

# deutsche gesellschaft für verhaltenstherapie e.V.

Bundesgeschäftsstelle: Neckarhalde 55 · 72070 Tübingen · Telefon 0 70 71-94 34-0 · Telefax 0 70 71-94 34-35

E-Mail-Adresse: dgvt@dgvt.de · Internet: http://www.dgvt.de

**Supplement zu VPP 1/2005**

Die  informiert:

## Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Stand: 10. Februar 2005

### Inhaltsverzeichnis

#### *Berufspolitische Informationen*

- **BMGS genehmigt Beschluss des Bewertungsausschusses –  
Weg frei für Honorarnachzahlungen** Kerstin Burgdorf und Waltraud Deubert..... 4
- **EBM 2000plus kommt zum 1. April 2005** ..... 5
- **Wahlen zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
(KBV) und zum Beratenden Fachausschuss PT** Waltraud Deubert..... 5
- **Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nach  
§ 11 PsychThG zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen**..... 6
  - Kommentar zur WBP-Stellungnahme von der DGPT* Alf Gerlach..... 8
  - Kommentar zur WBP-Stellungnahme von der DFT* Rainer Richter ..... 9

#### *Gesundheitspolitisches*

- **Entwurf zum Präventionsgesetz im Bundeskabinett beschlossen**  
Waltraud Deubert ..... 10
- **Presseinformation des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes:  
Aus Klienten werden Kunden: Das Persönliche Budget kommt!**..... 13
- **WHO-Konferenz „Psychische Gesundheit“ in Helsinki  
EU erarbeitet Aktionsprogramm zur seelischen Gesundheit**..... 14
- **Interview mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt** Steffen Fliegel, Arist v. Schlippe . 15

*Tagungsberichte*

- **Bericht von der 38. Jahrestagung der AABT (ABCT) Armin Kuhr** .....17
- **Bericht über die 20. Jahrestagung der International Society for Traumatic Stress Studies vom 14. bis 18.11.2004 in New Orleans, USA Armin Kuhr** .....19

*Berichte aus den Landesgruppen*

Baden-Württemberg.....	22
Bayern.....	24
Berlin .....	24
Niedersachsen .....	25
Niedersachsen & Bremen .....	26
Nordrhein-Westfalen .....	27
Sachsen .....	28
Schleswig-Holstein .....	29

*Aus den Psychotherapeutenkammern*

- **Überblick über den Stand der Versorgungswerke in den Ländern (1/2005)** .....34
- **Überblick: Beiträge der Landespsychotherapeutenkammern** .....37

*Alles was Recht ist . . .*

- **Berufungsausschuss für Ärzte Bayern: Therapieschule kann kein entscheidendes Zulassungskriterium sein Kerstin Burgdorf**.....41
- **Berufsbezeichnungen für PsychotherapeutInnen Kerstin Burgdorf** .....42
- **Europäische Kommission: Übergangsbestimmungen des PsychThG verstoßen gegen Niederlassungsfreiheit Kerstin Burgdorf** .....44

*Aus der DGVT*

- **Kommunalentlastungsgesetz (KEG) – ein weiterer Versuch, Kinder- und Jugendhilfeleistungen einzuschränken? Waltraud Deubert** .....45
- **Treffen der Psychotherapeutenverbände (GK II) am 30. Januar 2005 in Berlin** ....46

*Weitere Infos*

- **Bücher, Broschüren, Informationen** .....48
- **Förderpreis „Klinische Psychologie und Psychotherapie 2005“ - Ausschreibung** ....50
- **Stellenausschreibung: Promotionsstelle Bildgebung, Freiburg**.....50
- **DGVT-Stipendium zur Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung** .....51
- **Termine der Landesgruppen, DGVT-Workshoptagung**.....52

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

der innenpolitische Rückblick der PsychotherapeutInnen auf das Jahr 2004 sowie der Ausblick auf das Jahr 2005 wird stark überlagert durch das Leid der Betroffenen der Flutkatastrophe in Asien. Die Psychotherapeutenkammern und die Verbände haben sich integriert in die bestehenden Systeme des Katastrophenschutzes, in denen Therapieplätze für Betroffene zur Verfügung gestellt werden. Die DGVT prüft außerdem zur Zeit weitere Hilfemöglichkeiten, wie z.B. die Unterstützung zum Aufbau eines Traumazentrums vor Ort.

2004 sind die KV-Wahlen, die Umsetzung des GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG), das Urteil des Bundessozialgerichts zur Honorargerechtigkeit vom 18. Januar 2004 und in Folge der Beschluss zur Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen sowie der nun vorliegende Entwurf zum Präventionsgesetz zu nennen.

Gegen Ende des Jahres hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den im GMG vorgesehenen Strukturwandel vollzogen: von der ehrenamtlich geprägten Körperschaft zu einer überwiegend hauptamtlich geführten Organisation. Die neue Vertreterversammlung mit nur noch 60 Delegierten wählte Dr. med. Andreas Köhler und Ulrich Weigeldt in den Vorstand. Sie lösten am 1. Januar 2005 den bisherigen aus neun ehrenamtlichen Mitgliedern bestehenden Vorstand um Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm ab. 2005 werden uns die Einführung des neuen EBM noch beschäftigen und selbstverständlich auch die zweiten Kammerwahlen in Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen, und Nordrhein-Westfalen.

Das Jahr 2005 beginnt nun mit manchen Neuerungen: Der **neue EBM** wird zum 1. April eingeführt; ein **Präventionsgesetz** wird beraten und vermutlich auch verabschiedet werden und die niedergelassenen PsychotherapeutInnen können sich auf **Honorarnachzahlungen der KVen** einstellen, die die ungerechtfertigt niedrigen Honorarsätze in den Vorjahren teilweise ausgleichen sollen. Dass dieser Ausgleich für erlittene Honorarungerechtigkeiten, der erst durch mehrfache Klagen vor dem Bundessozialgericht erzwungen werden musste, nunmehr auf breiter Front von Fachärzterevertretern bzw. -verbänden zur **Stimmungsmache gegen die PsychotherapeutInnen** verwendet wird, ist nicht akzeptabel und dürfte in den nächsten Wochen und Monaten sicher noch für erhebliche Unruhe innerhalb bzw. zwischen den VertragsärztInnen und -psychotherapeutInnen führen.

Eine weitere Neuerung betrifft den neuen **Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes**, der unmittelbar vor Redaktionsschluss zwischen den Tarifpartnern (mit Ausnahme der Länder) beschlossen wurde – einen ausführlicheren Bericht konnten wir nicht mehr erhalten, wir verweisen auf die Informationen in unserer Homepage und den entsprechenden Bericht in der Rosa Beilage 4/04 (S. 15f.)

Schließlich finden in diesem Jahr in machen Landeskammern der Psychotherapeuten die zweiten Wahlen statt, nachdem hier die jeweils erste Legislaturperiode vorbei ist (für Bremen galt dies schon im zurück liegenden Jahr). Eine gute Gelegenheit für die WählerInnen und für die Funktionäre der Kammern Bilanz zu ziehen und eine ebenso gute Gelegenheit für die Fach- und Berufsverbände, im Wettstreit miteinander bei den Wahlen die positiven Entwicklungen durch die Kammern und auch die problematischen Entwicklungen herauszuarbeiten. In den Landesberichten sehen Sie, dass die DGVT-Landesgruppen sich, ebenso wie natürlich auch die anderen Verbände, entsprechend vorbereiten.

Viel Spaß beim Lesen wünschen Ihnen

Kerstin Burgdorf

Waltraud Deubert

Heiner Vogel

## **Berufspolitische Informationen**

### **BMGS genehmigt Beschluss des Bewertungsausschusses**

#### **– Weg frei für Honorarnachzahlungen**

Wie bereits in der Rosa Beilage 4/2004, Seite 4ff, berichtet, liegt der definitive Beschluss des Bewertungsausschusses zur Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen seit dem 29.10.2004 vor. Veröffentlicht wurde er im Deutschen Ärzteblatt (DÄ) vom 12. November 2004 und im Dezemberheft der PP-/KJP-Ausgabe des DÄ. Kurz vor Weihnachten, am 21.12.2004, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) schriftlich mitgeteilt, dass es den Beschluss des Bewertungsausschusses zur angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und –therapeuten gemäß § 85 Abs. 4a SGB V vom 29.10.2004 nicht beanstandet, wenn darin die Ungleichbehandlung und Benachteiligung der Vertragsärzte und –therapeuten in den neuen Bundesländern, die durch einen Abschlag von 12,5 % bei den Kosten vorgenommen wurde, bis zum 31.01.2005 beseitigt wird. Das BMGS fordert außerdem den Bewertungsausschuss auf, bei der Anpassung des Beschlusses an den neuen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu überprüfen, ob die Kostensätze bei den Vergleichsarztgruppen und die Kostenanteile (EBM-Kapitel O/U) zu bereinigen, die auch bei der Ermittlung der Erträge dieser Arztgruppen berücksichtigt wurden.

Das Schreiben des BMGS an den Bewertungsausschuss (download) vom 21.12.2004 finden Sie unter der folgenden Internet-Adresse:  
<http://www.dgvt.de/index.html?artikel.php?cid=1000~Main>.

Damit ist der Weg frei für die Nachzahlungen. Nach einem Artikel in der Ärztezeitung vom 29.10.2004 geht es um Nachzahlungen in Höhe von 515 Mio. EUR. Inwieweit sich die Krankenkassen an den Nachzahlungen beteiligen (siehe Rosa Beilage 4/2004, Seite 5) ist nach wie vor unklar. Unabhängig davon haben bereits einige KVen Nachvergütungen geleistet, andere haben sich bereit erklärt, auf die zu erwartende Nachvergütung noch in diesem Jahr Abschlagszahlungen zu leisten. Es gibt aber auch KVen, die die Auszahlung der Nachvergütung so lange wie möglich hinauszögern. Sie berufen sich dabei auf die Verhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und sind der Ansicht, dass sie ihrer Nachvergütungspflicht nicht nachzukommen brauchen, bevor die Krankenkassen ihrerseits ihrer Nachschusspflicht nicht nachgekommen sind. Sie setzen auf Abwarten und im Fall des Scheiterns der Verhandlungen mit den Krankenkassen warten sie auf die Entscheidung des anzurufenden Landesschiedsamtes.

Eine Übersicht der aktuellen Auszahlungspunktwerte der einzelnen KVen sowie der bereits geleisteten Nachzahlungen finden Sie bei der folgenden Internet-Adresse (download – Beitrag vom 17.12.04): <http://www.dgvt.de/index.html?artikel.php?cid=977~Main>.

#### **Umgang mit den Nachvergütungen – Widerspruch einlegen?**

Prüfen Sie zunächst, ob Ihnen die KV im Zuge der Nachzahlungen tatsächlich einen Bescheid erteilt hat, gegen den Rechtsmittel eingelegt werden können. Möglicherweise gehen die KVen dazu über, mit den Bescheiden mitzuteilen, dass bei einer möglichen rechtlichen Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses die Nachvergütungen auch entsprechend nachträglich korrigiert werden. In diesem Fall kann auf einen Widerspruch verzichtet werden.

**Textvorschlag Widerspruch:****Betr.: Bescheid über Nachvergütung für den Zeitraum ...**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich gegen den Honorarbescheid vom ... (Nachvergütung aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004) vorsorglich Widerspruch ein, da eine abschließende rechtliche Bewertung dieses Beschlusses und seiner Umsetzung noch aussteht. Bis zu einer endgültigen rechtlichen Klärung bitte ich Sie aus Gründen der Verwaltungseinfachung meinen Widerspruch ruhen zu lassen.

Mit freundlichen Grüßen

.....

**EBM 2000plus kommt zum 1. April 2005**

Zum 1. April 2005 tritt der neue EBM definitiv in Kraft. Die niedergelassenen KollegInnen sind somit ab dem Quartal 2/2005 mit völlig neuen Zahlenkombinationen konfrontiert. Eine empfehlenswerte Anleitung, wie die Abrechnung auch unter den neuen Bedingungen leicht zu bewältigen ist, finden Sie auf der Homepage der KBV ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)). Dort sind neben den rechtlichen Grundlagen und einer Beschreibung der Hintergründe des neuen Konzepts des EBM 2000plus die Arztgruppen-EBM zum Herunterladen veröffentlicht. Ebenso findet sich ein instruktiver Vergleich der neuen und alten Abrechnungsziffern (die neue Benennung mit fünf Ziffern hat eine Transkriptionslogik, die leicht zu knacken ist). Unter der Rubrik *Vorher/Nachher* ist beispielhaft dargestellt, in welchen Abrechnungsnummern die bisher am häufigsten abgerechneten Leistungspositionen des alten EBM der jeweiligen Arztgruppe aufgegangen sind.

**DGVT-Mitgliedern** steht die **Fachgruppe Niedergelassene** bei Fragen rund um den neuen EBM zur Verfügung. Ein Kontakt kann über die Geschäftsstelle der DGVT: Tel.:07071-943413, E-Mail: [dgvt@dgvt.de](mailto:dgvt@dgvt.de) hergestellt werden.

**Wahlen zur Vertreterversammlung  
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
(KBV)  
und zum Beratenden Fachausschuss PT**

Wie bereits in VPP 4/05, Seite 907f., berichtet, sind Vereinigung und DPTV als Wahlsieger aus den Wahlen in den meisten KV-Bezirken hervorgegangen. Nunmehr waren die PT-Vertreter (Vertreter für die Psychologischen PsychotherapeutInnen und der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen) in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu bestimmen. Nach den Vorgaben der neuen KBV-Satzung auf der Grundlage des GMG vom vorvergangenen Jahr sind 6 Vertreter zu finden. Und sie sind aus dem Kreis aller in den verschiedenen KV-en gewählten PP-/KJP-VertreterInnen zu wählen.

Die den Psychotherapeuten zustehenden 6 Sitze plus jeweils 2 Stellvertreter in der **Vertreterversammlung (VV) der KBV** wurden in einer „Kooperationsvereinbarung“ von Vereinigung, dem DPTV, der DGPT, dem DVT und der VAKJP vor der Wahl in einem Personaltableau festgelegt.

Wie vereinbart, wurden dann am 18. November 2004 in die **VV der KBV** gewählt: 1. Hans-Jochen Weidhaas, KV Rheinland-Pfalz (Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten [Vereinigung]), 2. Dr. phil. Hans Nadolny, KV Bremen (Deutscher Psychotherapeutenverband [DPTV]), 3. Dieter Best, KV Rheinland-Pfalz (Vereinigung), 4. Gebhard Hentschel, KV Westfalen-Lippe (DPTV), 5. Ellen Bruckmayer, KV Bayerns (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie Psychosomatik und Tiefenpsychologie [DGPT]), und 6. Bernhard Moors, KV Nordrhein, (Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [VAKJP]).

Außerdem wählte die Vertreterversammlung den **Finanzausschuss** und den **Ausschuss für Vorstandsangelegenheiten**. Auch hier wurden die vereinbarten Personalvorschläge gewählt. Für die Psychotherapeuten ist in beiden Ausschüssen Hans Nadolny vom DPTV:

Am 29. Januar 2005 wurden in einer weiteren Vertreterversammlung die Mitglieder der Beratenden **Fachausschüsse auf Bundesebene** gewählt.

<b>Psychologische PsychotherapeutInnen &amp; Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen</b>	<b>StellvertreterInnen</b>
1. Hans-Jochen Weidhaas	→ Karen Franz
2. Hans Nadolny	→ Volker Schmid
3. Dieter Best	→ Heribert Joisten
4. Anne Springer	→ Annemarie Schlösser.
5. Jürgen Doebert	→ Sabine Schäfer
6. Josef Könning (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)	→ Renate Höhfeld (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin)

*Waltraud Deubert*

## **Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nach § 11 PsychThG<sup>1</sup> zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen**

*Redaktionelle Vorbemerkung: Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 11. November 2004 seine Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen.*

*Wir drucken nachfolgend Ausschnitte aus der Stellungnahme ab (Kapitel 'Vorbemerkung', 'Grundlagen' und 'Abschließende Hinweise [=Zusammenfassung der Begutachtung]'). Im Anschluss daran veröffentlichen wir die Kommentare der DGPT und der DFT zur Stellungnahme des WBP.*

<sup>1</sup> Quelle: Homepage des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nach § 11 PsychThG [www.wbpsychotherapie.de]

## **Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen**

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 11. Nov. 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 Prüfung durch eine Landesbehörde oder der gutachterlichen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP). Im Sinne einer Gleichbehandlung aller psychotherapeutischen Verfahren vertritt der WBP die Auffassung, dass auch die Richtlinienverfahren die Gelegenheit wahrnehmen sollten, 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 liegt nun vor:

### **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 7.11.2001 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 28.7.2003 nachgereichten Studien für die Bereiche Schizophrenie und Depression und die von der DGPT mit Schreiben vom 29.9.2003 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. (...)

### **10. Abschließende Hinweise**

Der WBP weist abschließend nochmals darauf hin, dass er 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 wahnhaftige Störungen. Das gilt 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)

**Kommentar der DGPT zur Stellungnahme des  
Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie zur  
„Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen“**

*Dr. Alf Gerlach*

Die DGPT begrüßt, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie mit seiner Stellungnahme nun auf die ausführliche Dokumentation der DGPT zur „psychoanalytischen Therapie“ mit den darin vorgelegten Argumentationen und Wirksamkeitsbelegen reagiert. Da, wie auch vom Wissenschaftlichen Beirat in der Vorbemerkung zu seiner Stellungnahme festgehalten, die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren als vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkannte Verfahren nicht der kritischen Prüfung durch eine Landesbehörde oder der gutachterlichen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie unterliegen, stellt die Stellungnahme einen erwünschten Beitrag zur Fortführung der Diskussion um die Verfahrens- und Beurteilungskriterien des Wissenschaftlichen Beirates dar.

Die DGPT ist sich mit dem Wissenschaftlichen Beirat darin einig, dass es keine wissenschaftliche Basis für eine Unterscheidung zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie als zwei getrennten Verfahren gibt. Es handelt sich lediglich um zwei unterschiedliche Anwendungsformen der psychoanalytischen Therapie, die sozialrechtlich differenziert werden. Auch unserer Auffassung nach beruht die psychoanalytische Therapie – in all ihren Anwendungsformen – auf der psychoanalytischen Persönlichkeits-, Krankheits- und Behandlungstheorie. Im therapeutischen Prozess können dabei die lebensgeschichtlich begründeten pathogenen unbewussten Konflikte und krankheitswertigen Störungen der Persönlichkeitsentwicklung in verschiedenen Settings der therapeutischen Beziehung (Einzelbehandlungen in hoher oder niedriger Frequenz, Gruppenbehandlungen, Paartherapien, Familientherapien, stationäre Therapien) bearbeitet werden.

In der Frage der Namensgebung vertritt die DGPT eine zum Wissenschaftlichen Beirat konträre Auffassung. Dessen Entschluss, den Begriff „Psychodynamische Therapie“ als Oberbegriff für die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie zu verwenden, verlässt den zentralen Bezug der Theorieentwicklung auf die Psychoanalyse als von Sigmund Freud begründeter Wissenschaft mit ihren vielfältigen Weiterentwicklungen. Der Wissenschaftliche Beirat verweist zwar in seiner Stellungnahme in vielen Punkten (z.B. Definition,



Theorie) auf die Psychoanalyse, folgt aber in diesem entscheidenden Aspekt der Namensgebung nicht seiner eigenen, in diesen Bezügen zum Ausdruck kommenden Logik, so dass hier ein inhaltlicher Bruch entsteht. Auch wissenschaftshistorisch und wissenschaftssoziologisch erscheint die Umbenennung in „Psychodynamische Psychotherapie“ nicht berechtigt, da der Begriff Psychoanalyse gegenüber dem der Psychodynamik der übergeordnete ist: in den psychoanalytisch begründeten Verfahren werden die weitgehend unbewussten Mechanismen, Prozesse und Wirkungen der intrapsychischen Kräfte als Psychodynamik bezeichnet, die Psychodynamik ist aber nur mit Hilfe der psychoanalytischen Methode erfassbar. Der im deutschen Sprachraum entstandene Begriff „Psychoanalyse“ als Wissenschaft vom Unbewussten besitzt eben auch einen besonderen kulturhistorischen Wert, weil wesentliche Entwicklungen der Moderne mit ihm verknüpft sind. Nur im Begriff „Psychoanalytische Psychotherapie“ wird dieser kulturelle Bezug erkennbar. Die DGPT sieht hier auch eine besondere Verantwortung aller beteiligten Wissenschaftler für diesen historisch-kulturellen Kontext, nachdem die Psychoanalyse als Wissenschaft in Deutschland schon einmal aus dem Sprachgebrauch getilgt werden sollte. Auch die Tatsache, dass mit der Psychoanalytischen Therapie inzwischen ungewöhnlich lang zurückreichende (mehr als 100 Jahre) und ungewöhnlich breite Behandlungserfahrungen vorliegen, wird mit dem Begriff der „Psychoanalytischen Therapie“ gewürdigt, mit dem neuen Begriff aber unterschlagen.

Die DGPT unterstreicht die Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, dass Langzeitbehandlungen mit mehr als einhundert Stunden besondere, sehr komplexe Forschungsfragen aufwerfen und deshalb auch nach anderen Wirksamkeitskriterien diskutiert werden müssen, als der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie sie in seiner jetzt vorliegenden Stellungnahme angewandt hat und als sie in weniger komplexen Evaluationsdesigns anwendbar sind. Die DGPT ist interessiert, sich an der Diskussion um Wirksamkeitskriterien jenseits der randomisierten kontrollierten Studien zu beteiligen und hofft auf eine Fortführung des wissenschaftlichen Dialogs in diesem Bereich.

Wie der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie vertritt auch die DGPT die Auffassung, dass die gemeinsame theoretische Basis aller Formen der psychoanalytischen Therapie eine einheitliche Aus- und Weiterbildung wünschenswert macht, die sich nicht auf einzelne Anwendungsformen beschränkt. Dabei legt die DGPT besonderen Wert auf eine Ausbildung auch in Langzeitbehandlungen mit ihrem hohen didaktischen Nutzen für die kürzeren Behandlungen und auf die Notwendigkeit einer intensiven, die Ausbildung begleitenden Lehranalyse als Selbsterfahrung und Selbsterforschung. Nach Auffassung der DGPT garantiert nur sie, dass der zukünftige Therapeut die eigenen psychischen Konflikte, die eigene Persönlichkeit und seine unbewussten Dispositionen, die ihn in der Beziehung zu seinen Patienten beeinflussen können, hinreichend gut kennen lernt, um in seiner Arbeit mit Patienten die notwendige Objektivität und Neutralität erbringen zu können. Erfahrungsgemäß ist hierfür eine die gesamte Ausbildung durchziehende, besonders auch die ersten Behandlungserfahrungen begleitende Lehranalyse als Selbsterfahrung besonders wertvoll.

