch, Psychotherapie zu sein. Damit erhebt er auch keinen Anspruch auf psychotherapeutische Arbeits- und Wirkungsweisen und auf die Diagnostik, Linderung und Behandlung psychischer Probleme. Hellingers Seminare scheinen Menschen, die sich auf Sinnsuche befinden, einen Raum für Grenz- und Selbsterfahrung zu bieten. Und genau darin liegt eine erhebliche Gefahr: Solche Seminare werden von Hilfesuchenden offensichtlich immer wieder mit fachkundiger Ausübung von Psychotherapie verwechselt und wecken falsche Erwartungen. Folgend dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell kann ein so wenig eingebettetes, stark emotional aktivierendes Verfahren wie die Familienaufstellung nach Hellinger für Menschen mit einer erhöhten Vulnerabilität einen potentiellen Auslöser für psychische Erkrankungen darstellen. Dies trifft in verstärktem Maße zu, wenn die Teilnehmer die Erwartung nach Hilfe bei psychischen Störungen mitbringen und deshalb offen für Beeinflussung sind.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass Familienaufstellung nach Hellinger den Anspruch hat, tabuisierte und verdrängte Inhalte aus der Familiengeschichte aufzudecken. Unabhängig von der offenen Fra-

ge, ob das tatsächlich geschieht, bedarf es fachkundiger Intervention, um einer erneuten ‚sekundären‘ Traumatisierung der Betroffenen vorzubeugen. Weiterhin ist bekannt, dass es auch bei nicht direkt beteiligten Personen, die von solchen traumatischen Erlebnissen und Geschehnissen nur hören, zu einer Traumatisierung kommen kann. Bei Hellingers Familienaufstellung übernehmen Mitwirkende stellvertretend die Rolle der Familienangehörigen anderer. Diese sogenannten „Stellvertreter“ hören unter Umständen nicht nur zu, sondern müssen womöglich auch noch die Gefühle und Reaktionen der anderen Familienmitglieder spielen und aushalten und sind daher besonders der Gefahr einer Traumatisierung ausgesetzt.

Umstritten sind weiterhin Hellingers Autoritätsanspruch und sein suggestives Arbeiten, die sich deutlich unterscheiden von einer psychotherapeutischen Beziehung, die auf einem Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient beruht und Suggestion im Sinne von Machtausübung ausschließt.“

Satzungsänderung bei der KV Bayerns: Fester Vorstandssitz für Psychotherapeuten

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) hat in ihrer Sitzung am 22.01.05 eine umfangreiche Satzungsänderung beschlossen. Ein für unsere Berufsgruppe wichtiger Punkt ist hierbei, dass der Vorstand der KVB statt wie derzeit aus zwei zukünftig aus drei Personen bestehen wird: Je einem Vertreter der Hausärzte, der Fachärzte und der Psychotherapeuten. Diese Verankerung ist bisher einmalig in der Geschichte der KVen und kann als großer Fortschritt in unserem Bemühen um eine angemessene Vertretung gewertet werden. Die Satzungsänderung steht auch in Zusammenhang mit dem geplanten Einbezug der Hausärzte in die Führung der KVB.

In dieser Sitzung wurde auch der *Berater der Fachausschuss Psychotherapie* der KVB gewählt. Als Vertreter der PP und KJP wurden gewählt: E. Bruckmayer, K. Funk, E.

E. Gerz-Fischer, P. Lehdorfer, B. Morgenstern-Junior und B. Seelmann-Eggebert; als deren Stellvertreter: A. Stadler, Dr. A. Rose, R. Merod, G. Krämer, H. Fußmann und V. Angermüller.

Neuestes zur Fortbildungsrichtlinie

Die gemeinsame Kommission mit der bayerischen Landesärztekammer konnte hinsichtlich wesentlicher Punkte eine Einigung erzielen: Die **gegenseitige Anerkennung der FoBi-Punkte** liegt den Vorständen zur Unterzeichnung vor. Dazu wurden die Kategorien der Fortbildungsrichtlinien beider Kammern weiter angeglichen. Auf der Homepage sind aktuelle Formblätter zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen online verfügbar. Dazu gibt es auch eine neu verfasste Anleitung, die beim Ausfüllen hilft. Auch bezüglich der Auslegung von Abschnitt 3.3 der Richtlinie (Gegenstandsbereiche der Fortbildungsveranstaltungen) konnte eine Annäherung zwischen den Kammern erreicht werden. Erforderlich ist dabei, dass ein mittelbarer Bezug zur Berufsausübung bei Fortbildungsveranstaltungen vorliegt. Ein mittelbarer Bezug ist daher nicht mehr gegeben, wenn sich die Fortbildung mit der Beendigung des Berufs, z.B. Praxisabgabe, beschäftigt.

Veranstalter von Fortbildungen können sich künftig von der Kammer akkreditieren lassen, um in einem vereinfachten Verfahren die Fortbildungsveranstaltungen anerkennen zu lassen. Dies gilt sowohl für Institute als auch für Dozenten, Supervisoren etc. Voraussetzung dafür ist der Abschluss des entsprechenden Akkreditierungsvertrags.

Für alle **Supervisor/inn/en** wichtig: Eine Supervisorenausbildung kann grundsätzlich nur durch die jeweiligen Institute und Fachverbände anerkannt werden. Es wird also keine von der Kammer anerkannten Supervisoren geben. Ein anerkannter Su-

pervisor kann sich aber akkreditieren lassen, und damit in einem vereinfachten Verfahren die einzelnen Veranstaltungen anerkennen lassen.

In Vorbereitung ist ein EDV-Programm zur **online-Registrierung** von Veranstaltungen. Auch hier versucht die gemeinsame Kommission der Psychotherapeutenkammer und der Ärztekammer Synergieeffekte zu nutzen und wenn möglich eine gemeinsame Datenbank zu nutzen. Aktuelle Informationen finden Sie auf unserer Homepage.

Unsere Vorbereitungen für den **Veranstaltungskalender** laufen: dieser Kalender soll online verfügbar sein und so Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit geben, sich über anerkannte Fortbildungsveranstaltungen zu informieren. Weiterhin können Anbieter von anerkannten Fortbildungsveranstaltungen sich dort eintragen lassen und dieses Medium zur weiteren Verbreitung ihrer Veranstaltungen neben Fachzeitschriften u.ä. nutzen.

Sonstiges

Für **Telefonbucheintragen** wurden neue Rubriken mit den Verlagen abgestimmt. So sollen künftig unter der Kategorie „Heilberufe“ die Psychologischen Psychotherapeut/inn/en sowie die Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut/inn/en aufgeführt werden. Achtung: bitte berücksichtigen Sie, dass Sie nur eingetragen werden können, wenn Sie zuvor als *niedergelassener* PP bzw. KJP bei dem Verlag bekannt sind!

Wir bitten alle Mitglieder, die noch nicht in unserem Emailverteiler registriert sind, uns ihre **Emailadresse** bei Interesse mitzuteilen. Die Erfahrungen mit der Aktion zur Flutkatastrophe haben gezeigt, dass dies ein schneller und unbürokratischer Informationsweg ist, den wir gerne weiter nutzen möchten.

Vorankündigung: 1. Landespsychotherapeutentag

Vorstand und Geschäftsstelle planen derzeit den **1. Landespsychotherapeutentag Bayerns**, der voraussichtlich am 12. November 2005 in München stattfinden wird. Die Veranstaltung hat zum Ziel, neben neueren Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung, die Vielfalt unserer Profession darzustellen und die Arbeit der Bayerischen Psychotherapeutenkammer den Mitgliedern vorzustellen. Aktuelles wird auf der Homepage bekannt gegeben.

Geschäftsstelle

Wissenschaftliche Referentin eingestellt: Das Team der Geschäftsstelle wurde durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin verstärkt: Seit 1.1.05 ist Dipl.-Psych. Petra Kümmler in der Kammer beschäftigt. Sie hat in Würzburg und Cardiff, U.K., Psychologie studiert und war in der Suchtforschung, Therapieevaluation und Grundlagenforschung psychischer Erkrankungen tätig und ist approbierte Psychotherapeutin.

Der Vorstand der Kammer:

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

Geschäftsstelle

St.-Paul-Str. 9
80336 München
Postanschrift: Postfach 151506
80469 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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Flutwelle in Asien hat zu Anfang des Jahres auch die Arbeit der Kammer beeinflusst. Wir hatten diverse Anfragen nach psychotherapeutischer Unterstützung für Betroffene sowie für Journalisten und Helfer, die aus den Katastrophengebieten zurückgekehrt waren. In unserer Datenbank, die wir für das Servicetelefon aufgebaut haben, sind über hundert Kollegen und Kolleginnen aufgeführt, die in Fragen von Notfallhilfe und Traumabehandlung erfahren sind. Für die Anfragen ist die Erreichbarkeit des Servicetelefons verbessert worden. Auf der Kammerhomepage haben wir Erläuterungen zum Thema mit der Information über geeignete Anlaufstellen verbunden. Mitglieder des Vorstandes standen als Gesprächspartner für Fernsehen, Radio und Presse zur Verfügung.

Zusammen mit der Bundespsychotherapeutenkammer und NOAH, einer Einrichtung des Bundesamtes für Katastrophenschutz, nehmen wir die Situation zum Anlass, die Möglichkeiten für Unterstützungen bei Großschadensereignissen noch besser auszubauen. Dazu haben wir einen gesonderten Fragebogen entworfen, der Vorgaben von NOAH berücksichtigt. Er steht auf unserer Homepage und liegt dem Berliner Rundbrief 1/2005 bei. Die Ergebnisse werden für das Servicetelefon in einer speziellen Datenbank zur Verfügung stehen. Auch werden wir dem Thema Notfallhilfe und entsprechenden Fortbildungen unsere besondere Aufmerksamkeit widmen. Damit wollen wir unser bereits mehrmals durchgeführtes Fortbildungsangebot zur Psychotherapie von traumatisierten Bürgerkriegsflüchtlingen ergänzen, das wir in Zusammenarbeit mit der Berliner Ärztekammer und dem Zentrum für Folteropfer anbieten.

Das Jahr 2005 ist für die Kammer ein besonderes Jahr, denn es stehen Neuwah-

len zu den Kammergremien an. Die Kammer schließt im Sommer ihre erste Legislaturperiode, die Phase ihres Aufbaus, erfolgreich ab. Anfang Juni werden die Wahlen zur Delegiertenversammlung durchgeführt werden. Für ihre Durchführung sind der vom Vorstand ernannte Wahlausschuss und die kandidierenden Listen zuständig. Auf der konstituierenden Sitzung der Delegiertenversammlung am 22. September 2005 werden alle Kammergremien neu gewählt. Bis zu diesem Tage werden sie ihre Arbeit intensiv fortsetzen.

Der Vorstand wird nach dem Rücktritt von Gisela Borgmann in seiner jetzigen Zusammensetzung mit Heinrich Bertram als kommissarischem Präsidenten seine Arbeit bis zur Neuwahl des Vorstands am 22. September 2005 fortsetzen. Unabhängig von der Wahl stehen wichtige Themen auf der Agenda wie z.B. die Psychotherapie in den Institutionen, die Situation der Psychotherapie im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG), der Aufbau eines funktionierenden Qualitätsmanagements in der Psychotherapie, die Entwicklung der Selbstverwaltung im kassenfinanzierten Bereich nach dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG), die Honorarentwicklung, die psychotherapeutische Versorgung aller Patientengruppen (also auch der seelisch und geistig Behinderten, der Patienten aus den psychotischen Formenkreisen, der körperlich Behinderten, der Rollstuhlfahrer, der Gehörlosen, der Blinden, der von Krieg und Verfolgung Betroffenen usw.), die Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Berufsausweises, die Novellierung der Fortbildungsordnung und eine trotz aller Widrigkeiten schließlich doch erfolgreiche Etablierung eines Versorgungswerkes.

Mit der Berliner Ärztekammer haben wir einen Vertrag abgeschlossen, der die ge-

genseitige Anerkennung von zertifizierten Fortbildungen vorsieht. Bei welcher Kammer eine Fortbildung zertifiziert wird, hängt von der Kammerzugehörigkeit des Leiters der jeweiligen Fortbildung ab. Mit der KV wurde eine Vereinbarung getroffen, dass die Fortbildungsinhalte und -regelungen der Psychotherapeutenkammer von der KV anerkannt werden.

Mit der Zahnärztekammer entwickeln wir ein Fortbildungsprojekt zur zahnärztlichen Psychosomatik. Am 10. Feb. 2005 wird eine gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung organisierte Vortragsveranstaltung und Podiumsdiskussion mit Patienten das Projekt einläuten.

Es gibt also außerhalb der Wahl viel zu tun. Ich kann Ihnen versichern, dass der Vorstand alle diese Dinge in gewohnter Weise unabhängig von der Wahl tatkräftig angehen wird und wir Sie zeitnah in unseren Medien über die Ergebnisse informieren werden. Dabei wird die Kammerhomepage eine zentrale Stellung einnehmen! Weitere gute Möglichkeiten, sich zu informieren, sind der zweite Landespsychotherapeutentag, der für das Ende des ersten Halbjahres geplant ist, sowie der zweite Berliner Kammer-Rundbrief, der im Mai erscheinen wird.

Neben dem zuvor Aufgezählten haben wir folgende größere Unternehmungen auf unserer AGENDA 2005:

- 1) Berliner Rundbrief 2/2005 mit folgendem Inhalt:
 - Allgemeiner Kammerwahlauf Ruf, Beschreibung des Wahlprocedere und die Werbung der Wahllisten,
 - Themenschwerpunkt: 6 Jahre PsychThG – 5 Jahre Berliner Kammer.
- 2) Veranstaltung: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.

- Worin unterscheiden sich QM und QS, was haben Sie gemeinsam?
 - Vorstellung von QM – Programmen.
 - Was sind die verschiedenen QS-Systeme?
- 3) Abendveranstaltung: Psychotherapie und Psychotherapeuten in Institutionen
- Was unterscheidet Psychotherapie in Institutionen von Psychotherapie in Niederlassung?
 - Was sind die speziellen Arbeitsbedingungen von Psychologischen Psychotherapeuten in Institutionen und wo kann sie die Kammer unterstützen?
 - Inhalte, Struktur und Umfang von öffentlicher Versorgung im angestellten und beamteten Bereich unter Einbezug der honorarfinanzierten Bereiche.
 - Ausblicke (Perspektiven und Strategien).

4) Ein eher zweitägiger Landespsychotherapeutentag, der das Thema des Leitvortrags von Prof. Jürgen Kriz vom 1. Landespsychotherapeutentag 2004 fortsetzt: 'Einheitlichkeit und Vielfalt – Einheitlichkeit im Berufsbild und Vielfalt im Vorgehen'. Es sind zwei bis drei Kernvorträge zu folgende Themen und Inhalten geplant:

- Prof. Kriz zum 4-Säulenmodell,
- Grawes Vorstellung von Allgemeiner Psychotherapie,
- Indikationsmodell,
- Podiumsgespräch.

Daran sollen sich Vorträge bzw. Workshops anschließen, die jeweils unterschiedliche methodisch/theoretische Ansätze zu bestimmten Krankheitsbildern oder Krank-

heitsbereichen darstellen wie beispielsweise zu

- Psychosen,
- Persönlichkeitsstörungen,
- Depression,
- Essstörungen,
- Psychotherapeutische Begleitung chronischer, somatischer Krankheiten (Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf),
- Trauma etc.

Wir wünschen Ihnen allen ein spannendes Psychotherapeutenjahr und wir würden uns freuen, viele von Ihnen auf unseren Veranstaltungen zufrieden antreffen zu können.

Für den Vorstand

Heinrich Bertram

Zertifizierung von Fortbildungen

Zum 1. Januar 2004 trat die Fortbildungsordnung der Berliner Psychotherapeutenkammer in Kraft. Für Fortbildungsveranstaltungen, die ab dem 1.7.2004 stattfanden, konnten Zertifizierungen beantragt werden. Im Jahr 2004 hat die Kammer ca. 900 Anträge für etwa 1.500 Veranstaltungen zertifiziert. Davon sind ca. ein Drittel Seminare und Workshops, ca. die Hälfte fortlaufende Veranstaltungen wie Supervision, Intervision und Selbsterfahrung, ca. 8 % Qualitätszirkel, ca. 3% Vorträge und ca. 2% Tagungen und Kongresse.

Unter der Leitung der Gesundheitsreferentin Mechthild Engert erfassen und bearbeiten zwei studentische Hilfskräfte die Anträge und erstellen die Bescheide. Schwierige Anträge werden den beiden von der Delegiertenversammlung gewählten Beiräten, die abwechselnd einmal im Monat tagen, zur Stellungnahme und Entscheidung vorgelegt. Bisher ist es noch zu keinem förmlichen Widerspruchsverfahren gekommen.

Die telefonischen Anfragen, die sich ganz allgemein auf die Fortbildungspflicht beziehen sowie solche, die gezielte Informationen zur Beantragung von konkreten Veranstaltungen suchen, beanspruchen einen

großen Teil der Arbeitszeit der Verwaltung. Wir bitten die Kammermitglieder, Hinweise auf unserer Homepage (www.psychotherapeutenkammer-berlin.de) sowie in unseren Kammerrundbriefen und Mitgliederinformationen intensiv zu verfolgen, um aufwendige Korrespondenz etwa zur Anforderung fehlender Unterlagen zu minimieren. Im Internet stehen auch Informationen über aktuelle (zertifizierte) Fortbildungsveranstaltungen.

Besonders in den ersten Monaten der Zertifizierung bekamen wir eine Vielzahl von Beschwerden über „ungerechte“, d.h. zu geringe Bewertungen mit Fortbildungseinheiten in Berlin im Vergleich zu denjenigen anderer Kammern. Ihren Höhepunkt erreichte die Beschwerdewelle, als die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) bekannt wurde. Da die Berliner Fortbildungsordnung eine der ersten war, die umgesetzt wurde, gab es zunächst wenige „Vorbilder“. Das hat sich im Laufe des Jahres geändert. Von Vorstands- und Ausschussmitgliedern sowie den Mitarbeitern der Geschäftsstelle ist dementsprechend in den letzten Monaten ein entscheidungsreifer Änderungsvorschlag erarbeitet worden. Er soll der Delegiertenversammlung

(DV) im März 2005 zur Abstimmung vorgelegt werden. Ziel dieser Änderung ist die Angleichung an die Musterordnung der BPTK und an die FBO der Berliner Ärztekammer, da zahlreiche Veranstaltungen von Mitgliedern beider Kammern besucht werden. Eine Vereinbarung zwischen diesen beiden Kammern zur Regelung der jeweiligen Zuständigkeit sowie zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungseinheiten wurde im Januar 2005 abgestimmt.

Um mit der Berliner KV eine Vereinbarung zur Umsetzung des § 95d SGB V zu treffen, war es wichtig, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Dezember 2004 Regelungen zum Verfahren des Fortbildungsnachweises für Vertragspsychotherapeuten gemäß § 95d Abs. 6 verabschiedet hat. Damit ist der Rahmen für die jeweilige Vereinbarung mit den KVen in einzelnen Bundesländern gesetzt. Die wichtigste Regelung ist in diesem Zusammenhang für die Berliner Kammer, dass die Vertragspsychotherapeuten der KV ihre Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V mit dem Zertifikat der Berliner Psychotherapeutenkammer erfüllen können. Bereits auf der DV im September 2004 wurde beschlossen, dass die Psychotherapeutenkammer Fortbildungsnachweise aus dem

ersten Halbjahr 2004 berücksichtigt, sofern die besuchten Veranstaltungen den Kriterien der Fortbildungsordnung entsprechen. Alle Teilnahmebescheinigungen und andere prüffähigen Unterlagen sind aber erst einzureichen, wenn die Kammer bekannt gibt, dass für jedes Mitglied ein Punktekonto eingerichtet ist.

Redaktionsteam

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

Beiträge liefern: Mechthild Engert (Fortbildung)

Richtigstellung

Leider haben sich im Bericht über die 10. Delegiertenversammlung im PTJ 4/04 – Punkt Errichtung eines Ausschusses für angestellte Psychotherapeuten – Fehler eingeschlichen. Unrichtigerweise wurde berichtet, dass dieser Antrag von einer fraktionslosen Gruppe von Angestellten eingebracht worden wäre. Richtig ist: Die Delegierten haben mit über-

wältigender Mehrheit dem Antrag zur Einrichtung dieses Ausschusses zugestimmt. Der Antrag wurde von einer Gruppe Delegierter eingebracht, die der Bündnisliste für psychische Gesundheit angehörten bzw. zum damaligen Zeitpunkt (9.9.04) fraktionslos waren. Letzgenannte sind mittlerweile Mitglieder des Bündnisses.

Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/8871 40-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr

Di 14.00 – 19.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

WEITERBILDUNG

Ver-rückt - Systemische Beratung und ressourcenorientiertes Arbeiten in psychiatrischen und anderen psychosozialen Institutionen
Die Weiterbildung umfasst 4 Blockveranstaltungen von insgesamt 13 Tagen. Beginn im Januar 2006, Ende im Januar 2007, Referenten: Marika Eidmann, Ulrich Kamm. Das 1. Seminar findet vom 26.-28.01.2006 in Nürnberg-Stein statt.

Des Weiteren führen wir berufsbegleitende Weiter- und Zusatzausbildungen in systemischer Beratung, Familientherapie, Supervision und Organisationsberatung durch. Bitte fordern Sie unser Informationsmaterial an!

FORTBILDUNGSWORKSHOPS

- **Niemand ist alleine krank – Patienten haben Familien** **12 FE** 03.-04.06.2005 in Darmstadt - Referent: Prof. Dr. med. Friedebert Kröger
- **Systemisch im Team: Methoden kollegialer Beratung und mehr** **16 FE** 04.05.07.2005 in Hanau - Referent: Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp
- **Marte Meo: Videounterstütztes Lernen** **16 FE** 20.-21.09.2005 in Schmitten/Taunus Referentin: Maria Aarts, Niederlande
- **Systemische Arbeit mit symbiotischen Verstrickungen** **24 FE** 21.-23.11.2005 in Hanau - Referent: Franco Biondi
- **Suizidprävention** **24 FE** 23.-25.09.2005 in Nürnberg-Stein - Referent: Ulrich Kamm
- **Traumatherapie in der systemischen Arbeit** **16 FE** 14.-15.10.2005 in Nürnberg-Stein Referentin: Andrea Iff-Kamm
- **Einführung in die video-unterstützte Beratung nach der Marte Meo Methode** **16 FE** 25.-26.11.2005 in Nürnberg-Stein Referenten: Annegret Siringhaus-Bünder + Prof. Dr. Peter Bünder

^{†FE} = durch die jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern als FoBi anerkannt und mit Fortbildungspunkten zertifiziert

UNSER PROGRAMM

senden wir Ihnen gerne zu; Informationen zum Programm, dazu Artikel und Aktuelles finden Sie auf unserer Homepage im Internet.

PRAXIS INSTITUT FÜR SYSTEMISCHE BERATUNG
KRÄMERSTR. 5 • 63450 HANAU • TEL.: 06181 / 253003 • FAX: 06181 / 253046
PRAXIS-SCHWING@T-ONLINE.DE • WWW.PRAXIS-INSTITUT.DE



praxis
Institut für systemische Beratung

Fortbildung
Supervision
Organisationsentwicklung

Leitung:
Rainer Schwing, Dipl.-Psychologe
Supervisor dgsv,
Lehrtherapeut DGSF

Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF e.V.)

Unsere Ausbildungen systemische Beratung, Familientherapie, Supervision und Organisationsberatung sind durch die DGSF e.V. anerkannt.



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

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

18.-20.02. + 19.03.05 Berlin
03.-05.03. + 15.04.05 Köln
11.-13.03. + 30.04.05 München
05.-07.05. + 04.06.05 Bremen
26.-28.05. + 08.07.05 Bad Mergentheim
27.-29.05. + 18.06.05 Bad Segeberg/Hamburg
23.-25.06. + 23.09.05 Nürnberg
30.06.-02.07. + 16.09.05 Köln

Info und Anmeldung: **EMDR-Institut**
D - 51427 Bergisch Gladbach **Junkersgut 5a**
Telefon: +49 - (0)22 04 - 2 58 66 **www.EMDR-Institut.de**
Telefax: +49 - (0)22 04 - 96 31 82 **info@EMDR-Institut.de**

EMDR-Institut Deutschland
autorisierter Partner des EMDR-Institutes von Francine Shapiro PhD, USA



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Bremer Kammer läutete 2. Arbeitsperiode ein

Erfolgreiche Bilanz – Beeindruckendes Vertrauensvotum

In seinem Bericht an die 10. Kammerversammlung am 16.11.04 skizzierte Präsident **Karl Heinz Schrömgens** die Gründungs- und Aufbauarbeit in den zurückliegenden vier Jahren. Von Beginn an sei die Arbeit in drei Richtungen gegangen:

- „Aufbau der Strukturen unserer Kammer, eine echte Pionierleistung. Es kam darauf an, die innere Ordnung der Kammer so zu entwickeln, dass sie den spezifischen Anforderungen unserer Berufsgruppen entspricht.“
- Vertretung der Interessen unserer Mitglieder bezogen auf die Gesamtbedürfnisse unseres Berufsstandes, aber auch auf die je besonderen Anliegen der verschiedenen Tätigkeitsbereiche, seien es beispielsweise die in Institutionen beschäftigten, die niedergelassen tätigen oder die in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen engagierten Kolleginnen und Kollegen.
- Beteiligung am gesundheitspolitischen Diskurs und am Gesundheitswesen in unserem Bundesland in seinen verschiedenen Verästelungen.“

Die Mitglieder des Kammervorstandes ergänzten seine Ausführungen, indem sie über die Schwerpunkte ihrer jeweiligen Verantwortungsbereiche berichteten. Stellvertreter **Hans-Otto Platte** legte seinen Schwerpunkt auf die Bereiche Fort- und Weiterbildung. **Gisela Ripke** informierte über den Aufbau eines Beschwerde- und Schlichtungsmanagements. **Frank Bodenstein** konnte über den erfolgreichen Aufbau des Psychotherapeutenversorgungswerkes und den Beitritt der Bremer Kammer per Staatsvertrag berichten. **Marianne Büthe-Tietel** informierte über die Arbeit der Psychotherapeuten in Bremerhaven und

neuer Entwicklungen im Bereich der Disease-Management-Programme. Dr. **Amir Babai** hatte sich mit Qualitätssicherung und –management befasst und erläuterte die Anforderungen, die auf die Kammermitglieder zukommen werden. **Axel Janzen** stellte die verschiedenen Arbeitsfelder im Angestellten- und Beamtenbereich und die Kammeraktivitäten in den zurückliegenden Jahren dar.

In der anschließenden Aussprache, in der einzelne Aspekte vertieft wurden, zollten die 72 anwesenden Mitglieder (das sind 16 % der Mitgliedschaft) dem Vorstand viel Anerkennung für die geleistete Arbeit. Dies bekräftigte **Uwe Klein** als Vorsitzender des Finanzausschusses, der dem Vorstand eine umsichtige und sparsame Haushaltsführung bescheinigte. Angesichts einer guten Rücklagenquote sei die finanzielle Lage trotz gesteigener Belastungen als ausgesprochen gesund zu bezeichnen.

Bei der Neuwahl des Kammervorstandes traten **Marianne Büthe-Tietel**, **Gisela Ripke** und **Amir Babai** jeweils aus persönlichen Gründen nicht wieder zur Wahl an. Sie wurden mit Beifall und einem Blumenpräsen verabschiedet. Die hohe Zufriedenheit der Kammermitglieder drückte sich in der überwältigenden Zustimmung bei der Wahl des neuen Kammervorstandes aus. **Karl Heinz Schrömgens** wurde als Präsident, **Hans-Otto Platte** als stellv. Präsident, **Frank Bodenstein** und **Axel Janzen** als Beisitzer wiedergewählt. Neu in den Vorstand kamen als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin **Hilke Schröder**, als Vertreter der Bremerhavener Kolleginnen und Kollegen **Matthias Früh** und als weitere Beisitzerin **Ursula Kappelhoff**.

Die Kammerversammlung erledigte weitere Pflichtaufgaben, indem sie den Haushalt 2005 verabschiedete, den Beitragshebesatz mit 0,79 % stabil hielt und Anträge zur Ge-



Der neu gewählte Bremer Kammervorstand; v.l.n.r.: Hans-Otto Platte, Ursula Kappelhoff, Axel Janzen, Frank Bodenstein, Karl Heinz Schrömgens, Hilke Schröder, Matthias Früh

bühren- und zur Fortbildungsordnung beschloss. Ein Antrag, ein Wirtschaftsgutachten über die Auswirkungen eines Zusammenschlusses von vier norddeutschen Kammern in Auftrag zu geben, fand nur zwei Befürworter und wurde somit abgelehnt.

Karl Heinz Schrömgens bedankte sich zum Abschluss im Namen des gesamten Vorstandes für das beeindruckende Vertrauensvotum und lud die Anwesenden zu einem anschließenden geselligen Zusammensein bei Sekt, Saft und Selters

ein. Bis nach Mitternacht nutzten zahlreiche Kammermitglieder diese Möglichkeit zum Austausch und gegenseitigen Kennenlernen.

Stellungnahme der Kammer zur Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

Im zurückliegenden Jahr fand in Bremen eine intensive, zum Teil erregt geführte öffentliche Debatte darüber statt, ob die bisherigen Hilfsmaßnahmen und die bisher geltenden rechtlichen Regelungen im Umgang mit sich selbst gefährdenden und/oder andere gefährdenden psychisch kranken Menschen ausreichend sind. Hintergrund stellten mehrere Fälle dar, in denen psychisch Kranke einen Nachbarn oder Angehörigen gewaltsam getötet haben. Im Zuge dessen kam es zu einer Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Dazu war die Kammer um Stellungnahme gebeten worden. (Ausführliche Stellungnahme unter www.lpk-hb.de).

Bewertung der Änderungsvorschläge

In der Novellierung wird die bisher nicht existierende Möglichkeit eröffnet, psychisch Kranke im ambulanten Feld gegen ihren Willen zu behandeln. An dieser Stelle geht es vor allem um die Möglichkeit, Zwangsmedikationen vornehmen zu können. Zwar sei davon auszugehen – so die Kammer – dass die Behandler sich bei solchen Maßnahmen ausschließlich von fachlichen und ethischen Gesichtspunkten leiten lassen, gleichwohl sei – gerade bei öffentlichem Druck – nicht auszuschließen, dass fach-

fremde Erwägungen mit einfließen können. Die Durchführung von ambulanten Zwangsmedikationen werde insbesondere auf die Mitarbeiter der psychiatrischen Behandlungszentren in den verschiedenen Stadtteilen zukommen. Es bestehe zu befürchten, dass die damit verbundenen „polizeilichen“ Funktionen die Arbeitsweise in den Zentren und die Behandler-Patient-Beziehung verändern und belasten werden.

Ebenfalls werde der Gefahrenbegriff weniger streng als im bisherigen Gesetz definiert. Mit der Formulierung der ‚unvorhersehbaren‘, aber ‚jederzeit zu erwartenden‘ Gefahr werde der subjektiven Einschätzung des damit konfrontierten Behandlers großen Raum gegeben. Der zum Einsatz kommende Behandler habe weiterhin genau abzuwägen, ob die Zwangsmaßnahme im Interesse des Patienten und zum Schutz der Öffentlichkeit tatsächlich notwendig ist. Auch hier werde es zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen können, wenn das Umfeld oder die Angehörigen eines Patienten die Belastungen durch diesen Patient als gefährdender als der beurteilende Behandler einschätzen.

Die Psychotherapeutenkammer kommt anschließend zum Urteil, dass sie trotz der

angedeuteten divergierenden Konflikt- und Interessenslagen die Intentionen der Novellierungsvorschläge nachvollziehen kann. Sie schlug deshalb vor, die vorgeschlagenen Maßnahmen zeitlich zu befristen und nach einem Zeitraum von zwei Jahren zu überprüfen. Dazu sollte eine unabhängige Kommission eingesetzt werden, die diesen Prozess begleitet und evaluiert.

Weitere Vorschläge

Die Kammer verwies zugleich auf die fehlende Verankerung der Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im PsychKG. Sie forderte deshalb die Gleichstellung dieser Berufe mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, vor allem weil dies in der Praxis der Behandlungszentren faktisch schon häufig vollzogen sei.

Ebenfalls äußerte die Kammer grundlegende Bedenken gegen den § 49, in dem im Rahmen des Maßregelvollzuges Ärzte und Psychotherapeuten von der Schweigepflicht gegenüber ihrem Patienten entbunden werden. Dies sei für eine tragfähige psychotherapeutische Beziehung nicht vertretbar. Zudem widerspreche ein solches Verhalten der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen.

Neues Tarifrecht für Angestellte?

2. Forum für Angestellte und Beamte

Zum zweiten Mal hatte Vorstandsmitglied Axel Janzen zum Forum für Angestellte und Beamte eingeladen. Auf der Tagesordnung standen am 3. November die aktuelle Entwicklung um die Reform des Bundesangestelltentarifes (BAT), der Psychiatrieaus-

schuss, AG Kliniken, die Liste Forensischer Gutachter und die Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung.

Was bringt die BAT-Reform?

Zur BAT-Reform führte Axel Janzen aus, gegenwärtiger Stand sei, dass die Reform des BAT in den kommenden Tarifverhand-

lungen im Januar 2005 nicht abgeschlossen werden kann. Vielmehr soll es zu einem Rahmen- oder Manteltarifvertrag kommen, der die Grundzüge des neuen Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst (TVöD) beschreibt, die konkrete Ausgestaltung aber bis zum Dezember 2006 offen lässt und somit genügend Zeit für Diskussion schaffen soll. Wesentliche Veränderun-

gen des TvöD gegenüber dem BAT soll die bessere Übersichtlichkeit sein, da der BAT zuletzt mehr als 17000 Eingruppierungsmerkmale hatte. Bewährungs- und Zeitaufstiege sollen ebenso wie Lebens- und Dienstaltersstufen zugunsten von 6 Erfahrungsstufen (im Abstand von 4 Jahren) entfallen. Die Entlohnung soll zukünftig in insgesamt 15 Entgeltgruppen (EG) geregelt sein, wobei die EG 15 (analog zur Beamtenbesoldungstabelle) die höchste Stufe darstellt. Bei der Frage der Eingruppierung war man sich in der ver.di Bundesfachkommission PP/KJP einig. Diese soll analog der Eingruppierung der Ärzte erfolgen: EG 13 nach dem Diplom bzw. Master, EG 14 nach der Approbation, und EG 15 in leitender Funktion. Tendenziell soll in den Verhandlungen stärker als bisher die

Tätigkeit bewertet werden und weniger die Qualifikation.

Zur Arbeit des Psychiatrieausschusses

Im zweiten TOP berichtete Axel Janzen über die Arbeit und Funktion des Psychiatrieausschusses, in dem die Psychotherapeutenkammer Bremen seit dem letzten Jahr als Gast vertreten ist. Er forderte die anwesenden (und nicht anwesenden) Fachleute aus Klinik-Ost und Sozialpsychiatrischem Dienst auf, ihn für die Berufsgruppe relevanten Themen zu „briefen“, damit er diese im Ausschuss auf die Tagesordnung bringen kann. Im Forum wurde als erster Arbeitsauftrag formuliert, sich die Gleichstellung der im SPsD tätigen Psy-

chotherapeuten mit den Fachärzten zum Ziel zu setzen, um somit die Kompetenz zu übertragen, Gutachten für einen richterlichen Beschluss erstellen zu können, was bislang den Fachärzten für Psychiatrie vorbehalten ist.

Weitere Themen

Abschließend wurde über die bislang unbefriedigende Situation für die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) gesprochen. Erwähnenswert dabei sind zum einen die Initiativen der Bundespsychotherapeutenkammer und zum anderen die von ver.di, zu gesetzlichen Festlegungen zu kommen. Die Situation in Bremen soll in absehbarer Zeit erfasst und gegenüber Krankenhäusern und Sozialsenatorin vorgestellt werden.

Beschwerde- und Schlichtungsausschuss der Psychotherapeutenkammer Bremen

Über den Beschwerde- und Schlichtungsausschuss in Bremen wurde schon an anderer Stelle (Psychotherapeutenjournal 3/2003) berichtet. Schwerpunkt dieser Ausführung ist neben notwendigen Ergänzungen die Beschreibung unseres Arbeitsprozesses. Der Ausschuss ist zuständig für Beschwerden, die von Patienten auf uns zukommen und für Konflikte zwischen Kammermitgliedern. Letzteres ist bisher nicht eingetreten, so dass es im Folgenden ausschließlich um Beschwerden seitens der Patienten geht.

Der Beschwerde und Schlichtungsausschuss wurde in der Kammerversammlung am 20. Juni 2001 gegründet. Er bestand aus fünf Mitgliedern und deren fünf Stellvertretern, die sich bald zu einer ersten Sitzung zusammenfanden. Die Vorstellung, in Ruhe Grundsätzliches zu klären, erwies sich schnell als Illusion, weil die ersten Beschwerden quasi bei Gründung schon vorlagen. Wir standen also vor dem Problem ohne Grundlagen, Berufsordnung und Arbeitsablaufschemata, die ersten Beschwerden bearbeiten zu müssen. Die damit verbundene Unsicherheit der Mitglieder charakterisierte die ersten anderthalb Jahre unserer Arbeit und prägte sie, weil sich unsere Konzeption an die sich ständig verändernden Bedingungen anpassen musste.

Wesentliche Stationen dieses Gruppenprozesses waren

- das Arbeitsablaufschemata,
- die Festlegung der Zuständigkeit und
- die Anonymisierung der Beschwerden.

Es sollte abgesichert werden, dass sowohl Patienten als auch das betroffene Kammermitglied so schnell wie möglich über den Eingang einer Beschwerde und den voraussichtlichen Zeitablauf informiert werden. Im Vorfeld der Bearbeitung einer Beschwerde musste geklärt werden, ob es sich um kammerbezogene, sprich psychotherapeutische Belange handelte, der Betroffene Mitglied der Bremen Kammer ist und ob die Beschwerde eventuell schon verfristet ist. Im Hinblick auf unseren internen Arbeitsablauf haben wir durch Anonymisierung der Beschwerdeschreiber dafür gesorgt, dass wir uns nur über Sachverhalte und keinesfalls über uns möglicherweise bekannte Personen auseinandersetzen. Bremen ist nun mal ein Dorf!

Atmosphärisch war diese Zeit durch lange Sitzungen charakterisiert, weil die Ernsthaftigkeit des Themas, Beschwerdeführer und Betroffene gleichermaßen zu schützen, und unsere anfängliche Unsicherheit lange Diskussionen und Reflexionen nötig machten. Weil wir es inzwischen als nicht

produktiv ansehen, dass alle Mitglieder gleichzeitig eine Beschwerde bearbeiten, wie es in der Anfangszeit gewesen ist, haben wir Zweiergruppen gebildet, die eine Beschwerde vorbereiten. Die Verteilung der Beschwerden an die Mitglieder des Ausschusses erfolgt nach einem vorher festgelegten Schema.

Der Bremer Ausschuss besteht ausschließlich aus Psychotherapeuten, d.h. die psychotherapeutische, nicht die juristische Fachlichkeit steht im Vordergrund des Bewertungsprozesses, der auf der Ebene der Vorklärung tätig wird. In einem zweiten – nicht nachrangigen – Prozess klären wir die Relevanz der Beschwerde im Hinblick auf die Berufsordnung und geben eine abschließende Empfehlung an den Vorstand der Psychotherapeutenkammer. Unser Anspruch besteht in erster Linie darin, im Sinne einer Schlichtung zwischen Patient und Therapeut tätig zu werden, wenn die festgestellten Vergehen nicht schwerwiegend sind. Bei den vergangenen Beschwerden handelte es sich zumeist um Missverständnisse bei Honorar und Terminfragen und um Missachten der Schweigepflicht. Bei solchen und ähnlichen Vergehen konnte es bei einem klärenden Schriftwechsel bleiben, wobei uns durch unseren strukturierten Arbeitsablauf die Identität des betroffenen Kammermitglieds un-

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:

R.v. Decker, 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



R.v. Decker
www.rvdecker-verlag.de

bekannt bleibt. Erscheint uns die Stellungnahme des Psychotherapeuten nicht ausreichend, können wir eine Anhörung veranlassen, die gleichzeitig bedeutet, dass das Mitglied dann aus der Anonymität herausgeholt wird. Vor Beginn des Verfahrens werden die Beteiligten zur Kooperation aufgefordert und darüber aufgeklärt, dass berufsrechtliche bzw. strafrechtlich relevante Sachverhalte angesprochen werden könnten, die für das entsprechende Verfahren relevant sind. Der Ausschuss klärt im Vorfeld der Anhörung, wer die Anhörung durchführt, damit ausgeschlossen ist, dass das Kammermitglied einem Ausschussmitglied bekannt ist. Der Ausschuss hört dann das Kammermitglied zu den Vorwürfen an und stellt bei Unklarheiten Fragen. Der Ausschuss kann Zeugen einberufen. Am Ende wird dann eine Stellungnahme an den Vorstand erarbeitet, die als Grundlage für die weitere Bearbeitung durch den Vorstand der Psychotherapeutenkammer dient.



