

bvvp *magazin*

*Zeitschrift für die Mitglieder
der Regionalverbände im
Bundesverband der
Vertragspsychotherapeuten
(bvvp) e.V.*

Qualifikation Psychotherapie

- **Nachwuchssorgen:**
*Misere bei den PiA
Nachwuchssorgen bei den Ärzten*
- **Kosten- und Strukturhebung**
Sommer 2007
- **Praxisübergabe**

*6. Jahrgang
Ausgabe 4/2007*





IMPRESSUM

Herausgeber: Der Vorstand des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)

bvvp-Geschäftsstelle: Schwimmbadstraße 22, 79100 Freiburg, Tel.: 0761-7910245, Fax: 0761-7910243, E-Mail: bvvp@bvvp.de, Homepage: www.bvvp.de

Verantwortlich für den Gesamtinhalt im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen: Martin Klett, AKJP, Erasmusstr. 16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278090, E-Mail: MartinKlett@t-online.de

Redaktion Bundesvorstand/Regionalverbände: Martin Klett, Erasmusstr. 16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278090, Fax: 07664-600451, E-Mail: MartinKlett@t-online.de

Redaktion Schwerpunkt, Rezensionen und Sonstiges: Ortwin Löwa, Hermann-Behn-Weg 20, 20146 Hamburg, Tel. u. Fax: 040-448429, E-mail: oloewa@gmx.de Dr. med. Rüdiger Hagelberg, Alte Rabenstr. 14, 20148 Hamburg, ruediger_hagelberg@yahoo.de

Referat Dienstleistungen im bvvp: Manfred Falke, Triftstr. 33, 21255 Tostedt, Tel.: 04182-21703, Fax: 04182-22927, E-Mail: wvnds@bvvp.de

Verlag: Copernicus Gesellschaft mbH, Max-Planck-Str. 3, 37191 Katlenburg-Lindau – Projektleitung: Michael Koschorreck

Satz: Selignow Verlagsservice Berlin, www.selignow.de

Druck, Bindung, Versand: druckhaus köthen GmbH, 06366 Köthen

Anzeigen: Copernicus Systems + Technology GmbH, Kreuzbergstr. 30, 10965 Berlin (bis Oktober 2007)

Anzeigehotline für Beilagen und gestaltete Anzeigen: 030-6090296-0, Fax: 030-6090296-22 (Herr Selignow)

Das nächste Heft erscheint am 24.01.08
(Redaktionsschluss: 05.12.07)

ISSN-Nummer: 1683-5328

Die Zeitschrift ist für Mitglieder der Regionalverbände des bvvp im Mitgliedsbeitrag enthalten. Einzelverkaufspreis 6 €.

Bei Einsendungen an die Redaktion wird, wenn nichts anderes vermerkt, das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Auszugsweiser Textabdruck ist mit Quellenangabe gestattet.

Auf unserer homepage www.bvvp-magazin.de können Sie Hefte bestellen, Beiträge älterer Hefte herunterladen. Schauen Sie mal rein!

Bitte besuchen Sie auch die bvvp-Homepage www.bvvp.de. Während wir «fürs Grundsätzliche» zuständig sind, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.

Praxis

Praxisgründung

Ärztliche Psychotherapeutin (TP) (FÄ Allg.med., Zusatzb. PT) sucht Praxisübernahme/KV-Sitz oder Jobsharing im Raum Kempten, Lindau, Ravensburg, Ulm. echiffre: www.cosis.net/bvvp/ch.php?e=bvvp-Magazin-04/07-158

Praxis-Verkauf

Praxisabgabe Breisgauhochschwarzwald ärztliche "alte" Praxis mit Tiefenpsychologie und Psychoanalyse zum 1.1.08 an ärztliche Nachfolge abzugeben. Kontakt: 07633 15611 oder E-Mail: brueggemann.lutz@gmail.com

Weiterbildung

Weiterbildung in Gestalttherapie Neue Ausbildungsgruppen in München, Zürich, Würzburg/Frankfurt, Wien. Das neue Programm der GestaltAkademie ist da. IGW, Theaterstr.4, 97070 Würzburg fon 0931/354450, www.igw-gestalttherapie.de

Fortbildung Psychotherapie 2008

- **Psychotherapeutische Zusatzausbildungen**
Hypnose, Autogenes Training, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Psychodynamische Psychotherapie
- **aktuelle Themen- und Methodenseminare**
Trauma, Angst, Raucherentwöhnung, Depression, Tests Rechtsfragen, Kuzzeittherapie, Psychosomatik usw.
- **Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität**
Diagnostik, Therapie, Elternarbeit, Soz. Kompetenz
- **Supervisions-Ausbildung (DGSv)**
- **Therapie von Kindern und Jugendlichen**
Hör-/Sprachentwicklung, ADHS, LRS-Störung, Kinderhypnose, Verhaltensstörungen, Emot. Störungen
- **Weiterbildung Psychotherapie (Blockform)**
Facharztausbildung, Zusatzbezeichnung Psychosomatische Grundkompetenz

Universität Tübingen



Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen
07071 / 29-76439, -76872, -75010 FAX: 29-5101
wit@uni-tuebingen.de, <http://www.wit.uni-tuebingen.de>

Wir machen Ihr Buch!
www.selignow.de

VORWORT

BUNDESVORSTAND

REGIONALVERBÄNDE

DIENSTLEISTUNGEN

SCHWERPUNKT

GELESEN

SERVICE

IMPRESSUM

Vorwort	4
Die Kostenerhebung – warum unterstützte der bvvp dieses Projekt?	5
Der heiße Draht zum Mitglied – die Hotline des bvvp zur Kostenerhebung	7
Da zieht's einem die Schuh aus!	9
Berichtspflicht als Dauerbrenner	9
Gesetzentwurf zur Telekommunikations-Überwachung	9
Denkwürdiges aus der PKV-Studie – Gesundheitskosten gleichmäßiger verteilt als gedacht	10
DGPT und bvvp und die deutsche Sprache – unbewußte Botschaften ans Publikum	10
„Gesundheitsziele sind eine wichtige Voraussetzung für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung“	11
Offener Brief des PIA-Netzes	11
Neues vom „IGeLn“ in und um Hamburg	12
Modellprojekt zur veränderten Abrechnung und Vergütung für die Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	12
Psychosoziale Versorgung in Deutschland	13
Anträge der KV auf Entziehung der Zulassung	14
Pkws zu Sonderkonditionen / Riester-Rente – Neuerungen in 2008 / Management Handbuch	15
QUALIFIKATION PSYCHOTHERAPIE	
Rechtliche und wissenschaftliche Grundlagen heutiger Psychotherapie- Aus- und Weiterbildung	17
Qualifikation Psychotherapie	18
Die Ausbildung der Psychologen/innen (Pädagogen/innen) zu Psychotherapeuten/innen (PP und KJP) – Ein kritischer Überblick	18
INTERVIEW 1 Eine Studie fördert den Protest und die Gründung des ers- ten PiA – Netzes	20
INTERVIEW 2 Der PiA Protest verbreitert sich und erreicht die Politik	22
Die Weiterbildung der Ärzte/innen zu Psychotherapeuten/innen Ein kritischer Überblick	24
BÄK und KBV zur Fragen der ärztlichen Weiterbildung und des Nachwuchses	26
INTERVIEW 3 Interview mit der Vorsitzenden des bvvp	27
Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung heute – eine kritische Bestandsaufnahme aus Sicht der Institute	29
Immer strebe zum Ganzen	30
Für uns gelesen	33
Veranstaltungen	32
Adressen der Regionalverbände	34
Impressum	2



Foto: Ursula Neumann

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

diese Ausgabe unseres bvvp-Magazins ist eine ganz besondere Ausgabe. Knapp sechs Jahre ist unser Magazin jetzt alt und hat es in dieser Zeit zu insgesamt 23 Ausgaben gebracht. Das ist eine gute Zeit für unser Magazin und für uns alle gewesen. Aufregend war es, dass und wie es überhaupt zu dem Entschluss kam, eine eigene Verbandszeitschrift zu begründen, und furchtbar viel Arbeit. Ich möchte deshalb an dieser Stelle die beiden wichtigsten Initiatorinnen der bvvp-Magazins nochmals hervorheben, die sich in ihrem Drang und ihrer Lust zum Schreiben und streitbarem Gestalten mit der spitzen Feder so wesensverwandt sind wie ihre Vornamen. Ursula Neumann und Ursula Stahlbusch, zwei bärenstarke Schreibe-Frauen, haben nicht nur organisatorisch die Ärmel hochgekremgelt, sondern auch dafür gesorgt, dass sich viele Mitglieder mit ihren Interessen an gesellschaftspolitischen Themen aus an die Psychotherapie angrenzenden Gebieten im Magazin wieder gefunden haben.

Unsere Partner für Druck, Lay-out und Versand waren Herr Koschorrek vom Copernicus-Verlag und Herr Selignow. Die Zusammenarbeit, für die ich mich hiermit im Namen des Vorstands und unserer Mitglieder herzlich bedanken will, war immer angenehm, verständnisvoll und entgegenkommend. Insbesondere Herr Selignow war bei jeder Ausgabe geduldig mit den Detailfragen befasst.

Ursula Stahlbusch und Ursula Neumann



Und trotzdem – dies wird das letzte Heft in dieser Zusammenarbeit sein. Nach reiflicher Überlegung haben wir einen Relaunch unseres Magazins beschlossen. Ab 2008 wird unser Magazin bei einem anderen Verlag erscheinen, in gleicher, bzw. wie wir hoffen noch besserer inhaltlicher Qualität und in neuer äußerer Aufmachung.

Der Neustart zum nächsten Jahr wird nicht nur für Sie als unsere geneigten Leser spannend werden, sondern auch für uns, die Mitglieder des Bundesvorstands, die regelmäßig für das Magazin schreiben und unsere beiden jetzigen Schwerpunktreakteure, Herr Löwa und Herr Hagelberg, die Nachfolger der beiden Ursulas. Wir alle sind gespannt, wie gut uns die Bewegung, Veränderung und Erneuerung gelingen wird, freuen uns aber auch sehr darauf und hoffen, dass Sie im nächsten Jahr, wenn sie das erste Heft der neuen Generation in Händen halten, mit uns begeistert sein werden.



Andreas-M. Selignow

MIT BESTEN GRÜSSEN
IHRE BIRGIT CLEVER
VORSITZENDE BVVP

Ortwin Löwa, Ursula Stahlbusch, Ursula Neumann, Rüdiger Hagelberg



AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK UND DEM BUNDESVORSTAND

Die Kostenerhebung – warum unterstützte der bvvp dieses Projekt?

Die KBV beschloss, eine Erhebung zu den Kosten und den Organisationsstrukturen für Praxen aus dem Bereich Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie durchzuführen.

Warum der ganze Aufwand?

Diese Erhebung ist die Folge von immer wieder vorgebrachten Forderungen der Berufsverbände und insbesondere des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie bei der KBV. Sie ist auch im Zusammenhang damit zu sehen, dass im Wettbewerbsstärkungsgesetz durch den Gesetzgeber festgelegt wurde, dass ab dem Jahr 2008 ein neuer EBM gelten soll und dass ab 2009 die Angemessenheit der Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen ganz und gar über den EBM – also über die Punktzahl – hergestellt werden muss. Der Punktwert hingegen soll bundesweit und für alle Arztgruppen gleich sein.

Die Forderung, die insbesondere auch immer der bvvp in den verschiedensten Zusammenhängen vorgebracht hatte, ergab sich aus der Tatsache, dass die Praxiskosten im sog. Praxisbetriebsmodell „Psychotherapie“ für den EBM mit 25.000 Euro ausgesprochen niedrig waren und im Gegensatz zur BSG-Rechtsprechung und den Beschlüssen des Bewertungsausschusses keine halbe Personalstelle vorsehen. Eine Reinigungskraft könnte mit den vorgesehenen ca. 3500 Euro im Jahr gerade bezahlt werden. Auch die Mietkosten spiegelten die traurige Historie der Sparpraxen wider.

Sachzwang oder versteckte Absicht?

Zunächst war versucht worden, die Krankenkassen auch für das Projekt zu interessieren und sie als Mit-Finanziers zu gewinnen. Die Kassen wollten aber lieber nicht. Bis das klar war, war viel Zeit veronnen. Mitte Oktober tagt der erweiterte Bewertungsausschuss. Bis dahin müssen für alle EBM-Leistungen Punktzahlen kalkuliert sein. Ende Juni wurde dann die Firma Prime Networks allein von der KBV beauftragt. Diese fing Anfang Juli mit der Arbeit an und stellte am 18.7.07 der KBV, den Berufsverbänden und auch den Kassen, die sich dazu gern einladen ließen, das Konzept vor. Bereits im Anschluss an diese Sitzung wurden erste Änderungen mit der Firma diskutiert und dann in den nächsten 5 Tagen incl. Wochenende mit Prime Networks abgestimmt. Die Firma war äußerst kooperativ und nahm Anregungen gern auf. Wie Prime Networks am Ende dieser hektischen Tage feststellte, sei der Fragebogen nun viel besser geworden. Dennoch merkt man ihm an, dass er mit heißer Nadel gestrickt wurde.

Erhebung der Realität

In der Phase der Konstruktion des Bogens ist es gelungen, die Basis dafür zu legen, dass die Arbeitsrealität von Psychotherapeuten besser abgebildet wird als in früheren Erhebungen. Es wird nicht nur nach dem real vorhandenen und bezahlten Personal gefragt, sondern auch nach mithelfenden Familienangehörigen. Am allerwichtigsten war jedoch die Frage nach den Tätigkeiten, die üblicherweise von einer Helferin oder einer Sekretärin ausgeführt werden: die delegierbaren Tätigkeiten.

Der Kampf um die Spalte

Etwas sarkastisch kann man feststellen, dass sich jahrelanges Argumentieren in den Gremien der KBV nun im Vorhandensein einer zusätzlichen Spalte in einer Tabelle einer Erhebung niederschlägt. Mit den Ergebnissen aus dieser Spalte hoffen wir Psychotherapeuten in der KBV darstellen zu können, dass das BSG recht hat: nur mit einer halben Personalstel-

le ist es überhaupt möglich, eine psychotherapeutische Praxis so zu organisieren, dass die sog. optimale Praxis mit ca. 36 Sitzungen pro Woche erreicht werden kann. Die „Helferinnen-Arbeiten“ müssen auch dann gemacht werden, wenn es keine Helferin gibt. Sie würden ab 2009 bei unveränderter Punktzahl von den Praxisinhabern umsonst erbracht, da sie nirgends einkalkuliert sind.

Erhebung, Auswertung und Interpretation

Der ganze August und die erste Septemberwoche standen für die Erhebung zur Verfügung. Innerhalb einer Woche soll ausgewertet werden. Die ersten Zwischenberichte über die Teilnahme stimmten eher bedenklich. Die Psychotherapeuten waren wirklich in Urlaub! Eine Verlängerung um 4 Tage ergab dann aber doch eine Beteiligung von insgesamt ca. 2000 Psychiatern, Neurologen und Psychotherapeuten.

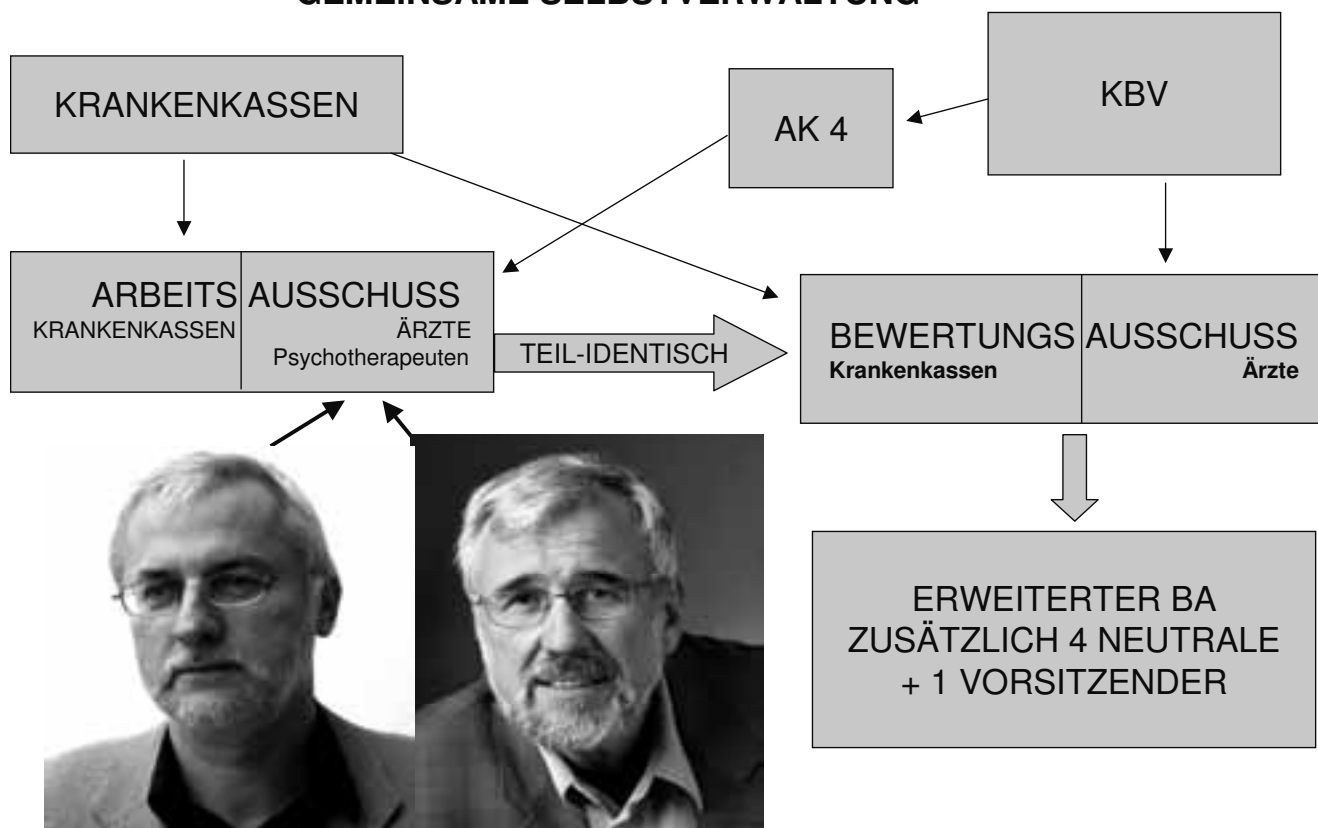
Das Ziel der derzeitigen berufspolitischen Arbeit besteht in dem Versuch, auch mit Hilfe der Erhebung zu belegen, was wir schon lange vortragen und wofür wir die Unterstützung des BSG haben: Psychotherapeuten können nur mit Personal Punktzahlen von über 500 000 Punkten (beim gegenwärtigen EBM) erreichen. Psychotherapeuten, die im Durchschnitt der Psychotherapeuten liegen, also zwischen 300 000 und 350 000 Punkten pro Quartal, erbringen den größten Teil der Helferinnen-Tätigkeit selbst.

Welche Hürden sind zu nehmen?

Sobald die Daten vorliegen, muss zunächst die KBV überzeugt werden. Das ist Aufgabe des Beratenden Fachausschusses. Dann muss die Ärzteseite im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses gewonnen werden. Hierbei muss die KBV die beiden Vertreter der Psychotherapeuten, Dieter Best und den Autor dieses Artikels, unterstützen.

Danach erst müssen die Kassen im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses überzeugt werden. Da in diesen Sitzungen auch immer ein Vertreter oder eine Vertreterin des BMG

GEMEINSAME SELBSTVERWALTUNG



Dieter Best, stellv. Vors. Deutsche Psychotheapeutenvereinigung

Jürgen Doebert, kooptiertes Vorstandsmitglied bvvp

anwesend ist, hoffen wir auch noch auf dessen Unterstützung. Wenn sich Kassen und Ärzte einigen, ist es gut, wenn nicht, sind wir darauf angewiesen, dass wir unser Anliegen auch dem unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Bewertungsausschusses nahe bringen.

Ein Randproblem

Was für uns Psychotherapeuten unglaublich wichtig ist, ist gesamt gesehen eine Petitesse. Die richtig schwierigen Probleme liegen in der Einigung mit den Kassen über die Gesamtforderungen für die Ärzte. Eine Liste von Forderungen hat die KBV aufgestellt:

- bei den Kosten soll die Mehrwertsteuererhöhung bei den Posten einkalkuliert werden, die der Mehrwertsteuer unterliegen.
- Beim Arztlohn soll die in den Krankenhäusern erstrittene Erhöhung der Oberarztgehälter sich auch auf den Anteil jeder Leistung auswirken, die den Arztlohn darstellt. Die KBV geht hier mit einer Forderung von knapp 30.000 Erhöhung in die Verhandlungen.
- Für alle Ärzte soll die Produktivität um 10% gesenkt werden. Die Produktivität

ist eine Stellschraube bei der EBM-Kalkulation, mit der der Anteil abrechenbarer Zeit pro Woche an den angenommenen 51 Stunden Gesamtarbeitszeit dargestellt wird. Die Begründung der KBV hierfür liegt im Anwachsen der Dokumentationen und Verwaltungsarbeiten durch den Arzt, z.B. QM.

- Außerdem soll in alle Praxiskostenbetriebsmodelle eine zusätzliche Personalstelle hineinkalkuliert werden. Allerdings sind bei dieser Forderung die Psychotherapeuten ausgenommen. Auch hier liegt die Begründung in erhöhtem Verwaltungsaufwand, der vorgeschriebenen QM usw.

Der KBV pfeift bei diesen Forderungen der Wind ins Gesicht: Die Kassen bestehen darauf, dass für das Jahr 2008 keine zusätzlichen Kosten entstehen sollen. Dafür haben sie die Unterstützung des BMG. Auch dies bekräftigt, dass das Gesetz keine Neukalkulation der Kosten oder der Punktzahlen erlaube. Lediglich die Pauschalierung vieler Leistungen sei vorgeschrieben und somit auch deren Neukalkulation aus der Kombination der zusammengefassten Leistungen. Diese Äußerungen des BMG verwundern insofern, als die Hau-

särzte ja den Eindruck gewonnen hatten, insbesondere mit Unterstützung des BMG eine kräftige Honorarerhöhung einfordern zu können. Der Traum einer Verdopplung des bisherigen Scheinwertes durch die neue Hausarzt-pauschale scheint durch die Äußerungen des Ministeriums ausgeträumt.

Das Auseinanderklaffen der Termine führt zu vielen Problemen. In 2008 soll ein neuer EBM mit den Pauschalierungen kommen. In 2009 aber erst der Fonds samt morbiditäts-gestützter Mengenbegrenzung, wovon sich die Ärzteschaft aber zusätzliches Geld erhofft.

Schwierige Gemengelage

Natürlich würden alle Psychotherapeuten von den oben angesprochenen ersten drei Veränderungen profitieren – auch wenn sie alle nicht in der gewünschten Höhe am Ende herauskämen. Das wird uns aber nicht helfen, denn wir brauchen eine Erhöhung unserer Punktzahl, die relativ noch höher ist als die aller anderen Arztgruppen. Denn zur Zeit erreichen wir die „angemessene Vergütung“ nur durch einen höheren Punktwert. In Zukunft müssen wir das über die Punktzahl er-

reichen- jedenfalls größtenteils. Die KBV hält einen Zuschlag für sinnvoll, wenn anders nicht flexibel genug die Anpassung an die Gewinne des Facharztmix erreicht werden kann.

In einer Hinsicht haben wir gute Karten: Für die psychotherapeutischen Leistungen ergibt sich aus der Formulierung des Gesetzes geradezu die Notwendigkeit einer Neukalkulation. Genau dies führte – und damit sind wir wieder am Anfang – zur Kostenerhebung!

JÜRGEN DOEBERT

KOOPTIERTES VORSTANDSMITGLIED BVVP



bvvp-Geschäftsstelle Postversand

+++Neueste Nachricht+++ Neueste Nachricht ++++

Am 25.9.2007 präsentierte die Firma PrimeNetworks die Ergebnisse der Kosten- und Struktur-Erhebung in neurologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses

Da es sich im Moment noch um Daten handelt, die der Geheimhaltung durch das Gremium unterliegen, kann zunächst nur folgendes gesagt werden:

1. Es kamen genügend Datensätze zustande, um die Erhebung auszuwerten, obwohl die Erhebung in den Sommerferien durchgeführt wurde.
2. Bei allen Fachgruppen ergaben sich höhere Praxiskosten, als bisher im EBM kalkuliert. Insbesondere Personalkosten, Miete und Versicherungen verursachen die höhere Gesamtsumme
3. Plausibilisierungs-Überprüfungen ergaben, dass die Angaben realistisch und glaubhaft sind.
4. Bei den PP, KJP und ärztlichen Psychotherapeuten lässt sich deutlich ablesen, dass angestelltes Personal mehr als in früheren Erhebungen vorhanden ist, aber insgesamt so wenig, daß vom Praxisinhaber in nennenswertem Umfang Tätigkeiten ausgeführt werden könnten, wenn es vorhanden wäre.

Aufgrund der nun erhobenen Daten wird die KBV eine Neukalkulation der Abrechnungsziffern der betroffenen Arztgruppen durchführen. Dann kommt es darauf an, inwieweit den Kassen die sprechende Medizin am Herzen liegt.

JÜRGEN DOEBERT

KOOPTIERTES VORSTANDSMITGLIED BVVP

Der heiße Draht zum Mitglied – die Hotline des bvvp zur Kostenerhebung

Einen Riesenkraftakt hat der bvvp-Vorstand zusammen mit der Bundesgeschäftsstelle vollbracht: im Zusammenhang mit der Kostenerhebung der KBV (s. Artikel S. 5) musste unter größtem Zeitdruck eine „Segelanweisung“ zum Ausfüllen als Hilfe für unsere Mitglieder erstellt werden. Diese bvvp-Info musste dann 4500 mal gedruckt und in Briefumschläge gesteckt werden, damit jedes Mitglied die Segelanweisung pünktlich, d.h. möglichst zeitgleich mit der Aussendung des durch die KBV beauftragten Prime-Trust-Centers erhielt.

„Eine Hotline wäre gut....“ so der Gedanke in der Vorstands-Telefonkonferenz.Aber

*Fotos unserer Hotline-Aktiven:
rechts oben: Helga Ströhle
mitte: Elisabeth Schneider-Reinsch
unten rechts Benedikt Waldherr
unten mitte: Martin Kremser*





Veronika Fekete



Beya Stickel

die Telefonnummer sollte schon in der Segelanweisung stehen... Und morgen müssen wir mit dem Drucken anfangen... Wer soll denn die Hotline machen? ... Die Landesvorstände? ..Die sind grobenteils im Urlaub ... Also der Vorstand ... Wie kann man das organisieren????