*Die Stellungnahme ist veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt am 10.1.2005*

**Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft für  
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)  
zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats  
zu den psychodynamischen Psychotherapien**

Die DFT wird zu dem Votum des Wissenschaftlichen Beirats noch ausführlich Stellung nehmen und sich mit konstruktiven Vorschlägen an der Diskussion insbesondere zu den Implikationen für die Aus-, Fort und Weiterbildung beteiligen. Schon jetzt unterstützt sie den Vorschlag des Beirats, die verschiedenen tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen

Anwendungsformen (Methoden und Techniken in unterschiedlichen Settings) unter dem Oberbegriff der *Psychodynamischen Psychotherapie* zu subsumieren. Im Übrigen zeigt der Kommentar der DGPT, wie gut der Gesetzgeber beraten war, die Bewertung einzelner psychotherapeutischer Behandlungsverfahren nicht einzelnen Interessensvertretern zu überlassen, sondern einem 24-köpfigen Gremium von Psychotherapieforschern und Klinikern, deren jeweilige psychotherapeutische Identität durchaus bekannt ist, die sich aber nicht als Gralshüter einer therapeutischen Schule verstehen.

Die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats „basiert auf der von der Deutschen Gesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) e.V. eingereichten Dokumentation vom 7.11.2001 und der vorläufigen Fassung einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. vom 8.9.2003“, so zu lesen in eben dieser im Ärzteblatt veröffentlichten Stellungnahme. Eine ausführliche Dokumentation wurde also zuerst von der DFT (und nicht von der DGPT) vorgelegt und bereits im Jahre 2002 in der Zeitschrift *Psychodynamische Psychotherapie* publiziert. Die DGPT hingegen legte ihre vorläufige Stellungnahme auf das Ansuchen des Wissenschaftlichen Beirats (vom März 2001), auch die sog. Richtlinienverfahren einer Evaluation zu unterziehen, erst zwei Jahre später vor.

Von der DGPT wird offenkundig die Auffassung vertreten, dass sich eine 12-stündige psychoanalytische Familientherapie letztlich nicht von einer 800-stündigen Liegungsanalyse unterscheidet. Diese Verleugnung der wissenschaftlichen und klinischen Realität ist dem gemeinsamen Anliegen wenig dienlich. Dazu gehört auch der Versuch, den terminologischen Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats in den Kontext der Verfolgung der Psychoanalytiker und ihrer Theorien durch die Nationalsozialisten zu stellen, der bestenfalls von einer bedrückenden historischen Unkenntnis und Naivität zeugt.

*Prof. Dr. Rainer Richter*, Hamburg, Universitätskrankenhaus Eppendorf

Präsident der Deutschen Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) e.V. – German Association for Psychodynamic Psychotherapy

---

## Gesundheitspolitisches

### **Entwurf zum Präventionsgesetz im Bundeskabinett am 2. Februar 2005 beschlossen**

#### **1. Vorgeschichte**

Rechtliche Regelungen zur Prävention sind in den verschiedenen Sozialgesetzen verankert. Auffallend dabei ist die Vielfalt der Terminologie zur Prävention in den einzelnen Gesetzbüchern. Walter und Schwartz schlugen deshalb bereits 2000 „eine Sichtung und mittelfristig ggf. eine Neumodifizierung unter modernen Präventionsgesichtspunkten in einem übergreifenden Präventionsgesetz“ vor. Dieser Vorschlag wurde von der Regierung mit der Einrichtung des *Runden Tisches* 2001 und der Gründung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung 2002 aufgegriffen und schließlich wurde mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG), das gemeinsam von den Fraktionen der SPD, CDU/CSU und Bündnis90/Die Grünen eingebracht wurde, das Vorhaben eines Präventionsgesetzes angekündigt. Auch die Länder befürworteten ein Präventionsgesetz und planten eine schnelle Ausformulierung durch den Bundesrat 2003.

In der Folge legten verschiedene Leistungsträger und Verbände Vorschläge zu einem Gesetz vor. Die Spitzenverbände der Krankenkassen z. B. formulierten einen Vorschlag für eine

GKV-Stiftung und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) veröffentlichte im Oktober 2004 ein Eckpunktepapier; wir berichteten hierüber in VPP 4/04, Seite 872, und in der Rosa Beilage 4/04, Seite 11.

Schließlich hat das Gesundheitsministerium am 6.12.2004 den ersten Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz den Verbänden zur Stellungnahme zugeleitet. Die vom Ministerium zur Stellungnahme vorgegebene Frist war extrem kurz gesetzt; die Verbände sollten bereits bis zum 13.12.2004 zum Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz Stellung beziehen. Es bleibt dem Betrachter völlig unverständlich, dass ein so grundlegendes Gesetzeswerk nahezu unter Ausschluss der Öffentlichkeit erarbeitet wurde und dann mit so kurzer Frist zur Stellungnahme versandt wurde.

Am 13.1.2005 meldete die Ärztezeitung „Präventionsgesetz liegt vorsorglich auf Eis“. Regierungsinterne Kritik aus dem Justiz- und Verbraucherschutzministerium zwangen das Bundeskabinett, die Entscheidung über den Gesetzentwurf zu vertagen. Außerdem sollte das für die Bundesagentur für Arbeit (BA) zuständige Wirtschaftsministerium einbezogen werden. Nach Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung sollte nun auch die Arbeitslosenversicherung zur Finanzierung der Gesetzaufgabe herangezogen werden.

Zwischenzeitlich war ein überarbeiteter Gesetzentwurf vom 6. Januar 2005 aufgetaucht, bei dem es sich laut Auskunft der zuständigen Referentin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung um einen immer noch in Veränderung befindlichen Entwurf handelte. Nichtsdestotrotz bekam ich die Auskunft, dass das Gesetz am 2. Februar ins Kabinett eingebracht werden würde und Mitte Februar die erste Lesung im Bundestag sein würde.

Am 31. Januar meldete die Ärztezeitung unter der Überschrift „Präventiver Rückzieher gefährdet Vorsorge“, dass das Wirtschaftsministerium einen Rückzieher gemacht hat und die Bundesagentur für Arbeit nun doch nicht in die Prävention investieren möchte. Das Handelsblatt vom 28. Januar schreibt unter Berufung auf eine Sprecherin im Wirtschaftsministerium, dass die Arbeitslosenversicherung den zugesagten Beitrag von 20 Mio. Euro nicht leisten können. „Die Bundesagentur muss sich auf ihr Kerngeschäft konzentrieren“. Nach Angaben des Handelsblattes herrscht auch bei den übrigen Sozialversicherungen erheblicher Unmut über die Belastung. Der Vize-Vorstandschef des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) wird mit den Worten zitiert „Wenn die BA aus der Finanzierung herausgenommen wird, müssen auch die Rentenkassen befreit werden“.

Ulla Schmidt hielt trotz dieser kritischen Stellungnahmen an ihrem Zeitplan fest.

## **2. Bundeskabinett beschließt am 2. Februar 2005 Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention**

Wesentliche Inhalte des Gesetzes sind<sup>2</sup>:

### ***Gerechtere Verteilung der Lasten***

Im Bereich der Sozialversicherung hat sich aufgrund gesetzlicher Regelungen bislang hauptsächlich die gesetzliche Krankenversicherung in der Verhinderung von Krankheiten, der sog. primären Prävention engagiert. Dieser Ansatz wird mit dem Präventionsgesetz erweitert. Künftig sollen sich auch die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die soziale Pflegeversicherung an der Finanzierung der primären Prävention beteiligen, da auch sie von präventiven Maßnahmen profitieren.

Insgesamt sollen jährlich im Ergebnis mindestens 250 Millionen Euro für präventive Maßnahmen verwendet werden, davon 180 Millionen Euro von der gesetzlichen Krankenversiche-

---

<sup>2</sup> Quelle: Presseinformation des BMGS vom 2. Februar 2005

rung, 40 Millionen Euro von der gesetzlichen Rentenversicherung, 20 Millionen Euro von der gesetzlichen Unfallversicherung und 10 Millionen Euro von der sozialen Pflegeversicherung.

### ***Zielorientierung***

In Zeiten knapper Mittel - aber nicht nur dann - ist der gezielte Einsatz vorhandener Gelder ein Muss. Daher werden die Leistungen künftig an Präventionszielen und Umsetzungsstrategien orientiert. So kann sichergestellt werden, dass die vorhandenen Mittel für solche Präventionsbereiche verwendet werden, die als vordringlich eingestuft werden und deren Stärkung den größten Nutzen für alle verspricht. So wäre als Ziel die Verbesserung des Ernährungsverhaltens, aber auch die Verminderung der Sterblichkeitsrate von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder anderen Erkrankungen vorstellbar. Ziele können sich auch auf bestimmte Bevölkerungsgruppen beziehen wie Kinder und Jugendliche.

### ***Qualitätssicherung***

Um den Nutzen zu optimieren sollen Beiträge der Sozialversicherten nur für Maßnahmen ausgegeben werden, deren Nutzen prinzipiell nachgewiesen und deren Qualität sichergestellt ist. Dafür legt das Präventionsgesetz verbindliche Kriterien fest. Entsprechend regelt das Gesetz, dass die Stiftung für alle Leistungen angemessene Standards definiert.

### ***Kooperation und Koordination***

Verbesserte Kooperation und Koordinierung der Leistungen von Akteuren und Kostenträgern kann zu besseren Ergebnissen führen. Mit dem Gesetz werden dazu Vorgaben gegeben, so dass durch verbesserte Zusammenarbeit Synergieeffekte entstehen können. So werden künftig die Sozialversicherungsträger beispielsweise gemeinsam Projekte zur Förderung der Gesundheit in Schulen, Kindergärten, Seniorenheimen und Betrieben fördern.

### ***Leistungen auf verschiedenen Ebenen***

Die Sozialversicherungsträger werden 100 Millionen Euro im Jahr für individuelle Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten, der sog. primären Prävention - z. B. Kursangebote Ernährung und Bewegung - und betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung stellen.

Weitere 100 Millionen Euro werden als gemeinsame Aufgabe von gesetzlicher Kranken-, Renten-, Unfall- und sozialer Pflegeversicherung in den Ländern organisiert. Diese Leistungen richten sich an Menschen in ihrer sozialen Umwelt wie Schule, Kindergarten, Betrieb, Sportverein, Senioreneinrichtung (sog. lebensweltbezogene Leistungen). Hierbei werden diese Lebenswelten auch auf gesundheitsschädliche Einflüsse untersucht und Änderungsmöglichkeiten entwickelt.

Mit einer Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung wird auf Bundesebene eine Kooperation der Sozialversicherungszweige geschaffen. Sie wird sowohl Modellprojekte als auch im Einvernehmen mit den Ländern Projekte in den Lebenswelten fördern und Kampagnen im Umfang von 50 Mio. Euro durchführen. Daneben wird sie wichtige Steuerungsaufgaben erfüllen wie die Entwicklung von Präventionszielen und die Konkretisierung der Qualitätssicherungsstandards.

### ***Berichtspflicht***

Die Bundesregierung wird regelmäßig - im Abstand von vier Jahren - mit einem Bericht Rechenschaft ablegen, ob Präventionsziele erreicht wurden und die Instrumentarien des Gesetzes gegriffen haben. Damit können veränderte Anforderungen an ein modernes Präventionssystem frühzeitig erkannt und berücksichtigt werden.

Auch wird die **Selbsthilfeförderung** transparenter und effektiver. Das stärkt die aktiven Patientenkräfte in unserem System.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention schließen wir zu den Ländern in Europa auf, die bereits gute Erfolge mit gesundheitlicher Prävention erzielt haben.

Den **Gesetzentwurf** finden Sie im Internet unter

[http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/ges\\_6.cfm](http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/gesetze/ges_6.cfm)

### **3. Allgemeine Bewertung**

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT) unterstützt ausdrücklich das Vorhaben des Gesetzgebers, die gesundheitliche Prävention zu stärken und so eine weitere Säule des Gesundheitswesens auszubauen. Im Gesetzentwurf steht, dass die Maßnahmen einen Beitrag zur Verringerung „sozial bedingter und geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ leisten sollen. „Armut macht krank“, dieser Satz gilt in der medizinischen Soziologie schon lange. Das Europäische Netzwerk für Gesundheit am Arbeitsplatz schätzt, dass arme Menschen ein zehnmal höheres Gesundheitsrisiko haben als Nichtarme. In Ländern mit hoher Armut gibt es laut WHO z. B. etwa doppelt so viele Krebskranke wie in entwickelten Ländern. (Mehr zu diesem Thema finden Sie im Internet unter [www.euro.who.int/document/e80225g.pdf](http://www.euro.who.int/document/e80225g.pdf)). Das Präventionsgesetz wird diese Ungleichheit sicher nicht beseitigen, hierzu müsste die Gesundheits- und Sozialpolitik gesundheitsgerecht verändert werden, dieser Anspruch der Ottawa-Charta bleibt unerfüllt. Das Gesetz kann aber durch eine umfassende Berichterstattungspflicht die Transparenz über den Präventionsbedarf und den Erfolg von Maßnahmen erheblich verbessern.

Die Nicht-Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit (nach dem derzeitigen Stand) sehen wir äußerst kritisch, da es gerade bei ihren Versicherten und Leistungsbeziehern um ein Klientel mit hohen Gesundheitsbelastungen und damit präventiven Potentialen geht. Problematisch ist auch, dass der Rentenversicherung auferlegt wird, Finanzmittel der Primärprävention aufzubringen und diese zu Lasten der von ihr zu erbringenden Leistungen der medizinischen Rehabilitation umzuschichten. Dies trifft auch auf die Pflegeversicherung zu, der ebenfalls neue Finanzaufgaben zur Finanzierung der Primärprävention auferlegt werden, ohne dabei die steigende defizitäre Einnahmesituation dieses Sozialleistungsträgers zu berücksichtigen.

Im neuen Gesetzentwurf sind im Detail noch etliche Änderungen notwendig. Der oben beschriebene Zeitplan gibt uns nun doch die Möglichkeit, den Gesetzentwurf etwas ausführlicher zu prüfen. Wir arbeiten zur Zeit u.a. mit dem German Network for Mental Health (GNMH) an einer ausführlicheren Stellungnahme, die wir in unserer Homepage veröffentlichen.

*Waltraud Deubert*

***Presseinformation des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes:***

**Aus Klienten werden Kunden:  
Das Persönliche Budget kommt!**

Das PARITÄTISCHE Kompetenzzentrum Persönliches Budget hat seine Arbeit aufgenommen. Das Angebot der Informations- und Dokumentationsstelle richtet sich an hilfebedürftige Menschen und ihre Angehörigen als Budgetnehmer sowie an soziale Dienste und Einrichtungen mit ihren Fachkräften als Leistungsanbieter. Nach den neuen Regelungen im Sozialgesetzbuch (SGB IX, XI und XII) können Menschen mit gesetzlichen Hilfsansprüchen nicht wie bisher pauschalierte Sachleistungen, sondern ein individuell berechnetes Persönliches Budget bekommen. Mit diesem Geld - oder mit Gutscheinen - können sie dann - oder Angehörige und

Betreuer - die erforderlichen Hilfen selbst auswählen und bezahlen. Die Idee: Aus Klienten sollen Kunden werden, die durch ihre Selbstzahlerrolle mehr Einfluss auf die Ausgestaltung der Hilfe haben.

Die neuen Regelungen werfen sowohl für die Budgetnehmer als auch für die Leistungsanbieter viele Fragen auf. Behinderte oder pflegebedürftige Menschen sehen sich plötzlich in der Rolle, selbst verantwortlich zu sein für die Organisation ihrer lebensnotwendigen Hilfen. Und den Trägern sozialer Dienste und Einrichtungen stellen sich neue Anforderungen an die Personalplanung, an die Preisgestaltung und an das Marketing.

Das PARITÄTISCHE Kompetenzzentrum Persönliches Budget will angesichts dieser sozialpolitischen Umbruchssituation bei der Suche nach fachlich angemessenen und wirtschaftlich tragfähigen Lösungen helfen. In bundesweiten und regionalen Fachtagungen werden in- und ausländische Erfahrungen mit dem Persönlichen Budget dokumentiert und analysiert. Eine per Internet frei zugängliche Website sammelt in einer Datenbank aktuelle Informationen und Grundlagenartikel zum Persönlichen Budget. Das PARITÄTISCHE Kompetenzzentrum Persönliches Budget bemüht sich zudem um Antworten bei Einzelanfragen von Budgetnehmern und Leistungsanbietern.

Beim PARITÄTISCHEN Kompetenzzentrum Persönliches Budget handelt es sich um eine gemeinsame Einrichtung des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes - Gesamtverband e.V. und seiner Landesverbände. Das auf drei Jahre angelegte Modellprojekt wird unterstützt von der Aktion Mensch.

PARITÄTISCHES Kompetenzzentrum Persönliches Budget, Drechslerweg 25, 55128 Mainz, Melanie Fritz 06131/93680-12, Christina Nedoma 06131/93680-27,

E-Mail [budget@paritaet.org](mailto:budget@paritaet.org), Internet <http://www.budget.paritaet.org>

## **WHO-Konferenz „Psychische Gesundheit“ in Helsinki**

### **EU erarbeitet Aktionsprogramm zur Seelischen Gesundheit**

Markos Kyprianou, Europäischer Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz, hat dazu aufgerufen, der psychischen Gesundheit in Europa einen höheren politischen Stellenwert einzuräumen. In einer Rede vor der WHO-Konferenz der Gesundheitsminister zum Thema psychische Gesundheit Mitte Januar dieses Jahres in Helsinki, nannte Kyprianou die psychischen Erkrankungen „Europas unsichtbare Killer“.

- Jedes Jahr sterben etwa 58 000 Menschen in der EU durch Selbstmord oder Selbstschädigungen.
- Dem stehen etwa 50 700 Todesfälle pro Jahr durch Verkehrsunfälle und etwa 5 350 durch Mord oder Totschlag gegenüber.
- Die meisten Todesfälle stehen mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang, vor allem mit Depressionen. 15 % der an schweren Depressionen Erkrankten begehen Selbstmord; 56 % versuchen, sich das Leben zu nehmen.

Kyprianou betonte seine Entschlossenheit, dafür zu sorgen, dass die EU mehr zur Förderung der seelischen Gesundheit unternimmt. Die Kommission ist dabei, eine Strategie zur Förderung der seelischen Gesundheit zu erarbeiten.

**EU-Aktionsprogramm: Schwerpunkt liegt auf seelischer Gesundheit**

Seelische Gesundheit ist einer der Schwerpunkte des Aktionsprogramms der EU im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2003-2008. Die EU finanziert im Rahmen dieses Programms eine Reihe von Projekten, die zum Verständnis der Ursachen psychischer Erkrankungen und zur Ermittlung von Maßnahmen zu deren Prävention beitragen sollen.

Ein Überblick über diese Projekte und weitere damit zusammenhängende Tätigkeiten ist einer neuen **Broschüre** mit dem Titel „*Action for Mental Health*“ zu entnehmen. Im Jahre 2004 veröffentlichte die Kommission außerdem **Berichte** über den *Stand der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union und Depressionsbekämpfung*.

Diese drei Berichte wurden von den Delegierten auf der Konferenz in Helsinki diskutiert. Die Ergebnisse aus gemeinschaftlich finanzierten Projekten, die Schlussfolgerungen der Konferenz von Helsinki und frühere politische Erörterungen über die seelische Gesundheit auf EU-Ebene werden in eine **EU-Strategie für psychische Gesundheit** einfließen, die von der Kommission derzeit erarbeitet wird. Die Kommission hofft, etwa Mitte dieses Jahres eine Anhörung zu dieser Strategie einleiten zu können.

Weitere Informationen über die Konferenz von Helsinki sind von folgender Website abrufbar: <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005?language=German> .

Weitere Informationen über EU-Projekte und Berichte über die psychische Gesundheit (u.a. Psychische Gesundheit – Aktionsplan für die Europäische Region der WHO und

Psychische Gesundheit – Erklärung für die Europäische Region der WHO) finden Sie unter: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_health\\_de.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_de.htm) .

Generelle Informationen über EU-Projekte und Berichte über die psychische Gesundheit finden Sie unter:

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_health\\_de.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_de.htm) .

## **Interview mit der Bundesministerin für Gesundheit und Soziales, Ulla Schmidt**

*Die Redaktion der Zeitschrift Psychotherapie im Dialog (PiD) [Steffen Fliegel und Arist von Schlippe] hat in diesen Tagen ein Interview mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zur Situation der Psychotherapie geführt, welches wir nachfolgend mit freundlicher Genehmigung der Zeitschrift wiedergeben.*

*PiD:* Ist die Bedeutung von Psychotherapie aus Ihrer Sicht derzeit eher sinkend oder steigend?

*Ulla Schmidt:* Gerade die aktuellen Ereignisse, wie die Flutkatastrophe in Südostasien, zeigen, wie wichtig in bestimmten Situationen eine psychotherapeutische Betreuung ist. Opfer und Angehörige brauchen in solchen Situationen eine qualifizierte Unterstützung. Dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten dafür übernehmen ist selbstverständlich.

Aber auch wenn man auf die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte zurückblickt, ist die Bedeutung der Psychotherapie deutlich gestiegen. Psychotherapie hat sich als fester Bestandteil der medizinischen Versorgung etabliert. In Fachkreisen wie in der Gesundheitspolitik stimmt man dahingehend überein, dass es psychotherapeutisch behandlungsbedürftige und behandelbare Krankheiten gibt. Dementsprechend besteht eine Leistungspflicht innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit dem Psychotherapeutengesetz die Berufe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendpsychologinnen und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten geregelt. Psychotherapie wird inzwischen als eigenständiges Gebiet wahrgenommen. Ob und wie sich die Bedeutung der Psychotherapie in Zukunft ändern wird, ist aus meiner Sicht nicht pauschal zu beantworten. Dies hängt nicht nur von der zukünftigen Morbidität der Bevölkerung, sondern auch von gesundheitspolitischen und gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen, aber auch von der psychotherapeutischen Forschung der kommenden Jahre ab. Nicht ohne Grund wurde die Psychotherapie bei der letzten Fortschreibung des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung "Forschung für den Menschen" aufgenommen, und es wurde ein eigener Förderungsschwerpunkt beschlossen. Vor dem Hintergrund zukünftiger Forschungsergebnisse im Bereich der Psychotherapie werden sich das Fachgebiet und die dieses Gebiet ausübenden Berufe weiterentwickeln.