Mitglieder des Bremer Beschwerde- u. Schlichtungsausschusses; v.l.n.r.: Sabine Schmidt-Schubert, Helmut Hendry, Dr. Hans-Jörg Walter, Brigitte Rippe, Klaus Sievers. Es fehlt: Jens Bozetti.

Insgesamt wurden seit Gründung des Ausschusses bis Ende 2004 14 Beschwerden bearbeitet, davon wurden vier Mitglieder

angehört. Gegenüber zwei Kollegen wurde ein berufsgerichtliches Verfahren beantragt.

Bremen

Seit Anfang März Geschäftsstelle der Kammer in neuen Räumen

Seit Märzbeginn ist die Kammer in größeren und repräsentativeren Räumen in der Holler Allee 22 in Bremen-Schwachhausen zu Hause. Die bisherige Geschäftsstelle, vom Gründungsausschuss vor fünf Jahren angemietet, platzte inzwischen aus den Nähten. Vor allem Frau Lappus, die die Geschäftsstelle verwaltet, klagte über die Enge. Sobald die neuen Räume, die günstig angemietet werden konnten, fertig eingerichtet sind, wird der Kammervorstand die Mitglieder zu einem „Tag der offenen Tür“ einladen.

Kurz notiert:

- Im Februar konstituierte sich der Arbeitsausschuss „Kinder- u. Jugendlichenpsychiatrie“ beim Hauptgesundheitsamt, in dem Hilke Schröder die Kammer vertritt.
- Im März fand die Gründungsversammlung der „Landesvereinigung Gesundheit“ statt., die sich vor allem präventive Aufgaben setzt. Ursula

Kappelhoff beteiligte sich an den vorbereitenden Sitzungen.

- Im Dezember fand ein ausführlicher Gedankenaustausch der Psychotherapeutenkammer, vertreten durch Karl Heinz Schrömgens, Hans-Otto Platte und Axel Janzen mit dem Abteilungsleiter Gesundheit im Land Bremen Herrn Dr. Gruhl und dem Justitiar der Gesundheitsbehörde Herrn Nuschke statt. Ein Nachfolgetermin für Ende 2005 wurde schon vereinbart.
- Ebenfalls im Dezember legte die Kammer einen ausführlichen Beitrag zum Psychiatriebericht der Stadtgemeinde Bremen vor.
- Der diesjährige Neujahrsempfang am 19. Jan., zu dem die Psychotherapeutenkammer gemeinsam mit den ärztlichen Heilberufskammern und den kassenärztlichen Vereinigungen eingeladen hatte, konnte als Gäste u.a. Herrn Bürgermeister Henning Scherf und Frau Senatorin Karin Röpke begrüßen. In seiner Ansprache rief Kammerpräsident

Karl Heinz Schrömgens die Akteure im Gesundheitswesen auf, gemeinsam für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einzutreten.

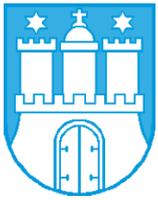
Redaktion Bremer Kammerseiten

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Axel Janzen, Hans-Otto-Platte, Karl Heinz Schrömgens, Klaus Sievers

Geschäftsstelle

Holler Allee 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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Bericht aus der Vorstandsarbeit

Wir haben Sie bereits in unserem Mitgliederrundschreiben vom Dezember 2004 ausführlich über die Tätigkeit des Vorstandes im IV. Quartal 2004 informiert. Um einigen Anfragen zur neuen Beitragsordnung nachzukommen, gehen wir nochmals auf die Hintergründe für die Einführung der neuen Beitragsordnung ein und informieren Sie über einige Planungen für das 1. Halbjahr 2005.

Entwicklung einer neuen Beitragsordnung

Gegen die bisherige Beitragsordnung, die einen einheitlichen Regelbeitrag für alle Mitglieder unabhängig von Art und Umfang der Tätigkeit und der individuellen Einkommenshöhe vorsah, hatten einige wenige Kammermitglieder Widerspruch eingelegt. Obwohl diese Ordnung von der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit als Aufsichtsbehörde genehmigt worden war – immerhin lehnt sie sich in wesentlichen Punkten an die Beitragsordnung der Hamburger Rechtsanwaltskammer an – wurde uns bei der Verhandlung vor dem Verwaltungsgericht unmissverständlich klar gemacht, dass wir den Prozess verlieren würden, da diese Beitragsordnung sich nicht nach dem Einkommen der Mitglieder ausrichtet. Der Vorstand entschied, die Klage zurückzuziehen und eine neue Beitragsordnung zu erarbeiten. Diese wurde der Kammerversammlung am 24.11.2004 zur Beschlussfassung vorgelegt und nach längerer Diskussion angenommen. Auch uns Vorstandsmitgliedern wäre es lieber gewesen, Ihnen diese am Einkommen orientierte Ordnung und die damit gezwungenermaßen erforderliche Offenlegung Ihrer Einkünfte zu ersparen. Allein die Rechtsprechung (die allerdings in den Bundesländern nicht einheitlich ist) zwingt uns dazu.

Nach dieser neuen Beitragsordnung setzt sich der Beitrag aus einem für alle identischen Sockelbeitrag und einem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zusammen. Der Zusatzbeitrag bemisst sich dabei primär an der Höhe des Einkommens unter Berücksichtigung von Werbungs-/Praxis-/Betriebskosten. Damit entspricht das vorgeschlagene Modell – das auch für angestellte und niedergelassene Kammermitglieder einen einkommensabhängigen Beitragssatz vorsieht – allen von den Gerichten derzeit (!) aufgestellten Forderungen.

Leider ist mit der nun gültigen Beitragsordnung auch verbunden, dass das Einkommen aus psychotherapeutischer Tätigkeit durch die Steuererklärung oder eine Erklärung des Steuerberaters nachgewiesen werden muss. Das wird viele von Ihnen irritieren oder auch verärgern. Das einzige, was wir tun können und müssen, ist zur Zeit, dem Datenschutz durch eine kammerinterne Verfahrensanweisung Rechnung zu tragen: Der Personenkreis, der Einblick in die Unterlagen erhält, wurde auf zwei MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle und in Zweifelsfällen auf den Geschäftsführer beschränkt. Außer diesen MitarbeiterInnen hat keine weitere Person (d.h. auch kein Mitglied des Vorstands) Einblick in Ihre Unterlagen (z.B. die Kopie der Steuererklärung), die unter Verschluss aufbewahrt und nach Berechnung des Zusatzbeitrages vernichtet werden.

Und noch etwas Wichtiges: Die Höhe des Beitrags 2005 wird aufkommensneutral festgelegt, d.h. dass damit keine Erhöhung oder Verringerung des Budgets 2005 (also der Einnahmen) der Kammer verbunden ist. Aus diesem Grund kann der Hebesatz, der für den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag maßgeblich ist, auch erst nach der Auswertung Ihrer Angaben, von der nächsten Kammerversammlung im Januar

2005 festgelegt werden. Die neue Beitragsordnung wird für einige von Ihnen u.U. einen höheren Beitrag bedeuten, wie sie für andere mit einem niedrigeren verbunden sein wird. Das mögen einige von uns gerechter finden – andere nicht; in jedem Fall ist es mit einem höheren Verwaltungsaufwand sowohl für Sie, als für die Geschäftsstelle der Kammer verbunden.

Angestelltentag am 16. April 2005

Die „Psychologinnen und Psychologen in Hamburger Krankenhäusern“ planen in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer am Samstag, dem 16. April 2005, einen „Angestelltentag“. Neben dem Thema der Strukturveränderungen und institutionellen Sparzwängen gibt es Arbeitsgruppen zu den Themen: Integrierte Versorgung, neue Finanzierungsmodelle für Institutionen, Notfall-Psychotherapie sowie aktuelle Themen der Tariflichen Perspektiven und der Bedeutung der Fort- und Weiterbildungsordnungen für Angestellte und Beamte. Über das ausführliche Programm werden wir Sie über das Kammertelegramm und die Homepage informieren.

Zum Jahresende geht an alle diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die in den zahlreichen Ehrenämtern und Funktionen in der Kammerversammlung, in den Ausschüssen, als Delegierte und Vorstandsbeauftragte mitgearbeitet haben, der herzliche Dank für Ihr großes Engagement! Sie alle haben dazu beigetragen, dass sich die Hamburger Psychotherapeutenkammer bereits in den ersten beiden Jahren ihres Bestehens in der Hamburger Gesundheitspolitik und zur Wahrnehmung ihrer hoheitlichen Aufgaben etablieren konnte. In der zweiten Hälfte der Legislaturperiode wird die Arbeit der Kammer, das möchten wir Ihnen versichern, noch professioneller werden.

Versorgungswerk am Start

Wir sind geneigt zu sagen „Es ist vollbracht“. Noch rechtzeitig im letzten Jahr – in der letzten Sitzung der Hamburger Bürgerschaft und des Niedersächsischen Landtags vor der Weihnachtspause – haben beide Parlamente ihre Zustimmung zum gemeinsamen Staatsvertrag über den Beitritt der Psychotherapeutenkammer Hamburg zum Versorgungswerk der Niedersächsischen Psychotherapeutenkammer (PWV) gegeben. Damit ist nach fast 1 1/2 jähriger Vorbereitungszeit der Weg offen für eine Alters-, Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsversicherung aus eigener Hand.

Nachdem der unterschriebene Staatsvertrag zwischen den beiden Staatskanzleien ausgetauscht worden ist, wurde der Beitritt der Hamburger Kammermitglieder zum

PWV am 1. März 2005 vollzogen. Damit beginnt jetzt für alle Beteiligten das zweite große Stück Arbeit.

Die Hamburger Kammermitglieder, die am 1. März 2005 bereits der Kammer angehört haben, bilden den sog. Anfangsbestand, der, anders als alle neu der Kammer nach dem 1. März 2005 beitretenden Personen, ein Wahlrecht für den Beitritt zum PWV hat. Dieses Wahlrecht **muss** explizit ausgeübt werden. Aus diesem Grund werden alle Kammermitglieder Ende Februar 2005 angeschrieben. Alle Kammermitglieder müssen ausdrücklich erklären, ob sie dem PWV beitreten wollen oder nicht!!

Wer den Fragebogen zum Versorgungswerk nicht beantwortet zurückschickt, ist automatisch Pflichtmitglied des PWV !

Für die Rücksendung des Fragebogens haben alle Kammermitglieder des Anfangsbestandes sechs Monate Zeit.

Da wir davon ausgehen, dass in diesem Zusammenhang noch sehr viele Fragen auftreten, werden neben den bereits im Februar und März stattgefundenen Gruppen-Info-Veranstaltungen auch Einzelberatungen angeboten. Zwecks Terminvereinbarung wenden Sie sich bitte direkt an die Geschäftsstelle des PWV:

Frau Sieker, Tel. 0511-783465 oder im Internet unter www.p-v-w.com; eMail: barbara.sieker@t-online.de, oder an die Kammergeschäftsstelle.

Interview mit Dipl.-Psych. Dr. Sabine von der Lühe: Schließung des Behandlungszentrums *accept* – für Kriegs- und Folteropfer zum Jahresende 2004

Anfang Juni 2004 hatte die Behörde für Soziales und Familie die Streichung der Fördermittel für *accept* – das Behandlungszentrum der Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e.V. – bekannt gegeben. Dies kommt einer Schließung dieser für die große Zahl von Kriegs- und Folteropfern in Hamburg wichtigen und einzigen Einrichtung gleich.

In diesem Zusammenhang hat die Psychotherapeutenkammer Hamburg mehrfach Stellung bezogen. Das Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg, Dipl.-Psych. Gerda Krause, hat hierzu das nachfolgende Interview mit Frau Dipl.-Psych. Dr. Sabine von der Lühe, geführt:

PTK-HH: Frau v.d. Lühe, Sie haben sieben Jahre lang in der Beratungsstelle *accept* (Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e.V.), Beratung, Gutachtendiagnostik und Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen gemacht. Diese Einrichtung muss nun wegen der Streichung der öffentlichen Förderung geschlossen werden. Wie kann das Erfahrungswissen der KollegInnen weitergege-

ben und erhalten werden? Einen kleinen Beitrag hierzu soll dieses Interview leisten.

Frau v. d. Lühe, wie kamen Sie damals zu der Entscheidung, sich dieser Aufgabe zu widmen?

Frau v.d. Lühe: Ich habe in den Siebzigern meine Berufstätigkeit als Kinderpsychotherapeutin begonnen und nach etwa 12 Jahren meinen Arbeitsschwerpunkt zur Arbeit mit Frauen verlagert. Treibende Kraft war der Wunsch, Kindern mehr Stimme, mehr Raum zu geben. Später ging es mehr um die Mütter und Frauen, um Gewalt, sexuelle Gewalt im Leben von Frauen und Mädchen. Mich hat der männliche Blick auf das Geschlechterverhältnis und die vermeintliche 'Defizitentwicklung' von Mädchen und Frauen provoziert, und ich habe in meinen Ausbildungs- und Arbeitszusammenhängen immer um das Recht auf Selbstbestimmung und -definition gestritten. Das Thema hat mich angezogen, weil es auch in diesem Kontext um Herrschaft und Gewalt geht und weil in der deutschen Kriegs- und Nachkriegsgeschichte schließlich auch eigene Erfahrungen verborgen sind. Im Grunde war es also auch Neugier

auf mich selbst, auf Brüche in meiner eigenen Familiengeschichte.

PTK-HH: Mit welchen Fragen, mit welchen Anliegen kamen die Flüchtlinge in Ihre Einrichtung?

Frau v.d. Lühe: Der soziale und psychologische Bereich fielen zusammen, wir wurden mit der ganzen Bandbreite dessen konfrontiert, was körperlich und psychisch zerstörten und entwurzelten und verunsicherten Menschen das Leben im Exil so schwer macht. Sie hatten mit der Flucht nicht nur um ihr Überleben gekämpft, sondern sind in der Fremde mit Lebensgewohnheiten und Normen konfrontiert, für die sie kaum Erfahrungen aus der Heimat mitbringen. Man denke nur an unsere Bürokratie, die Verwaltung der Gesundheit. Oft geraten sie in einer Mischung aus posttraumatischer Symptomatik, aktueller Überforderung und Zukunftsangst in psychische und soziale Sackgassen. Manchmal waren sie schon so lange isoliert und mit ihren Ängsten alleine, dass sie bereits psychiatrische Behandlung bis hin zu Klinikaufenthalten hinter sich hatten oder unter chronischen psychosomatischen Be-

schwerden litten. Oft ging es um die besondere Not der Kinder. Als Psychologin hatte ich es also in der Regel mit schwer traumatisierten Frauen aus Kriegs- und Bürgerkriegsregionen zu tun, die unter den gesundheitlichen Folgen von Vertreibung, Folter und Flucht litten und den Belastungen des Lebens mit einem ungesicherten Aufenthalt einfach nicht mehr gewachsen waren. Die schweren Symptome und die oft verzweifelte Lage, in der sie sich hier in Deutschland befinden (zum Beispiel die Angst davor, wieder abgeschoben zu werden) waren unsere Themen.

PTK-HH: Was hat Ihnen bei Ihrer Arbeit die Kraft gegeben, sich diesen schweren Lebensschicksalen zu stellen?

Frau v.d. Lühe: Es erfüllt mich immer mit leiser Euphorie, wenn ich in der Therapie merke, dass die Klientinnen im Gespräch mit mir zur Ruhe kommen, sich entspannen, mir vertrauen und sich mit mir auf Suchbewegungen in ihrer eigenen Geschichte einlassen, die nicht nur die Traumata betrifft, sondern auch die anderen Seiten ihres Lebens. Denn eins steht ja fest. Frauen, die das alles überlebt haben und durchstehen, haben auch eine immense Überlebenskraft. Die zu spüren, zu würdigen und zu unterstützen hat manches Mal mein Behandlungszimmer mit großen Emotionen und großer Zuversicht gefüllt. Das sind kleine aber sehr wirksame Glücksmomente für alle Beteiligten. Übrigens auch für die Dolmetscherinnen. Eine andere Energie kommt aus der Zusammenarbeit im Team. Der Informations- und Erfahrungsaustausch hat manche Tür zur Welt geöffnet und die Beengtheit ‚deutscher Normalität‘ deutlich gemacht.

PTK-HH: Ist diese Arbeit auch in niedergelassenen Praxen zu leisten?

Frau v.d. Lühe: Ja, obwohl eine Beratungsstelle wie accept als Anlaufstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen, als Informationszentrum und Begegnungsstätte unverzichtbar ist. Trotzdem war der Bedarf an Psychotherapie und Begutachtung fürs Asylverfahren von zwei halben Psychologinnen nicht annähernd befriedigend zu decken. Aber es gab immer KlientInnen, die nach einer Übergangsberatung auch

einen anderen Therapieplatz angenommen hätten, wenn solche zum Routineangebot in niedergelassenen Praxen zur Verfügung stehen würden. Das ist bekanntlich nicht der Fall. Zu den ohnehin vorhandenen Wartelisten trägt unser Klientel in der Tat einige neue und ungewohnte Themen in die Praxis: Bürgerkrieg, Trauma und Flucht, Fremdheit, Isolation und Zukunftsangst, die Abhängigkeit von Entscheidungen im Asylverfahren, sprachliche und kulturelle Barrieren haben in unserem psychotherapeutischen Selbstbild und in der Praxisroutine wenig Tradition. Das muss und kann angesichts der weltweiten Migrationsbewegung nicht so bleiben.

Ich habe aus Erfahrung bei accept gelernt, wie sehr wir uns mit dieser Tradition beschränken, von der Welt und uns selber abschneiden. Das schadet nicht nur den Flüchtlingen, sondern auch uns selber und unseren einheimischen KlientInnen.

PTK-HH: Auf was sollten deutsche PsychotherapeutInnen Ihrer Meinung nach besonders achten, wenn sie mit Migrantinnen arbeiten – was ist aus Ihrer Sicht besonders wichtig bei interkultureller Psychotherapie?

Frau v.d. Lühe: Im Grunde geht es darum, Erfahrungen, die wir nicht gemacht haben, durch Erzählungen auf uns wirken zu lassen. Wenn mir eine gleichaltrige Deutsche sagt, dass sie in ihrer Kindheit sehr unter der Armut ihrer Familie gelitten hat, dann habe ich assoziative Bilder im Kopf, die kann ich im Dialog abklären, ihre spezifische Situation und damit verbundene Gefühle aufspüren usw. Wenn eine Kurdin aus dem Osten der Türkei so etwas über sich sagt, dann habe ich bestenfalls Bilder aus Fernsehen und Zeitschriften im Kopf oder vielleicht Erinnerungen an eine Reise in eine ähnliche Region und wahrscheinlich noch irgendwelche diffuse Informationen über die sozialen und politischen Verhältnisse. Die Kluft zwischen uns entsteht also vor allem aus der Tatsache, dass hier Lebenswelten aufeinander treffen, die bisher nur durch Andere (Medien, Propaganda, Bücher) und in Verbindung mit eigenen Projektionen, Zuschreibungen, Rationalisierungen usw. zustande gekommen sind. Das gilt natürlich für beide Dialog-

partnerinnen. Wenn es gelingt, dass ich im Laufe der Therapie auch einen Perspektivwechsel vornehme, also die traumatisierenden Ereignisse mit ihrem Erfahrungswissen auf mich wirken lassen kann, dann weiß mich die Klientin an ihrer Seite.

Wir (Angehörige einer Dominanzkultur) werten die Erfahrungswelt anderer Menschen oft ab. Wir werten sie auf, für uns und unsere Gegenüber, wenn wir die Entwicklung von Identität in dieser beschriebenen Welt versuchen nachzuvollziehen. Dabei positioniere ich mich zu ihrer Welt. Ich konstatiere Unterschiede und Ähnlichkeiten. Ich glaube, das Wichtigste an der interkulturellen Arbeit ist, sich der eigenen Perspektive selbstkritisch klar zu werden. Ich muss mein Selbstverständnis und meine Erfahrungen nicht verleugnen, aber ich muss wissen, in welchem Kontext sie entstanden sind und wofür sie stehen. Diese Selbstreflexion birgt eine große Erfahrungsvielfalt, von der beide Seiten profitieren.

PTK-HH: Frau Dr. von der Lühe, vielen Dank für das Interview.

Präventionsgesetz – Bundesregierung drückt aufs Tempo

Das von der Bundesregierung mit dem GMG angekündigte Präventionsgesetz nimmt immer mehr Gestalt an: Im Februar 2005 wurde der Gesetzentwurf vorgelegt. Das Gesetz soll Mitte 2005 in Kraft treten. Ziel des Gesetzes ist es, Prävention im Gesundheitswesen als „vierte Säule“ neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege auszubauen. Unter anderem sollen dafür eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ins Leben gerufen und lebensumweltbezogene Präventionsmaßnahmen etabliert werden.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Sozialversicherungsträger jährlich mindestens 250 Millionen Euro für präventive Maßnahmen verwenden. Den Löwenanteil mit 180 Millionen Euro hätte demnach die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen. Die Rentenversicherer sollen 40 Millionen, die Unfallversicherer 20 Millionen und die soziale Pflegeversicherung 10 Millionen Euro

zusteuern. Das Präventionsgesetz wird verschiedene präventive Ansätze enthalten:

- Individuelle Leistungen zur Verhaltensänderung
- Settingleistungen: (das sind Angebote im Rahmen von Projekten, die in der direkten Lebensumwelt der Betroffenen stattfinden – etwa in der Schule, im Kindergarten oder Seniorenheim.)
- Betriebliche Gesundheitsförderung: (hier geht es um spezielle Settings, die sich ausschließlich um die Verbesserung der Arbeitsumgebung im Betrieb kümmern. Der AOK-Service Gesunde Unternehmen etwa unterstützt Betriebe dabei, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu identifizieren und abzubauen.)
Es gibt künftig drei Ebenen, auf denen diese Präventionsansätze angeboten werden.
- Bundesebene: Herzstück des geplanten Präventionsgesetzes ist die Stiftung "Prävention und Gesundheitsförderung". Sie erhält jährlich 20 Prozent des gesamten Finanzvolumens – also 50 Millionen Euro – als Kapitalzuwendung. Stifter sind die gesetzliche Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung. Die Stiftung öffentlichen Rechts wird bundesweit Modellprojekte und Kampagnen durchführen. Außerdem hat sie eine koordinierende Funktion: Sie wird für die Entwicklung von Präventionszielen und Qualitätssicherungsstandards verantwortlich sein. Bund, Länder und Kommunen beteiligen sich zwar finanziell nicht an der Stiftung, sollen aber trotzdem in die Entscheidungen mit eingebunden werden. Beraten wird die Stiftung von einem Kuratorium, in dem unter anderem Vertreter des „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“ sitzen werden. Dabei handelt es sich um eine gemeinsame Initiative von inzwischen 71 Verbänden und Organisationen aus dem Gesundheitswesen.
- Länderebene: Der Landesebene werden 40 Prozent der Mittel zugewiesen – also 100 Millionen Euro. Hier sollen Setting-Angebote der Sozialversicherungsträger mit der Arbeit in den Ländern zusammengeführt werden. Dies betrifft beispielsweise Präventionsangebote für sozial Benachteiligte, etwa in der Schule oder in einem Jugendtreff.

■ Ebene der Sozialversicherungsträger: 100 Millionen Euro verbleiben bei den Sozialversicherungsträgern. Über die Verwendung können sie selbst entscheiden. Bewährte Kurse für die individuelle Verhaltensänderung sowie die betriebliche Gesundheitsförderung bleiben damit in den Händen der Sozialversicherer. Die gesetzliche Krankenversicherung erhält jedoch die Möglichkeit, ihren Versicherten auch über den Mindest-Betrag hinaus Präventionsleistungen anzubieten.

Für Hamburg – und damit auch für die Psychotherapeutenkammer Hamburg wird es entscheidend darauf ankommen, in den entsprechenden Gremien psychotherapeutisches Wissen sowie Lösungs- und Therapieansätze mit einzubringen. Als einen ersten Schritt in diese Richtung hat der Kammervorstand in seiner letzten Sitzung im alten Jahr den Beitritt zur Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) beschlossen. Die HAG wird zukünftig voraussichtlich im Sinne einer Landesgesundheitskonferenz erheblichen Einfluss auf Art und Umfang präventiver Maßnahmen in Hamburg haben.

Wenn die Katastrophe in uns weiterlebt

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg schaltet Infotelefon für Betroffene der Flutkatastrophe in Asien

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg hat ein Infotelefon für Menschen eingerichtet, die unter den Spätfolgen der Flutkatastrophe in Asien leiden. Wochentags von 9 bis 16 Uhr informiert die Kammer unter 42 10 12 34 und vermittelt Kontakt zu geeigneten Hilfsangeboten.

Die Sondersendungen sind vorbei, das Medieninteresse flaut ab. Doch für die Überlebenden der Flutkatastrophe in Südostasien, ihre Angehörigen und die Helfer beginnt nach dem ersten Schock nun die Phase der Aufarbeitung – im Alltag, abseits der öffentlichen Aufmerksamkeit. Eine Patentlösung zum Umgang mit dem Erlebten gibt es nicht. Wichtig für die Betroffenen ist erstmal eines: Geduld.

Neben den körperlichen Verletzungen leiden die Überlebenden von Katastrophen an psychischen Belastungen, so genannten Trauma-

tisierungen. „Ein Trauma ist ein Ereignis, das die Menschen mit seiner schier übermächtigen Gewalt überwältigt“, erklärt Gerda Krause Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg. Die Betroffenen reagieren mit Verwirrung, Panik, Übererregung, Schlafstörungen, später auch mit Verzweiflung, Rückzug und Hoffnungslosigkeit.

Wie kann man diese Symptome überwinden? Gerda Krause: „Der menschliche Organismus braucht Zeit, um traumatische Erfahrungen zu verarbeiten. Einige Menschen möchten viel darüber sprechen, andere erholen sich besser, wenn sie dieses Thema meiden. Diese Reaktionsweisen können sich abwechseln, beide dienen der psychischen Verarbeitung des Geschehens.“ Auch wenn sich Menschen, die an einer Traumatisierung leiden, oft ihres Kontrollverlustes schämen: Solche Reaktionen sind eine normale Antwort auf eine unnormale Situation.

Was Menschen nach der Verunsicherung durch ein Trauma vor allem benötigen, ist ein sicherer, tragender sozialer Rahmen durch Familie und Freunde. In einigen, aber eben keineswegs in allen Fällen treten so genannte posttraumatische Belastungsstörungen auf, die einer fachkundigen psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. „Wenn diese Zustände ungewöhnlich heftig sind und länger anhalten, z. B. schwere Angstzustände und Depressionen hinzukommen, ist es sinnvoll, sich professionelle Hilfe zu holen“, rät Gerda Krause. Hierfür können sich die Betroffenen an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wenden. Diese klären dann ab, ob Behandlungsbedarf besteht.

Eine Vermittlungsfunktion übernimmt die Psychotherapeutenkammer Hamburg.. Sie hat ein Infotelefon für Menschen eingerichtet, die unter den Spätfolgen der Flutkatastrophe in Asien leiden. Wochentags von 9 bis 15 Uhr berät die Kammer unter 42 10 12 34 und vermittelt Kontakt zu geeigneten Hilfsangeboten.

Geschäftsstelle

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040 / 42101234
Fax 040 / 41285124
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Bericht des Vorstandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

In den vergangenen Monaten haben wir uns einige Male mit **Fragebögen** an Sie gewandt (im Tätigkeitsbericht der Ständigen Arbeitsgruppe KJP dieser Hessenseiten ist von einem solchen näher die Rede). Wir hoffen, Sie haben diese Fragebögen ausgefüllt an uns zurückgesandt – und werden uns auch bei künftigen Befragungen unterstützen. Denn je besser wir Ihre Kenntnisse, Qualifikationen und Schwerpunkte kennen, umso wirksamer können wir Ihre Interessen vertreten und dem wachsenden Interesse an unserer Arbeit und Mitarbeit entsprechen.

Die öffentliche Beunruhigung nach der Flutkatastrophe in Südostasien zeigte exemplarisch den **gewachsenen gesellschaftlichen Stellenwert** unserer Berufsgruppe: Seit Beginn des Jahres haben sich die Anfragen nach qualifizierter psychotherapeutischer Hilfe bei den Kammern gehäuft. Hilfreiche Therapeutenlisten, die die LPPKJP in den zurückliegenden Wochen erstellt haben, gehen dabei ganz wesentlich auf Ihre Angaben – und damit auf Ihre Mitarbeit – zurück.

Wir versuchen Sie über eine regelmäßige Aktualisierung unseres Internetauftritts auf dem Laufenden zu halten. Vor allem im Mitgliederbereich erörtern wir kammerinterne Vorgänge und bemühen uns, Ihnen auch schwierige und komplexe Sachverhalte darzustellen. Weil diese Informationsquelle aber offenbar von wenigen Kammermitgliedern genutzt wird, weisen wir an dieser Stelle noch einmal auf unsere Stellungnahme zum **Modellprojekt der Techniker-Krankenkasse (TK) „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“** hin: Nach langen Verhandlungen mit der KV Hessen (Fachausschuss und Vorstand) wurde vereinbart, dass auch in Hessen das Modellprojekt angeboten werden soll. Wir waren an den Verhandlungen nicht beteiligt; die TK hatte nur in einem einzigen Vorgespräch mit uns für das Projekt geworben und anschließend eine gemeinsame Erklärung in Aussicht gestellt. Diese Erklärung ist uns erst jetzt, nach Abschluss des Übereinkommens mit der KV wieder zugestellt worden mit der Bitte, das Projekt zu „empfehlen“.

Weil es aber unser Anliegen ist, eine Vereinbarung zu erreichen, in der grundsätzli-

che Gefahren und Mängel des Vorhabens verbindlich ausgeräumt werden sollten, werden wir unsere Stellungnahme erneut überprüfen. Die in Aussicht gestellte Beteiligung der LPPK im Beirat des Modells ist nicht vorgesehen. Dass die Spitze der KV Hessen das Modell uneingeschränkt als Fortschritt in der psychotherapeutischen Versorgung preist und sich über unsere Bedenken hinweggesetzt hat, ist uns unverständlich (siehe Link auf unserer Internetseite zu einem Artikel in der Frankfurter Rundschau vom 14. Januar 2005).

Der Zweite Hessische Psychotherapeutentag war ein großer Erfolg. Unser Konzept, verschiedene psychotherapeutische Traditionen in einen Austausch zu bringen, wurde ausdrücklich begrüßt. Eine Publikation der Beiträge der Psychotherapeutentage ist geplant. Wir wurden von vielen Teilnehmern ermuntert, schon für diesen Herbst einen Dritten Hessischen Psychotherapeutentag auszurichten. Er wird am 23. und 24. September in der Fachhochschule Frankfurt stattfinden mit dem Thema „Soziale Veränderungen und Psychotherapie“.

Für den Vorstand Jürgen Hardt

Delegiertenversammlung am 12. und 13. November

Die Delegierten der Kammer kamen bereits zum zehnten Mal zusammen – dieses Mal zu einer zweitägigen Sitzung in Weilburg mit ausgesprochen vollem Programm.

Der „Hauptbrocken“ war die **Beratung der Berufsordnung**¹. Im Beisein von Herrn Goßmann vom Hessischen Sozialministerium berieten die Delegierten den Entwurf. Dank der guten Vorarbeit des Ausschusses unter Leitung seines Vorsitzenden Dirk Fiedler und seines Stellvertreters Michael Niemann, der Beratung im Vor-

stand und in den einzelnen Gruppierungen der Delegiertenversammlung, war eine fachkundige und engagierte Diskussion möglich. Die Berufsordnung enthält Regeln für die Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Hessen unter Berücksichtigung berufsethischer Grundsätze und rechtlicher Vorgaben. Sie dient dem Ziel, im Interesse der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung:

- die Qualität psychotherapeutischer Arbeit zu sichern und zu fördern,
- das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Grundlage von Psychotherapie zu bewahren,

¹ Nehmen Sie die in der Mittelheftung veröffentlichte Berufsordnung sowie die Änderungen der Kosten- und Beitragsordnung zu Ihren Unterlagen.

- auf berufswürdiges Verhalten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hinzuwirken.

Nach mehr als fünfstündiger Beratung – am Freitag sogar bis Mitternacht – konnte die Berufsordnung einstimmig bei einer Enthaltung verabschiedet werden. Die Berufsordnung wurde inzwischen vom Aufsichtsmministerium genehmigt.

Intensiv hatten die Delegierten bei der Beratung der Berufsordnung am Beispiel der Internet-Therapie die Frage diskutiert, wie die Rolle neuer Medien und deren Einfluss auf den therapeutischen Prozess zu bewerten seien. Ist eine Psychotherapie *ohne jeden* persönlichen „face-to-face“-Kontakt fachlich verantwortbar oder verstößt ein solches Setting gegen berufsethische Grundsätze? Für und Wider einer Reglementierung neuer Therapieformen in der Berufsordnung wurden kontrovers diskutiert. Um dieser künftig voraussichtlich verstärkt auftretenden Frage mit mehr Sachverstand begegnen zu können, beauftragte die Delegiertenversammlung den Vorstand mit großer Mehrheit, eine Expertenanhörung zum Thema Internet-Therapie für eine der nächsten Delegiertenversammlungen zu organisieren.

Schwerpunkte und Leitlinien der Kammerpolitik

Die Politik der Kammer darf sich nicht allein auf die Integration der Psychotherapeuten in die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems als neuer Heilberuf beschränken. Sie muss vielmehr ein breiteres Verständnis der Profession fördern und vertreten. Dieses Anliegen, das Kammerpräsident Jürgen Hardt für seine gesamte Amtszeit als programmatisch versteht, fand die einhellige Zustimmung der Delegierten. Die gesellschaftliche und kulturelle Dimension von Krankheit und Gesundheit müsse ebenso vertreten werden. Die Delegierten beschlossen, sich im Rahmen eines Symposiums mit diesem Thema vertieft auseinander zusetzen.

Sozialrechtliche Anerkennung Psychotherapieverfahren

Einig waren sich alle Delegierten in ihrer Kritik an Kriterien und Praxis des gemeinsa-

men Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, nach denen neue Verfahren neuerdings sozialrechtlich anerkannt werden sollen. Der Unterausschuss, der zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie gebildet worden war, hatte einen Fragenkatalog entwickelt, der auf schärfste Ablehnung stieß, da er Fragen – z. B. die nach der Überlegenheit des Verfahrens über andere – enthält, die aus fachlicher Sicht und nach den gesetzlichen Vorgaben als Übermaßforderungen zu bewerten sind. Nach heutigem Stand der Forschung kann kein Psychotherapieverfahren die hier formulierten Kriterien erfüllen – auch nicht die Richtlinienverfahren. Der Fragenkatalog ist mit den im SGB V definierten Kriterien zur Eignung sowie der für die Bewertung maßgeblichen BUB-Richtlinie nicht in Übereinstimmung zu bringen. Einer Weiterentwicklung der Psychotherapie wäre für lange Zeit der Boden entzogen. Die Delegierten waren sich einig, dass die LPPKJP zu den Fragen die Gesprächspsychotherapie betreffend eine Stellungnahme abgeben sollte, um so ihrer Verantwortung für die beruflichen Belange ihrer Mitglieder und für eine qualifizierte psychotherapeutische Gesundheitsversorgung nachzukommen (den Text und die Fragen finden Sie auf unserer Internetseite).

Änderung der Beitragsordnung²

Die Formulierung „psychotherapeutische Berufstätigkeit“ in der Beitragsordnung führte in der Vergangenheit zu vielen Missverständnissen. Die Novellierung ersetzt den Begriff durch „berufsbezogene Tätigkeit“. Die Definition entspricht der Rechtsprechung, die jüngst vom VG Kassel für die psychotherapeutischen Berufe bestätigt wurde.

Dritter Hessischer Psychotherapeutentag

Aufgrund des großen Erfolges der bisherigen zwei Psychotherapeutentage beschloss die Versammlung, in diesem Jahr den Dritten Hessischen Psychotherapeutentag mit dem Schwerpunktthema „Soziale Entwicklung in Deutschland und ihre Bedeutung für die Psychotherapie“ zu veranstalten. Mit Freude und Zustimmung wurde zur Kenntnis genommen, dass der gemeinsame Beitrag der LÄK und der LPPKJP sich dafür aus-

gesprochen hat, die ärztlichen Kollegen in die Vorbereitung und Durchführung des 3. Hessischen Psychotherapeutentages der LPPKJP einzubeziehen.

Musterweiterbildungsordnung

Die Delegiertenversammlung beschäftigte sich auch mit den Eckpunkten der Musterweiterbildungsordnung (MWBO), die Sie im Heft 1-2005 unter den Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) nachlesen können. Eine MWBO wäre zwar nicht zwingend von den Ländern zu übernehmen, da die Weiterbildung in Händen der Länderkammern liegt. Weil jedoch anzustreben ist, dass Weiterbildungsregelungen bundeseinheitlich gestaltet werden, kommt einer solchen Ordnung für die Länderkammern große Bedeutung zu. Die DV sprach sich einstimmig dafür aus, das Projekt MWBO auf Bundesebene weiter zu verfolgen. Zentrale Bedeutung kommt nach Auffassung der DV der Abgrenzung von Fort- und Weiterbildung zu. Es müsse gewährleistet sein, dass Weiterbildungsregelungen nicht zu einer Entwertung der Approbation führen.

Uta Cramer-Düncher, die Mitglied der Kommission „Weiterbildungsordnung“ der BPTK ist, erhielt von der DV grundsätzliche Unterstützung für ihre Minderheitenvoten in den Eckpunkten. Sie fordert zum einen, dass für Zweit- und Drittverfahren nicht die Einschränkungen auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren gelten, wie sie vom WB-PsychG für die Ausbildung etabliert wurden. Zum anderen fordert sie, weiterbildungswillige KollegInnen nicht durch zu hohe Weiterbildungsumfänge zu demotivieren. Allerdings gibt es verfahrensspezifische Besonderheiten, die in einer MWBO berücksichtigt werden sollten.

Ausschuss Beschwerde und Schlichtung

Die Anzahl der Mitglieder des Ausschusses Beschwerde und Schlichtung wurde um ein weiteres Mitglied auf vier Personen erhöht, um den hohen Arbeitsaufwand zu bewältigen, der sich durch eine zunehmende Zahl von Beschwerden ergibt.

² Nehmen Sie die Änderung der Beitragsordnung in der Mittelheftung zu Ihren Unterlagen.

Tätigkeitsbericht der Ständigen Arbeitsgruppe KJP

Die AG hat Querschnittsfunktion: Da in den verschiedenen Gremien der Kammer nur vereinzelte KJPs vertreten sind, haben diese in der KJP-AG ein Diskussionsforum für die spezifischen Belange ihres Verantwortungsbereichs. Die Ständige Arbeitsgruppe KJP ist aus diesem Grund in der Satzung der Kammer verankert.

Folgende Personen gehören der AG regelmäßig an: Giovanni Hofer, Ausschuss Beschwerde und Schlichtung; Stephan Jürgens-Jahnert, Ausschuss Ethik und Berufsordnung; Reinhold Neef, Ausschuss Qualitätssicherung, Satzungsausschuss; Julius Niebergall, Ausschuss Psychotherapie in Institutionen; Helga Planz, Ausschuss Qualitätssicherung; Hans-Uwe Rose, Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung; Stellvertreter im gemeinsamen Beirat mit der LÄK; Marion Schwarz, Vorstand; Mitglied im KJP-Ausschuss der BPTK; Marieanne Simon, Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung, Stellvertreterin im gemeinsamen Beirat mit der LÄK; Heidi Staufenberg, Stellvertreterin im gemeinsamen Beirat mit der LÄK; Gisela Wiegand, Ausschuss Wissenschaft und Forschung; Angelika Wolff, Vorstand. Marion Schwarz und Angelika Wolff vertreten gegenüber dem Vorstand und der Geschäftsstelle die AG in formalen Aspekten; die Leitung der Sitzungen rotiert unter den regelmäßigen Mitgliedern.