Die Lösung bestand in einer glücklicherweise noch aufgefundenen bisher nicht genutzten Telefonnummer des bvvp, einem schnell gekauften zusätzlichen ISDN-Telefon, mit dem man Rufumleitungen machen kann. Dann in einer Excel-Tabelle mit vielen offenen Zeiten, in die sich die Vorstandsmitglieder eintragen konnten.

Der Anspruch war hoch: jeden Tag außer Sonntag von morgens bis in den Abend hinein, in der Regel von 10.00 -22.00 Uhr wollten wir dienstbereit sein!! Ist das angesichts von Urlaub der Vorstandsmitglieder überhaupt zu schaffen?

Die Rettung kam durch ehemalige Vorstandsmitglieder: Elisabeth Schneider-Reinsch, Helga Ströhle und Benedikt Waldherr. Sie übernahmen viele Dienste. Nur bei wenigen Engpässen musste der uns vertraute Anrufbeantworter auf einen Rückruf verweisen. Der eindeutige Hot-Line-König ist unser Vorstandsmitglied Martin Kremser, der unglaublich viele Zeiten abdeckte und sehr viele Gespräche führte.

Die Mitglieder lohten uns die Mühe: die Hotline wurde außerordentlich intensiv genutzt. Und alle „Hot-Liner“ bekamen deutlichen Zuspruch von den Anrufern, was für eine wirklich gute Sache diese Hilfe beim Ausfüllen sei. Manche/r war überrascht, wie viel er oder sie in der Woche arbeitet. Andere staunten, was aus dem Honorarbescheid der KV alles zu entnehmen ist. Für wieder andere ergaben sich Hinweise, dass sie bei ihrer Steuererklärung noch manches nicht bedacht hatten. Und natürlich: alle hatten Verständnisfragen zu dem Erhebungsbogen, denn:

sobald man sich näher damit beschäftigte, merkte man, wie unklar manche Fragen waren, wie wenig man die eigene Praxis darin abbilden konnte usw..

Ein schöner Nebeneffekt: Fast alle Vorstandsmitglieder wissen jetzt, wie man am eigenen Telefon eine Anrufweitschaltung hinbekommt! Was die Anrufer nicht merken war nämlich, dass sie eine kleine Reise durch Deutschland immer zuerst nach Freiburg, dann aber über Wiesbaden nach Stuttgart und Hannover machten.

Die Auswertung der Anrufe geschah mit einer immer fortgesetzten excel-Tabelle: Anliegen und Antwort. So konnten sich die „Hot-Liner“ gegenseitig Hinweise geben und wurden immer kompetenter. Und es konnte eine Liste mit häufig gestellten Fragen nach ca. einer Woche auf die Homepage gestellt werden. So lernten alle, was eine FAQ-Liste ist: frequently asked questions.

Die bvvp-Info zum Erhebungsbogen und die FAQ-Liste wurden – ganz sicher wegen der schnellen Verfügbarkeit und wegen ihrer

Qualität – von mehreren anderen Verbänden übernommen: DGPT und VAKJP sowie DGVT übernahmen die Bögen ganz, die Kinder- und Jugend-Psychiater grobenteils.

Im Sinne der Sache wurde auf der Homepage und in e-mail Listen angeboten, die bvvp-Info persönlich zuzusenden, wenn man sich bei der Geschäftsstelle meldet. Die Geschäftsstelle wurde erfreulich oft angemailt. Jeder Anfragende erhielt mit den Infos auch gleich die Einladung, dem Verband beizutreten. Es hat sich in der Tat schon einigen erschlossen, wie gut und fundiert der bvvp arbeitet, und entsprechende Anfragen gingen ein.

Fazit: knapp 200 PP, KJP und ÄP wurden über die Hot-Line betreut und oft auch erst endgültig zur Teilnahme an der Erhebung motiviert. Eine weitere große Zahl wandte sich an den jeweiligen Landesverband. Gemessen am Rücklauf, der Ferienzeit und der sofort erkennbaren Mühsal der Ausfüll-Arbeit ist dies ein gigantisches Ergebnis!

Gemessen an der Wichtigkeit der Kostenerhebung für die gesamte Berufsgruppe ist eine Beteiligung von 1910 (davon 722 PP, 269 KJP, die übrigen verteilen sich auf die ärztlich-psychotherapeutischen Berufsgruppen) auf den ersten Blick klein. Dennoch sind KBV und Prime Trust mit der „Ausbeute“ sehr zufrieden. Angesichts von Ferien und mit den Erfahrungen aus sonstigen Erhebungen ist die Teilnahme sogar gigantisch. Allen, die sich durch den Fragebogen gequält haben, ist sehr zu danken! Sie haben sich sozusagen um die Berufsgruppe verdient gemacht und die Basis dafür gelegt, dass wir gegenüber KBV und Kassen nicht mit leeren Händen da stehen.

JÜRGEN DOEBERT
KOOPTIERTES VORSTANDSMITGLIED BVVP

Vorstandskollege Kremser am Ende eines langen Hotline-Tages mit einem Anrufer nach Ausfüllen des Erhebungsbogens



Kommentar

Lieber Jürgen, lieber Hermann, liebe Alle vom BVVP

Ich möchte Euch ganz herzlich Dank sagen für das große Engagement des bvvp bei der Beratung zur Befragung über die Praxiskosten. Der bvvp hat meiner Ansicht nach, die differenziertesten und präzisen Analysen vorgegeben.

Ich hoffe, dass sich Eure hervorragende Arbeit auch darin niederschlägt, dass Mitglieder, die sich von ihrem bisherigen Verband nicht mehr ausreichend vertreten fühlen, in den BVVP eintreten.

Der Beitrag ist gut angelegt, denn das Geld wird vor allem vor Ort für die Regionalverbände ausgegeben, die sich besonders fundiert für die Mitgliederbetreuung einsetzen. Man hat also wirklich was davon.

HERZLICHEN GRUSS
MARIANNE FUNK



Da zieht's einem die Schuh aus!

Vor vielen, vielen Jahren gelang es Hermann Mezger, unserem Musterkläger bis hin zum BSG und Vorsitzendem des VVPSW, dass auch im regionalen „Reutlinger Generalanzeiger“ über die Honorarmisere der Psychotherapeuten berichtet wurde. Die katastrophale Lage der Psychotherapeuten wurde im Mai 1999 in einem Artikel mit der Überschrift „Hier putzt der Chef persönlich!“ dar-

gestellt. Der Begriff der Sparpraxis (der durch die „Henker-Studie“ des BVVP 1996 erstmals salonfähig gemacht worden war) wurde hier drastisch-plastisch illustriert.

Ist das noch zu steigern? – Man glaubt es kaum, aber es geht! Ein Anrufer der bvvp-Hot-Line zur Kostenerhebung putzt auch heute noch selbst. Er meinte auf Nachfragen, dass das nicht aufwändig sei, da er seine Patienten immer bitte, die Schuhe auszuziehen!

Das ist auch für die Patienten die sinnlich erfahrbare Sparpraxis!

JÜRGEN DOEBERT
KOOPTIERTES VORSTANDSMITGLIED BVVP

Berichtspflicht als Dauerbrenner

Als Neuestes gibt es zu berichten: bis 31.12.2007 ändert sich an der Rechtslage und somit auch daran, wie die jeweiligen KVen es handhaben – nichts!

Dennoch gibt es Bewegung. Zunächst konnte erreicht werden, dass auch die KBV die gegenwärtige Regelung als „etwas über das Ziel hinausgeschossen“ begriff. Somit hatten wir Unterstützung bei dem Ansinnen, die jetzigen Regelungen wieder etwas zu entschärfen. Die gegenwärtige Einigung mit den Krankenkassen, die aber noch nicht verabschiedet ist, läuft darauf hinaus, dass die Berichtspflicht nicht mehr im EBM, sondern in den Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt wird. Darin soll dann stehen, dass nur zu Beginn und am Ende einer Behandlung ein Bericht zu schreiben ist, ggf. einmal im Jahr, wenn sich die Behandlung länger hinzieht. Das heißt: nicht mehr im Behandlungsfall, also jedes Quartal, sondern im Krankheitsfall. Ein Krankheitsfall zieht sich über 4 Quartale hin.

Dennoch: das Sozialgesetzbuch V wird natürlich nicht geändert. Daher bleibt grund-

sätzlich das Schreiben eines Berichts obligatorisch. Allerdings muss hierfür der Patient sein Einverständnis erklären. Schriftlich! Erteilt der Patient das Einverständnis nicht (mündlich reicht und dann Aktennotiz) besteht die Berichtspflicht nicht. Wir werden berichten.

JÜRGEN DOEBERT
KOOPTIERTES VORSTANDSMITGLIED BVVP

Gesetzentwurf zur Telekommunikations-Überwachung

Die Bundesregierung plant eine Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung. Laut eigenem Anspruch will sie dabei neben inzwischen vorhandenen europarechtlichen Vorschriften auch die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes berücksichtigen, wonach auch bei der Telekommunikation der Kernbereich privater Lebensführung geschützt werden muss.

Nach der Lektüre des Gesetzesentwurfes (BT-Drs. 16/5846, auf der Seite der Bundespsychotherapeutenkammer unter unten angegebenem Link nachzulesen) kann aber festgestellt werden, dass Anspruch und Wirklichkeit der Gesetzesgestaltung einmal mehr erheblich auseinander klaffen.

Gespräche zwischen Psychotherapeuten und Patienten können demnach abgehört werden, sie sind nur relativ geschützt. „Das geplante Gesetz ist ein massiver Eingriff in den Kernbereich der privaten Lebensführung“, erklärte Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in einer Presseerklärung. „Das heimliche Mithören von psychotherapeutischen Gesprächen gefährdet den Erfolg unserer Behandlung.“ Der Gesetzgeber scheint aber bei seinem Entwurf zur Telekommunikationsüberwachung diesen Eingriff in den Kernbereich der privaten Lebensführung, der ja laut Bundesverfassungsgericht zu schützen ist, nicht zu sehen. Diese im Gesetzesentwurf zum Ausdruck kommende Haltung des Gesetzgebers ist mindestens von erheblicher Unkenntnis psychotherapeutischer Behandlungserfordernisse geprägt, sicher aber bezüglich den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichtes juristisch ungenügend. Die



Martin Klett

sich verstärkende Tendenz der letzten Jahre, dass unzureichende Gesetze im Nachhinein von den Gerichten korrigiert werden müssen, scheint sich auch hier munter weiter zu entwickeln, sollten die Psychotherapeuten nicht wie -im Entwurf bereits vorgesehen- Seelsorger, Verteidiger und Abgeordnete von der verdeckten Ermittlung grundsätzlich ausgeschlossen werden.

Die BPTK hält ein absolutes Verbot von telekommunikativer Überwachung psychotherapeutischer Praxen für unbedingt erforderlich, weil ansonsten der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung gefährdet ist. Sie hat den Abgeordneten im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages eine ausführliche Stellungnahme zum Gesetzesentwurf zugesandt, in der sehr fundiert auf die Erfordernisse psychotherapeutischer Arbeitsbedingungen und deren inakzeptablen und juristisch fragwürdigen Einschränkungen durch die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelungen eingegangen wird.

Wie die BPTK für die Psychotherapeuten betont auch die BÄK für die Ärzte, dass die Privatsphäre von Patienten unbedingt geschützt bleiben muss, weil das uneingeschränkte Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis die Voraussetzung jeder erfolgreichen Therapie sei. „Die geplante Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung berührt elementare Rechte der Patienten“, sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, der „Berliner Zeitung“.

Am 19. und 21. September findet eine Anhörung zum Gesetzesentwurf im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages statt. Wir dürfen gespannt sein, ob die begründeten Bedenken der Profession, wie sie durch die BPTK und BÄK vorgetragen werden, die Abgeordneten zur Nachdenklichkeit bewegen können oder ob der derzeit kursierende Sicherheits- und Kontrollwahn verantwortlicher politischer Repräsentanten auch hier

trotz der –auch juristischen – Bedenken die Oberhand gewinnen wird.

Den Gesetzesentwurf sowie die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer können Sie nachlesen unter: <http://www.bptk.de/show/729037.html>

MARTIN KLETT,
2. STELLV. VORSITZENDER BVVP

Denkwürdiges aus der PKV-Studie – Gesundheitskosten gleichmäßiger verteilt als gedacht

Bisher galt die Annahme, dass 20 Prozent der Versicherten 80 Prozent der Kosten im deutschen Gesundheitswesen verursachen. Gesundheitspolitiker und Programme von Krankenkassen orientierten sich an dieser Relation. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherung kam nun zu ganz andern, überraschenden Ergebnissen. Die Gesundheitsausgaben verteilen sich gleichmäßiger als bisher angenommen – vor allem bei älteren Versicherten. Bestrebungen, die darauf abzielen, die Kosten für teure Patienten zu drosseln, erweisen sich demzufolge als fragwürdig, besonders wenn sie zulasten einer breiten Gesundheitsversorgung gehen.

Dies Studie der PKV fußt auf der Analyse der Ausgaben für 625.000 beihilfeberechtigte PKV-Versicherte über 50 Jahre im Zeitraum von 1995 bis 2004. Im Gegensatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konnte auch der Verlauf der Aufwendungen für bestimmte Versichertengruppen in die Auswertung einbezogen werden.

Entgegen der Erwartungen waren die Ausgaben gerade im ambulanten Bereich im Untersuchungszeitraum relativ gleichmäßig über alle Versicherten verteilt. Hohe Ausgaben kamen nur vereinzelt vor. Patienten, die im ersten Jahr hohe Ausgaben verursachten, schlugen in den Folgejahren im Schnitt mit deutlich geringeren Kosten zu Buche. Aus den Ergebnissen ergibt sich, dass es nicht immer dieselben Personen sind, die hohe Gesundheitskosten verursachen. Die Gesundheitskosten hängen zwar vom Lebensalter ab, sind aber innerhalb der jeweiligen Al-

tersgruppe weit weniger auf Einzelfälle konzentriert als bisher angenommen. Die Konzentration nimmt mit zunehmendem Alter sogar ab. Da aber bei alten Versicherten insgesamt die höchsten Kosten auftreten, stellt sich die Verteilungsfrage aus gesundheitsökonomischer Sicht dort am dringlichsten, da ein hohes Lebensalter immer mehr mit einer permanenten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen einher geht.

Allerdings erweist sich auch, dass im Durchschnitt die Ausgaben in jedem Lebensalter in den vergangenen 10 Jahren gewachsen sind, weil immer mehr Versicherte aller Altersklassen immer mehr Leistungen in Anspruch nehmen. Die Gesundheitsversorgung wird gesamthaft teurer.

Die wesentliche Schlussfolgerung, die aus der Studie gezogen werden muss, lautet also, dass die Lösung der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen nicht aus einer Optimierung besonders teurer Fälle erwartet werden kann. Diese Annahme hat bisher bei Weichenstellungen unter Kostengesichtspunkten eine große Rolle gespielt. Nun ist Umdenken notwendig. Zukünftig muss es also verstärkt eine optimierten Breitenversorgung für alle gehen.

BIRGIT CLEVER
1. VORSITZENDE BVVP

DGPT und bvvp und die deutsche Sprache – unbewußte Botschaften ans Publikum

Im Mitgliederrundschreiben der DGPT 3/2007 wird über die Kostenerhebung berichtet. Gegen Ende des Artikels heißt es: „Der bvvp hat es übernommen, eine ‚Segelanweisung‘ zu erarbeiten, in der die im Erhebungsbogen abgefragten Positionen Schritt für Schritt erläutert werden. Wir schicken sie Ihnen, mit freundlicher Genehmigung des bvvp, gern zu!“ In der Tat, der bvvp hat ein fundiertes Papier formuliert. Wir haben es primär für unsere Mitglieder getan. Aber es hat uns natürlich sehr gefreut, dass andere Verbände diese Arbeit auch dadurch würdigten, dass sie den Text nutzten. Im Hinblick auf die DGPT sehen wir es als Schritt zur Entspannung und zur Zusammenarbeit auf der Sachebene. Insofern ist das Fol-

gende auch als ein Beitrag dazu zu verstehen, gewisse Probleme in der Zusammenarbeit verständlich zu machen:

Das Wort „übernommen“ in diesem Zusammenhang erfordert eigentlich die Angabe, von wem er die Aufgabe **übernommen** hat. Man stellt sich eine freundliche Kooperation der DGPT und des bvvp vor, in der abgesprochen wird, wer welche Teile einer Arbeit übernimmt. Genau diese Kooperation findet allerdings nicht statt- leider! Aber es wird solch ein Eindruck vermittelt. Das es nicht sooo freundlich zugeht, ergibt sich auch daraus, dass hier kein Wort des Dankes gefunden wird. Hätte man sich damit **übernommen**? Und wenn man mal angefangen hat mit dem Wort „übernommen“ zu spielen, dann landet man bei der Erkenntnis, dass eine mögliche, die Realität widerspiegelnde und einfache Formulierung der DGPT hätte sein können: „Wir haben die vom bvvp ausgearbeitete ‚Segelanweisung‘ mit freundlicher Genehmigung des bvvp **übernommen**.“

Dies führt nun zu dem Gedanken, dass Geben seliger als Nehmen sei. In Deutschland schlagen sich die Machtverhältnisse in einer schönen Verdrehung nieder: Arbeitgeber **nehmen** nämlich eigentlich die Arbeitsleistung der Arbeiter. So gesehen hat nach der Formulierungskunst der DGPT der bvvp die Aufgabe „genommen“ und nicht etwa die DGPT die Arbeit des bvvp. Aber haben wir das nicht schon immer geahnt, dass die DGPT seliger als der bvvp ist? Cobra- übernehmen Sie!

JÜRGEN DOEBERT
KOOPTIERTES VORSTANDSMITGLIED BVVP

„Gesundheitsziele sind eine wichtige Voraussetzung für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung“

„Die Vernetzung und Kooperation der Akteure im Gesundheitswesen und die Ausrichtung an gemeinsamen Zielen und Handlungsfeldern ist eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität der Versorgung und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung“

sagte die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz und baden-württembergische Ministerin für Arbeit und Soziales Dr. Monika Stolz am 10.09.2007 in Berlin, wo sie zusammen mit der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die Tagung „Gemeinsam Zukunft gestalten – Gesundheitsziele konkret“ eröffnet hat.

Der neue Kooperationsverbund des Forums Gesundheitsziele.de stellte sich in diesem Rahmen erstmals der breiten Öffentlichkeit vor. Zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens haben sich partnerschaftlich zusammengefunden, um das im Jahr 2000 eingerichtete Modellprojekt zur Entwicklung von Themenschwerpunkten und nationalen Gesundheitszielen selbstfinanziert fortzuführen. Der bvvp ist in diesem Verbund Mitglied und seit Jahren aktiv an der Entwicklung beteiligt.

Unter Beteiligung von Bund und Ländern wurden bereits sechs nationale Gesundheitsziele definiert. Sie reichen von konkreten Krankheitsbildern wie Brustkrebs und Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) über Präventionsziele wie „Tabakkonsum reduzieren“ und „Gesund aufwachsen“ bis hin zur Stärkung der Patientenmitwirkung. Im Bereich der seelischen Erkrankungen wurde zuletzt die Depression bearbeitet unter Leitung unserer Vorsitzenden, Frau Dr. Birgit Clever. Für alle Gesundheitsziele werden auch Evaluationskonzepte erarbeitet, die Umsetzung erfordert die Initiative der im Kooperationsverbund zusammengeschlossenen Akteure.

„Die Länder werden auch in Zukunft aktiv an der Weiterentwicklung und Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele mitwirken. Die Möglichkeit zur Festlegung landesspezifischer Gesundheitsziele ist dabei aber unentbehrlich.“, machte Stolz deutlich.

In diesem Zusammenhang verwies die Ministerin auch auf die Notwendigkeit der Verknüpfung bei der Festlegung von Zielen mit der Gesundheitsberichterstattung.

„Gleichzeitig muss auch die Vielfalt der bestehenden Aktivitäten abgebildet und gefördert werden. Gesundheitspolitik ist und bleibt eine Querschnittsaufgabe“, so Stolz, „die von den beteiligten Akteuren der Selbstverwaltung und vor Ort in den Stadt – und Landkreisen in eigener Verantwortung wahrgenommen wird.“

BIRGIT CLEVER
1. VORSITZENDE BVVP

Offener Brief des PIA-Netzes

Mit einem offenen Brief an die Klinikleitungen psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken fordern einige engagierte Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiA-Netz) die tariflich abgesicherte und angemessene Vergütung des Psychatriejahres, das jeder PP und KJP im Rahmen seiner psychotherapeutischen Ausbildung absolvieren muss. Angemessen erscheint den KollegInnen in Ausbildung eine Bezahlung nach TVöD 13 (bzw. BAT IIa), analog der Vergütung der fachärztlichen Weiterbildung.

Der bvvp unterstützt die im offenen Brief des PPIA-Netzes erhobenen Forderungen. Die derzeitige Situation mit unregelter und dadurch überwiegend nicht vorhandener Vergütung des Psychatriejahres ist für viele an den Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten interessierten KollegInnen erheblicher Hinderungsgrund, eine solche Ausbildung beginnen zu können. Die angemessene Vergütung des Psychatriejahres sollte zeitnah im PTHG geregelt werden, ansonsten droht in naher Zukunft ein erheblicher Nachwuchsmangel.

Weitere Infos finden sich auf der Homepage des Landesverbands Nordrhein zum PIANo-Netz bzw. PsychotherapienachwuchsnetzNordrhein:
www.PsychotherapieNachwuchsNordrhein.de

MARTIN KLETT
2. STELLV. VORSITZENDER BVVP

AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

HAMBURG

Neues vom „IGeLn“ in und um Hamburg

Meine Schwiegermutter hustete seit Wochen, ohne dass der Hausarzt den Grund finden konnte. Er überwies sie an einen Lungenfacharzt am Nordrand Hamburgs. Ich begleitete sie dorthin. In Verdacht hatte ich die Nebenwirkung eines bestimmten Medikamentes; aber warum nicht die basalen Lungenparameter bei einer fast 80 Jährigen mal zum Ausschluss von Schlimmerem untersuchen lassen?

Wir hatten ca. eine Stunde gewartet, als sie aufgerufen wurde. Nun würde also die Lunge geröntgt und die Lungenfunktion geprüft werden. Die ärztliche Untersuchung würde schließlich zu einer Diagnose führen. Ein Irrtum. Weil ich mir die Beine vertreten wollte, kam ich zufällig an einem kleinen Behandlungszimmer mit offener Tür vorbei, in dem meine Schwiegermutter zu meiner Überraschung einer Helferin gegenüber saß. Und ich hörte den Satz: „Das kostet 30 Euro“.

Offenbar hatte meine Schwiegermutter vor jeglicher Untersuchung an einem „Verkaufsgespräch“ teil genommen, war sehr verunsichert und wollte von mir wissen, was sie von den angebotenen Untersuchungen aus der „Selbstzahler-Medizin“ über sich ergehen lassen müsse. Meine allgemeinmedizinischen Kenntnisse reichten noch locker aus, um alles, was „im Angebot“ war, so lange als überflüssig zu deklarieren, als noch nicht einmal der erste Schritt einer Kassen-bezahlten medizinischen Untersuchung gegangen war.

Das geschah dann wenig später, weitere sinnvolle diagnostische Schritte folgten, und die Diagnose war in der Tat rasch gestellt: Sie litt an den gut bekannten Nebenwirkungen ihres Hochdruckmedikamentes.

Eine Patientin von mir, ehemalige Krankenschwester, berichtete mir empört über den Besuch bei einem für sie noch unbekanntem Gynäkologen, den sie aufgesucht hatte, nach-

dem ihr alter Frauenarzt in Pension gegangen war. An der „Rezeption“ erhielt sie einen Fragebogen, auf dem gefragt wurde, ob sie sich speziellen Untersuchungen, die sinnvoll und beruhigend wären aber von der Kasse noch nicht bezahlt würden, unterziehen wollte. Die sollte sie ankreuzen und das Blatt Papier dann unterschreiben. Sollte sie keine zusätzlichen Untersuchungen wünschen, wäre auch das anzukreuzen und dann genauso zu unterschreiben. Als „Frau vom Fach“ wies sie beide Ansinnen empört zurück und verließ, als sie auf kein Verständnis stieß, die Praxis auf Nimmerwiedersehen.

RÜDIGER HAGELBERG

BERLIN

„Modellprojekt zur veränderten Abrechnung und Vergütung für die Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie“

In Berlin läuft seit 1.8.2007 das Modellprojekt, wie es auf Initiative der DGPM (Vorsitzender Herr Palmowski) in Zusammenarbeit mit der KV Berlin entwickelt worden ist. Einschreibefrist war der 31.7.07. Ende Juni hatte die KV Berlin durch den Hauptabteilungsleiter für Abrechnung und Honorar dazu eine Informationsveranstaltung durchgeführt. Hier eine kurze Zusammenfassung:

Das funktioniert so, daß auf der Basis der vier Abrechnungsquartale von 2006 die Punkte des aktuellen IB (umfaßt in Berlin Kapitel 22, 35.1 u. 35.3) mit den Punkten die im Rahmen des Kapitel 35.2 (genehmigungspflichtige Leistungen für die wir bisher den gestützten Punktwert erhalten) zu einem einzigen Budget addiert werden. Diese Gesamtpunktzahl ist dann für ein Jahr fest und in keiner Weise ausweitbar (zur Zeit können Leistungen aus 35.2 vermehrt zum gestütz-

ten Punktwert abgerechnet werden). So entsteht ein Gesamtbudget, innerhalb dessen man beliebig Leistungen aus dem Kapitel 22 oder 35 abrechnen kann, solange das Budget reicht, dann ist Schluß. Gewünscht wird nun von den Initiatoren, daß die Leistungen aus Kapitel 35 abrechnungstechnisch zunehmend über Nummern aus dem Kapitel 22 abgerechnet werden. Also z.B. Therapiestunden über die unbegrenzt abzurechnende 10 min – Gesprächsziffer erbacht werden (obwohl dann ein 50 min Gespräch deutlich schlechter honoriert würde). Für das Modellprojekt wird nach einem speziellen Verfahren ein Punktwert ermittelt, der angeblich etwas unter dem gestützte Punktwert liegen wird.

