



Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 83 Brief der Präsidentin
- S 84 Symposion: 10 Jahre Psychotherapiegesetz
- S 85 Meller, H.: Kurzbeschreibung des „Tiroler Modells“
- S 87 Klun, C.: Wenn der Sinn zur Frage wird – Internationaler Kongress der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) Wien

AUSBILDUNG – FORTBILDUNG – WEITERBILDUNG

- S 89 Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



SCHWEIZER CHARTA
FÜR PSYCHOTHERAPIE

A S P V

Forum Schweiz/Suisse

- S 93 Editorial: Ringen um liberale Psychotherapie-Regelung: Baldiges Ende in Sicht?
- S 94 Editorial: La lutte pour une réglementation libérale de la psychothérapie touche-t-elle bientôt à sa fin ?
- S 94 Buchmann, R.: Der gesellschaftliche Wert der Psychotherapie (Teil II): Bewertung und Forschung
- S 97 Buchmann, R: La valeur de la psychothérapie pour la société (2e partie): évaluation et recherche
- S 100 Neues aus dem SPV: Der Kampf für eine vernünftige Psychotherapie-Regelung geht weiter!

- S 102 Nouvelles de l'ASP: La lutte pour une réglementation raisonnable de la psychothérapie se poursuit !
- S 104 Bericht aus der Schweizer Charta für Psychotherapie: Beteiligung an der staatsrechtlichen Beschwerde
- S 105 Personelle Änderungen im Vorstand
- S 106 Nouvelles de la Charte suisse pour la psychothérapie: Participation au pourvoi devant le Tribunal fédéral
- S 106 Changements au sein du comité
- S 108 Fortbildungsveranstaltungen der Charta-Institutionen



Forum Deutschland

- S 109 Editorial
- S 110 Kurzbericht der Mitgliederversammlung vom 16. 9. 2000
- S 111 Schwerpunkt: Qualitätssicherung in der Psychotherapie
- S 114 Internationaler Vergleich von Psychotherapiehonoraren als Orientierungshilfe
- S 117 AKF-Qualitätskriterien für frauengerechte Psychotherapie
- S 119 Informationen über das Lebensbewältigungshilfegesetz

Psychotherapie International

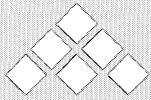
- S 121 VERANSTALTUNGSKALENDER

Beiträge für das Supplement sind zu richten an:

Frau Eva Kutschera, ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/7, A-1010 Wien, bzw. an Herrn Dr. Mario Schlegel, Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, bzw. an Frau Gisela Steinecke, Rathausgasse 10, D-63739 Aschaffenburg

Anfragen an den nationalen Verband sind zu richten an:

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), Rosenbursenstraße 8/7, A-1010 Wien, Fax 0043/1/512 70 914, bzw. Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV/ASP), Weinbergstrasse 31, CH-8006 Zürich, Fax 0041/1/262 29 96, Schweizer Charta für Psychotherapie, Engelstrasse 5, CH-9000 St. Gallen, Tel./Fax 0041/71/2800524, bzw. Deutscher Dachverband für Psychotherapie, c/o VAS Verlag, Kurfürstenstraße 18, D-60486 Frankfurt/M., Fax 0049/69/707 39 67



Aus dem ÖBVP



Brief der Präsidentin

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Zu einem Zeitpunkt, zu dem der Psychotherapie (in Österreich) ein besonders rauher Wind entgegen weht, wende ich mich zum ersten Mal als Präsidentin des ÖBVP in diesem Rahmen an Sie. So wie die inhaltlichen Beiträge bezogen auf die aktuelle Situation gewählt wurden, möchte auch ich auf diesem Hintergrund einige prinzipielle Überlegungen und Sichtweisen anstellen: Als vergleichsweise junger Berufsstand ist das Thema der Etablierung der Psychotherapie im Gesundheitswesen für uns nach wie vor entscheidend und somit ein zentrales. Darin herrscht in unserer Berufsgruppe Übereinstimmung.

Die Frage, welchen Preis wir dafür bezahlen müssen – besser gesagt, kann, soll und muss diese Verankerung im Gesundheitswesen um jeden Preis geschehen –, wird seit geraumer Zeit sehr heftig kontroversiell behandelt und von FunktionärInnen beantwortend gehandelt. Die Tatsache kontroversieller Sichtweisen und Blickwinkel ist an sich begrüßenswert und könnte nach eingehender Diskussion und Auseinandersetzung zu einer ausgereiften gemeinsam getragenen Handlungsweise und somit gestärkter Position führen. Derzeit besteht trotz intensiver Bemühungen vieler und nicht zuletzt seitens des Präsidiums die Gefahr, dass unter dem bestehenden Druck unüberbrückbare Gräben in unserer Berufsgruppe bestehen bleiben.

Psychotherapie als eigenständige und somit spezifische Behandlungsmethode hat Unverzichtbares zur Behandlung von Menschen mit psychischen Leidenszuständen beizutragen. Eine unserer Schwierigkeiten

besteht wohl darin, das Spezifische des psychotherapeutischen Prozesses Außenstehenden zu vermitteln – Misstrauen und Skepsis gegenüber der Psychotherapie und der Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen sind somit nach wie vor weit verbreitet und werden immer wieder in diffamierender Weise öffentlichkeitswirksam eingesetzt. Dieses Misstrauen spielt offensichtlich auch in den Gesprächen und Verhandlungen mit den Kassen eine maßgebliche Rolle und kommt in den diversen Forderungen nach Qualitätsanforderungen und Kontrollmechanismen außerhalb der psychotherapeutischen Fachlichkeit zum Ausdruck. Psychotherapie mit den ihren Methoden adäquaten Rahmenbedingungen tatsächlich im Gesundheitswesen zu etablieren, kann nicht ohne Kostensteigerung geschehen – was ja auch im Zuge der Verankerung der Psychotherapie im ASVG mit einer Sozialversicherungsbeitragserrhöhung zum Ausdruck gebracht wurde. Diese Gelder werden seit Jahren zu einem großen Teil anderweitig ausgegeben. Mir scheint es unumgänglich – nicht zuletzt im Sinne einer gesellschaftlichen Verantwortung unseres Berufsstandes – aufzuzeigen, wie sehr das Schüren dieses fachfremden Misstrauens unter Missachtung des Psychotherapiegesetzes letztlich ausschließlich Strategie der Kosteneinsparung ist und absolut nicht der Qualitätssicherung dient.

Vielleicht könnte es dem Druck und der Panik-Mache entgegenwirken, wenn wir das Werkzeug unseres Begreifens auch auf die Analyse unserer Situation anwenden und damit unseren Handlungsspielraum erweitern: So gilt es nicht bei einem Scheinkonflikt mitzumachen, sondern in aller

Vehemenz darauf zu bestehen, dass es um die Kostenfrage geht. Das Realitätsprinzip ist uns PsychotherapeutInnen durchaus vertraut, und unsere Fähigkeit, Kostenkontrolle mitzuentwerfen, haben wir in funktionierenden Modellen, die qualitätssichernd sind, bewiesen.

Der Tatsache, dass die eigenständige Fachlichkeit von PsychotherapeutInnen nach wie vor de facto nicht anerkannt wird, kann wohl kaum mit dem Akzeptieren fachfremder Kontrollmechanismen und Qualitätskriterien begegnet werden. Psychotherapie mit dem ihr immanenten emanzipatorischen Ansatz muss auch in Zukunft mit Widerständen rechnen. Diese gilt es zu erkennen, zu benennen und dann gemeinsam zu schauen, welcher Maßnahmen es zum Abbau von Skepsis und Angst bedarf. Um diesen Prozess zu fördern, müssen nicht unsere Überzeugung und unsere Widerständigkeit aufgegeben werden. Es wäre wohl auch wichtig zu reflektieren, was es unserer Berufsgruppe immer wieder bzw. im-

mer noch so schwer macht, selbstverständlich und selbstbewusst mit unseren fachlichen Vorstellungen in die Verhandlungen und an die Öffentlichkeit zu gehen und nicht beim Reagieren und Mitagieren stecken zu bleiben.

Das Tempo gegenwärtiger Veränderungen birgt die Gefahr, sich den für solche Fragestellungen notwendigen Zeit- und damit Handlungsspielraum nicht mehr zu geben. Unter Druck und mit Angst können keine guten Lösungen gefunden werden – gerade weil die Situation sehr ernst ist, verlangt sie uns bedachtsames Handeln ab.

Ich habe in diesen Ausführungen einiges sehr fokussiert und pointiert dargestellt und einiges mag Widerspruch und Diskussion auslösen. Getragen sind diese Überlegungen von der Sorge, dass das Motto – Hauptsache den Fuß in der Tür haben – uns alle an der Demontage der Psychotherapie mitwirken lässt, obwohl dies niemand in der Berufsgruppe will. Psychotherapie im Gesundheitswesen

zu verankern kann somit nicht mit dem Aufgeben der psychotherapiespezifischen Fachlichkeit und den entsprechend notwendigen Rahmenbedingungen einhergehen!

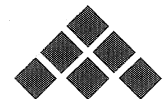
Das von mir oben angesprochene Werkzeug unseres Begreifens könnte noch weit öfter über die psychotherapeutische Situation hinaus der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden. Ich verstehe es auch als (berufs-)politische Verantwortung, dass wir uns mit unserem Erkennen der tieferen Dynamiken von gesellschaftlichen Entwicklungen und Phänomenen einmischen, Gefahren aufzeigen und an Lösungen mitzuarbeiten bereit sind. Dies ist eine Möglichkeit, die Bedeutung unseres Berufstandes und seiner Kompetenzen erfahrbar und sichtbar zu machen.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen die nötige Energie und Zuversicht und freue mich auf gemeinsames Tun.

Dr. Margret Aull
Präsidentin des ÖBVP

ÖBVP Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

Rosenbursenstraße 8/3/7 · A-1010 Wien · Tel. 01/512 70 90 · Fax 01/512 70 91
E-Mail: oebvp@psychotherapie.at · <http://www.psychotherapie.at/oebvp>



Zum Anlass des zehnjährigen Bestehens des Psychotherapiegesetzes in Österreich veranstaltet der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur das

Symposium 10 Jahre Psychotherapiegesetz

11. November 2000, 9.00 – 17.30 Uhr, Freyung 1, Festsaal, A-1010 Wien

- 09.00 *Begrüßung der TeilnehmerInnen und Gäste* (Dr. Margret Aull, MR Dr. Erich Schuster)
- 09.30 *Entwicklung des Psychotherapiegesetzes* (OR Dr. Michael Kierein)
- 10.00 *Historische Entwicklung der Psychotherapie, des EAP und WCP* (Hon.-Prof. Dr. Alfred Pritz)
- 10.30 *Strukturelle Entwicklung, Perspektiven der Psychotherapie in Österreich* (Dr. Margret Aull)
- 11.30 *Rahmenbedingungen und Versorgungsmodelle für Psychotherapie* (o.Univ.-Prof. DDr. Christian Köck)
- 12.15 *Qualitätssicherung in der Psychotherapie* (a.o. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter)
- 13.00 Mittagspause
- 14.30 *Podiumsdiskussion: Rahmenbedingungen für den psychotherapeutischen Prozess*
- 16.30 *Zusammenfassung wichtiger Aspekte, Schlusswort* (Dr. Margret Aull)

Da wir uns entschieden haben, dieses Symposium in überschaubarem Rahmen zu halten, empfehlen wir, sich rechtzeitig anzumelden: ÖBVP-Büro, Tel. 01/512 70 90, Fax 01/512 70 91, E-mail: oebvp@psychotherapie.at

Kurzbeschreibung des „Tiroler Modells“

(Pilotprojekt Psychotherapeutischer Versorgung von Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen schwerer und schwerster Ausprägung für Versicherte der Tiroler Gebietskrankenkasse und der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Landesstelle Tirol)

„Ziel: ‚Bereitstellung und Sicherstellung von psychotherapeutischer Behandlung der Bevölkerung im Gebiet des Bundeslandes Tirol durch wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Methoden durch Mitglieder des Vereins Tiroler Landesverband für Psychotherapie – TLP in freiberuflicher Tätigkeit‘ (§ 2 der Vereinsstatuten der Gesellschaft, Vereinszweck, Abs. 1).

Das Modell sieht eine einzelfallorientierte Kassenleistung für TGKK- und BVA-Versicherte mit ‚schweren oder schwersten psychischen oder psychosomatischen Störungen‘ (Zitat Vertragstext) vor, welche nach kollegialer Begutachtung des Behandlungsantrages in einer Begutachtungskommission monatlich in Form einer Pauschalzahlung an die Verrechnungsgesellschaft erfolgt. Zusätzliche Geldmittel wurden bei Projektbeginn durch das Land Tirol pauschaliert zugesprochen. Die Gesamtbemessung erfolgte in der Weise, dass mit diesen Mitteln eine durchschnittliche Versorgungsfrequenz von 1,3 Sitzungen pro Woche erreicht werden kann, dies entspricht internationalen Versorgungsdurchschnittswerten.“

(Manual der Ges. f. P.V.T., S. 3)

Das Tiroler Modell ist als Versuch zu sehen, einen tauglichen Kompromiss zwischen Behandlungsbedürfnissen der betroffenen Personen, den unterschiedlichen theoretischen und praktischen Ansätzen der verschiedenen Psychotherapieschulen und der Forderung der Versicherungsträger nach notwendiger, ausreichender und zweckmäßiger Gestaltung der Sachleistung zu finden.

Im Fall der Psychotherapie und der fallweise notwendigen psychotherapeutischen Behandlung ist es offensichtlich (wie die wiederholt scheiternden Gesamtvertragsverhandlungen nur allzu deutlich belegen), dass die Festsetzung von zweckdienlichen Qualitätskriterien und Fachstandards möglicherweise noch um einiges schwieriger ist als in vergleichsweise

einfacher zu definierenden technisch-naturwissenschaftlichen Disziplinen wie z. B. Laboruntersuchungen oder bildgebenden Verfahren. Besonders die teilweise sehr unterschiedlich arbeitenden psychotherapeutischen Schulen haben zur Verwirrung und Verunsicherung der Leistungsträger beigetragen.