Strafrechtsreform § 138 StGB

Im Rahmen der Strafrechtsreform des § 138, der auch Helfer im psychosozialen Netz bei Bekanntwerden einer potentiellen Straftat (hier vor allem bei sexuellem Missbrauch

von Kindern und Jugendlichen) zur Anzeige verpflichten sollte, schien der AG höchste Eile zum Handeln geboten. Diese Änderung hätte in essentieller Weise in die Hilfsangebote ein- und den geschützten Raum der Psychotherapie angegriffen. Pointiert gesagt: Der Staatsanwalt würde „mit im Therapiezimmer sitzen“. Um dies zu verhindern, war es ein Anliegen der AG, Widerspruch gegen diese Regelung beim Bundesjustizministerium einzulegen. Zeitgleich war die beabsichtigte Änderung auch bei anderen Einrichtungen auf heftigsten Widerstand gestoßen. Das Justizministerium hat daraufhin den Entwurf zurückgezogen.

Schweigepflicht bei gemeinsamem Sorgerecht

Erfahrungen aus dem Beschwerdeausschuss führten dazu, sich mit der Schweigepflicht bei der Einleitung und Durchführung von Kinderpsychotherapie bei Kindern, deren Eltern getrennt leben, auseinander zu setzen. Insbesondere bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, deren Eltern gemeinsames Sorgerecht haben, erfordert die Einwilligung in die psychotherapeutische Maßnahme besondere Beachtung. KJP sind unausweichlich dem Spannungsfeld zwischen Kindeswohl, Schweigepflicht und Gefahrenabwendung ausgesetzt. Stephan Jürgens-Jahnert verfolgte dieses Thema im Hinblick auf die mittlerweile verabschiedete Berufsordnung (siehe Mittelheftung dieser Ausgabe) und formulierte einen entsprechenden Passus. Die Diskussion mündete in einen von

Marion Schwarz verfassten Artikel über „Ethische und juristische Spezifika bei Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen“, der im PTJ 1 / 2004 veröffentlicht wurde.

Gutachter im Familienrecht

Immer wieder sind KJP damit konfrontiert, dass in Trennungs- und Scheidungsverfahren unzureichende Gutachten erstellt werden, die dann als Entscheidungsgrundlage für eine langfristige Weichenstellung dienen, was Sorge- und Aufenthaltsrecht des Kindes angeht. Einige Gerichte beauftragen offenbar immer dieselben, nicht hinreichend qualifiziert erscheinenden GutachterInnen. Die AG hat sich über einschlägige Vorarbeiten von Verbänden informiert und ein Papier in Arbeit genommen, in dem Empfehlungen der Kammer an die Familiengerichte zur Auswahl der GutachterInnen festgeschrieben werden sollen. Ein erster Entwurf wurde von Reinhold Neef und Marion Schwarz vorgelegt und befindet sich noch in der Diskussion.

„Giftliste“ – Kürzungen der Landesmittel

Die Kürzungen der Landesregierung im psychosozialen Bereich (die sogenannte „Giftliste“) sowie deren dramatische Auswirkungen wurden in der AG diskutiert: Stellen entfielen, Einrichtungen wurden geschlossen, dem Ausbildungsinstitut für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beispielsweise wurden alle Landesmittel gestrichen. Die Auswirkungen



Institut für Analytische Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik Düsseldorf e.V.
 Prinz-Georg-Strasse 126, D - 40479 Düsseldorf, Dr. N. Hartkamp, 0211-922-4708

Die Gruppe: Mikrokosmos persönlicher und kultureller Begegnung, wo sich Individuelles und Soziales, Bewusstes und Unbewusstes verschränken. Gruppentherapie: eine attraktive Möglichkeit, die eigene Praxis zu erweitern.

Unsere gruppenpsychotherapeutische Weiterbildung entspricht den Standards von DAGG und KBV. Auf der Grundlage eines modernen psychoanalytischen Konzepts ermöglichen wir es, gruppenpsychotherapeutische Kompetenzen zu erwerben und auszubauen.

Eine neuer Weiterbildungskurs beginnt im Sommer 2005.
 Das nächste Treffen für Bewerber und Interessenten:
13.Mai 2005, 18.00 Uhr, Prinz-Georg-Str. 126, 40479 Düsseldorf

dieses Kahlschlages sind leicht vorstellbar: Die Versorgungslage im KJP-Bereich verschlechtert sich weiter, bestehende Einrichtungen müssen mit weiter wachsender Nachfrage rechnen usw. Der Vorstand warf der Landesregierung in einem Brief vor, nicht in der Lage zu sein, angemessene Konsequenzen aus der IGES-Studie zu ziehen und forderte die Rücknahme der Kürzungen, um eine weitere Schädigung der ohnehin in vielen Belangen unzureichenden Versorgungsstrukturen bei KJ-Psychotherapie zu verhindern.

Erhebung der Versorgungslage im Bereich KJP

Ein wichtiger Tätigkeitsschwerpunkt der Arbeit der KJP-AG lag seit Frühjahr 2004 in der Erarbeitung eines Fragebogens zur Ermittlung der Versorgungslage im Bereich der KJ-Psychotherapie; je besser die Kammer die Defizite und Probleme kennt, umso effektiver kann sie auf eine Verbesserung der Versorgung hinarbeiten. Dabei kam es der AG darauf an, nicht nur den rein quantitativen „Bestand“ an KJP zu erfragen, sondern auch qualitative Daten darüber zu erlangen,

- welche Anbieter (PP, KJP, niedergelassen / angestellt),
- in welchem Umfang und

- mit welcher Altersgruppe von Kindern bzw. Jugendlichen psychotherapeutisch arbeiten und auch
- Informationen über regionale Verteilung (also evtl. regionale Unterversorgung), Alterspyramide der Behandler (also künftige Versorgung) sowie über
- Vernetzung oder Kooperation mit Institutionen wie z.B. der Jugendhilfe zu bekommen.

Der Fragebogen wurde inzwischen versandt und die Auswertung der Rückläufe ist in Arbeit. Sobald Ergebnisse vorliegen, werden Sie es an dieser Stelle sowie auf den Internetseiten der Kammer erfahren.

Über den KJP-Ausschuss der Bundeskammer, in dem Marion Schwarz Mitglied ist, wird der Fragebogen auch anderen Landeskammern zur Verfügung gestellt, damit über Bundesländergrenzen hinweg vergleichbare Daten zur Verfügung stehen.

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

In Rheinland-Pfalz sowie bei der „Vereinigung“ sind Bestrebungen im Gange, analog der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung eine „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“ auf den Weg zu bringen. Die AG hat sich mit dieser Frage befasst: Könnte die Möglichkeit, in KJP-Praxen multiprofessionell (z.B. mit Logopäden,

Ergotherapeuten u.a.) zu arbeiten, einen Versorgungsgewinn darstellen, der sich auch finanziell für KJP lohnen würde? Hans Uwe Rose recherchiert für die AG die Hintergründe und stellt Argumente für und gegen eine solche Regelung zusammen. Die Diskussion in der AG wird fortgesetzt.

Weiterbildung PP zu KJP

Im Zuge der allgemeinen Diskussion um eine Muster-Weiterbildungsordnung der Bundeskammer ist die KJP-AG zu dem Ergebnis gekommen, dass für den Erwerb des eigenständigen Kompetenzbereichs KJP, der durch die gesetzliche Regelung als zweiter psychotherapeutischer Heilberuf bereits dokumentiert ist, eine Weiterbildung zu fordern ist und eine Fortbildung nicht ausreicht. Näheres wird auf Landesebene zu regeln sein.

Zukunftsfragen

Die AG hat begonnen, sich mit den neuen Studiengängen (Bachelor / Master) zu befassen und mögliche Folgen für die KJP-Ausbildung zu diskutieren. In dieser Frage soll Kontakt zum Wissenschaftsministerium und zu den Hochschulen, insbesondere den pädagogischen / sozialpädagogischen Fachbereichen, aufgenommen werden.

Neues aus der Geschäftsstelle

Personal

Seit Anfang Januar ist Frau Adeline Sturn unbefristet halbtags für die Kammer tätig. Sie übernimmt Aufgaben im Bereich der Mitgliederbetreuung und die – leider notwendige – Mahntätigkeit. Eine Neueinstellung war erforderlich, weil der Arbeitsumfang im Bereich Akkreditierung und Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen, für den Frau Inka Grubbe verantwortlich ist, stark angestiegen ist.

Gedenken

Wir gedenken unseres verstorbenen Kollegen:
Michael Karl Jürgen Pfannenbergl, Wiesbaden, geb. 1.7.56, gest. 28.12.2004.

Neue Telefon- und Faxnummer

Die neue Telefon- und Faxnummer finden Sie am Ende der Hessenseiten.

Redaktion Hessische Kammerseiten:

Uta Cramer-Düncher, Stefan Baier

Geschäftsstelle

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

Termine

Delegiertenversammlungen

10. und 11. Juni 2005
4. und 5. November 2005

Dritter Hessischer Psychotherapeutentag

23. und 24. September 2005 in der Fachhochschule Frankfurt.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

erheblichen Raum auf unseren Niedersachsen-Seiten nimmt die – gesetzlich geforderte – Bekanntgabe von Satzungsänderungen ein. Notwendig geworden sind diese Änderungen, soweit sie sich auf das PVW beziehen, zum Einen dadurch, dass der Beitritt anderer Landeskammern deren Berücksichtigung in unseren Ordnungen verlangt, sowie dadurch, dass durch Satzungsanpassungen die Zugehörigkeit des PVW zur „Basisversorgung“ sicher gestellt werden sollte, dass gemäß dem am 01.01.05 in Kraft tretenden Alterseinkünftegesetz (AltEinG) Beiträge zum PVW in deutlich größerem Umfang steuerlich abzugsfähig sind als bisher: Ab 2005 können 60 % der Beiträge bis zu max. 12.000 € geltend gemacht werden mit einer jährlichen Steigerung um 2 %, so dass ab 2025 die Beiträge in voller Höhe abzugsfähig sein werden. Nähere Auskünfte dazu finden Sie auf den Internet-Seiten des PVW, die Sie auch über einen link von unserer PKN-homepage aus erreichen.

Inhaltlich steht für uns in dieser Ausgabe des PTJ ein Rückblick auf die erste demokratisch legitimierte Kammerversammlung im Mittelpunkt – beim Erscheinen des nächsten PTJ sind schon eine neue Kammerversammlung und ein neuer Vorstand im Amt. Daneben finden Sie wieder eine Kommentierung von Vorschriften der Berufsordnung an Hand eines konkreten Falles. Und: Bitte beachten Sie einen Hinweis am Ende der Niedersachsen-Seiten auf Ihre Eintragung in der nächsten Ausgabe der „Gelben Seiten“!

Die ersten vier Jahre: eine Bilanz

Die erste Wahlperiode der Kammerversammlung der PKN geht ihrem Ende zu. Die „alte“ Kammerversammlung hat am

24.11.04 zum letzten Mal getagt; der Vorstand ist noch bis zur Neuwahl auf der ersten Sitzung der neu zusammengesetzten Kammerversammlung am 09.04.05 im Amt. Anlass also für einen Rückblick – und für eine Auflistung all dessen, was noch zu tun ist und zu einem großen Teil den neuen Gremien vorbehalten bleibt.

Vor vier Jahren haben wir uns vorgenommen, den uns durch das HeilKammergesetz (HKG) zugewiesenen Auftrag nicht nur zu erfüllen, sondern die in diesem Gesetz vorgesehenen Spielräume aktiv auszugestalten. Die Kammer bot dabei die Chance, zur Identitätsbildung unserer Berufe beizutragen.

Als Hauptziele unserer Arbeit haben uns geleitet:

- die Gleichberechtigung unserer Profession mit den übrigen Heilberufen,
- der Gewinn gesellschaftlicher Anerkennung,
- die Förderung unseres psychotherapeutischen Nachwuchses,
- und – wir hätten dieses Ziel auch als erstes nennen können – die Sicherung einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie.

Wenn wir uns vor Augen führen, was wir erreicht haben, können wir feststellen:

- Wir haben den gesetzlichen Auftrag des HKG abgearbeitet.
- Wir wurden zunehmend als „Mitspieler“ im System anerkannt – manchmal bereitwillig, manchmal erst nach zähem Ringen.
- Wir sind im Bundesgebiet für unsere Kammerarbeit anerkannt – für manche ein Vorbild, für andere ein Grund, sich abzugrenzen und besondere Eigenständigkeit zu beweisen.
- Wir haben erste Erfolge erzielt bei der Ausweitung der Möglichkeiten, die unserer Profession zur Verfügung stehen.

■ Wir haben Fortschritte erzielt bei der Sicherung unseres Nachwuchses, der – bisher einzigartig in der Bundesrepublik – mit Beginn der praktischen Ausbildung beitragsfrei Kammermitglied wird.

■ Und last, but not least: Wir haben mit dem Psychotherapeutenversorgungswerk ein Alterssicherungsmodell für unsere Mitglieder entwickelt, dem sich mittlerweile mehrere andere Kammern angeschlossen haben.

Dass wir bei allem Wissen um viele noch ausstehende Aufgaben zufrieden auf das Erreichte zurückblicken können, haben wir zu verdanken

- den engagierten Kammerversammlungsmitgliedern der „ersten Stunde“, die sich vor allem in den Ausschüssen mit erheblichem Einsatz den zahlreichen vor allem in der Anfangszeit zu bewältigenden Aufgaben gestellt haben,
- den hoch motivierten Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, die oft an der Grenze ihrer Leistungsmöglichkeiten die Funktionsfähigkeit der Kammer sicher gestellt haben,
- dem Geschäftsführer, der mit hohem Einsatz die Arbeit der Geschäftsstelle professionell reorganisiert hat,
- Kolleginnen und Kollegen, die ohne Mitglied in der Kammerversammlung zu sein, als Beauftragte des Vorstands an der Erfüllung unserer Aufgaben mitgewirkt haben.

Dabei hatten wir das Glück, ausgesprochen kooperative Partner zu haben bzw. zu finden

- im Sozial- und im Wirtschaftsministerium, zuständig für die Rechtsaufsicht,
- in den Fach- und Berufsverbänden, die uns ihr Wissen und ihre Kompetenz zur Verfügung gestellt haben,
- in Versorgungswerken, auf deren Know-how wir beim Aufbau des PVW zurückgreifen konnten,

- in diversen Landeskammern, vor allem den „Nordkammern“,
- und nicht zuletzt in den uns beratenden Juristinnen und Juristen.

Wenn wir noch einmal Revue passieren lassen, was uns als Vorstand beschäftigt hat, so stehen die folgenden Themen deutlich im Vordergrund:

- der materielle und personelle Aufbau der Geschäftsstelle, deren Umzug in neue Räume zusätzliche Arbeit bedeutete,
- die Kommunikation nach innen, zu Ihnen als den Kammermitgliedern ebenso wie zu Ausschüssen und Arbeitsgruppen, aber auch zwischen niedergelassenen und angestellten Kammermitgliedern,
- die Beratung von Patienten, die sich an die PKN gewandt haben,
- die Einführung der PKN bei unseren Partnern und manchmal auch bei unseren Kontrahenten,
- die Schaffung einer Fülle von Satzungen und Ordnungen,
- die Errichtung und Gestaltung des Psychotherapeutenversorgungswerks,
- die Beratung unserer Mitglieder, die sich mit einer Vielzahl von berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Fragen an uns gewandt haben,
- die Mitwirkung bei der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer,
- die Beteiligung an Konzeption und Umsetzung des Psychotherapeutenjournals,
- die Gestaltung einer homepage als Informationsforum für alle Interessierten.

Wir haben aber auch eine lange Liste von Themen, deren Bearbeitung noch aussteht:

- Trotz unserer Bemühungen um eine angemessene Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie besteht noch die „Bedarfsplanung“ der KVN, die den Mangel an Therapieplätzen festschreibt und niederlassungswilligen Kollegen ihre Berufsausübung erschwert.

- Immer noch erhalten unsere niedergelassenen Psychotherapeuten nicht das für ihre Arbeit adäquate Honorar.
- Auch für unsere angestellten PP und KJP haben wir noch zu wenig erreicht – eine Besoldungsverbesserung, verbunden mit einer Gleichstellung mit den Fachärzten steht ebenso noch aus wie die selbstverständliche Besetzung von Leitungsfunktionen in Kliniken durch Mitglieder unserer Berufsgruppen.
- Für Niedersachsen haben wir bereits damit begonnen, im Sinne einer möglichst frühen Prävention psychischer und sozialer Störungen die Verabschiedung eines Gesundheitsziels „seelische Gesundheit in der frühen Kindheit“ auf Landesebene vorzubereiten. Wir wollen dieses Projekt zum Erfolg bringen und damit über unsere Kammer hinaus zur Bündelung aller Kräfte beitragen, die auf eine seelisch gesunde Entwicklung von Kindern hin arbeiten.

Manches, was uns wichtig ist, können wir vermutlich nur auf Bundesebene erreichen:

- Wir wünschen uns eine Novellierung des PsychThG, wobei uns vor allem an einer Änderung der so genannten „Legaldefinition“ liegt, also an der Definition, was unter Psychotherapie – angewandt von PP und KJP – zu verstehen ist. In Zusammenhang damit stehen auch die nächsten beiden Anliegen:
- Der Katalog dessen, was PP und KJP ausüben und abrechnen können, ist dringend auszuweiten: unbefriedigend ist die Partizipation von PP und KJP bei der Prävention und Rehabilitation, vor allem auch bei der Versorgung chronischer Erkrankungen wie Depression oder Psychose.
- Die psychosozialen Systeme wie Erziehungsberatung und Schulpsychologie, die einen wesentlichen Beitrag zu Prävention und Beratung leisten, müssen erhalten werden.
- Die Berechnung des Bedarfs im Rahmen der Versorgung mit Psychotherapie muss endlich auf eine realistische Grundlage gestellt werden

- Das Zulassungswesen muss flexibilisiert werden, so dass zum einen bedarfsgerechte, aber auch familiengerechte Formen und Entwicklungen einer Zulassung möglich sind.
- Das Thema „Health Professional Card“, also eine Art „Dienstausweis“ für Behandler, ist für PP und KJP noch nicht ausdiskutiert
- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind so zu gestalten, dass sie den besonderen Bedingungen unserer Profession gerecht werden.
- Sowohl auf Bundes- wie auf Landesebene ist uns noch nicht hinreichend gelungen, mit einer gezielten und professionell gestalteten Öffentlichkeitsarbeit in Politik wie Gesundheitssystem hineinzuwirken und uns den Patientenvertretungen und der breiten Öffentlichkeit mit unseren Zielen und Angeboten zu präsentieren.
- Der Aufbau eines Psychotherapeuten-suchdienstes ist allerdings bereits in Arbeit: Die Vorstände der vier norddeutschen Psychotherapeutenkammern haben beschlossen, einen solchen Suchdienst einzurichten.

Es gibt noch etwas, was wir erhalten bzw. weiter ausbauen möchten: Das „niedersächsische Modell“. Es ist uns – den Mitgliedern der Kammerversammlung wie dem Vorstand der PKN – gelungen, einen kooperativen, kollegialen Arbeitsstil sowohl nach innen wie nach außen zu entwickeln. Wir haben uns alle darum bemüht, dass immer auch machtpolitische geprägte Interessen der verschiedenen Verbände und Gruppierungen nicht den Spielraum der Arbeit einschränken. Die gemeinsamen inhaltlichen Punkte wurden von uns allen in dieser wichtigen Aufbau-phase unbedingt in den Vordergrund gestellt, so dass wir uns immer wieder neu auf eine durchaus auch kritische, aber immer konstruktive inhaltliche Auseinandersetzung einlassen konnten. Vielleicht ist dieses Ergebnis der wichtigste Erfolg unserer Kammerarbeit.

*Inge Berns, Gertrud Corman-Bergau,
Werner Köthke, Prof. Dr. Hans-Joachim
Schwartz, Dr. Lothar Wittmann*

Kommentare zur Berufsordnung

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

Die Anfrage bezieht sich auf das Recht auf Einsichtnahme in Aufzeichnungen. Sie lautet:

„Die Therapeutin meines Kindes verweigert mir die Herausgabe unserer Kranken- und Gesprächsakten. Ich weiß, dass ich auf unsere Akten ein Anrecht habe und will diese herausgegeben haben. Ich möchte sie einer anderen Psychologin als Arbeitsgrundmaterial zur Verfügung stellen.“

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

Die hauptsächlich angesprochenen Paragraphen der Berufsordnung lauten:

§ 7 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

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

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

§ 8 Schweigepflicht

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

Sie sind zur Offenbarung nur befugt, soweit sie entweder von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit es zur Wahrung eines gegenüber der Schweigepflicht vorrangigen öffentlichen oder privaten Interesses im konkreten Fall erforderlich ist. Auch in diesen Fällen haben sie, soweit sie zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, über die Weitergabe

von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patientinnen und Patienten und die Therapie zu entscheiden. Wenn ein Dritter Informationen über eine Patientin oder einen Patienten wünscht oder ein Fall vorliegt, in dem die Schweigepflicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift eingeschränkt ist, ist die Patientin oder der Patient darüber zu unterrichten.

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

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

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

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

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

Wir gehen davon aus, dass die Therapeutin pflichtgemäß die Behandlung dokumentiert hat (Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag). Sie könnte also dem Patienten Einsicht in die Unterlagen geben. Hierzu ist sie auch verpflichtet, es sei denn, es gibt im konkreten Einzelfall schwerwiegende Gründe, die dagegen sprechen.

In der vorliegenden Anfrage wird die Situation verkompliziert dadurch, dass nicht der Patient Einsicht in die Unterlagen begehrt, sondern ein gesetzlicher Vertreter. Damit kommt zusätzlich das Thema Schweigepflicht mit ins Geschehen.

Wenn das Kind/der Patient in der Lage ist, in die therapeutische Behandlung einzuwilligen, dann unterliegt alles, was in der Therapie geschieht, dem Vertrauensschutz und damit auch der Schweigepflicht. Die Therapeutin darf also keine Informationen weitergeben, die sie im Rahmen der Behandlung bekommen hat, es sei denn, das Kind hat sie von der Schweigepflicht entbunden (oder es gibt andere besondere Gründe, wovon wir hier nicht ausgehen). Genauso wie die Therapeutin prüfen muss, ob das Kind reifungsangemessen in die Therapie einwilligt/einwilligen kann, ist sie hier in der Pflicht, nach der reifungsangemessenen Form der Entbindung von der Schweigepflicht zu schauen. Wenn das Kind die Schweigepflichtentbindung nicht gibt, hat die Therapeutin nicht das Recht, der Mutter Einsicht in die Akten zu geben. Erst wenn die Entbindung gegeben wurde, darf sie Informationen an Dritte weitergeben, also z. B. Einsichtnahme in die Krankenakte gewähren. Wenn der Patient nicht 'einwilligungsfähig' in die therapeutische Behandlung ist, sondern eine Betreuungsperson an seiner Statt die Entscheidung getroffen hat, so hat diese dann auch das Recht, von der Schweigepflicht zu entbinden.

Bei vorhandener Schweigepflichtentbindung muss die Therapeutin vor Gewährung der Einsichtnahme prüfen, ob es andere Gründe gibt, die gewichtig genug sind, dass sie gegen eine Einsichtnahme sprechen. Es muss also das Recht auf Einsichtnahme, das jedem Patienten als Persönlichkeitsrecht zusteht, abgewogen werden gegen 'ein berechtigtes, überwiegendes Interesse', das gegen die Einsichtnahme steht. Dieses 'Interesse' können

- (a) Pflichten gegenüber dem Patienten oder anderen sein, ebenso können es
- (b) die Rechte Dritter sein, die beachtet werden müssen, und es können
- (c) auch die Rechte des Therapeuten selber sein.

Der erste Bereich (a), aus dem Gründe gegen Gewährung einer Einsichtnahme kommen können, ist, dass ernste, konkrete Gefährdungen des Patienten oder Drit-

ten drohen, wenn Details aus der Krankenakte bekannt werden. Eine allgemeine 'Gefährdung der Gesundheit oder des therapeutischen Erfolges' reicht nicht aus, es muss schon um konkret belegbare und erhebliche Gefährdungen gehen (z. B. Suizid).

Gegen eine Einsichtnahme können auch die Rechte Dritter (Bereich b) sprechen. So haben z. B. auch Eltern(teile), Großeltern, Erzieherin, Lehrer oder Freunde des Patienten ein Recht auf Wahrung der Vertraulichkeit, wenn sie im Rahmen der Behandlung der Therapeutin Informationen gegeben haben. Dies betrifft auch Klinikberichte, Arztbriefe usw., die nicht ohne jeweilige Erlaubnis weitergegeben werden dürfen.

Die Rechte der Therapeutin (Bereich c) sind betroffen, wenn sie ihre eigenen, rein subjektiven Einfälle, Ansichten, Gegenübertragungen, Erinnerungen mit in die Krankenakte aufgenommen hat, die sie

nicht öffentlich machen muss (gemeint sind hier nicht die durchaus auch subjektiven fachlichen Einschätzungen, Bewertungen oder Urteile, die zur Dokumentation der Behandlung gehören). An dieser Stelle sei die Empfehlung wiederholt, dass die höchstpersönlichen Informationen, die (auch im Prozessfalle) nicht öffentlich werden sollen, deutlich getrennt von der (ordentlich zu führenden) Krankenakte aufbewahrt werden sollten.

All dies hat die Therapeutin abzuwägen (im Prinzip auch ihre Überlegungen zu dokumentieren), ehe sie Einsicht in die Krankenunterlagen gewährt, teilweise gewährt oder nicht gewährt. Eine Schweigepflichtentbindung bedeutet nicht grundsätzlich eine Offenbarungsverpflichtung. Die Entscheidung hat immer auf den konkreten Einzelfall bezogen zu sein, da es nur um die Abwägung im konkreten Einzelfall geht.

Häufig wird bei Anfragen um Einsichtnahme zu klären sein, warum es dem Anfra-

genden eigentlich geht und welche Möglichkeiten es gibt, diesem Ansinnen gerecht zu werden. Wenn es im vorliegenden Fall darum geht, dass eine möglichst gute Weiterbehandlung erfolgen kann, könnte bei Bedenken gegen die Einsichtnahme durch die Mutter die Erlaubnis für ein Gespräch/einen Kontakt mit der neuen Therapeutin ebenso zielführend sein (wenn nicht sogar besser). Hierzu wäre die Therapeutin dann evtl. zusätzlich nach § 6 (Sorgfaltspflicht) und § 17,1 (Verhalten gegenüber anderen Kammermitgliedern) der Berufsordnung verpflichtet. Wenn es um einen Wunsch nach mehr Verständnis für die Erkrankung des Kindes geht, könnte ein Gespräch mit der Mutter die konkreten Fragen besser klären. Wenn es um Misstrauen gegenüber der Therapeutin und ihrer Behandlung geht, wäre vielleicht ein gemeinsames Gespräch mit einer anderen Vertrauensperson oder der Schlichtungsstelle hilfreicher.

Inge Berns, Gerlinde Büren-Lützenkirchen, Eckhard Winter

Änderungen von Satzungen und Ordnungen

Die folgenden Änderungen von Satzungen und Ordnungen haben Sie als PKN-Mitglied bereits erhalten – aus rechtlichen Gründen müssen wir sie im PTJ noch einmal veröffentlichen.

Die Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) wird durch Beschluss der Kammerversammlung vom 24.11.2004 wie folgt geändert:

1. Ziffer 1 der Anlage „Gebührenverzeichnis zur Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen“ wird Ziffer 1.1 mit folgendem Wortlaut:

„1.1 Ausstellung von Zeugnissen, Bescheinigungen und Ausweisen: € 5,- bis € 25,-,“

2. Der neuen Ziffer 1.1 wird eine neue Ziffer 1.2 mit folgendem Wortlaut angefügt:

„1.2 Akkreditierung und Ernennungsurkunden (z.B. im Fortbildungs- und Gutachterbereich): € 25,- bis € 300,-,“

3. Die Änderungen treten mit ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Hannover, den 17. Dezember 2004

Dr. Lothar Wittmann
Präsident der PKN

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat gemäß § 26 Abs. 1 Nr. 1 des Kammergesetzes für Heilberufe (HKG) die aufsichtsrechtliche Genehmigung mit

Schreiben vom 15.12.2004 – Az.: 405 – 41933/2 – für die Änderung der Kostenordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen erteilt. Die vorstehenden Änderungen der Kostenordnung werden hiermit ausgefertigt und verkündet.

Die Kammeratzung der Psychotherapeutenkammer, zuletzt geändert durch die Kammerversammlung am 21.08.2004, wird durch Beschluss der Kammerversammlung vom 24.11.2004 wie folgt geändert:

1. § 6 Einberufung der Kammerversammlung

Es wird ein neuer Abs. 5 mit dem folgenden Wortlaut angefügt:

„(5) Stehen Themen auf der Tagesordnung der Kammerversammlung der PKN, welche die Interessen des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW) berühren, so ist das vorsitzende Mitglied des Verwaltungsrats und die Geschäftsführung des PVW zu der Sitzung der Kammerversammlung einzuladen.“

2. § 8 Beratungen der Kammerversammlung

Es wird ein neuer Abs. 3 mit dem folgenden Wortlaut angefügt:

„(3) Bei den Themen, die die Interessen des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW) berühren, ist dem vorsitzenden Mitglied des Verwaltungsrats und der Geschäftsführung des PVW die Anwesenheit gestattet. Sie haben Rede- und Stimmrecht zu diesen Themen. Sofern das vorsitzende Mitglied des Verwaltungsrats auch Mitglied der Kammerversammlung der PKN ist, hat es auch Stimmrecht.“

3. § 17 Aufgaben des Kammervorstandes

Der Punkt am Ende des Satzes der Ziffer 10 wird durch ein Komma ersetzt und es wird eine neue Ziffer 11. mit folgendem Wortlaut angefügt:

„11. die Bestimmung eines Ersatzmitglieds für den Verwaltungsrat des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW), wenn ein internes Mitglied aus dem Verwaltungsrat vorzeitig ausgeschieden ist, dessen Platz der PKN zusteht, für die Zeit, bis ein Nachfolger von der Delegiertenversammlung des PVW gewählt worden ist.“

4. Die Änderungen treten mit Veröffentlichung der Satzung in Kraft.

Hannover, den 17.12.2004

Dr. Lothar Wittmann
Präsident der PKN

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat gemäß § 26 Abs. 1 Nr. 1 des Kammergesetzes für Heilberufe (HKG) die aufsichtsrechtliche Genehmigung mit Schreiben vom 13.12.2004 – Az.: 405 – 41932 – für die Änderung der Kammeratzung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen erteilt. Die vorstehenden Änderungen der Kammeratzung werden hiermit ausgefertigt und verkündet.

Die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen 17.03.2004, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung der PKN vom 21.08.2004 wird durch Beschluss der Kammerversammlung vom 24.11.2004 wie folgt geändert:

Anlage 2 zur Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen:

Der Bewertungsrahmen der Veranstaltungsart „Vortrag“ wird um folgenden Teilsatz ergänzt:

„1 Zusatzpunkt für den Vortragenden“

Hannover, den 17.12.2004

Dr. Lothar Wittmann
Präsident der PKN

Die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen bedarf keiner Genehmigung durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Die vorstehende Änderung wird hiermit ausgefertigt und verkündet.

Die Geschäftsordnung der Kammerversammlung der PKN vom 21.08.2002 wird

durch Beschluss der Kammerversammlung vom 24.11.2004 wie folgt geändert:

§ 2 Einberufung der Kammerversammlung:

§ 2 wird um den folgenden Absatz 5 ergänzt:

„(5) Stehen Themen auf der Tagesordnung der Kammerversammlung der PKN, welche die Interessen des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW) berühren, so ist das vorsitzende Mitglied des Verwaltungsrats und die Geschäftsführung des PVW zu der Sitzung der Kammerversammlung einzuladen.“

§ 7 Öffentlichkeit:

§ 7 wird um den folgenden Absatz 5 ergänzt:

„(5) Bei den Themen, die die Interessen des Psychotherapeutenversorgungswerks (PVW) berühren, ist dem vorsitzenden Mitglied des

Verwaltungsrats und der Geschäftsführung des PVW die Anwesenheit gestattet. Sie haben Rede-recht zu diesen Themen. Sofern das vorsitzende Mitglied des Verwaltungsrats auch Mitglied der Kammerversammlung der PKN ist, hat es auch Stimmrecht.“

Hannover, den 17.12.2004

Dr. Lothar Wittmann
Präsident der PKN

Die Geschäftsordnung der Kammerversammlung der PKN bedarf keiner Genehmigung durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Die vorstehenden Änderungen werden hiermit ausgefertigt und verkündet.

Gelbe Seiten – in Niedersachsen mit neuer Struktur

In den nächsten Ausgaben der „Gelben Seiten“ werden Sie eine neue Struktur vorfinden: Nach einer Absprache mit der Schlüterschen Verlagsanstalt wird nach den Rubriken „Psychologie / Psychologische Beratung“ und „Psychomotorik“ – und vor der Rubrik „Psychotherapie“ – eine neue Rubrik „Psychotherapeuten“ eingefügt.

In dieser Rubrik wird es 2 Unterkategorien geben: „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ und „Psychologische Psychotherapeuten“. Damit werden die approbierten PP und KJP als eigene Gruppe in Erscheinung treten und sich deutlicher als bisher von denen abheben, die nach dem Heilpraktikergesetz zur Ausübung von Psychotherapie berechtigt sind.

Diese Änderung in den „Gelben Seiten“ ist zwar ein kleiner Schritt, aber eben doch

ein weiterer Schritt in Richtung deutlicherer Präsentation unserer psychotherapeutischen Berufe nach außen.

Wenn Sie bisher schon als PP oder KJP geführt sind (bisher unter der Oberkategorie „Psychotherapie“), werden Sie automatisch in diese neuen Rubriken übernommen; wenn Sie darüber hinaus eine Erweiterung Ihres Eintrags wünschen (z.B. um das bzw. die psychotherapeutische(n) Verfahren, das bzw. die Sie praktizieren), müssen Sie sich wie bisher mit der Schlüterschen Verlagsanstalt (die Nummer der Kunden-Hotline finden Sie auf den ersten Seiten der „Gelben Seiten“) in Verbindung setzen.

Damit die Unterscheidung zwischen approbierten PP und KJP für den Nutzer der „Gelben Seiten“ deutlicher ist, empfiehlt die

PKN, dass Sie sich ausschließlich in der neuen Rubrik „Psychotherapeuten“ führen lassen.

Geschäftsstelle

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel. 0511 / 850304 – 30
Fax 0511 / 850304 – 44
Mo, Mi, Do 9.00 – 12.00, 13.30 – 15.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de

Bei Fragen zur Akkreditierung:
akkreditierung@pk-nds.de

www.pk-nds.de



Fortbildungsstelle

Psychotherapeutisches
Zentrum

Qualifizierung · Fortbildung · Training

Lösungsorientierte Kurzzeittherapie - Einführung in die Gesprächsführung 12.-13.05.05

Coaching- Organisationsentwicklung-Supervision Kursbeginn 02.06.05

- und weitere Angebote im aktuellen Kursprogramm -

Christian-Belser-Str. 79a

70597 Stuttgart

Fon 0711 6781 421

info@fortbildungsstelle-online.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Berufsordnung verabschiedet

Nach Abschluss der Beratungsarbeit im Ausschuss, die ca. 2 ½ Jahre und insgesamt 25 Ausschusssitzungen in Anspruch genommen hatte, wurde im Sommer 2004 der Ausschussentwurf in der Kammerversammlung erstmals und am 12.11.2004 endgültig verabschiedet.

Mit dieser Berufsordnung ist im Land Nordrhein-Westfalen für alle Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen nun verbindlich festgelegt, was in der Berufsausübung zu beachten ist, was einzuhalten ist und was untersagt ist.

Zentrale Leitidee für die zukünftig für alle Kammerangehörigen verbindliche Berufsordnung ist der Gedanke einer aufklärenden Orientierung und des Schutzes gleichermaßen für Patienten und Patientinnen sowie für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Sie soll den Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen dabei behilflich sein, ihrer oftmals äußerst schwierigen therapeutischen Aufgabe in der Arbeit an und in therapeutischen Beziehungen gerecht werden zu können und die Behandlung professionell zu gestalten. Sie soll gleichzeitig auch für Patienten und Patientinnen einen verlässlichen Rahmen geben, der erforderlich ist, um basales Vertrauen und darauf aufbauend, Hoffnung auf Änderung entwickeln zu können. Beide Partner in der therapeutischen Beziehung brauchen dazu jedoch auch einen optimalen Entwicklungsraum. Gerade dieser wird ebenfalls durch die Berufsordnung gesichert.

Sehr grundsätzlich muss unterschieden werden

■ zwischen dem Aspekt der Berufsordnung, der regelt, ordnet und begrenzt, und damit den gesetzlichen Auftrag der Kammer im öffentlichen Gesundheitswesen erfüllt, indem überprüfbare Ge-

bote und Verbote erlassen werden und deren Verletzung berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können

■ und dem Aspekt der Berufsordnung, in dem die ethisch begründbaren Leitideen des beruflichen und auch professionellen Handelns deutlich werden und zu einer Identifikation mit einer psychotherapeutischen Haltung anregen und auffordern.

Der zweite Aspekt geht weit über die bloße Überprüfbarkeit und Einhaltung bestimmter Regelungen hinaus.

Aus diesen beiden Aspekten ergab sich für die Arbeit am Entwurf der Berufsordnung im Ausschuss ein dauerhaftes Spannungsfeld, in dem kontinuierlich abgewogen werden musste zwischen dem regelnden Ordnungswerk, das in klarer und juristisch auch nachvollziehbarer Sprachformulierung kodifiziert werden sollte, und ethisch zu formulierenden Prinzipien, die weitgehend appellativ-motivierende Funktionen zur Einhaltung der aufgestellten Prinzipien für die Kollegenschaft erfüllen sollen.

Zudem waren die unterschiedlichen Bedingungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Erwachsenen sowie die unterschiedlichen Bedingungen in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern angestellter, beamteter und niedergelassener Psychotherapeuten zu berücksichtigen.

Dass es im Zusammenhang mit der Formulierung der ethischen Prinzipien auch zu kontroversen Diskussionen zwischen den unterschiedlichen Therapieausrichtungen und Betätigungsfeldern kommen musste, war vorhersehbar und führte zu letztendlich sinnhaften Ergebnissen, die alle Ausschussmitglieder mittragen konnten. Insbesondere zeigte sich wohlthuend für alle Ausschussmitglieder, dass bei ihnen allen Verständnis für die unterschiedlichen Auffassungen aus

den Verfahren heraus trotz weiterbestehender Unterschiede gewonnen werden konnte. Die Klippen konnten daher vom Ausschuss in kollegialer Zusammenarbeit angegangen werden und führten nach vielen vorausgegangenen Diskussionen im Ausschuss selbst, zwischen dem Ausschuss und mehreren Juristen, in den vom Vorstand, den Kammerversammlungsmitgliedern und Juristen gemeinsam geführten Diskussionen und in den „Lesungen“ der unterschiedlichen Fassungen der Entwürfe in den Kammerversammlungen zu dem schließlich in der Kammerversammlung am 12.11.2004 vorgestellten konsensuellen Entwurf, der nahezu einstimmig verabschiedet werden konnte.

In der abschließenden „Lesung“ in der Kammerversammlung wurden noch Änderungen eingefügt, die sich aufgrund der Prüfung durch das Aufsichtsministerium und Anregungen der Landesdatenschutzbehörde ergeben hatten.

Die verabschiedete Berufsordnung wurde vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie am 23.12.2004 genehmigt und ist mit der Veröffentlichung im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land NRW am 02.02.2005 in Kraft getreten. Die Berufsordnung ist der PTJ-Ausgabe NRW beigeheftet.