Die Vorteile, die sich die DGPM davon für die Fachärzte verspricht, sind weder kurz- noch langfristig nachzuvollziehen. Dass dann keine Anträge mehr geschrieben werden brauchen und beliebig lange Therapien durchgeführt werden können (keine Stundenkontingente) wird als Gewinn verkauft. So könnte dann auch ein Facharzt beliebig lange Therapien machen. Der Erwerb einer analytischen Qualifikation wäre z.B. nicht mehr erforderlich. (Im Prinzip kann er es schon heute, nur die niedrigere Honorierung der unbegrenzt abrechenbaren 10-Min.-Ziffer schränkt das ein). Die DGPM habe Angst, daß die Langzeittherapie aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden könnte und will sich durch die Hintertür Langzeittherapie „light“ sichern, statt mit allen gemeinsam für den Erhalt der PT inklusive Langzeittherapie als Regelleistung zu kämpfen. Diagnostische Leistungen, mit denen man jetzt oft schnell über die IB-Grenze kommt, würden dann voll honoriert. (Da das Gesamtbudget aber begrenzt ist, gehen die diagnostischen Leistungen eindeutig zu Lasten der therapeutischen Leistungen, was ja nun noch weniger in unserem Interesse u. schon gar nicht dem der Patienten sein kann.) Langfristig will man damit erreichen, dass die Fachärzte für PS und PT sich von der Fachgruppe der PP ganz abgrenzen, was möglichst schon im neuen EBM umgesetzt werden soll.

Aus politischen und ökonomischen Gründen haben wir als Verband den Kollegen von



Frank Horzetzky

einer Teilnahme an dem Modellprojekt abgeraten, um es nicht durch unsere Teilnahme zu unterstützen. Wir halten es weder für richtig aus der Richtlinientherapie auszusteigen, wie es die DGPM für den Facharzt beabsichtigt, noch Fachärzte und PP wieder einmal gegeneinander auszuspielen und voneinander zu trennen. Dass es Unterschiede zwischen den PP und Fachärzten gibt ist dabei unbestritten. Aber da wo wir gleiches tun (in den Therapiestunden), soll es auch weiterhin gleich genannt und gleich bewertet werden. Die DGPM erhofft sich offenbar, dass sie für sich als kleine Gruppe später eine bessere Honorierung heraushandeln kann, als langfristig gemeinsam mit den PP. Das ist eine sehr frugwürdige Strategie.

FRANK HORZETZKY

RHEINLAND-PFALZ

Psychosoziale Versorgung in Deutschland

Was kann bzw. was soll die ambulante psycho-somatische Versorgung leisten?

(Dieser Artikel ist entstanden anlässlich eines Symposiums des medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz bezüglich der Versorgung von psychisch Kranken im ambulanten Kassensystem. Lediglich einige Änderungen wurden speziell für das Erscheinen im *bvvp*-Magazin vorgenommen)

Bei der psychosomatischen Behandlung handelt es sich um eine Behandlung von seelischen und körperlichen Erkrankungen. Dabei betrachtet die Psychosomatische Medizin den

Patienten in seinen Kontakten zu seiner Umgebung, insbesondere in seiner Beziehung zu den Mitmenschen und ist daher eine interpersonelle Medizin, eine „Beziehungsmedizin“.

Dass eine solche Vorgehensweise sinnvoll und effektiv ist, war schon seit langem den Hausärzten bekannt und daher war es auch folgerichtig, dass Michael Balint diese Vorgehensweise in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen stellte und vor mehr als einem halben Jahrhundert die Balintgruppenarbeit entwickelte, die mittlerweile einen festen Platz in den Weiterbildungsbestimmungen der meisten Facharzttrichtungen gefunden hat.

So kam es dann auch dazu, dass das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 1970 seine Aufnahme in der Approbationsordnung für Ärzte fand.

Untersuchungen zeigen, dass über 20% der Patienten beim Hausarzt unter Depressionen und Angststörungen leiden, weitere 20% an psychogenen funktionellen Störungen, nach heutiger Nomenklatur Somatisierungsstörungen genannt, dass aber 50 bis 80% dieser Erkrankungen nicht oder unzureichend diagnostiziert werden (Tress 1997) und damit unser Gesundheitssystem durch zu häufige wiederkehrende rein somatische Abklärung und Behandlung belasten. Dies belastet einerseits den ambulanten Bereich, aber auch den stationären Bereich des Gesundheitssystems und führt zu einer in unserer Zeit nicht vertretbaren **Fehl-Ausgabe** finanzieller Ressourcen.

Gleichzeitig hat sich durch die Veränderungen der gesamtgesellschaftlichen und -wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitssektor eine Rationalisierungs- und versteckte Rationierungstendenz ergeben, die eine gute Medizin nach den Regeln der ärztlichen Kunst auch bei Nutzung von Einsparpotenzialen kaum mehr möglich macht.

Daher ist eine **ganzheitliche psychosomatische und damit kosteneffektive Medizin** eine und vielleicht die einzige Möglichkeit, Menschen und nicht nur Krankheiten in diesem System noch qualitativ ausreichend zu behandeln.

Dass eine gute Medizin unter den momentanen Bedingungen nicht mehr erbracht werden kann, soll hier nur am Rande noch einmal Erwähnung finden.

Wer sind nun die Leistungserbringer der Psychosomatischen Versorgung im ambulanten Bereich?

Da ist zu allererst der **Hausarzt** zu erwähnen, der ja meistens der erste Ansprechpartner für den Patienten darstellt und der die



Siegfried Stephan

richtigen Weichen stellen kann für eine angemessene und langfristig kostengünstige Medizin. Zu seiner Aufgabe gehört es, hier Störungen und Erkrankungen im Kontext der Biografie, der sozialen Gegebenheiten zu sehen und dann selbst im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung die Behandlung durchzuführen, wenn er die fachliche Kompetenz dazu erworben hat oder aber einen Facharzt mit der entsprechenden Kompetenz hinzuzuziehen. Dieser kann dann im Rahmen einer entsprechenden „Grundversorgung“ oder einer spezifischeren Pharmakotherapie und/oder Psychotherapie eine weitere Behandlung in Abstimmung mit dem Hausarzt durchführen.

Zu den **Fachärzten** gehören einerseits die „**Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie**“ und **Nervenärzte**, bei Kindern und Jugendlichen die „**Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**“, dann die für die psychosomatischen Erkrankungen speziell ausgebildeten „**Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**“ und außerdem die **Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** nach dem Psychotherapeutengesetz, die den Fachärzten zugeordnet werden. Diese nehmen seit einigen Jahren durch das Psychotherapeutengesetz ermöglicht gleichwertig an der kassenärztlichen Versorgung teil und haben die Behandlungsmöglichkeiten erweitert und verbessert.

Zum anderen gehören auch zu den Behandlern die **Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“** und „**Psychoanalyse**“, die eine zu ihrem Gebiet zusätzlich erworbene Kompetenz in dem psychotherapeutischen Bereich erworben haben und die ein zusätzliches wichtiges Glied in der Behandler darstellen.

Aufgabe dieser aller genannten Facharzt-

gruppen ist es nun, entsprechend abzuklären, wer nun der geeignete und für die spezielle Erkrankung adäquateste Behandler ist. Hier ist dann die entsprechende Kooperation der verschiedenen „Psychosomatiker“ gefordert, wie sie gerade in gemeinsamen „Qualitätszirkeln“ und Interventionsgruppen gefördert und praktiziert wird.

So macht es natürlich Sinn, wenn die psychosomatischen Erkrankungen des Gehirns, die wir als Psychosen kennen, vom Psychiater und Nervenarzt schwerpunktmäßig behandelt werden, auch wenn die oft begleitend notwendige psychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten erfolgen kann.

Eine psychosomatische chronische Darm-erkrankung ist dann meist besonders gut bei einem „Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ oder einem spezialisierten psychologischen Psychotherapeuten aufgehoben, die medikamentöse Begleitbehandlung könnte zum Beispiel je nach Ausgestaltung der Erkrankung auch von einem Psychiater oder einem Hausarzt/Internisten mit psychosomatischer Grundkompetenz erfolgen.

Diese Beispiele zeigen schon, wie wichtig an dieser Stelle die **ergänzenden Kompetenzen der verschiedenen Facharztgruppen** gefordert sind und eine unter den momentanen finanziellen Bedingungen überhaupt noch vertretbare Medizin geleistet werden kann.

Eine solche Medizin im ambulanten Bereich ermöglicht es dann, vielen Chronifizierungstendenzen entgegenzuwirken und damit eine stationäre Behandlung oft zu verhindern oder aber abzukürzen. Dass diese Vorgehensweise auch kurzfristig nicht immer finanziell billiger ist und bei kurzfristiger Betrachtungsweise manchmal sogar teurer erscheinen läßt, läßt manche **gesundheitpolitische Weitsicht** verhindern.

Da sich zur Zeit, und dies wird auf absehbare Zeit wohl noch so bleiben, die finanziellen Möglichkeiten in unserem Staat nicht wesentlich verbessern werden, und dieser staatliche und gesellschaftliche Engpaß auf unser Gesundheitssystem auswirkt und manchen sogar denken läßt, das finanzielle Problem im Gesundheitssystem sei ausschließlich dort entstanden, bleibt nur eine **Strategie, die finanziellen Rest-Ressourcen im Gesundheitssystem zu nutzen:**

1. Eine kostengünstige Medizin muß eine **psycho-somatische Medizin sein**. Eine andere können wir uns nicht mehr leisten, da sie langfristig zu teuer ist.
2. Eine kostengünstige psycho-somatische

Medizin ist nur möglich durch **Kooperation** und Absprache zwischen dem Primärarzt (Hausarzt) und den speziellen Fachärzten (Psychiater/Nervenarzt, Psychosomatiker, ärztlicher und psychologischer Psychotherapeut)

3. Eine **kostengünstige psychosomatische Behandlung ist eine schwerpunktmäßig im ambulanten Bereich stattfindende Behandlung**. Die dort möglichen Behandlungen müssen durch Bereitstellung von den finanziellen Mitteln (teilweise durch Transfer der Gelder aus dem stationären Bereich) ermöglicht werden, um die teurere und in vielen Fällen nicht bessere stationäre Kliniksbehandlung zu verhindern oder abzukürzen.
4. Bei notwendiger über die ambulanten Möglichkeiten hinausgehender Behandlung ist eine Verzahnung stationärer und ambulanter Bereiche notwendig und effektiver (**Integrierte Versorgung**)
5. Wer die ambulante psycho-somatische Medizin stützt, trägt dazu bei, dass unsere **Patienten** langfristig in unserem Gesundheitssystem überhaupt noch behandelt werden können.

DR. MED SIEGFRIED STEPHAN

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Psychoanalyse – spezielle Schmerztherapie
Ärztlicher Vorsitzender des
Psychotherapie-Fachausschusses der
Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz
1. Vorsitzender der NETZ für seelische Gesundheit
Mainz e.V.

Delegierter BVVP aus Rheinland-Pfalz

Literatur:

- TRESS, W. (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung. Stuttgart 1997 (Schattauer)
- DAK-Gesundheitsreport 2002

WESTFALEN-LIPPE

Anträge der KV auf Entziehung der Zulassung

Die KVWL hat beim Zulassungsausschuß in knapp 50 Fällen Anfang des Jahres Anträge auf Entziehung der Zulassung gestellt, weil die Kollegen zu wenig gearbeitet hatten und dieses als schwerwiegende Pflichtverletzung angesehen wurde seitens der KV. Als Maßstab wurden die erbrachten GKV-Leistungen genommen (sehr fragwürdiger Maßstab! Präsenz kann man nicht mit Leistungserbringung gleichsetzen!). Betroffen waren die Kollegen, die weniger als 10 Wochenst. Kalkulationszeit in 43 Arbeitswochen pro Jahr erbracht hatten.

Der Zulassungsausschuss Psychotherapie bei der KVWL hat inzwischen mehrfach hierzu getagt, die betroffenen Kollegen eingeladen und die eingegangenen Begründungen geprüft. Noch nicht alle betroffenen Kollegen sind vorstellig geworden. Wie zu hören ist – einige unserer Mitglieder sind auch betroffen – wurde in fast allen Fällen seitens des Zulassungsausschusses der Antrag der KV zurückgewiesen wegen Unverhältnismäßigkeit. Einige der Kollegen, die z.B. aus familiären Gründen vorübergehend wenig arbeiten, haben befristete Anträge auf hälftiges Ruhen der Zulassung gestellt wie es seit Anfang des Jahres aufgrund des neuen Vertragsarztsrechtsänderungsgesetz möglich ist. Wir wissen von einem betroffenen Mitglied, dass die KV gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses in Widerspruch gegangen ist, die Begründung liegt allerdings noch nicht vor. Die nächste Instanz ist der Berufungsausschuss. Solange kein rechtsgültiger Bescheid vorliegt, ist der Sitz unberührt und die Praxis kann wieder ausgebaut werden bzw. der Sitz ausgeschrieben und verkauft werden.

Wir als Berufsverband erleben dieses Vorgehen der KV als unverhältnismäßige disziplinierende Maßnahme und werden uns für die betroffenen Kollegen einsetzen. Die Begründung der KV, dieses aus Sicherstellungsgründen veranlasst zu haben, wirkt auf uns wie ein Scheinargument. Dieses Thema wird erneut im Fachausschuss Psychotherapie zu diskutieren sein.

LISA STÖRMANN-GAEDE

Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und praktische Ärztin. Schatzmeisterin im AGVP Westfalen-Lippe

DIENSTLEISTUNGEN

Pkws zu Sonderkonditionen

Nach langer Suche ist es uns gelungen, einen seriösen bundesweit agierenden Händler für Neuwagen zu finden. Der Preisvorteil für Sie gegenüber dem Listenpreis liegt bei durchschnittlich 20 %, kann im Einzelfall auch bei ca. 30 % liegen. Vermitteln können wir Ihnen damit Neuwagen von fast allen großen Herstellern (VW, Audi, Seat, Skoda, Opel, Ford, Renault, Nissan, Citroen, Smart, Volvo, Porsche, Chevrolet, Alfa Romeo), es handelt sich dabei sowohl um deutsche Neufahrzeuge, als auch um EU-Neuwagen. In jedem Falle erhalten Sie die volle Werksgarantie als auch eine deutsche Zulassungsbescheinigung und selbstverständlich ein deutsches Bordbuch. Sie können das Fahrzeug bei dem ausliefernden Händler oder im Zentrallager abholen, auf Wunsch kann der Wagen jedoch auch zu Ihnen nach Hause geliefert werden. Der Kaufpreis wird erst bei Übergabe des Fahrzeugs fällig, auf keinen Fall müssen Sie etwas anzahlen.

Falls Sie ein unverbindliches Angebot wünschen, senden Sie uns bitte (am einfachsten per Mail oder Fax) den Namen des Herstellers, Modell/Typ und Ihre Ausstattungswünsche, wir nennen Ihnen dann den Preis, zu dem wir Ihnen das Fahrzeug vermitteln können.

bvvp-Dienstleistungen,
c/o Manfred Falke,
Triftstr. 33, 21255 Tostedt,
Tel. 04182/21703, Fax 04182/22927,
E-Mail: falke@bvvp.de

Riester-Rente – Neuerungen in 2008

Selbständige und Freiberufler haben keinen eigenen Anspruch auf eine Riester-Rente. Wenn Sie jedoch einen Ehepartner haben, der sich in einem Angestellten- oder Beamtenverhältnis befindet und nicht Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist, dann haben Sie Anspruch auf einen eigenen Riester-Rentenvertrag, auf den zwar keine eigenen Beiträge, jedoch die Ihnen zustehende staatliche Zulage eingezahlt wird.

2008 ändert sich einiges bei der Riester-Rente: Dies betrifft die geforderte jährliche Beitragshöhe, den steuerlich geförderte Maximalbeitrag und die Höhe der Zulagen. Der geforderte Gesamtbeitrag zur Riester-Rente (incl. aller staatlicher Zulagen) beträgt dann

4 % des Bruttoeinkommens des Riester-Renten-Berechtigten (bislang 3%). Der maximal mögliche und steuerlich absetzbare Beitrag steigt auf jährlich 2.100 € (vorher 1.575 €). Die Zulagenhöhe für einen Erwachsenen steigt auf jährlich 154 € (vorher 114 €) und für ein Kind auf 185 € (vorher 138 €). Zudem wird zur Zeit darüber nachgedacht, ob die Zulagenhöhe für alle ab 2008 geborenen Kinder auf 300 € erhöht wird.

Unser Rat: Wenn es möglich ist und wenn es sich auf Grund einer hohen staatlichen Förderung durch Zulagen und ggf. zusätzliche Steuervorteile anbietet, dann sollten Sie die Riester-Förderung mitnehmen. Man muss sich jedoch auch darüber im klaren sein, dass das Volumen der Riester-Förderung und damit auch der Effekt für die Altersvorsorge relativ klein bleibt. Quantitativ größere Effekte lassen sich mit der Rürup-Rente erzielen, da hier das steuerlich geförderte Volumen bis zu 20.000 € (Ledige) bzw. 40.000 € (Verheiratete) betragen kann.

Wir analysieren gern für Sie, welcher Förderweg für Sie am ehesten in Frage kommt und wie hoch die staatliche Förderung für Sie auf Grund Ihrer individuellen Voraussetzungen ausfällt. Und selbstverständlich stehen Ihnen in beiden Bereichen leistungsstarke bvvp-Gruppenvertrags-Angebote zur Verfügung. Sprechen Sie uns gern an.

Hartmut Scheele
c/o AVB TEAM (Finanzdienstleister des bvvp),
Tel. 040/4313910; Fax 040/43139119;
e-mail: hartmut.scheele@avb-hamburg.de

Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis ab sofort mit 30 % Rabatt auf Grundwerk/Grundversion und 25 % Rabatt auf die Aktualisierungen/Updates

Ausführliche Informationen und ein Bestellformular finden Sie im Internet (www.bvvp.de/Service/Dienstleistungen). Bereits bestehende Abonnements können natürlich auch vom Verbandspreis profitieren. Bitte verwenden Sie auch hier das Bestellformular.

SCHWERPUNKT

Qualifikation Psychotherapie



Ortwin Löwa

Liebe bvvp-Mitglieder, liebe Leser/innen des Schwerpunktes,

vor acht Jahren trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft. Der Kampf darum zwischen psychologischen Verbänden, Ärzteorganisationen, Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und nicht zuletzt den politischen Instanzen dauerte gut ein Vierteljahrhundert, nachdem die Psychiatrieenquete des Deutschen Bundestages 1973 schwerwiegende Mängel in der Versorgung psychisch Kranker – sowohl ambulant, als auch stationär – feststellte – und ging bis zum Bundesverwaltungsgericht und auch dem Bundesverfassungsgericht. Horrorbeispiele wie Delegations – oder Erstattungsverfahren sind insbesondere den heute niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten in schmerzlicher Erinnerung. Dabei hatten gerade sie schon früh in der Nachkriegszeit sich in diversen Organisationen etabliert und nach dem Missbrauch der Psychotherapie als Instrument der Repression und Aussonderung in der Nazizeit nunmehr ein weites hilfreiches Feld eröffnet. Der Neurosenbegriff wurde anerkannt, seelische Kriegsschäden ebenfalls. Neben der klassischen analytischen Psychotherapie erlebten weitere Therapieformen einen regelrechten Boom und weiteten sich schließlich auch in einen „grauen“ Markt aus. Mit dem Gesetz sollte nun die Vielfalt zu einer Einheit zusammen gefasst werden. Benedict Waldherr – Kassenärztliche Vereinigung Bayern – im Bayerischen Ärzteblatt (März 2003) – mit einem Fazit:

„PP und KJP waren als neue Heilberufe entstanden, die Berufsausübung, der berufsrechtliche Teil und die Kassenzulassung als sozialrechtlicher Teil geregelt. Mit Hilfe von weitreichenden Übergangsregelungen sollten nicht nur die ehemaligen Delegationspsychologen, sondern auch möglichst viele der früheren Erstattungspsychologen Approbation und Kassenzulassung erhalten. Gleichzeitig wurde die



Rüdiger Hagelberg

Bedarfsplanung der Psychotherapie flächendeckend eingeführt und die Ausbildung neu geregelt.“

PP, KJP – wie immer, wenn ein Problem der bürokratisch – verwaltenden Hand anvertraut wird, einwickelte sich auch im Psychotherapiebereich ein Geflecht, ja ein Dschungel von Abkürzungen (siehe Kasten), z.B. das Kürzel, das wie ein sanfter Frauenname daher kommt: PiA! Das heißt: „Psychotherapeut/innen in Ausbildung“ und enthält jede Menge Sprengstoff. Er liegt am Schnittpunkt von Geschichte und Zukunft der Psychotherapie und bündelt sich in der Frage, wie wir das psychotherapeutische Erbe an den Nachwuchs weitergeben. Zunächst einmal in Form eines monströsen Regelwerks, das alle Schrecken enthält, die die deutsche Bildungsbükratie zur Verfügung hat und mit einem veritablen Geburtsfehler behaftet ist: Die unterschiedliche Klassifizierung von künftigen ärztlichen Psychotherapeuten und ihren psychologischen Kollegen. Während Ärzte eine Weiterbildung absolvieren, wurden die Psychologen zu Auszubildenden degradiert, ein gesetzestechnischer Kunstgriff, um die Bundeskompetenz zu sichern. Daraus ergab sich nun in der Folge ein Wirrwarr, dessen Verwerfungen sich in einer Vielzahl von individuellen Leidensgeschichten vor allem der PiA zeigten und einen Druck erzeugten, der schliesslich aktuell zu der Gründung von PiA – Netzwerken führte, durch die mittlerweile ein umfassender Reformprozess angestoßen wurde. Mit Kerstin Sude und Kristina Siever, die in Hamburg und Nordrhein – Westfalen diese Selbsthilfegruppen gründeten, haben wir ausführlich gesprochen.

Rüdiger Hagelberg erläutert und bewertet anhand von Zahlen, Daten und Fakten die Aus- und Weiterbildungssituation von PP, KJP und Ärzten und sprach mit der Bundesärztekammer. Aus der Sicht der Wissenschaft und der sie vermittelnden ausbildenden Institute beschreibt der Analytiker und Dozent Michael Klöpfer die Anforderungen, die an die Ausbildungsinhalte zu stellen sind. Eine übergeordnete Perspektive, sozusagen einen archimedischen Punkt, sieht der praktizierende „Facharzt für Psychotherapie“ Thomas Bartsch in der Frage, wie das Puzzle der psychischen Störungen und der ihnen zugeordneten Therapierichtungen wieder durch eine ganzheitliche Be-

trachtung zusammengefasst werden kann. Wer sich nun nach einem Wegweiser durch das Dickicht sehnt, für den stellen wir den Survivalguide PiA vor.

In der Tat: Überleben, darauf kommt es in dem Gesamtkomplex Psychotherapie an. Die Aussichten – eine Herausforderung, die Benedict Waldherr so beschrieb:

„Vier Jahre nach der Einführung des Psychotherapeutengesetzes gibt es noch einiges zu tun: Das 1999 vereinbarte Budget aus dem Psychotherapeutengesetz und die darauf gründende anschließende Finanzierung stranguliert zunehmend die Versorgung. Die Umsetzung der BSG-Rechtsprechung zur Honorierung in der Psychotherapie aus dem Jahr 1999 bleibt aus oder wird nur ansatzweise wie beispielsweise durch die AOK Bayern erfüllt. Die Expost-facto-Bedarfsplanung von 1999 hatte zu sehr verzerrten Versorgungsstrukturen geführt. Im Grunde wurden die Verwerfungen, so wie sie sich unter dem unkontrollierten Erstattungsverfahren und dem Delegationsverfahren entwickelt hatten, mit dem Psychotherapeutengesetz und der Bedarfsplanung festgeschrieben. Eine eigene Bedarfsplanung für

die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie fehlt völlig. Dies bedeutet, dass auch drei Jahre nach der Umsetzung des Gesetzes in vielen Regionen – auch in Bayern – KJP fehlen. Durch die neuen Ausbildungsrichtlinien und die Einführung eines Psychiatriejahres geht der Nachwuchs kontinuierlich zurück. Dies bedeutet, dass die Versorgungsnotlage, gerade in ländlichen Gebieten, auf absehbare Zeit zunehmen wird. Auch aufgrund der Altersstruktur der Psychotherapeuten werden in Zukunft noch größere Versorgungslücken entstehen, da viele Kollegen aus Altersgründen aus der Versorgung ausscheiden werden. Eine Änderung der Bedarfsplanung ist deshalb dringend erforderlich.“

Nimmt man den Komplex Nachwuchsschulung verschärfend hinzu, ist noch einiges zu tun!

ORTWIN LÖWA

Dr. med. Michael Klöpfer, Psychoanalytiker, Dozent, Supervisor und Lehrtherapeut, war (Gründungs-) Vorsitzender (1990 – 2000) der Hamburger „Arbeitsgemeinschaft für Integrative Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatik“ (APH) und der Hamburger „Akademie für Psychotherapie und Psychoanalyse“ sowie Vorsitzender des PPP-Ausschusses der ÄK Hamburg bis 2006. Zahlreiche Veröffentlichungen zur Tiefenpsychologischen Psychotherapie, Bindungstheorie und Säuglingsforschung. Kürzlich Buchveröffentlichung „Reifung und Konflikt“ (Rezension im bvvv-Magazin 2.07) Er war überdies Mitinitiator und Gründungsmitglied des damaligen „vvph“ (heute „bvvv-Hamburg“).

Abkürzungen zum Thema

PPiA	Psychologische PsychotherapeutInnen in Ausbildung
KJPiA	Kinder- u. JugendlichenpsychotherapeutInnen in Ausbildung
PiA	PsychotherapeutInnen in Ausbildung (= PPiA + KJPiA)
PP	Psychologische PsychotherapeutInnen
KJP	Kinder- u. JugendlichenpsychotherapeutInnen
KJP	Kinder- u. Jugendpsychiater und -therapeuten
PsychThG	Gesetz über die Berufe des PP u. des KJP – Psychotherapeutengesetz
PsychTh-APrV	Ausbildungs- u. Prüfungsverordnung für PP
KJPsychTh-APrV	Ausbildungs- u. Prüfungsverordnung für KJP
PsychThV	Verordnung über die Ausbildungsförderung (BAföG) für den Besuch von Ausbildungsstätten für Psychotherapie u. Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapie
Pt	Psychotherapie
PtK	Psychotherapeutenkammer
LPtKn	Landespsychotherapeutenkammern
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
LPA	Landesprüfungsamt; LPÄ Landesprüfungsämter
AP	Analytische Psychotherapie
GT	Gesprächspsychotherapie
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie
AA	Arbeitsagentur, zuständig für ALG I
ALG	Arbeitslosengeld
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
BMG	Bundesgesundheitsministerium
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau, u.a. zuständig für staatliche Bildungskredite

Rechtliche und wissenschaftliche Grundlagen heutiger Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung

Seitdem das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) neben die Regelungen der Ärztlichen Weiterbildungsordnung (WBO) getreten ist, können grundsätzlich nur noch zwei Berufsgruppen die psychotherapeutische Tätigkeit ausüben, Ärzte und Psychologen. Lediglich im Bereich der Kinder- und Jugend-Psychotherapie haben auch Sozialpädagogen und Pädagogen das Recht zur Ausübung dieser Berufstätigkeit. Damit hat der Gesetzgeber zwar einen engen Rahmen für den Zugang zur psychotherapeutischen Berufstätigkeit geschaffen, ihr aber gleichzeitig auch eine hohe Rechtssicherheit gegeben. Diesem **berufsrechtlichen** Rahmen steht die **sozialrechtliche** Regelung der Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie zur Seite, die im Rahmen der Bedarfsermittlung Zulassungs-Obergrenzen für Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Praxis festgelegt hat. Ferner ist in den Psychotherapie-Richtlinien rechtsverbindlich ausgeführt, welche psychotherapeutischen **Verfahren** eine Anerkennung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung besitzen.