*PiD:* Wird Psychotherapie weiterhin zur Regelversorgung gehören oder wird sie zu einer Leistung der Zusatzversicherung?

*Ulla Schmidt:* Es besteht nicht die Absicht, die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen zur psychotherapeutischen Versorgung zu ändern.

*PiD:* Welche Bedeutung hat Psychotherapie, Menschen, die schwer integrierbar in die Gesellschaft sind, in ihrer Lebensqualität zu fördern und zu unterstützen?

*Ulla Schmidt:* Aus meiner Sicht ergibt sich die Bedeutung der Psychotherapie für diese Personengruppe nur aus dem Einzelfall. Denn mangelnde oder fehlende gesellschaftliche Integration kann vielfältige Ursachen haben. Sie kann beispielsweise auf einer seelischen oder körperlichen Krankheit oder Behinderung beruhen, kann im Bereich der Migrationsproblematik aber auch durch Konfrontation mit einem neuen soziokulturellen Umfeld entstehen. Ob ein Bedingungsgefüge vorliegt, auf dessen Grundlage über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit psychotherapeutischer Maßnahmen entschieden werden kann, ist nur im individuellen Fall zu entscheiden.

Ich bin überzeugt, dass psychotherapeutische Maßnahmen bei vielen dieser Menschen positive Effekte auf die Emotionalität oder die Verhaltensweisen haben können. Dennoch begründen nach den geltenden Regelungen therapeutische Ziele wie zwischenmenschliche "Unterstützung", "Förderung der Lebensqualität" oder Integration in die Gesellschaft für sich noch keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Sondern es muss im Einzelfall geprüft werden, ob die mangelnde Integration ursächlich mit einer gleichzeitig vorliegenden psychotherapiebedürftigen und psychotherapierbaren seelischen Erkrankung oder Behinderung verknüpft ist.

*PiD:* Kann Psychotherapie genutzt/benutzt werden, um Menschen in gesellschaftsbedingten Notlagen zu mehr Lebensqualität zu verhelfen?

*Ulla Schmidt:* Menschen in sozialen Notlagen fühlen sich häufig allein gelassen, von den Mitmenschen nicht wahrgenommen oder minderwertig und müssen sich deutlich mehr als andere Menschen um die eigene Existenz sorgen. Vor diesem Hintergrund dürften die in der Psychotherapie angewandten Behandlungsmethoden bei einer Vielzahl der hier angesprochenen Menschen durchaus zu positiven Effekten auf das Selbstgefühl oder allgemein auf die "Lebensqualität" beeinflussende Bereiche der Emotionalität, des Erlebens und des Verhaltens führen. Doch auch hier entspricht es nicht den Grundgedanken des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung, eine durch gesellschaftliche Not begründete verminderte "Lebensqualität" grundsätzlich medizinisch respektive psychotherapeutisch zu behandeln. Ein Anspruch im Sinne des Sozialrechts auf psychotherapeutische Leistungen ergibt sich auch bei dieser Personengruppe dann, wenn die vorgesehene psychotherapeutische Maßnahme der Heilung oder Besserung einer mit der gesellschaftlichen Notlage verbundenen seelischen Krankheit oder Behinderung dient.



## **Bericht von der 38. Jahrestagung der Association for Advancement of Behavior Therapy (AABT)**

(in Zukunft: ABCT, Association for Behavioral and Cognitive Therapies)

vom 18. bis 21. November 2004 in New Orleans, USA

Mit 86 Symposien, 27 Podiumsdiskussionen, mehr als 1.100 Posterpräsentationen und über 2.000 TeilnehmerInnen war die jährliche „Heerschau“ der amerikanischen VerhaltenstherapeutInnen wieder eine eindrucksvolle Angelegenheit. Allein die Liste der AutorInnen im Programmheft erstreckte sich über 32 Seiten.

Der inhaltliche Schwerpunkt des Jahres war das Thema Co-Morbidität, welches in vielfältigen Zusammenhängen diskutiert wurde, u.a. im Hinblick auf die Evaluation der Behandlungen oder die Bedeutung der Co-Morbidität für die Theorieentwicklung. Gut vertreten war der Bereich Kinder- und Jugendliche, er scheint in den letzten Jahren zunehmend an Gewicht gewonnen zu haben. Die Zusammenstellung bzw. die Inhalte der Veranstaltungen konzentrierten sich nach Auffassung des Berichterstatters wieder mehr auf verhaltenstherapeutische Kerntechniken.

Von besonderem Interesse war eine Veranstaltungsreihe, in der Persons, Kohlenberg und Goldfried in einem **Rollenspiel** mit der jeweils gleichen „Klientin“ ihr **therapeutisches Vorgehen** demonstrierten. Die Stile unterschieden sich deutlich und zeigten, in welcher Breite „verhaltenstherapeutisch“ gearbeitet werden kann: Persons, die ihr kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen als „case formulation driven“ beschreibt, setzte eng an den Lehrbüchern orientierte kognitive Standardtechnologie zur Exploration von Gefühlen/Gedanken ein. Kohlenberg, der sich als „practicing radical behavioral clinician“ bezeichnet, konzentrierte sich vorwiegend auf die Bekräftigungskontingenzen in der aktuellen Beziehung. Die Orientierung am „hier und jetzt“ lässt sich, wenn man die aktuellen Bedürfnisse des Klienten berücksichtigen will, allerdings schwer durchhalten – wie sich im Rollenspiel zeigte. Goldfried legte Wert auf die Feststellung, dass er sich weniger an Techniken orientiere als an „Prinzipien der Veränderung“. Die Erwartungen der Klientin (Motivation) sind ihm besonders wichtig. Er bemüht sich die therapeutische Allianz rasch aufzubauen und für Therapieziele und –methoden Übereinkunft zu erzielen. Im nächsten Schritt soll das Bewusstsein der Klientin für *die* Aspekte sensibilisiert werden, welche das Problem aufrechterhalten und schließlich sollen – dies sei der Schlüssel zur Veränderung – mit Unterstützung des Therapeuten korrigierende Erfahrungen gemacht werden. Er brachte die therapeutischen Schritte in dieser Weise auf den Punkt: Die KlientInnen sollten von *unbewusster Inkompetenz* zu *bewusster Inkompetenz*, dann zu *bewusster Kompetenz* und schließlich zu *unbewusster Kompetenz* geleitet werden (Automatisierung des „neuen“ Verhaltens).

Resick entwickelte in ihrer „Presidential Address“ das **Konzept der Posttrauma-Pathologie** weiter. Nach dem aktuellen Stand gebe es fünf Kriterien: Trauma, Wieder-Erleben, Vermeidung, Erregung und Dauer der Traumatisierung. Diese Aspekte würden aber nicht alle emotionalen und kognitiven Reaktionen umfassen, welche von Opfern nach traumatischen Erfahrungen berichtet werden. Als Kernfaktoren sieht sie: Intrusionen, Kognitionen, Emotionen/Erregung, Flucht/Vermeidung.

Intrusionen umfassen sensorische Erinnerungen, Bilder, Flashbacks und Albträume. Kognitionen und kognitive Prozesse schließen inhaltlich das autobiographische Gedächtnis, Schemata, Bewertungen, Annahmen, und - als Prozesse - Grübeln, spezifische Aufmerksamkeitslenkung, Assimilation und Akkommodation ein. Für den Faktor Emotionen/Erregung seien

Furcht, Scham, Trauer, Wut, Ekel und Schuld von primärer Bedeutung. Bei der Verminderung der negativen Reaktionen interagieren die Elemente Intrusionen (Abschwächung) mit Emotionen/Erregung (bessere Affektregulation, geringere negative Emotionalität) und Kognitionen (balanciertere Einstellung und „gesunde“ Bewertung).

Bei denjenigen, die sich von dem Trauma nicht erholen, führen die starken negativen Affekte zu Flucht und Vermeidung (Aggression, selbst schädigende Verhaltensweisen, Drogenmissbrauch, Essstörungen, kognitive oder Verhaltens-Vermeidung, Dissoziation, emotionale Unterdrückung, sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und Verhaltensblockaden). Nach Resicks Auffassung führt die „erfolgreiche Vermeidung“ zu chronischer PTSD. Neben der „einfachen“ PTSD gebe es noch eine komplexe Variante, in der co-morbide Störungen entwickelt würden: Externalisierung (Substanzabhängigkeit, Bulimie), oder Internalisierung (Angststörungen, vermeidende Persönlichkeitsstörung bzw. Somatisierung, generalisierte Angststörung oder Depression).

Therapeutisch geht es nach Resick primär darum, Vermeidungsverhalten abzubauen und an den Kern-Symptombereichen zu arbeiten (bei Intrusionen/Emotionen/Erregung evtl. mit Medikation und Exposition, bei Kognitionen bzw. Emotionen mit kognitiver Therapie). Sobald die Vermeidung blockiert sei und die therapeutischen Interventionen bei einem der Symptomcluster einsetzen, reduziere sich auch die Schwere der Symptomatik in anderen Bereichen. Zum Thema Re-Traumatisierung durch Exposition erwähnte Resick Untersuchungen (z.B. Taylor, 2004), nach denen das entsprechende Risiko sehr gering sei.

Resick sieht folgende Vorteile in ihrem Modell: Es spiegele die klinischen Phänomene post-traumatischer Erfahrung besser, mache die breiteren Reaktionsmöglichkeiten verständlich, trenne sensorische Erinnerungen von Gedanken, Emotionen und Verhalten, erweitere die trauma-bezogenen Emotionen über Furcht hinaus (Scham, Wut, Ekel etc.), bringe die Symptome in eine logischere Ordnung, die mit der aktuellen Therapieentwicklung kompatibel seien, weite das Konzept von Vermeidung aus und umfasse damit alle Möglichkeiten von Flucht und Ausweichverhalten (Versuche, negative Affekte zu verhindern oder zu reduzieren), sei vereinbar mit dem aktuellen Forschungsstand und gebe Hinweise auf die klinische Arbeit.

Resick schlägt für das DSM-V vor, PTSD aus den Angststörungen herauszunehmen und eine neue Gruppe von Stress-Störungen zu bilden:

Anpassungsstörung, Akute Stressstörung, Einfache/komplexe PTSD, Traumatische Trauer.

Als Kriterien für PTSD schlägt sie vor:

- A Traumatisches Ereignis (einmalig/wiederkehrend)
- B Intrusionen
- C Kognitionen
- D Emotionen/Erregung
- E Flucht/Vermeidung

Spezifizierungen: Einfache oder komplexe PTSD vom Typ „externalisierend“ oder „internalisierend“, akut (1-6 Monate) oder chronisch (>6 Monate), Vorliegen comorbider sekundärer Störungen.

Kilpatrick hielt einen Vortrag („invited address“) zu traumatischen Erfahrungen und ihren Folgen bei Kindern, Jugendlichen und junge Erwachsenen: Bis 1980, als PTSD im DSM III eingeführt wurde, gab es nur wenig Wissen zu diesem Thema. Seinerzeit war die Auffassung verbreitet, dass Traumatisierungen selten vorkommen. Spätere Forschung konnte aber zeigen, dass dies nicht der Fall ist und entsprechend wurde das Kriterium A im DSM IV verändert. Kilpatrick zeigte anhand telefonisch erhobener Daten an einer repräsentativen Stichprobe von mehr als 4.000 amerikanischen Jugendlichen, dass 45% der Befragten von einer oder mehreren Gewalterfahrungen berichteten. Die Prävalenz von PTSD, Depression und Substanzmiss-

brauch in dieser Untergruppe betrug ca. 26%, wobei mit zunehmender Häufigkeit von Gewaltexposition das Risiko psychischer Störung erheblich ansteigt (der zusammenfassende Bericht ist im Internet unter [www.musc.edu/cvc/](http://www.musc.edu/cvc/) abrufbar). Dieses Interview wurde sieben Jahre später mit mehr als 1.700 Teilnehmern der ersten Welle wiederholt. Kilpatrick und sein Team konnten zeigen, dass Gewaltexposition unter Adoleszenten und jungen Erwachsenen recht häufig ist. Nicht jeder, der Gewalterfahrungen gemacht hat, entwickelte psychische Störungen, einige, die solche zum ersten Untersuchungszeitpunkt aufwiesen, fand sich diese Störung beim zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht mehr. Die Prävalenz von aktuell bestehender PTSD, Depression und Substanzmissbrauch in dieser Altersgruppe ist aber erheblich, Comorbidität ist die Regel, nicht die Ausnahme. Es gibt klare Hinweise darauf, dass Erfahrungen mit Gewalt das Risiko für das Entstehen der Störungen erhöhen, wie auch die Muster der comorbiden Störungen.

In Gesprächen mit deutschen Kollegen stellten wir fest, dass die aktive und passive Beteiligung deutscher PsychologInnen an der AABT-Jahrestagung in den letzten Jahren nachgelassen hat. Dies ist bedauerlich nicht nur für die amerikanischen KollegInnen, die (noch) weniger über Entwicklungen in Europa erfahren, sondern auch für uns Deutsche, denen Möglichkeiten der Information aus erster Hand und zur Erfahrungsbildung verloren gehen.

Die AABT hat sich sehr schwer getan, die „Kognitionen“ in ihren Namen aufzunehmen. Die entsprechenden Diskussionen reichen Jahre zurück und noch bei der letzten Abstimmung 2004, als der Namenswechsel beschlossen wurde, haben einige Mitglieder ihren Austritt im Falle des Namenswechsels angekündigt. Dennoch hat der gegenwärtige Vorstand für die nächste Jahrestagung das Motto festgelegt: Building Bridges: Expanding Our Conceptual and Clinical Boundaries. Man kann gespannt sein.

*Armin Kuhr, Dinklar*

### **Literatur**

Taylor, S. (2004), Efficacy and outcome predictors for three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and exposure training. In S. Taylor (Ed.), *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder*. Springer Publishing Company: New York.

## **Bericht über die 20. Jahrestagung der International Society for Traumatic Stress Studies**

vom 14. bis 18.11.2004 in New Orleans, USA

„Stell dir vor, es ist Krieg und keiner geht hin.“ Dieser viel zitierte Spruch aus den siebziger Jahren kam mir wieder in den Sinn, als ich das Programm mit dem Oberthema „War as a Universal Trauma“ las. Warum gehen eigentlich so viele hin? Warum scheint es so leicht, Kriege anzuzetteln? Die Aussage von US-Präsident Truman am Ende des zweiten Weltkrieges, dass dies der Krieg gewesen sei, der alle Kriege beende, hat sich als falsch erwiesen. Das Gedächtnis scheint kurz, die Motivation, Gewalt einzusetzen, vielfältig. Von hohem Interesse für mich war daher der Eröffnungsvortrag von Chris Hedges, einem Journalisten, der mehrere Jahre für die New York Times als Kriegsreporter gearbeitet hatte. „War is a force that gives us meaning“. Von allen Veranstaltungen, die ich besuchte, war dies eine der Wenigen, in welcher der Irakkrieg explizit erwähnt und kommentiert wurde, was angesichts der Tatsache erstaunte, dass die Zeitungen voll waren mit Berichten über die intensiv geführten Kämpfe um Falluja, mit täglich neuen Todesstatistiken der US Truppen. Bis zum 17.11.2004 hatten insge-

samt mehr als 1.200 amerikanische Soldaten ihr Leben verloren - die vermutlich weit größere Zahl irakischer Opfer fand keine Erwähnung!

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, den Vortrag von Hedges detailliert zu dokumentieren, angesichts seiner Bedeutung sollen aber einige Kernthemen und -thesen wiedergegeben werden:

Hedges begann mit kritischen Bemerkungen zur gegenwärtigen Situation in den USA. Er zitierte den seinerzeitigen amerikanischen Außenminister McNamara, der die Bombardierung Nordvietnams 1965 als „ein Mittel der Kommunikation mit den Kommunisten“ interpretierte. Diese Lektion sei durch die Terroristen, welche die Angriffe auf New York und Washington planten, übernommen wurden („sie haben gut gelernt – Terror als Botschaft“). Die Bescheidenheit in den USA nach dem Vietnamkrieg sei inzwischen verfliegen. Er sieht die Erfahrung bestätigt, dass dann, wenn das nötige Material zum Führen eines Krieges vorhanden ist, die Wahrscheinlichkeit für dessen Einsatz hoch sei („weil die Fähigkeit zur Kriegführung existiert, haben wir auch das Recht, Krieg zu führen“). In der Bevölkerung habe sich die Grundeinstellung verfestigt, dass „die Technologie uns unbesiegbar macht“. Die Militarisierung der Gesellschaft habe auch erhebliche innenpolitische Folgen: „Wir sind zum Tyrannen im Ausland geworden, am Ende werden wir auch Tyrannen in unserem eigenen Land sein.“

Ein weiterer Aspekt: In „1984“ schrieb Orwell von der Notwendigkeit, permanent gegen Andere Krieg zu führen, um (eine falsche) Einheit im Volk zu erzeugen. Ein Mechanismus, der von politischen Führern immer wieder genutzt wurde und werde. Hedges sieht den Irakkrieg *auch* in diesem Licht. So habe es nach den Attacken vom September 2001 ein Gefühl von Gemeinsamkeit gegeben, welches praktisch alle Amerikaner erfasste. Die Entfremdung des Einzelnen war aufgehoben, das Gemeinschaftsgefühl sehr stark. Als dieses abflaute, blieb eine starke Sehnsucht danach übrig.

Eine weitere, bedrohliche, Seite des Themas bringt Hedges drastisch auf folgenden Punkt: „Krieg ist die Pornographie der Gewalt. Er hat eine dunkle Schönheit“. Ein Beleg dafür sei die Tatsache, dass die Unterhaltungsindustrie auf der Attraktivität von Gewalt aufbaue. „Krieg ist praktische Nekrophilie“. Seine Worte erhalten Gewicht durch die eigenen Erfahrungen. Er habe früh gelernt, dass Krieg seine eigene Kultur forme: “The rush of battle is a potent and often lethal addiction, for war is a drug, one I ingested for many years.” (Hedges, 2003, S. 3)

Aufgrund seiner Erfahrungen sieht er die überdauernde Attraktion von Krieg in folgendem Sachverhalt: Trotz der hinreichend bekannten Folgen von Krieg, trotz der in alle Bereiche hinein wirkenden Schädigung und Zerstörung - „Krieg kann uns das geben, wonach wir uns im Leben sehnen“. Er kann uns eine Aufgabe, er kann uns Bedeutung geben, einen „Grund zu leben“. „Viele von uns, ruhelos und unerfüllt, sehen keinen überragenden Wert in ihrem Leben. Wir wollen mehr. Krieg, zumindest, gibt uns das Gefühl, dass wir über uns selbst, die wir klein und zerrissen sind, hinauswachsen können.“ Er ermöglicht uns, über die „Trivialität des Alltags“ hinauszuwachsen. Er ist ein stimulierendes Elixier. Er gibt uns Entschlossenheit, Sinn. Wir befinden uns in einer verschworenen Gemeinschaft („einer für alle, alle für einen“). Wir sind Herr über Leben und Tod. Krieg erlaubt uns Mut zu zeigen, für den wir bewundert werden.

Die suchterzeugende Wirkung des Krieges nahm Hedges an sich selbst wahr, 15 Jahre arbeitete er als Kriegsreporter. Und wie bei jedem Abhängigen, gibt es bei ihm bis heute eine gewisse Nostalgie für die „Einfachheit“ und die „Highs“, welche mit Krieg verbunden sind. Dies alles trotz des Todes von befreundeten Kollegen oder der vielen bestialischen Bilder, die er im Grunde besser nicht gesehen hätte. Es gab Momente, in denen er glaubte, dass er lieber sterben wolle, als in die tägliche Routine zurückzugehen. Dies ist nicht nur Theorie: Er berichtet von einem Kollegen, der als Fotograf während des Krieges in San Salvador arbeitete und sich nach einigen sehr kritischen Situationen entschloss, in die USA zurück zu kehren,

um dort als Magazin Fotograf zu arbeiten. Dies war ihm aber bald „zu langweilig“; er ging zurück nach Mittelamerika, einige Monate später war er tot.

Auf meine Frage, wie er sich aus der Droge des Krieges lösen konnte, antwortete er: es sei ein dreijähriger Kampf gewesen, mit erheblichen Entzugssymptomen (Sehnsucht nach dem Adrenalin), das Prestige ein Kriegskorrespondent zu sein, der Druck der Zeitung, dabei zu bleiben. Die letzte Erfahrung, die es ihm ermöglichte, den Prozess der Herauslösung zu beginnen, machte er im Gaza-Streifen, wo ein fünfzehnjähriger Jugendlicher, nur wenige Meter von ihm entfernt, bei einem Schusswechsel zwischen Palästinensern und Israelis getötet wurde. Außerdem: Er heiratete.

Die gegenwärtige Attraktivität des Themas **Trauma** zeigte sich daran, dass mehr als 1.000 TeilnehmerInnen nach New Orleans gekommen waren. Beeindruckend war die Breite der Themen: Neben der Wirkung von Kriegshandlungen auf Soldaten und Zivilbevölkerung, der Diagnostik, Prävention und Behandlung traumabedingter Störungen, wurden gemeindepsychologische Programme und Interventionen und übergreifende kulturelle und politische Fragen behandelt.

Highlights herauszugreifen ist sehr schwierig, deshalb nur ein paar Stichworte zu einigen Beiträgen:

Ein nachträglich ins Programm aufgenommenen Vortrag (innerhalb des Symposiums *Trauma, Gender, Violence and Military Culture*) wurde von einem ehemaligen Soldaten gehalten, der sich im Verlauf des Irakkriegs wegen posttraumatischer Symptome krank gemeldet hatte. Er wurde daraufhin wegen Feigheit angeklagt (der erste Fall seit dem Vietnamkrieg). Das Verfahren wurde fallen gelassen, als die Presse sich dieses Themas annahm.