Es ist jedoch schon abzusehen, dass sich Ausschuss und Kammerversammlung auch weiter mit der Berufsordnung beschäftigen werden: So wird nach einer beabsichtigten Änderung die stärkere Berücksichtigung der sich entwickelnden neuen Tätigkeits- und Kooperationsformen in der Berufsordnung möglich sein. Weiterhin wird in der Bundespsychotherapeutenkammer mit Hochdruck an einer Musterberufsordnung gearbeitet, die die Regelungen zur Berufsausübung in den einzelnen Psychotherapeutenkammern stärker vergleichbar machen soll, als das zurzeit der Fall ist.

Beschwerdemanagement – eine Aufgabe der Kammer

Rechtliche Grundlagen

Gemäß dem Heilberufsgesetz NRW (§ 6, Abs. 6 HeilBerG) ist die Psychotherapeutenkammer verpflichtet, „für die Erhaltung eines hoch stehenden Berufsstandes zu sorgen und die Erfüllung der Berufspflichten der Kammerangehörigen zu überwachen, sowie die notwendigen Maßnahmen zur Beseitigung berufsrechtswidriger Zustände zu treffen“.

Der Kammervorstand kann „Kammerangehörige, die die ihnen obliegenden Berufspflichten verletzt haben, rügen, wenn die Schuld gering ist und der Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens nicht erforderlich erscheint“ (§ 58 Abs. 1 ff. HeilBerG). Der Kammervorstand muss daher jeder von Patienten/innen und Mitgliedern eingehenden Beschwerde nachgehen. Kammerangehörige, die ihre Berufspflichten verletzen, unterliegen nach § 59 Abs. 1 HeilBerG der Berufsgerichtsbarkeit. Grundlage für die Arbeit der Berufsgerichte sind Heilberufsgesetz und die gültige Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW. Für die Landesteile Nordrhein und Westfalen-Lippe wird je ein Berufsgericht als erste Instanz bei den Verwaltungsgerichten Köln und Münster gebildet. Die Rechtsmittelinstanz (2. Instanz) liegt beim Landesberufsgericht für Heilberufe, das beim Oberverwaltungsgericht angesiedelt ist. Beisitzer/innen der Berufsgerichte sind Angehörige desselben Berufs des/der Beschuldigten. Beschuldigte können sich

vor den Berufsgerichten während des Verfahrens anwaltlich vertreten lassen und andere Kammerangehörige als Beistand hinzuziehen (§ 72 HeilBerG).

Beschwerdepraxis

Ob schriftlich geäußerte Kritik und Vorwürfe als Beschwerde zu werten sind, entscheidet der Vorstand gemeinsam mit einem im Medizin- und Verwaltungsrecht bewanderten Juristen. Im Beschwerdefall ergeht an den Beschwerdenden eine Aufforderung, innerhalb einer Frist zu den geäußerten Vorwürfen Stellung zu nehmen. Dazu wird im Einzelfall eine Einverständniserklärung des Beschwerdeführers eingeholt. Nach Erörterung der von beiden Parteien dargelegten Sachlage entscheidet der Vorstand nach Abwägung aller Gegebenheiten und im Einvernehmen mit dem Juristen über weitere Maßnahmen. Wird die Beschwerde wegen Unbegründetheit nicht zurückgewiesen, kann die Kammer eine Ermahnung oder Rüge erteilen. Wenn der Kammervorstand den Beschwerdefall nach schriftlicher Anhörung beider Betroffenen als schwerwiegend einstuft, muss der Fall an das Berufsgericht abgegeben werden.

Anträge auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens können von der Kammer, der Aufsichtsbehörde oder von einem Kammerangehörigen gegen sich selbst gestellt werden, „um sich von dem Verdacht eines Berufsvergehens zu reinigen“ (§ 71 Abs. 2 HeilBerG).

Erfahrungen

Die häufigsten Beschwerden betreffen das Abrechnungsverhalten von PP und KJP – insbesondere die Vereinbarungen über Ausfallhonorar, unvollständige oder vermeintlich ungerechtfertigte Rechnungen. Weiterhin werden beklagt eine angeblich nicht korrekte oder unprofessionelle Durchführung der Psychotherapie, eine fehlende Aufklärung über den Therapieprozess oder auch eine unzureichende Praxisausstattung. Bemängelt werden nicht eingehaltene Therapieabsprachen oder -versprechungen, dazu Titelmisbrauch und nicht zuletzt Verletzungen der gebotenen professionellen Abstinenz.

Beschwerden werden oft dann geführt, wenn PatientInnen während oder nach Abschluss der Behandlung ihre Hoffnungen und Erwartungen nicht erfüllt glauben.

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ein typischer Beschwerdegund der Vorwurf eines Gefälligkeitsgutachtens, insbesondere im Zusammenhang mit Scheidungs- und Sorgerechtsauseinandersetzungen. Oft wird beklagt, dass die Sachverständigen der Position des Beschwerdeführers zu wenig Gehör geschenkt haben, bevor sie sich gutachterlich äußern. Beklagt wird bei den Gutachtenerstellungen auch die Nichteinhaltung üblicher Standards gebotener Objektivität.

Urteil zur Beitragspflicht

Im Rechtsstreit einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin hat das Verwaltungsgericht Köln mit (rechtskräftigem) Urteil vom 27.10.2004 (9 K 2843/03) die Rechtsauffassung der Psychotherapeutenkammer NRW bestätigt. Die Klägerin hielt sich nicht für beitragspflichtig, da sie als Dozentin den Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin nicht ausübe. Die Kammer hatte hingegen hervorgehoben, dass eine psychotherapeutische Tätigkeit bereits dann vorliegt, wenn psychotherapeutische Fachkenntnisse einge-

setzt oder jedenfalls mitverwendet werden können. Das Gericht stellt in seinem Urteil ausdrücklich fest:

„Eine Berufsausübung im Sinne dieser Norm [Heilberufsgesetz] setzt nicht voraus, dass unmittelbar eine therapeutische Tätigkeit im Sinne von § 1 Abs. 3 S. 1 PsychThG ausgeübt wird. Die psychotherapeutische Berufstätigkeit im Sinne des Heilberufsgesetzes ist nicht identisch mit der Ausübung von Psychotherapie in diesem Sinne (...). Eine Berufs-

ausübung im Sinne von Punkt A Absatz 3 Beitragsordnung liegt jedenfalls dann vor, wenn eine Tätigkeit ausgeübt wird, bei der die Kenntnisse, die Voraussetzung für die Approbation waren, vorausgesetzt, eingesetzt oder mitverwendet werden. Dies gilt auch dann, wenn die ausgeübte Tätigkeit mit anderen Berufen verwandt ist.“

Bezogen auf den konkreten Fall kam das Gericht zu dem Ergebnis, dass die Klägerin im Rahmen der von ihr ausgeübten Lehr-

tätigkeit – jedenfalls auch – diejenigen Kenntnisse und Fähigkeiten verwendet und vermittelt, aufgrund derer sie die Ap-

probation erhalten hatte, selbst wenn sie als Dozentin nicht mehr die Tätigkeit ausübt, die nach den Übergangsregeln des

Psychotherapeutengesetzes zur Erteilung der Approbation nachgewiesen werden musste.

13. Landesgesundheitskonferenz: Gesundheitsziele NRW für die nächsten 5 Jahre verabschiedet

In der 1991 ins Leben gerufenen Landesgesundheitskonferenz NRW (LGK) sind alle relevanten Akteure des Gesundheitswesens in NRW vertreten. Die Arbeit des Gremiums dient der Weiterentwicklung einer bereichsübergreifenden Gesundheitsversorgung und der Abstimmung gemeinsamen Handelns. Die LGK NRW bestimmte 1995 für die folgenden 10 Jahre „Zehn vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen“ als vordringliche Handlungsfelder der Landesgesundheitspolitik.

Auf der 13. Gesundheitskonferenz wurden am 08.12.2004 nun die prioritären Ziele

des Gesundheitswesens NRW für die kommenden fünf Jahre verabschiedet. An der Konferenz und den vorausgegangenen Arbeitstreffen nahm auch Kammerpräsidentin Monika Konitzer teil.

Die Konferenz beschloss für die Jahre 2005 bis 2010 jeweils fünf krankheits- und strukturbezogene Gesundheitsziele. An erster Stelle struktureller Weiterentwicklungen steht der Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention – insbesondere bei Kindern. Die Versorgungskompetenzen von KJP und PP in

diesen Gesundheitsbereichen wird die Kammer bei der gemeinsamen Zielumsetzung einbringen.

Hinsichtlich spezieller Erkrankungen stehen u.a. die Suchtbekämpfung und depressive Erkrankungen im Vordergrund. Verbesserte Früherkennung mit rechtzeitiger Einleitung einer fachgerechten psychotherapeutischen Behandlung sind vordringliche Handlungsziele. In diesen Bereichen ist die Kammer bereits tätig und wird hier ihr bisheriges Aktivitätsspektrum weiter verbreitern.

Bündnis gegen Depression in Düsseldorf gegründet

Nach Vorgesprächen zwischen der PTK und der Ärztekammer Nordrhein über Koordination und Möglichkeiten gemeinsamer Aktivitäten wurde unter Federführung der ÄK Nordrhein am 30.11.2004 zu einer konstituierenden Sitzung des Düsseldorfer Bündnisses gegen Depression eingeladen. Regionale Bündnisse gegen Depression existieren bereits in vielen Städten des Bundesgebietes und des europäischen Auslandes. Die Grundidee solcher gemeinsamen Initiativen hat sich aus den Aktivitäten des bundesweiten Kompetenznetzwerkes Depression entwickelt. Unter Einbeziehung aller relevanten Akteure des regionalen Gesundheitsversorgungssystems ist das generelle Ziel eines solchen Bündnisses, durch einen Mehr-Ebenen-Ansatz alle Bereiche des Versorgungssystems zusammenzubringen. Dadurch entstehen Synergieeffekte, welche die Wirkung von Einzelmaßnahmen deutlich übersteigen.

Laut Bundes-Gesundheitssurvey von 1998/99 sind in Deutschland rund vier

Millionen Menschen von Depressionen betroffen. Die Leitsymptome einer beginnenden depressiven Störung sind nur durch den erfahrenen Psychodiagnostiker eindeutig zu erkennen und psychopathologisch zu beurteilen. Depressive leiden zudem unter unspezifischen körperlichen Missempfindungen und somatischen Beschwerden. Deshalb wird von ihnen in der Regel zuerst der Hausarzt aufgesucht. Aus der bundesweiten Studie über psychische Störungen von Wittchen et al. (2000) und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes geht aber hervor, dass depressive Störungen in den Hausarztpraxen nur äußerst selten fachlich richtig erkannt werden. Nur 40 % dieser Fälle erhalten dann eine angemessene Behandlung.

Ziel des Bündnisses ist, optimierte Versorgungsstrukturen für depressive Patienten zu entwickeln und zu implementieren. Dazu gehören Maßnahmen zur Verbesserung der Früherkennung, so dass die Patienten rechtzeitig eine fachgerechte psy-

chotherapeutische Behandlung erhalten und für Sie ein Netzwerk flankierender Maßnahmen aufgebaut werden kann. Für die einzelnen Bündnisaktivitäten wurden Arbeitskreise ins Leben gerufen. Die Kammer ist im Arbeitskreis Fortbildung durch Prof. Reinhard Pietrowsky, Hochschulambulanz Düsseldorf, und im Arbeitskreis Kinder und Jugendliche durch Herrn Karl-Wilhelm Hofmann vertreten.

Wesentliche Handlungsfelder der Psychotherapeutenkammer NRW werden Fortbildungsangebote sein, die Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Screeningmethoden berücksichtigen. Auf diesem Sektor wird sich ein enger Austausch mit den Ärztekammern ergeben. Hier geht es darum, Fachinformation und klinische Kenntnisse zu vermitteln, um früh eine Erstdiagnose stellen zu können, damit Patientinnen, die über die Hausarztpraxis Hilfe suchen, rechtzeitig in eine psychotherapeutische Behandlung überwiesen werden.

Berichtspflicht: Konstruktives Gespräch zwischen PTK und Landesberufsverband der Kinder- und Jugendärzte

Im Mittelpunkt des Gespräches am 12.01.2005 in der PTK stand die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärzten sowie niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Nach einer Feststellung des Landesvorsitzenden des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Herrn Dr. Fischbach, ist bei ca. 90 % der Kinder der Kinder- und Jugendarzt auch der Hausarzt, der bei psychischen Störungen an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zuweist, und in den meisten Fällen der, der auch für den Konsiliarbericht im Rahmen des Gutachterverfahrens zuständig ist.

Die hausärztlich tätigen Pädiater halten es für fachlich erforderlich, dass dem zuweisenden Pädiater nach erfolgter Psychodiagnostik beziehungsweise nach Abschluss der Psychotherapie durch den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein kurzer schriftlicher Bericht zugeht. Die Kinder- und Jugendärzte halten diese Informationen für wichtig, da sie nach der Zuweisung das

Kind oder den Jugendlichen in ihrer Verantwortung weiterhin als Patienten medizinisch betreuen. Die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, Monika Konitzer, erläuterte eine Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer zum Umfang der Berichtspflicht von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüber zuweisenden Ärzten, die auf Initiative der Psychotherapeutenkammer NRW erstellt worden war. Unter den Gesprächspartnern stellte sich ein breiter Konsens für dieses Papier ein. Nach einer ausführlichen Diskussion zeichnete sich ab, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Regel diesen fachlichen Informationsaustausch praktizieren. Beide Seiten vereinbarten, ihre Mitglieder nochmals über die gegenseitige Berichtspflicht zu informieren.

Die Vertreter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und der Psychotherapeutenkammer haben sich darüber verständigt, im Bereich der Prävention für Kin-

der und Jugendliche und in der beruflichen Fortbildung enger zusammenzuarbeiten.

Die Gesprächsteilnehmer waren sich darin einig, diesen Meinungs austausch fortzusetzen. Bei dem nächsten Treffen ist als Themenschwerpunkt die Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Beratungsstellen und ihre Kooperation mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten vorgesehen.

An dem Gespräch nahmen teil: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.: Dr. med. Thomas Fischbach (Landesvorsitzender), Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues, Detlev Geiß

Psychotherapeutenkammer: Monika Konitzer (Präsidentin), Prof. Dr. phil. Michael Borg-Laufs (Vorsitzender Ausschuss KJP), Bernhard Moors, (KJP, Mitglied der KV-Vertreterversammlung), Karl-Wilhelm Hofmann (Beisitzer, Ressort KJP).

Meinungsaustausch von Kammernvertretern: Fachliche Standards psychologischer Sachverständiger in forensischen Fragestellungen

Die PTK NRW lud die Landeskammern zu einem fachlichen Meinungsaustausch am 26.01.2005 ein. Diskutiert wurden Fragen der fachlichen Qualifikationsanforderungen psychologischer Sachverständiger für forensische Fragestellungen. An dem Treffen nahmen Vertreter der Landespsychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und der BPTK teil. Psychologische Sachverständige werden sowohl nach bundesgesetzlichen

Regelungen (z.B. zur Frage der Schuldfähigkeit nach §§ 20, 21 StGB) als auch nach landesgesetzlichen Regelungen wie den Maßregelvollzugsvorschriften der Länder tätig. So führt die Psychotherapeutenkammer NRW entsprechend dem Maßregelvollzugsgesetz NRW § 16, 4 eine Liste von Sachverständigen, die gemäß § 16, 3 MRVG NRW Gutachten zur Entlassungsprognose erstellen. Entsprechende Qualifikationsanforderungen wurden von der Kammer in Abstimmung mit dem

Landesbeauftragten und den Trägern der MRV-Einrichtungen entwickelt.

Thematisiert wurden auf dem Landestreffen, in welchen bundes- und landesgesetzlichen Fragestellungen Abstimmungen bei Qualifikationsanforderungen für sachverständige PsychotherapeutInnen sowohl zwischen den Landeskammern als auch mit der Bundeskammer für erforderlich gehalten werden. Ein Bericht kann auf unserer Homepage heruntergeladen werden.

Fortbildung

Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen

Bei den Berufsgruppen PP und KJP besteht von jeher ein großes Interesse und eine rege Nachfrage nach Fortbildungsveranstaltungen. Sie gehören zu den fortbildungsfreudigsten Berufsgruppen. Seit Verabschiedung der Fortbildungsordnung der PTK

NRW mit den aus der Kammerversammlung am 12.11.2004 beschlossenen Veränderungen (s. PTJ 4/04, S. 389) und der Veröffentlichung sämtlicher Antragsunterlagen auf unserer Homepage gehen pro Monat ca. 100 Akkreditierungsanträge ein. Bei der Umsetzung der Fortbildungsordnung durch die Geschäftsstelle hat sich

mittlerweile eine intensive Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in NRW ergeben. Die Gespräche dienen der Information und Abstimmung bei den Antragsverfahren. Vereinbart wurde bisher, dass eine doppelte Beantragung auf Anerkennung einer Fortbildungsveranstaltung bei den Ärztekammern und der PTK NRW nicht

erforderlich ist. Teilnahmebescheinigungen von Veranstaltungen, die den Kriterien der jeweils aktuellen Fortbildungsordnungen der PTK und Ärztekammern in NRW entsprechen, werden gegenseitig anerkannt.

Fortbildungsankündigung

Psychosoziale Nachsorge in der Pädiatrie

Die Gesundheitsreform hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz die sozialmedizinische

Nachsorge für Kinder als neue Leistung der Krankenbehandlung aufgenommen (SGB V § 43). Dadurch sollen der Erfolg medizinischer Behandlungen sichergestellt und nicht erforderliche stationäre Aufenthaltstage vermieden werden. Erreichen kann dies die psychosoziale Nachsorge durch die Implementierung einer qualitätsgesicherten, interdisziplinär-fachübergreifenden Patientenversorgung an den Schnittstellen zwischen dem stationären und ambulanten Versorgungssektor.

Diesem Thema widmet sich die halbtägige Fortbildungsveranstaltung „Zur psychosozialen Nachsorge in der Pädiatrie“, die am Samstag, dem 04.06.2005, in der Kammer stattfindet. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen strukturelle und therapeutische Fragen der Nachsorge wie zur bedarfsnahen Koordination und Erbringung der erforderlichen psychotherapeutischen Versorgungsleistungen. Anmeldungen über die Geschäftsstelle der PTK.

Aus der Geschäftsstelle

Tätigkeit als Geschäftsführer aufgenommen



Seit dem 01.01.2005 bekleidet Herr **Jürgen Recha** die Position des Geschäftsführers der Psychotherapeutenkammer NRW. Nach Abschluss des Betriebswirtschaftsstudiums mit den Schwerpunkten Rechnungswesen, Steuer und Revision war er als Revisor beim Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V. tätig. Neben der Aufgabe als Jahresabschlussprüfer und dem alleinverantwortlichen Aufbau eines IT-Revisionsbereiches für verschiedene Körperschaften wie Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und berufsständische Versorgungswerke lag sein Einsatz im Bereich des Consulting bei Organisations-

Seine Hauptaufgaben in der Kammer sind die Führung eines professionellen Verwaltungsablaufes, der weitere Ausbau einer effizienten Dienstleistungseinheit für die

Kammerangehörigen sowie die Weiterentwicklung der kooperativen und konstruktiven Zusammenarbeit mit allen Partnern der Kammer.

Beratung am Telefon

Beratung durch Rechtsanwalt

Mi.: 14.00-15.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Mitgliederberatung durch den Vorstand

Mo: 12.30-14.00 Uhr;
17.30-18.00 Uhr
Di: 12.30-14.00 Uhr;
18.30-20.00 Uhr
Fr: 11.00-12.00 Uhr;
12.30-14.00 Uhr

Telefon 0211 / 52 28 47 27

Sprechstunde der Präsidentin

Mo: 12.00-13.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Beratung von Angestellten für Angestellte:

Mi: 13.00-14.00 Uhr
Telefon 0211 / 52 28 47 0

Auslegung des Haushaltsplans 2005

Der Haushaltsplan 2005 liegt während der Werktagen vom 18. bis 29. April 2004 jeweils von 9.00 bis 16.00 Uhr in der Kammergeschäftsstelle zur Einsicht für die Kammermitglieder aus.

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

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein beschaulicher Start ins Neue Jahr blieb der Geschäftsstelle verwehrt. Denn die Flutkatastrophe in Südostasien, die die Menschen dort in kaum vorstellbarem Ausmaß getroffen und auch hier Leid und Ungewissheit in zahlreiche Familien gebracht hat, ist auch nicht spurlos an uns vorbeigegangen. Die Kammer nahm in den ersten Januartagen Kontakt mit den Hilfsorganisationen sowie den koordinierenden Stellen des Landes auf und bot die Unterstützung bei der Vermittlung von qualifizierter psychotherapeutischer Notfallhilfe an. Durch die von der Bundespsychotherapeutenkammer koordinierte rasche Fragebogenaktion konnten wir vor allem NOAH sehr kurzfristig und effektiv

mit Adressen von psychotraumatologisch erfahrenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterstützen.

Zahlreiche Rückmeldungen bestätigen uns, dass in der Öffentlichkeit sehr wohl registriert wurde, dass unsere Mitglieder bereit und in der Lage sind, in Notfällen sehr schnell zu handeln. Bedanken möchten wir uns bei allen, die engagiert und rasch Notfallbehandlungen übernommen haben und auch dafür, dass Sie unsere Fragebogen so schnell und zahlreich beantwortet haben.

Denn damit haben wir gemeinsam nicht nur effektive Hilfe geleistet, sondern auch dazu beigetragen, ein positives Bild der Psy-

chotherapeuten in die Öffentlichkeit zu transportieren. Die steigende Zahl der Anrufe in der Geschäftsstelle mit der Bitte um Hilfe bei der Suche nach wohnortnahen psychotherapeutischen Behandlungsplätzen belegt dies eindrucksvoll.

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung findet am Samstag, den 30. April 2005, 10.00 Uhr in der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz, Deutschausplatz 3, 55116 Mainz statt. Die Sitzung ist öffentlich.

Die vorläufige Tagesordnung für die Vertreterversammlung teilen wir rechtzeitig auch auf den Internetseiten der LPK mit.

Vertreterversammlung bestätigt nach heißen Diskussionen Beitragsordnung

Zentrales Thema der letzten Vertreterversammlung im November 2004 war die Beitragsordnung, die gerade von den nicht Vollzeit beschäftigten Angestellten als nicht gerecht angegriffen wurde. Der Vorstand hatte mit dem Finanzausschuss gemeinsam einen Vorschlag zur Änderung der Beitragsordnung ausgearbeitet. Dieser basierte auf der Überlegung, einen Grundbeitrag, der für alle gleich ist, einzuführen, und darüber hinaus einen vom Einkommen abhängigen prozentualen Aufschlag vorzusehen. Damit wäre auf der einen Seite die für alle gleichen Basistätigkeiten abgedeckt gewesen, und auf der anderen Seite hätte man eine soziale Komponente berücksichtigt. Verdeutlicht wurde aber auch, dass die rheinland-pfälzischen Verwaltungsgerichte grundsätzlich die Beitragsordnung in der zur Zeit geltenden Fassung für rechtmäßig erachten und bisher alle Klagen abgewiesen haben. Nach langer und teilweise sehr emotional geführter Diskussion, in der auch den Gästen ausnahmsweise Rederecht eingeräumt wurde, hat die Versammlung be-

schlossen, zunächst die bisherige Beitragsordnung beizubehalten. Allerdings wurde der Vorstand beauftragt, die bisher sehr eingeschränkte Härtefallregelung zu überarbeiten und Möglichkeiten einer flexibleren Handhabung der Beitragsbemessung in Ausnahmefällen zu finden. Diese Entscheidung basiert unter anderem auf der Überlegung, dass auch eine Staffelung – egal wie sie definiert ist – immer von einem Teil der Mitglieder als ungerecht empfunden wird und es eine absolut gerechte Lösung nicht geben kann. Der Verwaltungsaufwand, der mit einer gestuften Beitragsregelung einhergeht, verursacht zusätzlichen Personalbedarf, der sich dann wieder durch höhere Ausgaben im Haushalt abbildet.

Mit wichtigen Beschlussanträgen zur Weiterbildungsordnung setzte der Vorstand die bisherige berufspolitische Linie fort, das breite Spektrum psychotherapeutischer Tätigkeitsfelder und Verfahren mit der Regelungsautonomie der Kammer zu verankern.

Die Aufnahme von Zweitverfahren in die Weiterbildungsordnung sind aus Sicht der Kammer unbedingt notwendig, da nach Ablauf der im Sozialrecht verankerten Übergangsfristen zum 31.12.2003 die erforderliche Fachkunde für ein weiteres Richtlinienverfahren auch bei vorliegender Approbation nur über die Absolvierung der gesamten Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erlangt werden kann. Es ist nach unserer Auffassung den Mitgliedern nicht zuzumuten, z.B. die praktische Tätigkeit in einer anderen psychotherapeutischen Einrichtung erbringen zu müssen, wenn sie selbst schon jahrelang psychotherapeutisch tätig sind. Ebenso haben sie grundsätzlich theoretische Ausbildungsinhalte bereits in ihrem Erstverfahren absolviert, die zumindest teilweise auch im Zweitverfahren anerkannt werden können. Deshalb hat die Vertreterversammlung die Erweiterung der Weiterbildungsordnung um die „Psychoanalyse“ als Zweitverfahren beschlossen und mit der Aufnahme der Kapitel „Tiefenpsychologisch

fundierte Psychotherapie“ und „Verhaltenstherapie“ den zuständigen Ausschuss mit der Ausarbeitung der Inhalte beauftragt. Die Aufnahme der „speziellen Schmerz-Psychotherapie“ ist ganz knapp an der satzungsmäßigen Mehrheit gescheitert. Eine erneute Vorlage wird mit expliziten Beschreibungen der an speziellen somato-psychischen Diagnosegruppen orientierten Indikationsfelder derzeit für die nächste Versammlung vorbereitet.

Eine Überarbeitung der Fortbildungsordnung mit Anpassung der Punktevergabe an die der Ärzteschaft war ebenfalls Gegenstand der Sitzung. Diese wurde nach Diskussion auf die nächste Sitzung vertagt, weil die Musterfortbildungsordnung auf Bundesebene weiter verbessert werden soll und dann diese Empfehlungen gleichzeitig übernommen werden können.

Nach dem letzten Aufruf an dieser Stelle, dass sich Mitglieder für vakante Plätze in

verschiedenen Ausschüssen zur Verfügung stellen mögen, haben sich mehrere Kolleginnen und Kollegen gemeldet. So konnten alle Ausschüsse wieder vollzählig besetzt werden. Im Einzelnen wurden gewählt:

Gemeinsamer Beirat:
Frau Dipl.-Psych. Stefanie Keßeler-Scheler, Wörrstadt

Ausschuss Berufsordnung und Ethik:
Herr Dipl.-Psych. Rolf Schüler-Brandenburg, Speyer

Ausschuss Qualitätssicherung und Bedarfsplanung:
Herr Dipl.-Psych. Peter Kraft, Bad Bergzabern

An dieser Stelle sei allen, die sich zur Verfügung gestellt haben, auch wenn ihre Bewerbung nicht zum Zuge kam, herzlich für ihr Engagement gedankt.

Neben diesen Punkten stand die Verabschiedung des Haushaltes 2005 und die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung auf der Tagesordnung. Der Vorsitzende des Finanzausschusses erläuterte die einzelnen Haushaltsposten und konnte feststellen, dass durch einen sehr verantwortlichen Umgang mit den Mitgliedsbeiträgen ein Überschuss aus dem Haushaltsjahr 2004 den Rücklagen zugeführt werden kann. Die Vertreter stimmten dem vorgelegten Haushaltsentwurf für 2005 zu.

Die Entlastung von Vorstand und Geschäftsführerin für 2003 wurde nach Erläuterung des Wirtschaftsprüfberichts und dem mündlichen Vortrag des Kassenprüfers erteilt.

Weitere Berichte über die Vertreterversammlung finden Sie auf unserer Website www.lpk-rlp.de.

Auswertung der Angestellten-Umfrage in Rheinland-Pfalz: „Wo sehen Sie Handlungsbedarf, welche Unterstützung erwarten Sie seitens der Kammer?“

Die seitens der LPK RLP durchgeführte Umfrage unter den angestellten und verbeamteten Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten enthielt neben einer Anzahl geschlossener Fragen auch eine weitgehend offene gestaltete Antwortmöglichkeit zur Frage, wo in besonderer Weise Handlungsbedarf gesehen werde und in welcher Weise die Kammer aktiv werden solle. Zu einer Anzahl vorgegebener Kategorien gab es die Möglichkeit, nach eigenem Ermessen Kommentierungen und weitere Themen hinzuzufügen. Insgesamt 133 von 195 Befragten nutzten die Möglichkeit der freien Antwort.

Der folgenden Tabelle sind noch einmal im Überblick die Häufigkeiten zu entnehmen, in der auf die (vorgegebenen) Problembereiche reagiert wurde, unterteilt nach Klinik und Beratungsstellen.

Im Weiteren wurde wegen des qualitativen Ansatzes auf exakte Häufigkeitszahlen verzichtet wird, da durchaus auch eine Einzelnennung einen richtungsweisen-

den Akzent setzen kann. Vorab lässt sich feststellen, dass viele Anmerkungen primär der Illustration der vorgegebenen Problemfelder dienten und in allgemeiner, appellativer Form einer Bekräftigung des Handlungsbedarfes. Konkrete Aufträge oder Vorschläge waren eher selten, was allerdings auch nicht wundert, da es sich überwiegend um komplexe Sachverhalte handelt, für die zielführende Veränderungsstrategien nicht einfach zu benennen sind.

Die Darstellung folgt aus Gründen der Systematik der kategorialen Gliederung des Fragebogens entsprechend der o.a. Tabelle. Im Folgenden sind direkt übernommene wörtliche Formulierungen kursiv dargestellt.

zu 1: Leitungsfunktionen

Vorab ist anzumerken, dass immerhin 1/3 der Befragten bereits Leitungsfunktionen

Handlungsbedarf / Erwartungen an die Kammer	Alle	Beratungsstelle	Klinik
Differenziert nach Haupttätigkeitsgebiet, Mehrfachnennungen			
Zugang zu Leitungsfunktion	37,1	28,6	41,2
Angemessene Vergütung	57,1	53,1	60,0
Gleichstellung mit Facharzt	58,9	40,8	74,1
Gleichstellung KJP/PP	14,9	22,4	10,6
Statusfragen	29,7	14,3	41,2
Mangelnde Weiterbildungsangebote	32,0	24,5	36,5
Infrastruktur/ Ressourcen	21,1	6,1	25,9
Arbeitgeberseitiges Supervisionsangebot	36,6	32,7	40,0
unbezahlte Überstunden	24,0	20,4	31,8

ausüben, in Beratungsstellen deutlich häufiger (ca. 40%) als in Kliniken (ca. 27%),

Der Wunsch nach Zugang zu Leitungsfunktionen hat besonders im klinischen Bereich einen hohen Wert. Sehr klar wird die Erwartung zum Ausdruck gebracht, dass in allen klinisch-stationären Untergliederungen (Abteilungen, Stationen), in denen primär psychotherapeutisch gearbeitet wird, die Leitung durch eine PP oder KJP möglich sein soll.

Es wird dies unter anderem auch begründet mit der Sorge, dass ohne Leitungsmacht der Einfluss unserer Berufsgruppe auf Entwicklungen (im Gesundheitswesen) schwinden könnte. Auch in Beratungsstellen sollte die Führung durch einen PP oder KJP obligatorisch sein. Von der Kammer erwartet werden die politischen Initiativen zur Änderung der gesetzlichen Grundlagen, Lobbyarbeit zur Stärkung der Bedeutung der Psychotherapie in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen, Einflussnahme auf die Festlegung von Kriterien und Standards für die Strukturqualität. Die Unterordnung unter weniger qualifizierte Berufskollegen wird als unakzeptabel bemängelt.

Auffallend häufig wird der Wunsch und Vorschlag formuliert nach kammerseitig geförderten Möglichkeiten des Austausches und der spezifischen Fortbildungen für Führungskräfte und Leitungsfunktion. Der Führungswunsch zieht also erfreulicherweise den Wunsch nach Führungskompetenz nach sich.

zu 2: Vergütung

Der zweithäufigst genannte Bereich betrifft die Vergütung. Bezüglich der Forderung nach einer Angleichung der Vergütung an die der Ärzte bzw. Fachärzte ist man sich unumstritten einig. Die tarifliche Eingruppierung in BAT 1 (oder entsprechend) wird als angemessen gesehen und soll selbstverständlicher Standard sein wobei die Zuordnung nach Qualifikation (Approbation) und Tätigkeit erfolgen sollte, nicht nach dem Grundberuf.

Dass die Realität vielerorts eine andere ist, wird gesehen und beklagt. So sei selbst

BAT 2 längst nicht (mehr) überall selbstverständlich, besonders private Arbeitgeber lägen mit ihren Haustarifen deutlich unter dem Niveau des öffentlichen Dienstes, Aufstiegsmöglichkeiten fehlten, es drohen Rückstufungen. Die Erwartungen an die Kammer pendeln zwischen Skepsis und Nachdruck. Die einen sehen hier klare Grenzen des Einflusses, der Markt bestimme die Preise (resp. Gehälter), allenfalls die Tarifpartner hätten Möglichkeiten, ansonsten sei der Einzelne auf sich gestellt. Genau damit mögen sich andere nicht abfinden, die Kammer solle ihrerseits Tarifforderungen offensiv vertreten, auf Arbeitgeber und Gewerkschaften einwirken mit klaren Empfehlungen, Richtlinien und Vorgaben und nicht zuletzt die Mitglieder unterstützen durch (juristische) Beratung bei Ein- oder Höhergruppierungsfragen, auch im konkreten Einzelfall.

zu 3: Gleichstellung mit Fachärzten

Es ist dies das Thema mit den häufigsten Nennungen insgesamt und klarer Präferenz im klinischen Bereich. Die Bedürfnisse nach fachlicher und materieller Gleichstellung in der Hierarchie, nach gleichberechtigten Befugnissen in der Behandlungsplanung, der Patientenversorgung und Konzeptentwicklung stehen im Vordergrund. Demgegenüber steht die ernüchternde Feststellung, dass das PsychTh-Gesetz noch nicht greift und die Approbation noch keinerlei Veränderung zeitigte. Entsprechend umfasst die Erwartung an die Kammer nachdrücklich die Klärung resp. Veränderung der formalen, gesetzlichen Grundlagen, die Formulierung von Kompetenzkatalogen, standardisierten Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsprofilen. Die Aufklärung von Behörden und Arbeitgebern wird erwartet und (nicht zuletzt) die der ärztlichen Kollegen.

zu 4: Gleichstellung PP/ KJP

Die faktische, d.h. formale und materielle Gleichstellung von KJP und PP scheint ebenso wenig Realität wie die zu den Fachärzten. Die hier wahrgenommene Nachordnung bzw. Unterordnung in der Hierarchie (... schlechter behandelt, wenig akzeptiert) wird ebenso beklagt wie der Konkurrenzdruck durch Sozial- und Dipl-

Pädagogen. Die Aufwertung der KJP sei dringend notwendig, um den Beruf attraktiver zu machen. Die Kammer möge sich dafür einsetzen, dass mehr Planstellen geschaffen werden sowie für eine Erweiterung der Behandlungsbefugnis auf junge Erwachsene (bis z. 21. Lebensjahr).

zu 5: Statusfragen

Diese Kategorie weist einige inhaltliche Überschneidungen auf mit den vorgenannten Themen. Die vielfach automatische Unterstellung unter ärztliche Aufsicht oder unter sonstige, i.E. auch weniger qualifizierte Berufsgruppen, wird kritisch in Frage gestellt. Dagegen steht das Bedürfnis nach klaren Regelungen gegenüber Leistungs- und Kostenträgern und Arbeitgebern, die den Anspruch auf fachliche Selbstverantwortung und Übernahme von Fachaufsicht in geeigneten Tätigkeitsbereichen sichern. Im Detail sind es die Forderungen nach eigenverantwortlicher Aufnahme und Entlassung von Patienten/Klienten und Behandlungsplanung, nach Unterschriftberechtigung, Weisungs- und Anordnungsbefugnissen gegenüber anderen Berufsgruppen und generell erweiterten Entscheidungsbefugnissen. Von der Kammer werden Musterlösungen und Praxismodelle erwartet, Informationen und Aufklärung sowohl für die Mitglieder als auch für die Vertreter der Institutionen.

zu 6: Weiterbildung

Ungeachtet der notwendigen Differenzierung zwischen Fort- und Weiterbildung wird dieser Bereich von vielen Befragten als unbefriedigend beschrieben. Es wird ein genereller Mangel beklagt sowie eine geringe (bzw. geringer werdende) Bereitschaft von Arbeitgebern, hier Geld und Zeit zu investieren. Die Erwartungen an die Kammer sind sehr konkret. Nach einer Bedarfserhebung sollte ein Kompendium über Angebote und Anbieter erstellt werden, eine Marktübersicht. Die Einrichtung eines überregionalen Informations-Netzwerkes mit Präsenz im Internet und themenspezifischen Links wird vorgeschlagen. Die Kammer sollte Koordinationsfunktion übernehmen und selbst ein breites Angebot bereit stellen, ortsnahe, zu aktuellen Themen aus Forschung und Praxis. Spezieller Bedarf wird für die Zielgruppe der

Führungskräfte und die Behindertenarbeit gesehen.

zu 7: Ausstattung

Nicht unberechtigt erhob sich bei den Befragten die Rückfrage, inwieweit materielle Arbeitsplatzbedingungen Kammerangelegenheiten seien und welche Einflussmöglichkeiten von deren Seite bestünden. Beklagt werden *unzureichende Raumangebote, veraltete Ausstattungen und Arbeitsmaterialien* (Bücher, Diagnostikmaterialien etc.). Insbesondere *fehlende oder schlechte EDV-Ausstattungen*, mangelnde Vernetzung und Internetzugänge werden genannt. Es wird angeregt, dass die Kammer über entsprechende *Vorgaben oder Empfehlungen zur Strukturqualität* zur Qualitätssicherung beitragen könnte.

zu 8: Supervision

Vielen Äußerungen ist zu entnehmen, dass interne und externe Supervision zwar als *unbedingt wünschenswert* und *unverzichtbar* gesehen werden, von vielen Institutionen aber nicht oder nicht mehr bzw. reduziert angeboten oder unterstützt wird, sei es mangels Einsicht in die Notwendigkeit und/oder aus finanziellen Gründen. Von der Kammer wird klar erwartet, Supervision *obligatorisch zum Qualitätsstandard* zu erheben, sie zur *unveräußerlichen Regel bzw. Recht* zu machen, diesbezüglich *Mindestanforderungen* festzulegen und entsprechende *Empfehlungen* oder sogar *verpflichtende Vorgaben* an Arbeitgeber zu richten.

zu 9: Überstunden

Das Problem anfallender Überstunden, die weder vergütet noch in Freizeit ausgeglichen werden, wird als *erheblich* bestätigt und vielfältig illustriert. Es bestehe eine generell zunehmende Arbeitsbelastung und Verdichtung durch *steigende Fallzahlen* und wachsenden *Dokumentationsaufwand*. Überstunden würden nicht selten heimlich gemacht, um nicht als geringer belastbar aufzufallen. Von der Kammer wird neben einer *Situationsanalyse* Informationen erwartet, *wie sich der einzelne wehren kann*. Auch Empfehlungen bezüglich *zumutbarer Fallzahlen* und andere *Richtwerte* werden genannt. Ein Zusam-

menwirken mit Betriebs- und Personalräten wird angeregt.

Zu 10: Sonstige

In dieser Kategorie sind weitere Anregungen aufgenommen, die inhaltlich nicht unter die vorgenannten Kategorien unterzuordnen sind.