Der zentrale Ansatz des Tiroler Modells ist es nun, durch eine ausführliche, teils deskriptive, teils schulenspezifische und teils allgemein-anamnestische Falldarstellung in der Gegenstandsdefinition den Bereich der Beliebigkeit zu verlassen. Verstärkt wird dieses Bemühen durch die Einrichtung von Gutachterkommissionen (bestehend aus VertreterInnen verschiedener Psychotherapieschulen), in welchen die psychotherapieimmanenten Unterschiedlichkeiten in Sichtweise und Benennung notwendigerweise auf ein interschulisches Niveau angehoben werden müssen.

Ein weiterer zentraler Ansatz ist die Orientierung am Einzelfall: die Versorgungsleistung orientiert sich an den Bedürfnissen der einzelnen betroffenen Person. Gleichzeitig sollte eine möglichst breite Auswahl von leistungserbringenden PsychotherapeutInnen, und dies in möglichst flächendeckender, dezentraler Form gewährleistet werden. Es ergab sich damit eine klare Absage an Versorgungsmodelle, welche einzelne PsychotherapeutInnen zur Gänze mit Vertragsleistungen beauftragen, andere wiederum gänzlich ohne dieselben ließen, und somit eine Ausnutzung des gesamten psychotherapeutischen Fachpotentials verhindern.

Auf Organisations- und Verwaltungsseite haben sich im Laufe der 6 Jahre, in denen das Tiroler Modell praktiziert wird, sinnvolle und notwendige Regelungen herausgebildet, welche allesamt dem Ziel einer möglichst patientInnen- und bedürfnisorientierten Versorgung entspringen, z. B. eine Beschränkung der Behandlungsplätze im Modell (für Psycho-

therapeutInnen) je nach beruflicher Situation (zusätzliche Anstellungsverhältnisse etc.) oder die genaue Dokumentation der abgehaltenen Sitzungen durch PatientIn und TherapeutIn oder die Möglichkeit, nach Beendigung der Therapie im Fall noch einige Stützungsstunden ohne neuerlichen Antrag durchführen zu können, um nur ein paar zu nennen.

Das gesamte Regelwerk aus Struktur- und Prozessvorgaben lässt sich angesichts der Komplexität der Verhältnisse, die es zu regeln gilt, nicht in wenigen Sätzen zusammenfassen. Eine ausführliche Darstellung des Tiroler Modells findet sich im „Manual der Ges. f. P.V.T.“.

Um dennoch einen Einblick in die konkrete Praxis des Versorgungsvorgangs zu ermöglichen, wird im Folgenden eine kurze Beschreibung eines möglichen Ablaufs gegeben:

1. Ein Patient nimmt Kontakt auf mit einer am Modell mitarbeitenden Psychotherapeutin.
2. Die Psychotherapeutin hält einige Sitzungen mit dem Patienten (z. B.: 4 Stunden).
3. Wenn sie die für die Antrags- und Diagnosestellung notwendigen Informationen gesammelt hat, reicht die Psychotherapeutin den Antrag bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft ein.
4. Dieser wird dann in anonymisierter Form einer Gutachterkommission vorgelegt. Als personenbezogene Daten stehen der Kommission lediglich das Geburtsjahr und das Geschlecht des Patienten sowie die Therapierichtung und das Geschlecht der Therapeutin zur Verfügung.
5. Die Kommission entscheidet gemeinsam über die Befürwortung des Antrags und bewilligt für die Psychotherapie eine bestimmte Anzahl von Monaten (Kalendermonate, nicht Therapiemonate) sowie Frequenz der Sitzungen und Höhe des durch den Patienten zu leistenden Organisationsbeitrages (0,-/100,-/200,-ATS/Stunde) – z. B.: Kommission am 23. 8. 2000: 9 Monate mit einer Frequenz von 1 Stunde/Woche ohne Selbstbehalt.
6. Der Leistungsträger erhält nach erfolgter Begutachtung eine Mitteilung der Gesellschaft mit

Name, Adresse und Versicherungsnummer des Patienten sowie Therapiedauer und Behandlungsgruppe, gleichzeitig wird die Begutachtungspauschale in Rechnung gestellt.


7. Die Therapeutin erhält ebenfalls einen Bescheid über das Ergebnis der Begutachtung und kann ab dem Datum der Bewilligung (23. 8. 2000) die Psychotherapiestunden monatlich mit der Gesellschaft verrechnen. Sie schickt hierfür am Ende jedes Monats für den jeweiligen Patienten ein vollständig ausgefülltes Abrechnungsfeld mit Datum der Sitzungen, Anzahl der Einheiten, Unterschrift des Patienten und Unterschrift der Therapeutin.
8. Für die Stunden, die vor der Antragsstellung notwendig waren, können von der Therapeutin maximal 5 Antragsstunden in Rechnung gestellt werden, die mit dem Leistungsträger nicht extra verrechnet werden.
9. Bei der Kasse wird jeweils mit 15. des Folgemonats eine Sammelrechnung für alle Behandlungspauschalen eingereicht. Damit für einen Patienten die Behandlungspauschale zur Verrechnung kommt, müssen in dem jeweiligen Monat 50% der von der Kommission bewilligten Stunden durchgeführt worden sein.
10. Nach Ablauf der bewilligten Monate (i. B. Mai 2001) kann von der Therapeutin, wenn notwendig, ein Verlängerungsantrag gestellt werden. Dieser wird nach dem selben Modus wie der Erstantrag bearbeitet (z. B.: Bewilligung für weitere 6 Monate mit einer Frequenz von 1 Stunde/Woche mit einem Selbstbehalt von 100,- S/ Stunde aufgrund einer veränderten Einkommenssituation und Besserung der Symptomatik)
11. Der Krankenkasse wird die neuerliche Begutachtung mitgeteilt, es wird jedoch keine Begutachtungspauschale mehr verrechnet.
12. Nach Beendigung der Therapie meldet die Therapeutin ihren Patienten in der Geschäftsstelle ab und schickt einen Evaluierungsbogen an die Gesellschaft.
13. Der Patient kann bei Bedarf nach abgelaufener Therapie 7 Einheiten als Stützungsstunden mit

seiner Therapeutin vereinbaren (z. B.: 1,5 Jahre später, ausgelöst durch eine aktuelle Lebenskrise). Diese werden von der Therapeutin in gleicher Weise wie die Antrags- und Monatsstunden mit der Gesellschaft verrechnet. Eine Verrechnung dieser Stützungsstunden mit den Krankenkassen erfolgt nicht.

Dieser kurze Anriss soll im Wesentlichen deutlich machen, dass das Tiroler Modell einen klassischen Kompromiss darstellt – Kompromiss im Sinn von Verzicht auf Idealvorstellungen seitens der beteiligten Parteien und geteilter Verantwortung für das erwünschte Geschehen, das jedenfalls im Zentrum stehen muss, nämlich die Versorgung von Personen mit professioneller Psychotherapie, welche eine solche dringend nötig haben – und zwar als *Therapie der Wahl*. Als wesentlich erscheint uns, dass psychotherapeuti-

sche Diagnostik und Kasuistik vom Leistungsträger (Krankenkassen) an die Fachleute (PsychotherapeutInnen) delegiert wird, umgekehrt müssen sich PsychotherapeutInnen daran gewöhnen, ihre therapeutische Absichten und Beweggründe deskriptiv-interdisziplinär zu formulieren und sich den Anforderungen der Evaluation zu stellen. Entscheidend für den Erfolg des Tiroler Modells scheint weiterhin zu sein, dass der nicht unbeträchtliche Regelungsaufwand und die exakte Verwaltung der unterschiedlichen Abläufe durch eine eigens dafür beauftragte, spezialisierte Organisation (in unserem Fall die Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols) erfolgen.

Dr. Harald Meller
FA für Psychiatrie und Neurologie
Psychotherapeut
Geschäftsführender Vorsitzender
der Ges. f. P.V.T.



7.

Österreichischer PsychotherapieBALL des ÖAGG

Samstag,
17. 2. 2001
Palais Auersperg, Auerspergstrasse 1, 1080 Wien

Einlaß: 20 Uhr
Eröffnung: 21 Uhr

Mitternachtseinlage: Kurt Ostbahn

Kartenvorverkauf ab 10.12.2000
Ballbüro erreichbar unter Tel. 406-87-06 oder
e-Mail psychotherapieball@oeagg.at

**Der Reinerlös dieser Veranstaltung kommt
ausschließlich dem Integrationshaus zugute.**

Wenn der Sinn zur Frage wird – Internationaler Kongress der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) Wien

Am 29. und 30. April 2000 fand im Hörsaalzentrum des Wiener Allgemeinen Krankenhauses der Internationale Kongress der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE-Wien) mit dem Thema „Wenn der Sinn zur Frage wird ...“ statt.

Im Rahmen der Wiener Vorlesungen referierte – sozusagen als Einstimmung zum Kongress – DDr. Alfred Längle von der GLE-Wien zum selben Thema. Als Paneldiskutanten waren Prof. Dr. Verena Kast vom C. G. Jung Institut in Zürich und Dr. Christian Friesl vom Institut für Pastoraltheologie der Univ. Wien geladen. Aufgrund der Vielzahl der Interessenten wurde die Veranstaltung noch vor Beginn vom Wappensaal des Wiener Rathauses in die bedeutend größere Volkshalle verlegt, welche aber die über eintausend Personen auch nicht zur Gänze aufnehmen konnte. Schließlich war – leider erst nach 40 Minuten – eine zusätzliche Übertragung in das benachbarte Zelt im Innenhof des Rathauses installiert.

Etwa ein Jahr davor hatte A. Petzold – ebenfalls im Rahmen der Wiener Vorlesungen – aus der Sicht der integrativen Gestalttherapie zum Thema „Altern und Sinn“ gesprochen. Die Grundposition zur Sinnfindung ist bei A. Längle keine andere: der innere und der äußere Dialog. Aber im Gegensatz zu Petzold sieht A. Längle nicht das Sprechen als sinnfindend an. Er meint auch nicht, dass man zuerst in sich selbst Sinn finden kann, bevor man zum „multimedialen Sinn“ in die Welt gehen könne. Er deutet Sinn als „Information zweiter Ebene“ (Meta-Information) jenseits des Faktischen, um den eigenen Standort „im Schnittpunkt von Vergehen und Entstehen, von Selbstsein und Andersheit“ zu finden. Der Grund der Sinnsuche, so A. Längle, ist die *Freiheit* des Menschen, die es notwendig macht, ein *Verstehen* und eine *Orientierung* für die eigene Existenz zu bekommen.

Die Suche nach Sinn ist nach einer Untersuchung der Arbeitsgruppe um Prof. Zulehner vom pastoraltheologi-

schen Institut der Universität Wien, der auch C. Friesl angehört, in den letzten 10 Jahren im Bewusstsein der hiesigen Bevölkerung um ca. ein Viertel gestiegen. Etwa die Hälfte der Bevölkerung findet heute den letzten Sinn in der *Lebensgestaltung*, die andere Hälfte im *religiösen* Kontext.

Für die Jungianerin V. Kast ist Sinn eine Kategorie der *Bedeutsamkeit* für das eigene Leben. Sinn entsteht demnach, wenn viele Dinge zusammenlaufen und aufgehen, wenn das eigene Leben „bedeutsam“ wird und einen inneren Zusammenhang bekommt. Sie verwies auch auf den Wert, den es hat, Sinnlosigkeit auszuhalten, wie es auch ein Wert ist, Langeweile zu ertragen.

A. Längle strich in seinem Vortrag heraus, dass sich das Sinnthema – bewusst oder unbewusst – jedem Menschen stellt und nicht gekoppelt ist an Alter, Geschlecht, Rasse, Intelligenz, Glaube, Gesundheit, Krankheit, Wohlstand oder Armut.

In der Psychotherapie hat sich V. E. Frankl als erster ausführlich mit der Sinnfrage beschäftigt. Er beschrieb die Frage nach Sinn – anders als sein Lehrer S. Freud – nicht als Symptom einer Krankheit, sondern als Ausdruck persönlichen Lebensgestaltungswillens. Der Mensch, der nicht mehr wie ein Tier nur von Instinkten geleitet wird und dem heute die tradierten Werte immer mehr abhanden gekommen sind, ist darauf angewiesen, dass er *selbst* die Fähigkeit zur Sinn-Wahrnehmung besitzt. Er selbst muss fühlen, wofür es in seinem Leben gehen soll. Niemand anderer kann das für ihn erledigen, kein anderer kann die Entscheidung für ihn treffen und die Verantwortung dafür übernehmen.

Existentieller Sinn ist daher eine immer wieder neu sich stellende Frage, die geistige Herausforderung jeder Situation, jeden Alters. Man hat den aktuellen Sinn nicht ein für alle Mal gefunden, weil er an die Umstände gebunden ist. Beim Sinn geht es, so A. Längle, um die *Offenheit* für die jeweilige Situation, für den Wert, der jetzt sozusagen „dran“ ist. Zusätzlich

ist es wichtig, dass eine Abstimmung mit den eigenen Werten, den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Trieben etc. erfolgt. Es muss also ein innerer und ein äußerer *Dialog* stattfinden. Sinn wird somit genährt von einem inneren Bezug zu einem Wert. Deshalb wird ein Leben, das vielleicht mehr am Zweck orientiert ist und damit auch auf Erfolg ausgerichtet ist, auf Dauer gesehen leer sein, ein sinnorientiertes Leben aber wird Erfüllung bringen.

A. Längle unterschied in seinem Vortrag zwischen *existentiellem* und *ontologischem* Sinn. Die existentielle Sinnfrage bezieht sich auf das eigene Verhalten. Sinn ist, existentiell gesehen, eine wertvolle Möglichkeit, die die Person in einer Situation tun, erleben oder erleiden kann. Sie ist begrenzt durch die momentanen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Kräfte. Das bedeutet, dass der existentielle Sinn von dem abhängig ist, wie sich die Person in der jeweiligen Lebenssituation entscheidet. Somit hängt der existentielle Sinn also letztlich von der Person selbst ab!

Bei der ontologischen Sinnfrage geht es um den Weitblick auf das Ganze, um den Sinn des Daseins überhaupt. Diese Frage kann die Psychologie nicht ausreichend beantworten, sie fällt in die Themenbereiche der Philosophie und Religion.