Gegenwärtig zählen die Analytische und die Tiefenpsychologische Psychotherapie sowie die Verhaltenstherapie zu den sozialrechtlich zugelassenen Psychotherapieverfahren. (Für Gesprächspsychotherapie und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, sprich: Trauma-Therapie) bestehen noch Einschränkungen.) Diese



Michael Klöpfer

Verfahren können im Rahmen der Verfahrensrichtlinien von niedergelassenen Therapeuten durchgeführt und gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden. Die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung beschränkt sich ganz überwiegend auf sie. (Im stationären Bereich findet traditionell eine sehr viel größere Zahl von Verfahren Anwendung.) Zwischen diesen Verfahren wird sich der angehende (niedergelassene) Psychotherapeut also entscheiden müssen.

Die Beschränkung der Auswahlmöglichkeit auf die genannten drei „Kernbereiche“ psychotherapeutischer Tätigkeit wird von vielen bedauert und kritisiert. Sie weisen insbesondere darauf hin, dass dabei sowohl die Bedeutung und Errungenschaften der humanistischen Psychotherapieverfahren verloren gehen als auch, dass dabei die Ergebnisse zeitgenössischer Forschung in anderen Humanwissenschaften (z.B. Neurobiologie, beobachtungs-basierte Entwicklungspsychologie) zu wenig beachtet und integriert würden.

Diese Bedenken treffen in der Realität nicht ganz zu. Vor dem Hintergrund der neuen Forschungsergebnisse unterliegen die konkret gelehrten Inhalte der Psychotherapie heute sowohl in den Aus- und Weiterbildungsinstituten als auch im Bereich der Fortbildung einem gravierenden Wandel. Beide, die Institute ebenso wie die Träger der Fortbildung, arbeiten intensiv daran, die traditionell bewährten Verfahren der Psychotherapie entsprechend den Fortschritten und Ergebnissen der Humanwissenschaften beider Couleur, natur- und geisteswissenschaftlich, weiter zu entwickeln. So gibt es beispielsweise im Bereich der Analytischen Verfahren eine breite Entwicklung und Vielzahl von Veröffentlichungen, die darauf abzielen, die Ergebnisse der neurobiologischen und insbesondere der Trauma-Forschung in das analytische Konzept zu integrieren. Im Bereich der Verhaltenstherapie wird heute dem emotionalen Erleben und der Beziehung eine ganz andere Bedeutung beigemessen, als noch vor einem Jahrzehnt. Und die großen Fortbildungsveranstaltungen, wie sie in der Bundesrepublik angeboten werden, stellen sich der Herausforderung der Annäherung zwischen Natur- und Geisteswissenschaft im Bereich der Psychotherapie und machen ein vielfältiges Angebot zur Integration derer Ergebnisse in die anerkannten psychotherapeutischen Verfahren.

Psychotherapie wird in dieser Sichtweise als eine Tätigkeit verstanden, deren wissenschaftliche Position in einer gedachten Mitte zwischen den Positionen der Naturwissenschaften auf der einen und der Geisteswissenschaften auf der anderen Seite anzusehen ist. In dieser Situation haben die Psychotherapie als Wissenschaft und der Psychotherapeut in seiner Berufstätigkeit die Aufgabe zu bewältigen, die Forschungsergebnisse beider Seiten, der Naturwissenschaft ebenso wie der Geisteswissenschaft, zu einem kohärenten Denk- und Arbeitsmodell zu integrieren.

Diese Sichtweise muss indes mit dem Blick auf die Ausbildungssituation differenziert werden. Auszubildende sind i.d.R. mit der Aufgabe überfordert, eine Integration verschiedener wissenschaftlicher Positionen zu leisten. Vielmehr ist es Aufgabe der Auszubildenden, die Studenten in einem Prozess schrittweise an die Grundlagen des psychotherapeutischen Verfahrens heranzuführen, um dann in einem weiteren Schritt die Integration der Ergebnisse und Denkansätze neuer Forschungsergebnisse und Theorien zu ermöglichen. Ein Studium der aktuellen Fachliteratur zeigt, dass sich ein derartiger Integrations-Prozess gegenwärtig in allen Theorien der anerkannten Psychotherapieverfahren vollzieht.

MICHAEL KLÖPPER

Qualifikation Psychotherapie

Ein Bereich gerät bei der täglichen psychotherapeutischen Praxis- (und Krankenhaus-) Arbeit mit ihren dortigen Herausforderungen immer leicht aus dem Blickfeld, der unseres ärztlichen und psychologischen „Nachwuchses“. Wie steht es eigentlich damit? Wo und wie werden unsere „Nachfolger/innen“ aus- oder weiter gebildet? Sind es genug? Unter welchen Bedingungen finden Aus- oder Weiterbildung statt?

Mindestens zwei Probleme, die die „Aktiven“ beschäftigen, spielen bereits bei der Aus- oder Weiterbildung eine große Rolle: Die schwierige finanzielle Situation für viele und die Unterschiedlichkeit aber nur scheinbare Unvereinbarkeit von ärztlichem und psychologischem Denken und jeweiliger psychotherapeutischer Qualifikations-Systematik.

Insofern werden unsere „Nachfolger/innen“ bereits gut auf das eingestimmt, was später auf sie zu kommt. Nicht übertrieben ist der Eindruck, dass die Beschäftigung mit der Aus- oder Weiterbildung zum/r Psychotherapeuten/in zuweilen dem Griff ins Wespennest gleicht.

Die Ausbildung der Psychologen/innen (Pädagogen/innen) zu Psychotherapeuten/innen (PP und KJP) – Ein kritischer Überblick

I. Ausbildungsumfang

Gemäß Verordnung des BMG auf der Grundlage von § 8 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sind 4200 Stunden bzw. drei, berufsbegleitend fünf Jahre Ausbildung für Psychologen/innen sowie Pädagogen/innen zu Psychotherapeuten/innen (PP) sowie zu KJPlern/innen in fünf Bausteinen vorgeschrieben: Praktische Tätigkeit, Theoretische Ausbildung, Praktische Ausbildung, Selbsterfahrung und

das Wahlpflichtangebot. Die KJP-Qualifikation kann auch wie andere Qualifikationen, z.B. Analytische Psychotherapie, in einer Zusatzausbildung zur PP-Ausbildung erworben werden, umgekehrt geht dies nicht.

1. Praktische Tätigkeit: 1800 Stunden bzw. eineinhalb Jahre (nicht immer deckungsgleich – ein noch ungeklärtes Detail von vielen); in Abschnitten von jeweils 3 Monaten 1200 Stunden in einer psychiatrisch-klinischen Einrichtung („Psychiatriejahr“) und 600 Stunden in einer anerkannten Einrichtung der psychotherapeutisch-psykosomatischen Versorgung („Psychosomatikhalfjahr“); „Beteiligung“ an der Behandlung von 30 Patienten/innen u.a..

2. Theoretische Ausbildung: 600 Stunden Vermittlung von allgemeinen und speziellen Grundkenntnissen in dem angestrebten Therapieverfahren.

3. Praktische Ausbildung – „Fälle“ (Ausbildungseinrichtung): 600 Behandlungsstunden im angestrebten Therapieverfahren mit 6 Patientenbehandlungen, dabei 150 Supervisionsstunden (50 Stunden Einzel-SV). Erstellung von 6 Falldarstellungen (dabei ggf. zwei Prüffälle) u.a..

4. Selbsterfahrung: 120 Stunden im angestrebten Therapieverfahren.

5. Wahlpflichtangebot – sog. „Freie Spitze“: ca. 1000 Stunden für Literaturstudium, Dokumentationen, Prüfungsvorbereitungen usw.

II. Misere bei den PiA

Misstände in der Ausbildung der Psychologen/innen u.a. werden vielstimmig beklagt.

(Dazu ist z.B. ein Forschungsgutachten des BMG in Vorbereitung, für das die BPTK eine Bestandsaufnahme der bisherigen Ausbildungsbedingungen mit entsprechenden Fragestellungen erarbeitet hat.) Unter anderem müssen die Lerninhalte des voraus gehenden Psychologiestudiums mit den Inhalten der Psychotherapieausbildung in einer Feinabstimmung zwischen dem universitären Bereich und den Ausbildungsinstituten noch besser koordiniert werden. Einstweilen gäbe es noch „Redundanzen“. Zudem seien die Lerninhalte der Theoretischen Ausbildung nicht immer mit den Anforderungen der Praktischen Ausbildung zeitlich koordiniert und bereiteten auch nicht genügend auf die Abschlussprüfungen vor.

Derzeit müssen Psychologen/innen für die PP-Ausbildung nur den Prüfungsnachweis in „Klinischer Psychologie“ vorlegen. Mögliche andere Kenntnisse und Qualifikationen aus Vorstudium oder aus früheren Selbsterfahrungskursen fielen, so wird kritisiert, einstweilen kaum ins Gewicht.

Grundsätzlich wird von psychologischer Seite darauf bestanden, dass eine vergleichbare Gliederung wie in der Medizin mit Medizinstudium und späterer Spezialisierung in der Facharzt-Weiterbildung in ähnlicher Weise für die Psychologen/innen gelten müsse. Psychologen/innen (gemeint immer auch (Sozial-)Pädagogen/innen für den Bereich KJP) durchlaufen indes zur Zeit eine „Ausbildung“, so als fange man gewissermaßen fast „bei Null“ an. Vor allem die Praktische Tätigkeit sei nur unspezifisch und mit fraglicher wissenschaftlicher Kompetenz definiert. Hauptkritikpunkt aber ist, dass „fertige“ Psychologen/innen als „Praktikanten“ mit uneinheitlichem arbeitsrechtlichem Status häufig nicht bezahlt aber in verantwortlicher Stellung als „klinische(r) Psychologe/in“ eingesetzt würden. (Ca. 60 % der Psychologen/innen in Praktischer Tätigkeit erhalten nach augenblicklichem Stand keinerlei Vergütung.)

Auch der Umfang von 1800 Stunden Praktische Tätigkeit im Verhältnis zu den 4200 Stunden Gesamtausbildung wird als zu groß er-

achtet, zumal die 1200 Stunden des Psychiatriejahres „besonders auch“ den Erwerb von Kenntnissen über Störungen zum Ziel hätten, in denen Psychotherapie **nicht** indiziert sei. Die Praktische Tätigkeit gilt für die Betroffenen als das „Nadelöhr“ ihrer Ausbildung. (Dazu auch: Süddeutsche Zeitung vom 25./26.11.06 und „Psychologie heute“ Juli 2007 S. 76 ff)

Das ausgezeichnete Handbuch für die Psychologen/innen in Ausbildung (PiA) mit dem pointierten Titel „Survivalguide PiA“ informiert über Psychotherapieausbildung mit ihren Vor- und Nachteilen in nahezu lückenloser Weise. Auch hier wird die unbezahlte häufig aber qualifizierte Arbeit der Psychologen/innen während ihrer Praktischen Tätigkeit als Missstand hervor gehoben. Überdies seien Psychologen/innen während ihrer Ausbildung zumeist älter und oft in einer familiären Lebenssituation, die finanzielle Gratifikation erforderlich mache. Der „Survivalguide PiA“ gibt das Alter zwischen 26 und 40 Jahren an, 78,6 % der PiA seien Frauen. (a.a.O. S 95) Ausbildungsunterbrechungen seien häufiger notwendig, Bafög werde indes nur selten gezahlt (U.a. lt. Schreiben des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom 22.08.06; siehe auch Kasten)

Im Gegensatz zum ebenfalls nicht vergüteten Praktischen Jahr (PJ) der Ärzte/innen sind aber die Unterschiede zu bedenken: Das PJ der werdenden Ärzte findet im Erststudium statt (Bafög!), ist kürzer, und die PJler/innen sind zumeist jünger und familiär weniger gebunden. Vor allem aber wird auch von ärztlicher Seite die Nicht-Vergütung im PJ als Missstand angesehen (DÄB 34-35/2007 A 2337).

Einige weitere Zahlen

Kosten der Ausbildung real zwischen 60000 Euro und 100000 Euro, dabei reine Ausbildungskosten zwischen 10000 Euro und 25000 Euro (je nach Therapieverfahren bzw. Ausbildungsziel variierend). PiA finanzieren ihre Ausbildung und ihren Lebensunterhalt zu ca. 55 % aus Nebentätigkeit und zu ca. 45 % aus Ersparnissen. Bafög-Zahlungen werden dagegen kaum gewährt, eine Zahl von 0,7 % wird genannt. („Survivalguide PiA“ S. 52 ff)

Zahlen der KBV für 2005 und (ähnlich) der BPTK geben an, dass ca. 15200 Psychologische Psychotherapeuten/innen (12600 PP/2600 KJP) und ca. 4000 „Ärztliche Psychotherapeuten/innen“ niedergelassen tätig sind, davon jeweils immer ungefähr zwei Drittel bis drei Viertel Psychotherapeutinnen. Insgesamt hatte die BPTK 2006 ca. 29000 Mitglieder, davon etwa die Hälfte niedergelassen.

Die zur Zeit in Ausbildung befindlichen Psychologen/innen werden von der BPTK mit ca. 8000 angegeben, eine andere Schätzung nennt die Zahl von 6000, davon 4000 VTler/innen. Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten/innen (in der BPTK) sind im Mittel 51 Jahre alt. Der u.a. daraus errechnete jährliche Niederlassungs-Nachwuchsbedarf wird mit ca. 1000 Kollegen/innen pro Jahr angegeben. Er ist zur Zeit nur knapp realisiert. Langfristig aber sei der Nachwuchs mit dem sich entwickelnden Aufkommen zu decken. (Zahlen und Einschätzungen gem. BPTK-Newsletter 1/2006).

Eine gewisse Entspannung der wirtschaftlichen Situation könne sich ergeben, wenn Behandlungen (unter Supervision) innerhalb der Praktischen Ausbildung honoriert werden. Es sei daher überaus wichtig festzulegen, nach welchen Vorleistungen sie beginnen können. Einstweilen gibt es dazu keine allgemein gültige Rechtsgrundlage. Die Ausbildungsinstitute handhaben dieses zentrale

Anliegen der PiA wie auch die Honorierung selbst einstweilen unterschiedlich.

Alles in allem, so fasst es die Sprecherin des „Netzwerks PiA“ Nordrhein zusammen, gäbe es zur Zeit in der Psychotherapieausbildung der Psychologen/innen eine „soziale Selektion“ (nur gut betuchte Psychologen/innen), eine „Geschlechtsselektion“ (nur Frauen) und eine „Methodenselektion“ zu Gunsten von VT (aus unterschiedlichen, hier nicht weiter ausgeführten Gründen).

Die Festlegung von Mindestzahlen (anders als in den WBO en der Ärzte/innen) bei nahezu allen Zeitangaben für die Ausbildungsanforderungen der PiA ermöglicht es den Ausbildungsinstituten, die Anforderungen institutsintern zu modifizieren ggf. sogar zu erhöhen. Auch die „Freie Spitze“ kann durch die Institute teilnehmerfreundlich gestaltet werden oder nicht.

Alles in allem haben die ersten Jahre der Ausbildung der Psychologen/innen zu Psychotherapeuten/innen unter der Ägide des PsychThG eine Fülle von Erfahrungen erbracht, die die Notwendigkeit von Veränderungen bzw. Weiterentwicklungen beweisen. Dazu haben formelle wie informelle Gremien von der BPtK bis zum „Netzwerk PiA“ überzeugende Argumente gesammelt und bringen sie mit einiger geschlossener Stoßkraft vor. Nirgends aber sind sie so abgewogen, sorgfältig und vollständig zusammen gefasst wie in dem Handbuch „Survivalguide PiA“.

Hier wird besonders augenfällig: Baldige Erfolge sind von großer Dringlichkeit, hoffentlich aber auch absehbar.

RÜDIGER HAGELBERG

INTERVIEW 1

Eine Studie fördert den Protest und die Gründung des ersten PiA – Netzes

Eine Meldung im Deutschen Ärzteblatt (PP 6, Ausgabe September 2007, Seite 397:)

Eine Gruppe engagierter Psychologischer Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA-Netz) fordert in einem offenen Brief an die Leitungen psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken in Deutschland eine tariflich angemessene Vergütung des sogenannten Psychiatriejahrs. 57 Prozent der angehenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) arbeiten während der 1 800 Stunden umfassenden praktischen Tätigkeit ohne Gehalt, ermittelte eine Studie von Busche, Möske und Kliche (2006). Gemäß ihrer Qualifikation als Diplom-Psychologen (Diplom-Pädagogen als KJP) würden die PPIA jedoch in der Regel als vollwertige Stationspsychologen und -psychotherapeuten eingesetzt, und sie führten eigenverantwortlich psychotherapeutische Einzelgespräche und Therapiegruppen durch.

Für diese Tätigkeit fordert das PiA-Netz eine Vergütung entsprechend der fachärztlichen Weiterbildung nach BAT IIa beziehungsweise TVöD 13. Das Netz wendet sich gegen die Bezeichnungen „Praktikanten“ und „Auszubildende“ während des Psychiatriejahrs. Ihrer Meinung nach handelt es sich nach dem abgeschlossenen Stu-



Karin Sude

dium zum Diplom-Psychologen (Diplom-Pädagogen) um eine Weiterbildung zum „Fachpsychologen“ – vergleichbar mit der Weiterbildung zum Facharzt.

Ändert sich die Vergütung nicht, befürchten auch die Bundespsychotherapeutenkammer und der Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen e.V. (BDP) langfristig Nachwuchsprobleme. Neben dem Lebensunterhalt, der während der zumeist Vollzeitstätigkeit in der Klinik weiterfinanziert werden muss, zahlen die Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung nämlich auch die Kosten für die Ausbildungsinstitute (200 bis 600 Euro monatlich) weiter. Den „Luxus Ausbildung“ können sich immer weniger leisten.

Betroffene der o.g. Studie, die am Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf erstellt wurde, war die Hamburger PiA Kerstin Sude. Sie bündelte als eine der Ersten den Unmut und organisierte ein Netzwerk.

Was hat Sie veranlasst, in Hamburg das PiA – Netz zu gründen?

Hier hole ich mal etwas aus...

Seit 2003, dem Beginn meiner Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (TP), ist mein Unmut über die Ausbildungssituation, insbesondere bzgl. der abzuleistenden Praktischen Tätigkeit, gewachsen. Trotz Berufsausbildung, Psychologie-Diplom, Berufserfahrung, fortgeschrittenem Alter arbeitete ich ohne Entgelt Hunderte von Stunden in der Psychiatrie und bestritt daneben meinen Lebensunterhalt sowie die hohen Ausbildungskosten. Da tun sich Grenzen auf. Es gibt KollegInnen, die jahrelang als Psychologin tätig sind und nun ihre Approbation anstreben, die sich z.T. aus einer festen Stelle heraus um einen unentgeltlichen Arbeitsplatz für diese Zeit kümmern müssen, eine absurde Situation. Aus familiären Gründen wollte ich in Hamburg bleiben, nur in anliegenden Bundesländern hätte es ggf. ein Honorar für die Praktische Tätigkeit gegeben. Zudem haben Lehrende des Ausbildungsinstitutes darauf hingewiesen, das es in Hamburg bedauerlicherweise keinerlei PiA-Vernetzung bzgl. dieser Missstände gibt. Nun habe ich beruflich und privat Erfahrung mit dem Aufbau von Netzwerken und dachte, dies könne doch nicht so schwierig sein.

Begonnen mit der konkreten Vernetzung habe ich mit einigen KollegInnen im Februar 2005. Zunächst einmal haben wir in einer Mail dafür geworben, dass möglichst viele Hamburger PiA, einen Brief an die gesundheitspolitischen SprecherInnen (SPD, CDU, GAL, FDP) Hamburgs verfassen, in denen diese aufgefordert werden, für eine Mitgliedschaft von PiA in der Psychotherapeutenkammer Hamburg zu stimmen, da zu diesem Zeitpunkt Än-

derungen im Kammergesetz für die Heilberufe verabschiedet werden sollten. Einige von uns zeigten zudem Präsenz bei der dazugehörigen ExpertInnen-Anhörung im Hamburger Rathaus. Ende des Jahres 2005 wurde dann Dank des großen Drucks ein neues Kammergesetz für die Heilberufe in Hamburg verabschiedet, endlich mit der Möglichkeit einer freiwilligen PiA-Mitgliedschaft ab 2006. Über die Ziele und Vorstellungen konnten wir vom PiA-Netz-Hamburg zum ersten Mal am 11.1.06 in der Kammer verhandeln.

Wir gründeten kurz nach Kammereintritt die PiA-Liste-Hamburg und traten erfolgreich bei der letzten Delegiertenwahl der PtK Hamburg an, mit dem Resultat: Mike Möske und ich wurden gewählte Kammerdelegierte und damit auch „PiA-Delegierte“.

Was zeichnet die Arbeit des PiA-Netzwerkes aus und welche Ziele verfolgt das PiA-Netzwerk?

Seit Mitte 2006 treffen sich einige Hamburger PiA ungefähr monatlich, um Aktionen und das weitere berufspolitische Vorgehen zu planen und koordinieren. Wir schätzen die Anzahl in hamburgischen Ausbildungsinstituten auf ca. 400, davon sind mittlerweile über 200 in unserem hamburgischen Info-(E-Mail-)Verteiler. Anfangs baten wir PiA-KollegInnen mitzumachen, mittlerweile fragen PiA o. Psychologie-Studierende selbst an. Es war ein etwas mühsames, aber auch erfolgreiches Unterfangen, über E-Mails, schriftl. Anfragen bei Instituten, einem Treffen in der Psychotherapeutenkammer u.a. diesen Mail-Verteiler immer weiter zu vergrößern. Inzwischen ist es so, dass sich eine relevante Info nun „von selbst“ verteilt, indem KandidatensprecherInnen in ihren Instituten oder auch in Kliniken wichtige Aushänge vornehmen.

Rechtzeitig vor der Wahl zur Delegiertenversammlung der PtK warben wir mit Flyer und E-Mail für unsere Liste und sprachen damit PiA aller Hamburgischen Institute, gleich welcher Fachrichtung an. Diese sind mittlerweile auch komplett im Hamburger Netzwerk vertreten. Die KJP-KollegInnen, die anfangs auch zu den Netzwerktreffen kamen, hatten es leider zeitlich nicht mehr geschafft, so kurzfristig einen eigenen Wahlkörper aufzustellen. Das ist bedauerlich. Wir sitzen in einem Boot, konnten zur Wahl aber formal nicht gemeinsam antreten. Wir kooperieren mit dem PPiA-Bundesnetz. Dank dieser Kontakte existieren z.B. in PiA-Kreisen „Positiv-Listen“ und Austausch, in welchen Kliniken die Praktische Tätigkeit entlohnt wird und wie dort ansonsten das PiA-Klima ist.

Zahlreiche unserer Ziele für die Kammer-Mitgliedschaft in Hamburg sind erreicht: Das aktive und passive Wahlrecht, gesetzte personelle PiA-VertreterInnen in der Kammerversammlung, Implementierung eines Ausschusses „Ausbildung“, kostenfreie Mitgliedschaft für PiA ohne Vergütung (innerhalb der Praktischen Tätigkeit), Aufnahme im Versorgungswerk, Zugang zu den Infoquellen der Kammer, eigene Website, Mailingliste und Zugang zum Mitgliederbereich innerhalb des Kammerauftritts. Andere weiterführende Ziele, wie z. B. die Vernetzung mit den PiA-Ausschüssen bzw. -VertreterInnen der anderen Landespsychotherapeutenkammern zur Implementierung eines Ausschusses Ausbildung in der Bundespsychotherapeutenkammer lassen sich nur nach und nach erreichen.

Ziele innerhalb der Hamburger Ausbildungslandschaft, bezogen auf die Praktische Tätigkeit, sind u. a. die angemessene finanzielle Vergütung, eigene Räumlichkeiten und ausreichende Einarbeitung. Ferner wünschen wir uns schulgebundene fachliche Unterstützung, Einzelsupervision, Optimierung der Klinik-/Institut-Verträge bzw. Erhöhung der Transparenz der Ausbildungsbedin-

gungen an den Hamburger Ausbildungsinstituten. Zudem verfolgen wir Ziele, die sich auf die Ausbildungsinstitute beziehen, wie u. a. die Transparenz der Ausbildungsbedingungen zu erhöhen, z.B. wie ambulante Psychotherapiestunden vergütet werden. Neben MentorInnenprogramm und Existenzgründungsberatung von Seiten der PtK sind auch Veranstaltungen und Infoabende für (angehende) PiA, wie z.B. Psychologie- und Pädagogikstudierende, geplant. Eine Idee ist zudem die Vernetzung mit KollegInnen der ärztlichen Psychotherapeutenausbildung. Doch auch der Aufbau von Altersvorsorge bzw. Ideen bei Unterfinanzierung günstige Kreditmöglichkeiten oder Stiftungsfonds-Unterstützung bereit zu stellen, spielen eine Rolle. Die Erarbeitung eines Katalogs mit notwendigen Qualitätskriterien steht noch aus. Alles step by step, es sind komplexe Themen, da letztlich Reformprozesse wie Bologna und die Umstellung des Studiums auf das Bachelor-, Master-System auch mit einfließen. Unsere persönlichen Ressourcen sind letztlich zwar vielfältig, doch auch begrenzt.

Am 10.09.07 traf sich das erste Mal die PiA-Arbeitsgruppe zur „Fusionierung“, wie auf dem 10. DPT beschlossen und vom Vorstand der BPTK berufen. Frank Mutert (Bayern) und ich sind dort Mitglied als von der BPTK berufene PiA. Die Arbeitsgruppe soll einen Vorschlag auf dem 11. DPT im November in Mainz einbringen.

Gibt es Fälle, an denen die Problematik besonders sichtbar wird?

Ja, da gibt es mehrere Beispiele.

Fall 1: Kathrin H. (Name erfunden), 36 J., findet nach d. Psychologie-Studium ihre Traumstelle in einer Reha Klinik in Mecklenburg-Vorpommern. Sie arbeitet Vollzeit, der Vertrag wird nach der Probezeit entfristet. In Berlin ist diese Klinik im Sinne des Psychotherapeutengesetzes als psychiatrisch-klinische Einrichtung für den Praxisteil der Psychotherapieausbildung anerkannt, so dass sie, wie geplant, mit ihrer Therapieausbildung beginnt. Es ist möglich geworden, die Ausbildungsbedingungen erfüllen und gleichzeitig Ausbildungs- und Lebenshaltungskosten tragen zu können. Kathrin ist verheiratet, ihr Mann arbeitet in Hamburg. So setzt sie die Ausbildung an einem Hamburger Ausbildungsinstitut fort. Hier erfährt sie, dass die Hamburger Behörde das Psychotherapeutengesetz anders auslegt als die Berliner und damit ihre Klinik für die Therapieausbildung nicht als psychiatrische Klinik anerkennt. Sie bringt daraufhin eine Klage auf den Weg, die ohne Erfolg bleibt. Um die Ausbildung weitermachen und mit ihrem Mann in Hamburg leben zu können, kündigt sie ihre volle, unbefristete Stelle, um letztlich mit drei Jahren Berufserfahrung als unbezahlte Kraft die gleiche Tätigkeit in einer anderen Klinik in Hamburg auszuüben.