- Ein mehrfach geäußertes Anliegen gilt dem *Schutz des Berufes bzw. der Tätigkeit "Psychotherapie"*, auch bezüglich der *Nutzung spezifischer Berufsmaterialien*. Es dürfe *keine Psychodiagnostik durch Nicht-PP oder Hilfspersonen* durchgeführt und abgerechnet werden. Ebenso wichtig sei die *Abgrenzung gegen andere Berufsgruppen* und nicht-approbierte Kollegen, besondere *Qualifikationsprofile* seien herauszuarbeiten (Neuro, Sucht etc.), der psychotherapeutisch tätige *Heilpraktiker sei verzichtbar*. Von der Kammer erwartet wird allerdings auch eine ausdrückliche ggf. konkurrierende Vertretung *gegenüber den Interessen niedergelassener Kollegen*, eine *Entwertung* und *Nachrangigkeit* gegenüber Niedergelassenen wird befürchtet.
- Ein weiterer umfassender Bereich betrifft die *Unterstützung von konzeptionellen Entwicklungen*, die *Beteiligung an der Versorgungsplanung*, mit *Daten, Fakten und Bedarfsanalysen*, der *Entwurf von Modellen (auch zur Prävention)* und deren Unterstützung mit *Förderprogrammen*. Zur *Schaffung neuer Kooperations-Strukturen*, gehört z.B. die *Vernetzung von stationärem und ambulanten Bereich*, die *Schaffung von Schnittstellen und flexiblen Übergängen zw. Beratung, Therapie und Heimunterbringung*, zwischen *Jugendhilfe und Gesundheitswesen*. *Innovation* wird angeregt, nicht nur *Bewahrung des Vorhandenen*. Dies betrifft auch die *Finanzierungssicherung* (von Beratungseinrichtungen) auf der Grundlage einer *flexiblen Kostenerstattung* zwischen Krankenkassen und staatlicher Finanzierung über das KJHG.
- Die *Einrichtung eines Versorgungswerks* wird mehrfach dringend eingefordert, daneben auch als *Serviceangebot günstiger (Gruppen-) Tarife* für Krankenkassen,

se, Haftpflicht- und sonstige Versicherungen.

- Es wird angeregt, ein *Nebeneinander von niedergelassener und angestellter Tätigkeit* zu ermöglichen, sowie eine *Existenzgründungsberatung* bei Tätigkeit in freier Praxis.
- Die *Anerkennung von Nicht-Richtlinien-Verfahren*, wie z.B. Fam.-Therapie, Psychodrama, EMDR und viele andere, wird im Interesse des Erhaltes von *Methodenvielfalt* gefordert, die Kammern sollten sich einsetzen für die *Gleichstellung anderer Verfahren* und gegen eine *Verarmung in der Therapielandschaft* eintreten.
- Selbstverständlich wird von den Kammern eine *rege Öffentlichkeitsarbeit* erwartet, eine *offensive PR-Arbeit* über *Bedeutung* von PP/KJP im Gesundheitswesen, die *Kompetenz* von PP sei herauszuarbeiten, man möge eine *offensive Debatte* führen, die *Psychotherapie im öffentlichen Bewusstsein verankern*. Es wird erwartet und für denkbar gehalten, dass die Kammern *auf Stellenpläne politischen Einfluss nehmen* und *energisch gegen Stellenabbau* eintreten, um die *Verankerung des Berufsstandes im Gesundheitswesen* sicher zu stellen.
- Die Erwartungen betreffen aber nicht nur die Außenaktivitäten, sondern auch den Binnenraum der Kammern selbst. So wird eine *ökonomischer Umgang mit Ressourcen* gefordert, ausdrücklich eine *Beschränkung auf gesetzliche Pflichtaufgaben* ohne zusätzliche Kosten. Dies steht wiederholt in Verbindung mit Wunsch nach *Senkung des Kammerbeitrages* oder nach *einkommensabhängiger Stufung*, einschließlich der Vorstellung *günstigerer Beiträge für Berufsanfänger* oder *Ausbildungskandidaten*.
- Nicht unter den Tisch fallen sollen schließlich diejenigen, die insgesamt nur *sehr geringe Erwartungen oder Hoffnungen* haben, die *skeptisch bis ratlos* ohne Vorstellung davon sind, ob und wie eine Kammer bei *leeren (öffentlichen) Kassen* ihren Mitgliedern nützlich sein kann.

Der hier zusammengetragene Katalog von Ideen und Anregungen, von Wünschen

und Forderungen, der keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität erheben kann, ist sicher nicht ganz untypisch für die Erwartungshaltung, mit der ein nicht kleiner Teil der Mitglieder auf „seine“ Kammer schaut. Manche der hier geäußerten Erwartungen mögen „überzogen“, „naiv“, „unrealistisch“ oder „bequem“ anmuten, und sicher wird

nicht alles, was wünschenswert ist, realisierbar sein.

Die Selbstverwaltungsorgane und ihre Mandats- und Funktionsträger dürften gut beraten sein, sich sehr ernsthaft mit den Hoffnungen ihrer (angestellten) Mitglieder zu befassen, um Fehlerwartungen ebenso früh zu korrigieren wie es gilt, politische

Initiativen rechtzeitig zu starten. Die Glaubwürdigkeit der Kammern muss sich früher oder später daran messen lassen, ob und inwieweit sie mit gleicher Kraft und Ausdauer die Belange der angestellten Kollegen verfolgen oder jenen Recht geben, die immer schon überzeugt davon waren, dass die Kammern eher den Niedergelassenen von Nutzen sind.

Fortbildungsordnung

Ein erster Stichtag für die Fortbildungsordnung ist der 31. März 2005. Bis dahin müssen die Unterlagen über die in 2004 besuchten Fortbildungsveranstaltungen bei der Kammer eingereicht werden. Dazu gibt es ein spezielles Formular, das auf unseren Internetseiten im Download-Bereich zu finden ist. Die Geschäftsstelle verschickt an alle diejenigen, die bis Mitte März die Unterlagen noch nicht eingereicht haben, das Formular noch zusätzlich.

Dieser Nachweis gibt der Kammer einerseits im Rahmen ihrer eigenen gesetzlichen Verpflichtung die Möglichkeit, zu prüfen, ob alle Mitglieder sich ausreichend fortgebildet haben. Andererseits gewinnt sie dadurch den Überblick über die unterschiedlichen Fortbildungsangebote und -veranstalter. Und: Wir können auf diese Weise erstmals mit validen Daten dokumentieren,

dass Psychotherapeuten – seien sie niedergelassen oder angestellt – zu dem Berufsstand gehören, der sich mit am häufigsten fortbildet bzw. sich über neue Entwicklungen im eigenen Arbeitsumfeld informiert. Damit können wir auch nach außen hin deutlich machen, dass das Thema Qualitätssicherung für unsere Mitglieder in der täglichen Arbeit eine zentrale Rolle spielt.

Viele Veranstalter nutzen inzwischen die Möglichkeit, Seminare und Tagungen zertifizieren zu lassen bzw. ihr Angebot auf unseren Internetseiten zu veröffentlichen. Künftig soll es außerdem möglich sein, einen Zertifizierungsantrag per Internet zu stellen bzw. Veranstaltungen online zu buchen. Die letzten EDV-Abstimmungen laufen gerade hierzu. Damit erreichen wir eine Vereinfachung der Verfahrensabläufe in der

Geschäftsstelle, die wir für die zeitnahe Bearbeitung der Vorgänge dringend benötigen.

An diesen Seiten arbeiteten mit:

Birgit Heinrich, Barbara Kaleta, Jürgen Kammler-Kaerlein, Alfred Kappauf, Dr. Annelie Scharfenstein

Geschäftsstelle

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

NIVT

Norddeutsches Institut für Verhaltenstherapie

staatlich anerkannte Ausbildungsstätte
bietet

zertifizierte Workshopseminare und Weiterbildungen für die Bereiche Kinder- u. Jugendlichen- und Gruppen-VT gem. PT-Richtlinien

für ärztliche u. Psychologische Psychotherapeuten sowie
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an.

Informationen hierzu:

www.nivt.de E-mail: sekretariat@nivt.de
NIVT Bredenstr. 11, 28195 Bremen Tel.: 0421-2010296



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

in unseren heutigen Mitteilungen berichtet Heiko Borchers über den neuesten Stand zur Entwicklung einer Berufsordnung in unserer Kammer.

Außerdem informiert uns Frau Rechtsanwältin Andrea Soltau über rechtliche Besonderheiten, die im Rahmen einer Berufshaftpflichtversicherung zu berücksichtigen sind. War der Abschluss einer ausreichenden Haftpflichtversicherung bisher eine freiwillige Maßnahme, um sich gegenüber Ansprüchen Dritter, die sich aus der Berufstätigkeit als PsychotherapeutIn ergeben, abzusichern, so wird eine solche Versicherung durch die Berufsordnung in Zukunft als obligatorisch vorgeschrieben. Dies soll in erster Linie dem Schutz der/des Berufsausübenden dienen und nicht als ein neuer Zwang missverstanden werden. Auch der Gesetzgeber hat die Forderung nach einer ausreichenden Haftpflichtversicherung in seiner Novellierung des Heilberufskammergesetzes vorgesehen.

*Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Der Vorstand*

Die Berufsordnung kommt

Es ist die erklärte Absicht des Ausschuss Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) der nächsten Kammerversammlung den Entwurf einer Berufsordnung zum Beschluß vorzulegen. Damit hätte dann der Berufsstand der Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein erstmals in autonomer Rechtssetzung berufsrechtliche und berufsethische Normen geschaffen.

Grundlegende Regeln des Berufsrechts finden sich bereits als sogenannte General-

pflichtsklauseln im Heilberufegesetz des Landes Schleswig-Holsteins wieder, doch bedarf es stets einer Konkretisierung in einer Satzung (Berufsordnung) der Kammer. Die Berufsordnung legt also fest, was der Psychotherapeut im Einzelnen bei der Ausübung seines Berufes zu beachten und unter Vermeidung berufsgerichtlicher Sanktionen zu unterlassen hat. Die oben genannten Generalpflichtsklauseln finden sich im Wortlaut weitgehend übereinstimmend in allen Kammer- und Heilberufegesetzen der Bundesländer wieder.

Die Berufsordnung bedarf durchweg der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Sie erlangt als Satzungsrecht Wirksamkeit und verpflichtet unmittelbar die Mitglieder der Kammer. Bei Verstößen gegen Berufspflichten hat die Psychotherapeutenkammer mehrere in ihrer Härte abgestufte Möglichkeiten. Die Kammer kann im Wege der Verwaltungsvollstreckung tätig werden, sie kann selber rügen oder sie kann die Eröffnung eines Verfahrens beim Berufsgericht beantragen.

Ein zentraler Arbeitsauftrag bei der Erstellung einer Berufsordnung für die PKSH ergab sich aus dem Wortlaut folgender im Heilberufegesetz formulierten Klausel:

„Die Kammermitglieder sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.“ (§ 29 Heilberufegesetz Schleswig-Holstein)

Mit dem Ziel, auf ein gedeihliches Verhältnis der Kammermitglieder untereinander und zu Dritten hinzuwirken, galt es, diese grundlegende Klausel durch eine Berufsordnung auszufüllen. So wird die Berufsordnung der PKSH neben Formulierungen über grundsätzliche Berufsaufgaben und Berufspflichten vermutlich folgende Berei-

che regeln: Pflicht sich beruflich fortzubilden, Melde- und Auskunftspflicht gegenüber der Kammer, Behandlungsgrundsätze und Sorgfaltspflichten gegenüber dem Patienten, Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht, Schweigepflicht, Honorar- und Vergütungsabsprachen, Kennzeichnung der Praxis, Anforderungen an eine Praxis, Gestaltung von Informationen über eine Praxis sowie angemessene Regeln für die Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis, in Lehre, in Aus- und Fortbildung, Supervision, Forschung und als Gutachter.

Nach Verabschiedung einer ersten Berufsordnung durch die Kammerversammlung wird es zukünftig darum gehen, die Regeln und Standards für die Berufsausübung fortzuentwickeln oder auch neu zu entwickeln sowie diese bei Notwendigkeit gesetzlichen Veränderungen anzupassen.

Heiko Borchers

Haftpflichtversicherung im Bereich der Psychotherapie

Gegenstand einer Berufshaftpflichtversicherung und Pflichten des Psychotherapeuten¹ als Versicherungsnehmer

Die nachfolgenden Ausführungen sollen aus Sicht des Psychotherapeuten darstellen, was Gegenstand einer Berufshaftpflichtversicherung ist und welche wesentlichen Pflichten der Psychotherapeut in seiner Eigenschaft als Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer hat.

¹ Soweit in dem Beitrag von „Psychotherapeuten“ die Rede ist, sind damit jeweils sowohl weibliche wie männliche Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeint.

1) Pflicht zur Haftpflichtversicherung

Gemäß der Ermächtigung in § 31 Heilberufegesetz kann die jeweilige Landespsychotherapeutenkammer eine Berufsordnung erlassen, in welcher u.a. der Abschluß einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung vorgeschrieben werden kann. Bislang besteht eine derartige Pflicht des einzelnen Therapeuten noch nicht durchweg, weil noch nicht alle Kammern entsprechende Berufsordnungen erlassen haben. Aus dem vorliegenden Beitrag dürfte jedoch ersichtlich werden, daß der Abschluß einer solchen Versicherung dem Therapeuten auch ohne berufsrechtliche Verpflichtung zu empfehlen ist.

2) Gegenstand einer Haftpflichtversicherung

Aufgabe der Haftpflichtversicherung ist es, den Versicherungsnehmer (sowie gegebenenfalls mitversicherte Personen) vor den wirtschaftlichen Folgen seiner Haftpflicht gegenüber geschädigten Dritten (z.B. Patienten, Besucher, Lieferanten) zu schützen. Eigenschäden des Therapeuten sind also nicht versichert.

Unter „Haftpflicht“ ist die Verpflichtung zum Schadensersatz bei der Verletzung fremder Rechtsgüter zu verstehen. Die Haftpflicht kann sowohl auf Gesetz als auch auf Vertrag beruhen². Soweit in einem Vertrag keine besonderen Regelungen durch die Vertragsparteien getroffen werden, sind die gegenseitigen Rechte und Pflichten dem Gesetz zu entnehmen, welches ergänzend gilt. Besteht kein Vertrag zwischen Schädiger und Geschädigtem, so regelt das Gesetz die außervertragliche Haftung.

Grundsätzlich haftet ein Schädiger gegenüber dem Geschädigten unbegrenzt, d.h. mit seinem gesamten Vermögen, auf Schadensersatz. Ein hoher Schaden kann daher für den Psychotherapeuten existenzbedrohende Auswirkungen haben. Schon deshalb wird allgemein der Abschluß einer Haftpflichtversicherung nicht nur für den privaten Bereich, sondern auch für den beruflichen Bereich empfohlen. Auch z.B. Verbraucherzentralen, die durchaus kritisch gegenüber der Versicherungsbranche sind, empfehlen eine entsprechende Absicherung.

Der Versicherungsmarkt trennt im wesentlichen zwischen privaten Haftpflichtversicherungen (z.B. Privathaftpflichtversicherung, Hundehalterhaftpflichtversicherung), Betriebshaftpflichtversicherungen (z.B. für Vereine, land- und forstwirtschaftliche Betriebe) und Berufshaftpflichtversicherungen (z.B. für Ärzte, Architekten, Rechtsanwälte und eben auch Psychotherapeuten). Eine Kombination ist denkbar und üblich.

Was genau versichert ist, ergibt sich aus dem jeweiligen konkret zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer abgeschlossenen Versicherungsvertrag, dessen Inhalt der Versicherungsschein in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Auskunft wiedergibt. Diese im Bereich der Haftpflicht so genannten „Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung“ (AHB) werden meist in den einzelnen Betriebs- und Berufsbildern noch durch „Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen“ angepaßt und ergänzt³.

Der Haftpflichtversicherer hat in jedem Falle den Versicherungsnehmer von berechtigten erhobenen Schadensersatzansprüchen Dritter freizustellen und gegenüber dem Versicherungsnehmer erhobene unberechtigte Ansprüche abzuwehren. Im letzteren Fall hat die Haftpflichtversicherung zugleich die Funktion einer Rechtsschutzversicherung, d.h. der Versicherer muß dem beklagten Versicherungsnehmer die Gerichts- und Anwaltskosten von der Hand halten.

Der Versicherungsschutz einer privaten Haftpflichtversicherung umfaßt während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretene Versicherungsfälle, die einen Personen- oder Sachschaden zur Folge hatten und wegen der der Versicherungsnehmer aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird. Die Berufshaftpflichtversicherung hingegen umfaßt darüber hinaus beruflich bedingte Schäden, ggfs. auch Vermögensschäden.

Würde beispielsweise ein Patient in der Praxis eines Psychotherapeuten auf frisch gebohnertem Boden ausrutschen oder über einen schwer erkennbaren Türstopper

stürzen, was jeweils im Zweifel als Folge einer Verletzung der Verkehrssicherungspflichten durch den Psychotherapeuten gesehen werden kann (im Einzelfall mag dann noch ein Mitverschulden des Patienten geprüft werden), ist der Psychotherapeut schadensersatzpflichtig. Er muß dem Patienten daher ein angemessenes Schmerzensgeld, ärztliche Behandlungskosten und gegebenenfalls Verdienstausfall (direkter Personenschaden und Folgeschaden im Sinne eines Vermögensschadens) bzw. Schadensersatz für eine beispielsweise bei dem Sturz zerrissene Hose (Sachschaden) zahlen.

Tritt ein derartiger Schadensfall auf, muß der Versicherer dem Versicherungsnehmer die zur Regulierung notwendigen Geldbeträge zur Verfügung stellen. Da der oben genannte Beispielfall zu der Berufstätigkeit des Psychotherapeuten zugehörig ist, würde hier eine rein private Haftpflichtversicherung nicht eintrittspflichtig sein. Solche Schäden würde aber eine Berufshaftpflichtversicherung abdecken.

Der Versicherer ist eintrittspflichtig bei leicht oder auch grobfahrlässig durch den Versicherungsnehmer verursachten Schäden, nicht jedoch bei Vorsatz.

Im Regelfall besteht Deckungsschutz nur für Schadensersatz aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts. Das bedeutet, daß die Schadensersatzansprüche dem Grunde und der Höhe nach auf gesetzlichen, also nicht auf darüber hinausgehenden vertraglichen Regelungen beruhen müssen. Die Versicherung deckt aber nicht ausnahmslos alle Haftpflichtschulden des Versicherungsnehmers, sondern nur solche, die sich durch ein spezielles gemäß Versicherungsvertrag versichertes Risiko verwirklichen. Zu beachten sind auch die typischen Ausschlüsse in den AHB vom Deckungsschutz, z.B. für Schäden an Sachen, die der Versicherungsnehmer geliehen hat oder verwahrt.

2 vgl. van Bühren/Glück, Handbuch Versicherungsrecht, § 9 Rdnr. 1.

3 vgl. van Bühren/Glück, Handbuch Versicherungsrecht, § 9 Rdnr. 6, 7.

Schadensersatzansprüche, die durch berufliche Tätigkeit entstehen, fallen, wie dargelegt, nicht unter den allgemeinen privaten Haftpflichtversicherungsschutz. Für derartige Fälle greift nur die Berufshaftpflichtversicherung ein. Inwieweit auch verursachte Vermögensschäden eingeschlossen sind, ergibt sich aus den angebotenen AHB des jeweiligen Versicherers bzw. muß bei Bedarf als individuelle Regelung vereinbart werden. Oft sind auch das Abhandenkommen von eingebrachten Sachen der Patienten sowie (entgegen der Regelung in den meisten AHB) Schäden an der gemieteten Praxis mitversichert.

3) Zusätzliche Deckung

Teilweise bieten Versicherer an, über den reinen Deckungsschutz für Schadensersatzansprüche weitere Bereiche abzusichern. Dies kann beispielsweise dergestalt der Fall sein, daß die Kosten der Rechtsverteidigung in einem Strafverfahren zu übernehmen sind, wenn das dem Vorwurf zugrunde liegende Ereignis einen Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, der unter den Versicherungsschutz fällt.

Teilweise ist auch die gesetzliche Haftpflicht aus der Beschädigung von gemieteten Praxisräumen besonders eingeschlossen (s.o.).

Im Zweifel empfiehlt sich eine eingehende Beratung durch einen Versicherungsmakler (also einen Vermittler, der weder von einem oder mehreren bestimmten Versicherer(n) unmittelbar abhängig noch bei diesem/n angestellt ist), um zu überprüfen, welcher Einschluß für den konkreten Praxisbetrieb sinnvoll sein dürfte.

4) Pflichten des Psychotherapeuten in seiner Eigenschaft als Versicherungsnehmer

Nachfolgend werden die wichtigsten Pflichten des Versicherungsnehmers dargestellt.

a. Prämienzahlung:

Zahlt der Versicherungsnehmer seine Prämie nicht, riskiert er den Versicherungsschutz.

b. Schadensmeldung:

Tritt ein Versicherungsfall ein, d. h., macht ein Dritter Ansprüche gegen den Psychotherapeuten geltend, muß dieser umgehend den Haftpflichtversicherer informieren. Denn nach entsprechender Information durch den Versicherungsnehmer entscheidet aufgrund der bestehenden sog. Regulierungsbefugnis allein der Versicherer, ob er die geltend gemachten Ansprüche des Dritten als berechtigt oder unberechtigt bewertet.

c. Pflicht zur vollständigen und wahrheitsgemäßen Information:

Der Versicherungsnehmer hat die Pflicht, den Versicherer vollständig und wahrheitsgemäß über den Schadensfall zu informieren, damit dieser den Schadensfall korrekt bewerten und sich ein Bild über die eigene Leistungspflicht machen kann.

d. Verbot eines Anerkenntnisses:

Im Zusammenhang mit der Regulierungsbefugnis des Versicherers ist auch das an den Versicherungsnehmer gerichtete Verbot zu sehen, die geltend gemachte Forderung des Dritten diesem gegenüber anzuerkennen oder gar den Schaden zu regulieren. Im Regelfall führt dies dazu, daß der Versicherer leistungsfrei wird, d.h., daß der Versicherungsnehmer Freihaltung vom Schadensersatz trotz ursprünglich bestehenden Deckungsschutzes nicht verlangen kann und insofern auf dem Schaden sitzen bleibt.

e. Obliegenheit bei Risikoänderungen⁴:

In der Haftpflichtversicherung ist das versicherte Risiko, vor allem im beruflichen Bereich, seinem Umfang nach häufig Schwankungen unterworfen. Die AHB sehen oftmals für den Haftpflichtbereich folgendes für nicht nur kurzfristige Veränderungen vor:

aa. Risikoerhöhung:

Unter Erhöhung des Risikos ist die qualitative Veränderung einer bereits versicherten Gefahr zu verstehen. Diese qualitative Veränderung kann eine Erhöhung der Schadenseintrittswahrscheinlichkeit bewirken. Solche Risikoerhöhungen können sich so-

wohl auf Sachen als auch auf Personen beziehen, z.B.

- in der Betriebshaftpflichtversicherung die Einführung neuer Produktionsmethoden und Anschaffung zusätzlicher Maschinen
- in privaten Haftpflichtversicherungen: Aufnahme der Ausübung einer gefährlichen Sportart

bb. Risikoerweiterung:

Von der Risikoerhöhung zu unterscheiden ist die Risikoerweiterung, in der die quantitative Gefahrveränderung liegt. Wegen der gleichen Rechtsfolgen ist dies aber nicht von Bedeutung. Beispiel:

- in der Betriebshaftpflichtversicherung: zahlenmäßige Zugänge an Personal
- in der privaten Haftpflichtversicherung: Anschaffung eines weiteren Hundes in der Hundehalterhaftpflichtversicherung⁵

cc. Rechtsfolgen der Risikoänderung:

Rechtsfolge der Risikoerhöhung und -erweiterung ist der unbedingte Versicherungsanspruch des Versicherungsnehmers, dem ein Anspruch des Versicherers auf Prämienneufestsetzung gegenübersteht.

Nach den normalerweise vereinbarten Bedingungen hat der Versicherungsnehmer nach Aufforderung durch den Versicherer, die auch auf einer Beitragsrechnung abgedruckt sein kann, Risikoerhöhungen und -erweiterungen mitzuteilen.

Folgt der Versicherungsnehmer dem nicht und erfährt der Versicherer später, daß bereits in einem zurückliegenden Beitragszeitraum eine Risikoänderung zum Nachteil des Versicherers eingetreten ist, kann der Versicherer auch für zurückliegende Jahre noch rückwirkend eine Prämienhöhung fordern. Der Versicherungsnehmer ist somit gut beraten, wenn er rechtzeitig vor (auch vermeintlicher) Änderung des Risikos dies dem Versicherer mitteilt, und zwar so genau wie möglich. Beispielsweise könnte in dem Fall, daß ein Psychothera-

⁴ Zum ganzen vgl. Glück a.a.O., Rdnr. 39-44.

⁵ Beispiele nach Glück a.a.O., Rdnr. 41, 42.

peut neben der Behandlung seiner Patienten auch eine Tätigkeit im Bereich der Supervision aufnehmen, eine Risikoerhöhung vorliegen. Derartige Änderungen des versicherten Risikos sollten dem Versicherer umgehend mitgeteilt werden, um Zweifelsfragen zu klären und Missverständnisse zu vermeiden. Ob tatsächlich eine Risikoerhöhung vorliegt, muß im Streitfall notfalls ein Gericht mit Hilfe eines Sachverständigen klären.

Erhöhungen und Erweiterungen des Risikos sind abzugrenzen gegen ein neues Risiko, für das nur im Rahmen der Vorsorgeversicherung (dazu unten d) und nach Abschluß eines entsprechenden Versicherungsvertrages Versicherungsschutz besteht.

dd. Vorsorgeversicherung⁶:

Denkbar ist auch die Vereinbarung einer Vorsorgeversicherung. Dies bedeutet eine Durchbrechung des Prinzips der Spezialität der versicherten Gefahr. Anders als bei Risikoerhöhungen und –erweiterungen ist für neue Risiken eine zusätzliche vertragliche Vereinbarung zu treffen. Mit der Vorsorgeversicherung werden aber auch neue Risiken grundsätzlich sofort mit ihrer Entstehung in den materiellen Versicherungsschutz einbezogen, ohne daß es einer besonderen Anzeige bedarf. In bestimmten Grenzen wird dadurch das Entstehen von Deckungslücken verhindert. Die Vorsorgeversicherung ist dann Teil des bestehenden Versicherungsverhältnisses, welches vorweggenommen auch das später eintretende neue Risiko umfaßt. Auf Anfrage der Versicherers sind die neuen Umstände umgehend mitzuteilen.

Öffnet beispielsweise der Inhaber einer Bäckerei, für die eine Betriebshaftpflichtversicherung besteht, ein Cafe, so ist die daraus resultierende Haftpflicht sofort im

Rahmen der bestehenden Betriebshaftpflichtversicherung gedeckt.

Hatte der Hundehalter sein privates Tierhalterhaftpflichtrisiko bislang nicht versichert und schließt er nunmehr eine Haus- und Grundstückshaftpflichtversicherung ab, so ist das Tierhalterrisiko nicht im Wege der Vorsorgeversicherung gedeckt, weil es beim Abschluß der Haus- und Grundstückshaftpflichtversicherung bereits vorhanden war.

ee. Verschärfung der Haftpflichtnormen:

Im Falle einer Verschärfung der Haftpflichtnormen hat der Versicherer ein Sonderkündigungsrecht binnen eines Monats nach Kenntnismöglichkeit von der Verschärfung.

5) Abschließender Hinweis

Vorstehende Ausführungen sollen lediglich einen groben Überblick über das Thema „Haftpflichtversicherung“ geben. Maßgeblich ist im Zweifelsfall vor allem, was in dem eigenen Versicherungsvertrag geregelt und im Versicherungsschein festgehalten ist im Zusammenhang mit den AHB und Besonderen Bedingungen im jeweiligen Berufszweig.

Spätestens im Falle des Eintritts eines Schadensfalls bzw. im Versicherungsfall sollten zudem die für den eigenen Vertrag geltenden Vertragsbedingungen einmal komplett durchgelesen werden, soweit der Versicherungsnehmer dies nicht bereits schon zu einem früheren Zeitpunkt, nämlich bestenfalls bereits vor Vertragsabschluß oder jedenfalls nach Erhalt des Versicherungsscheins mit dem Bedingungswerk, getan hat. Damit können unnötige Auseinandersetzungen vermieden werden, die dadurch entstehen,

daß der Versicherungsnehmer vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalls das „Kleingedruckte“ nicht beachtet hat. Die Gerichte gehen im Zweifel davon aus, daß ein ordentlicher Versicherungsnehmer sich über die von ihm zu erfüllenden Pflichten informiert und diese erfüllt.

Und: Wer bislang nicht haftpflichtversichert ist, sollte sich umgehend um eine derartige private und Berufshaftpflichtversicherung kümmern.

Andrea Soltau, Rechtsanwältin⁷

Geschäftsstelle

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

⁶ Vgl. Glück a.a.O., Rdnr. 46.

⁷ Die Autorin ist Rechtsanwältin bei den Rechtsanwältinnen Koch, Staats, Kickler und Partner, Kiel (www.koch-partner.de bzw. recht@koch-partner.de), u.a. mit Schwerpunkt Versicherungsrecht.

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 angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften das Recht vorbehält, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Briefe zu kürzen. Als Leser der Briefe beachten Sie bitte, dass diese die Meinung des Absenders und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Zu Fonagy „Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen“, *Psychotherapeutenjournal* 4/2004.

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich möchte hier ergänzend zum Kapitel 10. Substanzmissbrauch etwas beitragen.

Schon mit etwas Erstaunen las ich von ihren evidenzbasierten Zahlen der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigkeit im Vergleich zur stationären Therapie (Project Match, 1997).

Nach unserer mehrfach veröffentlichten Studie der wissenschaftlichen Begleitforschung der LMU, München unter Leitung von Prof. Soyka hat die ambulante Behandlung der Klientenzentrierten Problembe-

handlung in Dachau 3 Jahre nach Beendigung der Therapie eine durchgängige Abstinenzrate von 46%.

Hinzu kommen 12%, die als gebessert gelten. Die Studie lief bei einer Ausschöpfungsquote von über 90% (nicht Erreichte wurden als rückfällig gewertet).

Es kann meines Erachtens auf keinen Fall, davon gesprochen werden, dass stationäre Maßnahmen den ambulaten überlegen wären. Nach den vorliegenden, bekannten, empirisch fundierten Zahlen, ist es genau umgekehrt und zwar deutlich.

Es sei hinzugefügt, dass es sich bei Patienten in ambulanten Einrichtungen und bei Patienten in stationären Einrichtungen doch um zum Teil unterschiedliches Klientel handelt und der Überschneidungsbereich nicht so groß ist. Von daher ist eine Vergleichbarkeit von vorneherein eingeschränkt.

Ein Hinweis derart in ihrem Artikel wäre hilfreich gewesen.

*Johannes Bühler
Psychotherapeutischer Leiter
der Klientenzentrierten
Problemlösung, Dachau*

Letzte Meldung:

Neues Tarifrecht im öffentlichen Dienst vereinbart

Die Reform des Manteltarifvertrages für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst (TVöD) ist mit einer Einigung auf Mantelbestimmungen am 9.2.05 einen großen Schritt vorangekommen ist. Einige wichtige Punkte aus diesen Regelungen, die zum 1.10.05 in Kraft treten, sind: Einheitliches Tarifrecht für Angestellte und ArbeiterInnen; Einheitliche Tabelle für Angestellte, ArbeiterInnen und Beschäftigte in der Kranken- und Altenpflege; Sicherung der Vergütungsgruppenzulagen z.B. für den Sozial- und Erziehungsdienst; zusätzliche leistungsorientierte Bezahlung; Sicherung der Besitzstände.

Die Arbeitszeit ändert sich allerdings auf 39 Stunden für alle Beschäftigten im Bund,

das bedeutet, dass die "Wessis" eine halbe Stunde mehr, die "Ossis" eine ganze Stunde weniger bei gleichem Lohn arbeiten. Das ist ein wichtiger Schritt in Richtung Angleichung der Neuen und Alten Bundesländer. Leider bestanden die Kommunalen Arbeitgeber darauf, eine Ausweitung auf 40 Std./Woche als Option festzulegen, für den Fall, dass sich die Tarifvertragsparteien auf landesbezirkliche Regelungen verständigen.

Die Länder sind an diesem Tarifabschluss allerdings leider nicht beteiligt (sie wollten die Arbeitszeitregelungen für den Bund nicht akzeptieren). Landesbedienstete sind also unverändert ohne neuen Tarifvertrag

und nur in der Nachwirkung des alten, gekündigten BAT.

Ein weiterer Reformschritt steht jetzt noch aus: die Regelungen zur Eingruppierung in eine bestimmte Entgeltgruppe. Diese sollen spätestens zum 1.1.07 in Kraft treten - die ver.di-Fachkommission PP/KJP wird sich dabei detailliert und umfassend einbringen.

Weitere Infos siehe www.verdi.de oder www.bptk.de.

*Wolfgang Niens
Sprecher der ver.di-Fachkommission
PP/KJP*

Aus- und Weiterbildung

Die Integration des Körpers in der Psychotherapie (Kammerzertifiziert)

Info: Dr. M. Thielen Tel.: 0 30 / 8 51 99 06,
Institut für Körperpsychotherapie. Berlin

Staatl anerkannte Ausbildung in Tiefenpsychologie/Psychoanalyse (Schwerpunkt Alfred Adler) für Abschluß PP und KJP
Orte: Bad Kissingen, Meiningen, München
Telos Institut, Tel: 0 89 / 15 28 55 Fax:
0 89 / 15 98 20 44, www.telosinstitut.de

Bremen: FORTBILDUNGEN in AUTOGENEM TRAINING/Erwachsene (bei der PTHK akkreditiert)
nächstes WE Grundstufe 8./9.4.05 – nächstes WE Fortgeschrittenstufe 23./24.3.05 **Infos und Anmeldung:** PP B. Husmann 04 21 / 53 23 67 oder bj.husmann@nord-com.net

Institut für psychotherapeutische Forschung, Methodenentwicklung und Weiterbildung (IPFMW) an der Universität zu Köln staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut www.ipfmw.uni-koeln.de Fünfjährige tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung zum PP mit den Schwerpunkten: Psychodynamisch-dialektische Psychotherapie
Psychotraumatologie Psychotherapieforschung Promotion möglich/erwünscht
Nächster Ausbildungsbeginn Herbst 2005

Weiterbildung in Systemischer Beratung und Therapie von Familien

6 Seminareinheiten
jeweils Donnerstag - Samstag
Beginn: 13. - 15. Oktober 2005
Kosten: 2.870,00 €

Zielgruppe:
Ärztinnen, Psychologinnen, Heilpädagoginnen, Sozialpädagoginnen, Sozialarbeiterinnen und andere Berufsgruppen, die mit Familien arbeiten.

Leitung:
Dr. phil. Dipl.-Psych. Carole Gammer
Frau Dr. Gammer bietet am 04. Mai 2005 einen Info-Abend an.

Nähere Informationen: Katholische Fachhochschule Freiburg
Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung (IAF)
Karlst. 63
D-79104 Freiburg
Telefon 0761 200 736
E-Mail info@kfh-freiburg.de

Qualitätszirkel Raum MR-GV
methodenübergreifend, sucht nach interessierte Teilnehmer/innen
voigt-praxis@t-online.de

Aus- und Weiterbildung

Ausbildung zum PP ab 25.05.05 Kinder und Jugendlichen PT (KV Berechtigung)
23.-30.4.05 25.6.-2.7.05, 01.-08.10.05
Institutsambulanz zum Erwerb aller Fachkunden (z.B. Arztregister, Nachqualifikation, KiJu-PT)
Behandlung in eigener Praxis am Wohnort, Abrechnung über die Süddeutsche Akademie www.sueddeutsche-akademie.de
Tel.: 0 83 34 / 98 63 - 73

Dienstleistungen

Dienstleistungen für psychologische Praxen: zuverlässige und qualifizierte Hilfen bietet

Tel.: 0 64 21 / 87 17 40
E-Mail: psydienst@web.de

Intervision

Suche Anschluss an kollegial Intervisionsgruppe/Qualitätszirkel in Hamburg. TP, m, 55, Humanistische Wurzeln.

Tel.: 0 40 / 46 07 01 40

Jobsharing

Biete Jobsharing (PP, TP Erwachsene) im Kreis Unna (NRW) ab sofort ca. 10-15 Stunden.
Spätere Praxisübernahme möglich.

Chiffre PTPJ 05 01 01

Falls Sie neben dem Erwerb einer Zulassung auch Interesse an der Möglichkeit eines gut ausgelasteten Job-Sharings haben, melden Sie sich bitte unter o.a. Adresse. Chiffre PTPJ 05 01 07

Biete **psychol. Psychotherapeutin** (VT) mit mehrjähriger Berufserfahrung u. guten EDV-Kenntnissen
Job-Sharing in München
Chiffre PTPJ 05 01 15

Praxisgesuche

Psychologische Psychotherapeutin (TP, Erw. und KJP) sucht KV-Sitz in NRW (vorzugsweise Bielefeld, Münster u.U.) oder Nord-Württemberg innerhalb der nächsten 2 Jahre. Tel.: 05 21 / 9 27 31 25

PP (VT) mit Kassensitz in HH sucht Jobsharing/Praxisübernahme in **Ostholstein** oder **Lübeck!**

Chiffre PTPJ 05 01 04

Praxisgesuche

Psycholog. Psychoth. (VT) sucht KV-Sitz im **Rhein-Main-Gebiet**, bevorzugt **Wiesbaden**.

Auch als **Tausch** mit KV-Sitz Nähe Koblenz.

Chiffre PTPJ05 01 09

Psychologische Psychotherapeutin (VT) mit Zusatzqual. K/U Jugendl. **sucht KV-Sitz in Wuppertal**.
Zeitraum 2005/2006

Chiffre PTPJ 05 01 16

Suche dringend KV-Sitz (PP-VT) Süddeutschland/Südbaden/Südwürttemberg/bayerisch Schwaben/Oberbayern langjährige Klinik erfahrung
Tel.: 0 80 51 / 30 95 43

2 Psychologische Psychotherapeuten (Schwerpunkt: VT) + KJP aus Nürnberg suchen

KV-Sitz(e) in Deutschland

Tel.: 09 11 / 3 22 35 99
mobil: 01 63 / 5 49 86 20
anselm.mugele@web.de

Psychol. Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz od. Jobsharing in Bayern bevorzugt Regensburg Stadt/Land

Tel.: 01 79 / 1 03 52 86

Psycholog. Psychotherapeut (TP; E, erm. KJP) sucht Kv-Sitz, Job-Sharing o. Mitarbeit im Raum Tü.-Stuttgart, Freiburg o. Bodensee.

Tel.: 0 70 71 / 6 11 74

KV-Sitz in Münster auch Landkreise **Coesfeld, Warendorf** von PP in (Tiefen, Analyse, Erw.+Ki+Ju) zum Kauf **gesucht**

Chiffre: PTPJ 05 01 05

Angehende PP-VT sucht Ende 05/Anf. 06 KV-Sitz Raum Kassel/Göttingen

Tel.: 01 70 / 3 22 19 15 o. 05 51 / 8 29 09

Praxisgesuche/-tausch

PP (TP u. VT) sucht KV-Sitz Lüneburg o. Umgebung,

auch im Tausch mit KV-Sitz bei Braunschweig.

Tel.: 0 53 06 / 91 18 86

Praxisräume

Verhaltenstherapeutin sucht
Praxisraum/-räume
in **Lübeck** zum 1.6.
Tel.: 01 62 / 1 05 47 25

Praxistausch

Tausche KV-Sitz (VT Erw. und KuJ)
in Bonn mit KV-Sitz in Tübingen
Chiffre PTPJ 05 01 06

Tausche KV-Sitz (PP – TP)
in Köln mit Düsseldorf
Chiffre PTPJ 05 01 13

Praxisverkauf

Raum Wuppertal - Hagen
Psychologische Psychotherapie (VT Erw.)
suche **KV-Sitz** – Jobsharing
Tel.: 0 23 36 / 8 28 54

Praxisabgabe in Neustadt/Wstr.
(Raum Mannheim/Ludwigshafen)
Zum 01.01.06 abzugeben an PP für
Tiefenpsychologie (und möglichst
Psychoanalyse). Tel.: 0 63 21 / 87 06 45;
Fax: 0 63 21 / 8 28 44.