Ein Thema, das angesichts einiger erschreckender Vorkommnisse zunehmend Bedeutung erlangen wird, sind die Auswirkungen von Kriegserfahrungen auf Partnerschaft und Familie. Daten zu diesem Thema lieferten exploratorische Interviewstudien, außerdem wurden erste, ermutigende Ergebnisse einer naturalistischen kognitiv-behavioral orientierten Paartherapie berichtet.

Von hohem Interesse war ein Vortrag von Cahill et al. mit dem Titel *First Do No Harm: Worsening or Improvement After Prolonged Exposure*. Die vorläufige Analyse verschiedener Studien zeigte, dass zuverlässige Verschlechterung nur in den Wartelisten (13%) auftrat, gegen (eventuell) ein Prozent in den einbezogenen Behandlungsgruppen. 90% der TeilnehmerInnen profitierten von der Behandlung.

Gersons fasste an anderer Stelle dieses Symposiums die Ergebnisse aus der Literatur so zusammen: „PTSD is a disordered fear response in need of exposure treatment.“

Postskriptum: Die *Süddeutsche Zeitung* (5.-6. Februar 2005, S. 9) berichtet über einen amerikanischen Offizier, der bei einer Podiumsdiskussion in San Diego gemäß Fernsehaufzeichnung folgendes sagte: In Afghanistan gebe es „Typen, die Frauen fünf Jahre lang schlagen, weil sie keinen Schleier tragen. Typen wie diese sind keine echten Männer mehr. Und es macht verdammt viel Spaß, sie zu erschießen.“ Die Zuhörer applaudierten.

*Armin Kuhr, Dinklar*

## Literatur

Hedges, Chris (2003) *War Is a Force That Gives Us Meaning*. New York: Anchor Books.

## Berichte aus den Landesgruppen

### Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg finden im Herbst 2005 die zweiten Wahlen zur Landespsychotherapeutenkammer statt. Die Vertreter der DGVT haben deshalb Interessierte zu einem ersten Gespräch eingeladen, um die Kammerwahl vorzubereiten. Bei den letzten Kammerwahlen konnte die DGVT leider keinen Delegiertensitz erlangen.

Drei Gesprächsteilnehmer, die in Ausschüssen der jetzigen Kammer mitarbeiten, kamen zu diesem Treffen: **Marianne Funk** (Vorsitzende des Ausschusses ambulante Versorgung) ist gewählte Delegierte in der Kammerversammlung, **Ralf Adam** ist Mitglied im Finanzausschuss und **Jürgen Pitzing** arbeitet im Ausschuss Psychotherapeuten in Institutionen. Weiter anwesend waren **Kerstin Burgdorf** und **Günter Ruggaber** von der Geschäftsstelle der DGVT und **Renate Hannak-Zeltner** als Landessprecherin. Wir saßen also Anfang Januar zu sechst zusammen und haben überlegt, wie wir die Kammerarbeit bewerten, was gut ist und was besser zu machen wäre.

Unsere Überlegungen waren nicht unabhängig von unseren beruflichen Erfahrungen, ob angestellt oder niedergelassen, ob an der Kammerarbeit beteiligt oder nicht.

Wer in Baden-Württemberg die Kammerarbeit mehr von außen betrachtet und die Kammer von den Mitteilungen an die Mitglieder her beurteilt, die ihn von Zeit zu Zeit erreichen, ist eher skeptisch, wer dagegen selbst in der Kammer mitarbeitet, sieht die Notwendigkeiten der Kammerarbeit und das bereits Erreichte eher positiv. Hierin zeigt sich für uns die Notwendigkeit, die Öffentlichkeitsarbeit der Kammer mit dem Ziel von größerer Transparenz zu verbessern.

Einig waren wir uns darin, dass die Psychotherapeutenkammer die Bürokratisierung für unseren Berufsstand verstärkt. Das hat eine natürliche Notwendigkeit, hat die Kammer doch als Körperschaft öffentlichen Rechts klare gesetzliche Verpflichtungen, die es auf bürokratischem Wege zu erfüllen gilt und die für das Voranbringen der beiden neuen Berufsstände der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unerlässlich sind. Die Frage, die sich stellt, ist aber, wie man den gesetzlichen Auftrag und die Interessen der Mitglieder an einer effizienten Kammerarbeit mit hoher Transparenz besser in Einklang miteinander bringen kann. Wir denken, das ist möglich, und wir werden in den nächsten Wochen unsere Vorschläge in Form eines Thesenpapiers vorlegen.

Am Beispiel der Fortbildungsordnung soll dies verdeutlicht werden. So schickte die Kammer Baden-Württemberg an ihre Mitglieder Unterlagen zur Fortbildungsordnung im Umfang von insgesamt 40 Seiten, die darin enthaltenen Informationen wiederholten sich zum Teil. In einem weiteren Schreiben wurden diese Unterlagen dann noch ergänzt. Leider sind trotz der Papierflut viele Fragen offen geblieben. In Zeiten von Internet und E-Mail, an dem sicherlich der Großteil der Kammermitglieder teilnimmt, könnte hier in Zukunft schrittweise auf den elektronischen Datenweg umgestellt werden.

Auch folgende Erfahrung zeigt aus unserer Sicht die Schwerfälligkeit der Kammer: Eine von der Autorin dieses Beitrags selbst im März 2004 abgehaltene und **zuvor** zur Anerkennung eingereichte Fortbildungsveranstaltung kann nach Aussage der Kammer nachträglich nicht mehr akkreditiert werden. Stattdessen soll jeder Teilnehmer der Veranstaltung diese einzeln einreichen zur nachträglichen Anerkennung mit den entsprechenden Unterlagen. „Maßgeblich ist letztlich die Anerkennungsfähigkeit im Sinne der Fortbildungsordnung“ schreibt die Kammer in ihrem Antwortschreiben. Und weiter: „zusätzlich zur Teilnahmebescheinigung sollten aussagefähige Unterlagen über den Inhalt der Fortbildungsmaßnahme wie z.B. Pro-

gramm, Flyer, Abstracts etc. beigelegt werden“ (zitiert aus einem Schreiben vom 23.12.04 der Kammer BW). Über die Kosten für eine jeweils individuelle Klärung können wir nur spekulieren.

Einfacher ginge es mit einer schnellen Akkreditierung von Fortbildungen, bei fristgerechter Einreichung mit nachträglicher Anerkennung. Es würden dann nicht unnötige doppelte Prüfungen der selben Veranstaltung anfallen.

Und noch ein Hinweis am Rande: die Einbeziehung der Angestellten/Beamten in die Fortbildungsordnung der Kammer ist gesetzlich nicht zwingend. Das GMG hat nur für die am GKV-System teilnehmenden Niedergelassenen eine Fortbildungspflicht etabliert.

Damit möchte ich auf ein Problem der bisherigen Kammerarbeit hinweisen, für das wir uns eine bessere Lösung wünschen: die Anforderungen, die an die Kammermitglieder in den verschiedenen zu regelnden Bereichen gestellt werden (s. Fortbildungsordnung, aber auch Berufsordnung), sollten überschaubar und realistisch bleiben, statt Perfektionismus wünschen wir uns praktikable Lösungen, die die sicherlich bei unserem Berufsstand vorhandene hohe Eigenverantwortung stärken.

Kurz gefasst: wir wünschen uns eine „schlanke“ Kammer, die die ihr übertragenen Aufgaben verantwortlich und praxisnah löst. Eine Kammer ist auch ein Kontrollorgan: hier wünschen wir uns die größere Einbeziehung der Psychotherapeutenverbände, um den Mitgliedern die Erbringung der geforderten Nachweise zu erleichtern. Hier hat die DGVT jahrzehntelange Erfahrung, die sie einbringen kann.

Eine schlanke Kammer in Baden-Württemberg bedeutet auch, die Bundespsychotherapeutenkammer zu stärken. Nur so kommen wir zu sinnvollen bundeseinheitlichen Regelungen, die das Berufsbild der Psychotherapeuten bestimmen werden.

Das Wichtigste zum Schluss: Wir suchen noch weitere DGVT-Mitglieder, die Interesse an der Kammerarbeit haben. Dabei denken wir sowohl an KandidatInnen für die Kammerwahl, als auch an Personen, die mit uns zu einzelnen Themen diskutieren wollen.

Wichtige Diskussionspunkte nochmals zusammengefasst:

- Welche Anliegen habe ich als Angestellter/Beamter oder als Niedergelassener an die Kammer (und wie kann bei konträren Interessen eine für beide Gruppen akzeptable Lösung gefunden werden?),
- finanzielle Belastungen der Kammermitglieder (Kammerbeiträge, Entschädigungsordnung des Kammervorstands),
- Förderung des Berufsstandes: welche Vorstellungen gibt es hierzu?.

Also, schreiben Sie an [bawue@dgvt.de](mailto:bawue@dgvt.de) oder kommen Sie zum **öffentlichen Diskussionsforum am Freitag, 18. März 2005, 14:15 Uhr (Theologicum, Liebermeister Str. 12) im Rahmen der DGVT-Workshoptagung in Tübingen.**

Zu dieser Veranstaltung möchten wir alle interessierten Mitglieder und Teilnehmer an der Workshoptagung einladen. In Form von kurzen Inputs mit anschließender Diskussion sollen unter dem Titel **„Kammerpolitik auf dem Prüfstand“** einzelne Fragen, die wir an die Kammer Baden-Württemberg haben, bearbeitet werden. Wir würden uns freuen, Sie hierzu in Tübingen begrüßen zu können.

*Renate Hannak-Zeltner*

## Bayern

Bayern versinkt (in den Tagen und Wochen vor dem Redaktionsschluss der RB) in weiten Bereichen im Schnee. Dennoch geht die Arbeit weiter, wie so oft auf verschiedenen Ebenen.

Über die **Wahlen zur Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)** hatten wir bereits berichtet, über die turbulenten Folgen bei der Wahl zum hauptamtlichen Vorstand der KVB ebenfalls. Dass das Gebilde aus Facharzt und stellvertretendem Psychotherapeuten keine Dauerkonstruktion darstellen sollte und könnte, war klar. Zu groß wäre die Konfrontation für die Hausärzte gewesen. Jedoch konnte es dadurch immerhin erreicht werden, dass eine erneute Satzungsdiskussion in Gang kam und abgeschlossen werden konnte. Die neue Satzung sieht nunmehr einen Dreivorstand vor, in dem jeweils ein/e VertreterIn von Hausärzten, Fachärzten und PsychotherapeutInnen einen Platz haben werden. Ein wirklich erfolgreicher Ausgang dieser Entwicklung!

Zwischenzeitlich fand bei der KVB-Vertreterversammlung die Wahl zum Beratenden Ausschuss Psychotherapie statt. Hier konnte *Rudi Merod* als Stellvertreter positioniert werden. Herzlichen Glückwunsch!

Glückwünsche gehen auch an ein Mitglied der DGVT, welches in München in einem Widerspruchsverfahren im Zusammenhang mit einem Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragspsychotherapeutensitzes gegen die KVB gewonnen hat (vgl. hierzu den Bericht unter *Alles was Recht ist* in diesem Heft).

Im Rahmen der Psychotherapeutenkammer steht derzeit - entsprechend der Vorgaben der bayerischen Politik - die Prävention sehr stark im Vordergrund bzw. die bayerischen Anstrengungen in diesem Bereich. *Heiner Vogel* ist als Kammervorstandsmitglied hier an den Gesprächen im Ministerium bzw. anderenorts beteiligt.

Schließlich steht ein neues **Treffen der Landesgruppe** an: Wir laden dazu herzlich ein - und zwar in die neuen Räumlichkeiten des DGVT-Ausbildungszentrums in München (Rankestr. 6a in Schwabing) am **Samstag, dem 28. Mai 2005, 14:00 – 17:00 Uhr!**

*Rudi Merod, Barbara John, Heiner Vogel*

## Berlin

Beim Treffen der Landesgruppe Berlin am 8.12.2004 in den Räumen des DGVT-Ausbildungszentrums ging es neben dem kollegialen und berufspolitischen Austausch auch zunächst um die personelle Zukunft der Landesgruppe. Es galt, ein neues LandessprecherInnen-Team zu finden. Neu gewonnen werden konnten *Eva Heimpel* und *Monika Basqué*. Im Amt bestätigt wurde *Klaus Bickel*, der die Landessprechertätigkeit bereits seit längerem inne hat. Die LandessprecherInnen rufen dringend dazu auf, sich verstärkt in der Landesgruppe oder auch als DGVT-Kandidat oder –Kandidatin für die Berliner Psychotherapeutenkammer zu engagieren. Kontaktadresse: berlin@dgvt.de.

Die vier **DGVT-Vertreter in der Kammer** berichteten anschließend von ihrer Arbeit. Insgesamt ist man personell gut vertreten: ein Vorstandssitz und drei Ausschusssprecherpositionen sind durch DGVT-Mitglieder besetzt. Viele berufspolitische DGVT-Positionen konnten in der Kammerarbeit umgesetzt werden. Insbesondere in den Bereichen Qualitätssicherung, Menschen- und Patientenrechte, Finanzen, Datenschutz, Berufsordnung, Angestellte, Beschwerden, Folteropferbegutachtung usw. wurde sehr effektiv im Sinne der DGVT-Politik an Beschlüssen der Kammer mitgewirkt.

Im Sommer wird in Berlin eine **neue Delegiertenversammlung für die Kammer** gewählt. Die DGVT wird auch weiterhin im „Berliner Bündnis für psychische Gesundheit“ mitarbeiten und ihre Vertreter auf dieser Liste platzieren.



Eva Heimpel informierte über die Möglichkeit, **Qualitätsarbeitskreise zur kollegialen Supervision bei der DGVT** anzumelden. Damit kann auch im Rahmen der Fortbildungsordnung der Fortbildungsverpflichtung nachgekommen werden. Nähere Informationen und Anmeldeformulare sind auf der DGVT-Homepage erhältlich.

Das nächste Landestreffen soll im Frühjahr 2005 stattfinden. Die DGVT-Mitglieder werden hierzu noch schriftlich eingeladen.

*Christian Remmert, Klaus Bickel*

## **Niedersachsen**

### **Kammerwahlen vom 7. bis 21. Februar 2005 – DGVT kandidiert auf der Liste „Kooperation“**

Bei den Wahlen zur Psychotherapeutenkammer in Niedersachsen 2005 tritt die DGVT auf der **Liste „Kooperation“** an. Diese Liste ist ein Bündnis der DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie) und der DGVT. Auf der Liste kandidieren für die DGVT *Heinz Liebeck, Dieter Haberstroh, Christiane Rokahr, Petra Voges* und auf der KJP-Liste *Katrin Ruß*. Zunächst kann man sich fragen, wieso kommt es zu diesem Bündnis von Verbänden so unterschiedlich inhaltlicher Ausrichtung. Diese Frage möchten wir Ihnen beantworten: Bei den letzten Kammerwahlen in Niedersachsen im Jahre 2001 haben die KandidatInnen der DGVT auf eben dieser Liste kandidiert. Diese Liste ging aus der Landeskonferenz in Niedersachsen hervor. Zur Liste gehörten in der vergangenen Legislaturperiode noch die Vereinigung (Vereinigung der Vertragspsychotherapeuten) und der BVVP (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.) an. Die Vereinigung hat kurz vor den KV-Wahlen im Herbst 2004 die Landeskonferenz und in der Folge auch die Gruppe Kooperation verlassen und sich dem DPTV angeschlossen. Für Niedersachsen ist damit ein sehr starker Block für die Kammerwahlen entstanden, dem eigentlich nur noch die Gruppe „Kooperation“ entgentreten kann.

Die Arbeit in der Gruppe Kooperation war in den letzten vier Jahren außerordentlich angenehm und von einem Bemühen um einen hohen Qualitätsstandard gekennzeichnet. Da es in der Kammerarbeit ohnehin fast nicht um inhaltlich-psychotherapeutische Positionen geht, haben die KandidatInnen der DGVT mit Überzeugung beschlossen, das Bündnis mit der DGPT in Niedersachsen bei den nächsten Kammerwahlen fortzusetzen, denn nur so ist eine gute Vertretung der DGVT in den Kammer-Ausschüssen zu gewährleisten. Wir bitten alle DGVT-Mitglieder in Niedersachsen unbedingt an den Wahlen teilzunehmen und dabei natürlich die KandidatInnen der DGVT zu wählen. Da davon auszugehen ist, dass die Wahlbeteiligung eher geringer sein wird als vor vier Jahren (vielleicht gibt es ja eine leichte Kammerverdrossenheit), zählt jede Stimme nicht nur doppelt, sondern sogar dreifach. Eine starke DGVT-Vertretung in Niedersachsen hat dann auch Chancen, die Gruppe der DGVT-Delegierten in der Bundespsychotherapeutenkammer zu unterstützen.

*Christiane Rokahr, Heinz Liebeck, Dieter Haberstroh*

### **Treffen der AG Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Niedersachsen am 25. Januar 2005 in Hannover**

Am 25.1.2005 trafen sich fünf DGVTler aus Niedersachsen und Bremen, um aktuelle Themen aus dem KJP-Bereich auszutauschen. Neben der Versorgungssituation in beiden Bundesländern ging es um die Chancen für "Frisch-Approbiertere", in diesem Bereich Fuß fassen zu können. Insbesondere die neuen Angebotsformen mit multiprofessionellem Ansatz (Integrierte Versorgung, MVZ) und deren Umsetzbarkeit im Kinder- und Jugendlichenpsychotherapiebe-

reich wurden diskutiert. Mit Spannung wird die Entwicklung in Rheinland-Pfalz beobachtet, wo es Verhandlungen für eine sozialtherapeutische Versorgung gibt.

Geplant sind **weitere Treffen** in diesem Rahmen, zu dem **alle Interessierten am Bereich Kinder- und Jugendlichentherapie eingeladen sind**. Das nächste Treffen wird am Dienstag, den **24. Mai 2005 um 20:00 Uhr** wieder in der **KJP-Praxis Katrin Russ, Ewige Weide 1 in Hannover** stattfinden! Wir freuen uns über neue Gesichter.

*Christiane Rokahr*

## **Gemeinsamer Bericht der Landesgruppen Bremen und Niedersachsen**

### **Kurzbericht zur gemeinsamen Mitgliederversammlung am 1.12.2004 im Freizeithaus Vahrenwald in Hannover**

Im Dezember 2004 war es ein Novum, dass die Jahresversammlung als ein Treffen von zwei Landesgruppen gemeinsam veranstaltet wurde. Ebenso neu war es, dass dies zeitlich und räumlich mit einer Fortbildungsveranstaltung gekoppelt wurde. Mit diesem Angebot konnte große Resonanz bei unseren Mitgliedern geweckt werden. Eine Fortführung dieser Vorgehensweise ist geplant.

Zu dem Thema „**ADHS bei Kindern und Erwachsenen. Symptomatik – diskutierte Ursachen - Behandlung**“ hielt *Dr. phil. Georg Wolff* einen lebendigen Vortrag, dem 31 TeilnehmerInnen (trotz erschwelter Raumumstände) interessiert lauschten. Bei zukünftigen Veranstaltungen wird es einen größeren Raum geben – versprochen! Auch an der sich anschließenden berufspolitischen Veranstaltung gab es rege Teilnahme. Hier schalteten sich 23 Interessierte mit kritischen Fragen und Anmerkungen in die Diskussion ein, wie der Stand in den Psychotherapeutenkammern zu bewerten sei und wie DGVT-Positionen in der Weiterentwicklung eingebracht werden können und sollen. Weitere Themenbereiche waren u.a. Niederlassungsberatung während und nach der PP/KJP-Ausbildung, zu denen die DGVT als Berufs- und Fachverband gebeten wurde, sich regional zu engagieren. Dies soll auch mittelfristig umgesetzt werden!

**Die Bremer** DGVT-Landessprecher *Peter Hegeler* und *Norbert Krischke* berichteten über die Situation im Norden. In Bremen gibt es inzwischen Erfahrungen nach der 2. Wahl des Kammervorstandes. Leider war die Wahlbeteiligung sehr gering (von ca. 400 Wahlberechtigten haben nur 72 an der Mitgliederversammlung teilgenommen) und im Wesentlichen hat hier das Präsidium Vorstand / Stellvertreter) das alte Profil behalten. Die Verhaltenstherapie hat ein deutliches Gewicht behalten. Thematisch wurde diskutiert, Auszubildende in die Kammer mit aufzunehmen, unklar sind noch die Modalitäten (ob freiwillige Mitgliedschaft, ob Pflichtmitgliedschaft, ob beitragsfrei (wie in Niedersachsen) oder mit gestaffeltem Beitrag. Das „Nordkammer“-Thema wurde von den DGVT-Vertretern in die Bremer Kammer eingebracht – es wurde bislang jedoch keine Entscheidungen dazu getroffen. Man darf gespannt bleiben, wie die Kammerversammlung mit dem deutlichen Votum der Bremer Mitglieder für eine gemeinsame „Psychotherapeutenkammer Nord“ weiter verfährt. Der Anschluss Bremens an das niedersächsische Versorgungswerk ist hingegen eine beschlossene Sache.

Bedauerlicherweise gibt es in Bremen wenige DGVT-Mitglieder, die sich aktiv in die Berufspolitik einmischen; Interessierte sind herzlich eingeladen, sich bei den Landessprechern Peter Hegeler und Norbert Krischke zu melden ([bremen@dgv.de](mailto:bremen@dgv.de)). Alle weiteren Infos wie Telefonnummern zur Kontaktaufnahme finden sich unter dem Stichwort Landesgruppen in dieser VPP.

**Die Niedersachsen** konnten insbesondere über die Vorbereitungen der Kammerwahl berichten. Infos zum aktuellen Stand der Listen sind in diesem Landesbericht bereits aufgeführt. Die

DGVT ist auf der Liste Kooperation vertreten und stellt vier PPLer (Heinz Liebeck, Dieter Haberstroh, Christiane Rokahr, Petra Voges) und eine KJPLerin (Katrin Ruß) zur Wahl. Es wird um aktive Wahlbeteiligung gebeten und natürlich um Unterstützung der DGVT-VertreterInnen. Ein Wahlbrief ist versandt.

Interessiert hat insbesondere die Definition der Wahlberechtigung – hier ist der Praxisort entscheidend – und somit auch der Ausbildungsort, in welchem Bundesland eine Kammerwahlberechtigung besteht! (z. B. sind PP-/KJP-AusbildungsteilnehmerInnen niedersächsischer Institute in Niedersachsen wahlberechtigt, auch wenn sie in Bremen wohnen) Voraussetzung für die Wahlberechtigung war der Eintrag ins Wahlregister bis November 2004. Auf dieser Grundlage wurde ermittelt, dass 31 Mitglieder der PPs und 9 Mitglieder der KJPs an der Wahl zur Kammerversammlung teilnehmen können. Die Wahl findet vom 7.2. bis zum 21.2.2005 per Briefwahl statt.