War es das Verdienst V. Frankls, die Sinnthematik in der Psychotherapie zu verankern, so ist es das von A. Längle, die Franklsche Arbeit um die *Voraussetzungen* erweitert zu haben, damit Sinnfindung überhaupt stattfinden kann. Er meint, dass durch die Erfüllung dieser drei „personalen Grundmotivationen“ erfüllende Sinnfindung, d.h. ein gutes und erfülltes Leben, erst möglich wird. Als erste Grundbedingung erfüllter Existenz nennt er die Wahrnehmung und Akzeptanz der realen Gegebenheiten und Bedingungen, das Ja sagen zu dem, was ist. Die zweite Grundmotivation ist das Ja zum Leben selbst. Es bedarf der gefühlsmäßigen Beziehung zu dem, was den jeweiligen

Menschen berührt. Die dritte Grundmotivation bezieht sich auf die Person selbst, auf ihre Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit – auch was ihre Entscheidungen anbelangt. Hier geht es um das Finden des Eigenen und um das „So-sein-Dürfen“. Erst als vierter Schritt ist nach A. Längle das Finden eines wirklichen, existentiellen Sinnes möglich – entweder im Finden von Wertzusammenhängen, um unser Dasein verstehbar zu machen und/oder im Finden von Werten, für die wir gerne unsere Zeit und unsere Kraft einsetzen.

Diese Voraussetzungen für die Sinnfindung waren die Basis einer *Untersuchung*, die von L. Tusch et al. an der Wiener Bevölkerung durchgeführt und am Kongress vorgestellt wurde. Sie brachte als wesentliches Ergebnis die Bestätigung dafür, dass eine Korrelation besteht zwischen der Lebenszufriedenheit und der Stabilität der Personen in den genannten Grundvoraussetzungen zu sinnerfülltem Leben. Weiters sind die Menschen in unserer Zeit nicht vorrangig mit der Sinnfrage beschäftigt, sondern eindeutig mit den Voraussetzungen zu einem sinnerfüllten Leben, wobei die Thematik der dritten Grundmotivation den Vorrang hat. Menschen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, haben ihren Schwerpunkt eher in der

zweiten personalen Grundmotivation. Nur für 13% der Befragten hat sich die Sinnproblematik bisher noch nie bewusst gestellt, sie halten ihr Leben aber für sehr sinnvoll. Ein weiterer Teil der Untersuchung beschäftigte sich mit der Frage, was die Probanden unter Sinn eigentlich verstehen. Die Antworten bestätigten die von A. Längle beschriebenen Grundmotivationen: Sinn ist demnach die Resultante einer gelungenen Auseinandersetzung mit den vier Grundvoraussetzungen erfüllter Existenz. Mit dieser Studie erfährt die Weiterentwicklung des Franklschen Gedankengutes auch eine empirische Bestätigung.

Die Themen der vier Grundmotivationen waren auch den Referenten des Kongresses ein Anliegen. Die Veranstaltung selbst war diesmal nicht nur ausschließlich Psychotherapeuten zugänglich, sondern auch anderen Berufsgruppen. Über 600 Interessenten haben diese Möglichkeit ergriffen. Mit mehr als 70 Referenten war dieser Kongress vermutlich der bisher größte, der sich mit dem Thema Sinn beschäftigt hat. Die Besucher konnten aus einem reichhaltigen Programm auswählen.

In den Hauptvorträgen wurde versucht, die Bedeutung der Frage nach Sinn aus verschiedenen Perspektiven zu erläutern und Zugänge aufzuzei-

gen. Es wurden die Grundkonzepte der Existenzanalyse als Psychotherapie und der Logotherapie als sinnzentrierter Beratung vorgestellt. In über 100 weiteren Workshops und Referaten wurden die Bereiche Pädagogik, Erwachsenenbildung, Management und Arbeitswelt sowie die Problematik der Arbeitslosigkeit behandelt. Genügend Raum wurde auch der Begleitung und Betreuung von physisch und/oder psychisch erkrankten Menschen gegeben, ebenso den Themen des Alterns und des Sterbens. Vervollständigt wurde die Veranstaltung durch Vorträge und Workshops, die sich mit Religion, Philosophie, existenzanalytischer Diagnostik und Prophylaxe auseinandersetzten. Über die neuesten Forschungsergebnisse wurde in einem eigenen Symposium referiert.

Ablauf und Organisation der Veranstaltung stießen auf ein äußerst positives Echo. Das vielfältige Angebot an Vorträgen und das große Interesse an diesem Kongress bestätigten, dass die Sinnthematik auch im neuen Jahrhundert an Aktualität nichts eingebüßt hat.

Claudia Klun
Psychotherapeutin
Nußdorfer Straße 82/13
A-1090 Wien

Ausbildung – Fortbildung – Weiterbildung

Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*

- I. Definition von Aus-, Fort- und Weiterbildung
- II. Fortbildung
 - A. Wer bietet Fortbildung an?
 - B. Art und Weise der Fortbildung
 - C. Teilnahmebestätigung
- III. Weiterbildung
 - A. Wer bietet Weiterbildung an?
 - B. Weiterbildungsinhalte
 - C. Teilnahmebestätigung

Präambel

Fort- und Weiterbildung erweitert und vertieft die während der Ausbildung zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin erworbenen Kenntnisse in der Psychotherapie. Sie vermittelt Handlungskompetenzen für unterschiedliche Felder der Psychotherapie und fördert aber auch die Bereitschaft und Fähigkeit zur interdisziplinären Kooperation im Gesundheitswesen.

Fortbildung ist als selbstverständlicher Bestandteil psychotherapeutischer Berufsausübung zu sehen und definiert sich als eine Interaktion zwischen PsychotherapeutInnen als Lernenden, der sich ständig weiterentwickelnden wissenschaftlichen Erkenntnis, dem Berufs- und Praxisumfeld und ganz allgemein den Einflüssen der Gesundheitspolitik.

Somit gehört gemäß § 14 Abs. 1 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zu den wesentlichen Berufspflichten des Psychotherapeuten, dass er „seinen Beruf nach bestem

* Erstellt vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates.

Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft auszuüben hat. Diesem Erfordernis ist insbesondere durch den regelmäßigen Besuch von in- oder ausländischen Fortbildungsveranstaltungen zu entsprechen.“

Psychotherapeutische Fortbildung setzt zunächst eine fachliche und formell ordnungsgemäß abgeschlossene fachspezifische Psychotherapieausbildung voraus. In der Folge haben PsychotherapeutInnen dafür zu sorgen, dass das hohe Niveau der erlernten Ausbildung beibehalten werden kann. Fortbildung in diesem Bereich bedeutet daher, dass in der jeweils erlernten psychotherapeutischen Methode und auch darüber hinaus immer wieder eine theoretisch und praktisch orientierte Vertiefung zu erfolgen hat.

Berufsbegleitende Fortbildung ist für PsychotherapeutInnen erforderlich,

1. weil die Professionalisierung weiter fortschreitet und sich die Psychotherapie parallel zur Veränderung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen weiterentwickelt; die Fortbildung soll der reflektierten Auseinandersetzung mit diesen Weiterentwicklungen im Sinne einer Qualitätssicherung dienen;
2. weil PatientInnen bzw. KlientInnen das Recht auf psychotherapeutische Behandlung haben, die sich aktuell am neuesten Stand der Wissenschaft orientiert;
3. weil Psychotherapie ein lebendiger Prozess der wissenschaftlichen

Selbstevaluation ist und nicht zuletzt

4. weil PsychotherapeutInnen selbst sich persönlich verändern.

Weiterbildung erfordert eine entsprechende Struktur und kontinuierliche curriculare Ausrichtung, ist auf einen längeren Zeitraum ausgerichtet und dient dazu, eine Qualifikation für eine eigenständige selbstverantwortliche Berufstätigkeit für bestimmte Aufgabengebiete zu vermitteln und entsprechend auszuweisen. Letzteres wird dadurch erreicht, dass am Ende der erfolgten Weiterbildung ein Abschlusszertifikat über die erfolgreich absolvierte Weiterbildung vom Veranstalter ausgestellt wird. Dadurch ist nachgewiesen, auf einem oder mehreren bestimmten Fachgebieten besondere Kenntnisse erworben zu haben. Es gibt hinsichtlich der Weiterbildung keine gesetzlichen Vorgaben.

Weiterbildung setzt ebenso wie die Fortbildung eine fachlich und formell ordnungsgemäß abgeschlossene Ausbildung und die daran anschließende Eintragung in die Psychotherapeutenliste, mit der man die Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung erhält, voraus. Sie beruht auf einem nachvollziehbaren, wissenschaftlich fundierten Curriculum. Sie erweitert oder vertieft die fachliche Kompetenz (z.B. Erweiterung hinsichtlich anderer schulenspezifischer Methoden, Vertiefung hinsichtlich zielgruppenorientierter Anwendungen).

I. Definition von Aus-, Fort- und Weiterbildung

1. Die Ausbildung in einer wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methode hat auf Grund der gesetzlichen Vorgaben und im Rahmen der behördlich anerkannten fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen,

nach Absolvierung des propädeutischen Ausbildungsteiles, zu erfolgen. Welche Methoden als wissenschaftlich-psychotherapeutisch in Österreich anzusehen sind, wird insbesondere von der obersten staatlichen Gesundheitsbehörde auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates festgelegt.

2. Fortbildung bedeutet, nach absolvierter Ausbildung und Eintragung in die Psychotherapeutenliste die selbständige Berufsausübung als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut nach bestem Wissen und Gewissen unter besonderer Beachtung der aktuellen Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft durch den regelmäßigen Besuch von in- oder auch ausländischen Fortbildungsveranstaltungen zu gewährleisten.

Im Rahmen der wissenschaftlichen und fachgerechten Berufsausübung als Psychotherapeutin oder als Psychotherapeut soll sich Fortbildung an dem orientieren, was in der Fachwelt in breiter Form durch Diskussionen auf Kongressen und Fachtagungen, durch Forschung, Ausbildung und Darstellung in Standardwerken, Fachzeitschriften etc. aufgegriffen worden ist. Der regelmäßige Besuch von Fortbildungsveranstaltungen in der Dauer von mindestens neunzig Stunden im Zeitraum von drei Jahren kann als allgemein akzeptierter Richtwert genannt werden.

Fortbildung kann methodenspezifisch und methodenerweiternd sein sowie besondere Schwerpunkte (u. a. Diagnostik, Fachliteratur, rechtliche Fragen, Psychiatrie) beinhalten.

3. Weiterbildung erfolgt ebenfalls nach der Ausbildung und bedeutet die Erlernung und Ausformung spezifischer theoretischer und praktischer Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, die auf Grundlage eines nachvollziehbaren, definierten und fundierten Curriculums erfolgen und zur Erlangung einer besonderen Befähigung auf einem oder mehreren bestimmten Arbeitsbereichen führen.

Darunter fallen vor allem zielgruppenorientierte Spezialisierungen, wie etwa für Kinder (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), alte Menschen (Gerontopsychotherapie) oder forensische Psychotherapie etc., die Spezialisierung auf Arbeitsschwerpunkte, wie z. B. auf Psychosomatik, Psychoonkologie, Suchterkrankun-

gen etc., aber auch methodenerweiternde Techniken.

Festzuhalten ist, dass sich Weiterbildungen insbesondere schon in rein quantitativer Art und Weise grundlegend von Ausbildungen unterscheiden und im Gegensatz zu absolvierten Ausbildungen nicht zu einer Zusatzeintragung in der Psychotherapeutenliste führen können (keine Zusatzbezeichnungsmöglichkeit).

Eine ständig kontrollierende, behördliche Aufsicht über die Einhaltung der Fortbildung und der Weiterbildung ist im Psychotherapiegesetz nicht vorgesehen.

Allerdings werden PsychotherapeutInnen in einem konkreten Anlassfall, etwa im Rahmen eines Kunstfehlerprozesses, im Nachhinein die Erfüllung ihrer Fortbildung und Weiterbildung in Bezug auf den gegenständlichen Konflikt nachzuweisen haben.

Elemente der Fortbildung können im Sinne einer Durchlässigkeit auch auf die Weiterbildung anrechenbar sein und umgekehrt.

Die Anrechnung der Fortbildung im Rahmen der Weiterbildung obliegt dem jeweiligen Veranstalter von Weiterbildungscurricula.

II. Fortbildung

A. Wer bietet Fortbildung an?

Als Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen sind wie folgt vorgesehen:

- die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen für das Fachspezifikum;
- die vom Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) anerkannten Fortbildungs- und Forschungseinrichtungen;
- der ÖBVP selbst;
- andere Ausbildungsinstitutionen aus dem psychosozialen Bereich, die psychotherapierelevante Inhalte anbieten;
- einzelne nachweislich besonders qualifizierte PsychotherapeutInnen, die über eine zumindest fünfjährige Berufserfahrung verfügen, oder Gruppierungen von PsychotherapeutInnen (die z. B. in entsprechenden Vereinen organisiert sind);
- andere Fachleute, die psychotherapierelevante und methodenrelevante Inhalte anbieten und dafür

besonders qualifiziert sind; entsprechende vergleichbare Einrichtungen im Ausland, sofern diese den obengenannten Kriterien entsprechen.

B. Art und Weise der Fortbildung

Fortbildung kann wie folgt absolviert werden:

- Seminare sowie Kleingruppen, die interaktives Lernen ermöglichen;
- Vorträge (Fortbildung erfolgt vorwiegend durch die Vermittlung theoretischen Wissens);
- ergänzende weitere Fortbildungsveranstaltungen wie z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen, Selbsterfahrung, Supervision und Intervision sowie Literaturstudium.

Grundsätzlich soll Fortbildung über einen Zeitraum von drei Jahren Veranstaltungen aus mehreren der beschriebenen Bereiche aufweisen.

C. Teilnahmebestätigung

Der vorgesehene Mindestinhalt einer Teilnahmebestätigung umfasst Folgendes:

- Namen des Veranstalters;
- Bezeichnung der Veranstaltung;
- Namen des Teilnehmers;
- Veranstaltungsdatum;
- Anzahl der Fortbildungseinheiten (von je zumindest 45 Minuten);
- Unterschrift des Veranstalters und Stempiglie.

III. Weiterbildung

A. Wer bietet Weiterbildung an?

Als Anbieter von Weiterbildungsveranstaltungen sind wie folgt vorgesehen:

- die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen für das Fachspezifikum;
- die vom ÖBVP anerkannten Weiterbildungs- und Forschungseinrichtungen;
- der ÖBVP selbst;
- andere Institutionen aus dem psychosozialen Bereich, die psychotherapierelevante Inhalte anbieten;
- Gruppierungen von PsychotherapeutInnen (die z. B. in entsprechenden Vereinen organisiert sind);

- entsprechende vergleichbare Einrichtungen im Ausland, sofern diese den obengenannten Kriterien entsprechen.