KV-Sitz in Hannover
zum 1. Januar 2006 zu verkaufen
Chiffre PTPJ 05 01 03

KV-Sitz PP
bisher TP und PA
in
40667 Meerbusch
zum 1.4.05 zu verkaufen.
Tel.: 0 21 32 / 43 54

KV-Sitz in Düsseldorf
Zulassung PP (VT, Erwachsene)
Verkauf Ende 2005
Chiffre PTPJ 05 01 08

Praxis mit Zulassung
an A/KJP
Bezirk Neukölln/Britz
Fax/Tel.: 0 30 / 6 01 34 27

Praxisverkauf

KV-Sitz im Bereich KV Rheinland-Pfalz
(Dahn/Südwestpfalz).
Doppelzulassung an PP und/oder KJP
zum 01.01.2006 **zu verkaufen**.
Tel.: 0 63 91 / 40 93 19

KV-Sitz Nahbereich München
PP – TP, 20 Min nach MühBf mit S Bahn-
Zug, für überall 2/05 zu verkaufen.
Chiffre PTPJ 05 01 12

KV-Sitz in Krefeld
Sommer 05 abzugeben.
Te.: 0 21 51 / 62 37 05

Praxis und **KV-Sitz** in
Wuppertal (KJP)
abzugeben.
Chiffre PTPJ 05 01 10

KV-Sitz bei Freiburg
Doppelzulassung PP und KJP
Sehr gut gehende Praxis seit 25 Jahren
Verkauf zum 01.10.2005
Tel.: 0 76 41 / 4 27 61

KV-Sitz PP
in Wiesbaden Anfang 2006 abzugeben
Chiffre PTPJ 05 01 14

KJP-KV-Sitz in Bad Mergentheim/
Main-Tauber-Kreis zum 1.4.2006
zu verkaufen. Gut etablierte Praxis in
großem Einzugsgebiet
Tel.: 0 79 31 / 64 30 (ab 20 Uhr)

KV-Sitz (AKJP) Kreis Karlsruhe
großer Bedarf, sehr verkehrsgünstig
zum 1.6.2005,
Tel.: 0 72 52 / 70 69

Praxisvermietung

Köln: ruhiger Therapieraum
in PP-Praxis in Sülz zu vermieten.
Tel.: 02 21 / 4 99 52 32

Mannheim: Praxisgemeinschaft
vermietet großen hellen Raum
an Psycholog. Psychotherapeutin/en
Tel.: 06 21 / 3 36 56 24 oder 41 49 43

Praxisvermietung

Psychologische Psychotherapeutin
(KV-Zulassung in TP)
sucht in Frankfurt/M.
neue Praxisräume/ auch Praxisgem.
Tel.: 0 69 / 57 44 08

Bieten **Praxisräume in Hirschaid/Bamberg**
Für Kinder- und Jugendlichenpsychologen/in
Kooperation mit Kinderarztpraxis mit neuro-
pädiatrischem Schwerpunkt. Großzügige
Räume in unserem Neubau frei gestaltbar.
Tel.: 0 95 43 / 8 40 30 oder
Fax: 0 95 43 / 84 03 15 oder
DresSchmidBettendorf@web.de

Hamburg-Ottensen
Praxisraum (16,5 qm) + ant. Büro
(€ 450,- incl.) in psychoth. Praxen-
gemeinschaft per sofort zu vermieten
Tel.: 0 40 / 39 90 99 40

Praxisraum in Praxengemeinschaft
Psychotherapie zu vermieten.
Köln Ehrenfeld Erstbezug
Tel.: 02 21 / 9 74 31 95

Stellenangebote

KV-Sitz in einer großen Praxengemeinschaft
abzugeben. Wir suchen dafür einen männl. Psychologi-
schen Psychotherapeuten, der auch mit Kindern und
Jugendlichen arbeitet. Unsere Praxengemeinschaft in
einer Kreisstadt der Rhein-Main-Gebietes besteht aus
Psychotherapeuten unterschiedlicher theoretischer
Orientierung. Chiffre PTPJ 05 01 02

Raum Paderborn
Biete Jobsharing oder Anstellung
in VT-Praxis
Chiffre PTPJ 05 01 11

Veranstaltungen/Workshop

**Kongress „Grenzen – Psychotherapie und Identität
in Zeiten der Globalisierung“**

Wissenschaftliche Tagung des Collegium Europaeum
Jenense. Weimar, Congress Centrum Neue Weimar-
halle, 30.06-03.07.2005 Tagungsthemen: Folgen der
Globalisierung für die Psychotherapie; Gesundheit und
Identität; Ökonomisierung und Globalisierung der
Psychotherapie; Grenzen der Erinnerung; Grenzen der
Willensfreiheit; Globale Identität(en) u.v.a.m. Auskünfte:
Prof. Dr. Bernhard Strauß Institut für Medizinische
Psychologie Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-
Universität Jena Stoystraße 3 07740 Jena Tel.: 0 36 41
/ 93 67 00 bernhard.strauss@med.uni-jena.de
Webseite: www.med.uni-jena.de/mpsy/grenzen

Neu – Im Großraum München-Augsburg
(PFK) Patienten-Fall-Konferenz für Kinder +
Jugendlichen-Therapeuten (PT)
Dr. Reinhard Hellmann
(Kinder + Jugendlichen-Analytiker)
Dipl. Sozpäd. Renate Knüttel
Kinder + Jugendlichen-Therapeutin (PT)
Tel.: 0 81 36 / 9 92 54 Mobil: 17 95 12 81 79
Fax: 0 81 36 / 9 90 21
E-mail: dr.med.r.hellmann@t-online.de.

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Bundespsychotherapeutenkammer

Klosterstr. 64
10179 Berlin
Mo – Do 9.00 – 15.00 Uhr
Tel. 030/27 87 85-0
Fax 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Baden-Württemberg

Hauptstätter Straße 89
70178 Stuttgart
Mo – Do 9.00 – 15.30 Uhr
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
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

Holler Allee 22
28209 Bremen

Tel. 0421/27 72 000
Fax 0421/27 72 002
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeit des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
verwaltung@lpk-hb.de
www.lpk-hb.de

Hamburg

Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel. 040/4210 1234
Fax 040/4128 5124
Mo, Di, Do, Fr 9.00 – 15.00 Uhr
Mi 9.00 – 17.00 Uhr
info@ptk-hh.de
www.ptk-hh.de

Hessen

Gutenbergplatz 3
65187 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@psychotherapeutenkammer-hessen.de
www.psychotherapeutenkammer-hessen.de

Niedersachsen

Roscherstr. 12
30161 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do 9.00 – 12.00, 13.30 – 15.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
Beitragsangelegenheiten:
Mo, Mi – Fr 9.00 – 12.00
Mo – Do 13.00 – 13.30 Uhr
info@pk-nds.de
www.pk-nds.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr
Fr 8.30 – 14.30 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30
55130 Mainz
Tel. 06131/5703813
Fax 06131/5700663
Mo – Fr 10.00 – 12.30 Uhr
Di und Do 14.00 – 16.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland

Talstraße 32
66119 Saarbrücken
Tel. 0681/9545556
Fax 0681/9545558
Mo, Di 8.30 – 12.30, 13.30 – 17.30 Uhr
Mi 13.30 – 17.30 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo, Mi, Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di, Do 9.00 – 16.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Inserentenverzeichnis

Akademie bei König & Müller	Würzburg	37
Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer	Hannover	15
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation	Bamberg	31
CPO Hanser Service	Berlin	13
WD	Bonn	3
Deutscher Psychologen Verlag	Bonn	37
PID	Bonn	11
DPA	Bonn	25
DITAT	Bonn	26
EMDR-Institut	Bergisch-Gladbach	59
Ergosoft	Hassloch	2.US
Focusing-Büro	Bamberg	25
Fortbildungsstelle	Stuttgart	77
GNP-Akademie	Würzburg	37
Institut für analytische Gruppentherapie	Düsseldorf	71
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin	Nürnberg	11
Münchener Familien Kolleg	München	23
NIVT Norddeutsches Institut für Verhaltenstherapie	Bremen	87
Praxis- Institut für systemische Beratung	Hanau	59
Psychoholic	Remscheid	17
Schattauer Verlag	Stuttgart	9
TAXCOM	Stuttgart	5

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 Saarlandes und Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein.

Redaktionsbeirat

Detlev Kommer (Baden-Württemberg), Siegfried Schmieder (Baden-Württemberg), Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Dr. Heiner Vogel (Bayern), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Anne Springer (Berlin), Karl Heinz Schrömgens (Bremen), Prof. Dr. Rainer Richter (Hamburg), Jürgen Hardt (Hessen), Uta Cramer-Düncher (Hessen), Dr. Lothar Wittmann (Niedersachsen), Prof. Dr. Hans-Jochen Schwartz (Niedersachsen), Karl Wilhelm Hofmann (NRW), Dieter Best (Rheinland-Pfalz), Ilse Rohr (Saarland), Dr. Monika Pieper-Räther (Schleswig-Holstein).

Anschrift Redaktion

Dr. Barbara Ripper
Landespsychotherapeutenkammer B-W
Hauptstätter Str. 89
70178 Stuttgart
Tel. 0711/674470-40
Fax 0711/674470-16
ripper@lpk-bw.de

Verlag

R. v. Decker, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg

Annette Kerstein, Tel. 06221/489-318, Fax: -529, annette.kerstein@hjr-verlag.de

Anzeigen

Claudia Kampmann-Schröder,
Tel. 06221/437-042, Fax: 06221/437-109,
cks-marketing @t-online.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69181 Leimen

Druck

Druckhaus Darmstadt GmbH
64295 Darmstadt

Bezug und -bedingungen

Inland € 72,- (inkl. Versandkosten)
Ausland € 75,- (inkl. Versandkosten)
Studenten und Ausbildungsteilnehmer € 34,- (inkl. Versandkosten)
Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

Erscheinungsweise

Das „Psychotherapeutenjournal“ erscheint viermal jährlich. Für Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, des Saarlandes 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 2/2005 ist der 1. April 2005, für Ausgabe 3/2005 der 8. Juli 2005 und für Ausgabe 4/2005 der 16. September 2005. Manuskripte sind elektronisch (Diskette, Email) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion 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. Je-

dem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Worten und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Worten (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor.

Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikro- oder Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung –, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung;
- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte im In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

Verantwortlich für den allgemeinen Teil ist der Redaktionsbeirat. Für Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern sind deren Vorstände verantwortlich.

Satzungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Stand: 24.3.2005

Inhaltsverzeichnis

Berufsordnung	1
Fortbildungsordnung	6
Umlageordnung	9
Beitragstabelle 2005	10
Änderung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung	10

Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Auf Grund von §§ 9, 10 Nr. 15 und 31 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes und zur Aufhebung heilberufsrechtlicher Vorschriften vom 9. Juni 2004 (GBl. S. 279), in Verbindung mit § 10 Abs. 1 der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer vom 28. Januar 2004 (Psychotherapeutenjournal 2004, S. 57, Einhefter S. 1) hat die Vertreterversammlung am 27. November 2004 folgende Berufsordnung beschlossen:

Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Vom 31. Januar 2005

Inhaltsverzeichnis

Präambel

I. Grundsätze der Berufsausübung

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Berufliche Aufgaben
- § 3 Berufsbezeichnungen
- § 4 Allgemeine Pflichten

II. Regeln der Berufsausübung

- § 5 Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung
- § 6 Aufklärungspflicht
- § 7 Verschwiegenheit und Schweigepflicht
- § 8 Abstinenz
- § 9 Spezielle Aspekte bei der Arbeit mit minderjährigen Patienten
- § 10 Arbeit mit nicht oder eingeschränkt geschäftsfähigen Patienten
- § 11 Dokumentation
- § 12 Datenschutz
- § 13 Auskunft
- § 14 Berufliche Selbstdarstellung
- § 15 Werbung
- § 16 Kollegialität und Kooperation
- § 17 Interessenkonflikte
- § 18 Fortbildung
- § 19 Qualitätssicherung
- § 20 Honorierung und Abrechnung
- § 21 Haftpflichtversicherung

III. Spezielle Formen der psychotherapeutischen Berufsausübung

- § 22 Niederlassung
- § 23 Erreichbarkeit und Vertretung
- § 24 Delegation
- § 25 Bezeichnungen für Praxen und Gestaltung von Praxisinformationen
- § 26 Beschäftigung angestellter Psychotherapeuten in einer Praxis oder einer Einrichtung der ambulanten Versorgung
- § 27 Beschäftigung von Assistenten und Auszubildenden
- § 28 Aufgabe der Praxis
- § 29 Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Berufsausübung
- § 30 Psychotherapeuten als Lehrende, Supervisoren und Lehrtherapeuten

- § 31 Psychotherapeuten als Gutachter
- § 32 Psychotherapeuten in der Forschung

IV. Schlussbestimmungen

- § 33 Pflichten gegenüber der Kammer
- § 34 Ahndung von Verstößen
- § 35 In-Kraft-Treten

Präambel

Die Berufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder – und Jugendlichenpsychotherapeuten¹ formuliert für die Angehörigen der beiden Heilberufe im Land Baden-Württemberg rechtlich verbindliche Standards und Leitlinien für ein ethisch angemessenes Verhalten im Sinne einer guten Praxis der Berufsausübung.

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.

Besonderes Ziel dieser Berufsordnung ist die Erhaltung und Förderung der Qualität der Berufsausübung, insbesondere die verantwortliche Gestaltung der Beziehung zu Patienten sowie zu anderen Adressaten des beruflichen Handelns. Sie fördert den angemessenen Umgang mit Kollegen des eigenen Berufsstandes sowie mit den Angehörigen anderer Heil- und Gesundheitsberufe. Durch die Definition von Standards einer guten Praxis in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Psychotherapie und den institutionellen und gesellschaftlichen Zusammenhängen, in denen die psychologische Heilkunde zur Anwendung kommt, dient sie der Förderung berufswürdigen Handelns und hilft bei der Verhinderung berufsunwürdigen Verhaltens. Insbesondere dient sie dazu

- das Vertrauen zwischen Patienten und Psychotherapeuten zu fördern,
- die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicher zu stellen und

- die Freiheit und das Ansehen des Berufs der Psychotherapeuten in der Gesellschaft zu wahren und zu befördern.

I. Grundsätze der Berufsausübung

§ 1 Geltungsbereich

Diese Berufsordnung gilt für alle Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Kammer). Sie regelt verbindlich deren berufsbezogenes Verhalten. Gesetzliche Bestimmungen bleiben hiervon unberührt.

§ 2 Berufliche Aufgaben

- 1 Psychotherapeuten üben die psychologische Heilkunde mit dem Ziel aus, Krankheit zu heilen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten sowie Leiden zu lindern.
- 2 Sie betätigen sich vorwiegend 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 Leitung und dem Management von Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen sowie deren wissenschaftlicher Evaluation und in der wissenschaftlichen Weiterentwicklung ihrer Konzepte und Methoden.
- 3 Der Beruf des Psychotherapeuten ist kein Gewerbe und seiner Natur nach ein freier Beruf.

§ 3 Berufsbezeichnungen

- 1 Die Berufsbezeichnung „Psychologische Psychotherapeutin“, „Psychologischer Psychotherapeut“, „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ darf nur führen, wer dazu gem. § 1 Abs. 1 Psychotherapeutengesetz

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. Soweit in dieser Berufsordnung das Wort Patient benutzt wird, gilt es sinngemäß auch für andere Nutzer der Dienstleistungen von Psychotherapeuten.

(PsychThG) in der jeweils geltenden Fassung berechtigt ist.

- 2 Angaben zu beruflichen Tätigkeitsschwerpunkten sind zulässig, soweit sie der Wahrheit entsprechen und in angemessener Form erfolgen. Sie sind der Kammer gegenüber schriftlich anzuzeigen. Die Darstellungsform muss zwischen den nach Ausbildungsrecht und nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbenen Qualifikationen einerseits und Tätigkeitsschwerpunkten andererseits unterscheiden.
- 3 Als zusätzliche Bezeichnung kann der Berufsbezeichnung das wissenschaftliche Verfahren beigefügt werden, das Gegenstand der vertieften Ausbildung und der Prüfung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten war oder gemäß § 12 PsychThG zur Approbation führte.
- 4 Sonstige Regelungen zur Führung von Zusatzbezeichnungen bleiben einer gesonderten satzungrechtlichen Regelung der Kammer vorbehalten.

§ 4 Allgemeine Pflichten

- 1 Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.
- 2 Psychotherapeuten wahren die Würde und anerkennen das Selbstbestimmungsrecht ihrer Patienten.
- 3 Psychotherapeuten erkennen keine Grundsätze an und beachten keine Vorschriften oder Anweisungen, die mit ihrer Aufgabe nicht vereinbar sind und die sie nicht verantworten können.
- 4 Psychotherapeuten haben sich bei der Ausübung ihres Berufes am Stand der Wissenschaft und der Lehre zu orientieren. Bei ihrem methodischen Vorgehen reflektieren sie die Wechselwirkung zwischen der eigenen Person und den persönlichen Gegebenheiten des Patienten sowie seiner Umwelt.
- 5 Psychotherapeuten sind verpflichtet, unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf den Behandlungserfolg zu unterlassen.
- 6 Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.

II. Regeln der Berufsausübung

§ 5 Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung

- 1 Die Vereinbarung über den Beginn einer Psychotherapie setzt eine differentialdiagnostische Abklärung voraus unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen. Dabei sind vorliegende Befundberichte zu berücksichtigen. Die Indikationsstellung und die Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplanes haben unter Berücksichtigung der Behandlungsziele und der psychotherapeutischen Notwendigkeit des geplanten Vorgehens zu erfolgen.
- 2 Psychotherapeuten dürfen keine Behandlung beginnen und müssen eine begonnene umgehend beenden, wenn sie feststellen, dass sie für diese Aufgabe mangels ausreichender Kenntnisse und Erfahrungen nicht befähigt sind.
- 3 Psychotherapeuten sind verpflichtet, eine kontraindizierte Behandlung auch dann zu

unterlassen, wenn sie vom Patienten gewünscht wird.

- 4 Die Übernahme einer zeitlich parallelen oder nachfolgenden Behandlung von Ehegatten, Partnern, Familienmitgliedern oder Verwandten eines Patienten, ist mit besonderer Sorgfalt zu prüfen.
- 5 Der Abschluss einer therapeutischen Beziehung zu einem Patienten erfolgt in der Regel im beiderseitigen Einvernehmen. Sollte der Psychotherapeut gegen den Willen des Patienten eine Behandlung nicht weiterführen können oder wollen, ist er gehalten, den Patienten bei der Suche nach Behandlungsalternativen zu unterstützen.

§ 6 Aufklärungspflicht

- 1 Vor Beginn einer Behandlung haben Psychotherapeuten den Patienten und ggf. dessen gesetzliche Vertreter angemessen über Befund, Diagnose, Therapieplan und mögliche Behandlungsrisiken aufzuklären. Treten diesbezügliche Änderungen im Behandlungsverlauf auf oder sind erhebliche Änderungen des psychotherapeutischen Vorgehens erforderlich, ist der Patient entsprechend aufzuklären.
- 2 Bestandteil der Aufklärungspflicht ist eine sachgerechte Information über Behandlungsalternativen.
- 3 In Institutionen arbeitende Psychotherapeuten informieren ihre Patienten in angemessener Form außerdem über die spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten sowie die Funktionen der an ihrer Behandlung beteiligten Personen. Gleiches gilt, falls Psychotherapeuten im Auftrag dritter Personen oder Institutionen tätig werden.
- 4 Die Aufklärung des Patienten umfasst auch die Vermittlung der Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung, insbesondere Honorarregelungen, Sitzungsdauer und -frequenz und die voraussichtliche Dauer der Behandlung.

§ 7 Verschwiegenheit und Schweigepflicht

- 1 Psychotherapeuten sind verpflichtet, über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit von Seiten des Patienten anvertraut und ihnen in diesem Zusammenhang über Dritte bekannt geworden ist – auch über den Tod ihrer Patienten hinaus – Schweigen zu bewahren. Die Verschwiegenheit erstreckt sich auch auf mündliche und schriftliche Mitteilungen sowie auf sonstige Untersuchungsbefunde.
- 2 Psychotherapeuten sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsguts erforderlich ist. Psychotherapeuten haben bei der Wahrung der Schweigepflicht gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten zu beachten. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht einschränken, sollen die Patienten, wenn dieser Fall eintritt, darüber unterrichtet werden.
- 3 Im Falle krankheitsbedingter Suizidalität hat der Psychotherapeut eine Güterabwägung vorzunehmen, ob zusätzlich zur Behandlung durch weitere Interventionen Schaden für das Leben des Patienten abgewendet werden kann. Ist Gefahr für das Leben des Patienten im Verzug, ist die Durchbrechung der Schweigeverpflichtung gerechtfertigt.
- 4 Erhalten Psychotherapeuten von ihrem Patienten Hinweise auf eine von ihm ausgehen-

de tatsächliche Gefährdung von Leben und Gesundheit Dritter, haben sie sorgfältig abzuwägen, durch welche Maßnahmen diese Gefährdung abgewendet werden kann. Kann die Gefährdung durch direkte Einwirkung auf den Patienten nicht zuverlässig abgewendet werden, ist eine Offenbarung gegenüber dem gefährdeten Dritten oder ggf. der zuständigen Behörde zulässig.

- 5 Die Schweigepflicht gilt auch zwischen Schweigepflichtigen untereinander. Im Rahmen kollegialer Beratung, Intervention, Supervision oder der Weitergabe von Informationen an Angehörige anderer Heilberufe ist eine Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten erforderlich. Im Falle von Minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Patienten ist auch die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter erforderlich.
- 6 Die Beachtung der Schweigepflicht gilt nicht nur für den Psychotherapeuten, sondern auch für seine Mitarbeiter und für Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf bei seiner psychotherapeutischen Arbeit beteiligt sind. Sie sind schriftlich über die Schweigepflicht aufzuklären und haben eine entsprechende Verpflichtungserklärung zu unterzeichnen.
- 7 Zum Zweck der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen personenbezogene Daten von Patienten und Dritten nur mit deren schriftlicher Einwilligung verwendet werden.
- 8 Aufzeichnungen von Therapiesitzungen in Form von Ton- oder Bildaufnahmen durch den behandelnden Psychotherapeuten sind nur mit vorherigem schriftlichem Einverständnis des Patienten und bei Minderjährigen oder geschäftsunfähigen Patienten seitens der gesetzlichen Vertreter zulässig. Ihre Verwendung außerhalb der Behandlungssituation setzt eine schriftliche Schweigepflichtenbindung voraus. Dabei ist der Patient auch über sein Recht zu informieren, eine Löschung zu verlangen.
- 9 Die Übermittlung von Patientendaten an Verrechnungsstellen ist nur zulässig, wenn die Patienten schriftlich zugestimmt haben.
- 10 Psychotherapeuten sind berechtigt, im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften aus der Therapie zu berichten oder ihre Dokumentation offen zu legen, soweit diese Offenbarung der Verfolgung ihrer Rechtsansprüche oder der Verteidigung in eigener Sache dient und für diese erforderlich ist.

§ 8 Abstinenz

- 1 Psychotherapeuten sind verpflichtet, die Arbeitsbeziehungen zu ihren Patienten und deren Partner und Angehörigen professionell zum Wohl ihrer Patienten unter dem Aspekt der psychotherapeutischen Erfordernisse zu gestalten. Sie berücksichtigen dabei ihre besondere Verantwortung und ihren besonderen Einfluss gegenüber den sich ihnen anvertrauenden Patienten und ihrem persönlichen Umfeld.
- 2 Psychotherapeuten dürfen die aus der psychotherapeutischen Arbeit erwachsende Vertrauensbeziehung zum Patienten und seinem persönlichen Umfeld nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse oder wirtschaftlicher Interessen ausnutzen. Das Annehmen von Geschenken ist nur zulässig, solange diese den Charakter von kleinen Aufmerksamkeiten behalten.
- 3 Jegliche sexuelle Kontakte zwischen Psychotherapeuten und Patienten sind unzulässig.
- 4 Die Verpflichtung zur sexuellen Abstinenz gilt auch für die Zeit nach Beendigung der The-

rapie solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung des Patienten zum Psychotherapeuten gegeben ist. Innerhalb einer Dreijahresfrist nach Abschluss der Behandlung ist das Fortbestehen einer Abhängigkeitsbeziehung unwiderleglich zu vermuten.

- 5 Das sexuelle Abstinenzgebot gem. Abs. 3 und 4 gilt auch gegenüber dem Lebenspartner des Patienten. Darüber hinaus gilt es gegenüber Personen, mit denen der Patient in einer engen Bindung steht.
- 6 Die Verantwortung für berufsethisch einwandfreies Verhalten trägt der behandelnde Psychotherapeut.

§ 9 Spezielle Aspekte bei der Arbeit mit minderjährigen Patienten

- 1 Bei der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist eine Kooperation mit den Eltern bzw. Sorgeberechtigten unerlässlich.
- 2 Psychotherapeuten haben das informationelle Selbstbestimmungsrecht minderjähriger Patienten unter Berücksichtigung ihrer entwicklungsbedingten Fähigkeiten zu wahren. Bei Konflikten zwischen Patienten und ihren gesetzlichen Vertretern sowie bei Konflikten der gesetzlichen Vertreter untereinander sind Psychotherapeuten vorrangig dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet.
- 3 Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber gesetzlichen Vertretern, Familienangehörigen und sonstigen an der Erziehung des Patienten beteiligten Personen. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung des Therapeuten, die Eltern bzw. Sorgeberechtigten in angemessener Weise über den Fortgang der Behandlung zu unterrichten und sie in den Therapieprozess einzubeziehen, wenn dies für die Behandlung förderlich ist.

§ 10 Arbeit mit nicht oder eingeschränkt geschäftsfähigen Patienten

Die Bestimmungen des § 9 gelten sinngemäß auch für die Arbeit mit diesem Personenkreis.

§ 11 Dokumentation

- 1 Psychotherapeuten haben Anamnesen, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, Ergebnisse psychometrischer Erhebungen sowie Behandlungsmaßnahmen zeitnah im erforderlichen Umfang zu dokumentieren. Die Unterlagen sind so aufzubewahren, dass sie dem Zugriff unbefugter Dritter entzogen sind.
- 2 Behandlungsaufzeichnungen und Patientenunterlagen sind mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften eine längere Aufbewahrung fordern. Psychotherapeuten haben dafür Sorge zu tragen, dass für den Fall eigener Berufsunfähigkeit, der Praxisübergabe gem. § 28 oder ihres Todes ihre Aufzeichnungen in gehörige Obhut gelangen. Bei der Entsorgung nicht mehr aufbewahrungspflichtiger Aufzeichnungen und Unterlagen (Satz 1) finden die §§ 7, 12 entsprechend Anwendung.
- 3 In Institutionen tätige Psychotherapeuten sind berechtigt, ihre der Institution zu überlassende Dokumentation auf objektivierbare Inhalte zu begrenzen.

§ 12 Datenschutz

Psychotherapeuten sind verpflichtet, die für sie geltenden Bestimmungen des Datenschutzes zu

beachten. Insbesondere haben sie, wenn sie unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen, die Sicherungs- und Schutzmaßnahmen zu treffen, die erforderlich sind, um ein unzulässiges Erheben, Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen der Daten zu verhindern. § 7 bleibt unberührt.

§ 13 Auskunft

- 1 Patienten sind berechtigt nach Maßgabe des Absatzes 2 Einsicht in sie betreffende Unterlagen und Aufzeichnungen zu nehmen. Dies gilt auch für die Zeit nach Beendigung einer Therapie.
- 2 Psychotherapeuten sind berechtigt, die Einsicht auf objektivierbare Daten der Behandlung zu beschränken. Die Beschränkung der Einsichtnahme ist dem Patienten oder dessen gesetzlichen Vertretern angemessen zu erläutern.
- 3 Abschlussberichte, Entlassungsberichte und sonstige Auskünfte an Dritte werden in angemessener Form und unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen sowie der Würde des Patienten erstellt. Die darin enthaltenen Informationen sind auf das notwendige Maß zu beschränken.
- 4 Auskunftsverlangen von dritter Seite über die Person oder die Behandlung des Patienten sind ihm zeitnah mitzuteilen. Die Beantwortung erfolgt nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten, im Falle von Minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Patienten mit Zustimmung des gesetzlichen Vertreters, es sei denn dass gesetzliche Bestimmungen dem entgegenstehen.
- 5 Zum Schutz der psychotherapeutischen Beziehung unterrichtet der Psychotherapeut den Patienten vom Versuch der Einflussnahme Dritter.

§ 14 Berufliche Selbstdarstellung

- 1 Psychotherapeuten sind gehalten, bei ihrem öffentlichen Auftreten alles zu unterlassen, was geeignet ist, das Ansehen ihres Berufsstandes herabzusetzen. Treten sie in der Öffentlichkeit als Fachleute auf, müssen ihre fachlichen Äußerungen zurückhaltend, sachlich informierend und wissenschaftlich fundiert sein. Insbesondere geben sie keine personenbezogene Diagnosen oder Prognosen in der Öffentlichkeit ab.
- 2 Psychotherapeuten können durch sachgerechte und angemessene Angaben über ihre berufliche Praxis informieren. Insbesondere können sie informieren über
 - nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
 - tatsächlich gegebene Schwerpunkte ihrer beruflichen Praxis,
 - organisatorische Hinweise.
- 3 Psychotherapeuten haben der Kammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Angaben erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Kammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.
- 4 Andere Qualifikationen und Schwerpunkte der beruflichen Praxis dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit öffentlich-rechtlich erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können. Die Angaben sind nur zulässig, wenn Psychotherapeuten die angekündigten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausüben.

§ 15 Werbung

- 1 Psychotherapeuten sind verpflichtet, berufswidrige Werbung zu unterlassen, insbesondere anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Psychotherapeuten dürfen eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Bei der beruflichen Selbstdarstellung sind sowohl irreführende Heilungsversprechen als auch unlautere Vergleiche mit anderen Psychotherapeuten und deren Methoden unzulässig.
- 2 Psychotherapeuten dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, wenn diese allen Psychotherapeuten, welche die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen offen stehen. Die Eintragungen müssen sich auf die ankündigungsfähigen Informationen beschränken.

§ 16 Kollegialität und Kooperation

- 1 Psychotherapeuten haben anderen Berufsangehörigen kollegial und mit Respekt zu begegnen. Die Verpflichtung von Psychotherapeuten in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise von anderen Kolleginnen und Kollegen betrifft, nach bestem Wissen ihre fachliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen von Kolleginnen und Kollegen sowie herabsetzende Äußerungen über deren Person sind zu unterlassen.
- 2 Kollegen sind untereinander und gegenüber Angehörigen anderer Heilberufe unter Beachtung der §§ 7 und 13 zur Auskunft berechtigt und verpflichtet.
- 3 Es ist berufsunwürdig, Kollegen aus einer Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Dies gilt analog auch gegenüber Angehörigen anderer Heilberufe.
- 4 Psychotherapeuten dürfen einander 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 Kammer auf den möglichen Verstoß eines Kollegen gegen die Berufsordnung hinweisen.
- 5 Konflikte zwischen Kammermitgliedern sowie zwischen Kammermitgliedern und Patienten können im gegenseitigen Einvernehmen außergerichtlich geklärt werden.
- 6 Die allgemeinen Grundsätze und die Regeln zur Berufsausübung beziehen sich sinngemäß auch auf Ausbildungsverhältnisse, in deren Rahmen Psychotherapeuten für auszubildende Kollegen Verantwortung übernehmen.
- 7 Psychotherapeuten haben mit Vertretern anderer Berufsgruppen respektvoll zu kooperieren. Bei kritischen Stellungnahmen bleiben sie sachlich.
- 8 Bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufsgruppen sind die jeweiligen Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche klar erkennbar voneinander abzugrenzen. Psychotherapeuten haben Personen, die sie in Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung beschäftigen, angemessene Arbeitsbedingungen zu ermöglichen.

§ 17 Interessenkonflikte

- 1 Psychotherapeuten dürfen sich für die Zuweisung von Patienten weder Zahlungen von Entgelt versprechen lassen noch selbst ver-

sprechen. Die Annahme oder Zahlung von Entgelt für Zuweisungen von Patienten ist unzulässig.

- 2 Die Kammer schützt die freie Berufsausübung ihrer Mitglieder. 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.
- 3 Psychotherapeuten, die in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis tätig sind und gleichzeitig einer erlaubten psychotherapeutischen Nebentätigkeit nachgehen, sind im Falle der weiteren Behandlungsbedürftigkeit von Patienten, denen sie im Rahmen ihres Arbeits- oder Dienstverhältnisses begegnen, verpflichtet, diese an Kollegen oder geeignete Einrichtungen zur Anschlussbehandlung zu überweisen. Wenn der Patient auf alternative Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen wurde und nicht bereit ist, diese in Anspruch zu nehmen, ist die Fortführung einer Behandlung in eigener Praxis zur Aufrechterhaltung der Kontinuität der Behandlung zulässig. Eine Ausnahme von der Überweisungsverpflichtung besteht auch dann, wenn in angemessener Zeit kein anderer geeigneter Behandlungsplatz zur Verfügung steht. Gesetzliche Bestimmungen und Pflichten aus dem Arbeitsvertrag bleiben davon unberührt.

§ 18 Fortbildung

- 1 Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausüben, sind zum Zwecke des Erhalts und der wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung ihrer beruflichen Fachkenntnisse und ihres beruflichen Könnens zu laufender Fortbildung verpflichtet.
- 2 Die Erfüllung ihrer Fortbildungsverpflichtung müssen Psychotherapeuten auf Verlangen gegenüber der Kammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Psychotherapeutenkammer nachweisen. Das Nähere regelt die Fortbildungsordnung.

§ 19 Qualitätssicherung

- 1 Psychotherapeuten und ihre Mitarbeiter sind verpflichtet, nach qualitätsgesicherten Maßstäben zu arbeiten.
- 2 Dazu zählen Mindestanforderungen an die räumliche Ausstattung der Praxis, die Einhaltung der erforderlichen Behandlungszeiten, eine sachgerechte Dokumentation und die Überprüfung des Behandlungsergebnisses.
- 3 Psychotherapeuten und ihre Mitarbeiter haben in erforderlichem Umfang weitergehende Maßnahmen im Sinne eines Qualitätsmanagement zu ergreifen und regelmäßig auf ihre Konformität mit qualitätssichernden Vorgaben zu prüfen. Das Nähere regelt eine Qualitätssicherungsordnung.

§ 20 Honorierung und Abrechnung

- 1 Psychotherapeuten haben Anspruch auf eine angemessene Honorierung ihrer Leistungen. 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. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung

haben sie auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

- 3 Psychotherapeuten können Kolleginnen und Kollegen, deren Angehörigen sowie mittellosen Patientinnen und Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.
- 4 Honorarfragen sind vor Beginn der Psychotherapie zu klären. Vereinbarungen über angemessene Ausfallhonorare sind schriftlich festzuhalten.
- 5 Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Kammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.
- 6 Abrechnungen sind sorgfältig vorzunehmen, haben der Klarheit und Wahrheit zu entsprechen und den Behandlungsverlauf korrekt wiederzugeben.

§ 21 Haftpflichtversicherung

Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Die erforderliche Mindestsumme zur Absicherung von Personen- und Sach- und Vermögensschäden beträgt eine Million Euro.

III. Spezielle Formen der psychotherapeutischen Berufsausübung

§ 22 Niederlassung

- 1 Die selbständige Ausübung ambulanter psychotherapeutischer Tätigkeit ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen. Die Durchführung therapeutischer Maßnahmen kann bei geeigneter Indikation auch außerhalb von Praxisräumen stattfinden.
- 2 Räumlichkeiten und Ausstattung der psychotherapeutischen Praxis müssen den besonderen Anforderungen der psychotherapeutischen Berufsausübung genügen. Räumlichkeiten, in denen Psychotherapeuten ihren Beruf ausüben, sind von ihrem privaten Lebensbereich getrennt zu halten.
- 3 Psychotherapeuten ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an bis zu zwei weiteren Orten psychotherapeutisch tätig zu sein. Sie haben dabei Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit zu treffen.
- 4 Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeiten am Praxissitz sowie die Aufnahme weiterer Tätigkeiten und jede Veränderung haben Psychotherapeuten der Kammer unverzüglich mitzuteilen.

§ 23 Erreichbarkeit und Vertretung

- 1 Psychotherapeuten müssen ihre Präsenz und Erreichbarkeit in angemessener Form regeln; sonstige rechtliche Bestimmungen bleiben davon unberührt.
- 2 Anfragen von Patienten, die sich in laufender Behandlung befinden, müssen in der Regel innerhalb von 24 Stunden, in Notfällen ohne schuldhaftes Zögern beantwortet werden, sofern dem nicht besondere Gründe entgegenstehen. Bei Verhinderung des Psychotherapeuten sind dem Patienten alternative Kontaktmöglichkeiten mitzuteilen.
- 3 Bei längeren Abwesenheiten von der Praxis ist der Praxisinhaber verpflichtet, für eine geeignete Vertretung Sorge zu tragen. Im Falle der Krise eines Patienten ist jeder Berufsangehörige zu Übernahme einer Vertretung berechtigt und verpflichtet. Bei der Vertretung

ist darauf zu achten, dass sich in diesem Zusammenhang keine systematische Fortführung der Behandlung ergibt, die über eine erforderliche Krisenintervention oder eine Haltgebende psychotherapeutische Stützung hinaus geht, es sei denn, dies ist im Einvernehmen mit dem Patienten und dem Praxisinhaber vereinbart worden.

- 4 Die Beschäftigung von Vertretern in der Praxis ist der Kammer anzuzeigen, wenn die Vertretung in der Praxisausübung insgesamt länger als drei Monate innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten andauert.

§ 24 Delegation

- 1 Psychotherapeuten können die Durchführung von diagnostischen Teilaufgaben sowie im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplans standardisierte psychotherapeutische Teilaufgaben sowie behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegieren, sofern diese über eine dafür geeignete Qualifikation verfügen.
- 2 Die Gesamtverantwortung für die delegierten Maßnahmen verbleibt bei dem delegierenden Psychotherapeuten.
- 3 Im Falle der Delegation von Maßnahmen sind Psychotherapeuten zur fortlaufenden Supervision der delegierten Leistungserbringung verpflichtet.

§ 25 Bezeichnungen für Praxen und Gestaltung von Praxisinformationen

- 1 Die Bezeichnung einer Praxis muss die für eine Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten zulässigen und geeigneten Informationen enthalten.
- 2 Andere Bezeichnungen als „Psychotherapeutische Praxis“ bedürfen der Genehmigung durch die Kammer, soweit sie nicht gesetzlich vorgesehen sind.
- 3 Praxisschilder sind hinsichtlich Größe und Gestaltung in zweckmäßiger Weise zu gestalten und müssen geeignet sein, der Öffentlichkeit die Praxis anzuzeigen. Sie enthalten Hinweise auf die Präsenz und Erreichbarkeit des oder der Praxisinhaber und ggf. auf die Rechtsform.
- 4 Briefköpfe, Stempel, Anzeigen und Einträge in Verzeichnisse aller Art (Telefon- und Adressbücher, Internet) sind sachlich zu gestalten.

§ 26 Beschäftigung angestellter Psychotherapeuten in einer Praxis oder einer Einrichtung der ambulanten Versorgung

- 1 Psychotherapeuten müssen ihre Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung von Psychotherapeuten als Mitarbeiter setzt die Leitung der Praxis durch einen niedergelassenen Psychotherapeuten voraus. Wird eine Versorgungseinrichtung durch einen Angehörigen eines anderen akademischen Heilberufs geleitet, hat das Kammermitglied den Anstellungsvertrag der Kammer vorzulegen. Psychotherapeuten haben die Beschäftigung psychotherapeutischer Mitarbeiter der Kammer anzuzeigen.
- 2 Psychotherapeuten dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die den angestellten Psychotherapeuten eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.

- Über die in der Praxis tätigen angestellten Psychotherapeuten müssen die Patienten in geeigneter Weise informiert werden.