Fall 2: Rike S. (Name erfunden), 41 Jahre alt, ledig, Diplom-Psychologin in Hamburg, stellt nach Abschluss ihres Studiums fest, dass sie bei dem ohnehin knappen Stellenangebot ohne Approbation kaum eine Chance haben wird. Sie ist Erzieherin und hat bereits eine Therapieausbildung absolviert, die nicht von der KV anerkannt wird. Um im klinischen und psychotherapeutischen Bereich arbeiten zu können, startet sie eine Psychotherapieausbildung in einem von den Krankenkassen anerkannten Verfahren. Während der Praktischen Tätigkeit von 1,5 Jahren arbeitet sie halbtags im sozialpsychiatrischen Bereich für das Nettogehalt einer Sozialpädagogin von 950,- Euro und die andere Hälfte der Arbeitswoche im Rahmen der Ausbildung ohne Vergütung in der Versorgung einer psychiatrischen Klinik. Ihre Ausbildungskosten

betragen pro Monat zwischen 500,- bis 600,- Euro. Dies bedeutet Leben am (Belastungs-)Limit.

Es gibt auch einige wenige Beispiele, in denen PiA für ihre Arbeit in der Klinik bezahlt werden. Sie verdienen zwischen 500 und 600 Euro netto im Monat, sind dafür die einzige Psychologin auf Station mit viel Verantwortung. Zieht man die durchschnittlich 340 Euro Ausbildungskosten im Monat davon ab, so bleibt noch nicht einmal genug für die Miete.

Sie sind inzwischen in der Hamburger Psychotherapeutenkammer repräsentiert. Ist dies eine Ausnahme oder ein Zeichen, dass die Forderungen der PiA auch auf verbandlicher Ebene mehr Aufmerksamkeit erhalten?

Ausnahme u. Zeichen zugleich! Einiges haben wir erreicht, nämlich wie erwähnt für Hamburg die kostenlose PtK-Mitgliedschaft für PiA, das aktive und passive Wahlrecht. Ich bin stellvertretende DPT-Delegierte der Hamburger Kammer und damit erste PiA von ca. 6.000, die auf Bundesebene dabei sowie mittlerweile berufen ist in eine Bundespsychotherapeutenkammer-AG zur Integration von PiA auf Bundesebene.

In der Delegiertenversammlung Hamburg sind inzwischen zwei weitere PiA in Ausschüssen vertreten (vgl. Bericht im kommenden Psychotherapeutenjournal). Es sind auf jeden Fall sehr positive Zeichen, dennoch bleibt ständige Präsenz und Erinnerung auf allen Ebenen notwendig. Das PiA-Netz-Hamburg ist damit ein „Pilotprojekt“, ein Start für die PiA anderer Bundesländer. Und diese folgen gerade temporeich.

DIE FRAGEN STELLTE ORTWIN LÖWA

INTERVIEW 2

Der PiA Protest verbreitert sich und erreicht die Politik

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat ein Forschungsgutachten ausgeschrieben, um die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) evaluieren zu lassen. Darauf aufbauend sollen Vorschläge für die zukünftige Ausbildung von Psychotherapeuten erarbeitet werden. Das Projekt soll eine Laufzeit vom 1. Januar 2008 bis zum 31. März 2009 haben.

Im Vorfeld der Ausschreibung hatte das BMG die BPTK zu Gesprächen über das Forschungsgutachten eingeladen. Gemeinsam mit den Landeskammern und den Trägerorganisationen der Ausbildungsinstitute hatte die BPTK für das BMG einen Katalog mit Fragen zusammengestellt, die im Gutachten bearbeitet werden könnten.

Diese Meldung vom 2.9.07 kann sich u.a. Kristina Siever aus Nordrhein-Westfalen als Erfolg zuschreiben. Sie hat an vorderer Front den PiA – Protest politisiert, ebenfalls mit einem Netzwerk.

Auch sie fragten wir zunächst nach ihrer Gründen.

Ein Gemisch unterschiedlicher Affekte, insbesondere Ohnmacht und Wut. Ich habe im Juli 2006 begonnen, mich berufspolitisch für die Verbesserung der Bedingungen für PPIA zu engagieren, mit einer Petition an den Deutschen Bundestag, in der ich um die Än-



Kristina Siever

derung des PsychThG und anderer relevanter Rechtsnormen bitte. Meine Petition ist die zweite Petition von PiA. Die erste Petition, in der um eine gesetzliche Regelung zur Vergütung der sogenannten praktischen Tätigkeiten von PPIA in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken gebeten wurde, war im Mai 2006 vom Petitionsausschuß des Bundestages mit aus Sicht der PiA unhaltbaren Begründungen abgelehnt worden. Bei meinen Internetrecherchen stieß ich eines Tages auf das **bundesweite PPIA-Netz**, ein unabhängiges, therapieschulenübergreifendes Netzwerk von PPIA, das es bereits seit 3 Jahren gibt und das sich vor allem über seine Mailingliste organisiert. Ich bekam schnell den Eindruck, daß das Netz eine Art virtuelle Selbsthilfegruppe war, deren Mitglieder versuchten, sich alltagspraktische Tipps zu geben, damit das Leid der Pt-Ausbildung persönlich etwas erträglicher wird. Oft ging es z.B. um Fragen nach guten Ausbildungsinstituten mit fairen, transparenten Ausbildungsgebühren und Lehrkliniken, die die praktischen Tätigkeiten zumindest mit einer geringen Vergütung wertschätzen. (Berufs-)politische Initiativen gab es wenig.

Über dieses überregionale Netzwerk erfuhr ich, dass es seit 2 Jahren auch eine regionale Vernetzung von PiA gibt, das **PiA-Netz-Hamburg**, und dass dieses Netzwerk inzwischen sehr erfolgreich ist. Dessen Erfolge haben mich davon überzeugt, dass wir in allen Bundesländern regionale PiA-Netzwerke brauchen, deren Mitglieder sich treffen und so berufspolitische Aktivitäten effektiver organisieren können. Da die Situation in NRW aus verschiedenen Gründen besonders schwierig für den Pt-Nachwuchs ist und mit der Erlangung der Approbation zu PP bzw. KJP noch lange nicht „alles gut ist“, habe ich zusammen mit Katrin Reich, einer frisch approbierten PP ohne KV-Zulassung, die versucht, sich mit der Pt von SelbstzahlerInnen und Privatversicherten über Wasser zu halten, im März das **PsychotherapieNachwuchsNetzNordrhein** gegründet, das aus zwei miteinander kooperierenden Teilnetzwerken besteht: dem **PiANO-Netz** für PPIA, KJPiA, klinisch ausgerichtete PsychologiestudentInnen und StudentInnen pädagogischer Studiengänge mit Interesse an der KJP-Ausbildung, sowie dem **KiJuPPNo-Netz** für frisch approbierte PP und KJP. Das PiANO-Netz hat aktuell 77 Mitglieder und das KiJuPPNo-Netz 20.

Auf welche grundsätzlichen Probleme der Pt-Ausbildung sind Sie, ausgehend von Ihrem persönlichen Fall, gestoßen?

Ich habe am eigenen Leib erfahren, dass Personen wie ich offensichtlich nicht für eine Pt-Ausbildung vorgesehen sind: Als alleinerziehende Mutter zweier schulpflichtiger Kinder ohne eigene Unterhaltsberechtigung und ohne gut betuchte unterstützungswillige Eltern oder ein reiches Erbe der Großtante türmte sich nach

Abschluss meines Psychologiestudiums die Pt-Ausbildung wie ein finanzieller, zeitlicher und emotionaler Mount Everest vor mir auf. Ich hatte dann zunächst Glück und wurde für 18 Monate als Elternzeitvertretung in einer Klinik eingestellt, die einen Kooperationsvertrag für beide Arten von praktischer Tätigkeit (1.200 Std. Psychiatrie und 600 Std. Psychosomatik) mit einem TP-Institut hatte. So konnte ich nach BAT IV a bezahlt die größte Hürde in der Pt-Ausbildung, die vorgeschriebenen 18 Monate praktische Tätigkeiten, nehmen.

Nach einer weiteren Elternzeitvertretung in einer anderen Klinik fand ich mich dann Anfang vergangenen Jahres in der Arbeitslosigkeit wieder, was mich angesichts einer dramatischen Einkommenseinbuße durch das ALG I und monatlichen Ausbildungskosten in Höhe von ca. 900,- EUR in Verzweiflung stürzte. Ich stand vor der Frage, wie ich nun überhaupt noch meine 5-jährige „berufsbegleitende“ Teilzeit-Ausbildung fortsetzen könnte – wurde doch mein Antrag auf BAföG mit der Begründung abgelehnt, dass eine Teilzeit-Pt-Ausbildung gemäß PsychThG und PsychTh-AprV trotz eigens erlassener BAföG-Verordnung für PiA – der PsychThV – grundsätzlich nicht förderungswürdig sei und dass es dabei auch unerheblich wäre, dass ich Kinder erziehe; erfuhr ich weiter, dass ich auch keinen Bildungskredit der KfW beantragen könne, da sich dieser auch nach den BAföG-Kriterien nicht richte; wurde mir schließlich von der AA mitgeteilt, dass meine Pt-Ausbildung nicht finanziell gefördert werden könne, da die staatlich anerkannten Pt-Ausbildungsinstitute nicht den AA-Kriterien für Weiterbildungsträger entsprechen und überdies generell keine Weiterbildungen gefördert werden könnten, die **länger als 3 Jahre** dauerten und nur in Teilzeit absolviert würden.

Diese Erfahrungen brachten mich zu der bitteren Erkenntnis, dass dieses Psychotherapeutengesetz in Wirklichkeit ein Psychotherapeuten**verhinderungsgesetz** ist: Nicht die fachliche Kompetenz und persönliche Eignung von AbsolventInnen des Hochschulstudiums in Psychologie entscheiden darüber, wer von ihnen sich zu PP oder KJP ausbilden lassen kann, sondern in erster Linie die finanzielle und familiäre Situation.

Inwiefern spielt bei der Problematik die Entstehungsgeschichte des Psychotherapeutengesetzes eine Rolle?

Es gab einen mehrere Jahrzehnte währenden erbitterten Kampf um das PsychThG. Die Politik wollte Ende der 1990er Jahre endlich ein Gesetz verabschieden, und die Verbände, des langen Kämpfers müde, wollten das auch, unter der Maxime: „Besser endlich ein schlechtes Gesetz, als weiter gar keines!“ Mit dem Schachzug, im PsychThG eine „Ausbildung“ zu PP und KJP gesetzlich festzuschreiben, konnte das Gesetz schneller im Bundestag verabschiedet werden, während im Fall der Konzeption als Weiterbildung – was sie de facto ist – die Zustimmung der Länder erforderlich gewesen wäre.

Gibt es darüber hinaus noch spezielle Konflikte in der Praxis?

Es gibt eine Fülle von Konflikten und Schwierigkeiten im Alltag der Pt-Ausbildung. Die bereits angesprochene Problematik der 18 Monate praktische Tätigkeiten in den Kliniken, oftmals völlig unbezahlt oder beschämend gering und in einem quasi arbeitsrechtsfreien Raum, ist ein Skandal – insbesondere vor dem Hintergrund, dass es gängige Praxis ist, dass die PiA in den Kliniken weitreichende Verantwortung übernehmen und eigenständig behandeln – oft ohne Einarbeitung und sogar zuweilen ohne jede Supervision. Es gibt Kliniken, in denen die PiA allein ganze Stati-

onen aufbauen und betreuen, und der Oberarzt kommt einmal in der Woche für eine halbe Stunde „Teambesprechung“ mit den so gebeugten **PraktikantInnen** vorbei. Sowohl die Institute, die die Gesamtverantwortung für alle Ausbildungsbestandteile haben, als auch die über diese Aufsicht führenden LPÄ und das BMG wissen das seit Jahren – aber es ändert sich nichts.

Als weiterer Punkt ist zu nennen, dass die Ausbildung an privaten Instituten, die durch die LPÄ die staatliche Anerkennung erhalten und von diesen im Auftrag der Landesgesundheitsministerien überwacht werden, nicht unproblematisch ist. Es gibt bspw. unter den Instituten, die die Rechtsform einer GmbH haben, Leitungen, deren Haltung den AusbildungsteilnehmerInnen gegenüber eine kaufmännisch dominierte Orientierung erkennen lässt. Stichworte hierzu sind hohe Ausbildungsgebühren, große Supervisionsgruppen (ich habe von Gruppen mit bis zu 12 TeilnehmerInnen gehört – in der PsychTh-AprV ist von 4 Personen die Rede!) und Auszahlung sehr geringer Anteilen von den Honoraren, die die KVen für die ambulanten Therapien, die von den PiA in der Institutsambulanz oder in kooperierenden Lehrpraxen durchgeführt werden, an die Institute zahlen.

Ein anderes Problem ergibt sich an Instituten, deren Leitung gleichzeitig mehrere Funktionen ausübt, z.B. sowohl die Gesamtleitung, die Geschäftsführung und die Leitung der Institutsambulanz als auch die Erteilung von Theorieseminaren sowie die Durchführung von Lehrtherapien, Gruppenselbsterfahrung, Einzel- und Gruppensupervision – und dann vielleicht auch noch als PrüferInnen in der Zwischenprüfung und der mündlichen Staatsexamensprüfung fungiert.

Auch die unregelmäßige Mitbestimmung der PiA in den Instituten kann zu Konflikten führen. Während es an den analytischen Instituten, seit langem die Tradition gewählter „KandidatInnen-sprecherInnen“ gibt, ist dies bei reinen TP-Instituten sowie den VT- und den universitären Instituten unterschiedlich. Die SprecherInnen der AusbildungsteilnehmerInnen sollten ihre Funktion auch ungehindert wahrnehmen können. Dazu ist z.B. erforderlich, dass sich niemand in solch ein Amt wählen lassen kann, der bei den InstitutsleiterInnen in Einzelselbsterfahrung ist; dass die SprecherInnen der verschiedenen Ausbildungsgruppen gegenseitig Kontakt aufnehmen können; dass die Wahlen in Abwesenheit der InstitutsleiterInnen und -dozentInnen stattfinden.

Ein weiteres Konfliktfeld eröffnet sich an Instituten, an denen AusbildungsteilnehmerInnen gleichzeitig vom Institut eingestellt sind und z.B. für die Ausbildungsorganisation einschließlich der erforderlichen Kontakte mit dem LPA zuständig sind.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Entwicklung von **Gütekriterien** für Institute sowie kooperierende Lehrkliniken und -praxen notwendig ist. Damit ist nicht gemeint, dass die Ausbildungsträgerverbände sich bei ihren halbjährlichen Treffen auf Standards einigen und eine Selbstverpflichtung über deren Einhaltung eingehen. Es geht darum, dass auch die PiA aufgrund ihrer Erwartungen und Erfahrungen formulieren, was in ihren Augen ein gutes Institut, eine gute Klinik und eine gute Lehrpraxis ist – und dass die Institute und Ausbildungsträgerverbände mit ihnen darüber in einen Dialog treten und transparente Maßnahmen der Qualitätskontrolle und -verbesserung entwickeln.

Welche Auswirkungen sehen Sie für die Zukunft in Bezug auf die verschiedenen Therapieverfahren, in denen der Erwerb der Fachkunde möglich ist?

Es wird eine gravierende Verarmung des psychotherapeutischen

Angebotes geben. Zur Zeit ist es möglich, die Pt-Ausbildung mit Fachkunde in den drei sozialrechtlich zugelassenen Richtlinienverfahren AP, TP und VT zu absolvieren. Außerdem ist die Ausbildung in GT z.B. an der Uni Hamburg möglich, allerdings aufgrund der noch fehlenden sozialrechtlichen Zulassung der GT ohne Fachkunde in GT (stattdessen TP). Festzustellen ist seit Jahren die zunehmende Dominanz der VT auf Kosten der psychodynamischen Verfahren, insbesondere der AP: inzwischen absolvieren rund 75% aller PiA eine VT-Ausbildung. Von „Methodenvielfalt“ kann da keine Rede mehr sein.

Meiner Einschätzung nach spielt bei dieser **Methodenselektion** neben der seit den 1980er Jahren zu konstatierenden Dominanz der VT in den Instituten für Klinische Psychologie der Universitäten, oftmals verbunden mit regelrechter professoraler Entwertung der psychodynamischen Verfahren, die Finanzierungsproblematik eine große Rolle: Da es lediglich für die 3-jährige Vollzeit-Ausbildung die Möglichkeit gibt, BAföG oder einen Bildungskredit der KfW zu erhalten und die 3-jährige Vollzeitausbildung fast nur in VT angeboten wird, die überdies aufgrund der fehlenden Einzelselbsterfahrung deutlich billiger und weniger aufwendig ist, findet eine Abstimmung mit den Füßen zugunsten der VT statt. Die Ausbildung in TP kann dagegen an fast allen Instituten nur in 5 Jahren Teilzeitausbildung absolviert werden und in AP ausschließlich in der 5-jährigen Teilzeitform.

Welche Konsequenzen ergeben sich für den Personenkreis, der künftig als PsychotherapeutInnen tätig sein wird?

Durch die herrschenden Pt-Ausbildungsbedingungen kommt es, wie oben schon gesagt, auch zu einer **sozialen Selektion**: Der private Geldbeutel wird zum Entscheidungskriterium dafür, ob PsychologInnen sich zu PP weiterqualifizieren können; das Recht auf freie Berufswahl ist hier außer Kraft gesetzt. Hinzu kommt noch eine **Geschlechterselektion**: inzwischen sind 80% der derzeitigen PPIa weiblich und sogar 90 % der KJPIa. Die PP- und KJP-Praxis der Zukunft hat tendenziell eine weibliche Inhaberin, VT-ausgebildet, finanziell sorgenfrei durch ihr bisheriges Leben gekommen – und kinderlos: mit der Erziehung von Kindern, insbesondere der Alleinerziehung, ist die umfangreiche Pt-Ausbildung kaum zu vereinbaren.

Sehen Sie Auswirkungen für die psychotherapeutische Versorgung überhaupt?

Die skandalösen Bedingungen lassen viele PsychologInnen vor dem Beginn einer Pt-Ausbildung zurückschrecken. Es ist schon seit mehreren Jahren klar, dass dadurch die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung bald nicht mehr sichergestellt ist. Verschärfend kommt hinzu, dass es in ein paar Jahren eine Ruhestandswelle unter den PsychotherapeutInnen geben wird. Schon heute warten PatientInnen oft bis zu 12 Monate auf einen ambulanten Therapieplatz – diese reale Unterversorgung wird sich dramatisch zuspitzen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie ist bereits heute katastrophal, die gängigen Wartezeiten sind völlig unzumutbar. Für KJPIa ist es besonders schwer, überhaupt Stellen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken zu ergattern, um die vorgeschriebene praktische Tätigkeit absolvieren zu können. Angesichts der Tatsache, dass rund 25% aller Kinder und Jugendlichen psychische Störungen aufweisen, müssten seitens der Politik schnellstens drastische Maßnahmen zur Förderung der KJP-Ausbildung beschlossen werden.

Gibt es ein Ungleichgewicht zwischen der Weiterbildung von MedizinerInnen zu psychotherapeutisch tätigen FachärztInnen und der Ausbildung von Diplom-PsychologInnen zu Psychologischen PsychotherapeutInnen?

Ja, ganz klar. PPIa sind gegenüber AssistenzärztInnen, die sich in einer Weiterbildung zu FachärztInnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie befinden, massiv benachteiligt. AbsolventInnen eines Medizinstudiums, die sich psychotherapeutisch spezialisieren, tun dies im Rahmen einer weitgehend kostenlosen Weiterbildung zu FachärztInnen als aus Sicht der PiA sehr gut bezahlte, für die Dauer der 5-jährigen Weiterbildung festangestellte AssistenzärztInnen. Sie erhalten oftmals die theoretischen Ausbildungsinhalte sowie die kasuistisch-technischen Seminare kostenlos im Rahmen des Weiterbildungscurriculums der Klinik, an der sie angestellt sind. Selbst von den AssistenzärztInnen zu bezahlen sind dann lediglich die Selbsterfahrung sowie die Supervision für die im Rahmen der Weiterbildung durchzuführenden ambulanten Psychotherapien; dies ist dank des festen Gehalts kein Problem.

Was müsste sich Ihrer Meinung nach gesetzlich, aber auch in der praktischen Ausgestaltung ändern?

Das PsychThG und die PsychTh-APrV müssen dringend so reformiert werden, dass PsychologInnen sich – analog zur Weiterbildung von ÄrztInnen zu FachärztInnen – allein aufgrund ihrer Kompetenzen für eine Weiterbildung zu einer Art FachpsychologInnen entscheiden können, die ohne Not finanzier- und absolvierbar sowie mit der Erziehung von Kindern vereinbar ist.

Was wünschen Sie sich von den Berufsverbänden?

Ich wünsche mir von den relevanten Berufs- und Ausbildungsträgerverbänden (Fachgesellschaften), dass sie sich endlich alle mit einer generativ-sorgenden Haltung konsequent den existentiellen Nöten ihres PP- und KJP-Nachwuchses zuwenden; dass sie sich eindeutig mit ihm solidarisieren und ihn emotional und konkret handelnd unterstützen, sowohl durch Soforthilfe in Form von Patenschaften/MentorInnenmodellen, Stipendien und zinslosen Darlehen, als auch dadurch, dass sie sich mit dem Ziel der mittelfristigen Reformierung der relevanten Rechtsnormen schnellstmöglich auf **gemeinsame** Forderungen einigen, die sie gegenüber der Politik **geschlossen** vertreten.

DIE FRAGEN STELLTE ORTWIN LÖWA

Die Weiterbildung der Ärzte/innen zu Psychotherapeuten/innen. Ein kritischer Überblick

Die Weiterbildung der Ärzte/innen zu Psychotherapeuten/innen ist an die primäre Weiterbildung in einem der Facharztgebiete Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (sog. P-Fächer) gebunden oder dient dem Erwerb eines Zusatztitel für sog. „Fachgebundene Psychotherapie“ in einem anderen Facharztgebiet. Psychotherapie als primäre Facharztqualifikation, als „reine Ärztliche

Psychotherapie“, gibt es nicht mehr. Nicht nur dieser Umstand macht die Darstellung und Bewertung der Ärztlichen Weiterbildung zu Psychotherapeuten/innen – auch im Vergleich zur entsprechenden Ausbildung der Psychologen/innen – deutlich komplizierter.

I. Weiterbildungsumfang

1. Weiterbildung für das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Weiterbildung in Theorie und Behandlung (Weiterbildungsinstitute): Ca. 150 Stunden Theorie und Behandlung in allgemeiner **Psychosomatik** mit Krisenintervention, AT, Balint-Arbeit u.a., dabei 30 (psychosomatische) Behandlungen; 240 Stunden Theorie, 100 Stunden Diagnostik und 1500 Behandlungsstunden im speziellen **Psychotherapieverfahren** unter Supervision; dabei auch Anwenden von unterschiedlichen Therapieformen (Einzel/Gruppen-Therapie u.a.)

Parallel: **Weiterbildung im Krankenhaus**: 60 Monate an einer Weiterbildungsstätte, davon 12 Monate Assistenzarzt-Tätigkeit in Psychiatrie und Psychotherapie und 12 Monate in Innerer Medizin und Allgemeinmedizin. (24 Monate Tätigkeit im ambulanten Bereich möglich.)

Selbsterfahrung: 150 Stunden Einzel- und 70 Doppelstunden Gruppenselbsterfahrung (Tiefenpsychologie) und 70 Doppelstunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung (VT).

(Zu diesem „Gebiet“ gehört die Zusatz-Weiterbildung zum Bereich „Psychoanalyse“ mit erheblichen Erweiterungen im Anforderungskatalog.)

2. Weiterbildung für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Weiterbildung in Theorie und Behandlung (Weiterbildungsinstitute): Ca. 500 Stunden Theorie und Behandlung in allgemeiner **Psychiatrie**, spezieller **Neurologie** und spezieller **Psychotherapie**, dabei Erstuntersuchungen, Krisenintervention, psychiatrische Behandlungen, AT u.v.m. 240 Behandlungsstunden im speziellen **Psychotherapieverfahren** unter Supervision u.v.m.

Parallel: **Weiterbildung im Krankenhaus**: 60 Monate an einer Weiterbildungsstätte, davon 24 Monate Assistenzarzt-Tätigkeit in der psychiatrischen und psychotherapeutischen, 12 Monate in der neurologischen Patientenversorgung; 6 bis 12 Monate in der Inneren Medizin oder KJP usw. möglich. (24 Monate Tätigkeit im ambulanten Bereich möglich.)

Selbsterfahrung: 150 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung und 35 Doppelstunden Balint-Gruppenarbeit

3. Weiterbildung für das Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Weiterbildung in Theorie und Behandlung (Weiterbildungsinstitute): Ca. 500 Stunden Theorie und Behandlung in spezieller **Neurologie**, allgemeiner **Psychiatrie** und spezieller **Psychotherapie**; dabei Erstuntersuchungen, Krisenintervention, Familientherapie, Balint-Arbeit, AT u.v.m. 240 Behandlungsstunden im speziellen **Psychotherapieverfahren** unter Supervision u.v.m.

Parallel: **Weiterbildung im Krankenhaus**: 60 Monate an einer Weiterbildungsstätte, davon 12 Monate Assistenzarzt-Tätigkeit in der Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und/oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; 6 Monate Tätigkeit in Neurologie oder Neuropädiatrie anrechenbar. (24 Monate Tätigkeit im ambulanten Bereich möglich.)

Selbsterfahrung: 150 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung.

II. Nachwuchssorgen bei den Ärzten

Im medizinisch-ärztlichen Sektor zerfällt Psychotherapie in verschiedene Facharztgebiete und -bereiche und beinhaltet dort nur noch die „Zweitkompetenz“. Dies gilt erst recht für ärztliche Fachgebiete mit Zusatztitel „Psychotherapie“. Gegen das seinerzeit ausführlich begründete Votum des bvp behielt man den „Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“ (ggf. „und Psychosomatik“) als Mittelpunkt ärztlicher psychotherapeutischer Heilkunst nicht bei, sondern kehrte den Facharzt-Titel um. Man verwies damit die Psychotherapie auch dort auf den „zweiten Platz“.