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen behält sich die Führung einer Liste von Weiterbildungseinrichtungen nach vorheriger Befassung des Psychotherapiebeirates im Rahmen einer eigenen Arbeitsgruppe vor.

B. Weiterbildungsinhalte

- Zielgruppenspezifische Weiterbildung (z. B. Suchttherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Gerontopsychotherapie, psychosomatische Medizin etc.);
- Weiterbildung in derzeit nicht als wissenschaftlich anerkannten Methoden (z. B. in körperorientierten Verfahren);
- Weiterbildung in psychotherapieangrenzenden Verfahren.

Die Curricula von Weiterbildungsangeboten haben zumindest nachstehend angeführte Inhalte zu umfassen und vorzusehen:

- Darlegung des spezifischen Schwerpunktes und Zieles der Weiterbildung;
- Darstellung eines fundierten Curriculums mit einer mindestens zwei- bis zweieinhalbjährigen Dauer im Umfang von zumindest 200 bis 250 Stunden, wobei Theorie, Praxis und Supervision in ausgewogenem Verhältnis und eine kontinuierliche Lernsituation anzubieten sind;
- Angaben über die Qualifikation der Lehrpersonen, die in der Weiterbildung tätig sind, Informationen über ihre einschlägigen praktischen Erfahrungen im Gegenstandsbereich der Weiterbildung sowie Informationen über ihre Erfahrung in der Lehrtätigkeit;
- Angaben über Publikationen und dokumentierten wissenschaftli-

chen Diskurs im Zusammenhang mit dem Gegenstand der Weiterbildung;

- schriftliche Weiterbildungsvereinbarungen.

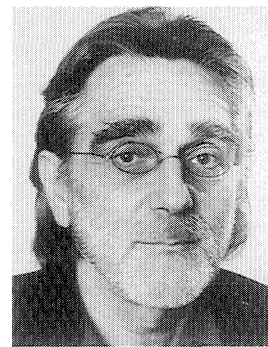
C. Teilnahmebestätigung

Der vorgesehene Mindestinhalt eines Zertifikates, mit dem der Besuch und Abschluss eines Weiterbildungscurriculums und der Erwerb einer Weiterbildungsqualifikation nachgewiesen werden soll, umfasst Folgendes:

- Namen des Veranstalters;
- Bezeichnung der Weiterbildungsqualifikation;
- Namen des Teilnehmers;
- Zeitraum des Curriculums einschließlich Angaben über die Anzahl der Weiterbildungseinheiten (von je zumindest 45 Minuten);
- Datum des Abschlusses;
- Unterschrift des Veranstalters und Stampiglie.

Editorial

Ringen um liberale Psychotherapie-Regelung: Baldiges Ende in Sicht?



Das Zürcher Parlament hat in der Auseinandersetzung um die Hochschul-Vorbildung eine dramatische Wende herbeigeführt. Entgegen dem Entwurf der Regierung und den Gesetzen in den anderen Kantonen hat sie die Äquivalenzklausel hinausgekippt und das Psychologie-Studium als alleinigen Zugang zur Psychotherapie-Ausbildung festgelegt. Zürich könnte für die anstehende gesamtschweizerische Regelung massgebend sein. Ist das nun das Ende der Psychotherapie als eigenständiger Wissenschaft in der Schweiz? Mitnichten, denn es stehen noch der Weg des Referendums (Volksabstimmung) und der staatsrechtlichen Beschwerde beim Bundesgericht offen. Auf ein Referendum wird verzichtet. In einer brieflichen Urabstimmung haben die SPV-Mitglieder mit grosser Mehrheit beschlossen, eine staatsrechtliche Beschwerde einzureichen. Markus Fäh hat den Bericht über diese Abstimmung verfasst, die Ergebnisse in verschiedenen Tabellen dargestellt, interpretiert und wichtige Schlussfolgerungen für den SPV gezogen.

Diese Urabstimmung war nötig, für den Vorstand des SPV, für die Mitglieder und nicht zuletzt auch für die Charta. Die Verbindung zur Basis ist damit gesichert worden. Die Unterstützung der bisherigen Politik ist nicht selbstverständlich, wenn man bedenkt, dass die bereits etablierten PsychotherapeutInnen ihre Praxisbewilligungen haben. Offenbar ist die ideale Komponente den meisten wichtiger als die Hoffnung, rascher in den allfälligen Genuss von Kassenleistungen zu kommen. Für alle, welche in diesem Kulturkampf für die Sache einer eigenständigen Psychotherapie eintreten, hat die Urabstimmung die

Gewissheit gebracht, dass dieser Einsatz wichtig ist, unabhängig vom Ausgang, der nun beim Richter liegt.

Was macht den Gang zum Bundesgericht lohnend? Es sind Argumente der Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BG), welche mit grosser Wahrscheinlichkeit dazu führen werden, dass wir unser Territorium nicht preisgeben müssen. Den unbefugten und unbedarften Eingriff der Politiker in die Entwicklung einer Wissenschaft wird man wahrscheinlich nicht einklagen können.

Aus einer anderen Perspektive ist der Gang zum Richter auch logisch. Die FSP versuchte seit Jahren mit ihren Varianten bei der KVG-Verordnung und beim Gesetz für die Medizinalberufe, die Bundesbehörden zu Schiedsrichtern zu machen. Diese haben nie entschieden, sondern sich politisch verhalten und die Differenzen haben dazu geführt, dass wir immer noch nicht von der Grundversicherung profitieren können. Der Weg über das Bundesgericht wird zu einem Entscheid führen und den aufgezwungenen Krieg beenden. Zum Schaden für alle gereicht, dass der Hegemonieanspruch der Universitätspsychologie es verunmöglichte, eine vernünftige sachliche Lösung zu finden.

Enttäuschend ist der Entscheid des Zürcher Parlamentes schon. Wo ist der freisinnige Liberalismus geblieben, das Parteiprogramm der Ablehnung der Staatsinterventionen? Einen Trost gibt es für die Kolleginnen und Kollegen, die mit grossem Einsatz Überzeugungsarbeit geleistet haben: Befürworter und Gegner der Äquivalenzklausel scheiden sich haargenau an den Parteigrenzen. Die Linken und Grünen Parteien haben ihr zugestimmt, die Bürgerlichen haben sie

abgelehnt. Einzelne ParlamentarierInnen haben sich z.T. gegen ihre persönliche Überzeugung an die Parteidoktrin gehalten. Im gegenwärtigen

politischen Klima war für ein ideelles und liberales Anliegen kein Durchkommen.

Mario Schlegel

peu qualifiée dans l'évolution d'une discipline.

Le recours au Tribunal est également logique dans une autre perspective. En présentant ses propres variantes dans le cadre du projet d'ordonnance LAMal et de la loi sur les professions médicales la FSP tente depuis des années de faire jouer le rôle d'arbitre aux autorités fédérales. Celles-ci n'ont jamais tranché et se sont contentées d'adopter une position motivée par la politique; les différends ont eu pour conséquence que nous ne pouvons toujours pas bénéficier des prestations de l'assurance de base. Maintenant le Tribunal fédéral va devoir prononcer un arrêt, mettant ainsi fin à une guerre dont nous ne voulions pas. Il est dommage qu'en visant l'hégémonie les psychologues universitaires aient rendu impossible la recherche d'une solution fondée sur des données objectives.

La décision du Parlement zurichois ne peut pourtant que décevoir. Qu'en est-il advenu du libéralisme démocratique et des programmes de parti rejetant l'intervention de l'Etat? Les collègues qui se sont beaucoup investis pour tenter de convaincre les parlementaires se consoleront en constatant que partisans et adversaires de la clause équivalents se répartissent nettement en fonction de leur appartenance à un parti: la gauche et les Verts ont voté pour, les partis bourgeois contre. Certains parlementaires ont même voté à l'encontre de leur opinion personnelle, s'en tenant à la doctrine de leur parti. Le climat politique actuel a fait qu'une volonté motivée par des aspects idéologiques et libéraux n'avait aucune chance de passer.

Mario Schlegel

La lutte pour une réglementation libérale de la psychothérapie touche-t-elle bientôt à sa fin ?

Le parlement zurichois est intervenu de manière dramatique dans le conflit autour de la formation universitaire de base. Faisant un choix inverse à celui exprimé par le projet du Conseil d'Etat et les lois qui existent dans d'autres cantons, il a éliminé la clause équivalents et il a fait des études de psychologie la seule voie d'accès à la formation en psychothérapie. Il est possible que Zurich serve de référence au moment où il s'agira de mettre en vigueur une réglementation fédérale. Cela signifie-t-il qu'en Suisse la psychothérapie va cesser d'exister en tant que discipline indépendante? Non, pas du tout, puisque les voies du référendum (impliquant un vote par le peuple) ou d'un recours devant le Tribunal fédéral nous sont ouvertes. Nous avons renoncé au référendum. Dans un scrutin de principe mené par correspondance une large majorité des membres ASP s'est prononcée pour la formation d'un pourvoi. Dans son article, Markus Fähr présente un résumé du scrutin, une synthèse de ses résultats, leur analyse, ainsi que leurs principales conséquences pour l'ASP.

Ce vote de principe était essentiel, du point de vue du comité ASP, des membres de cette dernière, mais aussi de celui de la Charte. Il garantit le soutien par la base de la politique pratiquée jusqu'à maintenant. Que celle-ci soit ainsi avalisée n'allait pas de soi puisque les psychothérapeutes établis ont déjà une autorisation de pratique. Il semble que la plupart d'entre eux aient accordé plus de poids à sa composante idéologique qu'à l'éventualité d'obtenir plus rapidement des prestations des caisses. Le scrutin a conforté tous ceux qui luttent pour que la psychothérapie soit acceptée en tant que discipline indépendante dans leur certitude que cet engagement est important, quelle que soit son issue – qui dépend maintenant du Tribunal.

Pourquoi vaut-il la peine de recourir au Tribunal fédéral? Il est probable que ce seront des arguments en rapport avec la liberté de commerce (CF, art. 27) qui feront que nous n'aurons pas à renoncer à nos acquis. En effet, il est sans doute impossible de faire recours contre des politiciens qui sont intervenus de manière arbitraire et

Rudolf Buchmann

Der gesellschaftliche Wert der Psychotherapie (Teil II): Bewertung und Forschung

1. Motivation zu diesem Artikel

Die hier präsentierten Überlegungen entstammen einem Vortrag, den ich an der Universität St. Gallen in der Vortragsreihe der Vereinigung der

Ostschweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VOPT) gehalten habe. Das Thema als Ganzes verliert bis auf weiteres nicht an Aktualität; denn im Rahmen der gesellschaftlichen Forderungen an „Heil-

mittel“ wird an uns die Aufgabe gestellt, die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie nachzuweisen, die sogenannte WZW des Bundesamtes für Sozialversicherungen. Wir

sind also in unserem eigenen Interesse und im Interesse seelisch kranker resp. leidender Menschen verpflichtet, auf diese Herausforderung zu reagieren.

Ich vertrete deshalb seit Jahren dezidiert die Meinung, dass psychotherapeutische Praktiker nicht nur *reagieren* sollten auf gesellschaftliche Entwicklungen, sondern sich proaktiv wissenschaftlich engagieren und selbständig denkend in die Debatten eingreifen müssen. Im Hinblick auf WZW hilft uns weder eine abwehrende Haltung, die diese Fragestellungen zurückweist oder als Gefährdung unserer Arbeit abweist, noch eine bloss vollziehende Reaktion, die die Forderungen kommentarlos erfüllt, indem wir uns z. B. ganz den Vorstellungen psychotherapiefremder Untersuchungsmethoden anpassen. Wollen wir Psychotherapie in unserem Sinne als gesellschaftliche Kraft und Wirkfaktor erhalten, was ich auch unter einem kulturellen und gesellschaftlichen Gesichtspunkt für ausserordentlich bedeutsam halte (Buchmann, 1997), müssen wir unsere eigenen Mittel und Methoden entwickeln resp. nach aussen transparent machen, wie wir vorgehen und was wir tatsächlich in einer Psychotherapie tun.

Um der fragenden Gesellschaft eine gültige Antwort zu geben, genügt es nicht „nur“ eigene Überzeugungen und Denktraditionen bekannt zu machen, wir müssen auch darlegen, wie wir diese Überzeugungen überprüfen, revidieren und mit welchen Mitteln wir sie weiterentwickeln! Dies ist – nach meiner Überzeugung – nicht nur ein Anliegen, das von aussen kommt (s. WZW), sondern muss auch ein Anliegen jedes Praktikers, Ausbildners und Forschers im Feld Psychotherapie sein. Es ist nach meiner Auffassung auch eine ethische Pflicht gegenüber Patienten *und Öffentlichkeit*. Dies ist auch die tiefere Motivation, die hinter dem Unterfangen der „Schweizer Charta für Psychotherapie“ steht. Die Bemühungen zum Aufbau einer schulenübergreifenden Diskussionskultur und Entwicklung von Synergien im Feld der Weiterentwicklung und Reflexion der verschiedenen Ausbildungsinstitutionen tragen in einem über zehnjährigen Prozess (lange vor WZW!) langsam Früchte, über die wir die breitere

Fachöffentlichkeit in nächster Zukunft näher unterrichten wollen.

2. Forschen als Bewerten

Fragen der Überprüfung, Revision und erkenntnisgeleiteter Weiterentwicklung bedürfen methodischen Vorgehens, wenn sie eine gewisse Verbindlichkeit und Kommunizierbarkeit ausserhalb eines engen Kreises von Eingeweihten haben sollen. Das methodische Vorgehen auf dieser Ebene (d. h. der Ebene der Beschreibung und Bewertung unseres Tuns) bezeichnen wir als Wissenschaft. Es ist also zu unterscheiden zwischen den Therapiemethoden einerseits und den wissenschaftlichen Methoden, mit denen wir untersuchen, mit welchen Therapiemethoden wir welche Menschen unter welchen Bedingungen „behandeln“.