§ 27 Beschäftigung von Assistenten und Auszubildenden

- Psychotherapeuten sind verpflichtet, Kollegen in Fort- und Weiterbildung, die sie in ihrer Praxis beschäftigen, angemessene Arbeitsbedingungen zu bieten sowie sie für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen freizustellen.
- Entsprechendes gilt für Psychotherapeuten, die Kollegen in Ausbildung im Rahmen der praktischen Tätigkeit und/oder der praktischen Ausbildung als Ausbildungsassistenten in ihrer Praxis beschäftigen.
- Psychotherapeuten haben Kollegen und Praktikanten, die als Assistenten bei ihnen arbeiten und sich in Aus- Fort- bzw. Weiterbildung befinden, entsprechend dem Stand ihrer jeweiligen Ausbildung zu unterrichten.
- Falls Psychotherapeuten Angehörige anderer Berufsgruppen in ihrer Praxis beschäftigen, sind sie verpflichtet, ihnen angemessene Arbeitsbedingungen zu bieten. Die Verantwortung des Psychotherapeuten und die des Angehörigen einer anderen Berufsgruppe müssen klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

§ 28 Aufgabe der Praxis

- Der Praxisinhaber hat dafür Sorge zu tragen, dass bei Beendigung seiner Tätigkeit wegen Erkrankung, im Todesfall, bei der Auflösung oder der Veräußerung der Praxis die Regeln des Datenschutzes gem. § 12 eingehalten werden und die Kammer davon unverzüglich in Kenntnis gesetzt wird.
- Psychotherapeuten können ihre Patientenunterlagen bei Aufgabe oder Übergabe der Praxis grundsätzlich nur mit schriftlicher Einwilligungserklärung der betroffenen Patienten an den Praxisnachfolger übergeben. Soweit eine Einwilligung des Patienten nach entsprechenden Bemühungen nicht zu erlangen ist, hat der bisherige Praxisinhaber die Unterlagen gemäß § 11 Absatz 2 aufzubewahren.
- Ist eine Aufbewahrung bei dem bisherigen Praxisinhaber nicht möglich, ist die Übergabe an den Praxisnachfolger nur zulässig, wenn dieser die Unterlagen getrennt von eigenen Unterlagen unter Verschluss hält. Die Unterlagen dürfen nur mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten eingesehen und weitergegeben werden.
- Bei der Festlegung des sachlichen und ideellen Verkaufswertes einer Praxis sind verkehrsübliche Anforderungen und die einschlägigen Empfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer zu berücksichtigen.

§ 29 Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Berufsausübung

- Psychotherapeuten dürfen zur Ausübung ihres Berufes in allen gesetzlich zulässigen Formen mit anderen Angehörigen des Berufsstandes oder Angehörigen anderer Berufsgruppen, die in Gesundheits- oder Beratungsberufen tätig sind, kooperieren, sofern insbesondere die Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit der Berufsausübung, die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Psychotherapeuten, die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung, die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung und die freie Wahl des Psy-

chotherapeuten durch den Patienten gewährleistet bleibt.

- Bei Zusammenschlüssen muss sichergestellt werden, dass im Rechtsverkehr und bei öffentlichen Ankündigungen die Namen aller Partner und deren Berufsbezeichnungen angegeben werden und die rechtliche Form des Zusammenschlusses kenntlich gemacht wird.
- Zusammenschlüsse nach Absatz 1 sowie deren Änderung und Beendigung sind der Kammer einschließlich der dazu erforderlichen vertraglichen Vereinbarungen mitzuteilen. Sind für die beteiligten Psychotherapeuten mehrere Psychotherapeutenkammern zuständig, so ist jeder Psychotherapeut verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Psychotherapeuten hinzuweisen.

§ 30 Psychotherapeuten als Lehrende, Supervisoren und Lehrtherapeuten

- In der Ausbildung tätige Psychotherapeuten sind verpflichtet, die Integrität der Ausbildungsteilnehmer zu achten. Sie dürfen keine Abhängigkeiten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse, Interessen oder zur Erzielung persönlicher Vorteile ausnutzen. Dieses gilt auch für in der universitären Ausbildung befindliche Praktikanten.
- Psychotherapeuten dürfen bei Ausbildungsteilnehmern, die bei ihnen in Selbsterfahrung, Lehranalyse oder Lehrtherapie sind oder waren, keine Prüfungen abnehmen.
- Vor Abschluss eines Ausbildungsvertrags müssen sämtliche Ausbildungsbedingungen offen gelegt werden. Ausbildungsteilnehmer sind von ausbildenden Kammermitgliedern darüber zu unterrichten, dass die Ausbilder dieser Berufsordnung unterliegen.
- Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Tätigkeit von Psychotherapeuten in der Fort- und Weiterbildung.

§ 31 Psychotherapeuten als Gutachter

- Psychotherapeuten sollen sich nur als Gutachter betätigen, soweit ihre Fachkenntnisse und ihre berufliche Erfahrung ausreichen, um die zu beurteilende Fragestellung qualifiziert beantworten zu können. Sie sind verpflichtet, sich fortlaufend über die für Gutachten maßgeblichen wissenschaftlichen Standards zu informieren und ihre Gutachten entsprechend zu erstatten. Sie haben die Qualität ihrer Arbeit durch die Beteiligung an dafür geeigneten Qualitätssicherungsmaßnahmen zu sichern.
- Weitergehende Anforderungen an die Qualifikation von Gutachtern sind nicht zulässig.

§ 32 Psychotherapeuten in der Forschung

- Psychotherapeuten haben bei der Planung und Durchführung von Studien die anerkannten ethischen Prinzipien einzuhalten und dabei insbesondere das Selbstbestimmungsrecht der Patienten und Probanden zu beachten.
- Bei einer Beteiligung an Forschungsvorhaben, die sie nicht selbst verantworten, haben Psychotherapeuten in besonderer Weise darauf zu achten, dass die von ihnen eingebrachten Daten nicht missbräuchlich verwendet werden.
- Patienten, die an Forschungsvorhaben beteiligt werden sollen, sind vor ihrer Teilnahmeerklärung sorgfältig und umfassend über Inhalt und Rahmenbedingungen der Studie, Auftraggeber und Geldgeber sowie über

daraus entstehende mögliche Belastungen und Risiken aufzuklären. Diese Information und die Zustimmung zur Teilnahme an der Studie müssen vor Beginn schriftlich niedergelegt sein. Bei der Durchführung ist das Wohl der beteiligten Patienten zu beachten. Sind Patienten nach Beendigung des Forschungsvorhabens weiter behandlungsbedürftig, ist dafür Sorge zu tragen, dass geeignete Therapieplätze zur Weiterbehandlung zur Verfügung stehen oder vermittelt werden können.

- Bei der öffentlichen Darstellung von Forschungsergebnissen sind die Beziehungen des Psychotherapeuten zum Auftraggeber und Geldgeber und dessen Interessen offen zu legen.

IV. Schlussbestimmungen

§ 33 Pflichten gegenüber der Kammer

- Die Mitglieder der Kammer sind dieser gegenüber zur Erfüllung aller Aufgaben verpflichtet, die sich aus Gesetzen, Rechtsverordnungen, Satzungen, Verträgen und Richtlinien ergeben.
- In Aufsichts- und Beschwerdesachen hat der Psychotherapeut dem Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg oder einem beauftragten Mitglied des Vorstandes Auskunft zu geben sowie auf Verlangen seine Praxisdokumentation vorzulegen, aus der seine Tätigkeit hervorgeht. Wird er geladen, ist er verpflichtet, vor dem Vorstand oder dem beauftragten Mitglied zu erscheinen. Das gilt nicht, wenn und soweit der Psychotherapeut dadurch seine Verpflichtung zur Verschwiegenheit verletzen oder sich durch wahrheitsgemäße Beantwortung oder Vorlage seiner Behandlungsdokumentation in die Gefahr begeben würde, wegen einer Straftat, einer Ordnungswidrigkeit oder einer Berufspflichtverletzung verfolgt zu werden und er sich hierauf beruft. Der Psychotherapeut ist auf das Recht zur Auskunftsverweigerung hinzuweisen.

§ 34 Ahndung von Verstößen

- Vorsätzliche oder fahrlässige Verstöße gegen die Bestimmungen dieser Berufsordnung können berufsrechtliche Verfahren nach dem Heilberufe-Kammergesetz nach sich ziehen.
- Ein außerhalb des Berufs liegendes Verhalten eines Psychotherapeuten, das eine mit Strafe oder Geldbuße bedrohte Handlung darstellt, ist eine berufsgerichtlich zu ahndende Pflichtverletzung, wenn es nach den Umständen des Einzelfalles in besonderem Maße geeignet ist, Achtung und Vertrauen der Patienten oder sonstiger Adressaten der psychotherapeutischen Leistungserbringung in einer für die psychotherapeutische Berufsausübung bedeutsamen Weise zu beeinträchtigen.

§ 35 In-Kraft-Treten

Diese Berufsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Die vorstehende Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 18. Januar 2005, Az.: 55-5415.2-4.5.2, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 31. Januar 2005

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

Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Auf Grund von §§ 9 und 31 Abs. 2 Nr. 2 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes und zur Aufhebung heilberufrechtlicher Vorschriften vom 9. Juni 2004 (GBl. S. 279), in Verbindung mit § 95 d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022), und mit § 18 Abs. 2 Satz 2 der Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 31. Januar 2005 (Psychotherapeutenjournal 2005, S. 49, Einhefter S. 4) hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 27. November 2004 die folgende Fortbildungsordnung beschlossen:

Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Vom 31. Januar 2005

§ 1 Ziele der Fortbildung

- 1 Durch ihre kontinuierliche Fortbildung bringen die Berufsangehörigen ihre in der Berufsordnung der Psychotherapeuten des Landes Baden-Württemberg konkretisierte berufsethische Überzeugung zum Ausdruck, dass die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer beruflichen Praxis im Interesse des Patientenwohls einer fortlaufenden Überprüfung und Aktualisierung der dazu erforderlichen Wissensgrundlagen, Fähigkeiten und Fertigkeiten bedarf.
- 2 Fortbildungsmaßnahmen dienen dem Ziel, die für die psychotherapeutische Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse, beruflichen Kompetenzen und Fertigkeiten entsprechend dem jeweiligen wissenschaftlichen Stand der psychologischen Heilkunde und der für sie relevanten wissenschaftlichen Disziplinen fortlaufend zu aktualisieren und für die kompetente Anwendung in der eigenen beruflichen Praxis weiterzuentwickeln.
- 3 Fortbildungsmaßnahmen sollen dazu beitragen, die Fähigkeit zu einer selbständigen Beurteilung unterschiedlicher wissenschaftlicher Grundlagen und Perspektiven verschiedener theoretischer Positionen und klinischer Vorgehensweisen in der Psychotherapie zu fördern.

§ 2 Fortbildungsarten und Anforderungen an Fortbildungsinhalte

- 1 Psychotherapierelevante Fortbildungsarten können sein (einzeln oder in Kombination):
 - a) Theoretische Wissensaneignung
 - b) Reflexion des psychotherapeutischen Erlebens und Handelns
 - c) Erwerb bzw. Weiterentwicklung von Handlungskompetenzen und Fertigkeiten
- 2 Bei der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen ist insgesamt auf eine ausgewogene Kombination der verschiedenen Fortbildungsarten zu achten.
- 3 Fortbildungsinhalte müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.
- 4 Die anererkennungsfähigen Fortbildungsinhalte sind in Anlage 1 niedergelegt.

§ 3 Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen

Die Fortbildungsmaßnahmen werden mit Punkten bewertet. Ein Fortbildungspunkt entspricht einer 45-minütigen Fortbildungseinheit. Die Kategorien der Fortbildungsmaßnahmen und die Bewertungsskala im Einzelnen ergeben sich aus der Anlage 2.

§ 4 Fortbildungszertifikat

- 1 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhalten auf Antrag von der Landespsychotherapeutenkammer ein Fortbildungszertifikat. Die Ausstellung des Fortbildungszertifikats setzt voraus, dass der Psychotherapeut

innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, die von Seiten der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg anerkannt wurden. Übt ein Psychotherapeut seinen Beruf in dem in Satz 2 genannten Fünfjahreszeitraum länger als drei Monate nicht aus, verlängert die Kammer auf Antrag den Zeitraum um die Fehlzeiten. Der Nachweis über die Fehlzeiten hat durch entsprechende Belege zu erfolgen; § 95d SGB V bleibt unberührt.

- 2 Die nachgewiesenen Fortbildungsmaßnahmen müssen in ihrer Zusammenfassung die nach den Regeln des § 3 ermittelte Mindestbewertung von 250 Punkten erreicht haben.
- 3 Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, die nicht von der Landespsychotherapeutenkammer akkreditiert wurden, kann bei der Zertifizierung berücksichtigt werden, sofern die Inhalte und Bewertung der Veranstaltung den Anerkennungskriterien dieser Fortbildungsordnung entsprechen.
- 4 Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im Ausland kann anerkannt werden, sofern die Veranstaltung den Anerkennungskriterien dieser Fortbildungsordnung entspricht.
- 5 Das Fortbildungszertifikat wird von dem zuständigen Fachreferat der Landespsychotherapeutenkammer ausgestellt. Gegen die Nichtanerkennung eines Fortbildungsnachweises kann Widerspruch beim Ausschuss für Aus- Fort- und Weiterbildung eingelegt werden. Wird dem Widerspruch von Seiten des Ausschusses nicht abgeholfen, so entscheidet der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer.
- 6 Für die Erteilung des Fortbildungszertifikats wird eine Gebühr gemäß der Gebührenordnung erhoben.

§ 5 Einzelbescheinigungen und Fortbildungskonto

- 1 Auf Antrag eines Kammermitglieds können auch Einzelbescheinigungen über die Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung ausgestellt werden.
- 2 Kammermitglieder sind berechtigt, durch die Landespsychotherapeutenkammer unter Beachtung der Vorgaben des Landesdatenschutzgesetzes ein elektronisches Fortbildungskonto führen zu lassen, auf dem die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und die dabei erreichte Punktzahl festgehalten wird. Auf Antrag des Mitglieds erteilt die Landespsychotherapeutenkammer Auskunft über die gespeicherten Fortbildungsnachweise und die erreichte Punktzahl.

§ 6 Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen

- 1 Fortbildungsveranstaltungen, die in Baden-Württemberg durchgeführt werden und nicht

in Trägerschaft der Kammer oder einer von ihr geführten Einrichtung veranstaltet werden, sollen grundsätzlich vor ihrer Durchführung von Seiten des zuständigen Fachreferats akkreditiert werden, um bei der Zertifizierung berücksichtigt werden zu können. Davon ausgenommen sind psychotherapierelevante Fortbildungsveranstaltungen, die bereits von einer Psychotherapeutenkammer eines anderen Bundeslandes oder einer anderen Heilberufekammer akkreditiert worden sind. Psychotherapierelevante Fortbildungsveranstaltungen, die im Ausland durchgeführt werden und sich in erster Linie an einen in Baden-Württemberg ansässigen Adressatenkreis richten bzw. in Trägerschaft von Veranstaltern durchgeführt werden, die ihren Geschäftssitz in Baden-Württemberg haben, können ebenfalls vor ihrer Durchführung akkreditiert werden. Mit der Akkreditierung erfolgt gleichzeitig eine Bewertung der Fortbildungsveranstaltung mit Fortbildungspunkten. Der Fortbildungsveranstalter ist berechtigt, auf die Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung durch die Kammer öffentlich hinzuweisen und mit Fortbildungspunkten bewertete Bescheinigungen auszustellen.

- 2 Voraussetzung für die Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung ist die Erfüllung der Vorgaben dieser Fortbildungsordnung. Dazu sind insbesondere folgende Nachweise erforderlich:
 - a) Schriftliche Darlegung des Fortbildungsinhalts,
 - b) Art, Dauer, Ort und Zeitpunkt der Fortbildungsveranstaltung,
 - c) Namen und einschlägige Qualifikation des oder der Dozenten bzw. des Supervisors oder eines sonstigen Leiters der Fortbildungsveranstaltung gemäß Anlage 3,
 - d) Zuordnung der Fortbildungsveranstaltung zu dem Katalog der anererkennungsfähigen Fortbildungsinhalte gemäß Anlage 1 und dem Katalog der anererkennungsfähigen Fortbildungsmaßnahmen entsprechend der Anlage 2 dieser Fortbildungsordnung.
- 3 Im Falle von Qualitätszirkeln, Supervisions- oder Interventionsgruppen sind zusätzlich nach ihrer Durchführung die Teilnehmer an diesen Fortbildungsmaßnahmen mitzuteilen. Für Einzelsupervisionen gilt dies entsprechend. Für die Übermittlung dieser Angaben an die Kammer ist die Zustimmung der Teilnehmer erforderlich.
- 4 Zum weiteren Verfahren der Akkreditierung erlässt der Vorstand Durchführungsbestimmungen im Hinblick auf folgende Einzelheiten:
 - a) Antragsfristen und Formalitäten der Antragstellung
 - b) Methoden der Lernerfolgskontrolle
 - c) Teilnehmerlisten
 - d) Teilnehmerbescheinigungen
 - e) Besondere Regelungen für die Anerkennung einzelner Fortbildungsarten

- f) Kennzeichnung sozialrechtlich anerkannter Fortbildungsinhalte gemäß § 95d SGB V.
- 5 Mit der Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung verpflichtet sich der Veranstalter, in geeigneter Weise eine Anwesenheitskontrolle durchzuführen, die Überprüfung der Anwesenheit durch eine mit seiner oder des beauftragten Dozenten bzw. sonstigen Leiters versehenen Originalunterschrift zu dokumentieren sowie eine Evaluation der Fortbildungsveranstaltung durchzuführen. Der Veranstalter kann durch die Landespsychotherapeutenkammer beauftragt werden, für die teilnehmenden Psychotherapeuten mit deren Einwilligung den Nachweis der Teilnahme an der anerkannten Fortbildungsveranstaltung unmittelbar der Landespsychotherapeutenkammer zuzuleiten.
- 6 Die Landespsychotherapeutenkammer behält sich eine Überprüfung von Fortbildungsmaßnahmen vor. Werden erhebliche Abweichungen von den Anforderungen der Fortbildungsordnung festgestellt, können Fortbildungsveranstaltungen von der Anerkennung ausgeschlossen und die Akkreditierung widerrufen werden. Der für die Fortbildungsveranstaltung Verantwortliche ist vorher zu hören.
- 7 Wird eine Fortbildungsveranstaltung nicht akkreditiert, kann dagegen Widerspruch beim Ausschuss Aus- Fort- und Weiterbildung eingelegt werden. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, entscheidet der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer über den Widerspruch.
- 8 Die Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung ist in Abhängigkeit vom Zeitaufwand und der dabei anfallenden Sachkosten bei der Prüfung entsprechend der Gebührenordnung gebührenpflichtig.
- 9 Die akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen werden in einem Fortbildungskalender der Landespsychotherapeutenkammer im Internet zeitnah veröffentlicht.

§ 7 Übergangsbestimmungen

Fortbildungsveranstaltungen, die nach dem 1. Januar 2004 und vor Inkrafttreten der Fortbildungsordnung durchgeführt wurden, werden anerkannt, sofern Inhalte und Art der Durchführung den Vorgaben dieser Fortbildungsordnung entsprechen. Abweichend von Satz 1 werden vor dem 1. Januar 2004 erworbene Fortbildungspunkte, Fortbildungszertifikate von Ärztekammern und das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Baden-Württemberg auf der Grundlage des Modellprojekts „Freiwillige Fortbildungszertifizierung“ angerechnet, wenn die Fortbildungsmaßnahmen den Anforderungen des § 95d SGB V entsprechen.

§ 8 Inkrafttreten

Diese Fortbildungsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Anlage 1 (zu § 2 Abs. 4)

Anerkennungsfähige Fortbildungsinhalte

Die Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg sieht die Anerkennung und Akkreditierung (§ 4 i. V. mit § 6 der FBO) von Fortbildungsveranstaltungen vor. Deren Inhalte müssen sich auf mindestens einen der folgenden Themenbereiche beziehen, um anerkannt werden zu können:

1. Forschungsergebnisse zur Epidemiologie, Ätiologie, Prävention, Diagnostik und Behandlung
2. Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden;
3. Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen zu noch nicht anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der psychologischen Heilkunde.
4. Befunde von psychotherapie relevanten Nachbarwissenschaften;
5. Public Health, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung;
6. berufsrelevante Fortbildungsinhalte wie z.B. berufs- und/oder sozialrechtliche Fragestellungen, Theorien und Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitäts- bzw. Praxismanagements, Personalführung und EDV.

Fortsetzung auf Seite 8

Neufassung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Auf Grund der § 9 Abs. 1, § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1 Satz 2 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes und zur Aufhebung heilberufsrechtlicher Vorschriften vom 9. Juni 2004 (GBl. S. 279), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer am 27. November 2004 folgende Neufassung der Umlageordnung beschlossen:

Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

In der Fassung vom 31. Januar 2005

§ 1 Beitragszweck und Beitragspflicht

- 1 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Deckung ihres sachlichen und personellen Aufwandes erhebt die Landespsychotherapeutenkammer von ihren Kammermitgliedern Beiträge (Umlage).
- 2 Beitragspflichtig sind alle Mitglieder der Kammer gem. § 2 Abs. 1 Heilberufe-Kammergesetz.
- 3 Beitragspflichtig sind auch freiwillige Kammermitglieder.
- 4 Kammermitglieder, die ihren Beruf nicht mehr ausüben und auf Wahlrecht, Wählbarkeit und Mitgliedschaft in der Vertreterversammlung schriftlich verzichten, sind nicht beitragspflichtig. Kammermitglieder,
 1. die auch Pflichtmitglied einer Ärztekammer oder einer anderen Psychotherapeutenkammer sind, haben 50 vom Hundert,
 2. freiwillige Mitglieder sind, haben 50 vom Hundert,
 des jeweiligen Jahresbeitrags zu entrichten.
- 5 Von jedem Kammermitglied ist jährlich ein Beitrag als Umlage zu entrichten. Die Beitragspflicht beginnt nach Ablauf des Monats, in dem ihre Voraussetzungen entstehen und endet mit Ablauf des Monats, in dem ihre Voraussetzungen wegfallen. Sätze 1 und 2 finden für das Beitragsjahr keine Anwendung, in dem ein Mitglied nach dem Stichtag (§ 5 Abs. 1 Satz 2) seinen Wohnsitz oder seinen Beruf in den Geltungsbereich des Heilberufe-Kammergesetzes verlegt.

§ 2 Beitragsfestsetzung

Der Umlageausschuss oder die von ihm beauftragte Person setzt durch schriftlichen Bescheid für jedes beitragspflichtige Mitglied den Beitrag fest.

§ 3 Beitragsbemessung, Außerordentlicher Beitrag

- 1 (*aufgehoben*)
- 2 Sofern der Beitrag nach Beitragsgruppen bemessen wird, werden die Merkmale der Beitragsgruppen und die Höhe der Beiträge von der Vertreterversammlung jährlich in einer Beitragstabelle festgesetzt.
- 3 Zur Deckung außer- und überplanmäßiger Ausgaben der Kammer kann auf Beschluss

der Vertreterversammlung und nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde ein außerordentlicher Beitrag erhoben werden.

§ 4 Auskunftspflicht

- 1 Die Beitragspflichtigen haben dem Umlageausschuss oder der vom Umlageausschuss beauftragten Person auf Verlangen ihre gesamten Berufseinnahmen anzugeben, wenn hiervon die Bemessung des Beitrags abhängt.
- 2 Verweigert ein Beitragspflichtiger diese Angaben oder liegen Gründe für die Annahme vor, dass die Angaben fehlerhaft oder nicht vollständig sind, so werden die Beiträge vom Umlageausschuss aufgrund einer Schätzung festgesetzt.

§ 5 Erhebung und Fälligkeit

- 1 Der Beitrag wird jährlich im März mittels Beitragsbescheids für das laufende Kalenderjahr (Beitragsjahr) erhoben und ist mit Ablauf des 30. April fällig. Er wird von den Mitgliedern erhoben, die am 1. Februar entweder im Land ihren Beruf ausüben oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, im Land ihren Wohnsitz haben (Stichtagregelung). Im Übrigen findet § 1 Abs. 4 Sätze 1 und 2 Anwendung.
- 2 Ein Widerspruch gegen den Beitragsbescheid hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 6 Stundung, Ermäßigung und Erlass

- 1 Der Beitrag kann auf schriftlichen Antrag bis zum Ablauf des Beitragsjahrs (Ausschlussfrist) unter Vorlage entsprechender Nachweise gestundet, auf 50 % ermäßigt oder erlassen werden bei:
 - a) dauerhafter Unterbrechung der Berufstätigkeit von mehr als 6 Monaten wegen Arbeitslosigkeit, Mutterschaftsurlaubs oder Elternzeit und aus gesundheitlichen Gründen;
 - b) dauerhafter Einschränkung der Berufstätigkeit (mindestens 6 Monate um mindestens 50 %) aus gesundheitlichen Gründen;
 - c) Vorliegen besonderer wirtschaftlicher oder sozialer Härten.
- 2 Über Anträge auf Stundung, Ermäßigung, oder Erlass entscheidet der Umlageaus-

schuss. Die Entscheidung ergeht schriftlich und ist zu begründen.

§ 7 Verzinsung rückständiger Beiträge

Der Umlageausschuss kann bestimmen, dass Beiträge, die verspätet entrichtet werden, angemessen zu verzinsen sind.

§ 8 Mahnung und Beitreibung

- 1 Für die Mahnung nach § 14 Abs. 1 des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes kann eine Mahngebühr erhoben werden. Sie beträgt mindestens 2,50 Euro und höchstens 10 Euro.
- 2 Rückständige Beiträge werden nach den Vorschriften des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes beigetrieben.

§ 9 Rechtsbehelf

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

§ 10 Schlussbestimmungen

Die Umlageordnung tritt am Tage nach ihrer Bekanntmachung im Psychotherapeutenjournal in Kraft. Zugleich tritt die Umlageordnung vom 28. Januar 2004 (Psychotherapeutenjournal 2004, S. 57, Einhefter S. 13) außer Kraft.

Vorstehende Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Sozialministeriums vom 18. Januar 2005, Az.: 55-5415.2-4.5.9, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 31. Januar 2005

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

Beitragstabelle 2005

Vom 31. Januar 2005

A. Gemäß § 3 der Umlageordnung wird festgesetzt:

1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2005 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 2005 in Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2005 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Sozialministeriums

Baden-Württemberg vom 16. Dezember 2004, Az.: 55-5415.2-4.4, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 31. Januar 2005

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

Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung für die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Vom 31. Januar 2005

Aufgrund von §§ 9 und 10 des Heilberufe-Kammergesetzes Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl. S. 314), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes und zur Aufhebung heilberufsrechtlicher Vorschriften vom 9. Juni 2004 (GBl. S. 279), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer am 27. November 2004 folgende Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung für die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 13. Oktober 2003 (Psychotherapeutenjournal 4/2003, S. 305) beschlossen:

§ 1 Änderung der Geschäftsordnung für die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Dem § 7 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„4 Unbeschadet des § 75 Abs. 1 Heilberufe-Kammergesetzes („Pflicht zur Verschwiegenheit der in Organen der Kammer tätigen Kammermitglieder“) ist die Beratung vertraulich zu behandeln, wenn es sich um Sachverhalte oder Vorgänge handelt, die ihrer inhaltlichen Bedeutung nach der Vertraulichkeit bedürfen. Dazu gehören insbesondere Sachverhalte oder Vorgänge, deren Bekanntgabe ein schutzwürdiges Interesse der Landespsychotherapeutenkammer,

einzelner Kammermitglieder oder anderer Personen verletzen könnte. Die Vertraulichkeit einzelner Beratungsgegenstände ist nach vorausgegangenem Antragstellung und Abstimmung in der Vertreterversammlung vom Sitzungsleiter ausdrücklich festzustellen. Personen, die nicht nach dem Gesetz über die förmliche Verpflichtung nichtbeamteter Personen (Verpflichtungsgesetz) verpflichtet wurden, dürfen für die Dauer der Beratung des als vertraulich festgestellten Beratungsgegenstands nicht anwesend sein.“

§ 2 In-Kraft-Treten

Die Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung für die Vertreterversammlung der Landespsy-

chotherapeutenkammer Baden-Württemberg tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Vorstehende Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung für die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 18. Januar 2005, Az.: 55-5415.2-4.5.1, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 31. Januar 2005

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

Anlage 2 (zu § 3)

Kategorien, Punktzahlen, Bewertungsrahmen und erforderliche Nachweise für die Akkreditierung und Bewertung von Fortbildungsveranstaltungen

	Kategorie	Punktzahl	Bewertungsrahmen	Nachweis
A	Vortrag und Diskussion	1 Punkt pro Fortbildungsstunde	Max. 8 Punkte pro Tag	Teilnahmebescheinigung
B	Kongresse/ Tagungen/Symposien im In- und Ausland	Wenn kein Einzelnachweis entsprechend Kategorie A bzw. C erfolgt: 3 Punkte pro 1/2 Tag bzw. 6 Punkte pro Tag	Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Teilnahmebescheinigung
C	Seminar, Workshop, Kurs	1 Punkt pro Fortbildungsstunde Ein Zusatzpunkt pro Veranstaltung bis zu 4 Stunden	Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Teilnahmebescheinigung
D	Reflexive Veranstaltungen (Qualitätszirkel/ Supervision/Intervision/ Balintgruppe/Selbsterfahrung)	1 Punkt pro Fortbildungsstunde 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltung bis zu vier Stunden	Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Formales Sitzungs- protokoll (Teilnehmerliste, Ort, Zeit, Thema)
E	Strukturierte interaktive Fortbildung mittels Internet/CD-ROM/Printmedien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform. Die hierfür anrechenbaren Medien und Inhalte müssen vorab von der Landespsychotherapeutenkammer anerkannt werden.	1 Punkt pro Übungseinheit		Bescheinigung der Landespsychotherapeu- tenkammer über die Anerkennung des Mediums + Nachweis des Lernerfolgs
F	Selbststudium durch Fachliteratur/Lehrmittel		Höchstens 50 Punkte in fünf Jahren	Selbsterklärung
G	Autoren Referenten/Qualitätszirkelmoderatoren	1 Punkt pro Beitrag 1 Punkt pro Beitrag/Poster/ Vortrag zusätzlich zu den Punkten der Teilnehmer		Literatur-/ Programmnachweis
H	Hospitationen in psychotherapie relevanten Einrichtungen/Fallkonferenzen; interdisziplinäre Kolloquien/Klinikkonferenzen	1 Punkt pro Stunde 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltung bis zu vier Stunden	Maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag	Bescheinigung der Einrichtung

Anlage 3 (zu § 6 Abs. 2 Buchstabe c.)

Anforderungskriterien für Dozenten und Supervisoren

1. Anforderungskriterien für Dozenten

Folgende Kriterien gelten für Dozenten von Fortbildungsveranstaltungen:

- a) Approbation als PP und/oder KJP oder Nachweis über eine für das betreffende Fachgebiet einschlägigen Berufsqualifikation.
- b) Nachweis ausreichender Fähigkeiten und Erfahrungen in dem gelehrten Fachthema
- c) Selbstverpflichtung zur Produktneutralität

2. Anforderungskriterien für Supervisoren

Folgende Kriterien gelten für Supervisoren von Fortbildungsveranstaltungen:

- a) Supervisoren müssen über eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut verfügen oder psychotherapeutisch weitergebildeter

Arzt sein. Ausnahmen können in begründeten Fällen beim Vorliegen äquivalenter Voraussetzungen geltend gemacht werden.

- b) Die von den psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden und von staatlich anerkannten Ausbildungsstätten beauftragten/ anerkannten Supervisoren können im Rahmen der Kammerzertifizierung tätig werden. Über die hierfür zu berücksichtigenden Berufs- und Fachverbände entscheidet die zuständige Landespsychotherapeutenkammer.
- c) Wer eine verfahrensspezifische Supervision erteilt, muss über einen Aus- und/oder Weiterbildungsabschluss in demjenigen Verfahren verfügen, in dem die Supervision erteilt wird. Falls die Supervision in einem Spezialgebiet stattfindet, muss der Supervisor über besondere Kenntnisse und Fertigkeiten in diesem Spezialgebiet verfügen.

- d) Supervisoren müssen über eine fünfjährige psychotherapeutische Berufstätigkeit nach Abschluss der psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung verfügen.
- e) Supervisoren müssen parallel zu ihrer supervisorischen Tätigkeit auch in relevantem Umfang psychotherapeutisch tätig sein.

Vorstehende Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Sozialministeriums vom 18. Januar 2005, Az.: 55-5415.2-4.5.8, hiermit ausgefertigt und ist bekannt zu machen.

Stuttgart, den 31. Januar 2005

gez. Dipl.-Psych. Detlev Kommer
Präsident der Landespsychotherapeuten-
kammer Baden-Württemberg

Satzungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Stand: 26.01.2005

Inhaltsverzeichnis

Gebührenordnung	1
Anlage zur Gebührenordnung	1
Fortbildungsordnung	2
Beitragsordnung	5

Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg (Kammer) hat am 24.11.2004 die folgende Neufassung der Gebührenordnung entsprechend § 8 Abs. 2 des Gesetzes über die Hamburgische Kammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (HmbPKG), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. November 2002 beschlossen.

§ 1 Allgemeines

1. Die Kammer erhebt für Veranstaltungen und Leistungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben Gebühren nach Maßgabe dieser Gebührenordnung.
2. Ist eine Gebühr innerhalb eines Gebührenrahmens zu erheben, bemisst sich ihre Höhe nach dem Verwaltungsaufwand der mit ihrer Erbringung verbunden ist.
3. In den Gebühren sind, soweit nichts Näheres bestimmt ist, die der Kammer erwachsenden Auslagen inbegriffen. Soweit sie jedoch das übliche Maß überschreiten, sind diese Auslagen gesondert zu ersetzen.

§ 2 Gebührensatzung

Die Gebühr setzt die Stelle fest, die die Amtshandlung vornimmt.

§ 3 Fälligkeit

1. Die Gebühr wird nach Vornahme der Amtshandlung mit der Bekanntgabe der Gebührensatzung an den Schuldner fällig.

2. Schriftstücke oder sonstige Sachen können bis zur Entrichtung der Gebühr zurückbehalten oder an den Gebührenschuldner auf dessen Kosten unter Nachname der Gebühr versandt werden.
3. Ein Widerspruch gegen die Gebühr hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 4 Stundung, Erlass

Auf Antrag des Gebührenschuldners können in besonderen Härtefällen von der festsetzenden Stelle Gebühren ganz oder teilweise gestundet oder erlassen werden.

§ 5 Mahnung, Beitreibung

1. Für die Mahnung nach Maßgabe des Landesverwaltungsvollstreckungsgesetzes in der jeweils gültigen Fassung kann eine Mahngebühr erhoben werden.
2. Gebühren werden nach dem Landesverwaltungsvollstreckungsgesetz in der jeweils geltenden Fassung beigetrieben.

§ 6 Gebühr für Fortbildungsveranstaltungen

Für Fortbildungsveranstaltungen, die von der Kammer ausgerichtet und angeboten werden, können von den Teilnehmern Gebühren erhoben werden. Eine Differenzierung der Gebühren nach Maßgabe einer bestehenden Kammermitgliedschaft ist zulässig.

§ 7 Gebühren für besondere Leistungen

Für Leistungen, die die Kammer auf Veranlassung oder im Interesse eines einzelnen Mitgliedes erbringt, kann soweit diese Gebührenordnung nichts anderes bestimmt, eine Gebühr in Höhe von 5,- € bis höchsten 500,- € erhoben werden. Die Höhe der Gebühr bemisst sich entsprechend § 1 Abs. 2 dieser Gebührenordnung.

§ 8 Auslagen

Die bei gebührenpflichtigen Leistungen entstehenden Auslagen können von dem Gebührenschuldner erhoben werden. Zu den Auslagen gehören Tagesgelder und Reisekosten der auf Antrag des Gebührenschuldners tätig gewordenen Mitgliedes eines zuständigen Organs oder Ausschusses des Kammer, Postgebühren einschließlich Fernspreckgebühren sowie Schreibauslagen für die auf Antrag erteilten Ausfertigungen, Abschriften und Ablichtungen.

§ 9 Gebühren und Auslagen in berufsgerichtlichen Verfahren

– nicht besetzt –

§ 10 Inkrafttreten

Die Gebührenordnung tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg in Kraft.

Anlage zur Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 24.11.2004

1. Allgemeine Verwaltungsgebühren	je Veranstaltung/ Gruppe: – für den Supervisor/ die Supervisorin 0,- €	1.5 Erfolgreiche Rechtsmittel 50,- €
1.1 Ausstellung von Bescheinigungen, Urkunden und sonstigen Zertifikaten sowie Zeitschriften davon 25,- €	– je Interventionsgruppen 0,- €	1.6 Mahngebühr 1. Mahnstufe 10,- € Mahngebühr 2. Mahnstufe 20,- € Kosten des Vollstreckungs- Verfahrens zusätzlich zu den Gerichtskosten 50,- €
1.2 Ausstellung von Fortbildungszertifikaten und -bescheinigungen gem. Abs II. der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg (einmal in 5 Jahren) 0,- €	– Teilnehmergebührenfreie Fortbildungsveranstaltung 0,- €	1.7 Kosten für Rücklastschriften 15,- €
1.3 Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen und SupervisorInnen nach Maßgabe der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg für folgende Fortbildungsangebote	– Teilnehmergebührenpflichtige Fortbildungsveranstaltung 0,- €	1.8 Für nicht durch die Gebührenordnung benannte Leistungen werden die Gebühren auf Basis eines Verwaltungsstundensatzes von 80,- € ermittelt.
	– Kongresse oder Großveranstaltungen: eine reguläre Teilnehmergebühr	1.9 Ausstellung des Heilberufsausweises / Erst- und Ersatzausgabe je Ausweis 40,- €
	1.4 Anerkennung von EU-Diplomen und Zertifikaten je Diplom / Zertifikat 100,- €	

**Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg,
beschlossen in der Kammerversammlung am 24.11.2004**

**§ 1
Präambel**

Die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg regelt die vom Gesetzgeber geforderte Fortbildung. Sie strukturiert die bislang aus einem persönlichen Interesse von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten heraus erfolgte hohe Fortbildungsbereitschaft. Die Fortbildung von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten baut dabei auf den in der Aus- und Weiterbildung erworbenen Kenntnissen und Erfahrungen auf, vertieft und erweitert diese und gewährleistet eine breite und wissenschaftlich fundierte Qualifikation auf Dauer. Dabei soll sie neue Entwicklungen und Methoden in der Psychotherapie, den Erwerb von Grundwissen sowie eine Qualitätssicherung der praktischen Arbeit durch Fallarbeit und Supervision vermitteln.

**§ 2
Voraussetzungen für den Erwerb des
Fortbildungszertifikates**

1. Die Hamburger Fortbildungsordnung sieht zwei Modelle zur Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung vor: Das Hamburger Fortbildungszertifikat und die Fortbildungsbescheinigung.
2. Das Hamburger Fortbildungszertifikat für Kammermitglieder wird ausgestellt, wenn der Psychotherapeut oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut innerhalb von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungseinheiten im geforderten Rahmen und Verhältnis absolviert hat. Die Erfüllung dieser Rahmenbedingungen sichert ein differenziertes Fortbildungsniveau und stellt damit ein Instrument der Qualitätssicherung dar.
3. Kammermitglieder, die im Rahmen ihrer Fortbildung von den Rahmenbedingungen der Fortbildungsordnung bezüglich des Umfangs, der Verteilung oder der Struktur der Fortbildung abgewichen sind, erhalten auf Antrag

für die von der Psychotherapeutenkammer anerkannten Fortbildungseinheiten eine Fortbildungsbescheinigung.

4. In der Regel sollen die Fortbildungseinheiten in vorher von der zuständigen Psychotherapeutenkammer anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erworben werden. Die durch die Musterfortbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer empfohlenen Kriterien werden durch das Hamburger Fortbildungszertifikat erfüllt.
5. Bescheinigungen anderer Landespsychotherapeutenkammern werden anerkannt. Gleiches gilt auch für die von einer Ärztekammer akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen, sofern diese für die psychotherapeutische Tätigkeit relevant sind.
6. Der Fünfjahreszeitraum beginnt für die derzeitigen Kammermitglieder spätestens mit dem 1. Juli 2004, für neu approbierte Kammermitglieder mit Beginn der Kammermitgliedschaft. In Ausnahmefällen, wie im Falle von Schwangerschaft, Erziehungszeiten, längerer Krankheit, kann der Fünfjahreszeitraum um die Dauer des Aussetzens der Berufstätigkeit verlängert werden. Einem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen.

**§ 3
Punktekatlog**

1. Zur Erlangung des Fortbildungszertifikats sind innerhalb von 5 Jahren insgesamt 250 Fortbildungspunkte nachzuweisen, wobei mindestens 100 Punkte (40%) aus der Kategorie Kenntniserwerb (incl. Selbststudium) und 75 Punkte (30%) aus der Kategorie Reflexion stammen müssen, um eine Ausgewogenheit der Fortbildung sicher zu stellen. Es steht also ein Anteil von 75 Punkten (30%) zur freien Wahl offen.
2. Die Kategorien Kenntniserwerb und Reflexion sind jeweils wiederum in zwei Bereiche geteilt. Der Bereich Kenntniserwerb teilt sich auf in rezeptiven und aktiven Kenntniserwerb. Der Bereich Reflexion gliedert sich auf in die Reflexion der Kenntnisse und die Reflexion der therapeutischen Tätigkeit.