Die so entstandene Zersplitterung und Verkürzung „Ärztlicher Psychotherapie“ (eine politisch korrekte Bezeichnung verbietet sich aus Platzgründen) erscheint um so widersinniger, als die seit Jahren fatale Honorarsituation in weiten Bereichen der P-Fächer und der „Zusatztitler“ (90 % – Regelung!) die Fachärzte/innen weg von den Leistungen ihres primären Facharzt-Titels in die „Zweitkompetenz“ Psychotherapie zwingt, weil nur der dortige feste Punktwert für genehmigungspflichtige Leistungen eine einigermaßen „rentable“ Praxisführung ermöglicht. Schon aus diesem Grund war die Abschaffung der alten Facharztqualifikation „Psychotherapeutische Medizin“ nicht zu rechtfertigen. Aber auch das an ihre Stelle getretene Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und...“, dessen Bedeutung für eine bessere ganzheitliche Medizin immer wieder in vielen mündlichen und schriftlichen Bekenntnissen beschworen wird, bleibt in Wahrheit zu einem Schattendasein verurteilt. Die Weiterbildungsordnungen spiegeln die wirklichen medizinischen Erfordernisse bei der Behandlung von (psychisch) erkrankten Patienten/innen nicht wider. Dies bleibt auch mit dem Blick auf die einzelnen Weiterbildungsgänge – hier exemplarisch ausgewählt die Praktische Weiterbildung in Diagnostik und Therapie – und ebenso im Vergleich mit der Ausbildung der Psychologen/innen evident.

Im Weiterbildungsgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ besteht ein völliges Ungleichgewicht zwischen ca. 150 Stunden und 30 Fallbehandlungen (Stundenzahl unklar) in der Erstkompetenz „Psychosomatische Medizin“ und einem Übermaß von 1600 Psychotherapiestunden (Diagnostik und Behandlung) in der Zweitkompetenz „Psychotherapie“. Dies ist nahezu das Doppelte dessen, was die Praktische Ausbildung der Psychologen/innen vorsieht.

Geklagt wird denn auch von ärztlicher Seite, dass die Weiterbildung zu lange dauerte. Die Aussage eines ärztlichen Kollegen, Psychologen behandelten Patienten bereits vollapprobiert psychotherapeutisch, da fange die Ärztliche Weiterbildung erst an („Ärztliche Psychotherapie“, 1/2007, S. 46), scheint indes (polemisch) übertrieben.

Nach aller Erfahrung dauert die Qualifizierung der Ärzte aber in der Tat ein bis zwei Jahre länger, allerdings mit dem unabwiesbaren Vorteil, dass sie zumeist auf Assistenz-Arzt-Niveau bezahlt wird. Nicht die sehr lange Dauer der Weiterbildung ist primär zu beklagen, sondern ihre in mehrerer Hinsicht ungleichgewichtige Struktur und ihre Umsetzung in der Praxis.

Die oben ausführlicher dargestellte vor allem strukturelle Kritik an der Weiterbildung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ lässt sich für das Facharzt-Gebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ fortsetzen. Hier sind die Anforderungen für die Weiterbildung in der „Zweitkompetenz“ Psychotherapie aber eher zu niedrig. Es sind kaum 300 Psychotherapiestunden (Diagnostik und Behandlung) d.h. ein Fünftel dessen, was in obigen Facharzt-Gebiet und die Hälfte dessen, was in der Psychologischen Praktischen Ausbildung gefordert

Einige weitere Zahlen:

Die Zahl der niedergelassenen „Ärztlichen Psychotherapeuten/innen“ (ÄP) ist mit ca. 4000 weit unterschritten. An den festgelegten 40 % des Gesamt-SOLL – Mindestzahl 5763 – fehlt nahezu ein Drittel, so dass es unbeschadet der hohen Gesamtzahlen aller Psychotherapeuten rechnerisch noch Niederlassungsmöglichkeiten für 1643 ÄP (in 61 % aller Kreise) gibt, für Psychologische Psychotherapeuten/innen aber nur noch 25 (in den neuen Bundesländern).

Eine Gegenüberstellung der Zahlen der „ärztlichen Lücke“ mit den Zahlen der entsprechenden Facharzt-Qualifizierungen ergibt für:

2004:

- 476 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- 91 Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin

2005:

- 495 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- 120 Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin

2006:

- 514 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- 198 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (inzwischen).

Nur zwei Schlussfolgerungen daraus: Es brauchte drei „Jahrgänge“, um obige „Lücke“ rechnerisch zu schließen. Wegen ausscheidender Kollegen/innen reicht das real natürlich nicht. Auffällig auch das „psychiatrische Übergewicht“, was die oben dargestellten vorrangigen Probleme des „Psychosomatischen Fachgebietes“ bestätigen könnte: Zu wenige streben diese Facharztqualifikation an, der Nachwuchs reicht nicht aus. (Zahlen gem. Rücksprache mit KBV und „DÄ“ Heft 34-35 A 2312 f)

wird, vorgesehen. Lediglich im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie scheinen die Anforderungen auch unter Berücksichtigung einer langen Krankenhaus-Zeit in sich einigermaßen ausgewogen und mit der „Psychologischen KJP“ vergleichbar zu sein. Wobei – nota bene – KJP nicht gleich KJP ist: Das P steht bei den Ärzten/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, bei den Psychologen/innen schlicht für Psychotherapie. Im ärztlichen Fachgebiet KJP, so die BÄK, gebe es die größten Nachwuchssorgen.

Schließlich sind die Weiterbildungsanforderungen für den Erwerb des Zusatztitels für „Fachgebundene Psychotherapie“ mit nur 50 Behandlungsstunden bis jetzt verschwindend gering. Hier ist eine geringe Erweiterung beschlossen. (Siehe nachfolgender Bericht über Gespräche mit BÄK und KBV.)

In einer „Feinbetrachtung“ der Weiterbildung der Ärzte/innen fänden sich weitere Kritikpunkte, die hier nicht alle aufgezählt werden können. Manche stimmen mit der Kritik der PiA an ihrer Ausbildung überein. Der „Ärztetag 2006“ beschrieb in Einzelstimmen die Problematik der „Ärztlichen Psychotherapie“ mit den bekannten Defiziten in der Honorierung, aber auch dem mangelnden Einsatz der Ärztekammern für dieses medizinische Fach, verlor sich dann aber in Psychologen-Schelte. (DÄB 22/2006 A 1500 ff) „Alleinvertretungsanspruch“ oder „Übermacht“ der Psychologen zu beklagen, verwechselt indes Ursache und Wirkung; denn primäre Ursache des Zurückdrängens „Ärztlicher Psychotherapie“ – augenfällig u.a. in den oben beschriebenen Facharzt-Weiterbildungen – ist ihre seit Jahren inner-

ärztlich verfestigte Existenz unter wirtschaftlichen und personellen Minimalbedingungen. Eine der schwerwiegenden Folgen davon ist, dass der Nachwuchs an „Ärztlichen Psychotherapeuten“ ausbleibt.

RÜDIGER HAGELBERG

BÄK und KBV zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung und des Nachwuchses

Das Gespräch mit der BÄK konzentrierte sich auf Inhalt und Umfang der Weiterbildungs-Anforderungen in den jeweiligen P-Fächern.

Ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen der Praktischen Ausbildung – hier „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (PM und PT), dort „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ (PS und PT) – wird seitens der BÄK bzw. den Weiterbildungs-gremien nicht gesehen. Die lange stationäre Assistenzarzt-Tätigkeit in der Psychiatrie könne gewissermaßen anteilig auch als „Psychotherapie“ im weiteren Sinne gewertet werden.

Insofern sei dann auch der Umfang der psychotherapeutischen Weiterbildung des „Facharztes für PM und PT“ nicht ungleichgewichtig oder übertrieben groß. Von der Komplexität psychischer bzw. psychosomatischer Krankheitsbilder ausgehend sollte auch ein komplexes (Weiter-)Bildungsangebot gemacht werden. Es sei nicht darum gegangen, sich mit den Ausbildungsgängen der Psychologischen Psychotherapeuten zu vergleichen.

Auch seitens der BÄK wird die Umbenennung des Facharztstitels „Psychotherapeutische Medizin“ in „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ bedauert. Dies sei aber „von den Verbänden“ so gefordert worden. (Nicht vom bvvp, im Gegenteil!)

Bei der Weiterbildungsordnung für die sog. Fachgebundenen Psychotherapie (VT und Tiefenpsychologie) wurde eine Erweiterung beschlossen, die von den Landesärztekammern zum Teil schon umgesetzt ist. Veränderungen scheinen aber nicht erheblich. Hier kurz zusammengefasst: Erweiterung der Theorie im speziellen Therapieverfahren von 100 auf 120 Stunden; an Stelle von bisher 50 Stunden Kurzzeitbehandlung 10 supervidierte Erstuntersuchungen und 120 Stunden Behandlung im speziellen Therapieverfahren unter Supervision mit drei abgeschlossenen Fällen. Die Selbsterfahrung wird auf 100 Stunden Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung erhöht.

Sollte die 90% -Regelung in der Zukunft modifiziert werden oder gar wegfallen (Veränderungen dazu sind ja in Sicht), wird die Fachgebundene Psychotherapie möglicherweise in der Praxis wieder mehr Bedeutung erlangen. Die entsprechenden Weiterbildungsanforderungen werden damit erstreckt (trotz oben erwähnter geringfügiger Erweiterung) in einem erheblichen Ungleichgewicht zu einer dann möglichen Anwendungspraxis und zu den „Nachbarqualifikationen“ der P-Fächer liegen.

Zahlen über die augenblickliche Situation der „Ärztlichen Psychotherapie“ und insbesondere über deren Nachwuchs bekommt man mit einigem Glück von der KBV.

Auf meine Frage, mit welcher Rechnung man bei einem SOLL/IST-Vergleich auf die IST-Zahlen komme, wurde geantwortet, da gäbe es „zehn Möglichkeiten“. Dies sollte die Kompliziertheit jeglicher Berech-

nungen betonen, womit sich die Rechnerie der Kompliziertheit des ganzen Weiterbildungsbereiches offenbar bestens anpasst.

Bei vorsichtiger Berechnung des Nachwuchses, die wegen Fehlers genauer Zahlen der Ausscheidenden nur in Annäherung möglich ist, wird eine erhebliche Lücke von geschätzten mindestens 30 % deutlich (Siehe obiger Kasten). Die in diesem Heft geschilderten Probleme der „Ärztlichen Psychotherapie“ manifestieren sich damit auch in einem deutlichen Nachwuchsmangel.

(Tel.Gespräche mit Frau Dr. Güntert, Dezernat 2, BÄK am 3.9.07 und mit Herrn Kleinicker, Abt. Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch der KBV am 17.09.07)

RÜDIGER HAGELBERG

Birgit Clever



INTERVIEW 3

Interview mit der Vorsitzenden des bvvp

Rüdiger Hagelberg hat in seinen zwei Artikeln die Aus- bzw. Weiterbildungsbedingungen für Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten und KJP geschildert. Hat ein Berufsverband wie der bvvp hier überhaupt Einflussmöglichkeiten?

Die Artikel von Rüdiger Hagelberg machen deutlich, dass der Weg zum Beruf „PsychotherapeutIn“ für Ärzte und Psychologen/Pädagogen nach einer ganz unterschiedlichen Systematik verläuft. Die beiden Wege führen auch zu unterschiedlichen Schwierigkeiten und zu unterschiedlichen beteiligten Institutionen, wenn es darum geht, Einfluss zu nehmen. Die Stärke des bvvp liegt genau darin, dass wir uns in beiden Bereichen gut auskennen und die unterschiedlichen Stärken und Schwächen in der Organisation der Ausbildung bei den Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehungsweise der Weiterbildung der Ärzte sehr gut einschätzen können.

Die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten und KJP wird vom Bundesministerium für Gesundheit und der Konferenz der Landesgesundheitsministerien festgeschrieben. BMG und Gesundheitsministerkonferenz stützen sich wiederum auf die Kammern der PP und KJP als Partner für Beratung und Umsetzung. Überall dort, wo der bvvp in den Landeskammern vertreten ist, unterstützen wir z.B. die Bemühungen, die unselige Regelung mit dem Psychiatriejahr zu verändern. Darüber hinaus pflegt der bvvp die direkten Kontakte zu Politikern und nutzt alle Gelegenheiten zum direkten Gespräch mit den Parlamentariern.

Für die Weiterbildung der Ärzte wird von der Bundesärztekammer eine Musterweiterbildungsordnung erarbeitet, die vom Deutschen Ärztetag beschlossen und von den Landesärztekammern umgesetzt wird. Die Sozialministerien der Länder müssen die Weiterbildungsordnungen, die Satzungsrecht der Landesärztekammern sind, genehmigen. Möglichkeiten auf die Weiterbildungsordnung der ärztlichen Psychotherapeuten Einfluss zu nehmen, bestehen also in der Bundesärztekammer, bzw. auf dem Deutschen Ärztetag sowie in den Landesärztekammern auf die dann rechtsgültige Umsetzung, die von Land zu Land unter-

schiedlich sein kann. Günstig ist, dass der bvvp inzwischen auch auf dem Ärztetag vertreten ist und die Zusammenarbeit der bvvp-Delegierten in den Landesärztekammern immer besser koordiniert werden kann.

Trotzdem muss man sich vor Augen führen, dass bestimmte grundlegende Probleme des ärztlichen Nachwuchses bestehen, die auch durch Verbesserungen in der ärztlichen Weiterbildung nicht aufgehoben werden können. Das allergrößte Problem besteht darin, dass sich immer weniger Ärzte insgesamt so intensiv für die Seelenheilkunde interessieren, dass sie ihre gesamte Facharztweiterbildung diesem Thema widmen wollen. Die immer wieder mal aufkeimenden Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Psychologen darüber, welche Teilaspekte von Regelungen der jeweils anderen Gruppe vorteilhafter sind, gehen insofern am Kernproblem der Nachwuchsfrage vorbei. Sehr schwierig ist auch die Interessenvertretung der ärztlichen Psychotherapeuten innerhalb der gesamten Ärzteschaft. In dieser Hinsicht haben es die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten deutlich leichter, als sie sich über ihre eigenen Kammern leichter Gehör verschaffen können.

Welche Position hat der bvvp in Bezug auf die ärztliche Psychotherapie? Sind Sie mit der Namensgebung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einverstanden?

Der bvvp hatte schon immer die Vorstellung, dass eigentlich eine ganz enge Kooperation ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das Beste für die Verankerung der Psychotherapie im Gesundheitswesen wäre. Insofern stand er lange Zeit zwischen den ärztlichen Psychotherapeuten und den PP und KJP, die versuchten, ihre Identität über eigene Kapitel im EBM 2000 plus zu verankern, was zu einer ziemlich unfruchtbaren Auseinandersetzung führte, anstatt nach Möglichkeiten zu suchen, das Fachgebiet als Ganzes im Auge zu behalten und Gemeinsamkeiten zum Nutzen aller durchzusetzen. Insofern sehen wir auch immer noch mit einer gewissen Skepsis, dass die Verbände der psychosomatisch-psychotherapeutisch tätigen Ärzte die gesamte Psychosomatik für sich reklamieren und die systematisierte Psychotherapie (im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien) eher hintan stellen, was sie auch durch den neuen Namen ihres Facharztes ausdrücken. Natürlich ist es notwendig, die Tätigkeit der ärztlichen Psychotherapeuten in Abgrenzung zu den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie klar zu definieren und dies in der vorwiegend somatisch ausgerichteten Ärzteschaft durch einen zutreffenden Namen zu dokumentieren. Trotzdem wird damit eine aus unserer Sicht hinderliche Aus-

einandersetzung zwischen Ärzten und Psychologen initiiert, die natürlich ihre Kompetenz, auch psychosomatische Erkrankungen mit psychotherapeutischen Mitteln behandeln zu können, hochhalten. Aber auch die PP und KJP machen den Ärzten gegenüber unfruchtbare Fronten auf. Dass sie durch die Bezeichnung ihrer Kammern als „Psychotherapeutenkammern“ den berechtigten Ärger der Ärzte auf sich ziehen, weil diese darin eine unzulässige Vereinnahmung der Psychotherapie durch die PP/KJP sehen, ist sozusagen das Pendant.

Wo steht der bvvp in Bezug auf die Fachgebundene Psychotherapie?

Die fachgebundene Psychotherapie ist ja das Nachfolgemodell des Zusatztitels Psychotherapie. Die Verbindung von Körper und Seele findet an dieser Stelle in der Weiterbildungsordnung der Ärzte ihre Konkretisierung und ist dem bvvp ausgesprochen wichtig. Nur durch eine taugliche Konzeptionalisierung dieser Schnittstelle wird es möglich sein, die psychische Dimension dauerhaft in der Medizin verankert zu halten. Nur wenn überwiegend somatisch ausgerichtete Haus- und Fachärzte die Möglichkeit haben, sich in der Behandlung seelisch begründeter Erkrankungen so weiterzubilden, dass sie diese Kenntnisse dann auch befriedigend anwenden können, wird das von Thure von Üexküll begründete bio-psycho-soziale Denken erhalten werden können. Voraussetzung für eine befriedigende Ausübung einer Tätigkeit ist jedoch ein ausreichend fundierter Kompetenzerwerb. Zumal psychosomatische Krankheiten und psychische Ursachen in allen Fachgebieten der Medizin nach all den Statistiken immer weiter zunehmen, erscheint dies nicht nur wünschenswert, sondern fast schon zwingend. Die aber jetzt in der Musterweiterbildungsordnung der Ärzte festgelegten Anforderungen hinsichtlich der Anzahl der Behandlungsstunden unter Supervision, dem Herzstück jeden psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenzerwerbs, sind so niedrig, dass man wirklich allergrößte Bedenken anmelden muss, ob derart weitergebildete Kollegen tatsächlich in der Lage sind über den Zugang zu Richtlinienpsychotherapie seelisch schwerkranke Patienten aus dem gesamten Störungsspektrum der Psychosomatik und Psychotherapie adäquat zu behandeln. Besonders augenfällig wird dieses Problem, wenn man bedenkt, dass die Anforderungen an Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder aber auch an die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ungleich höher sind. Diese Anforderungen wurden ja nicht aus Spaß aufgestellt, sondern in der Verantwortung für die Patienten. Man muss jetzt an die Landesärztekammern appellieren, beziehungsweise in ihren Gremien Einfluss nehmen, dass Anforderungen der Muster-Weiterbildungsordnung zum Schutze der Patienten und ihrer Behandler bei der Fachgebundenen Psychotherapie durch landeseigene Regelungen angehoben werden.

Die Ausbildungsinstitute für PP und KJP sind anerkannt und laufen. Die Kammern für PP und KJP sind nun alle gegründet. Jetzt scheint Raum für die Diskussion von Einzelheiten zu sein.

Wo muss Ihrer Meinung nach zuerst etwas geändert werden?

Wenn ein neues Verfahren im Bereich der Psychotherapie anerkannt werden soll, wird gefordert, dass dieses Verfahren sich bereits in der Versorgung bewährt haben soll. Die Regelungen des Psychotherapeutengesetzes schließen aber aus, dass Verfahren, die nicht wissenschaftlich anerkannt sind, überhaupt gelehrt und

ausgeübt werden können. Hier müsste durch eine gesetzliche Öffnungsklausel mehr Raum geschaffen werden.

Das zentrale Übel im Zusammenhang mit der Ausbildung von PP und KJP ist aber die systematisch unbefriedigende Einordnung des Status der Ausbildungskandidaten. Die sogenannten PiA müssen in ihrem Psychiatrischen Jahr voll arbeiten, bekommen keinen oder einen unangemessenen Lohn und sehen gleichzeitig die Kosten für die weitere Ausbildung an den staatlich anerkannten Instituten auf sich zukommen. Es ist absolut erstaunlich, dass trotzdem eine große Zahl von jungen Leuten diese Mühe auf sich nimmt - und dies zusätzlich mit einer völlig unklaren beruflichen weiteren Zukunft, wenn man an die derzeit noch gültigen Restriktionen der Bedarfsplanung denkt. Die unselige Regelung zum Jobsharing macht es darüber hinaus sowohl denen, die eine Praxis abgeben wollen, wie auch den jungen Kollegen nahezu unmöglich, hier zu einer vernünftigen Kooperation zu kommen. Mindestens für diese Übergabephase sollten Lockerungen der bisherigen Jobsharing-Regelung gefunden werden.

Wie kann der bvvp die Anliegen der PiA unterstützen?

Zunächst ist es ganz sicher ein wichtiger Schritt, den wir in diesem Heft tun, überhaupt in der Kollegenschaft die Situation der jungen KollegInnen bekannt zu machen. Dies könnte dazu führen, dass sich die Praxis abgebenden Kollegen hinsichtlich der Höhe der Preise beim Praxisverkauf auch auf die Situation der jungen KollegInnen einstellen. Wir wissen, dass dies schwierig ist, da viele der KollegInnen, die jetzt ihre Praxen aufgeben, eine schlechte Altersvorsorge haben - eine Folge der jahrelangen miesen Bezahlung unserer Leistungen. Wie schon vorhin ausgeführt, ist der entscheidende Partner für Veränderungen für die PiA der Gesetzgeber. Auf ihn kann man kaum direkt selbst einwirken sondern nur im Verbund mit all den anderen Verbänden, die im GK II zusammengeschlossen sind, wie auch über die Landeskammern der PP und KJP und der Bundespsychotherapeutenkammer. Angesichts der bisherigen sehr durchgängigen Weigerung des Bundesgesetzgebers, das Psychotherapeuten-Gesetz überhaupt wieder anzufassen, müssen hier noch sehr viele dicke Bretter gebohrt werden. Aber damit hat der bvvp schon lange Erfahrung und kann das gut.

Denkt der bvvp über eine Form der Mitgliedschaft der PiA im eigenen Verband nach?

Auf jeden Fall unterstützt der bvvp über diejenigen, die in den Landeskammern aktiv sind, eine Mitgliedschaft der PiA in den Kammern und sucht nach satzungsrechtlichen Möglichkeiten, den PiA auch eine Mitarbeit im bvvp, beziehungsweise seinen Landesverbänden zu ermöglichen. Da der bvvp allerdings bisher seine Aktivitäten ganz klar für die niedergelassenen und die in den Richtlinienverfahren arbeitenden Psychotherapeuten gesehen hat, gibt es hier gewisse Hürden, ähnlich wie bei dem Projekt, sich für angestellte Psychotherapeuten zu öffnen - was aber angesichts der neuen Kooperationsformen im Gesundheitswesen ebenso eine unbedingte Notwendigkeit ist.

An welchen berufspolitischen Themen arbeitet der bvvp zur Zeit außerdem?

Damit sprechen Sie ein weites Feld an, es sind nämlich furchtbar viele Themen, die uns beschäftigen. Wir haben uns vorgenommen, darüber einmal ausführlich im nächsten Magazin zu berichten. Daher zähle ich hier nur einmal die Themen auf:

die Betreuung von Musterklageverfahren auf den verschiedenen Instanzen in verschiedenen KVen; die Umsetzung der neuen Gesetze (VändG und WSG), insbesondere die Kostenerhebung und deren Umsetzung in den EBM; die Mitarbeit bei Versorgungsleitlinien für psychische Krankheiten; die Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss; die Info-Veranstaltungen über QM und zu den Zulassungsmöglichkeiten nach VändG.

Haben Sie bei diesem Engagement überhaupt noch Zeit, an die PiA zu denken?

Wenn man bedenkt, dass dort der Nachwuchs für unseren Beruf und auch für die Berufspolitik heranwächst, dann wird der bvp hier in den nächsten Jahren zusammen mit den Vertretern und Vertreterinnen der PiA einen neuen Schwerpunkt seiner Arbeit legen müssen. Es kann und darf nicht sein, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen schon völlig entmutigt und erschöpft in den Beruf als PP und KJP treten. Aber natürlich ist es auch so, dass all die aufgeführten Themen, mit denen wir zurzeit beschäftigt sind, den beruflichen Alltag derer, die jetzt PiA sind, massiv beeinflussen werden. Insofern sind wir natürlich auch schon jetzt für die PiA an vielen anderen Stellen unterwegs.

DIE FRAGEN STELLTE ORTWIN LÖWA

Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung heute. Eine kritische Bestandsaufnahme aus Sicht der Institute

Beabsichtigen ein Arzt oder Psychologe heute, eine psychotherapeutische Ausbildung (gemeint ist im folgenden Text immer: Ausbildung der Psychologen/innen bzw. Pädagogen/innen und Weiterbildung der Ärzte/innen) zu beginnen, muss er sich berufsrechtlich, sozialrechtlich und fachlich-inhaltlich über die Bedingungen seines künftigen Berufsbildes informieren. Dieser Aufsatz soll dem Interessenten eine Orientierung dazu bieten und dem bereits berufstätigen Psychotherapeuten zeigen, wie komplex, ja schwierig die Ausbildung heute ist.

Inhaltlich ist sie ebenso wie die Fortbildung im Großen und Ganzen betrachtet und salopp gesagt „up to Date“. Das klingt beruhigend. Aber ist die Situation der Ausbildung für die Auszubildenden wie für die Auszubildenden wirklich „beruhigend“? Ich glaube das nicht.

Ärzte wie Psychologen sind durch die Vorgaben der WBO und des PsychThG mit Anforderungen konfrontiert, die für sie allein schon durch die verwirrende Vielfalt von Aus- und Weiterbildungsgängen eine immense Herausforderung darstellen. Ärzte erwerben ihre psychotherapeutische Kompetenz in Gestalt verschiedener Facharzt- und Zusatzbezeichnungen und müssen sie mit dem psychotherapeutischen Verfahren ihrer Wahl verbinden, ohne immer genau zu wissen, was dies für sie bedeutet. Psychologen stehen vor verwirrenden Begrifflichkeiten wie Fachkunde, verklammerte Ausbildung, zweite Fachkunde und den damit verbundenen Institutionen der berufsrechtlichen An-

erkennung, deren Zusammenhänge und Folgen sie für die spätere Berufstätigkeit kaum aus eigenem Verständnis erfassen können. In den Wirren der Möglichkeiten, Risiken und Chancen, welche die Ausbildung zum Psychotherapeuten in sich tragen, haben die Berufsanfänger meist nur wenig Unterstützung von den Instituten, Kammern, KV en und Behörden. Hier ist die Einrichtung einer institutionalisierten Beratung sinnvoll und nötig. Sie stößt aber an Grenzen, weil der Gesetzgeber es versäumt hat, Ausbildungsinstitute mit den notwendigen finanziellen Mitteln auszustatten, die sie für ihre ihnen per Gesetz übertragenen Aufgaben benötigen. Die hier klaffende Lücke wird gegenwärtig durch Freiwilligkeit und Ehrenamtlichkeit geschlossen, ein unhaltbarer Zustand im Bereich beruflicher Ausbildung, unbefriedigend für beide Seiten, die Auszubildenden wie die Auszubildenden.