Weitere Themen waren und sind: die sensible Frage der Fort- und „Weiter“-bildung. Aus unserer Sicht darf eine Spezialisierung nach der Approbation nicht zur Abwertung derselben führen! Im BAT stehen Veränderungen an, es geht für unseren Berufsstand v.a. um die Einstufung der Approbation – und auch um die Eingruppierung der KJPLer, bisher ist der Grundberuf der Maßstab. An den Universitäten steht eine Umstrukturierung an, Bachelor/Masterstudiengänge werden aufgebaut. Welcher Abschluss wird zukünftig die Grundlage zur PP/KJP-Ausbildung sein?

Auf der Ebene der Bundespsychotherapeutenkammer entstehen allmählich Musterordnungen (Musterberufsordnung/Musterfortbildungsordnung/Musterweiterbildungsordnung). Der Beitrag der Länder an die BPtK ist gestiegen – zuletzt um ca. 30% von 30 € auf 39 € - und es ist davon auszugehen, dass das nicht das „Ende der Fahnenstange“ sein wird... Noch ein gutes Argument, um über den Zusammenschluss der Nordländer weiter zu verhandeln. Zwar bestehen Kooperationen zwischen den Nordländern, jedoch wird z.T. das Rad wiederholt neu erfunden, mögliche Synergieeffekte werden nicht genutzt.

Die Aufwandsentschädigungen sollten moderat gehalten werden, damit es nicht in Kürze zu weiteren Beitragserhöhungen kommt – ein erklärtes DGVT-Ziel.

Bei den KV-Wahlen kam es zu Blockbildungen – überwiegend kann dennoch auf eine konstruktive und gute, sachgerechte Arbeit – fast frei von Lagerkämpfen – zurückgeblickt werden. Dieses Klima soll möglichst aufrecht erhalten bleiben.

Info: Am **25.1.2005** trafen sich Interessierte in der **KJP-Praxis Katrin Ruß in Hannover**, um sich mit **berufspolitischen Themen innerhalb des KJP-Bereiches** zu beschäftigen. U.a. stand das Thema Versorgungssituation (bei KV-Zulassungen wird nicht zwischen PP/KJP differenziert, das Problembewusstsein in diesem Bereich scheint nicht sehr hoch zu sein) auf der Tagesordnung. Einen Bericht über dieses Treffen finden Sie nachfolgend.

Die nächste Mitgliederversammlung wird nach den positiven Erfahrungen abermals als gemeinsame Veranstaltung der Landesgruppen Bremen und Niedersachsen geplant werden – auch die Koppelung mit einer Fortbildungsveranstaltung soll sich wiederholen.

*Dieter Haberstroh, Heinz Liebeck, Christiane Rokahr, Norbert Krischke, Peter Hegeler*

## **Nordrhein-Westfalen**

Die Landesgruppe NRW der DGVT hat das neue Jahr, in dem die nunmehr zweite Wahl zur Psychotherapeutenkammer ansteht, direkt mit intensiver Vorbereitungsarbeit begonnen. Am 9.1.2005 fand eine Klausurtagung der Delegierten der DGVT in der aktuellen Kammerversammlung statt, auf der die politischen Ziele und Strategien abgestimmt wurden.

Klar wurde dabei, dass wir uns noch mehr auf die Themen konzentrieren werden, die wir aus bewährter DGVT-Tradition heraus besetzen. Die DGVT hat sich immer für die **institutions-eingebundene Organisation von Psychotherapie eingesetzt**. Wir haben dafür plädiert, bei der Organisation von Psychotherapie nicht die gleichen Fehler zu begehen, wie dies die Medizin getan hat. Wir hatten uns eingesetzt für den Erhalt von Ambulatorien, für Teamarbeit, für Psychotherapie in Institutionen.

Mittlerweile werden solche Organisationsformen für den gesamten Gesundheitsbereich gefördert, weil darin Potentiale zur Qualitätsverbesserung und auch zu Einsparungen gesehen werden. Das GMG hat auch für die Niedergelassenen neue Organisationsformen ermöglicht, genannt seien die Stichworte Integrierte Versorgung und MVZ. Wir sehen darin eine Bestätigung alter DGVT-Positionen, an die es anzuknüpfen gilt. Deshalb wollen wir unsere berufspolitische Arbeit in NRW in der nächsten Zeit auf den institutionellen Bereich konzentrieren.

In der nun ausklingenden Wahlperiode der Kammerversammlung haben wir bereits diesen Schwerpunkt besetzt. Weitere Schwerpunkte waren u. a.: die **Sicherung demokratischer Strukturen innerhalb der Kammer**, Überwindung alter Gräben, die Sicherung der Belange der Angestellten, **Gleichbehandlung von KJP und PP**, Professionalisierung der Kammerstrukturen bei gleichzeitig **sparsamem Umgang mit den Kammerbeiträgen**. Wir haben mit der Allianz den Kammervorstand gestellt. *Hans-Peter Hansen* hat für die DGVT-Gruppe als Beisitzer im Vorstand seine Erfahrungen in die Satzungserstellung eingebracht und die Vernetzung zur Arbeit in der KV ermöglicht. Weiterhin haben wir politische Schwerpunkte in die Arbeit der Ausschüsse eingebracht: *Jürgen Kuhlmann* (Finanzausschuss), *Wolfgang Schreck* (Finanzausschuss, Satzungsausschuss), *Veronika Mähler-Dienstuhl* (Berufsordnungsausschuss). Mit *Johannes Broil* stellen wir den Ausschussvorsitzenden im Ausschuss Psychotherapie in Institutionen und mit *Michael Borg-Laufs* den Vorsitzenden im KJP-Ausschuss.

Durch unsere Arbeit haben wir die Kammerpolitik (insbesondere auch die inzwischen verabschiedeten Kammerordnungen) entscheidend hinsichtlich der Belange von Angestellten, KJP und der Sicherung institutioneller Versorgungsformen mitgeprägt.

Unsere Politik möchten wir auch in der in diesem Jahr zu wählenden Kammerversammlung fortsetzen. Dabei stehen wir für Kontinuität. Der derzeitige Kammervorstand hat eine erfolgreiche Aufbauarbeit gemacht, die sich sehen lassen kann. Wir haben mit Kräften unseren Anteil daran geleistet und stellen uns auch weiterhin zur Unterstützung dieser Arbeit zur Verfügung.

Wir führen derzeit Gespräche mit allen Verbänden, um auszuloten, wo wir Unterstützung für unsere politischen Ziele finden. Wir werden versuchen, auch für die anstehende Wahl Kooperationsabsprachen zu Stande zu bringen.

Gerne beteiligen wir weitere DGVT-Mitglieder aus NRW an unserer Arbeit und suchen auch noch weitere KandidatInnen. Interessierte Mitglieder können sich gerne mit den LandessprecherInnen in Verbindung setzen ([nordrhein-westfalen@dgvt.de](mailto:nordrhein-westfalen@dgvt.de)).

*Veronika Mähler-Dienstuhl, Johannes Broil, Jürgen Kuhlmann*

## **Sachsen**

### **Sächsischer Psychotherapeutentag**

Am 26. November 2004 fand in Dresden der 5. Sächsische Psychotherapeutentag statt, den wir in diesem Jahr als Landesgruppe der DGVT gemeinsam mit dem BDP organisiert haben. Die Veranstaltung fand in der sächsischen Landeärztekammer statt, was noch einmal die gute Zusammenarbeit der Psychotherapeuten mit den Ärzten in Sachsen unterstreicht.

Der Psychotherapeutentag stand unter dem Thema: „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom bei Kindern und Erwachsenen – neue Forschungsergebnisse und Therapieansätze“ zu dem Prof. Gauggel referierte. Als weiteren Programmpunkt gab es ein Referat von Herrn Manfred Kees, 1. Direktor der LVA Sachsen, zum Thema „Integrierte Versorgung“.

Die Veranstaltung war mit ca. 200 Besuchern gut besucht und am Rande gab es viele Möglichkeiten zum Austausch mit KollegInnen aus verschiedenen Verbänden und Fachrichtungen. Als DGVT waren wir mit einem Stand vertreten und konnten so die Arbeit der DGVT und der Landesgruppe präsentieren. Die Teilnehmer waren sich darin einig, dass die Tradition des gemeinsamen Sächsischen Psychotherapeutentages unbedingt fortgesetzt werden sollte.

### **OPK-Workshop**

Ende diesen Jahres oder im nächsten Jahr wird sich nach langer Vorbereitung die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer gründen. Im Dezember 2004 hatten wir daher mit DGVT-Vertretern aus den ostdeutschen Bundesländern ein Treffen in Leipzig organisiert, um die anstehenden Wahlen vorzubereiten. Für alle fünf neuen Bundesländer fanden sich InteressentInnen, die zu einer Kandidatur für die Kammer zur Verfügung stehen werden.

### **Veranstaltungshinweis – Workshop mit Jim McCullough**

*Andrea Mrazek* – Mitglied in der Landesgruppe Sachsen – wird im April einen sehr interessanten Workshop in Dresden organisieren. Vom Sonntag, 17.4., bis Dienstag, 19.4.2005, konnte sie Jim McCullough gewinnen, der in seinem Seminar neue psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von chronischen Depressionen vorstellen wird. Anmeldungen und weitere Informationen sind bei ihr erhältlich ([andrea.mrazek@t-online.de](mailto:andrea.mrazek@t-online.de)).

*Daniel Surall*

## **Schleswig-Holstein**

### **Kammerversammlung beschließt die Gründung eines extrem kleinen Versorgungswerkes (VW) – Der Anschluss an das Versorgungswerk der Niedersachsen (PVW) hätte deutlich höhere garantierte Renten ermöglicht**

Bereits im letzten Landesbericht haben wir an dieser Stelle ausführlich über das Thema Versorgungswerke informiert und über den damaligen Stand berichtet. In der Zwischenzeit wurde auf der **6. Kammerversammlung am 26.11.2004** die **Satzung für ein eigenes Versorgungswerk einschließlich einer nun vorgelegten Leistungstabelle**, in der die garantierten Renten in Abhängigkeit vom Beitrag und dem Eintrittsalter ausgewiesen werden, **mehrheitlich verabschiedet**. Dabei machte der Vorstand deutlich, dass, anders als zuvor angenommen, Beitragszahlungen für 2004 nun doch nicht mehr möglich seien. Informationen zu einem Geschäftsbesorgungsvertrag (z.B. ungefähre Kosten, ..) lägen noch nicht vor, der Vorstand beabsichtige erst nach Inkrafttreten der Satzung in 2005 diesbezügliche Verhandlungen aufzunehmen. Damit schien das Versorgungswerk der PKS-H so gut wie gegründet. Es fehlte nur noch die endgültige Genehmigung der Aufsichtsbehörde (Sozial- bzw. Wirtschaftsministerium des Landes).

Bei genauerer Überprüfung der Leistungstabelle fiel uns jedoch auf, dass diese offensichtlich für einen generellen Rentenbeginn mit Vollendung des 65. Lebensjahres berechnet war und nicht, wie in der Satzung festgelegt, mit Vollendung des 60. Lebensjahres. Auf entsprechende Einwendungen hin (an Vorstand und Aufsichtsbehörde) stellte sich schließlich heraus, dass der beauftragte versicherungsmathematische Gutachter sein **Gutachten** auf Grund entsprechender falscher Vorgaben des Vorstandes tatsächlich **für einen falschen generellen Rentenbeginn (mit 65 Jahren) verfasst** hatte. Dies machte eine **Neufassung des Gutachtens mit Veränderung der Rentenformel und der Leistungstabellen notwendig**.

**Wir verglichen darauf die** in den neuen Leistungstabellen ausgewiesenen **garantierten Renten mit denen des Psychotherapeutenversorgungswerkes Niedersachsen (PVW)**, dem Hessen, Rheinland-Pfalz, Bremen, Hamburg, und Berlin beitreten werden bzw. schon beigetreten sind, was aus Sicht der DGVT-Landesgruppe auch für Schleswig-Holstein die sinnvollere Alternative wäre. Bei dem Vergleich fiel (jeweils bezogen auf ein Eintrittsalter zwischen 30 und 45 Jahren und gleichen konstanten Beiträgen) Folgendes auf:

Bei regulärem Rentenbeginn mit Vollendung des 60. Lebensjahres sind **die garantierten Renten im PVW (Niedersachsen)**

- **zwischen 16 % und 23 % höher**
- **noch 4 % bis 4,5 % höher, wenn man im PVW erst 2 Jahre später als im VW der PKS H mit Beitragszahlungen beginnen würde.**

Diese Ergebnisse sind nun teilweise bedingt dadurch, dass beim PVW mit einem um 0,5 % höheren Rechnungszins (3,5 %) gerechnet wurde. Aber selbst bei einer Erhöhung der Verzinsung der Steigerungszahlen um 0,5 % für die Leistungstabellen des PKS H-Versorgungswerkes ergeben sich weitere Unterschiede der garantierten Renten

- zwischen 6 % und 24 %
- bzw. 1 % und 8,5 % wenn im PVW 1 Jahr später mit Beitragszahlungen begonnen wird.

**Bei einem Aufschub des Rentenbeginns** (nach beiden Satzungen jeweils möglich bis max. zum 68. Lebensjahr) **fallen diese Unterschiede noch wesentlich größer aus**, da in der PKS H-Leistungstabelle nur die dann längere Beitragszahlungsdauer für die Erhöhung der Rente berücksichtigt wurde, nicht aber die dadurch natürlich in gleichem Umfange gegebene Verringerung der Rentenbezugsdauer. Dies ist besonders für all jene schon etwas älteren KollegInnen relevant, die, um noch eine wünschenswert hohe Altersabsicherung zu erzielen, länger als bis zum 60. Lebensjahr arbeiten wollten. Kritisch anzumerken ist weiter, dass **der Ansatz von 2,5 % Verwaltungskosten im Gegensatz zu 4 % beim PVW unrealistisch niedrig** erscheint. Dies dürfte sich ebenso wie die **mit 5 % doppelt so hoch festgesetzten notwendigen Sicherheitsrücklagen** negativ auf die Höhe möglicher Überschüsse auswirken und die Wahl eines geringeren Rechnungszinses unbedingt rechtfertigen.

Die Vergleiche zeigen weiter, dass ein sofortiger **Anschluss an das PVW selbst dann** für die Mitglieder (gemessen an der Höhe der garantierten Renten) **sinnvoller wäre, wenn der Abschluss eines dafür nötigen Staatsvertrages die Gründung um bis zu 2 Jahre verzögern würde**, was aber nach den Erfahrungen aus den anderen Ländern als absolut unwahrscheinlich zu bewerten wäre. Damit ist aber das ursprünglich zentrale Argument des Vorstandes für die Gründung eines eigenen Versorgungswerkes entkräftet.

**Auf der** wegen der Neufassung des Gutachtens notwendig gewordenen **außerordentlichen Kammerversammlung am 21.1.2005 trug D. Deutschmann** für die DGVT-Landesgruppe deshalb **seine oben zusammenfassend dargestellten Analysen ausführlich vor**, um doch noch eine Mehrheit in der Versammlung zu überzeugen, dass auch für Schleswig-Holstein ein direkter Anschluss an das PVW entgegen der bisherigen Politik des Vorstandes die sinnvollere Lösung darstelle. Zudem **machte** er an Hand einer tabellarischen Gegenüberstellung **deutlich, dass sich die Satzungen des PVW und der PKS H** entgegen anders lautender Behauptungen des Vorstandes **hinsichtlich Regelungen zur Höhe der Rentenleistungen und der Leistungsvoraussetzungen so gravierend unterscheiden, dass ein späterer Anschluss an das PVW unnötig schwierig würde und zu zusätzlichen Verwaltungskosten** durch die Notwendigkeit der Verwaltung von zwei getrennten Mitgliederbeständen **führen würde**. Er wies zudem darauf hin, dass der Vorstand das Gremium nicht darüber informiert habe, dass die Geschäftsführerin des PVW dem Vorstand bereits im Oktober einen Satzungsentwurf er-

arbeitet habe, der genau diese Probleme vermieden hätte. Überhaupt entstand der vage Eindruck, dass der Vorstand eine Zusammenarbeit mit dem Zahnärzteeversorgungswerk bevorzugen, ohne dies der Kammerversammlung, die darüber eigentlich zu entscheiden hätte, transparent zu machen.

**Am Ende stimmte dennoch eine notwendige 2/3 Mehrheit für die Gründung eines eigenen Versorgungswerkes der PKS. Unverbindlich äußerte der Vorstand die Absicht, mittelfristig natürlich den Anschluss an ein anderes Versorgungswerk anzustreben, ohne schon jetzt festlegen zu wollen, an welches.** Es steht nun zu befürchten, dass ein Großteil der Kammermitglieder auf Grund der im Vergleich zum PVW deutlich schlechteren garantierten Leistungen von der **Option** Gebrauch machen wird, **sich innerhalb der ersten 6 Monate nach offizieller Gründung des VW auf Antrag von der Pflichtmitgliedschaft gemäß Übergangsbestimmung befreien zu lassen**, um ggf. später, nach erfolgtem Anschluss an ein anderes VW, diese Entscheidung noch einmal zu überprüfen (wer kauft schon gern die Katze im Sack?). **Insbesondere für viele angestellte KollegInnen** dürfte es nunmehr zumindest **höchst fraglich** erscheinen, **ob das nun beschlossene VW der PKS im Vergleich mit betrieblichen Altersvorsorgemöglichkeiten** (z.B. Pensionskasse, Pensionsfonds...), bei denen die Altersvorsorgebeiträge steuerfrei und zunächst begrenzt bis 2008 auch sozialversicherungsabgabefrei wären (Entgeldumwandlung), **noch eine attraktive Alternative** für eine zusätzliche Altersabsicherung neben der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung **darstellt**.

*(Eine ausführliche Darstellung der Vergleiche der Leistungen und der Satzungen des PVW und des VW der PKS ist in dieser Rosa Beilage sowie auf der DGVT-Homepage zu finden.)*

### **Kleine Fortschritte auf dem Weg zur „Nordkammer“!?**

Auf der **6. Kammerversammlung** wurde auf unseren Antrag hin nun zum zweiten Mal ausführlich über das Thema Nordkammerzusammenschluss diskutiert. Der **Vorstand verlas** zunächst **seine Stellungnahme** zu dem Thema, in der er einen **Zusammenschluss der Nordkammern** unter Hinweis auf eine bereits bestehende enge Kooperationen zwischen den betroffenen vier Kammern und Bestrebungen, diese weiter auszubauen, als **aktuell „kontraproduktiv“** zurückwies, sich aber am Ende zur weiteren kritischen Prüfung, ob ein Zusammenschluss unter bestimmten Voraussetzungen doch sinnvoll sei, bereit erklärte.

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass eine größere Zahl von gewählten VertreterInnen mittlerweile die Ansicht vertritt, dass das Votum der Basis für eine Nordkammer nicht einfach mit dem Verweis auf bereits bestehende Zusammenarbeit abgetan werden könne, sondern konstruktiv aufgegriffen werden müsse. Man könne sich einer Nordkammer nicht verschließen, wenn in ihr die Interessenvertretung der PsychotherapeutInnen tatsächlich effektiver und kostengünstiger organisiert werden könne. Die weitere Diskussion wurde sehr konstruktiv bereichert durch einen **4-Punkte-Vorschlag des Finanzausschussvorsitzenden** zur inhaltlich fundierten weiteren Überprüfung der **Option Nordkammer**, der vorsah:

- Die **rechtlichen Voraussetzungen** eingehend zu klären,
- **offizielle Gespräche** mit den übrigen drei Kammervertretungen aufzunehmen über Möglichkeiten eines Zusammenschlusses,
- die Überprüfung der vom Vorstand angezweifelte finanziellen Vorteile durch das **Aufstellen eines Musterhaushaltes für eine Nordkammer** durch Mitglieder der vier Finanzausschüsse und
- die **Bildung einer Kommission „Nordkammer“**, die eingehend alle Fragen zur Nordkammer zusammentragen und soweit als möglich klären solle.

Dieser Vorschlag wurde **zunächst von fast allen Seiten als sehr konstruktiv begrüßt**; als er jedoch als Antrag zur Abstimmung gestellt werden und damit für den Vorstand verbindlich werden sollte, lehnten Vorstandsmitglieder ihn plötzlich deutlich emotional eingefärbt als „Misstrauensantrag“, „Verschleuderung von Geldern“, ... heftig ab. Da schnell deutlich wurde, dass der Vorschlag **als ganzes noch nicht mehrheitsfähig** wäre, **wurden nur die beiden ersten Punkte zur Abstimmung gestellt und mit 2 Gegenstimmen aus dem Vorstand auch angenommen**. Diese Entscheidung ist für uns insgesamt ein erfreulicher Schritt in die richtige Richtung, wenn auch noch lange nicht zufriedenstellend. **Im Weiteren** wird es darum gehen müssen, **Rahmenbedingungen und Ausgestaltungsmöglichkeiten zu konkretisieren** und damit auch die Möglichkeiten einer deutlichen Kostenreduktion durch einen Nordkammerzusammenschluss überprüfbar zu machen.

### **Kammerhaushalt 2005 und gestaffelte Beiträge für Angestellte und Selbstständige wurden beschlossen: Werden sich die neuen Beitragssätze als gerichtsfest erweisen?**

Ein weiteres wichtiges Thema der 6. Kammerversammlung war die Verabschiedung des **Kammerhaushaltes** sowie die Festsetzung der Kammerbeiträge für 2005. Erfreulicherweise konnten insbesondere durch eine Reduktion der vorgesehenen Anzahl an Ausschusssitzungen notwendige Mehrausgaben für die Bundespsychotherapeutenkammer kompensiert werden. Auf diese Weise konnte **eine Erhöhung der vorgesehenen Ausgaben für 2005 vermieden werden**. Es wurde hier wieder einmal deutlich, dass **eine wirkliche Kostenreduktion** darüber hinaus **nur noch über eine Reduktion der Entschädigungen (z.B. 30 €/Std. statt bisher 40 €/Std.) oder aber einen Nordkammerzusammenschluss möglich** wäre.