**§ 4
Kenntniserwerb**

1. Rezeptiver Kenntniserwerb

Als rezeptiver Kenntniserwerb gelten das Lesen von Fachliteratur sowie der Besuch von Fachvorträgen, Kongressen, Theorieseminaren und die Nutzung mediengestützter interaktiver Fortbildung. Das Lesen von Fachliteratur wird aufgrund einer verbindlichen Erklärung des Kammermitglieds mit maximal 50 Punkten angerechnet, der Besuch von Fachvorträgen mit einem Punkt pro 45 Minuten, Theorieseminare zählen mit einem Punkt pro 45 Minuten. Der Besuch von Fachkongressen kann mit insgesamt maximal 30 Punkten und höchstens 8 Punkten am Tag angerechnet werden. Liegen Einzelnachweise für Vorträge oder Workshops innerhalb des Kongresses vor, werden diese als einzelne Veranstaltung berechnet. Die Nutzung mediengestützter interaktiver Fortbildung wird mit einem Punkt pro Übungseinheit bewertet.

2. Aktiver Kenntniserwerb

Als aktiver Kenntniserwerb gelten fachbezogene Autorenschaft, das Halten von Fachvorträgen und die Lehrtätigkeit in Aus-, Fort- und Weiterbildung. In diesem Bereich können innerhalb von 5 Jahren insgesamt maximal 50 Punkte angerechnet werden. Fachbezogene Autorenschaft wird mit einem Punkt pro 5 Seiten angerechnet. Das Halten von Fachvorträgen und die Lehrtätigkeit in Fort- und Weiterbildung werden mit 2 Punkten pro 45 Minuten bewertet, jedoch nur insgesamt einmal bei gleichem Thema.

**§ 5
Reflexion**

1. Reflexion der Kenntnisse

Als Reflexion der Kenntnisse gelten die Teilnahme an Workshops und zertifizierten Qualitätszirkeln und Fachkonferenzen. Die Teilnahme wird mit einem Punkt pro 45 Minuten anerkannt.

2. Reflexion der therapeutischen Tätigkeit

Als Reflexion der therapeutischen Tätigkeit gelten Fach- und Fallkonferenzen, Intervisionsgruppen, Einzel- oder Gruppensupervision,

(zu § 3-Punktekatlog)

Kenntniserwerb		Reflexion	
Rezeptiv	Aktiv <i>max. 50 Pkte.*</i>	der Kenntnisse	der therapeut. Tätigkeit
Fachliteratur <i>max. 50 Pkte.*</i>	Autorenschaft 1 Pkt./ 5 Seiten	Workshop 1 Pkt./ 45 Min.	Fall-Konferenz 1 Pkt./ 45 Min.
Fachvortrag 1 Pkt./ 45 Min. max. 8 Pkt./Tag	Fachvortrag halten 2 Pkte./ 45 Min.	Fachkonferenz 1 Pkt./ 45 Min.	Intervision 1 Pkt./ 45 Min.
Kongress <i>max. 30 Pkte.*</i> max. 8 Pkte./Tag	Lehrtätigkeit in Aus-, Fort- und Weiterbildung 2 Pkte./ 45 Min.		Supervision 1 Pkt./ 45 Min.
Theorie-Seminar 1 Pkt./ 45 Min. max. 8 Pkt./Tag			Selbsterfahrung <i>max. 50 Pkte.*</i> 1 Pkt./ 45 Min.
Mediengestützte interaktive Fortbildung 1 Pkt./ Übungseinheit			

* Die maximale Punktzahl bezieht sich auf den gesamten Zeitraum von 5 Jahren.

Balintgruppen sowie Einzel- oder Gruppen-selbsterfahrung. Die genannten Reflexions-formen werden jeweils mit einem Punkt pro 45 Minuten auf das zu erbringende Fortbildungs-kontingent angerechnet. Der Anteil der Selbst-erfahrung daran bleibt auf insgesamt 50 Punkte begrenzt.

§ 6 Definition anererkennungsfähiger Fortbildungsinhalte

1. Fachliteratur

Wissenschaftlich fundierte Darstellungen empirischer, klinischer oder theoretischer Natur aus dem Bereich der Psychotherapie und benachbarter Fachgebiete

2. Fachvortrag

Darstellung empirischer, klinischer, theoretischer Arbeiten

3. Mediengestützte interaktive Fortbildung

Strukturierte interaktive Fortbildungen über Printmedien, Online-Medien und audiovisuelle Medien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolges in Schriftform

4. Autorenschaft

Schriftliche Darstellung empirischer, klinischer oder theoretischer Arbeiten in Fachzeitschriften oder Fachbüchern

5. Qualitätszirkel

Bescheinigungen über die Teilnahme an von einer Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Qualitätszirkeln werden als Fortbildung anerkannt (1 Pkt./45 min.)

6. Fachkonferenz

Interne Fortbildungsveranstaltungen in Kliniken, Beratungsstellen oder anderen Einrichtungen mit psychotherapeutischen Aufgaben. Fachkundige Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Einrichtung oder auswärtige Referentinnen oder Referenten berichten über einen Fall, stellen theoretische Konzepte vor, sie referieren Beiträge aus Fachzeitschriften oder üben Techniken ein. Fachkonferenzen können auch in Form von Team-supervision die Fachorganisation des Teams selbst zum Thema haben

7. Fallkonferenzen

Fallbezogene Reflexion von Diagnostik, Indikationsstellung und der Behandlungsplanung.

8. Intervention

Fallbezogene Reflexion in einer anerkannten Interventionsgruppe, die sich aus min. 3 Teilnehmern zusammensetzen muss.

9. Supervision

Fallbezogene Reflexion unter Leitung eines von der Psychotherapeutenkammer Hamburg anerkannten Supervisors. Für psychotherapeutisch tätige ärztliche SupervisorInnen gelten analog die Anerkennungskriterien entsprechend Punkt IV. dieser Fortbildungsordnung.

10. Selbsterfahrung

Einzel- oder als Gruppenselbsterfahrung. Sie wird von dafür anerkannten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten geleitet, zu denen keinerlei Abhängigkeitsverhältnis besteht.

§ 7 Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen

1. Psychotherapeutische Fortbildungsveranstaltungen werden dann auf das Fortbildungszertifikat angerechnet, wenn die Psychothe-

rapeutenkammer an ihnen beteiligt ist oder sie von der Psychotherapeutenkammer anerkannt worden sind.

2. Die Anerkennung kann auf Antrag des Veranstalters im Sinne einer Akkreditierung oder auf Antrag des Teilnehmers individuell durch die Kammer erteilt werden. Antragsformulare sind bei der Kammer erhältlich.
3. Anerkennungen von Fortbildungsveranstaltungen werden in geeigneter Form veröffentlicht. Für die von der Psychotherapeutenkammer anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erteilt der Veranstalter eine Bescheinigung über die regelmäßige und durchgängige Teilnahme, die den Namen des Teilnehmers/der Teilnehmerin, Termin, Zeit, Dauer, Thema, Ort, Veranstalter bzw. Referenten/Referentin und die anerkannten Fortbildungspunkte der Fortbildungsveranstaltung beinhaltet.
4. Für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen in Form von Intervention, Einzel- oder Gruppensupervision und Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung gelten folgende Regelungen:
 - a. Eine Interventionsgruppe ist bei der Psychotherapeutenkammer unter Angabe der Terminplanung, der Teilnehmerinnen und des verantwortlichen Kammermitgliedes (Sprecher) anzumelden und bedarf der Bestätigung. Der Sprecher reicht einmal jährlich eine zusammenfassende Anwesenheitsliste bei der Psychotherapeutenkammer Hamburg ein, die Angaben zu Termin, Zeit, Dauer, Ort, Teilnehmer/Teilnehmerinnen an den stattgefundenen Gruppensitzungen enthält.
 - b. Einzel- oder Gruppensupervision und Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung werden anerkannt, wenn sie von einem Supervisor/ einer Supervisorin bzw. einem Selbsterfahrungsleiter/ einer Selbsterfahrungsleiterin erbracht wurde, der/die von einer Psychotherapeutenkammer für diese Tätigkeit anerkannt worden ist. Die Teilnahmebescheinigung des Supervisors/ der Supervisorin bzw. des Selbsterfahrungsleiters/ der Selbsterfahrungsleiterin hat Termin, Zeit, Dauer, Ort und Name des Teilnehmer/der Teilnehmerin zu enthalten. Sie ist mindestens jährlich auszustellen.
 - c. Die Teilnahme an Weiterbildungskursen kann nur entweder auf die Weiterbildung oder auf die Fortbildung angerechnet werden.
 - d. Der Veranstalter verpflichtet sich zur Evaluation.
5. Fortbildungsveranstaltungen, die von einer anderen Psychotherapeutenkammer anerkannt sind, werden anerkannt. Dies gilt auch für Fortbildungsveranstaltungen einer Ärztekammer.
6. Die Akkreditierung erfolgt durch Überprüfung der Struktur, des Inhaltes sowie der Befähigung der Referentinnen und Referenten der jeweiligen Fortbildungsveranstaltung.

§ 8 Kriterien für die Anerkennung von Veranstaltungen

1. Die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen orientiert sich an folgenden Kriterien:
 - Wissenschaftliche Anerkennung nach PsychThG oder Wissenschaftliche Be-gründetheit

- Praxisrelevanz oder klinische Erprobtheit
- Qualität der eingesetzten Fortbildungsmethoden
- Evaluation des Fortbildungserfolges
- Qualifikation der Referenten

§ 9 Kriterien für die Anerkennung von Referenten

1. Folgende Kriterien gelten für Referenten von Fortbildungsveranstaltungen:
 - Approbation nach § 2 PsychThG oder Nachweis über eine für das betreffende Fachgebiet einschlägige Berufsqualifikation
 - Nachweis ausreichender Fähigkeiten und Erfahrungen in dem gelehrten Fachthema
 - Selbstverpflichtung zur Produktneutralität
 - Dozenten, die von einem Berufs- oder Fachverband/Fachgesellschaft anerkannt sind, können von der Kammer als Referenten anerkannt werden (Über die zu berücksichtigenden Berufs- und Fachverbände entscheidet die Psychotherapeutenkammer)
 - Dozenten, die in einer staatlich anerkannten Ausbildung als solche anerkannt sind, können auf Antrag ohne weitere Überprüfung als Referenten bestätigt werden

§ 10 Kriterien für Supervisor/Selbsterfahrungsleiter

1. Folgende Kriterien gelten für Supervisoren/Selbsterfahrungsleiter:
 - Approbation
 - Aus-/Weiterbildungsabschluss im Verfahren
 - 5 Jahre Berufstätigkeit nach Abschluss der Aus-/Weiterbildung
 - In der Regel parallele Psychotherapeutische Behandlungstätigkeit
 - Eignung zur Tätigkeit als Supervisor/Supervisorin, bzw. Selbsterfahrungsgruppen-leiter/-leiterin
2. Die vorstehenden Kriterien gelten bei SupervisorInnen in der Regel als erfüllt, wenn diese von einer anerkannten Ausbildungsstätte gemäß § 6 PsychThG anerkannt sind.
3. SupervisorInnen, die von einem Berufs- oder Fachverband/Fachgesellschaft anerkannt sind, können von der Kammer als SupervisorInnen anerkannt werden (Über die zu berücksichtigenden Berufs- und Fachverbände entscheidet die Psychotherapeutenkammer)

§ 11 Evaluation im Rahmen der Fortbildungsordnung

1. Fortbildungsveranstaltungen werden unter Qualitätsgesichtspunkten akkreditiert und evaluiert. Dabei sollen in der Regel bereits bewährte Evaluationsinstrumente (z.B. Fragebogen) eingesetzt werden.
2. Evaluative Maßnahmen von Seiten der Kammer sind dem Veranstalter der Fortbildungsveranstaltung jeweils anzukündigen und die Ergebnisse der Evaluation in geeigneter Form rückzumelden.

§ 12 Kosten

Die Kammer kann vom Anbieter für die Bearbeitung der Anträge zur Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen Verwaltungsgebühren ebenso wie von Kammermitgliedern für die Erteilung von Fortbildungszertifikaten. Deren Höhe wird in der Gebührenordnung geregelt.

**§ 9
Sonderregelungen**

(1) PsychotherapeutenInnen in der praktischen Ausbildung sind beitragsfrei, wenn sie Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg sind.

(2) PsychotherapeutenInnen, die arbeitslos sind und neben dem Arbeitslosengeld keine Einnahmen aus psychotherapeutischer Tätigkeit erzielen, zahlen für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit keinen Beitrag. Die Arbeitslosigkeit ist zu belegen. Gleiches gilt für PsychotherapeutenInnen, die sich im Mutterschutz oder in der Elternzeit befinden, oder aus anderen zu belegenden Gründen ihren Beruf nicht ausüben.

(3) PsychotherapeutenInnen, die auch als Arzt/Ärztin approbiert und auf beiden Gebieten berufstätig sind, werden mit ihrem Einkommen aus

psychotherapeutischer und ärztlicher Tätigkeit eingestuft. Der sich daraus ergebende Beitrag wird halbiert, wenn die Mitgliedschaft in der Ärztekammer besteht und nachgewiesen wird.

(4) PsychotherapeutenInnen, die an wissenschaftlichen Hochschulen nur in so genannten theoretischen Fächern (z.B. Hochschullehrer für klinische Psychologie) lehren und / oder nur reine Grundlagenforschung betreiben, werden auf schriftlichen Antrag mit einem Beitrag von 80 % der in §3 Abs. I der Beitragsordnung genannten Beitragsberechnung veranlagt. Für die Beitragsberechnung nach Satz I gilt auch das aus der theoretischen Tätigkeit als Psychotherapeut erzielte Einkommen als Einkommen aus psychotherapeutischer Tätigkeit.

(5) PsychotherapeutenInnen, die ihren psychotherapeutischen Beruf in der Freien und Hansestadt Hamburg nicht oder nur gelegentlich aus-

üben, können der Psychotherapeutenkammer Hamburg auf Antrag als freiwillige Mitglieder angehören.

**§ 10
Veröffentlichung der Beschlüsse der
Kammerversammlung**

Die Beschlüsse der Kammerversammlung gemäß § 2 sind im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg bekannt zu geben.

**§ 11
Inkrafttreten**

Diese Beitragsordnung tritt am ersten Tag nach der Verkündung im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg in Kraft, gleichzeitig tritt die bis zu diesem Zeitpunkt geltende Beitragsordnung außer Kraft.

Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg hat in ihrer Sitzung am 24.11.2004 aufgrund § 8 Abs. 1 des Gesetzes über die Hamburgische Kammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zur Änderung anderer Gesetze (HmbPKG) in der Fassung vom 18.07.01 (HmbGVBL. Nr. 26, S. 208-214), zuletzt geändert am 13. November 2002 (HmbGVBL. 276f) die nachfolgende Beitragsordnung beschlossen.

– Übersicht –

- § 1 Beitragspflicht
- § 2 Beitragshöhe
- § 3 Beitragsbemessung
- § 4 Beitragsfestsetzung, Selbstveranlagung
- § 5 Fälligkeit
- § 6 Fehlerhafte Veranlagung
- § 7 Zahlungsweise, Beitreibung
- § 8 Beitragsbefreiung, Beitragsnachlass, Stundung, Ratenzahlung
- § 9 Sonderregelungen
- § 10 Veröffentlichung der Beschlüsse der Kammerversammlung
- § 11 Inkrafttreten

§ 1 Beitragspflicht

(1) Jedes Mitglied der Psychotherapeutenkammer Hamburg entrichtet zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Psychotherapeutenkammer Hamburg einen Beitrag, der sich aus einem einheitlichen, für alle Mitglieder gleichen Grundbeitrag und einem Zusatzbeitrag zusammensetzt. Bemessungsgrundlage für den Zusatzbeitrag ist die Höhe der Einkünfte gemäß § 2.

(2) Beitragspflichtige Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg sind entsprechend § 2 Abs.1 HmbKGGH alle in Hamburg tätigen approbierten psychologischen PsychotherapeutenInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen.

(3) Für freiwillige Mitglieder kann die Kammerversammlung einen einkommensunabhängigen Beitrag festlegen.

§ 2 Beitragshöhe

Die Höhe des Grundbeitrages und des Zusatzbeitrages wird jährlich zusammen mit dem Beschluss über den Haushaltsplan von der Kammerversammlung festgelegt. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

§ 3 Beitragsbemessung

(1) Für die Bestimmung der Bemessungsgrundlage für den Zusatzbeitrag ist das Einkommen des Kalenderjahres maßgebend, das drei Jahre vor dem betreffenden Haushaltsjahr erzielt wurde. Dabei sind Einkünfte aus berufs-fremder Tätigkeit und/oder Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, sowie Lohnersatzleistungen (Krankengeld / Arbeitslosengeld) NICHT zu berücksichtigen.

Die für die Beitragsberechnung zugrunde zulegenden Einkünfte werden wie folgt ermittelt:

- a) Das steuerpflichtige Bruttoeinkommen als Ergebnis der Einnahme - Überschussrechnung aus selbständiger Berufsausübung nach Abzug des halben Beitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für PsychotherapeutenInnen unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenzen. Diese Berechnungsgrundlage gilt für PsychotherapeutenInnen die Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit erzielen.
- b) und/oder
- c) Bruttoarbeitslohn aus nichtselbständiger Berufsausübung unter Abzug der Werbungskosten, und/oder
- d) Nebeneinkünfte (z. B. Gutachtertätigkeit und Beratungstätigkeit) abzüglich der Betriebsausgaben und/oder Werbungskosten, die im Zusammenhang mit der Tätigkeit anfallen, soweit sie sich auf diese Tätigkeit beziehen. Weitere Ausgaben dürfen bei der Berechnung nicht abgesetzt werden,
- e) wenn ein Kammermitglied Einkommen sowohl aus selbständiger als auch aus nicht selbständiger Tätigkeit, bzw. aus Nebeneinkünften erzielt, gelten die Absätze a) bis c) für das jeweilige Einkommen entsprechend. Der Beitrag ergibt sich in diesen Fällen als Summe der Einzelbeiträge je Einkunftsart.

(2) Berufsausübung im Sinne dieser Regelung umfasst nicht nur die Behandlung von Patienten, sondern jede Tätigkeit, bei der psychotherapeutische Kenntnisse angewendet oder mit verwendet werden (z. B. in Lehre und Forschung, bei Beratungstätigkeiten in der Industrie (Coaching / Personalmanagement), bei Beratungsstellen, Behörden und dergleichen).

(3) Bei Aufnahme der Berufsausübung im vergangenen Jahr ist das Einkommen dieses vergangenen Jahres Bemessungsgrundlage.

(4) Bei Aufnahme der Berufsausübung bis zum 1. Februar des Jahres der Beitragsfestsetzung ist das voraussichtliche Einkommen dieses Jahres zugrunde zu legen.

(5) Alle für die Beitragsfestsetzung erforderlichen Angaben sind von dem Beitragspflichtigen wahrheitsgemäß zu machen.

§ 4 Beitragsfestsetzung

(1) Die Beitragsfestsetzung erfolgt auf Basis der von den Kammermitgliedern mitgeteilten Einkommensverhältnisse.

(2) Dazu erstellt die Psychotherapeutenkammer Hamburg einen Beitragsfragebogen, der von den Mitgliedern auszufüllen und an die Psychotherapeutenkammer Hamburg fristgemäß zurückzusenden ist.

(3) Dem Beitragsfragebogen muss der Auszug des Einkommensteuerbescheides des Bezugsjahres der Beitragsbemessung oder eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters oder ersatzweise eine eidesstattliche Erklärung über die Richtigkeit der Angaben beigelegt werden. Der Beitragsfragebogen und der erforderliche Nachweis (Kopie des Steuerbescheides bzw. Bestätigung des Steuerberaters) sind der Psychotherapeutenkammer für jedes Mitglied gesondert

vorzulegen und müssen das von diesem Mitglied erzielte Einkommen aus der beruflichen Tätigkeit einzeln ausweisen. Der Steuerbescheid als Nachweis ist in jedem Fall nachzureichen, wenn er zum Zeitpunkt der Abgabe des Beitragsfragebogens noch nicht vorliegen sollte.

(4) Macht das beitragspflichtige Mitglied trotz Mahnung keine oder unvollständige Angaben zu seinen Einkommensverhältnissen oder liegt dem Beitragsfragebogen nicht nach § 4 Nr. 3 der Auszug des Einkommensteuerbescheides oder eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters bei, so wird der Beitrag durch die Psychotherapeutenkammer Hamburg unter Berücksichtigung der Regelungen in § 3 auf Basis einer Beitragsbemessungsgrundlage in Höhe von 75.000,- € festgesetzt.

§ 5 Fälligkeit

Der Beitrag wird mit dem Zugang des Beitragsbescheides beim Mitglied fällig.

§ 6 Fehlerhafte Veranlagung

(1) Aufgrund fehlerhafter Angaben zu den Einkommensverhältnissen überzahlte Beiträge werden auf Antrag zurückgezahlt. Der Rückzahlungsanspruch verjährt zwei Jahre nach Ablauf des Beitragsjahres.

(2) Aufgrund fehlerhafter Angaben zu den Einkommensverhältnissen zuwenig entrichtete Beiträge werden von Amts wegen nachgefordert. Der Nachforderungsanspruch verjährt zwei Jahre nach Ablauf des Beitragsjahres.

(3) Die Psychotherapeutenkammer Hamburg kann vom Beitragspflichtigen verlangen, sein Einkommen aus der beruflichen Tätigkeit in geeigneter Form nachzuweisen. Führt er den Nachweis nicht innerhalb einer zu setzenden angemessenen Frist, so gilt §4 Abs. 4 entsprechend.

§ 7 Zahlungsweise, Beitreibung

(1) Der Beitrag kann durch Überweisung oder durch Erteilung einer Einzugsermächtigung von einem Girokonto gezahlt werden.

(2) Rückständige Beiträge werden zweimal mit monatlicher Zahlungsfrist angemahnt.

(3) Kommt der Beitragspflichtige nach der zweiten Mahnung innerhalb eines Monats seiner Zahlungspflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird der Beitrag zusammen mit den hierdurch entstehenden Auslagen beigetrieben.

§ 8 Beitragsbefreiung, Beitragsnachlass, Stundung, Ratenzahlung

(1) Anträge auf Beitragsbefreiung, Beitragsnachlass, Stundung oder Ratenzahlung wegen wirtschaftlicher Notlage können mit entsprechender, eingehender Begründung und Nachweis des aktuellen Einkommens binnen eines Monats nach Erhalt des Beitragsbescheides gestellt werden.

(2) Der Antrag ist an die Psychotherapeutenkammer Hamburg zu richten, die nach pflichtgemäßem Ermessen entscheidet.

Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW

vom 12.11.2004

Präambel

Diese Berufsordnung regelt auf der Grundlage des Heilberufsgesetzes in der Fassung vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2002 (GV. NRW. S. 641), die Berufsausübung der Psychologischen Psychotherapeutin und des Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) im Land Nordrhein-Westfalen. Sie informiert über die Besonderheiten psychotherapeutischer Berufsausübung in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern und institutionellen Zusammenhängen, in denen psychologische Heilkunde zur Anwendung kommt.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten handeln auf der Grundlage der ethischen Grundsätze, wie sie sich aus den allgemeinen Menschenrechten gemäß der Charta der Vereinten Nationen ergeben.

Die in der Berufsordnung enthaltenen Regelungen fördern die kritische Auseinandersetzung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der eigenen ethischen Haltung. Insbesondere dient die Berufsordnung dazu,

- das Vertrauen zwischen Patientinnen oder Patienten und Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten zu fördern,
- die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicher zu stellen,
- die Freiheit und das Ansehen des Berufs der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit zu wahren und zu befördern.

Grundsätze

§ 1 Geltungsbereich

(1) Diese Berufsordnung gilt für alle Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und für alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in Nordrhein-Westfalen ihren Beruf ausüben, mit Ausnahme derjenigen, die bei der Aufsichtsbehörde beschäftigt sind.

(2) Sie gilt auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen sind oder dort ihren Beruf ausüben und vorübergehend im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend tätig werden.

§ 2 Berufsbezeichnung

(1) Zulässige Berufsbezeichnungen sind nach § 1 Abs. 1 PsychThG vom 16.06.1998

- „Psychologische Psychotherapeutin“ und
- „Psychologischer Psychotherapeut“,
- „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ und
- „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“.

Die genannten Berufsbezeichnungen sind gesetzlich geschützt.

(2) Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen angegeben werden, sofern sie in angemessener Form erfolgen und nicht irreführend

sind. Sie sind gegenüber der Kammer auf Verlangen nachzuweisen. Der Tätigkeitsschwerpunkt setzt eine nachhaltige Tätigkeit voraus. Bei der Darstellung von Tätigkeitsschwerpunkten muss der Zusatz „Tätigkeitsschwerpunkt“ erfolgen. Es dürfen nur bis zu drei Tätigkeitsschwerpunkte angegeben werden.

§ 3 Berufsausübung

(1) Die Psychotherapeutin und der Psychotherapeut dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten üben ihre Heilkunde mit dem Ziel aus, Krankheit zu heilen, Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen, Verschlimmerung von Leiden entgegen zu wirken und Leiden zu lindern.

(2) Sie üben einen seiner Natur nach freien Beruf aus.

(3) Sie betätigen sich insbesondere in der kurativen Versorgung, in der Prävention und Rehabilitation, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, in Forschung und Lehre, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Leitung und dem Management von Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen sowie der wissenschaftlichen Evaluation und der wissenschaftlichen Weiterentwicklung ihrer Konzepte und Methoden.

(4) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandeln auf der Grundlage ihrer fachlichen Qualifikation persönlich und eigenverantwortlich ihre Patientinnen und Patienten.

(5) Zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung ist ein somatischer Befund in die differentialdiagnostische Einschätzung einzubeziehen. Dabei können auch vorliegende Befunde berücksichtigt werden.

(6) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihre professionelle Qualität und ihr Handeln zu überprüfen und wissenschaftliche Erkenntnisse einzubeziehen.

(7) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind gehalten, den kollegialen Austausch zu suchen, zu pflegen und weiter zu entwickeln.

§ 4 Allgemeine Berufspflichten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, die für die Ausübung ihres Berufs geltenden Gesetze und Verordnungen sowie das Satzungsrecht der Kammer zu beachten und darauf gegründete Anordnungen und Richtlinien zu befolgen.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten üben ihren Beruf persönlich, gewissenhaft, in eigener Verantwortung, frei und selbstbestimmt aus. Sie entsprechen in ihrer Berufsausübung dem ihnen entgegengebrachten Vertrauen.

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

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

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

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

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

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

Regeln der Berufsausübung

§ 5 Abstinenz

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

(2) Sie dürfen die Vertrauensbeziehung von Patientinnen und Patienten nicht zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse missbrauchen. Die psychotherapeutische Tätigkeit wird ausschließlich durch das vereinbarte Honorar abgegolten. Die Annahme von Geschenken ist auch bei Tätigkeiten im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses unzulässig, sofern der Wert nicht geringfügig ist.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen außertherapeutische Kontakte zu Patientinnen und Patienten auf das Nötige beschränken und so gestalten, dass die eigene Unabhängigkeit und die der Patientinnen und Patienten möglichst wenig beeinträchtigt werden.

(4) Jeglicher sexueller Kontakt von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ihren Patientinnen und Patienten ist unzulässig. Diese abstinente Haltung erstreckt sich auch auf die Personen, die diesen nahe stehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte.

(5) Die Verpflichtung, die Vertrauensbeziehung nicht zu missbrauchen, gilt auch nach Beendigung der Psychotherapie.

§ 6 Schweigepflicht

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind zur Verschwiegenheit verpflichtet über das, was ihnen im Zusammenhang mit ihrer

beruflichen Tätigkeit durch Patientinnen oder Patienten oder durch Dritte anvertraut und bekannt geworden ist. Dies gilt auch über den Tod ihrer Patientinnen und Patienten hinaus.

(2) Soweit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Offenbarung nicht gesetzlich verpflichtet sind, sind sie zur Offenbarung nur befugt, wenn eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt oder ein öffentliches oder privates Interesse im konkreten Fall vorrangig ist. Dabei haben sie über die Weitergabe von Informationen unter Berücksichtigung der Folgen für die Patientinnen und Patienten und die Therapie zu entscheiden.

(3) Ist die Schweigepflicht aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift eingeschränkt, so ist die Patientin oder der Patient darüber zu unterrichten.

(4) Gefährdet eine Patientin oder ein Patient sich selbst oder andere, so hat die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut zwischen Schweigepflicht, Schutz der Patientin oder des Patienten und dem Allgemeinwohl abzuwägen. Jede Unterrichtung Dritter hat sich auf das im Einzelfall erforderliche Maß an Informationen zu beschränken.

(5) Mitarbeiterinnen und 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 wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen Informationen über Patientinnen und Patienten und Dritte nur in anonymisierter Form verwendet werden, soweit nicht eine ausdrückliche Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt. Die Anonymisierung muss sicher stellen, dass keinerlei Rückschlüsse auf die Person der Patientin oder des Patienten erfolgen können.

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

§ 7 Aufklärungspflicht

(1) Jede psychotherapeutische Behandlung setzt die Einwilligung der Patientin oder des Patienten und Aufklärung gemäß Absätzen 2 und 3 voraus. Anders lautende gesetzliche Bestimmungen bleiben davon unberührt.

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen ihre Patientinnen oder Patienten in einer auf deren Aufnahmefähigkeit und Entwicklungsstand abgestimmten Form über Befund, Diagnose, das geplante therapeutische Vorgehen, Behandlungsrisiken und Behandlungsalternativen informieren.

(3) Die Aufklärungspflicht bezieht sich auch auf die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung, insbesondere Honorarregelungen, Sitzungsdauer und Sitzungsfrequenz und die voraussichtliche Dauer der Behandlung.

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

Zuständigkeitsbereiche der an ihrer Behandlung beteiligten Personen zu informieren.

§ 8 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, über Psychodiagnostik und Psychotherapie Aufzeichnungen zu erstellen. Diese müssen Datum, Befunde und psychotherapeutische Maßnahmen enthalten.

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

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

§ 9 Einsicht in Aufzeichnungen

Patientinnen und Patienten haben, auch nach Abschluss der Therapie, auf Verlangen Einsicht in die sie betreffenden Aufzeichnungen zu erhalten, die nach § 8 Abs. 1 zu erstellen sind. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können darüber hinaus die Einsicht ganz oder teilweise verweigern, wenn dies die Patientin oder den Patienten gesundheitlich erheblich gefährden würde. Sie haben diese Entscheidung der Patientin oder dem Patienten angemessen zu erläutern.

§ 10 Datensicherheit

(1) Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben sicherzustellen, dass erhobene Daten und persönliche Aufzeichnungen, auch bei Praxisaufgabe, Praxisnachfolge und über den eigenen Tod hinaus, 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 Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten

Einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung ist ein Minderjähriger oder eine Minderjährige nur dann, wenn er oder sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt. Bei Konflikten zwischen gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertretern und Patientinnen oder Patienten ist die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut verpflichtet, auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und deren besondere Abhängigkeit in ihrem Bezugssystem zu achten.

§ 12 Umgang mit eingeschränkt einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten

Einwilligungsfähig in eine psychotherapeutische Behandlung ist eine Patientin oder ein Patient, für die oder den ein rechtlicher Vertreter oder eine rechtliche Vertreterin eingesetzt ist, nur dann, wenn er oder sie über die behandlungsbezogene natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt.

Bei Konflikten zwischen gesetzlich eingesetzten Vertreterinnen oder Vertretern und Patientinnen oder Patienten ist die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut verpflichtet, auf die Bedürfnisse der Patientinnen oder Patienten und die Besonderheit der Betreuungssituation zu achten.

§ 13 Qualitätssicherung

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich entsprechend den Richtlinien der Psychotherapeutenkammer NRW über qualitätssichernde Maßnahmen zu informieren und sie anzuwenden.

(2) Dazu gehört auch die Kenntnis und Erfüllung der rechtlichen Anforderungen der Ausübung ihres Berufs.

§ 14 Fortbildung

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, entsprechend der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW ihre beruflichen Fähigkeiten zu erhalten, weiter zu entwickeln und auf Verlangen nachzuweisen.

§ 15 Honorierung

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

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen die Sätze nach der GOP nicht in unlauterer Weise unterschreiten. In sozial begründeten Ausnahmefällen können sie Patientinnen und Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Honorarfragen sind vor Beginn der Psychotherapie zu klären. Honorarvereinbarungen, auch über Ausfallhonorare, sind schriftlich festzuhalten.

(4) Auf Antrag eines Beteiligten oder einer Beteiligten gibt die Psychotherapeutenkammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.

§ 16 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Rahmen ihrer Berufstätigkeit verpflichtet, mit Angehörigen anderer Berufsgruppen kollegial zusammenzuarbeiten.

(2) Diagnostische Teilaufgaben und behandlungsergänzende Maßnahmen können an entsprechend qualifizierte Personen delegiert werden.

(3) Davon unberührt bleibt die Verantwortung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten für die sachgerechte Durchführung der Psychotherapie.

§ 17 Verhalten gegenüber anderen Kammermitgliedern und Dritten

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Berufskolleginnen und Berufskollegen mit Respekt zu begegnen und Rücksicht auf deren berechnete Interessen zu nehmen. Unsachliche Kritik an der Handlungs-

weise oder dem beruflichen Wissen von Kolleginnen und Kollegen sowie herabsetzende Äußerungen über deren Person sind zu unterlassen. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, in einem Gutachten nach bestem Wissen ihre fachliche Überzeugung auszusprechen, auch soweit es die Behandlungsweise von Kolleginnen und Kollegen betrifft.

(2) Psychotherapeutinnen und 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 Psychotherapeutenkammer auf einen möglichen Verstoß einer Kollegin oder eines Kollegen gegen die Berufsordnung hinweisen.

(3) Konflikte zwischen Kammermitgliedern, zwischen Kammermitgliedern und Angehörigen anderer Berufe oder zwischen Kammermitgliedern und Patientinnen oder Patienten können im gegenseitigen Einvernehmen außergerichtlich durch die Psychotherapeutenkammer NRW geschlichtet werden.

Formen der Berufsausübung

§ 18 Ausübung des Berufs in eigener Niederlassung

(1) Die selbständige Ausübung des Berufs ist grundsätzlich an die Niederlassung in eigener 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 die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung an jedem Ort ihrer oder seiner Tätigkeit zu treffen.

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

(4) Bei längeren Abwesenheiten hat der Praxisinhaber oder die Praxisinhaberin für eine Praxisvertretung Sorge zu tragen.

(5) Die Beschäftigung von Vertreterinnen oder Vertretern in der Praxis ist der Psychotherapeutenkammer NRW anzuzeigen, wenn die Vertretung in der Praxisausübung insgesamt länger als drei Monate innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten andauert.

(6) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben Personen, die sie in ihrer Praxis beschäftigen, zu angemessenen Bedingungen einzustellen.

§ 19 Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Praxisführung, zu Kooperationsgemeinschaften und sonstigen Partnerschaften

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen sich im Rahmen der Vorgaben des Heilberufsgesetzes zu Berufsausübungsgemeinschaften in allen rechtlich möglichen Formen mit anderen Angehörigen ihres Berufsstandes oder anderer Heilberufe zusammenschließen.

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

(3) Darüber hinaus dürfen Psychotherapeutinnen und 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch die Patientinnen und 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sowie der schutzwürdigen Belange der betroffenen Patientinnen und Patienten möglich ist.

(6) Alle Zusammenschlüsse nach Absatz 1 bis Absatz 3 sowie deren Änderungen sind der Psychotherapeutenkammer NRW anzuzeigen. Kooperationsverträge nach Absatz 1 bis Absatz 3 sind vorzulegen.

§ 20 Anforderungen an die Praxen

(1) Praxen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen den besonderen Anforderungen der psychotherapeutischen Behandlung genügen.

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

(3) Die Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2 gelten für alle Orte psychotherapeutischer Tätigkeit entsprechend.

§ 21 Informationen über Praxen

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

(2) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen auf ihre berufliche Tätigkeit werbend hinweisen. Die Werbung muss sich in Form und Inhalt auf die sachliche Vermittlung des beruflichen Angebots beschränken. Werbeverbote auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

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

(4) Psychotherapeutische Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen angegeben werden. Sie sind gegenüber der Psychotherapeutenkammer NRW auf Verlangen zur Überprüfung nachzuweisen.

(5) Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ist verpflichtet, die Psychotherapeuten-

kammer NRW über die Beendigung ihrer oder seiner Tätigkeit in Kenntnis zu setzen.

§ 22 Ausübung des Berufs in einem Beschäftigungsverhältnis

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem privaten oder öffentlich-rechtlichen Beschäftigungsverhältnis dürfen Weisungen für das Vorgehen bei einer psychotherapeutischen Behandlung, die mit dieser Berufsordnung nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie selbst nicht verantworten können, nicht befolgen.

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

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

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

§ 24 Öffentliches Auftreten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

(1) Bei öffentlichen Auftritten und Tätigkeiten achten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darauf, dass ihre fachlichen Aussagen und Handlungen sachlich informieren, wissenschaftlich fundiert sind und nicht als psychotherapeutische Behandlungstätigkeit missverstanden werden.

(2) Irreführende Heilversprechen und unlaute Vergleiche mit anderen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und deren Methoden sind berufswidrig.

(3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind gehalten, alles zu unterlassen, was geeignet ist, das Ansehen ihres Berufsstandes herabzusetzen.

(4) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, sofern diese für alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die Kriterien der Verzeichnisse erfüllen, zu gleichen Bedingungen offen sind. Die Eintragungen haben sich auf die ankündigungsfähigen Informationen zu beschränken.

§ 25 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Lehrende und Ausbilderinnen und Ausbilder, als Supervisorinnen und Supervisoren und Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten in Ausbildungsstätten

(1) In der Ausbildung tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen Abhängigkeiten nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen ausnutzen oder Vorteile daraus ziehen.

(2) Sie sollen keine Prüfungen bei Ausbildungsteilnehmerinnen und 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, Praktikantinnen und Praktikanten sind auf ihren späteren Beruf hin angemessen auszubilden.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten für die Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Fortbildung und der Supervision entsprechend.

§ 26 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter

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

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

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

(4) Ein Auftrag zur Begutachtung eigener Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Gerichtsverfahrens ist in der Regel abzulehnen. Eine gutachterliche Stellungnahme ist nur dann möglich, wenn die Patientin oder der Patient auf die Risiken einer möglichen Aussage der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten als Sachverständige oder Sachverständiger in geeigneter Weise hingewiesen wurde und die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten

diesbezüglich von der Schweigepflicht entbunden hat.

§ 27 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Forschung

(1) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben bei der Planung und Durchführung von Studien die anerkannten ethischen Prinzipien einzuhalten und dabei insbesondere das Selbstbestimmungsrecht und Wohl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu beachten.

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

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

§ 28 Ahnden von Verstößen

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

(2) Ein außerhalb des Berufs liegendes Verhalten einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten kann dann eine berufsrechtlich zu ahndende Pflichtverletzung sein, wenn es nach

den Umständen des Einzelfalles in besonderem Maße geeignet ist, Achtung und Vertrauen der Patientinnen oder Patienten oder sonstiger Adressaten der psychotherapeutischen Leistungserbringung in einer für die psychotherapeutische Berufsausübung bedeutsamen Weise zu beeinträchtigen.

(3) Eine berufsrechtliche Maßnahme kann nicht verhängt werden, wenn die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut zur Zeit der berufsordnungswidrigen Handlung der Berufsgerichtsbarkeit nicht unterstand.

Schlussbestimmungen

§ 29 Inkrafttreten

Diese Berufsordnung tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen in Kraft. Sie ist im offiziellen Mitteilungsorgan der Kammer zu veröffentlichen.

Die vorstehende Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW wird hiermit ausgearbeitet.

Düsseldorf, den 30.12.04

Die Präsidentin
Monika Konitzer

Genehmigt.

Düsseldorf, den 23. Dezember 2004

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen
und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen
III 7 – 0810.103 –

Im Auftrag
Godry