Die Unzufriedenheit mit der Finanzierung der Ausbildung teilen beide Seiten. Die Auszubildenden müssen es in der Regel jahrelang ertragen, ihre berufsbegleitende Studien- und Lehrzeit mit einem äußerst schmalen, wenn nicht unzulänglichen Budget zu verbringen. Ihre Verdienstmöglichkeiten sind dadurch deutlich eingeschränkt, dass die Ausbildung über mehrere Jahre einen Zeitumfang von bis zu 20 Stunden pro Woche erfordert, der für Erwerbstätigkeit nicht zur Verfügung steht. Darüber hinaus muss die Gruppe der Psychologen einstweilen akzeptieren, dass anderthalb Jahre ihrer Ausbildung, die Phase der „Praktischen Tätigkeit“, unbezahlt sind. Allein diese finanziellen Beeinträchtigungen stellen eine deutliche Einschränkung für die Entwicklung der Auszubildenden, insbesondere auch ihrer Familien dar. Viele sind nicht bereit, dies in der Zeit einer Postgraduierten-Ausbildung hinzunehmen. Allein dies beeinträchtigt die Entwicklung der Berufsgruppe der Psychotherapeuten erheblich und führt zu einer spezifischen Beschränkung derer, die bereit sind, diesen Beruf zu ergreifen.

Die Auszubildenden bekommen für ihre Tätigkeit in der Regel kein angemessenes Entgelt. Lehrtherapie und Supervision werden vielfach mit einem Honorar abgegolten, das nicht einmal dem Satz entspricht, der von den gesetzlichen Krankenkassen für eine Therapiestunde gezahlt wird. Darüber hinaus ist die Tätigkeit als Ausbilder mit häufiger Präsenz im Institut zur Ableistung von Kursen und Seminaren verbunden. Viele Institute sind indes nicht in der Lage, diese Tätigkeiten überhaupt oder angemessen zu vergüten. So leisten die Auszubildenden zumindest einen Teil ihrer Tätigkeit ehrenamtlich. Davon sind in besonderer Weise die Funktionsträger der Institute betroffen, deren Arbeitsaufwand gelegentlich bis zu 20 Stunden pro Woche betragen kann.

Die finanzielle Situation in den Instituten der verhaltenstherapeutischen Ausbildung soll sich, so ist zu hören, weniger angespannt darstellen, als in denen der analytischen Verfahren. Die Funktionsfähigkeit der analytischen Institute – meist auch Träger der tiefenpsychologischen Ausbildung – ist indes weitgehend nur durch das ehrenamtliche Engagement der Ausbilder sicherzustellen. Idealismus, Freude am Fach und oft genug auch narzisstische Gratifikation sind allerdings zur Sicherstellung von Existenz, Funktionsfähigkeit und Fortentwicklung der Institute und der Psychotherapie allein gefährliche Motive, und Ehrenamtlichkeit ist wenig geeignet, wirklich gutes Personal an ein Institut zu binden.

Psychotherapeuten werden nicht nur in Instituten ausgebildet, sondern auch in psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Fachkliniken. Sie werden dort – wie in der ambulanten Praxis – dringend benötigt. Ihr zwischen Praxis und Klinik deutlich unterscheidbares Tätigkeitsfeld beinhaltet unterschiedliche inhaltliche Anforderungsprofile: in der Klinik müssen mehr und häufiger akute und schwere psychische Störungszustände behandelt werden, während in der Praxis Patienten über längere Zeit und in Zuständen

Aus- und Weiterbildungsinstitute

Es gibt 175 Aus- und Weiterbildungsinstitute Psychotherapie in Deutschland, davon 150 in den alten, 25 in den neuen Bundesländern.

Nach Therapieverfahren (Westen/Osten): Tiefenpsychologie (TP): 84 (74/10), VT: 67 (53/14), gemischt 7 (7/0), KJP 11 (10/1), davon 6 TP, 4 VT und 1 gemischt, 5 unklar.

52 Institute bieten zu ihrem „Hauptgebiet“ KJP an, davon etwa jeweils die Hälfte TP oder VT.

Nicht alle Institute bilden Ärzte und Psychologen gemeinsam weiter bzw. aus. Genaue Zahlen dazu fehlen.

(Zahlen gem. Zusammenstellung aller „anerkannten Ausbildungsinstitute für Psychotherapie“ durch BPTK, Stand 01.06.07)

behandelt werden, bei denen Chronifizierung der Erkrankung kennzeichnend ist. Psychotherapeuten in der Ausbildung können die Kompetenz für beide Behandlungssituationen nur erwerben, wenn sie auch in beiden Bereichen tätig sind. Für die meisten Auszubildenden gilt allerdings, dass sie die stationäre und ambulante Psychotherapie mit ihren jeweiligen Problemen und Schwierigkeiten ausreichend gut kennen lernen.

Hingegen öffnet sich zwischen beiden Aus- bzw. Weiterbildungseinrichtungen, hier den Kliniken, dort den Instituten, ein Konfliktfeld. Während die Kliniken darauf abzielen, die Ausbildung ihrer mitarbeitenden Ärzte und Psychologen im eigenen Rahmen und insbesondere auch während der Dienstzeit anzubieten, so bieten die Institute eine berufsbegleitende Weiterbildung an, die in den Abendstunden und während der Freizeit erfolgt. Diese Konstellation muss vor allem dann Konflikte aufwerfen, wenn die Kooperation zwischen Kliniken und Instituten nicht inhaltlich und organisatorisch gut abgestimmt ist. Um unfruchtbare Machtkämpfe zu vermeiden, kann Ärztekammern und Anerkennungsbehörden im Einzelfall die Aufgabe zufallen, über die Ausformulierung ihres Regelwerkes Einfluss auf diese Konflikte zu nehmen. Dabei bewährt sich, wenn Fachgremien mit Vertretern aller beteiligter Interessengruppen gebildet werden, um konsensfähige Konzepte zu erarbeiten. Sie sind dann in die Ausführungsbestimmungen einzuarbeiten.

Zwischen einzelnen Anbietern der psychotherapeutischen Ausbildung selbst kann es einen weiteren Konfliktbereich geben, der, weil schwierig zu diskutieren, nur angedeutet werden soll. Die Stichworte **Ressourcen-Orientierung** und **Entwicklungs-Orientierung** mögen andeuten, welches die beiden Positionen sind, die hier miteinander konfliktieren. Angeregt von der Pendelbewegung, welche die gesellschaftspolitische Werteentwicklung ständig bewegt, kommt es gegenwärtig zu einer erkennbaren Dominanz des Leistungsprinzips. Eine Art „Neo-Kapitalismus“ scheint die Denkstrukturen in Wirtschaft und Politik zunehmend zu durchziehen, nach dem unter Leistung **hohe Produktivität unter Einsatz von möglichst wenig Zeit und Geld** verstanden wird. Dieses Leistungsprinzip findet inzwischen auch im Gesundheitswesen und in der psychotherapeutischen Versorgung Anwendung. Unter Leistung der Psychotherapie wird danach verstanden, dass eine **Symptomreduktion und die Mobilisierung von Ressourcen unter Einsatz von möglichst wenig Therapiesitzungen** zu günstigen Preisen erreicht wird. Diesem „Effizienzprimat“ steht das Prinzip der „Orientierung an der Entwicklung“ des Menschen gegenüber, welches fragt: Wie müssen die Entwicklungsbedingungen beschaffen sein, damit die Symptomatik durch psychische Reifung einen Wandel erfährt? Entwicklungsorientierte Psychotherapie ist nicht unbedingt dadurch wirtschaftlich, dass sie schnell und billig erfolgt,

sondern dass sie unter Einsatz von mehr Zeit auf stabile und langfristige Veränderungen abzielt.

Die fachlich-inhaltliche Entwicklung der Psychotherapie als Wissenschaft vollzieht sich auch in diesem Konfliktfeld. Sie kann in Gefahr geraten, der Pendelbewegung der gesellschaftspolitischen Veränderungen zu folgen. An der Schnittstelle von gesellschaftspolitischem Wandel und wissenschaftlicher Entwicklung unseres Faches berührt sich die therapeutische Verantwortung des Psychotherapeuten unvermeidlich mit seiner Einbindung in den gesellschaftspolitischen Kontext. Diese Berührung erfordert von ihm Wachsamkeit und kritische Bestimmung der eigenen psychosozialen Position sowie Aufmerksamkeit gegenüber der Möglichkeit, dem Wandel der Umwelt unbemerkt zu folgen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die psychotherapeutische Ausbildung inhaltlich den Stand der Entwicklung der Psychotherapie als Wissenschaft ausreichend gut abbildet. Vor allem spiegelt sie wider, dass sich unser Fach in Entwicklung befindet, eben so wie Entwicklung ein konstituierendes Charakteristikum der *conditio humana* ist. Daneben aber ist zu beklagen, dass die Bedingungen, unter denen Psychotherapie heute gelernt und gelehrt wird, nicht befriedigen. Vor allem die beschriebenen Konflikte bedürfen der Beachtung, ja der Lösungen. Es gilt, Gefahren von der Entwicklung der Psychotherapie abzuwenden, die – so mein Eindruck – zu keinem Zeitpunkt ihrer Geschichte so hilfreich und wirksam war wie heute.

MICHAEL KLÖPPER

Immer strebe zum Ganzen

Der Walsroder ärztliche Psychotherapeut Thomas Bartsch ist Lesern des Schwerpunkts bereits durch sein Buch „Der Stein des Sisyphos“ bekannt. Er lässt sich in seiner Arbeit auch durch literarische Bilder inspirieren und verdichtet sie zu eigenen lyrischen Produkten. Das Ergebnis dieses integrativen Prozesses ist die folgende Betrachtung, in der er die Psychotherapie wieder auf ihren ganzheitlich – humanistischen Kern zurückführt.

*„Gibt es ein Geheimnis unter der Oberfläche menschlichen Tuns?
Oder sind die Menschen ganz und gar so, wie ihre Handlungen,
die offen zutage liegen, es anzeigen?“*

*Pascal Mercier, „Nachtzug nach Lissabon“,
Carl Hanser Verlag, München / Wien, Mai 2006, S. 36*

Ich möchte dieses Zitat meinen eigenen Betrachtungen zur Lage der Psychotherapie vorausschicken. Sind Romanciers mit Tiefsinn und ohne Bindung an eine methodenimmanente Doktrin möglicherweise eher in der Lage, wesentliche Phänomene und Fragen unserer Zeit zu erfassen, als Menschen, die ihre *ideologische* Heimat in Gefilden „fundierter“ tiefenpsychologischer oder verhaltenstherapeutischer, ärztlich-psychosomatischer oder psychologisch-psychotherapeutischer Ausbildung und Ausrichtung wähen?

Stiftet es Sinn, die Energie berufspolitischen Ehrgeizes *primär* in die Definition methoden- und berufsgruppenspezifischer Unterschiede, vermeintlicher entsprechender Abgrenzungsnotwendigkeiten bzw. Lagerbildungen und in die Demonstration subjektiv erfahrenen Unrechts strömen zu lassen? Ist es – bei allem unbestreitbar notwendigen Einsatz gegen Missstände und für Gleichbehand-

lung – nicht die oberste Priorität, über alle Unterschiede der Sozialisation, Ausbildung und Berufsfelder die leuchtende Überschrift „Gemeinsamkeit“ zu setzen und vor allem mit gebündelter Kraft die (Rück-)Besinnung auf ein überprüftes Wertefundament und ein von Würde und Individualität geprägtes Menschenbild zu postulieren, das gleichsam wegzubrechen droht?

Zweifellos gilt es gegen Unrecht aufzubegehren! Dabei dürfen meines Erachtens jedoch weder die Prioritäten verrutschen noch die Konzentration auf die unabdingbare Geschlossenheit psychologischer und ärztlicher Psychotherapeutinnen/-therapeuten verloren gehen.

Ich arbeite als ärztlicher Psychotherapeut seit über 10 Jahren in eigener Praxis. Meine praktische Ausbildung absolvierte ich in sowohl verhaltenstherapeutisch als auch tiefenpsychologisch ausgerichteten Fachkliniken. Außerdem habe ich mich während meiner Praxis-Assistenz, die seinerzeit noch als Voraussetzung für die eigene Niederlassung galt, intensiv mit der Transaktionsanalyse vertraut gemacht. Die Ausbildung in den besagten Kliniken war recht intensiv, anspruchsvoll und streckenweise auch hart. Ich möchte in diesem Kontext nur erwähnen: Nachtdienste, Zuständigkeit für psychotherapeutische und psychosomatisch-ärztliche Belange (wenn auch mit dem Schwerpunkt „psychosomatisch“). Dabei hatte ich als Bezugs-therapeut bzw. Stationsarzt nicht weniger Patienten psychotherapeutisch zu behandeln als psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Mein Arbeitspensum und meine Verantwortung gingen phasenweise an meine physischen und psychischen Grenzen! Die theoretische Ausbildung war ein integrierter Bestandteil meiner klinischen Aufgaben (**selbstredend sollte dies gleichermaßen für Psychologinnen/Psychologen** gelten!), die Selbsterfahrung und Teilnahme an Balint-Gruppen musste ich selber finanzieren.

Nach meiner Niederlassung sah ich mich mit der geradezu moralisierend und dogmatisch vorgetragenen Forderung einiger ärztlicher Kolleginnen und Kollegen konfrontiert, die mit Hinweis auf die für Ärzte gültige Berufsordnung von mir erwarteten und verlangten, dass ich am allgemeinärztlichen Notdienst teilnehme, nachdem ich jahrelang ausschließlich psychotherapeutisch bzw. psychosomatisch gearbeitet hatte und folglich über keinerlei *notfallmedizinische* und praktisch-allgemeinmedizinische Erfahrungen verfügte (die sich auch nicht in „Trockenkursen“ nachholen lassen). Nach einigen Auseinandersetzungen, in denen ich vorwiegend meine ethische Grundhaltung und den Schwerpunkt **meiner** Gewissensentscheidung betonte, gelang mir aufgrund bestimmter *Formalkriterien* schließlich die Befreiung vom Notdienst; ein gewisser Groll von ärztlicher Seite war mir in der Folgezeit sicher: „Sie verstoßen gegen unseren Korpsgeist...“

Als ich aus Gründen der Sympathie und des Gefühls geistiger Nähe eine Kontaktbrücke zu psychologischen Kolleginnen und Kollegen schlug, indem ich Austausch, Koordination und gemeinsames berufspolitisches Engagement anbot, erfuhr ich – nach vordergründigen Solidaritätsbekundungen – eine mehr oder minder subtile Ausgrenzung: Zum üblichen regionalen Arbeitstreffen, an dem vor meiner Niederlassung und dem Therapeutengesetz nur psychologische Psychotherapeutinnen / -therapeuten teilgenommen hatten, wurde ich bald „aus Gründen der Tradition“ nicht mehr eingeladen – und dies, nachdem ich zuvor die Gründung eines gemeinsamen Arbeitskreises angeregt und in der Zeit vor dem Therapeutengesetz bereitwillig Indikationsbescheinigungen ausgestellt hatte. Mir erging es nicht allein so; die anderen ärztlichen Therapeuten meiner Region machten die gleiche Erfahrung! Ich verstand nun die Welt nicht mehr, kauerte als sogenannter „Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“ im

Niemandsländchen zwischen Ärzten und Psychologen und gehörte offenkundig weder zu der einen noch zur anderen Gruppe!

Ich schreibe diese persönlichen Erfahrungen nicht nieder, weil ich etwa eine „narzisstische Kränkung“ abarbeiten möchte und dafür Beifall oder Mitleid heische, sondern um meine psychologischen Kolleginnen und Kollegen anzuregen, einmal die Perspektive zu wechseln und die berufspolitischen Ungerechtigkeiten und die damit einhergehenden Formen der Ungleichbehandlung auf psychologischer **und** ärztlicher Seite wahrzunehmen und nicht – aus welchen Gründen auch immer – weiterhin Öl in das Feuer absurder Grabenkämpfe zu gießen.

Gerade aufgrund meiner subjektiven Erlebnisse plädiere ich für ein **Miteinander** psychologischer und ärztlicher Psychotherapeutinnen und -therapeuten, für ein Ende irrationaler und die gemeinsame Position schwächender Spaltungstendenzen wie auch für eine Integration verschiedener therapeutischer Ansätze – allerdings unter dem Primat eines Menschenbildes, das dem Wort „Individuum“ (lat.: das Unteilbare!!!) Rechnung trägt.

Mit „unteilbar“ meine ich nicht allein die Würde des einzelnen Menschen in Abgrenzung von einer Gruppe, also dessen Unauflösbarkeit in einem Kollektiv, sondern auch und vor allem seine „Nicht-Zerlegbarkeit“ in einzelne Bestandteile und Funktionseinheiten.

Zurück zum obigen Zitat und Buch: Haben Sie den Roman „Nachtzug nach Lissabon“ gelesen? Ich kann diesen Bewusstseinskrimi nur wärmstens empfehlen, in dem es an anderer Stelle heißt: „*Es ist noch nicht lange her, da dämmerte mir endlich, dass es einen mächtigen Text in mir gibt, der über allem geherrscht hat, was ich bis heute fühlte und tat, einen verborgenen glühenden Text, dessen tückische Macht darin liegt, dass ich trotz all meiner Bildung nie auf den Gedanken kam, er könnte vielleicht nicht die Gültigkeit besitzen, die ich ihm, ohne im geringsten davon zu wissen, zugestanden hatte*“ (S. 319).

Welche psychotherapeutische Methode ist geeignet, einem Patienten, der unter der Regie dieses Textes leidet, effektiv zu helfen? Geht es um die Aufarbeitung der Lerngeschichte, pathologischer Konditionierungsprozesse und der aufrechterhaltenden pathogenen Faktoren?

Heißt hier der entscheidende therapeutische Ansatz: kognitive Umstrukturierung, Lockerung der Symptomfixierung, Erarbeitung von Copingstrategien? Oder gilt es das frühe, bislang unbewusst abgewehrte Traum zutage zu fördern, den Zusammenhang mit dem Aktualgeschehen herzustellen und in einem fruchtbaren therapeutischen Milieu den Patienten nachreifen zu lassen und den alten Text durch positive emotionale Neuerfahrungen weitestgehend zu neutralisieren?

Ich möchte folgende Thesen aufstellen:

1. Der Mensch ist unbedingt als Ganzheit zu betrachten: ausgestattet mit einem Bewusstsein und Unterbewusstsein.
2. Sein Leidensdruck und seine Symptome sind ausschließlich als ein Phänomen zu verstehen, das nur aus dieser höchst individuellen, d.h. einmaligen und nicht austauschbaren Ganzheit entstanden ist.
3. Die Symptome und Auffälligkeiten können also nicht jeweils nur für sich und losgelöst vom Ganzen betrachtet und behandelt werden: Der Mensch ist kein Roboter mit austauschbaren Teilen; das therapeutische Instrumentarium ist kein Ersatzteillager.
4. Der Mensch darf also nicht reduziert werden auf „therapierelevante“ Symptome bzw. auf ein Syndrom.
5. Jede Diagnostik und jeder Therapieansatz, die nur oder vorrangig auf das Symptom und dessen Behandlung fokussieren, ohne den jeweiligen Hintergrund respektive das verursachende Kon-

- flikt-Milieu zu reflektieren, missachten die Individualität und damit die Würde des Menschen.
6. Der einzelne Mensch existiert nicht nur für sich; er lebt nicht allein auf einer Insel, sondern unterliegt permanent soziokulturellen Einflussfaktoren.
 7. Wenn ein Mensch auf diese Einflüsse mit Symptombildung reagiert, so muss dies nicht bedeuten, dass die Symptome als solche pathologischer Natur seien; sie können auch die adäquate Reaktion gesunder Anteile auf pathogene Außenfaktoren bedeuten.
 8. Die Psychotherapie muss also auch diese Außenfaktoren analysieren und auf ihren pathogenen Gehalt überprüfen.
 9. Wir leben in einer Zeit, in der die Intensität wie auch die Quantität destruktiver Stressoren zunehmen.
 10. Diese Stressoren bedürfen einer tiefreichenden Analyse im Kontext jedes therapeutischen Settings und eines entsprechend anstehenden Paradigmenwechsels.
 11. Diese Analyse ergibt: Wir leben in einer Strömung, in der das Individuum zunehmend seine geistig-emotionale Heimat, seine ethische Orientierung und seine Verwurzelung im Glauben einbüßt. Das Individuum droht sich konsekutiv aufzulösen, zu zersplittern, seine innere Mitte, sein Kohärenzgefühl zu verlieren.
 12. Es geht deshalb immer weniger um neurotische Konflikte, sondern um frühe Störungen und Strukturpathologie in tiefgreifend gestörten Umfeldern.
 13. Jede Therapie, gleich ob verhaltenstherapeutischer oder tiefenpsychologischer Ausrichtung, welche sich auf die Behandlung abnorm erscheinender Splitter konzentriert und nicht die Fragmentierung als solche bedenkt, ist nicht an der Ursache orientiert und läuft zudem Gefahr, durch einen falschen Ansatz die Zersplitterung zu forcieren oder die Symptome auf einen anderen Splitter zu verschieben.
 14. Jede Diagnostik, die nur die Abnormalität von Splittern charakterisiert, erliegt dem gleichen Irrtum.
 15. Jedes Qualitätsmanagement, das die „Qualität“ der Diagnostik und Behandlung als krankheitswertig eingeschätzter Splitter erfassen und kontrollieren soll, ohne soziokulturell bedingte Ursachen und die jeweilige Dynamik des **Fragmentierungsprozesses** zu erfassen, ist irreführend, absurd und bedeutet Zeit- und Geldverschwendung.
 16. Eine „Psychotherapie-Szene“, die unter Ausblendung der genannten Fragmentierung in ermüdenden Diskussionen um **überdetaillierte** Diagnostik, nosologische Spezifikationen und Behandlungsansätze kreist, problematisiert und feiert sich am Wesentlichen vorbei, rennt in die Irre und wird selber zum Splitter im Zerplitterungsprozess, statt im Rahmen ihrer Möglichkeiten entgegenzusteuern.
- Und schließlich: Auch die Neurobiologie kann nicht das „Geheimnis unter der Oberfläche menschlichen Tuns“ entzaubern (**Gott** sei Dank!).

THOMAS BARTSCH

Veranstaltungen

Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2007-10-21 2008-04-14	Verhaltenstherapie als Gruppenverfahren: Zusatzausbildung, Veranstaltungsreihe beim AIM im VFKV in München	www.vfkv.de Tel.: 089/8346900
2007-11-01 2008-12-31	Lehrgang Klinische- und Gesundheitspsychologie: Ausbildung der AVM zum Klinischen- und Gesundheitspsychologen Dauer: 3. SE Beginn: Oktober/November 2007	Roswitha Gangl Tel: 0662/88 41 66
2007-11-03 2007-11-04	EMDR-Vertiefungsseminar: Aktive Zukunftsorientierung und EMDR in der Behandlung von Komplextraumatisierten mit Steffen Bambach in Berlin. 16 FE, 296 Euro.	Institut für Traumatherapie www.traumatherapie.de
2007-11-12 2008-10-19	Zusatzausbildung: zum/r Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten/in in VT (4 Seminarwochen) beim AIM im VFKV in München	www.vfkv.de Tel.: 089/8346900
2007-11-16 2007-11-17	Fortbildung zum zertifizierten Fairness-Coach: Ausführliche Info unter <CellEnd:>	Dr. Norbert Copray kontakt@fairness-stiftung.de
2007-11-19 2007-11-20	Fritz Simon und Matthias Varga von Kibéd: Wieslocher Dialog: Tetralema, Konstruktivismus und Strukturaufstellungen. Akkreditiertes Seminar	www.wieslocher-institut.com
2007-11-24 2007-11-24	Traumtag: Vorträge, Seminare, Workshop zum Thema Traum, u.a. Traumtheorien von C.G. Jung und die Neurowissenschaft. I. Riedel, V. Kast, C. B. Möller	C.G. Jung-Institut Zürich Tel. +41 44 914 10 47
2007-11-28 2008-03-31	C.G.Jung: Fortbildung für Psych.u.Ärzte: 4 UE, monatl., Mittwoch 18:15 bis 21:15 Uhr C.G.Jung-Institut, RosenheimerStr.1,81667 Mü Beitrag jew. 20 Euro	C.G.Jung-Institut München Tel. 089 2714050
2007-11-30 2007-12-02	EMDR-Ausbildung in Königslutter: Zertifizierte EMDR-Ausbildung bei dem einzigen autorisierten Institut von F. Shapiro in Deutschland. Info: www.emdr.de	EMDR-Institut Deutschland 02204-25866
2008-02-22 2008-02-24	Lorna Smith Benjamin/München: Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen (SASB/IRT)	petra.grabowski@lvr.de
2008-03-06 2008-03-09	Identitäten: Kloster Seoon Frühjahrstagung der DGAP	dgap@cgjung.de;06201-492440 Lankheit-Feilhuber
2008-03-14 2008-03-15	Workshop in Hilden: Die Praxis der neuropsychologischen Begutachtung mit Dipl.-Psych. Herbert König	Akademie bei König und Müller www.koenigundmueller.de

FÜR UNS GELESEN

Psychogramm des Bösen – „Kalteis“ von Andrea Maria Schenkel

Andrea Maria Schenkel – Kalteis – Edition Nautilus
-158 Seiten ISBN: 978-3894015497 12,90 Euro

Es gibt Verbrechen, die entziehen sich einer schnellen psychologischen Analyse. Die Bayerische Autorin Andrea Maria Schenkel hat in ihrem sensationell erfolgreichen Debutroman „Tannöd“ versucht, einen scheinbar unfassbaren Mord in der scheinbar heilen Welt eines Dorfes durch eine kühle, distanzierte Sprache zugänglich zu machen. Jetzt hat sie ihren Stil verfeinert und schildert in einer Mischung aus Fiktion und Gerichtsdokumenten die unheilvolle Begegnung eines Serienmörders im München der Nazizeit mit einem Mädchen vom Lande, das die Abenteuer der Großstadt sucht. Wie Truman Capote in „Kaltblütig“ erreicht die Autorin durch den dokumentarischen Reporterblick Einsichten in die Psyche des Täters, die ihm selbst verborgen bleiben.

ORTWIN LÖWA

Plädoyer für eine evidenzbasierte Medizin – „Kranke Geschäfte“ von Markus Grill

Markus Grill – Kranke Geschäfte – Rowohlt TB –
224 Seiten ISBN-13: 978-3498025090 16,90 Euro

Was in der Medizin nachweisbar wirksam – evident – ist, hängt in unserem Gesundheitssystem leider nicht nur von der Wissenschaft ab, sondern häufig auch von mächtigen Interessengruppen, für die Einfluss und Profit über eine gründliche Evaluation gehen. Am Beispiel des Zusammenwirkens von Pharmakonzernen, Forschungsinstituten und Ärzten zeigt der Stern – Autor Markus Grill, welche verhängnisvollen Auswirkungen der Vorrang von Vermarktungsstrategien über wirksame Kontrollen bei Medikamenten hat. Im Zentrum stehen Auseinandersetzungen um kritische Analysen wie etwa im „Arzneiverordnungsreport“ oder dem „Arznei – telegramm“ oder der Streit um das neu gegründete „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“. Vieles ist nicht neu,

aber in seiner zugespitzt – provozierenden Zusammenfassung heilsam aufrüttelnd.