Über die Festsetzung der Kammerbeiträge wurde lange kontrovers diskutiert. **Einigkeit bestand jedoch endlich darin, dass** auf Grund der Verwaltungsgerichtsurteile (s. Bericht in der letzten Rosa Beilage) **eine Differenzierung in der Beitragshöhe zwischen Angestellten und Selbstständigen** (wie von der DGVT-Landesgruppe seit Jahren eingefordert) sowie Mitgliedern, die ihren Beruf nicht ausüben, **notwendig sei**. Ein Hebesatzmodell, bei dem jeder per Steuererklärung o.ä. der Kammer seine wirtschaftlichen Verhältnisse hätte offenbaren müssen, wurde erfreulicherweise mehrheitlich u.a. wegen damit verbundener erheblich höherer Verwaltungskosten verworfen. Nach langer und zuletzt zunehmend unübersichtlicherer Diskussion insbesondere über differenzierte Beitragssätze für Teilzeitbeschäftigte sowie die Definition von Kriterien für eine Beitragsreduktion (z.B. Arbeitslosigkeit, längere Krankheit, Erziehungsurlaub), wie in einigen anderen Beitragsordnungen vorgesehen, wurden zuletzt **folgende Beitragsstaffelungen mehrheitlich beschlossen**:

- I. 460 €: Selbstständige
- II. 420 €: Angestellte/Beamte
- III. 380 €: Mitglieder, die ständig nicht psychotherapeutisch tätig sind
- IV. 50 % des jeweiligen Beitragssatzes: alle, deren Härtefallantrag nach § 4 Abs. 2 der Beitragsatzung anerkannt wird
- V. 72 € Rentner

Neben der sehr zu begrüßenden grundsätzlichen Einführung gestaffelter Beiträge erscheint es uns jedoch **fraglich, ob ein um 8,6 % geringerer Beitrag für Angestellte einen vom Gericht festgestellten wesentlichen unterschiedlichen Nutzen von der Kammermitgliedschaft angemessen abbildet**. Die DGVT-Landesgruppe hat hier die Position vertreten, dass ein wesentlicher Unterschied sicher größer als 10 % sein müsse, wie übrigens in entsprechenden Beitragsstaffelungen in Niedersachsen (18 %) und Bayern (11 %) auch so umgesetzt. **Bedauerlich** finden wir auch, dass immer noch **keine für alle transparenten Kriterien für eine Beitragsreduktion definiert** wurden, so dass auch **Teilzeitbeschäftigte nur über die Härtefallregelung** eine Beitragsreduktion erwirken können. Dies wird sicher zu einem unnötig er-



höhten Verwaltungsaufwand führen. Überhaupt **nicht nachvollziehbar** erleben wir die festgesetzte **Höhe des Beitrages für die Beitragsklasse III**. Zumindest hier sind neue, auch wieder Kosten verursachende gerichtliche Auseinandersetzungen zu befürchten.

### **Landesbericht Schleswig-Holstein II**

An dieser Stelle ein kurzer Hinweis auf die Titelseite der Kieler Nachrichten vom Samstag, 29.1.2005. Die Zeitung schreibt: "**Mehrheit für Fusion mit Hamburg**". In einer repräsentativen Umfrage, die vom Institut für Markt-, Politik- und Sozialforschung Hamburg/Berlin (PSEPHOS) im Auftrag der Vereinigung der Unternehmensverbände in Hamburg und Schleswig-Holstein (UV Nord) durchgeführt wurde, haben sich 52 % der befragten BürgerInnen für eine Fusion der Bundesländer Schleswig-Holstein und Hamburg ausgesprochen. 36 % der HamburgerInnen und 37 % der Schleswig-HolsteinerInnen sind dagegen.

Spannend an dieser Meldung ist aus unserer Sicht Folgendes: Die Diskussion über ein Zusammengehen der norddeutschen Bundesländer schwappt schon recht lange immer mal wieder wellenförmig durch die Medien. Die Argumente der etablierten Politik gegen ein solches Tun ähneln dabei - wen wundert's - denen, die von gewählten Kammerfunktionären auch gegen eine von der DGVT geforderte gemeinsame „Psychotherapeutenkammer Nord“ ins Feld geführt werden. Man arbeite konstruktiv zusammen und meine ansonsten zu wissen, dass die Bevölkerung so etwas ja gar nicht will. Letzterem kann nun erstmalig anhand dieser Umfrage fundiert widersprochen werden.

*Detlef Deutschmann, Bernd Schäfer*

## **Ankündigung**

### **4. DGVT-Praxistage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 4. und 5. 11. 2005 in Dresden**

#### **„Körper und Seele“ – Körperbezogene Themen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

##### **Informationen und Anmeldung:**

**DGVT, Aus- und Weiterbildungsreferat, Postfach 13 43, 72003 Tübingen,**

**Tel. 07071-94 34 44, Fax 07071-94 34 35**

**Zeiten: Mo. – Do. 9:00 – 12:00 Uhr/ Di.+ Mi. 14:00 – 15:30 Uhr,**

**E-Mail: [awk@dgv.de](mailto:awk@dgv.de), Internet: [www.dgv.de](http://www.dgv.de)**

## Aus den Psychotherapeutenkammern

Im Folgenden veröffentlichen wir Übersichten über den aktuellen Stand der Versorgungswerke in den Ländern sowie über die Mitgliedsbeiträge zu den Landespsychotherapeutenkammern.

Diese Zusammenstellung finden Sie auch auf unserer Homepage [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de) (Politisches/Psychotherapeutenkammern). Ebenso ist dort eine vergleichende Übersicht zu den Entschädigungs- und Reisekostenordnungen ständig aktualisiert („Was kosten die Psychotherapeutenkammern?“).

### Überblick über den Stand der Versorgungswerke in den Ländern (1/2005)

#### **Baden-Württemberg** (ca. 3.900 Kammermitglieder)

Hier hat sich das zuständige Sozialministerium aus Gründen der mangelnden Wirtschaftlichkeit gegen ein eigenständiges Versorgungswerk ausgesprochen. Die Delegierten der LPK haben in ihrer Kammerversammlung am 26. November 2004 entschieden, dass ein dortiges Versorgungswerk für die Berufsangehörigen durch einen Anschluss an das Psychotherapeutenversorgungswerk Nordrhein-Westfalen realisiert werden soll.

#### **Bayern** (ca. 4.750 Kammermitglieder)

Die PTK hat im Mai 2004 die Gründung eines eigenen oder den Anschluss an das PVW-Niedersachsen beschlossen. Der Anschluss an das PVW scheiterte schließlich an der bayerischen Rechtsaufsicht, die auf eine volle Rechtsfähigkeit, die z.B. die Bayerische Versorgungskammer (eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts, in der viele bayerische Versorgungswerke Mitglied sind) hat, Wert legte. In mehreren regionalen MVen sowie in der anschließenden Delegiertenversammlung im Oktober 2004 wurde auf dieser Basis über die weitere Perspektive beschlossen, und es wurde jeweils mit überwältigender Mehrheit die Gründung eines Versorgungswerks unter dem Dach der Bayerischen Versorgungskammer beschlossen.

*Aktuelle Informationen zur Gründung des Versorgungswerks finden Sie im Internet unter [www.psychotherapeutenkammer-bayern.de/versorgungswerk.htm](http://www.psychotherapeutenkammer-bayern.de/versorgungswerk.htm).*

#### **Berlin** (ca. 2.700 Kammermitglieder)

Die LPK hat sich schon 2003 für einen Anschluss an das PVW-Niedersachsen entschieden, allerdings verbietet das Berliner Kammergesetz in seiner aktuell gültigen Fassung der LPK den Aufbau eines eigenen und den Anschluss an ein bestehendes Versorgungswerk. Hier laufen intensive Bemühungen der Kammer, das Kammergesetz zu ändern (alle anderen Heilberufekammern in Berlin dürfen schließlich auch Versorgungswerke gründen!)

*Aktuelle Informationen zum geplanten Versorgungswerk finden Sie im Internet unter [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de) →Kammerinfo →Versorgungswerk sowie unter [www.psychotherapeutenversorgungswerk.de](http://www.psychotherapeutenversorgungswerk.de).*

#### **Bremen** (450 Kammermitglieder)

Die Landespsychotherapeutenkammer Bremen hatte im Februar 2003 den Anschluss an das PVW-Niedersachsen beschlossen und ist am 1.3.2004 dem PVW-Niedersachsen beigetreten

(Inkrafttreten des Staatsvertrages). Die Erklärungsfrist der einzelnen Kammermitglieder von 6 Monaten, ob sie dem Versorgungswerk beitreten, endete am 31.8.04. Bisher sind ca. 100 Mitglieder dem PVW beigetreten (ca. 23 %).

*Informationen zu den aktuellen Entwicklungen des Versorgungswerks finden Sie im Internet unter [www.psychotherapeutenversorgungswerk.de](http://www.psychotherapeutenversorgungswerk.de).*

### **Hamburg** (ca. 1.400 Kammermitglieder)

Die LPK hat 02/2004 den Anschluss an das PVW-Niedersachsen beschlossen; ein Staatsvertrag ist in Arbeit und soll wahrscheinlich im 1. Quartal 2005 abgeschlossen werden.

*Informationen zu den aktuellen Entwicklungen des Versorgungswerks finden Sie im Internet unter [www.psychotherapeutenversorgungswerk.de](http://www.psychotherapeutenversorgungswerk.de).*

### **Hessen** (ca. 2.800 Kammermitglieder)

Die Landespsychotherapeutenkammer hält die Gründung eines eigenen Versorgungswerks wegen zu geringer Mitgliederzahlen für ökonomisch nicht vertretbar und hat 06/2004 den Anschluss an das PVW-Niedersachsen beschlossen, nach dem zuvor überlegt worden war, als Übergangslösung einen Geschäftsbesorgungsvertrag mit dem PVW abzuschließen und später beizutreten. Der Staatsvertrag ist in Arbeit und wird wahrscheinlich im 1. Quartal 2005 abgeschlossen.

*Aktuelle Informationen zum Versorgungswerk finden Sie im Internet unter [www.psychotherapeutenkammer-hessen.de](http://www.psychotherapeutenkammer-hessen.de) → *Neue Inhalte und Aktualisierungen* → *„Versorgungswerk“*, sowie unter [www.psychotherapeutenversorgungswerk.de](http://www.psychotherapeutenversorgungswerk.de).*

### **Niedersachsen** (ca. 2.600 Kammermitglieder):

Das PVW-Niedersachsen läuft seit 12/2002, hatte ca. 22 % Gründungsmitglieder, aktuell ca. 750 (davon aber ca. 100 PsychotherapeutInnen in Ausbildung, die meist keine Beiträge zahlen). Es basiert auf dem Kapitaldeckungsverfahren und hat inzwischen eine Teilrechtsfähigkeit (d.h. Vermögen der Kammer und des Versorgungswerkes sind rechtlich getrennt, aber die Kammer bestimmt unter Beteiligung einer gewählten Delegiertenversammlung, in der anteilig alle dem PVW beigetretenen Kammern vertreten sind, über die Satzung). Eine Vollrechtsfähigkeit wird von Seiten der Kammer bzw. des PVW für die Zukunft angestrebt. Die Leistungsberechnungen basieren auf einem sehr konservativen Verwaltungskostenansatz von 5 % und einem Rechnungszins von 3,5 % (viele andere Versorgungswerke rechnen noch mit aktuell kaum zu realisierenden 4 %). Aktuell liegt der durchschnittlich Beitrag bei 3/10 des GRV-Höchstbetrages.

*Informationen zu den aktuellen Entwicklungen des Versorgungswerks finden Sie im Internet unter [www.psychotherapeutenversorgungswerk.de](http://www.psychotherapeutenversorgungswerk.de).*

### **Nordrhein-Westfalen** (ca. 6.600 Kammermitglieder):

Das von der LPK gegründete PTV besteht seit Januar 2004. Es wurde ein Geschäftsbesorgungsvertrag mit dem Versorgungswerk der Steuerberaterkammer NRW geschlossen. Dessen Geschäftsstelle betreut mit 12 Angestellten einschließlich Geschäftsführer ca. 8.000 Mitglieder plus inzwischen ca. 1.000 des PTV (ca. 14 % Gründungsmitglieder). Wichtig: dieses Versorgungswerk basiert auf dem sog. „offenen Deckungsplanverfahren“, quasi einem Mittelweg zwischen dem Umlageverfahren (wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung) und dem Kapitaldeckungsverfahren (wie bei klassischen privaten Lebens- und Rentenversicherungen üblich).

*Aktuelle Informationen des Versorgungswerks zu den Auswirkungen des Alterseinkünftegesetzes finden Sie im Internet unter [www.psychotherapeutenkammer-nrw.de/seiten/versorgungswerk.php](http://www.psychotherapeutenkammer-nrw.de/seiten/versorgungswerk.php).*

**Rheinland-Pfalz** (ca. 1.100 Kammermitglieder):

Die Landespsychotherapeutenkammer ist überzeugt, dass die Mitgliederzahl der Kammer für die Gründung eines eigenen Versorgungswerks unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu gering ist und hat im Januar 2004 den Anschluss an das PVW-Niedersachsen beschlossen und hofft auf den Abschluss des Staatsvertrags noch in 2004, damit noch für das gesamte Jahr 2004 Beiträge entrichtet werden können, wahrscheinlich aber erst ab dem 1. Quartal 2005.

*Informationen zu den aktuellen Entwicklungen des Versorgungswerks finden Sie im Internet unter [www.psychotherapeutenversorgungswerk.de](http://www.psychotherapeutenversorgungswerk.de).*

**Schleswig-Holstein:** (ca. 960 Kammermitglieder)

Bereits im Mai 2004 wurde auf der Kammerversammlung beschlossen, dass die Gründung eines eigenen *oder* der Anschluss an ein bestehendes VW angestrebt werden solle.

Die nächsten Kammerversammlungen im Oktober und November beschlossen dann auf Empfehlung des Vorstandes mehrheitlich die Gründung eines eigenen VW und beauftragte den Vorstand, Verhandlungen über einen Geschäftsbesorgungsvertrag mit verschiedenen Kooperationspartnern aufzunehmen. Weil jedoch die Leistungstabelle, in der die garantierten Rentenhöhen festgelegt sind, wie sich im Weiteren herausstellte, für ein falsches generelles Renteneintrittsalter berechnet waren, musste eine zusätzliche außerordentliche Kammerversammlung für den 21.1.2005 einberufen werden, um über notwendige Änderungen der Satzung zu beschließen. Hier wurde noch einmal sehr kontrovers diskutiert, ob die Gründung eines eigenen Versorgungswerkes mit realistisch zu erwartenden 150 bis 200 Gründungsmitgliedern überhaupt wirtschaftlich sinnvoll sein könne. Insbesondere wurde angesichts erheblich geringerer garantierter Rentenleistungen im Vergleich zum PVW (Niedersachsen) darüber gestritten, ob nicht doch ein sofortiger Anschluss an das PVW für die Mitglieder die sinnvollere Alternative sei. Abschließend wurde jedoch mit der notwendigen Mehrheit die Gründung eines eigenen VW beschlossen. Mittelfristig solle dann aber doch ein Anschluss an ein anderes VW angestrebt werden.

*Aktuelle Informationen zum Versorgungswerk der PKSH finden Sie im Internet unter [www.pksh.de](http://www.pksh.de) →Aktuelles →aktuelle Infos.*

**Zusammenfassung:**

Wenn alle Kammern, die dies bereits beschlossen haben, dem PVW-Niedersachsen beigetreten sein werden, wird dieses langfristig eine solide Mitgliederbasis haben (nach dem momentanen Stand wird es über ca. 10.500 Mitglieder verfügen).

Daneben gibt es in NRW ein zweites großes Versorgungswerk für Psychotherapeuten, das nach dem beschlossenen Anschluss von Baden-Württemberg ca. 10500 Mitgliedern offen stehen wird. Wahrscheinlich wird es ein drittes größeres VW in Bayern unter dem Dach der bayerischen Versorgungskammer geben, dem ggf. noch das Saarland beitreten wird (aktuell für ca. 4750 Kammermitglieder aus Bayern). Viertens wird es ein sehr kleines VW für die ca. 960 Kammermitglieder in Schleswig-Holstein geben.

## Beiträge der Landespsychotherapeutenkammern

(Stand Januar 2005, alle Angaben ohne Gewähr)

Psychotherapeutenkammer bzw. Land	Beitragsbemessung	Jahresbeitrag (gerundet)	Anzahl der Kammermitglieder bzw. der Approbierten	Quelle
<b>Bundespsychotherapeutenkammer</b>	Jede Mitgliedskammer zahlt in Abhängigkeit von der Anzahl der Mitglieder dieser Kammer.	30 Euro pro Kammermitglied ab 2005		
<b>Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer</b>	Für Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern liegen noch keine Beitragsordnungen vor. Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer befindet sich in Gründung.			
<b>Bayern</b>	Beitragsgruppe A (selbständig tätig) Beitragsgruppe B (angestellt tätig) Beitragsgruppe C (sowohl selbständig als auch angestellt tätig) Mindestbeitrag (berufsfremd tätig oder nicht berufstätig) Es existiert eine Härtefallregelung.	350,00 € 310,00 €  330,00 €  60,00 €	ca. 4.700	Änderungen der Beitragsordnung lt. 4. Delegiertenversammlung vom 28.10.2004
<b>Baden-Württemberg</b>	Für alle Mitglieder Einheitstarif; außer: Erlass des gesamten Beitrags bzw. Ermäßigungen bei sozialen Härtefällen (Einkommen unter 10 800 bzw. 15 600 Euro im Jahr) auf Antrag an den Finanzausschuss.  Sonderregelungen für ebenfalls als Ärzte Approbierte Freiwillige Mitglieder und Mitglieder ohne Berufsausübung (z.B. ohne Berufsausübung im Ausland lebend)	250 €  0 € „passive“ Mitglieder (keine Berufsausübung, Verzicht auf Wahlrecht und Wählbarkeit)  125 €  125 €  125 € bzw. beitragsfrei bei sozialen Härten	ca. 3.880	Homepage der Kammer: <a href="http://www.lpk-bw.de">www.lpk-bw.de</a>

<b>Berlin</b>	2004: - Regelbeitrag - Ermäßigungsbeitrag	250,00 € 80,00 €	Stand 3/02: 3.019, davon 290 KJP	Anlage zur Beitragsordnung, beschlossen am 27.2.2003
<b>Bremen</b>	Einkommensgestaffelter Tarif nach zu versteuerndem Einkommen (Hebesatz 2004= 0,79%) Keine Änderung in 2005.	245,00 € <sup>1</sup> 490,00 € <sup>2</sup>	ca. 450	
<b>Hamburg</b>	<i>Die Kammer hat uns nicht erlaubt, die Daten der Beitragsordnung wiederzugeben.</i>		ca. 1.500	
<b>Hessen</b>	Einkommensgestaffelter Tarif nach Einkünften gem. § 2 Abs. 2 EStG mit Härtefallregelung. Beitragsveranlagung durch Selbsteinstufung bis zum 1. März eines jeden Jahres.  z.B. bis 2.500 € Jahreseinkommen bis 30.000 € bis 40.000 € bis 68.000 € ab 68.001 €	Beitragsstaffelung in 20 Euro-Schritten  40,00 € 300,00 € 400,00 € 680,00 € 700,00 €	2.687	Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen (Stand 2004)

<p><b>Niedersachsen</b></p>	<p>Einheitstarif plus Ermäßigungstatbestände und Härtefallregelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jahresbeitrag: 330,00 €</li> <li>- Angestellte/Beamte in Vollzeit: 270,00 €</li> </ul> <p>(bei Nebeneinkünften aus psychotherapeutischer Tätigkeit fällt der volle Beitrag an)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kammermitglieder in Teilzeit, die einschließlich aller Nebentätigkeiten &lt; 50% tätig sind: 165,00 €</li> <li>- Kammermitglieder, die keiner Berufstätigkeit nachgehen, arbeitslos sind, die Mutterschutz unterliegen oder Elternzeit in Anspruch nehmen: 65,00 €</li> <li>- Für Kammermitglieder, die auch in einer anderen Kammer Mitglied sind (gilt nicht bei einer freiwilligen Mitgliedschaft) halbiert sich der Kammerbeitrag.</li> <li>- Beitragsbefreiung</li> </ul> <p>Kammermitglieder, die das 65. Lebensjahr vollenden, werden vom folgenden Jahr an von der Beitragspflicht befreit, soweit sie keine Einnahmen aus psychotherapeutischer Tätigkeit erzielen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Härtefallregelung</li> </ul> <p>Auf schriftlichen Antrag kann der Beitrag gestundet, ermäßigt oder erlassen werden.</p>		<p>ca. 3.000</p>	<p>Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) vom 30.8.2003</p>
<p><b>Nordrhein-Westfalen</b></p>	<p>Einheitstarif:</p> <p>Ermäßigung auf 50 % bei Arbeitslosigkeit, Mutterschafts- u. Erziehungsurlaub, gesundheitliche Gründe. Des weiteren Möglichkeit der Stundung, Befreiung, Niederschlagung.</p>	<p>250,00 € (ab 2002)</p> <p>Nach Ablauf des Jahres, in dem die Berufstätigkeit dauerhaft aufgegeben wurde, beträgt der Beitrag 50 €.</p>	<p>ca. 6.500</p>	<p>Beitragsordnung vom 13.3.2001</p>

<b>Rheinland-Pfalz</b>	Einheitstarif mit Möglichkeit der Ermäßigung wg. Arbeitslosigkeit, Mutterschafts- und Erziehungsurlaub und Krankheit. Möglichkeit der Stundung, Herabsetzung oder Erlass.	Pflichtmitglieder 475 € Freiwillige Mitglieder 200 €	ca. 1.170	
<b>Saarland</b>	<i>Die Kammer hat uns nicht erlaubt, die Daten der Beitragsordnung wiederzugeben.</i>		ca. 370	
<b>Schleswig-Holstein</b>	Ab 2005 Einführung folgender Beitragsklassen: <u>Beitragsklasse I:</u> Bei ausschließlichem oder teilweise Einkommen aus selbstständiger psychotherapeutischer Tätigkeit <u>Beitragsklasse II:</u> Bei ausschließlichem Einkommen aus nicht selbstständiger psychotherapeutischer Tätigkeit <u>Beitragsklasse III:</u> Bei ausschließlichem Einkommen aus nicht psychotherapeutischer Tätigkeit <u>Beitragsklasse IV:</u> Bei Anerkennung eines Härtefallantrages gem. § 4 Abs. 2 der Beitragssatzung sowie bei Altersteilzeit in der Freistellungsphase (Beitragshöhe jeweils 50% des Beitrages der sonst maßgeblichen Beitragsklasse I, II oder III) <u>Beitragsklasse V:</u> Mitglieder, die älter als 65 Jahre sind und Beruf nicht mehr ausüben: Ermäßigungsanträge wegen „wirtschaftlicher Härten“ gem. § 4 Abs. 2 werden vom Vorstand entschieden.	460 €  420 €  380 €  230 € bzw. 210 € bzw. 190 €  72 €	ca. 960	Beitragssatzung vom 12.12.2003 plus Anlage für das Jahr 2005 vom 29.11.2004

<sup>1</sup> Hier wird als Referenzgröße ein Jahreseinkommen von **31.000 €** zugrunde gelegt, wobei  
(a) Jahreseinkommen für Selbstständige = Betriebseinnahmen (Umsatz) minus Betriebsausgaben  
(b) Jahreseinkommen für Angestellte = Bruttoarbeitslohn minus Werbungskosten

<sup>2</sup> Hier wird als Referenzgröße ein Jahreseinkommen von **62.000 €** zugrunde gelegt, wobei  
(a) Jahreseinkommen für Selbstständige = Betriebseinnahmen (Umsatz) minus Betriebsausgaben  
(b) Jahreseinkommen für Angestellte = Bruttoarbeitslohn minus Werbungskosten



**Alles was Recht ist...****Berufungsausschuss für Ärzte Bayern:  
Therapieschule kann kein entscheidendes  
Kriterium bei der Zulassung sein**

Der Erfolg einer Münchener Kollegin könnte zu einer Wende in der Zulassungspraxis der KV Bayerns (KVB) führen. Die verhaltenstherapeutisch tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin hatte sich 2004 zunächst erfolglos um die Praxisnachfolge einer analytisch ausgerichteten Kollegin bemüht. Im ablehnenden Bescheid des Berufungsausschusses für Ärzte München war die Prüfung der in § 103 Abs. 4 Satz 4 und § 103 Abs. 5 Satz 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) genannten Kriterien „Approbationsalter“, „Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit“ und „Wartelistenplatz“ zwar zugunsten der Kollegin ausgefallen, doch stellte der Berufungsausschuss bei dem Kriterium der „beruflichen Eignung“ eine besondere Hürde auf, was im Ergebnis zu einer Ablehnung der verhaltenstherapeutischen Kollegin führte.