Wenn nun Wissenschaft unsere Praxis untersuchen (d. h. darstellen und bewerten) soll, müssen wir uns damit auseinandersetzen, welche Wissenschaft für den Gegenstand „Psychotherapie“ angemessen sein kann. Auch „Wissenschaft“ als Tätigkeit, die gesichertes Wissen hervorbringen soll, muss sich befragen lassen, wie sie das tut, wie sie ihre Vorgehensweise legitimiert (Angemessenheit an den Gegenstand) und wie der Entscheid gefällt wird, ob eine Aussage (z. B. Psychoanalyse sei ein Auslaufmodell) zutrifft oder nicht. Wissenschaft ist in dem Sinne ein Unterfangen, das bewertet. Auch Wissenschaft untersteht daher den „Gesetzen“ der Bewertung.

Dieser zweite Teil meiner Überlegungen befasst sich daher mit dem Problem der Bewertung im Rahmen von Forschung.

3. Der Bewertungsprozess (Zusammenfassung des 1. Teiles)

Eine Aussage, die als „richtig“ gelten soll, muss folgende 3 Schritte durchlaufen, resp. auf drei Ebenen transparent, d. h. nachvollziehbar sein (Buchmann, 1980):

1. Die Ebene der Datenfeststellung und der Definition des „zu Untersuchenden resp. zu Bewertenden“: Um was geht es überhaupt? Die Darstellung resp. Erfassung des „Objektes“ oder Gegenstandes: Was soll beurteilt werden?

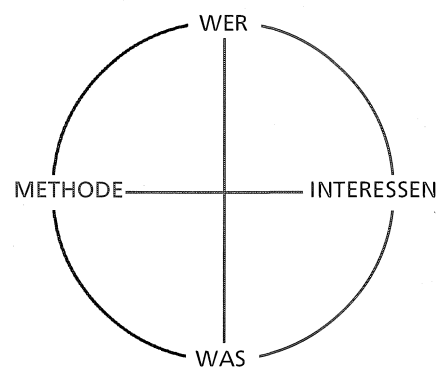
2. Die Ebene der Interpretation: Wie werden diese Daten angeordnet? In welche Zusammenhänge werden sie gebracht? usw.
3. Die Ebene der Bewertung: Das in der Untersuchung Vorgefundene und in einen Kontext Gebrachte (Verstandene) wird dadurch gewertet, dass es mit einem Massstab verglichen wird. Dabei ist erheblich, welchen Massstab wir anlegen und wie wir den Massstab anlegen.

Am Beispiel der WZW-Fragen geht es also z. B. darum, auf der 1. Ebene festzuhalten, was wir unter dem Begriff „Psychotherapie“ überhaupt untersuchen. Mit welchen Mitteln werden Daten erhoben etc. Auf der zweiten Ebene geht es um Fragen wie: In welchen Bezugsrahmen werden die Daten gestellt? z. B. in den Bezugsrahmen der Theorie einer bestimmten Schule oder in den Kontext mit andern Denktraditionen. Auf der 3. Ebene schliesslich stellt sich die Frage nach den Kriterien, z. B. Wie definieren wir Wirksamkeit?, welcher Massstab ist mit dem Begriff „Zweckmässig“ gemeint usw.

4. Zur Frage, wie „Tatbestände“ festgestellt werden

Wenn wir Erkenntnisse machen und ein Gebiet untersuchen (erforschen) wollen, müssen wir zunächst den Gegenstand bestimmen, um den es geht und nach Wegen suchen, wie wir zu Aussagen (Daten) über diesen Gegenstand kommen.

Schon bei diesem ersten Schritt stellt sich die grundlegende Frage: Wer untersucht was mit welchen Methoden und welchen Interessen?



Wissenschaftlich belegte Forschungsergebnisse spiegeln nicht nur Tatbestände, sondern auch die Inter-

essen der Forscher resp. Auftraggeber einerseits und forschungsmethodischer Entscheide andererseits: So wird der Vorentscheid, welche Ausschnitte wir ins Blickfeld nehmen und welche wir ausblenden, für die Resultate entscheidend sein. Dieser Vorentscheid kann von so grossem Effekt sein, dass die wirklichen Tatbestände verschleiert anstatt erhellt werden. Nehmen wir als Beispiel eine Forschung, die nur Individuen untersucht und deren Lebenswirklichkeit völlig ausser Betracht lässt. Als Resultat ist die Beschreibung einer Störung der unter-schreibung einer Persönlichkeit zu erwarten. Werden Stressfaktoren der Umwelt in die Untersuchung einbezogen, resultiert vielleicht, dass die Störung ein Ausdruck einer adäquaten Anpassung an eine völlig anormale Lebens-situation ist.

So ist es auch bei allen übrigen Erkrankungen: Wird nicht das ganze soziopsychosomatische Feld in die Untersuchungen miteinbezogen, erhalten wir – im besten Fall – verkürzte, im ungünstigeren Fall falsche Forschungsresultate, die den wirklichen Tatbestand verschleiern anstatt zu erhellen.

Hier ist ein grosses Feld für die Diskussion, mit welchem Blickwinkel an die Erforschung der Zusammenhänge herangegangen wird. Welche Ausschnitte der Wirklichkeit werden für die Untersuchung gewählt? Mit welchen Mitteln wird untersucht: Die Befragung eines Menschen z.B. fördert weitgehend nur ihre/seine (je nach Untersuchungstechnik bewusste oder auch unbewusste) Verarbeitung von Erlebnissen zutage. Eine physiologische Messung bringt völlig andere Daten.

Auf der 2. Ebene bringen wir nun z.B. die Daten der physiologischen Messung (die ihrerseits schon den Dreischritt Beobachtung, Interpretation und Wertung durchlaufen hat) in Zusammenhang z.B. mit Daten aus der Verhaltensbeobachtung oder der Introspektion des Untersuchten. Welche Daten wir zusammennehmen und welche wir weglassen entscheidet darüber, welche Interpretationen resp. Deutungen wir den Daten der ersten Ebene geben.

Auf der dritten Ebene schliesslich entscheiden wir z.B. über die Relevanz des so erhaltenen Befundes. Ist die Reaktion, die wir erhoben haben, angemessen, normal, pathologisch

usw. Dabei entscheidet wieder, welcher Massstab der Normalität verwendet wird.

Wir sehen also, dass auf jeder Stufe eines Erkenntnisvorganges Entscheide fallen, die mit seinen technischen, materiellen und finanziellen Mitteln zusammenhängen. Zu den „technischen“ Mitteln zähle ich auch die Wahrnehmungsfähigkeit (z.B. geschulte Beobachtung, Intuition, Ein-fühlung etc.).

Deshalb gilt auch für die Wissenschaft als zentrale Forderung, transparent zu machen: Wer erforscht mit welchem Interesse mit welchen Methoden welchen Gegenstand, und woher legitimiert er seine Bewertungs-massstäbe. Wichtig ist, dies auch den „Konsumenten“ von Forschungsresultaten zu vermitteln, damit weder ein naiver Glaube an die Gültigkeit der Aussagen noch ein unkritischer Relativismus oder achselzuckende Abkehr von wissenschaftlichem Vor-gehen resultiert.

5. Fragen an den Wissenschaftsbetrieb

Aus dem Gesagten erwachsen *wissenschaftsinterne Fragen*: Absolut grundlegend sind für mich die folgenden zwei:

- Welche Forschungsmethode ist dem Gegenstand angemessen?
- Welches Vorverständnis über die Zusammenhänge führt zur Hypothesenbildung, mit der an die Untersuchung herangetreten wird? usw.

Bezüglich der Psychotherapie gibt es hier vielfältige und sehr kontrovers diskutierte Ansätze.

Jede Psychotherapiemethode macht sich ihre Gedanken über Vorgehen und Beurteilung ihrer Anwendung und Praxis. Resultate liegen vor. Die hier entwickelte Vielfalt ist als grosse Errungenschaft unseres Jahrhunderts zu werten und gegen Vereinheitlichungsforderungen zu verteidigen; denn nach allgemeiner Erfahrung der psychotherapeutischen Praxis ist nur die Vielfalt der Methoden der individuellen Vielfalt der Menschen und ihren Lebensläufen angemessen. Eine Einheitsmethode würde einen Einheitsmenschen voraussetzen, den wir weder beobachten können noch als wünschbar erachten.

Diese Datenaufnahme, die *methoden- oder schulenintern* stattfindet, ist faszinierend, wird aber, wie wir leider beobachten, oft nur fachintern zur Kenntnis genommen und erringt somit keinen einflussreichen gesellschaftlichen Stellenwert. Auf dieser Ebene muss demnach die Frage gestellt werden, ob „Psychotherapie“ als Gegenstand der Forschung eine Einheit ist? Muss nicht vielmehr je nach Prämissen ihrer Behandlungsmethoden auch eine andere Forschungsmethodik auf sie angesetzt werden?

Und hier wird deutlich, wie stark *gesellschaftliche Kräfte* in die Erforschung der Tatbestände hineinwirken: Forschungspolitik, Medien und „common sense“ beeinflussen, was als Forschungsergebnisse erzeugt, was bekannt gemacht wird und was in den Schubladen verschwindet:

- Die *Forschungspolitik* entscheidet
 1. wer an Unis berufen wird;
 2. wer Forschungsgeld erhält;
 3. welche Fragestellungen mit welchen Gründen gefördert oder fallengelassen werden:
 1. Ob z.B. Genforschung oder aber Sozialforschung wissenschaftspolitisch und auch wirtschaftlich mit riesigen Finanzmitteln ausgestattet wird, entscheidet darüber, welche Art neuer Ergebnisse generiert werden.
 2. Fragestellungen fallen unter den Tisch, weil keine Forschungsmethodik erfunden wurde, diese Frage anzugehen. Individualistische psychologische Experimente werden komplexen sozialen Systemzusammenhängen vorgezogen, weil die Versuchsanordnung nie so komplex sein kann wie die Realität.
 3. Forschungsmethoden, die diese Fragestellungen angehen, werden nicht als wissenschaftlich anerkannt. So gerät der komplexe, realitätsnähere Ansatz aus dem Blickfeld der Forschung und kann nur wenig Resultate anbieten.
- Die *Medien* entscheiden, welche Forschungsergebnisse weitergereicht werden, welche wie aufzubereiten sind (ist es TV-geeignet: Primat des Visuellen vor dem Sprachlichen etc.)

- Beim *common sense* oder *Zeitgeist*, welche Erkenntnisse oder Behauptungen (denken Sie etwa an den Esoterik-Boom, der den Psycho-boom abgelöst hat) lieber geglaubt werden, spielt eine Wechselwirkung dieser Kräfte, da Medienleute und Forscher, Politiker usw. alles auch Menschen sind, die in ihrem Alltag Problemen begegnen oder aber eben nicht begegnen, die sie auch aus persönlichen Gründen wichtig finden oder ängstlich den Blick davor abwenden.

Bei der Frage, wie wir zu wissenschaftlich anerkannten Vorstellungen – in unserer heutigen Fragestellung also über Psychotherapie – gelangen, geht es also immer auch um die Machtfrage:

Wer besitzt den gesellschaftlichen Einfluss, um

1. die Relevanz bestimmter Zielsetzungen psychotherapeutischer Verfahren zu definieren (innerhalb der Schulrichtung, im Wissenschaftsbetrieb, im Wirtschaftsjournalismus, im Krankenversicherungsgesetz usw.)
2. die Angemessenheit der Methodik zu bestimmen und durchzusetzen, mit der das Geschehen erfasst und das Erreichen der Ziele belegt werden kann: Schon die Feststellung von Tatbeständen ist doppelt abhängig: Einerseits von der Erfassungsmethodik – dem Blick, den wir auf einen Vorgang werfen – und andererseits von den Kriterien, nach denen wir die erfassten Teile eines Vorganges oder Verhaltens interpretieren.
3. die Bewertungskriterien festzusetzen: Die Würdigung oder Bewertung des Erfassten ist ein weiterer Schritt, der von normativen Entscheidungen abhängt.

In der Frage nach dem Einfluss sind wir an einer Schnittstelle, wo sich Politik, gesellschaftliche Prozesse und Wissenschaftsbetrieb überschneiden. Vertiefte Einblicke in diese Zusammenhänge lieferte z. B. Helmut Seiffert (1970).

6. Zusammenfassung und Konklusion

Wissenschaftliche Resultate und Bewertung dieser Resultate sind eng

verquickt mit der Gesellschaft, in der der Wissenschaftsbetrieb organisiert ist.

1. Sie stehen in einer geschichtlichen und in einer aktuellen Wechselwirkung zueinander, so dass wissenschaftliche Resultate die Entwicklung der Gesellschaft ebenso beeinflussen, wie diese die Wissenschaft beeinflusst.
2. Unterschiedliche Psychotherapiemethoden haben auch als Forschungsmethode resp. Weg zur Erkenntnisgewinnung andere Blickwinkel und andere Methoden entwickelt, mit denen sie die Realität zu untersuchen, verstehen und bewerten suchen, als z. B. die experimentellen Wissenschaften. Hinter vielen Formen der Psychotherapie steht ein anderes Menschenbild als es naturwissenschaftliche Behandlungs- und Forschungsmethoden anwenden. Dem widerspricht nicht – und soll auch festgehalten sein –, dass es auch Psychotherapiemethoden gibt, die ihren Blick auf den Menschen mit „naturwissenschaftlichen“ Vorannahmen werfen. (Auf die mangelnde Präzision dieses Begriffes „Naturwissenschaft“ wäre natürlich auch wieder einzugehen.)

Ich meine, dass bestimmte Methoden bestimmte Forschungsinstrumente zurecht von sich weisen – mit einer

stichhaltigen Argumentation, warum und wo diese nicht zu ihrem Ansatz passen. Solche Begründung muss allerdings geleistet werden! Aber damit ist die Sache noch nicht erledigt: Die Vertreter solcher Methoden sollten in ihrer Rückweisung nicht einfach jeden wissenschaftlichen Blick von sich abweisen. Vielmehr ist es ihre Pflicht (wie im 1. Abschnitt ausgeführt), den prüfenden Blick auf ihre Behandlungsmethode systematisch zu organisieren und dessen Ergebnisse auch nach aussen transparent darzustellen. Mit andern Worten haben sie eine ihrer spezifischen Behandlungsart angemessene Untersuchungsmethodik (in meiner Terminologie: „Forschungsmethode“) zu entwickeln und zu kommunizieren. An diesem Kriterium entscheidet sich, ob sich eine Behandlungsmethode als wissenschaftliche Psychotherapie bezeichnen kann oder ob es sich um eine Glaubensgemeinschaft handelt.