ORTWIN LÖWA

Poetische Bilder zum Klingen gebracht – „Zwischenzeit“: Jazz und Lyrik von Thomas Bartsch und Andreas Müller – Oesterling

Lyrik zu verfassen gehört zur hohen Schule der sprachlichen Kunst. Für Thomas Bartsch ist dies eine schöpferische Begleitung seines therapeutischen Alltags. Insofern gehören Sehnsüchte, Versagungen, Klagen und unaufgelöste Widersprüche zu den Themen seiner Gedichte. Poetische verdichtete Sprache lebt jedoch nicht nur vom bloßen Text, sondern auch vom Klang des Vortrags. Wird dieser Klang musikalisch untermalt, ergibt sich eine weitere Dimension der Empfindungen. Dieses Hörbild gestalten Thomas Bartsch und seine Frau Ulrike in der CD „Zwischenzeit“, begleitet vom Konzertpianisten Andreas Müller – Oesterling. Seine Jazzimprovisationen belauschen die Kraft der Worte und geben den Gedanken und Empfindungen Raum, sich treiben zu lassen. Zwischenzeit, das bedeutet Abschied und Erwartung, so wie die Amsel nach ihrem letzten Lied vom Gesang der Nachtigall träumt

ORTWIN LÖWA

Zwischenzeit – 12,00 Euro – Privatverlag Edition Astrup – Bestellungen über edition.astrup@t-online.de

Survivalguide PiA – Die Psychotherapie-Ausbildung meistern

Birgit Lindel, Ina Sellin, Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2007, ISBN – 13 978-3-540-46851-6, 19,90 Euro

Neu in diesem Jahr erschienen ist der „Survivalguide PiA“ von Birgit Lindel und Ina Sellin, der sich an Studierende der Psychologie, Pädagogik und Sonderpädagogik, Ausbildungsteilnehmer, Dozenten, Lehrtherapeuten, Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter sowie an alle Interessierten wendet. Nicht angesprochen werden die KollegInnen, die sich zum ärztlichen Psychothe-

rapeuten ausbilden lassen, da sich dieses Buch auf die PP/KJP konzentriert.

Die 12 Kapitel – von der Einleitung, dem Überblick über die Ausbildungsarten, der Suche nach dem „passenden Ausbildungsinstitut“, den Erläuterungen zu den einzelnen Ausbildungsbausteinen bis hin zur Prüfung und der „Zeit danach“ sind gespickt mit Informationen auf rund 350 Seiten. 21 Abbildungen und 13 Tabellen erleichtern die Übersichtlichkeit. Die Inhalte werden mit Hilfe von Cartoons aufzulockern versucht. Dennoch gelingt dies nicht durchgängig. Trotz des fast humoristischen Titels breitet die Lektüre vor dem Leser eine recht trockene Materie aus.

Ein gelungene Idee sind die Kurzinterviews am Ende fast aller Kapitel, in denen derzeitige und ehemalige PiAs von ihren eigenen Erfahrungen berichten.

Zu diskutieren wäre darüber, ob manche Texte so ausführlich wiedergegeben werden müssen. So werden viele Gesetze und Verordnungen seitenweise zitiert, auch Lehrpläne einzelner Institute aus dem Internet wiedergegeben. Wünschenswert wären stattdessen viele andere Informationen. Obgleich immer wieder Hinweise auf die Ausbildungsbedingungen im Bereich der KJP gegeben werden, kommt zum Beispiel dieser Bereich viel zu kurz. Dazu gehören fehlende Hinweise auf Besonderheiten in der Diagnostik oder das Stundenkontingent, das sich bei der Antragstellung um Bezugspersonenstunden noch erhöht, um hier einige Beispiele zu nennen.

Während man bezüglich der Inhalte dieses Buches noch durchaus unterschiedlicher Meinung sein kann, fehlen – gemessen am Titel, der die Erwartung auf „Überlebens-Tipps“ weckt – „Insider-Tipps“ für die bestmögliche Bewältigung dieser Ausbildung. Gemeint wären hier konkrete Angaben, wie man sich in der PiA-Zeit organisieren könnte, um am Ende gut gewappnet für die Prüfungen und die „Zeit danach“ zu sein. Viele kleine Details könnten dargelegt werden, die das „Überleben“ in der Ausbildung tatsächlich erleichtern, insbesondere im Hinblick auf das Selbstmanagement der Ausbildungsteilnehmer. Dazu gehören auch Rolle und Aufgaben von Mentoren, wozu nur wenige Angaben gemacht werden. An anderen Stellen hingegen



gehen die Autoren so ins Detail, dass es wundert: Als „Tipp“ im Kapitel Prüfung wird dem Leser jedoch der Hinweis gegeben: „Planen Sie genügend Zeit für die Anreise zu den Prüfungsräumlichkeiten ein, insbesondere dann, wenn Sie weiter entfernt wohnen oder nicht genau wissen, wo sich die Räume befinden.“

Auch bei den wenig detaillierten Angaben zur Zusatzausbildung zur Gruppentherapie finden sich keine eindeutigen Hinweise darauf, dass es von Beginn an wichtig wäre, sich darüber Gedanken zu machen, ob man an Gruppenarbeit Spaß

hätte. Denn wer das erst am Ende der Ausbildung feststellt, muss mit erheblichem Mehraufwand rechnen – ein ärgerliches Unterfangen.

Verwundern mag so manchen Lesern auch die eine oder andere Formulierung oder Verallgemeinerung von Verhaltensweisen. So schreiben die beiden Autorinnen von „mangelnder Qualität der Dozenten“, von „so genannten Drehtürpatienten“ (gemeint sind Patienten mit einer chronischen Erkrankung) oder von Patienten, die „Erkrankungen präsentieren“. Ärgerlich auch immer wieder die fast ausschließliche Bezugnahme in

den Formulierungen auf Psychologen. Vielleicht wäre den Autoren dazu zu raten, bei der sicher wünschenswerten 2. Auflage ihre Zielgruppe auf diejenigen zu beschränken, für die sie eigentlich schreiben und für die sie wirklich gute Informationen zur Verfügung stellen.

Am Ende des Buches sind viele nützliche Anschriften aufgelistet. Dazu auch die von Berufsverbänden mit kurzen Hinweisen zu deren Schwerpunkten. Der bvpv müsste in einer nächsten Auflage allerdings hier noch ergänzt werden.

ARIADNE SARTORIUS

ADRESSEN

bvpv Baden-Württemberg

(Arbeitsgemeinschaft der 4 bvpv-Landesverbände Nordbaden, Südbaden, Nordwürttemberg, Südwürttemberg)

Sekretariat: Frau Stickel

Vorsitzende: Frau Dr. med. Regine Simon, FÄ für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse

Schwimmbadstr. 22, 79100 Freiburg,

Tel.: (0761) 70438749

Fax: (0761) 7072407

E-Mail: bvpv-bw@bvpv.de

mit den regionalen Verbänden:

Nordbaden (VVPN) Geschäftsstelle:

Dr. med. Knoke, Michael, Nervenarzt,

Psychotherapie, Psychoanalyse

Sekretariat: Frau Pfeiffer

Otto-Beck-Str. 12, 68165 Mannheim

Tel. (Prax.): 0621- 26183

Fax: 0621- 1222590

E-mail: vvpn-bureau@t-online.de

Nordwürttemberg (VVPNW)

Dr. med. Helga Ströhle

c/o Geschäftsstelle Frau Bosch

Blücherstr. 10, 89547 Gerstetten

Tel.: 07323-5695 oder 96160

Fax: 07323-3691

e-mail: vvpnw@bvpv.de

Süd-Württemberg (VPSW)

Sekretariat: Elisabeth Bosch

Blücherstraße 10, 89547 Gerstetten,

Telefon: 07323-96160, Fax: 07323-3691

E-mail: vpsw@bvpv.de

Südbaden (VVPs e.V.) Geschäftsstelle:

Schwimmbadstraße 22, 79100 Freiburg

(Sekretariat Frau Stickel)

Tel. 0761- 7072153

Fax: 0761-7072163

E-mail: vvp@s@bvpv.de

Bayern (BVVP Bayern)

Geschäftsstelle:

Nußbaumstraße 4, 80336 München

Sekretariat: Frau Seher

Tel.: (089) 417 686 01

Fax: (089) 417 686 02

E-mail: info@bvpv-bayern.de

Berlin (VVP Berlin)

Grunert, Michael, Dipl.-Psych.

Heinrich-Roller-Straße 20, 10405 Berlin

Tel.: 030- 440 515 61 Fax: 030- 440 47 111 E-

Mail: vvp-berlin@gmx.de

Brandenburg (BVP Brandenburg)

Dr. med. Stephan Alder

Stephensonstr. 16, 14482 Potsdam

Tel.: 0331-7409500 Fax: 0331-7409615

Email: Dr.Alder@t-online.de

Hamburg (bvpv Hamburg)

Geschäftsstelle:

Dipl.-Psych. Beate Glüsing

Klapperhof 2, 21033 Hamburg

Tel.: 040-726 92 778 Fax: 040-726 92 688

Geschäftsstelle:

E-mail: bvpv-Hamburg@bvpv.de

Hessen (VHVP)

Dr. med. Meinhard Korte, FA für

Psychotherapeutische Medizin,

Psychoanalytiker

Gluckstraße 10, 63452 Hanau

Tel. 06181/ 98 21 86

Fax: 06181 / 98 21 87,

E-mail: vhvp@bvpv.de

Mecklenburg-Vorpommern (Landesverband M-V im bvpv)

Dr. Christiane Kirchner

Knieperdamm 7, 18435 Stralsund

Tel.: 03831-304 940 Fax: 03831-304 051

E-mail: info@kirchner.uhlenhaus.de

Niedersachsen (bvpv Nds)

Dr. med. Jörg K. Merholz

Bombergallee 1, 31812 Bad Pyrmont

Tel.: 05281-151 172 Fax: 05281-151 171

E-Mail: merholz@bvpv-nds.de

Nordrhein (RVN)

Büroservice Elke Schumacher

Charles-Wimar-Str. 57, 53125 Bonn

Tel: 0228-9180244/ Fax: 0228 9180245

E-mail: rvn.buero@arcor.de

Rheinland-Pfalz (bvpv Rheinland-Pfalz)

Jörg Ebert

Am Sportfeld 6, 55124 Mainz

Tel: 06131-943191

Fax: 0721-1515 75 924

e-mail: praxis@dr-joerg-ebert.de

Saarland (VVP Saar)

Rita Marzell

Neugrabenweg 18, 66123 Saarbrücken

Tel: 0681-3904580/ Fax: 0681 93815307

E-mail: ritamarzellsaar@t-online.de

Sachsen (bvpv)

Sabine Schmitt-Drees

Zum Weißiger Kirchsteig 12

01454 Ullersdorf

Tel: 03528-410016/ Fax: 03528 410016

E-mail: S.Schmitt-Drees@12move.de

Schleswig-Holstein (BVP SH)

Ulla Schüffelgen-Daus

Hohelandstr. 58, 23564 Lübeck

Tel: 0451-581424/ Fax: 0451 7060778

E-mail: U.Schueffelgen-Daus@gmx.com

Westfalen-Lippe (AGVP)

Martin Kremser, Dr.med., Facharzt für

Psychotherapeutische Medizin

Bruchstr.34 32756 Detmold

Tel: 05231-32220 / Fax: 05231 31033

E-mail: martin.kremser@freenet.de

AGVP Büro Frau Annegret Floer

Sellen 59, 48565 Burgsteinfurt

Tel.: 02551-82522 Fax: 02551-4954

E-mail: JA.Floer@t-online.de

NEUERSCHEINUNGEN UND

BÜCHER ZUM SCHWERPUNKT

Antipsychiatrie Verlag

Statt Psychiatrie 2. STASTNY, P.; LEHMANN, P. ISBN: 9783925931383. 24.90 €

Alternatives Beyond Psychiatry. STASTNY, P.; LEHMANN, P. ISBN: 9780954542818. 24.90 €

Argument

Sozialpsychiatrie. Persönliche Assistenz, Empowerment. Beschäftigungsverhältnisse in der Sozialen Arbeit. Evaluationsforschung, Erinnerungsrbeit. OSTERKAMP, U. (*Forum Kritische Psychologie Bd 51*). ISBN: 9783886197897. 13.00 €

Asanger

Einsatzkräfte im Stress. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst. KRAMPL, M. ISBN: 9783893344864. 25.00 €

Ellen West. Gedichte, Prosatexte, Tagebücher, Krankengeschichte. AKAVIA, N.; HIRSCHMÜLLER, A. ISBN: 9783893344840. 25.00 €

Frühes Trauma und Strukturdefizit. Ein psychoanalytisch-imaginativ orientierter Ansatz zur Bearbeitung früher und komplexer Traumatisierungen. HOCHAUF, R. ISBN: 9783893344857. 29.00 €

Kausale Psychotherapie. Manual zur ätiologieorientierten Behandlung psychotraumatischer und neurotischer Störungen. FISCHER, G. ISBN: 9783893344352. 60.00 €

Traumatische Ereignisse in einer globalisierten Welt. Interkulturelle Bewältigungsstrategien, psychologische Erstbetreuung und Therapie. BOEGE, K.; MANZ, R. ISBN: 9783893344833. 22.00 €

Auditorium Netzwerk

Geist und Gehirn I. SPITZER, M. ISBN: 9783830285069. 19.95 €

Geist und Gehirn II. SPITZER, M. ISBN: 9783830285076. 19.95 €

Geist und Gehirn III. SPITZER, M. ISBN: 9783830285083. 19.95 €

Geist und Gehirn IV. SPITZER, M. ISBN: 9783830285090. 19.95 €

BALANCE

Das Schluss-mit-dem-Eiertanz-Arbeitsbuch. Für Angehörige von Menschen mit Borderline. KREGER, R.; SHIRLEY, J. (*Balance Ratgeber*). ISBN: 9783867390118. 15.90 €

Das Unglück der kleinen Giftmischerin. Und zehn weitere Geschichten aus der Forensik. WULFF, E. ISBN: 9783867390156. 13.90 €

Umgang mit Psychopharmaka. Ein Patienten-Ratgeber. GREVE, N.; OSTERFELD, M.; DIEKMANN, B. (*Balance Ratgeber*). ISBN: 9783867390026. 14.90 €

borgmann

Lösungsorientierte Therapiewas hilft, wenn nichts hilft. Anregungen, Erfahrungen, Ideen. HARGENS, J. ISBN: 9783861452997. 9.60 €

Wenn Lösungen Gestalt annehmen. Externalisieren in der kreativen Kindertherapie. VOGT, M. ISBN: 9783861453000. 19.80 €

Carl-Auer-Systeme

Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens. KLEIN, R. ISBN: 9783896704924. 24.90 €

Die Stimme des Kindes in der Familientherapie. GAMMER, C. ISBN: 9783896705389. 29.95 €

Einführung in die Praxis der systemischen Therapie und Beratung. KLEIN, R.; KANNICHT, A. ISBN: 9783896705716. 12.95 €

Einführung in die systemische Paartherapie. WELTER-ENDERLIN, R. ISBN: 9783896704726. 12.95 €

Einführung in Lösungsfokussierung und Systemische Strukturaufstellungen. SPARRER, I. ISBN: 9783896705419. 12.95 €

Gruppendynamik und die Professionalisierung psychosozialer Berufe. KÖNIG, O. ISBN: 9783896705792. 24.95 €

Paartherapie - Bewegende Interventionen. EL-HACHIMI, M.; STEPHAN, L. ISBN: 9783896705846. 19.95 €

Pirouetten im Supermarkt. Strategische Interventionen für Therapie und Selbsthilfe. NARDONE, G. ISBN: 9783896706003. 19.95 €

Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden?. Therapie und Beratung in Zwangskontexten. CONEN, M.; CECCHIN, G. ISBN: 9783896705129. 29.95 €

Wie Salz in der Suppe. Aktionsmethoden für den beraterischen Alltag. LAUTERBACH, M. ISBN: 9783896706089. 24.95 €

Deutscher Psychologen Verlag

Tödliche Gedanken. Prävention und Therapie der Suizidalität. JUNGLAS, J. (*Beiträge zur allgemeinen Psychotherapie 5*). ISBN: 9783931589820. 22.80 €

Edition Psychosymbolik

«Bruch-Teile». Scriptum, Zwischen Genuss und Leben.

Vorträge gehalten am Institut für Psychosymbolik - IPV e.V., München 2003-2006. DANIS, J. (*Psychosymbolik*). ISBN: 9783925350801. 30.00 €

EHP Verlag Andreas Kohlhage

Pflück dir den Traum vom Baum der Erkenntnis. Träume im Spiegel von Naturgesetzen - Ein Lehrbuch für die Arbeit mit Träumen. GRÖN, O. (*Schriften der Bayerischen Akademie für Gesundheit*). ISBN: 9783897970458. 40.00 €

Charakter-Transformation. Erkennen - verändern - heilen. JOHNSON, S. ISBN: 9783897970427. 28.00 €

Hogrefe

EMDR und Biofeedback in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Ein neuropsychotherapeutisches Behandlungsprogramm. JACOBS, S.; JONG, A. (*Therapeutische Praxis*). ISBN: 9783801720391. 24.95 €

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen. JONG-MEYER, R.; HAUTZINGER, M.; KÜHNER, C.; SCHRAMM, E. (*Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie 1*). ISBN: 9783801720704. 19.95 €

KIDS 2 - Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörungen. SARIMSKI, K.; STEINHAUSEN, H. (*KIDS Kinder-Diagnostik-System 2*). ISBN: 9783801719456. 69.95 €

Sonderpädagogik des Lernens. WALTER, J.; WEMBER, F. (*Handbuch Sonderpädagogik Bd 2*). ISBN: 9783801717094. 99.95 €

Zwangsstörungen. Ein systemisch-integratives Behandlungskonzept. TOMINSCHKE, I.; SCHIEPEK, G. (*Praxis der Paar- und Familientherapie 4*). ISBN: 9783801718886. 24.95 €

Klett-Cotta

Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst. PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. ISBN: 9783608944358. 24.50 €

Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. NIENSTEDT, M.; WESTERMANN, A. ISBN: 9783608960075. 32.00 €

Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen. SEIFFGE-KRENKE, I. ISBN: 9783608944402. 34.00 €

Transfer - Von der Psychotherapie in den Alltag. Konzepte der Humanwissenschaften. KÖNIG, K. ISBN: 9783608944723. 22.00 €

Von der Angst, Psychoanalytiker zu sein. Das Durcharbeiten der phobischen Position. ZWIEBEL, R. ISBN: 9783608944761. 29.50 €

Peter Lang

Geschichte der ostdeutschen Musiktherapie. Entwicklung - Selbstverständnis - gesellschaftspolitischer und wissenschaftstheoretischer Kontext. JÜRGENS, P. (*Europäische Hochschulschriften - Reihe VI 747*). ISBN: 9783631562963. 56.50 €

Tiergestützte Kinderpsychotherapie. Theorie und Praxis der tiergestützten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. PROTHMANN, A. ISBN: 9783631552933. 39.80 €

Psychiatrie-Verlag

CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich. MEYERS, R.; SMITH, J. (*Fachbuch*). ISBN: 9783884144329. 29.90 €

Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. FINZEN, A. (*Basiswissen*). ISBN: 9783884144299. 14.90 €

Psychosen verstehen. Modelle der Subjektorientierung und ihre Bedeutung für die Praxis. LÜTJEN, R. (*Fachbuch*). ISBN: 9783884144336. 19.90 €

Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. AMERING, M.; SCHMOLKE, M. (Fachbuch). ISBN: 9783884144213. 24.90 €

Seelische Erkrankung, Religion und Sinndeutung. MÖNTER, N. (Fachbuch). ISBN: 9783884144190. 19.90 €

Sexualmörder - Sexualtäter - Sexualopfer. MARNEROS, A. (Edition *Das Narrenschiff*). ISBN: 9783884144237. 29.90 €

Supervision und Beratung in der Psychiatrie. HELTZEL, R. (Basiswissen). ISBN: 9783884144312. 14.90 €

Umgang mit depressiven Patienten. MAHNKOPF, A. (Basiswissen). ISBN: 9783884144183. 14.90 €

Psychosozial-Verlag

Das Unverstehbare verstehen. Acht forensisch-psychologische Täterbegutachtungen im Strafprozess. MAISCH, H. RODE, I.; JACOBS, G. (edition psychosozial). ISBN: 9783898067447. 19.90 €

Die Krise der Männlichkeit. In der unerwachsenen Gesellschaft. RICHTER, H. (edition psychosozial). ISBN: 9783898065702. 19.90 €

Im Schatten des Ruhms. Erinnerungen an meinen Vater Erik H. Erikson. ERIKSON BLOLAND, S. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 9783898065016. 22.90 €

Immigration und Identität. Psychosoziale Aspekte und kulturübergreifende Therapie. AKHTAR, S. UTARI-WITT, H. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 9783898065900. 22.90 €

Leben in Patchwork-Familien. Halbschwester, Stiefväter und wer sonst noch dazugehört. BLIERSBACH, G. (edition psychosozial). ISBN: 9783898067430. 19.90 €

Löwin im Dschungel. Blinde und sehbehinderte Menschen zwischen Stigma und Selbstwerdung. GLOFKE-SCHULZ, E. (edition psychosozial). ISBN: 9783898067355. 34.90 €

Nach dem bewaffneten Kampf. Ehemalige Mitglieder der RAF und Bewegung 2. Juni sprechen mit Therapeuten über ihre Vergangenheit. HOLDERBERG, A. (Psyche und Gesellschaft). ISBN: 9783898065887. 19.90 €

Schopenhauers Stachelschweine. Psychotherapiegeschichten über die Nähe und ihre Tücken. LUEPNITZ, D. (edition psychosozial). ISBN: 9783898065771. 22.90 €

Schattauer

Affektstadien und Impulstadien. Forensische Beurteilung von Affektdelikten. MARNEROS, A. ISBN: 9783794525171. 69.00 €

Intimidiz - Die Tötung des Intimpartners. Ursachen, Tatsituationen und forensische Beurteilung. MARNEROS, A. ISBN: 9783794524143. 69.00 €

Kognitive Verhaltenstherapie der Adipositas. COOPER, Z.; FAIRBURN, C.; HAWKER, D. ISBN: 9783794525430. 49.00 €

Neurologische Begutachtung. Einführung und praktischer Leitfaden. HAUSOTTER, W. ISBN: 9783794524051. 39.95 €

Sexualstraftaten. Forensische Begutachtung, Diagnostik und Therapie. SCHLÄFKE, D.; HÄSSLER, F.; FEGERT, J. ISBN: 9783794523320. 49.95 €

Springer

Neuropsychologie der Schizophrenie. Symptome, Kognition und Gehirn. KIRCHER, T.; GAUGGEL, S. ISBN: 9783540711469. 79.95 €

Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. SCHNEIDER, F.; NIEBLING, W. ISBN: 9783540711445. 59.95 €

Psychopharmakologischer Leitfaden für Klinische Psychologen und Psychotherapeuten. Inklusiv Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter. BENKERT, O.; HAUTZINGER, M.; GRAF-MORGENSTERN, M. ISBN: 9783540479574. 34.95 €

Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung. KRÖNER-HERWIG, B.; FRETTLÖH, J.; KLINGER, R.; NILGES, P. ISBN: 9783540722816. 59.95 €

Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche. LOHAUS, A.; DOMSCH, H.; FRIDRICH, M. ISBN: 9783540739425. 22.95 €

Thieme

Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. NEDOPIL, N. ISBN: 9783131034533. 119.95 €

Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. SENF, W.; BRODA, M. ISBN: 9783131060945. 119.95 €

Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. KAHL, K.; PULS, J.; SCHMID, G. ISBN: 9783131430212. 29.95 €

Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. DAMMANN, G.; JANSEN, P. (Lindauer Psychotherapie-Module). ISBN: 9783131268624. 29.95 €

Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. SCHAUENBURG, H.; HOFMANN, B. (Lindauer Psychotherapie-Module). ISBN: 9783131260628. 29.95 €

Urban & Fischer

ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. KERR, J.; WEITKUNAT, R.; MORETTI, M. ISBN: 9783437481604. 39.95 €

Akute psychische Erkrankungen. Management und Therapie. HEWER, W.; RÖSSLER, W. ISBN: 9783437228803. 79.95 €

Kognitive Verhaltenstherapie bei Krebspatienten. Ein praktisches Therapiemanual. MOOREY, S.; GREER, S. ISBN: 9783437244308. 39.95 €

Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. PETERS, U. ISBN: 9783437150616. 39.95 €

Psychoedukation Borderline-Störung. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. RENTROP, M.; REICHERZER, M.; BÄUML, J. ISBN: 9783437227462. 39.95 €

Vandenhoeck & Ruprecht

Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker. Leben und Werk im Überblick. BENZENHÖFER, U. ISBN: 9783525491270. 26.90 €

Waxmann

Neue Vaterschaft. Vater-Kind-Beziehung auf Distanz. WATZLAWIK, M.; STÄNDER, N.; MÜHLHAUSEN, S. ISBN: 9783830918486. 24.90 €

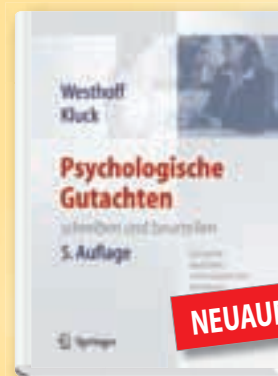
Vom Urvertrauen zum Selbstvertrauen. Das Bindungskonzept in der emotionalen und psychosozialen Entwicklung des Kindes. POSTH, R. ISBN: 9783830917977. 29.90 €

Fachliteratur von Springer!



- DAS Fachbuch zum Thema „school shootings“
- Arbeitsmaterialien für Lehrer und Schulpsychologen
- Checklisten für den Ernstfall

2007. 246 S. 46 Abb. Geb.
 € (D) 29,95; € (A) 30,79; sFr 46,00
 ISBN 978-3-540-71630-3



- Checklisten für die Beurteilung von Gutachten – auch für Fachfremde
- Entspricht den Richtlinien der deutschen Psychologenvereinigungen

5., vollst. überarb. Aufl. 2007. Etwa 280 S. Geb.
 ca. € (D) 44,95; ca. € (A) 46,21; ca. sFr 69,00
 ISBN 978-3-540-46837-0

Jetzt in Ihrer Buchhandlung.

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

07027x