Der Berufungsausschuss legte in seiner Entscheidung das Kriterium „berufliche Eignung“ dahingehend aus, dass es zwar einerseits um die fachliche Qualifikation gehe, die bei allen BewerberInnen gleichermaßen vorliege, doch gehe es andererseits um die berufliche Geeignetheit für die Fortführung der Praxis in der bisherigen Struktur. Aus diesem Grunde sah der Berufungsausschuss eine tiefenpsychologisch fundiert und analytisch tätige Bewerberin als am geeignetsten an, die ausgeschriebene Praxis fortzuführen (bei ansonsten ungünstig ausgefallener Prüfung der weiteren o.g. Kriterien!) und sprach dieser die Zulassung aus.

Die abgelehnte verhaltenstherapeutische Bewerberin legte hiergegen Widerspruch ein und begründete diesen mit der ermessensfehlerhaften Entscheidung des Berufungsausschusses, die Fortführung der Praxis als tiefenpsychologische Praxis als vorrangiges und entscheidendes Kriterium anzusehen.

In einer früheren Entscheidung hatte der Berufungsausschuss Ärzte München (17.2.2003, Az.: 384/03) ausdrücklich festgestellt, dass „die Richtlinienverfahren gleichberechtigt nebeneinander stehen. (...) Das Richtlinienverfahren kann wegen des Fortführungsgedankens nur dann als zusätzliches Entscheidungskriterium herangezogen werden, wenn allein aus den Wertungskriterien noch keine abschließende Entscheidung getroffen werden kann.“ Auf diese Argumentation berief sich die Verhaltenstherapeutin in der Begründung ihres Widerspruchs.

Das von der DGVT unterstützte Verfahren führte schließlich zur Zulassung der verhaltenstherapeutischen Bewerberin. Der Berufungsausschuss für Ärzte Bayern hob den Beschluss des Berufungsausschusses Ärzte München am 9.11.2004 auf: „Der Gesetzgeber hat nicht zwischen den verschiedenen Therapieschulen differenziert und es ergeben sich auch aus dem Gesetz (Sozialgesetzbuch V, die Red.) keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass eine tiefenpsychologisch-fundierte Praxis nicht von einem oder einer verhaltenstherapeutisch tätigen Psychotherapeuten/in fortgeführt werden kann. Der Gesetzgeber hat allein die Zulassung als vertragsärztlicher Psychotherapeut geregelt.“ In der Tatsache, dass selbst bei der Bedarfsplanung nicht zwischen den jeweiligen Gruppen von Psychotherapeuten unterschieden wurde, sieht der Berufungsausschuss ein weiteres Argument dafür, dass bei der Nachbesetzung die Therapieschule nicht das entscheidende Kriterium sein darf.

Folgendes kann aufgrund des Beschlusses des Berufungsausschusses für Ärzte Bayern festgehalten werden: es herrscht Chancengleichheit auch derjenigen Bewerber, die einer vom Praxisabgeber unterschiedlichen Therapieschule angehören, da die Therapieschule kein entscheidendes Kriterium bei der Zulassung sein kann. Da bei der Regelung der Praxisnachfolge

Kriterien der Bedarfsplanung aber außer Acht gelassen wurden, rechtfertigt aus Sicht des Berufungsausschusses allein die Tatsache, dass es derzeit nur eine geringe Zahl von verhaltenstherapeutisch tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in München gibt, nicht eine Bevorzugung dieser Berufsgruppe von Psychotherapeuten.

Der Beschluss kann in Zukunft dennoch einiges an den Zahlenverhältnissen, die noch im Jahr 2003 galten, ändern (in München waren von 43 Vertragsbehandlern mit der Genehmigung zur Durchführung von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen nur drei mit dem Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie zugelassen) und die Perspektiven für verhaltenstherapeutische Kolleginnen und Kollegen, die eine KV-Zulassung im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anstreben, stark verbessern.

*Kerstin Burgdorf*

Quelle: 2. Berufungsausschuss für Ärzte Bayern, Beschluss vom 9.11.2004, Az.: 156/04

## Berufsbezeichnungen für PsychotherapeutInnen

Mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) 1999 und der Etablierung der beiden neuen Berufe ist die Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Psychologischer Psychotherapeut bzw. Psychologische Psychotherapeutin“, „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ sowie „Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin“ nur approbierten PsychotherapeutInnen (§ 2 PsychThG), ÄrztInnen sowie InhaberInnen einer befristeten Erlaubnis gem. § 4 PsychThG vorbehalten. Es ist unstrittig, dass die Verwendung der drei genannten Berufsbezeichnungen nur den soeben genannten Berechtigten vorbehalten ist. Zum Teil bestehen jedoch erhebliche Unklarheiten in Bezug auf sprachlich abgewandelte Bezeichnungen sowie über die rechtlichen Folgen einer unzulässigen Titelführung.

Im Folgenden fassen wir für unsere Leser Passagen eines Artikels von **Günter Jerouschek und Jan Eichelberger** zusammen, der in der Zeitschrift *Medizinrecht* 2004, Heft 11, S. 600-606 erschienen ist:

Das PsychThG hat das neue Berufsbild der akademischen PsychotherapeutInnen etabliert, das auch nach Außen für jedermann erkennbar einer Abgrenzung zu den nichtapprobierten TherapeutInnen bedarf. Die Berechtigung zur Führung der o.g. Bezeichnungen setzt in jedem Fall den formellen verwaltungsrechtlichen Akt der Approbation oder die Erlaubniserteilung voraus. Bestandsschutz für die rechtmäßige Führung des Titels „Psychotherapeut / Psychotherapeutin“ kann nur innerhalb der Übergangsvorschriften des § 12 PsychThG gewährt werden.

### Strafrechtliche Aspekte

§ 132a Abs. 1 Nr. 2 Strafgesetzbuch (StGB) ergänzt das Verbot der unberechtigten Führung einer geschützten Berufsbezeichnung und dehnt den Verbotsbereich auf zum Verwechseln ähnliche Berufsbezeichnungen aus (Ähnlichkeitsklausel). Diese Ausdehnung sorgt für erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der zulässigen Bezeichnung derjenigen TherapeutInnen, die nicht approbiert oder Inhaber einer vorläufigen Erlaubnis sind. Auch genügen viele Firmierungsempfehlungen von Behörden, Verbänden und sonstigen Stellen nicht den strafrechtlichen Vorgaben (z.B. Praxis für Psychotherapie, Psychotherapeutische Praxis, Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz, Psychotherapeutischer Heilpraktiker, Heilpraktiker Psychotherapie, Heilpraktiker – eingeschränkt für den Bereich Psychotherapie etc.).

#### **I. Zum Verwechseln ähnliche Bezeichnung**

§ 132a StGB gewährleistet die Lauterkeit der Titelführung, um die Allgemeinheit vor dem Auftreten von Personen, die sich durch den unbefugten Gebrauch falscher Bezeichnungen den

Anschein besonderer Funktionen, Fähigkeiten und Vertrauenswürdigkeit geben. Entscheidend ist vor diesem Hintergrund nicht die sprachliche Verwechslungsfähigkeit oder Ähnlichkeit der Bezeichnung. Maßgeblich ist, ob nach dem Gesamteindruck eines durchschnittlichen und nicht besonders sachkundigen Beurteilers eine Verwechslung möglich ist. Die Verwechslungsfähigkeit kann dabei auf der äußeren Zeichenähnlichkeit beruhen oder aber auch allein auf dem Sinngehalt. Konkret ist zu prüfen, ob der durchschnittliche Patient hinter der fraglichen Bezeichnung einen approbierten Psychotherapeuten bzw. eine approbierte Psychotherapeutin i.S. des PsychThG (oder einen Arzt/eine Ärztin) erwartet.

### **1. Umwandlung in Tätigkeitsbeschreibung**

Verwechslungsgefahr besteht zunächst, wenn die Berufsbezeichnung Psychologischer Psychotherapeut / Psychologische Psychotherapeutin in die ihnen entsprechende Tätigkeitsbezeichnung (Psychologische Psychotherapie) transformiert wird. Beides liegt sprachlich so eng beieinander, dass die Verwechslungsgefahr sehr hoch ist. Ein ebenso großes Verwechslungspotential bergen die Firmierungen „Psychotherapeutische Praxis“ und „Praxis für Psychotherapie“.

### **2. Beifügung eines Hinweises auf die Ausgangsqualifikation**

Schwieriger ist die rechtliche Beurteilung, wenn ein zutreffender Hinweis auf die eigene Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz (HPG) beigefügt wird. Eine solche Bezeichnung könnte „Psychotherapie nach dem HPG“ oder „Praxis für Psychotherapie (nach dem HPG)“ lauten. Dem durchschnittlichen Behandlungssuchenden kann es nicht zugemutet werden, sich mit den unterschiedlichen Zulassungen und den damit verbundenen Qualifikationen des Therapeuten vertraut zu machen. Er wird seine Aufmerksamkeit nur auf den Begriff „Psychotherapie“ richten und dem eigentlichen Qualifikationszusatz keine entscheidende Bedeutung beimessen. Daher sind Hinweise auf die zugrunde liegende Zulassung nicht geeignet, die Verwechslungsgefahr auszuschließen. Derartige Berufsbezeichnungen sind folglich unzulässig.

### **3. Abwandlung oder Kombination**

Unzulässig sind auch Abwandlungen der geschützten Bezeichnungen („Pädagogischer Psychotherapeut / Psychotherapeutin“) oder Kombinationen mit Tätigkeitsgebieten („Familienpsychotherapeut / Familienpsychotherapeutin“) sowie die entsprechenden Tätigkeitsbezeichnungen („Familienpsychotherapie“). Hier beruht die Verwechslungsgefahr auf einer geschützten Bezeichnung als Bestandteil der Neuschöpfung. Grund für die Annahme der Unzulässigkeit ist, dass für den Durchschnittsbetrachter der Eindruck entsteht, es handele sich um spezialisierte PsychotherapeutInnen nach dem PsychThG. Das Vorgenannte führt zu einem relativ weiten Bereich unzulässiger Bezeichnungen. Jedes engere Verständnis liefe der gesetzgeberischen Absicht der Etablierung zweier klar definierter und durch reglementierte Berufsbezeichnungen eindeutig erkennbarer Berufsbilder entgegen. Eine Verminderung des Patientenschutzes wäre die Konsequenz.

## **II. Zulässige Berufsbezeichnungen**

Bisher wurde gezeigt, dass Berufsbezeichnungen, die die Begriffe „Psychotherapeut / Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapie“, auch in adjektivischer oder zusammengesetzter Form, enthalten, regelmäßig der geschützten Bezeichnung zum Verwechseln ähnlich und damit unzulässig sind. Daher sind diese Bestandteile zu meiden.

Unproblematisch ist es hingegen, die praktizierten Therapieformen in die Bezeichnung aufzunehmen. Dasselbe gilt für die Verwendung einer entsprechenden Tätigkeitsbezeichnung („Körpertherapeut“). Wichtig: auch eine nicht therapiespezifische Bezeichnung wie „Psychologischer Berater / Psychologische Beraterin“, „Coach“ oder „Coaching“ ist nicht zu beanstanden.

### III. Strafrechtliche Folgen unzulässiger Titelführung

Eine Berufsbezeichnung führt, wer sie aktiv in einer gegenüber der Umwelt äußernden Weise führt. Dies geschieht insbesondere durch die Verwendung auf dem Praxisschild, in der Korrespondenz, auf Visitenkarten etc. Die Unbefugtheit ergibt sich aus dem PsychThG. Sie muss bei § 132a StGB vom Vorsatz umfasst sein. Dennoch sind strafrechtliche Konsequenzen bei unberechtigter Führung der o.g. Bezeichnungen eher unwahrscheinlich. Dadurch, dass diese Bezeichnungen ausdrücklich durch Behörden oder Verbände empfohlen werden, irrt der Betroffene über die Reichweite der oben beschriebenen Ähnlichkeitsklausel. Dieser Verbotsirrtum ist straflos. Das kann jedoch nicht dazu führen, dass der Titelschutz auf Dauer umgangen werden könnte. Die Empfehlung von unzulässigen Berufsbezeichnungen wirkt keineswegs bestandsschützend oder legalisierend; sie ist rechtswidrig. Die zuständigen Stellen sind daher verpflichtet, ihre Empfehlungen zurückzunehmen und die weitere Führung der Berufsbezeichnungen durch Unberechtigte zu untersagen.

Neben diesen strafrechtlichen Konsequenzen kommen wettbewerbsrechtliche Aspekte der Berufsbezeichnungen für PsychotherapeutInnen in Betracht, die wir in der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift zusammenfassen möchten.

*Kerstin Burgdorf*

## **Europäische Kommission: Übergangsbestimmungen des PsychThG verstoßen gegen Niederlassungsfreiheit<sup>3</sup>**

Die EU-Kommission hat ein Verfahren gegen Deutschland eingeleitet, mit dem die Übergangsvorschriften des § 12 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) überprüft werden sollen. Das PsychThG sieht Übergangsbestimmungen vor, nach denen auf Antrag unter Erfüllung bestimmter Voraussetzungen von den neuen gesetzlichen Regelungen unabhängig eine Approbation zur Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erteilt werden kann. Eine vom PsychThG geforderte Voraussetzung ist, dass der Antragssteller für eine bestimmte Zeit im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung an der psychotherapeutischen Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten im Delegationsverfahren teilgenommen hat. Diese Regelung bezieht sich ausschließlich auf eine Tätigkeit im deutschen System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Kommission vertritt die Auffassung, dass diese Übergangsvorschrift gegen Art. 43 EG-Vertrag über die Niederlassungsfreiheit verstößt, da sie die Berücksichtigung einer gleichwertigen Berufstätigkeit zuwandernder Psychotherapeuten, die im vom Gesetz vorgesehenen Zeitraum im Rahmen von Sozialversicherungssystemen anderer Mitgliedsstaaten tätig waren, ausschließt.

In einer früheren Stellungnahme gegenüber der Kommission hatten die deutschen Behörden geltend gemacht, dass die Betroffenen mittels der Übergangsbestimmungen lediglich die Genehmigung erwirken können, weiterhin unter derselben Berufsadresse zu praktizieren. Die Kommission sieht aber selbst für den Fall, dass diese Behauptung zuträfe, eine Diskriminierung gegenüber denjenigen Psychotherapeuten, die über eine gleichwertige Berufserfahrung im Rahmen von Sozialversicherungssystemen anderer Mitgliedsstaaten verfügen.

<sup>3</sup> Vgl. Pressemitteilung der Europäischen Kommission vom 21.12.2004 (IP/04/1518), [www.eu.int](http://www.eu.int).

Nun ist der EuGH gemäß Artikel 226 EG-Vertrag beauftragt, sich mit den deutschen Rechtsvorschriften über die Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit im Rahmen des Sozialversicherungssystems zu befassen. Die Überprüfung bezieht sich dabei jedoch nur auf den beschriebenen abgegrenzten Bereich im Rahmen der Übergangsvorschriften nach § 12 PsychThG wie auch Heinrich Betram, einer der Europa-Beauftragten der Bundespsychotherapeutenkammer bei der Sitzung der Psychotherapeutenverbände (GK II) am 30.1.05 in Berlin betonte. Sie betrifft nicht die Übergangsvorschriften des § 12 PsychThG insgesamt oder auch nicht die sog. Zeitfensterregelung.

*Kerstin Burgdorf*

## Aus der DGVT

### **Kommunalentlastungsgesetz (KEG) – ein weiterer Versuch, Kinder- und Jugendhilfeleistungen einzuschränken?**

Jugendhilfe unter Druck – unter dieser Überschrift hatten wir in der Ausgabe 2/2004 der VPP (S. 384-391) Bericht und Stellungnahme zum Entwurf des Tagesbetreuungsausbaugesetzes (TAG) veröffentlicht. Dieser Gesetzentwurf, der vom Bundesrat abgelehnt worden ist, sah unter anderem auch Veränderungen betreffend den Kinder- und Jugendhilfebereich vor, die wir ausführlich kommentiert hatten (vgl. auch Homepage der DGVT unter [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de)). Im Zuge der Arbeit der „Föderalismuskommission“ von Bundestag und Bundesrat wurde dann die Frage der Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe erneut diskutiert. Dies hat die DGVT wiederum zum Anlass genommen, eine weitere Stellungnahme zum Thema Kinder- und Jugendhilfe zu verfassen, die beim 4. Deutschen Psychotherapeutentag am 08.10.2004 in Stuttgart von den DGVT-Delegierten eingebracht und mit großer Mehrheit (unter dem Vorbehalt redaktioneller Änderungen) angenommen worden war (vgl. VPP 4/04, S. 909f). Die „Föderalismuskommission“ ist nun zunächst gescheitert, und es bleibt abzuwarten, ob dieses Gremium seine Arbeit wieder aufnehmen wird und welche Aufträge damit verbunden sein werden. Dennoch gibt es zu dieser Thematik weiterhin auf vielen Ebenen Gesetzesinitiativen.

So ist das vom Bundesrat am 4.12.04 verabschiedete Kommunalentlastungsgesetz in den Bundestag eingebracht worden, und es werden damit zum wiederholten Male Versuche unternommen, psychosoziale Leistungen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien einzuschränken oder gar zu streichen. Weitreichende Veränderungen in der Struktur der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe sind vorgesehen durch die Streichung des § 35a SGB VIII und die vorgesehene Möglichkeit der Heranziehung der KlientInnen zu den Kosten bei Inanspruchnahme von Erziehungsberatung. Es ist zu befürchten, dass die geplanten Kostenbeiträge dazu führen, dass Eltern diese Hilfe für ihre Kinder und Jugendlichen nicht mehr in Anspruch nehmen. Gerade Erziehungsberatungsstellen stellen ein niedrighschwelliges, präventiv wirkendes, ambulantes Beratungsangebot dar, das von allen gesellschaftlichen Schichten bisher kostenfrei genutzt werden konnte.

Wir fordern die politischen Entscheidungsträger auf Bundesebene und in den Ländern auf, sich für die Sicherung der kostenfreien Nutzung der Beratungs- und Hilfeangebote in den Erziehungsberatungsstellen einzusetzen. Die Hoffnung der Kostenreduzierung der Kommunen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe führt eher zur Steigerung von Folgekosten, sollten die Hilfen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien eingeschränkt bzw. kostenpflichtig werden.

*Waltraud Deubert*

## Treffen der Psychotherapeutenverbände (GK II) am 30. Januar 2005 in Berlin

Das erste Treffen der Psychotherapeutenverbände in diesem Jahr in winterlicher Atmosphäre in Berlin hatte mehrere Schwerpunkte:

- (1) die Ergebnisse der gerade abgelaufenen Wahlen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [KBV] *[siehe separaten Bericht in dieser Rosa Beilage]*;
- (2) das Antragsverfahren der Gesprächspsychotherapie zur Zulassung als Richtlinienverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss;
- (3) Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer - Bericht zu den Entwicklungen zur Health Professional Card [HPC] bzw. die neue Bezeichnung Gesundheitsberufekarte [GBK] *[siehe ausführlichen Bericht in VPP 4/04, S. 907ff]*;
- (4) Vorbereitung einer Expertentagung zur möglichen grundlegenden Revision der Psychotherapierichtlinien;
- (5) Diskussion um neue Studienabschlüsse bzw. die Abschaffung des Diploms und die Frage der Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung

sowie eine Reihe weiterer Punkte (Gespräche mit Politikern; Gesetzentwurf Kommunalentlastungsgesetz *[siehe separaten Bericht in dieser Rosa Beilage]*; Mitgliedschaft der PT-Verbände in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], Verfahren zum deutschen Psychotherapeutengesetz vor dem Europäischen Gerichtshof *[siehe separaten Bericht in dieser Rosa Beilage]*).