Literatur

- Buchmann R (1980) Das Kind im Netz der Beurteilung. Basler Zeitung Buchverlag
 Buchmann R (1997) Psychotherapie und gesellschaftlicher Wandel. Forum Psychotherapie [Suppl] 5/4: 236 ff
 Seiffert H (1970) Information über die Information, Teil II: Informationssoziologie; das Wissen der Gelehrten. Beck

Dr. phil. Rudolf Buchmann,
St. Gallen

Rudolf Buchmann

La valeur de la psychothérapie pour la société (2e partie): évaluation et recherche

1. Motifs pour publier le présent article

L'article ci-dessous a été inspiré par une contribution que j'ai présentée à l'Université de Saint-Gall, dans le cadre d'une série de conférences organisées par la Vereinigung der Ostschweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VOPT – l'association regroupant les psychothérapeu-

tes de Suisse orientale, Ndt). Son thème n'a rien perdu en actualité puisque, se référant aux exigences posées aux 'traitements' par la société, l'Office fédéral des assurances sociales nous demande de démontrer l'efficacité de la psychothérapie. Nous devons réagir à ce défi, dans notre propre intérêt comme dans celui des êtres qui souffrent de problèmes ou de troubles psychiques.

Depuis des années je dis clairement que les praticiens de la psychothérapie ne devraient pas se contenter de *réagir* aux évolutions sociétales; il faudrait qu'ils s'impliquent de manière proactive au niveau scientifique et qu'ils interviennent dans les débats pour exprimer des opinions indépendantes. Concernant la notion d'efficacité, nous n'avancerons pas en adoptant une attitude défensive, en niant l'intérêt de ces questions ou en les considérant comme un danger pour notre profession. Il ne sert à rien non plus de réagir de manière relativement passive et de simplement satisfaire aux exigences formulées à notre égard, en adoptant par exemple des méthodes de recherche qui n'ont aucun rapport avec notre discipline. Si nous voulons que la psychothérapie telle que nous l'entendons ait une portée sociétale telle qu'elle puisse avoir des effets – ce que je considère comme extrêmement important, sur le plan culturel comme sur le plan social (cf. Buchmann, 1997) –, il faut que nous développiions nos propres moyens et méthodes et que nous aidions les non-spécialistes à comprendre comment nous procédons et ce qui se passe vraiment dans le cadre d'une thérapie.

Pour fournir une réponse valide aux questions de la société, il ne suffit pas de faire « simplement » connaître nos propres convictions et traditions. Il faut que nous montrions comment nous évaluons et révisons nos certitudes et nos modes de pensées, mais aussi quels sont les moyens que nous utilisons pour les développer plus avant! Selon moi, cette exigence ne doit pas seulement être posée par d'autres; il faut que chaque praticien, chaque formateur et chaque chercheur se la pose constamment. Je suis d'avis qu'il s'agit aussi d'une obligation d'ordre éthique que nous avons à l'égard des patients *et du grand public*. C'est en fait ce qui, en arrière-plan, motive le processus de la « Charte suisse pour la psychothérapie ». Nous nous sommes efforcés d'établir une culture de débat associant les différents courants et d'établir des synergies au niveau du développement des différentes institutions de formation et de la réflexion critique qui y est pratiquée. Ceci depuis dix ans (soit bien avant les demandes exprimées par l'OFAS!); ce processus commence à porter ses fruits et nous

avons prévu d'en présenter prochainement les résultats à un large public de spécialistes.

2. La recherche implique une évaluation

Les questions en rapport avec le suivi, la révision et le développement continu de l'épistémologie doivent être traitées sur la base d'une procédure méthodique, du moins si l'on veut que les résultats acquis soient pris au sérieux et puissent être communiqués à d'autres qu'à un petit groupe d'initiés. A ce niveau (celui de la description et de l'évaluation de nos activités), nous employons le terme de 'scientifique' pour qualifier les procédures. Il faut donc effectuer une distinction entre les méthodes thérapeutiques et les méthodes scientifiques, ces dernières étant utilisées pour tenter de répondre à la question de savoir quelles méthodes de thérapie nous appliquons pour « traiter » quels patients et dans quelles conditions.

Une fois ce constat accepté (notre pratique doit être examinée – décrite et évaluée – scientifiquement), il faut que nous décidions quel type de science est adapté à l'objet « psychothérapie ». Même « la science » et ses praticiens, dont les activités serviront à produire un savoir vérifiable, doivent pouvoir indiquer comment ils procèdent, comment ils justifient leurs procédures (adéquation par rapport à l'objet) et comment ils décident de l'exactitude d'un énoncé (exemple: « la psychanalyse est en passe de disparaître »). Dans ce sens, la démarche scientifique correspond à un processus d'évaluation et même, la science est soumise aux « lois » de l'évaluation.

C'est pourquoi j'ai choisi de traiter, dans cette deuxième partie, du problème de l'évaluation dans le contexte de la recherche.

3. Le processus d'évaluation (résumé de la 1^e partie)

Pour qu'un énoncé soit considéré comme « juste », il faut qu'il ait été examiné et rendu transparent (c'est-à-dire intelligible) à trois niveaux (cf. Buchmann, 1980):

1. Le niveau de la collecte des données et de la définition de « l'objet

à étudier, resp. à évaluer »: De quoi s'agit-il? Comment ce fait ou cet « objet » peut-il être décrit ou saisi: que va-t-il s'agir d'évaluer?

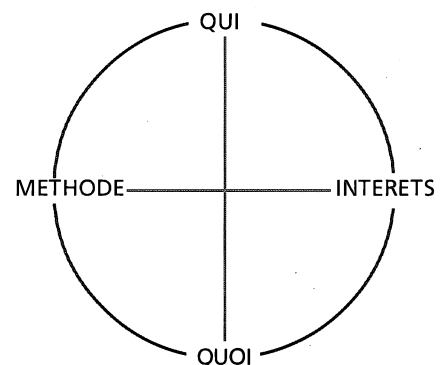
2. Le niveau de l'interprétation: comment les données vont-elles être classées? Dans quel contexte vont-elles être placées? etc.
3. Le niveau de l'évaluation: on attribue une valeur à ce qui a été collecté puis placé dans un contexte spécifique ('saisi') en le comparant à une échelle spécifique. Le choix de cette échelle de mesure et la manière dont elle est appliquée vont jouer un rôle central.

Pour utiliser l'exemple des questions liées à l'efficacité de la psychothérapie, il s'agira d'abord (premier niveau) d'établir ce qu'on étudie sous la désignation de « psychothérapie » et de sélectionner les moyens utilisés pour collecter les données. En une deuxième étape, il s'agira de choisir un cadre de référence dans lequel les données seront placées (la théorie d'un courant donné ou un contexte plus global incluant d'autres traditions?). Et finalement, au troisième niveau il s'agira de choisir des critères, par exemple: Comment définissons-nous la notion d'efficacité? Quand un traitement est-il considéré comme 'adéquat'? etc.

4. La question de savoir comment « définir les faits? »

Pour acquérir des connaissances et étudier un domaine spécifique, il faut d'abord définir l'objet dont il s'agit et les moyens qui permettront d'acquérir des faits (des données) en rapport avec cet objet.

A ce stade déjà une question fondamentale se pose: qui étudie quoi, par le biais de quelles méthodes et dans l'intérêt de qui?



Les résultats d'une recherche fondée scientifiquement ne reflètent pas simplement des faits, mais aussi les intérêts du chercheur et de son mandataire d'une part, les choix effectués par rapport à la méthode d'autre part. La manière dont nous sélectionnons préalablement les aspects que nous allons examiner et ceux qui ne nous intéressent pas va jouer un rôle décisif au niveau des résultats. Cette sélection peut même avoir pour effet de dissimuler les faits concrets au lieu de les élucider. Prenons, par exemple, une étude qui ne s'intéresse qu'à des individus et ne tient pas du tout compte de la manière dont ils vivent. On peut s'attendre à ce qu'elle produise une description d'un trouble de la personnalité. Par contre, si l'étude inclut les facteurs stressants provenant de l'environnement social, elle va peut-être parvenir à la conclusion que le trouble représente en fait une adaptation adéquate à une situation existentielle tout à fait anormale.

Il en va de même de tous les autres troubles : lorsque les études ne tiennent pas compte de tout le contexte sociopsychosomatique, elles ne produisent que des résultats sommaires – dans le meilleur des cas – ou même faux qui, au lieu d'élucider les faits, ne font que les camoufler.

Un large débat devrait être mené, quant à la question de savoir sous quel angle la question va être examinée. Quels secteurs de la réalité vont-ils être inclus dans l'étude ? Quelles seront les méthodes utilisées ? Par exemple, poser des questions à un individu ne va en général servir qu'à élucider la manière (consciente ou inconsciente) dont il perçoit certains événements. Par contre, un examen d'ordre physiologique va produire des données totalement différentes.

Au 2e niveau et à supposer que nous avons choisi de mesurer des paramètres physiologiques, les données (après avoir passé par les étapes de l'observation, de l'interprétation et de l'évaluation) seront, par exemple, mises en rapport avec des données concernant le comportement de l'individu ou avec les énoncés qu'il formule par le biais d'une démarche introspective. En comparant certaines données plutôt que d'autres, nous influençons la manière dont l'ensemble des informations acquises initialement sera analysé et interprété.

Finalement, en une troisième étape, nous aurons à décider entre autres de la pertinence des résultats obtenus. Les réactions que nous avons enregistrées sont-elles adéquates, normales, pathologiques, etc. ? Ici aussi, 'l'étalon de normalité' que nous choisissons va jouer un rôle décisif.

Il apparaît donc clairement qu'à chaque étape de l'acquisition de connaissances, des décisions sont prises et influencées par les moyens techniques, matériels et financiers de la démarche. Notons que la capacité à percevoir (l'observation consciente, l'intuition, l'empathie, etc.) fait partie de ces « moyens techniques ».

C'est pour quoi il est essentiel que la démarche scientifique soit rendue transparente concernant les aspects suivants : qui pratique la recherche, sur la base de quel intérêt, avec quelles méthodes ; quel est son objet et comment les critères d'évaluation se légitiment-ils ? Il est également important de communiquer ces aspects au « consommateur » de résultats scientifiques ; ceci permettra d'éviter qu'il ne croie naïvement à la valeur absolue des résultats ou qu'à l'inverse, il ne les relativise de manière peu critique ou ne s'intéresse plus aux procédures scientifiques.

5. Questions pour ceux qui pratiquent la recherche

Ce que nous avons dit implique que *les praticiens de la recherche se posent certaines questions*. Pour moi, deux d'entre elles sont absolument centrales :

- Quelle est la méthode de recherche adaptée à l'objet ?
- Quels sont les présupposés relatifs à ce dernier qui conduisent à la formulation des hypothèses qui serviront à structurer le travail ?

En ce qui concerne la psychothérapie, de nombreuses approches peuvent être envisagées, qui font d'ailleurs l'objet d'un débat animé.

Les spécialistes de chaque méthode sont concernés par la manière dont leur courant sera évalué. Des résultats ont déjà été acquis. La diversité des approches doit être considérée comme l'un des grands acquis de notre siècle et doit donc être défendue contre toutes les demandes d'unification. On sait qu'au niveau de la prati-

que, seule cette diversité permet de tenir compte des différences entre les individus et leurs biographies. Appliquer une méthode unique ne pourrait se faire que si tous les clients étaient identiques – ce qui ne correspond pas à la réalité et n'est d'ailleurs pas souhaitable.

La collecte des données dans le *contexte des différents courants et méthodes* a des côtés fascinants. Nous constatons malheureusement que seuls les spécialistes s'intéressent à cet aspect et qu'il n'est donc pas reconnu par la société. Il faut alors se demander si « la psychothérapie » en tant qu'objet de recherche constitue vraiment une unité. Il semble qu'il serait plus utile de tenir compte des prémisses à la base des différentes méthodes de traitement pour élaborer d'autres méthodes de recherche.

A ce niveau, l'influence des *acteurs sociaux* sur l'étude des faits apparaît clairement : la politique de la recherche, les médias et le *common sense* influent sur le type de résultats acquis, ainsi que sur le choix de ceux qui sont diffusés ou de ceux qui vont disparaître dans des tiroirs.

- La *politique de la recherche* influence :
 1. la nomination de professeurs aux universités ;
 2. l'octroi de bourses et crédits ;
 3. la sélection des objets étudiés :
 1. le genre de résultats généré sera, par exemple, fortement influencé par une décision de soutenir la recherche en génétique plutôt que l'étude des phénomènes sociaux (dans le cadre d'une politique scientifique, mais aussi par le biais de très importants moyens financiers).
 2. on ne s'intéresse pas à certaines questions parce qu'aucune méthode de recherche n'a été élaborée qui permettrait de les étudier. On mène plus de tests psychologiques individuels que d'études concernant des aspects sociaux complexes, car le setting de recherche ne peut jamais être aussi complexe que la réalité.
 3. les méthodes de recherche qui permettraient d'aborder ces questions ne sont pas considérées comme scientifiques. C'est pourquoi les approches tenant compte de la complexité de la

réalité sont marginalisées au sein du contexte scientifique et ne peuvent produire que peu de résultats.

- Les médias décident quels résultats vont être diffusés et de quelle manière (sont-ils présentables à la télévision où l'aspect image domine l'aspect langage, etc.)
- Au niveau du *sens commun* ou de *l'esprit du temps*, des décisions sont prises quant à savoir quelles connaissances et quels énoncés sont importants (pensons par exemple au boom de l'ésotérique qui a suivi le boom de tout ce qui était psy); elles sont le produit d'une combinaison des influences mentionnées plus haut puisque les journalistes, les chercheurs et les politiciens etc. sont après tout humains et se voient confrontés ou non à des problèmes qu'ils choisiront de définir comme importants – ou qu'ils préféreront oublier, parce qu'ils leur font peur.