Der vor dem Tagungshotel gerade frisch gefallene dicke Schnee verbreitete vielleicht auch bei den ca. 40 TeilnehmerInnen eine recht friedvolle Stimmung, so dass die Sitzung bei allen unterschiedlichen Positionen und den zahlreichen (zumindest für Insider) spannenden Themen dennoch recht konstruktiv und zeitgerecht verlaufen konnte. Wir berichten kurz über die genannten Schwerpunktthemen:

zu 1) Das Wahlergebnis bei den - gerade am Vortrag abgelaufenen - **Wahlen der KBV-Vertreterversammlung** zu den dortigen Ausschüssen und weiteren Posten wurde kurz berichtet. Eine Diskussion darüber erfolgte nur knapp. Die Tatsache, dass die Mehrheitsverbände die für die PT zustehenden Posten nach ihren Wünschen besetzten und viele Erwartungen aus dem Kreis der übrigen Verbände nicht berücksichtigten (insbesondere wurden - wie an anderen Stellen berichtet - keine Vertreter von DGVT, BVVP und BDP/VPP beteiligt), wurde zwar kurz kritisiert, aber man ging dann wieder zur Tagesordnung über. Interessant war auf jeden Fall der Hinweis, dass die bis dato recht einheitliche Front der ärztlichen PT-Verbände offenbar im Vorfeld der Wahlen zerbrochen ist und es dort eine lebhaftere Auseinandersetzung zwischen den Verbänden der alten StäKo (Ständige Konferenz der ärztlichen PT-Verbände) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) gegeben hat, die letztlich dazu führte, dass Vertreter beider Gruppierungen zukünftig auf der Ärztebank im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie werden Platz nehmen dürfen.

zu 2) Kurz vor der Sitzung war eine Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft für Verhaltenstherapie (DVT) zum GT-Antrag verbreitet worden, die sich im Kern gegen eine **Zulassung der GT als Richtlinienverfahren** ausspricht. Die Mehrheit der Verbände erlebten diese Stellungnahme als Affront gegen die GT, zumal hier besonders hohe Maßstäbe der Bewertung angelegt wurden, die auch von anderen zugelassenen Verfahren nicht erfüllt würden. Im weiteren wurde auch berichtet, dass der zuständige Prüfausschuss des Gemeinsamen Bun-

desausschusses sich gegenwärtig ein Arbeitsprogramm vorgenommen habe, nach dem er zunächst selbst etwa 100 empirische Studien sorgfältig prüfen wolle, bevor die Beratung zum Antrag fortgesetzt werde. Dieses wird von den Vertretern der GT wiederum als Verzögerungstaktik interpretiert. Das in dieser Sache angesprochene Bundesgesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde habe eine sorgfältige Beobachtung des Verfahrens zugesagt.

zu 3) Die **Kooperation der PT-Verbände mit der Bundespsychotherapeutenkammer** (BPtK) vom Juni letzten Jahres (vgl. VVP 3/04, S. 658) wurde fortgesetzt. Zwei Mitglieder des Bundesvorstandes (*Detlev Kommer* und *Peter Lehndorfer*) sowie der zuständige Referent der Geschäftsstelle der BPtK (*Hr. Krause*) nahmen an der Sitzung teil und berichteten über die aktuellen Entwicklungen zur Gesundheitsberufekarte [GBK]. Zudem erfolgte in der Vergangenheit eine Zusammenarbeit bei Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben und politischen Initiativen (Föderalismuskommission, 2. Fallpauschalenänderungsgesetz) und zum Kommunalentlastungsgesetz ist die Zusammenarbeit vorgesehen. Für die Beteiligung der PT-Fachverbände an der AWMF hat der Präsident der BPtK, *Kommer*, die Unterstützung zugesagt. Ferner ist ein Newsletter der BPtK in Vorbereitung, der differenziert über die Aktivitäten der BPtK informieren soll.

zu 4) Die Vorbereitung zur Expertentagung im Frühsommer über den **Revisionsbedarf bei den PT-Richtlinien** laufen auf Hochtouren, wie *Armin Kuhr*, der dies in Abstimmung mit Vertretern der verschiedenen Verbände vorbereitet, berichtete. Ausgangspunkt ist das von *Heiner Vogel* und ihm vorgelegte Diskussionspapier (vgl. Rosa Beilage 4/04, S. 5-7) - die (interne) Tagung soll insbesondere für die am GK II beteiligten Verbände (Vertreter) dazu beitragen, ihre Positionen zur notwendigen fachlichen Weiterentwicklung der PT-Rahmenvorgaben in der ambulanten Versorgung zu klären und mit Fachleuten der verschiedenen Richtungen zu diskutieren. Wichtig sei es, bei der Perspektiventwicklung das Wünschbare und das Machbare (*Birgit Clever*) im Blick zu behalten - gleichwohl sei es aber notwendig, auch die in den letzten 30 Jahren stattgefundenen Entwicklungen in Wissenschaft und Versorgungspraxis der Psychotherapie zu reflektieren und den "Rahmen" diesen Veränderungen anzupassen.

zu 5) Die Diskussion zu den **neuen Studienabschlüssen in Deutschland wie auch in Europa** insgesamt ["**Bologna-Prozess**"] hat bei den Psychotherapeuten gerade erst begonnen, auch wenn es höchste Eile scheint, sich darauf einzustellen, da es in wenigen Jahren kein Diplom als Studienabschluss mehr geben wird, sondern zwei separate Studienphasen (mit Bachelor- bzw. Master-Abschluss). Ein einfacher Vergleich mit dem Diplom (Vordiplom vs. Hauptdiplom) ist nicht mehr möglich, weil die Studienabschnitte jeweils in sich geschlossen und separat zu belegen sind und weil auch bereits mit dem Bachelor ein Berufszugang möglich sein soll. *Thomas Fydrich* (Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Humboldt-Universität Berlin und für die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie [DGPs] als Teilnehmer an der Sitzung) berichtete von den aktuellen Entwicklungen (vgl. hierzu auch die Stellungnahmen bzw. Positionspapiere auf der Homepage der DGPs: [www.dgps.de](http://www.dgps.de)). Kontrovers wurde sodann diskutiert, ob diese Neuordnung der Studiengänge die Chance gibt, dass zukünftig Studienanteile in der Psychotherapieausbildung berücksichtigt werden können.

Insgesamt, wie erwähnt, eine recht konstruktiv verlaufene Sitzung, in der offen über unterschiedliche Positionen gesprochen wurde, auch lebhaft Diskurse erfolgten und zahlreiche gemeinsame Vorgehensweisen abgesprochen werden konnten. Turnusgemäß hat die DGVT als gastgebender Verband dieses Treffens im nächsten Vierteljahr die Geschäftsführung des GK II inne.

*Waltraud Deubert, Heiner Vogel*

## Neue Broschüren / Neue Bücher

### **Kostbare Tipps fürs Auslandsstudium**

Wie funktioniert eigentlich genau ein Studium im Ausland? Umfassende Antworten auf die Frage gibt die aktuelle Neuauflage vom „Handbuch Studium und Praktikum im Ausland“. Zusammen mit dem Deutschen Studentenwerk (DSW) und der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) geben die drei jungen selbst auslandserprobten Autoren Momme von Sydow, Sandra Többe und Heiner Staschen thematisch lückenlos und gut verständlich kostbare Tipps, detaillierte Antworten und elementare Entscheidungshilfen, um individuelle Möglichkeiten des Auslandsaufenthaltes zu entwickeln und zu verwirklichen. Das Buch ist nur über den Buchhandel zu beziehen: Handbuch Studium und Praktikum im Ausland. Austauschprogramme, Stipendien und Sprachkurse. Eichborn-Verlag, 2004. ISBN: 3-821-3885, 19,90 €.

### **Berge und Täler: Seelenlandschaften**

Wieso haben Sie Psychologie studiert? Was macht immer noch die Faszination dieser verhältnismäßig jungen Wissenschaft aus? 98 Professorinnen und Professoren der Psychologie aus dem deutschsprachigen Raum skizzieren auf jeweils zwei Seiten ihre subjektive Sicht der Dinge, wie sie „differenzieller“ nicht sein könnte. Den Heidelberger Hochschullehrern Kämmerer und Funke gebührt der Dank für die Sammlung und Herausgabe der nach Längengraden geordneten „Seelenlandschaften“. Das Ergebnis kann sich sehen lassen: Glanzlichter der Kreativität mit Bildern, Zeichnungen, Interviews und subjektiven Erzählungen, die der Besteigung eines Achttausenders gleich kommen, wechseln mit dem Durchschreiten akademischer Täler, in denen sich manch einer nicht von seinen Fußnoten und Literaturangaben lösen konnte. Möge jeder selber seinen „Lieblingsbeitrag“ finden und sich mit Kollegen darüber austauschen!

Kämmerer & Funke (2004): Seelenlandschaften. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, ISBN: 3-525-46206-9, 201 S., 19,90 EUR, <http://www.v-r.de/titel/352546206/>

### **Integrierte Rehabilitation: Dokumentation der GVG-Konferenz am 10./11. November 2003 in Berlin**

Die Rehabilitation und die Integration von Menschen mit Behinderungen ist in den letzten Jahren verstärkt in das Zentrum der nationalen und europäischen Gesundheits- und Sozialpolitik gerückt. In Deutschland hat der Gesetzgeber im Jahr 2001 das Recht der Rehabilitation in einem eigenen Sozialgesetzbuch (SGB IX) zusammengefasst und dadurch die Grundlage für die Überwindung der oft beklagten Schnittstellenprobleme geschaffen. Die Voraussetzungen für die Vernetzung der unterschiedlichen Träger und die Integration der Versorgungsbereiche haben sich deutlich verbessert.

Als Ziel der Europäischen Sozialpolitik ist die Integration von Menschen mit Behinderungen zum einen im Vertrag von Amsterdam (Art. 13: Kampf gegen Diskriminierung, und Art. 137: Soziale Integration), zum anderen in der Madrider Erklärung des Europäischen Behindertenkongresses (März 2002) niedergelegt. Schließlich hat der Rat der Europäischen Union das Jahr 2003 zum „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen“ (EJMB) erklärt. Schlüsselbegriffe für das EJMB waren:

- Nicht mehr ausgrenzende Fürsorge, sondern uneingeschränkte Teilhabe;
- Nicht mehr abwertendes Mitleid, sondern völlige Gleichstellung;
- Nicht mehr wohlmeinende Bevormundung, sondern das Recht auf Selbstbestimmung.



Die GVG hat diese Forderungen aufgegriffen und am 10. und 11. November 2003 – unterstützt durch die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED), die Klinik Bavaria, den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte – eine Konferenz zur „Integrierten Rehabilitation“ durchgeführt. Der vorliegende Band der GVG-Schriftenreihe dokumentiert die Beiträge zu dieser Konferenz.

Weiter Infos finden Sie unter [www.gvg-koeln.de](http://www.gvg-koeln.de)

Quelle: *Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG)*

### **Halbe Hemden – Ganze Kerle: Jungenarbeit als Gewaltprävention**

Die überarbeitete Neuauflage der Broschüre richtet sich an Pädagogen, die Informationen und Anregungen für die geschlechtsspezifische Präventionsarbeit mit Jungen suchen. Sie bietet einen kurzen theoretischen Überblick über männliche Sozialisation und die besonderen Probleme von Jungen bei der Identitätsfindung und beim Umgang mit Aggression und Gewalt.

Weitere Infos finden Sie unter <http://news.info-sozial.de/index.php?p=126>

Quelle: *Newsletter INFO SOZIAL*

### **Basiswissen: Psychologen in der psychiatrischen Klinik**

*Basiswissen* stellt in konzentrierter und strukturierter Form zentrale Themen der psychiatrischen Arbeit dar. Die Autorinnen und Autoren verfügen über langjährige Erfahrungen in dem von ihnen beschriebenen Tätigkeitsfeld.

Die Reihe vermittelt Auszubildenden, Berufsanfängern und Quereinsteigern nicht nur einen theoretischen Umgang mit bestimmten Klientengruppen sondern auch Hilfen für die Arbeit in speziellen Berufsfeldern.

„Eine kurze Geschichte psychiatrischer Institutionen bildet den Ausgangspunkt, von dem der Leser mühelos in den Klinikalltag hineingeführt wird: Begegnung mit Patienten, Diagnostik und Therapie, Teamarbeit, Psychotherapie, Rechtsfragen, Kooperation mit Diensten in der Gemeinde und weitere wichtige Themen werden dargestellt – passend zum Charakter einer Einführung knapp, aber nicht zu knapp und immer anschaulich. Der Verzicht auf Literaturverweise (außer Buchempfehlungen ganz am Ende) und ein schlichtes Layout erleichtern die Lesbarkeit. Hervorgehobene Merksätze helfen dem Anfänger bei der Gewichtung der neuen Informationen.

Mehr als ein Begleiter für die ersten Wochen kann und will dieses Buch nicht sein, aber dafür ist es ideal. Einziger Nachteil aus meiner Sicht: Die geringe Schriftgröße – aber Anfänger sind ja meistens noch jung.“ (*aus einer Rezension von Martin Hambrecht, Darmstadt*)

Autor: Wulf Rössler: Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2004, ISBN 3-88414-377, 141 S., 12,90 €

### **Gesundheitsmonitor Bayern: → Rauchen und Nichtrauchen in Bayern → Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Bayern**

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit gibt in der Ausgabe 1/2005 seines regelmäßigen Gesundheitsmonitors eine ausführliche Zusammenstellung von Daten und weiteren Informationen zum Thema Rauchen und Nichtrauchen in Bayern. Beachtenswert sind insbesondere die Informationen zu Prävention und Entwöhnung mit vielen nationalen und internationalen Internethinweisen.

Zum Herunterladen unter: [www.lgl.bayern.de/de/left/fachinformationen/gesundheitsmonitor/gbe.htm](http://www.lgl.bayern.de/de/left/fachinformationen/gesundheitsmonitor/gbe.htm) (hier findet sich auch eine aktualisierte Fassung des Gesundheitsmonitors Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Monitor 2/04)).

Ansprechpartner: J. Kuhn, Tel.: 089-31560-302, [joseph.kuhn@lgl.bayern.de](mailto:joseph.kuhn@lgl.bayern.de)

## **Förderpreis-Ausschreibung “Klinische Psychologie und Psychotherapie 2005“**

Zum vierten Mal schreibt die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) den Förderpreis für jüngere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie aus. Er wird für besonders innovative Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Grundlagen- und Anwendungsforschung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie verliehen. Der mit 500 Euro dotierte Preis wird im Rahmen des nächsten Workshop-Kongresses in Dresden verliehen.

Kandidatinnen und Kandidaten können von Mitgliedern der Fachgruppe vorgeschlagen werden, dabei sind Eigennominierungen nicht erwünscht. Die zugrunde gelegte Leistung kann eine veröffentlichte oder zur Veröffentlichung eingereichte Einzelarbeit (z.B. basierend auf einer Diplomarbeit oder Dissertation), eine Dissertationsschrift oder eine Reihe von Veröffentlichungen sein. Sie soll die wissenschaftliche Kreativität, den innovativen Charakter der Forschungsarbeit und die methodische Kompetenz des Autors bzw. der Autorin belegen.

Der Vorschlag soll vom Antragsteller kurz begründet werden und zusammen mit einem kurzen Lebenslauf sowie ggf. einer Publikationsliste der vorgeschlagenen Person und den zugrunde gelegten Arbeiten in dreifacher Kopie bei der Fachgruppenleitung (Prof. Nina Heinrichs, Institut für Psychologie der Universität, Spielmannstraße 12a, 38106 Braunschweig) bis zum 1.3.2005 eingereicht werden. Die Fachgruppenleitung beruft eine 4-köpfige Jury, die der Fachgruppenleitung Empfehlungen für die Auswahl des Preisträgers vorlegt. Der Preisträger bzw. die -trägerin wird nicht vor dem Tage der Verleihung bekannt gegeben.

### **Stellenausschreibung: Promotionsstelle Bildgebung**

In der Arbeitsgruppe „Borderline-Persönlichkeitsstörungen“ der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg wird baldmöglichst eine Promotionsstelle (BAT-IIa/2) für eine/n Diplompsychologen/in vergeben. Die Stelle ist zunächst auf zwei Jahre befristet.

Inhalt ist die Etablierung von funktioneller Bildgebung (fMRI) bei Borderline-Patientinnen, wobei insbesondere Fragen der Emotionsregulation bearbeitet werden sollen.

Gewünscht werden ein sehr guter Abschluss in Psychologie, gute Vorkenntnisse in bildgebenden Verfahren (z.B. durch entsprechende Diplomarbeit), hohe Eigenständigkeit sowie die Fähigkeit, mit verschiedenen Gruppen zu kommunizieren und kooperieren (Radiologie, AG Bildgebung im Haus, AG Borderline-Persönlichkeitsstörungen).

Im Hause kann begleitend die VT-Ausbildung am Freiburger Ausbildungsinstitut für VT absolviert werden, dies ist jedoch keine Bedingung für die ausgeschriebene Stelle.

Bei Interesse richten Sie bitte Ihre Bewerbung an Prof. Dr. Klaus Lieb,  
Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg, Klaus\_Lieb@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

# Forschungsstipendium

## Thema: Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) schreibt ein Forschungsstipendium aus. Thema des Vorhabens sollen Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Evaluation im Rahmen der Psychotherapieausbildung gemäß PsychThG sein. Inhaltlich kann sich die Arbeit auf die verschiedenen Bereiche der Ausbildung beziehen, insbesondere die Bereiche Praktische Ausbildung, Supervision, Selbsterfahrung und theoretische Ausbildung<sup>4</sup>). Eine Kooperation mit dem Ausbildungsverbund der DGVT/FernUniversität Hagen bzw. die Koordination mit den dort bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen ist erwünscht. Der Zugang zu den Qualitätssicherungsdaten dieses Ausbildungsverbundes ist möglich.

Bei Betreuung durch ein klinisch-psychologisches Hochschulinstitut besteht die Möglichkeit der Promotion.

- Laufzeit:** Zunächst ein Jahr (Verlängerungsmöglichkeit ist vorgesehen)
- Stipendienhöhe:** 800,- EUR / Monat
- Voraussetzung:** Abgeschlossenes Studium der Psychologie; ausgewiesene Kenntnisse und Erfahrungen in v. a. quantitativen Auswertungsmethoden. Kenntnisse und Erfahrungen im klinischen Bereich / Psychotherapie sind wünschenswert.
- Bewerbungsfrist:** **verlängert bis 30. Juni 2005!**

### Der Bewerbung sind beizufügen:

- Begründung des Antrags,
- Beschreibung des Vorhabens und der Vorgehensweise, insbesondere hinsichtlich der Ziele und Fragestellungen sowie des Designs und konkret geplanten Ablaufs der vorgesehenen Studie (10 Seiten),
- Tabellarischer Lebenslauf mit Lichtbild,
- Zeugnis der Abschlussprüfung,
- Gutachten eines/r HochschullehrerIn

### sowie bei Promotionsvorhaben:

- Zusage der Hochschule bzw. der wissenschaftlichen Einrichtung, das Promotionsverfahren zu ermöglichen.

**Bewerbungen an:** DGVT, Aus- und Weiterbildungsreferat  
Postfach 1343, 72003 Tübingen

Rückfragen stellen Sie bitte an den DGVT-Ausbildungsleiter, Herrn Ruggaber, unter [ausbildungsleitung@dgvt.de](mailto:ausbildungsleitung@dgvt.de).

Über die Vergabe des Stipendiums entscheidet ein von der DGVT eingesetzter Beirat.

---

<sup>4</sup> vgl. hierzu auch die Beiträge zur 'Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung' in A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen, Hogrefe (im Druck, erscheint im März 05).

## Termine der Landesgruppen

- **Baden-Württemberg**

**Freitag, 18. März 2005, 14:15 bis 15:45 Uhr:** der Länderrat lädt im Rahmen der **DGVT-Workshoptagung in Tübingen** zu einem öffentlichen **Diskussionsforum „Kammerpolitik auf dem Prüfstand“** ein. Ort: Theologicum, Hörsaal, Liebermeisterstraße 12, Tübingen.

- **Bayern**

Regionaltreffen am **Samstag, 28. Mai 2005, 14:00 bis 17:00 Uhr** im DGVT-Ausbildungszentrum, Rankestraße 6a in München-Schwabing (mit der U-Bahn vom Hbf bis Haltestelle Hohenzollernplatz, von dort direkt in die Rankestraße). Die Landessprecher laden alle Mitglieder herzlich ein.

- **Niedersachsen**

**Treffen der AG Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Niedersachsen** am **Dienstag, 24. Mai 2005, 20:00 Uhr** in der KJP-Praxis Katrin Russ, Ewige Weide 1 in Hannover. Alle an berufspolitischen Fragestellungen rund um den Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Interessierten sind herzlich eingeladen.



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

### 15. Workshoptagung der DGVT

vom 16. bis 18. März 2005 in Tübingen

Für folgende Veranstaltungen sind noch Anmeldungen möglich:

- **Birgit Böhm: Arbeit mit akuttraumatisierten Kindern und Jugendlichen**
  - **Monika Bormann/Werner Meyer-Deters: Das Geschlecht in der Psychotherapie (Selbsterfahrungsseminar)**
  - **Joachim Kosfelder/Janine Breil: Die Nutzung von Hausaufgaben in der Psychotherapie**
  - **Monique Forest-Lindemann/Sabine Stübner: Verhaltenstherapie/Verhaltensmodifikation bei Kindern und Jugendlichen unter intensiver Mitwirkung der Eltern**
  - **Peter Fiedler: Zieloffene Verhaltenstherapie in und mit Gruppen**
  - **Bärbl Parson: AD(H)S – Aufmerksamkeitsstörungen/Hyperaktivität bei Erwachsenen**
  - **Thomas Heidenreich: Kognitiv-behaviorale Therapie der Sozialen Phobie**
  - **Heiner Krabbe: Professionelle Hilfe für Kinder und Jugendliche bei Trennung und Scheidung: Information, Beratung, Mediation**
- 
- **Fallseminar 2 : Silke Langen: Adipositasstherapie als ambulante Einzeltherapie**
  - **Fallseminar 5: Gerd Per/Birgit Wich-Knoten: Arbeit mit Kindern und Jugendliche in Trennungs- und Scheidungssituationen**
  - **Fallseminar 7: Dagmar Greitemeyer: Systemische Arbeit mit Paaren**

Informationen zur Anmeldung und Organisation:

DGVT, Tel.: 07071-9434-44, [workshoptagung@dgvt.de](mailto:workshoptagung@dgvt.de), [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de)