La question de savoir comment nous acquérons des énoncés reconnus scientifiquement – dans le cas précis, concernant la psychothérapie – est donc toujours liée à une question de pouvoir: qui, dans le contexte de la société, dispose des moyens lui permettant

1. de définir la pertinence d'objectifs donnés, visés par les procédures psychothérapeutiques (dans le contexte d'un courant, mais aussi de la recherche, des médias économiques, de la loi sur l'assurance maladie, etc.)
2. de décider qu'une méthode est adaptée et doit être pratiquée pour saisir les faits et démontrer que les objectifs visés sont vraiment atteints. La définition même des faits dépend de deux facteurs: la méthode de saisie – le regard que nous jetons sur ce qui se passe – et les critères que nous utilisons pour interpréter les aspects d'une procédure ou d'un comportement que nous avons choisi de saisir
3. de définir les critères d'évaluation: à cette étape également des décisions normatives sont prises.

Lorsque nous parlons d'influences, nous nous trouvons en un point où la politique, les processus sociétaux et la pratique scientifique se recoupent. Pour une vue plus détaillée des rap-

ports entre ces différents domaines, voir par exemple Helmut Seiffert (1970).

6. Résumé et conclusion

Les résultats des recherches et leur évaluation dépendent étroitement de la société qui les produit.

1. Recherche et société sont liés par des rapports réciproques, que ce soit d'un point de vue historique ou de celui de la situation actuelle. Dans ce sens, les résultats de la recherche influencent la société mais cette dernière influe également sur la recherche.
2. Les différents courants de psychothérapie ont développé des manières différentes de pratiquer la recherche et d'acquérir des connaissances; au moment d'examiner, de saisir et d'évaluer la réalité ils ne procèdent pas comme le font, par exemple, les sciences expérimentales. De nombreuses formes de psychothérapie se fondent sur une image de l'homme qui n'est pas identique à celle formulée dans le contexte des méthodes de traitement et de recherche basées sur les sciences physiques. Ceci n'exclut pas la possibilité – je le souligne – qu'il existe aussi des méthodes de psychothérapie qui abordent l'être humain à partir d'hypothèses de type « sciences physiques ». (Il vaudrait aussi la peine de réfléchir au manque de précision du terme même de « sciences physiques » ou « sciences naturelles »)

Je pense que certains courants ont raison de rejeter certains outils de

recherche, à condition pourtant qu'ils justifient pourquoi (comment et où) ceux-ci ne sont pas compatibles avec leur approche! Mais cela ne suffit pas: il ne faut pas qu'en excluant certains outils, les représentants de ces courants refusent complètement d'utiliser une approche scientifique; il faut (comme nous l'avons indiqué au début de cet article) qu'ils examinent systématiquement la manière dont ils abordent leur démarche de manière transparente. Ce qui revient à dire qu'ils doivent développer une méthode de recherche adaptée à leur forme spécifique de traitement et informer quant à cette méthode. C'est ce critère qui va permettre de décider si une méthode de traitement peut être considérée comme faisant partie d'une psychothérapie scientifique ou si ses praticiens adhèrent à une simple profession de foi.

Bibliographie

voir version allemande de l'article



Dr. phil. Rudolf Buchmann, St. Gallen

Neues aus dem SPV

Der Kampf für eine vernünftige Psychotherapie-Regelung geht weiter!

SPV-Mitglieder klar für staatsrechtliche Beschwerde gegen Revision des Zürcher Gesundheitsgesetzes

Im Kanton Zürich werden derzeit wichtige psychotherapiepolitische Weichen gestellt. Der Kantonsrat hat in seiner Sitzung vom 21. August eine Revision des Gesundheitsgesetzes

verabschiedet, die Kandidaten nur dann zur Psychotherapie-Weiterbildung und späteren Praxisausübung zulässt, wenn diese über einen Hochschulabschluss in Psychologie an einer

Schweizerischen Hochschule bzw. Fachhochschule verfügen.

Der Beschluss fiel mit 101 gegen 62 Stimmen deutlich aus, der SPV und die in der Arbeitsgemeinschaft für eine verantwortbare Psychotherapie-Regelung (AGP) zusammengeschlossenen Ausbildungsinstitute und Fachverbände haben eine empfindliche Niederlage erlitten. Trotz engagierter Überzeugungsarbeit ist es uns nicht gelungen, die Mehrheit der Parlamentarier davon zu überzeugen, dass eine Äquivalenzregelung, welche auch andere Hochschulabschlüsse als Grundausbildungen anerkennt, die bessere Lösung ist.

Man musste den Eindruck gewinnen, dass die Universitätspsychologen wenn auch nicht die besseren Argumente, aber auf jeden Fall die einfachere Botschaft vermitteln konnten: Die Psychologen garantieren Qualität, Kostendämpfung, Vorbeugung gegen Scharlatenerie und Wildwuchs! Das heisst, die gesundheitspolitischen Argumente waren von der Gegenseite gekonnt genutzt und besetzt worden. Da der SPV und die AGP ja nicht gegen die Psychologen, nur gegen ihren Monopolanspruch antraten, musste die Argumentation bereits differenzierter sein. Und sie kam nicht an. Allerdings zeigt das Abstimmungsergebnis auch, dass bei besserer Informationslage durchaus auch ein anderes Ergebnis möglich wäre. Wir müssen im Moment aber damit leben, dass der Wissensstand der Politiker über unser Berufsfeld gegen Null tendiert und differenzierte psychotherapieimmanente Argumentationen deshalb im Moment keine Chance haben. Nur Argumentationen, welche übergeordnete Güter betreffen, die allen PolitikerInnen geläufig sind, haben eine Chance, perzipiert zu werden. Im Kampf „gesundheitspolitische Panikmache“ gegen „Verfassungsargumente“ waren die kürzen Spiesse aber ebenfalls auf unserer Seite.

Referendum oder staatsrechtliche Beschwerde?

War damit der politische Kampf für eine Äquivalenzformel im Kanton Zürich verloren? Das fragten sich die Mitglieder der SPV-Sektion Zürich an ihrer Versammlung vom 23. August. Oder hat ein Referendum im Rahmen

einer Volksabstimmung eine Chance? Nach heftig und kontrovers geführter Diskussion überwog bei den Zürcher SPV-Mitgliedern die Überzeugung, dass ein Referendum zu teuer und chancenlos sei. Wie soll es gelingen, der Bevölkerung im Kanton Zürich Argumente näher zu bringen, welche bereits bei den immer noch ein bisschen besser informierten Politikern nicht verfangen?

Wenn der politische Kampf nichts fruchtet, bleiben die rechtlichen Mittel. Die juristischen Vorabklärungen, die der SPV-Vorstand getroffen hat, geben einer staatsrechtlichen Beschwerde eine realistische Chance. Die Diskussion an der Mitgliederversammlung drehte sich aber nicht nur um die Frage, ob eine staatsrechtliche Beschwerde zu beschliessen sei oder nicht, sondern sie bezog auch die Frage mit ein, ob mit einer weiteren Verzögerung der Inkraftsetzung der Zürcher Gesetzesrevision nicht auch eine weitere Verzögerung der KVG-Verordnung auf Bundesebene zu befürchten sei.

Die Gründung der Plattform FSP-SPV war ja gerade aus der Einsicht zustande gekommen, dass der Dissens zwischen den beiden grossen Verbänden in der Psycho-Szene so ziemlich das einzige ist, was die Politiker mitbekommen haben, und dass dieser Dissens und die Form seiner Austragung den Gegnern einer Psychotherapie-Regelung immer willkommene Argumente für eine Verhinderung oder Verzögerung einer Lösung in die Hände spielte.

Selbstverständlich kann niemand mit Sicherheit sagen, ob bei einem einhelligen Konsens von FSP und SPV in allen Fragen der lang ersehnte Durchbruch zu erwarten wäre. Aber

auf jeden Fall müssten die Gegner in einem solchen Fall ihre Muskeln stärker anspannen und auf die sachlich argumentative Ebene eintreten. Der Dissens SPV-FSP hingegen verhinderte schon im Ansatz eine konstruktive Haltung der Gegner.

Im Nachgang zur öffentlichen Präsentation der SPV-FSP-Plattform an den Pressekonferenzen in Zürich und Neuchâtel im März dieses Jahres wurde jedenfalls deutlich, dass wieder ein energetisches Moment in die Diskussion kam. Es bewegte sich etwas, die Journalisten zeigten Interesse, und auch bei den ärztlichen Kollegen wurde mit Sympathie oder Sorge auf den Schulterchluss der Verbände reagiert.

Wirft der Konfliktherd Zürich unsere nationalen Anstrengungen zurück?

Die Mitgliederversammlung der Zürcher Mitglieder beschlossen in dieser Situation deshalb eine Urabstimmung unter allen SPV-Mitgliedern zur Frage der staatsrechtlichen Beschwerde zu machen, um die Güterabwägung durch die Basis vornehmen zu lassen. Gibt der SPV den Sachargumenten auf dem Platz Zürich den Vorrang, oder gibt er der Durchsetzung der KVG-Verordnung über allem anderen stehende Priorität? Will der SPV den inhaltlichen Konflikt mit der FSP auf dem Platz Zürich ausfechten, oder will er den Grundsatzkonflikt auf die nationale Ebene verschieben und im Rahmen der KVG-Verordnung und des anstehenden eidgenössischen Psychotherapie-Gesetzes austragen?

Die Basis hat im Rahmen der Urabstimmung entschieden, die Ergebnisse sind aufschlussreich. Sie sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

Frage	D	F	Gesamt D+F	Nur Kt. ZH
<i>Ich befürworte die Einreichung der staatsrechtlichen Beschwerde</i>	382	21	403	234
<i>Ich lehne die Einreichung der staatsrechtlichen Beschwerde ab</i>	168	25	193	122
Total abgegebene Stimmen	550	46	596	356
Für die staatsrechtliche Beschwerde sind	69.2%	47.1%	67.4%	65.4%
Gegen die staatsrechtliche Beschwerde sind	30.8%	52.9%	32.6%	34.6%

Das Ergebnis ist eindeutig, bei einer Stimmbeteiligung von über 52 Prozent stimmten 67.4 Prozent, d. h. eine Zweidrittel-Mehrheit der Mitglieder für die staatsrechtliche Beschwerde. Das ist natürlich ein klares Ergebnis, und die Sektion Zürich ist dadurch in ihrem Entscheid bestätigt, eine staatsrechtliche Beschwerde gegen die Revision des Zürcher Gesundheitsgesetzes einzureichen.

Eine genauere Analyse des Abstimmungsergebnisses ist ebenfalls aufschlussreich: So entschieden sich die SPV-Mitglieder der Romandie knapp gegen die staatsrechtliche Beschwerde, und im Kanton Zürich war die Zustimmung zur staatsrechtlichen Beschwerde etwas unter dem Gesamtschweizer Durchschnitt. Man kann daraus schliessen, dass in der Romandie, aber auch in Teilen der Zürcher Mitglieder die Sorge um eine mögliche Verzögerung der KVG-Verordnung grösser ist als bei

den anderen Deutschschweizer und Tessiner Mitgliedern.

Natürlich muss sich der SPV-Vorstand auch fragen, was es bedeutet, wenn ein Drittel der Mitglieder der Äquivalenzformel, d. h. dem Kampf gegen das Psychologie-Monopol nicht eine entscheidende Bedeutung beimisst. Sind das Abnützungerscheinungen? Die Grundausbildungsfrage darf jedenfalls nicht das einzige identitätsstiftende Merkmal des SPV sein. Ebenso wichtig ist der Einsatz für eine liberale pluralistische Psychotherapie-Politik in der Frage der Psychotherapie- und der Forschungsmethoden, eine überzeugende Dienstleistungspalette und ein guter Auftritt in der Öffentlichkeit, der die Mitglieder auf ihren Verband stolz sein lässt.

Unter diesem Aspekt ist es interessant, die Mitgliederstruktur der Urabstimmung zu analysieren, die in Tabelle 2 dargestellt ist.

Nicht ganz die Hälfte der Abstimmenden gab ein universitäres Psychologiestudium an. Ein Fünftel waren HAP-Absolventen, und fast ein Drittel hatten ein anderes humanwissenschaftliches Studium. Die Psychologen unter den Urabstimmenden, welche gewissermassen ihre Schäfchen im trockenen haben, hätten die staatsrechtliche Beschwerde fast im Alleingang verhindern können, wenn alle dagegen gestimmt hätten. Selbst wenn alle Nein-Stimmen von UniversitätspsychologInnen im SPV stammen würden, hätten noch 89 PsychologInnen für die Äquivalenzformel und die staatsrechtliche Beschwerde gestimmt. Es kann also angenommen werden, dass auch die Psychologen im SPV eine Solidarität mit den Nicht-Psychologen üben bzw. die inhaltlichen Vorteile der Interdisziplinarität der Psychotherapie anerkennen. Es ist aber nötig, die Psychologen im SPV durch eine Gesamtpolitik, die sich nicht nur in der Grundausbildungsfrage engagiert, bei der Stange zu halten.

Tabelle 2

Ich verfüge über (Mehrfachnennungen möglich)	D	F	Gesamt D+F
ein abgeschlossenes universitäres Psychologiestudium	252	30	282
abgeschlossenes Psychologiestudium an einer Hochschule	102	4	106
anderes nicht humanwissenschaftliches Universitätsstudium	33	5	38
anderes humanwissenschaftliches Universitätsstudium	153	15	168
Ich erfülle die Kriterien zur Erlangung der Zürcher Praxisbewilligung im Rahmen der Übergangsbestimmungen	326	19	345



Dr. phil. Markus Fähr, Präsident SPV

Nouvelles de l'ASP

La lutte pour une réglementation raisonnable de la psychothérapie se poursuit !

Les membres ASP se prononcent clairement pour la formation d'un pourvoi contre la révision de la loi zurichoise sur la santé

D'importants jalons sont actuellement posés dans le canton de Zurich au niveau de la politique de la santé et de la psychothérapie. Lors de sa séance du 21 août, le Grand Conseil a adopté une révision de la loi sur la

santé selon laquelle, à l'avenir, ne seront admises à la formation en psychothérapie puis à la pratique de cette dernière que les personnes ayant un diplôme de psychologie acquis dans une université suisse.

Les résultats du scrutin furent clairs: 101 voix contre 62 – l'ASP, ainsi que les instituts et associations regroupés au sein de l'AGP (Arbeitsgemeinschaft für eine verantwortbare Psychotherapie-Regelung) ont donc

subi une défaite tangible. Nous nous sommes beaucoup impliqués, mais n'avons pas réussi à convaincre une majorité des parlementaires qu'une réglementation incluant une clause équivalents (faisant que des diplômés dans d'autres branches auraient été acceptés au niveau de la formation de base) représenterait une meilleure solution. On ne peut s'empêcher de penser que les psychologues diplômés de l'université ont réussi à faire passer un message plus simple, même s'ils ne disposaient pas forcément des meilleurs arguments: les psychologues se portent garants de qualité, ils permettent de limiter les coûts, de protéger les patients contre les charlatans et d'éviter une prolifération incontrôlée de la pratique! En clair: nos adversaires ont exploité avec habileté des arguments relevant de la politique de la santé. L'ASP et l'AGP ne luttait pas contre les psychologues, mais seulement contre la manière dont ceux-ci cherchent à s'acquérir un monopole; nous avons donc dû présenter des arguments plus différenciés – qui n'ont pas été entendus. Les résultats du scrutin montrent toutefois que la décision pourrait être autre si les gens étaient mieux informés. Pour l'instant, nous ne pouvons qu'accepter le fait que les politiciens demeurent très peu au courant de notre profession et que des arguments plus différenciés et mieux fondés sur ce qui la caractérise n'ont aucune chance d'être acceptés. Seul un argumentaire se référant à des domaines familiers à tous les politiciens sera reçu. Il reste que dans la lutte « créer la panique dans le domaine de la politique de la santé » contre « respecter la Constitution », nous partions perdants.

Référendum ou pourvoi en droit d'Etat?

Ceci signifie-t-il que la lutte politique que nous avons menée dans le canton de Zurich pour l'adoption d'une clause équivalents est perdue? C'est ce que se sont demandés les membres de la section Zurich lors de leur réunion du 23 août. Un référendum aurait-il des chances? Le débat fut animé et les arguments controversés; mais les membres ASP zurichois ont finalement considéré que le lancement d'un référendum coûterait trop cher

et qu'il n'aurait aucun chance d'aboutir. Comment pourrait-on convaincre la population du canton en utilisant les arguments qui n'avaient pas persuadé les politiciens, alors que ces derniers sont tout de même mieux informés?

Puisque le combat politique n'a pas abouti, il nous reste la possibilité d'exploiter les voies de recours. Le comité de l'ASP s'est informé quant aux aspects juridiques et il semble qu'un pourvoi en droit d'Etat ait de bonnes chances d'aboutir. Par ailleurs, lors de l'assemblée de la section zurichoise le débat a été élargi pour inclure la question de savoir si, en provoquant de nouveaux délais dans la mise en vigueur de la révision de la loi zurichoise, nous ne provoquerions pas également des délais au niveau fédéral (ordonnance LAMal).

La plate-forme FSP-ASP avait été créée parce que nous nous étions rendu compte que le désaccord opposant les deux plus importantes associations de psychothérapeute était devenu une sorte de point focal: les politiciens étaient avant tout au courant du conflit et la forme qu'il avait prise fournissait aux adversaires d'une réglementation de la psychothérapie d'opportuns arguments pour bloquer ou retarder son élaboration.

Il est bien évident que personne ne peut dire avec certitude que si FSP et ASP étaient en accord parfait, nous pourrions obtenir ce que nous visons depuis longtemps à tous les niveaux. Il est pourtant de fait que si les deux associations étaient d'accord entre elles, nos adversaires devraient rassembler leurs énergies et formuler leurs arguments à un niveau plus objectif. Le désaccord qui règne entre ASP et FSP les a en fait empêchés d'adopter une attitude constructive.

Lors des présentations de la plate-forme FSP-ASP dans le cadre des conférences de presse organisées à Zurich et à Neuchâtel (mars 2000), il s'est clairement avéré que le débat en avait retrouvé un certain dynamisme. Quelque chose bougeait, les journalistes manifestaient leur intérêt et même les médecins nous ont fait parvenir leurs réactions (sympathie ou inquiétude) à la nouvelle de la création de la plate-forme.

Le conflit zurichois va-t-il avoir des effets sur les efforts que nous entreprenons sur le plan fédéral?

Lors de leur assemblée du 23 août, les membres de la section Zurich de l'ASP ont décidé de soumettre leur projet de pourvoi devant le Tribunal fédéral (concernant la révision de la loi zurichoise sur la santé) au vote de principe de tous les membres de l'association. Il fallait que tous puissent peser les arguments pour et contre de cette démarche. L'ASP va-t-elle accorder priorité aux arguments objectifs en rapport avec le canton de Zurich ou va-t-elle considérer qu'il est plus important de parvenir aux buts fixés concernant l'ordonnance LAMal? L'ASP doit-elle gérer son conflit avec la FSP au niveau du canton de Zurich ou va-t-elle le transférer au niveau fédéral, au cadre des démarches concernant l'ordonnance LAMal et la loi fédérale sur la psychothérapie qui est en préparation?

La base a donc pris position; les résultats sont intéressants. Ils sont présentés ci-dessous.

La participation au scrutin a été de 52 pour-cent. Son résultat est clair: 67.4%, donc une majorité de deux tiers pour la formation d'un pourvoi. La section Zurich se voit donc confor-

Vote concernant un éventuel pourvoi en droit d'Etat	CH-A	CH-F	Total A+F	Canton de ZH
<i>Je suis POUR</i>	382	21	403	234
<i>Je suis CONTRE</i>	168	25	193	122
Total des bulletins renvoyés	550	46	596	356
Sont favorables à un pourvoi	69.2%	47.1%	67.4%	65.4%
Sont contre la formation d'un pourvoi	30.8%	52.9%	32.6%	34.6%

tée dans sa décision de s'adresser au Tribunal fédéral.

Une analyse plus précise des résultats du scrutin fournit des indications supplémentaires : une petite majorité des membres romands de l'ASP se prononcent contre la démarche ; dans le canton de Zurich le pourcentage de ses partisans est légèrement inférieur à la moyenne pour l'ensemble de la Suisse. On peut donc en conclure que les Romands, mais aussi une partie des Zurichois craignent plus fortement qu'elle provoque des délais par rapport à l'ordonnance LAMal que ne le font les autres membres alémaniques et les Tessinois.

Bien évidemment, le comité ASP doit se demander ce que signifie le

fait qu'un tiers des votants n'attribue pas une importance décisive à la clause équivalents, ou en d'autres termes à la lutte contre un éventuel monopole des psychologues. S'agit-il là des effets de l'usure ? Il ne faut en tout cas pas que la question de la formation de base contribue trop fortement à définir l'identité de l'ASP. Il faut aussi que nous nous engagions pour une politique libérale, avec une approche pluraliste de la question des méthodes de psychothérapie et de recherche dans ce domaine. Il faut en outre que nous continuions à offrir un choix attractif de prestations et à nous présenter au grand public de manière telle que nos membres puissent être fiers de leur association.

De ce point de vue, l'analyse de la structure des votants est intéressante. Elle donne les résultats suivants.

Un peu moins de la moitié des participants au vote a un diplôme universitaire en psychologie. Un cinquième d'entre eux est diplômé HAP (IAP), alors que presque un tiers de ces personnes a étudié une autre branche des sciences humaines. Si tous les psychologues participant au vote l'avaient voulu, ils auraient pu considérer qu'ils se retrouvaient en quelque sorte bien nantis et auraient pu, à eux seuls, inverser le résultat du scrutin. Même à supposer que tous les votes contre proviennent de psychologues avec diplôme universitaire, il resterait 89 psychologues favorables à la clause équivalents et au pourvoi. Il est donc possible de conclure que les psychologues membres de l'ASP se comportent de manière solidaire avec les non-psychologues et qu'en plus, ils admettent que l'interdisciplinarité de la psychothérapie constitue l'un de ses aspects importants. L'ASP va toutefois devoir continuer à s'assurer du soutien de ses membres psychologues en pratiquant une politique globale qui ne se contente pas d'intervenir au niveau de la formation de base.

*Markus Fäh, dr. phil.,
président ASP*

J'ai (plusieurs catégories possibles)	CH-A	CH-F	Total A+F
un diplôme universitaire en psychologie	252	30	282
un diplôme de psychologie attribué par une haute école	102	4	106
un diplôme universitaire dans une branche n'appartenant pas aux sciences humaines	33	5	38
un diplôme universitaire dans une branche des sciences humaines autre que la psychologie	153	15	168
Je satisfais aux critères posés à l'accord d'une autorisation de pratique dans le canton de Zurich dans le cadre des dispositions transitoires	326	19	345

Bericht aus der Schweizer Charta für Psychotherapie

Beteiligung an der staatsrechtlichen Beschwerde

Die Charta-Mitgliederversammlung vom 2.9.2000 hat beschlossen, dass die Charta sich gemeinsam mit anderen Beschwerdeführern an einer staatsrechtlichen Beschwerde gegen das vom Zürcher Kantonsrat erlassene Psychotherapie-Gesetz beteiligt und unter Berücksichtigung des Budgets die anfallenden Kosten mitträgt.

Die Mitgliederversammlung ging dabei von der Überzeugung aus, dass die Zürcher Psychotherapie-Regelung

das Wesen der Psychotherapie, wie es die Charta vertritt, in Frage stellt. Die Charta-Institutionen haben sich mit ihrer Mitgliedschaft zu einem pluralistischen Verständnis von Psychotherapie bekannt, sowohl was die Grundausbildung als auch die Gleichberechtigung der Methoden, sofern sie den Charta-Kriterien genügen, betrifft. Die Zürcher Regelung führt zu einer willkürlichen Ausgrenzung von wissenschaftlich qualifizierten

Persönlichkeiten aus dem Psychotherapeutenberuf. Sie widerspricht zudem mit der ausschliesslichen Zuordnung der Psychotherapie zur Psychologie und Medizin der Tatsache, dass diese eine eigenständige Wissenschaft darstellt, die ihre Wurzeln in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen hat. Es geht der Charta mit dieser Klage nicht um Standespolitik, sondern um ein bildungspolitisches Anliegen und nicht zuletzt um die Identität der Psychotherapie überhaupt.

*Peter von Tessin,
Präsident*

Personelle Änderungen im Vorstand

Irene Lüscher als Vorstandsmitglied und Vizepräsidentin zurückgetreten

Persönliche Eigenschaften und berufliche Konstellationen machten die Mitarbeit von Irene Lüscher in der Charta zu einem eigentlichen Glücksfall. Begonnen hatte alles damit, dass wir vor fünf Jahren jemanden suchten, der die Protokolle der Mitgliederversammlung verfassen konnte. Dies war nicht so einfach, wie es heute



scheinen mag, denn unsere Organisation war damals im Aufbau, und eine unmissverständliche Protokollierung der Beschlüsse, die in sehr komplexen und oft auch divergenten Diskussionen zustande kamen, war anspruchsvoll. Hier kamen die kommunikativen und sprachlichen Fähigkeiten von Irene Lüscher voll zum Tragen. Wir profitierten so von ihrer Grundausbildung in Germanistik und Romanistik, nicht zuletzt auch im Umgang mit unseren französischsprachigen Mitgliedern. Diese Fähigkeiten alleine würden es aber noch nicht rechtfertigen, von einem Glücksfall zu sprechen. Viel wichtiger war ihre Eigenschaft, in Strukturen denken zu können – eine Eigenschaft, die in unseren Kreisen nicht allzu häufig anzutreffen ist – in Kombination mit der Fähigkeit, vermitteln zu können und einem ausgesprochen politischen Flair. Glücksfall in der beruflichen Konstellation war, dass sie in dieser Zeit auch Studienleiterin des Jung-Institutes war. So konnte sie einerseits ihre Erfahrung mit den mannigfaltigen Problemstellungen im Bereich der Ausbildung in die Charta einbringen und andererseits das damals eher konserva-

tive Curatorium des Jung-Institutes über die wissenschaftlichen und politischen Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie informieren.

So ist es nur klar, dass sie in das Amt der Vizepräsidentin gewählt wurde, als sich unsere Organisation die Form eines Vereines gab. Hier konnte sie alle Eigenschaften einsetzen, galt es doch die internen Strukturen aufzubauen und zum Funktionieren zu bringen. Dabei fiel ihr das wohl komplizierteste Ressort zu, die Leitung der Aus- und Weiterbildungskommission, wo es ihr gelang, den Zulassungsausschuss, das Ergänzungsstudium, den Fortbildungsausschuss und den Gewährleistungsausschuss unter einen Hut zu bringen.

Nicht zuletzt muss ich auch erwähnen, dass Irene Lüscher in unseren oft hitzigen Diskussionen im Vorstand sehr ausgleichend wirkte und dass die Zusammenarbeit mit ihr sehr angenehm und immer inspirierend war. Wir verlieren in ihr nicht nur eine fähige Funktionärin. Ich hoffe, dass sie in der einen oder anderen Form auch in Zukunft noch mithelfen wird.

Mario Schlegel

Peter Schulthess neues Vorstandsmitglied

Peter Schulthess ist als neues Vorstandsmitglied einstimmig gewählt worden. Er hat den Prozess der Charta seit dem Beginn 1999 massgeblich mitgeprägt und als Vorsitzender des Gewährleistungsausschusses mitgearbeitet. Hier hat er z. B. die Überprüfung der Institute bezüglich der Einhaltung der Charta-Normen vorgenommen. Die einstimmige Wahl darf somit durchaus auch als Auszeichnung für seine bisherige Arbeit gewertet werden. Der Vorstand ist jedenfalls glücklich, mit ihm eine kompetente, in der Öffentlichkeit und in Psychotherapeutenkreisen bestens bekannte und tatkräftige Persönlichkeit gewonnen zu haben. Ich bin überzeugt, dass Peter Schulthess nicht nur keine Einarbeitungszeit braucht, sondern gleich neue Impulse einbringen wird. Ein Beispiel ist sein Antrag zur Beteiligung der Charta an der staatsrechtlichen Beschwerde. Das

folgende Curriculum ist eine leicht gekürzte Version seiner Vorstellung an der Mitgliederversammlung.

Mario Schlegel

Beruflicher Werdegang

Studium der Pädagogik, Psychologie und Philosophie an der Uni Zürich, Abschluss als lic. phil. I. Psychotherapieausbildung in Gestalttherapie am Fritz Perls Institut. Seit 1974 in selbständiger Berufstätigkeit als Psychotherapeut in Gemeinschaftspraxis in Zürich. Seit 1990 als Ausbilder am IGW für die Schweizer Ausbildungsgänge tätig. Mitwirkung in vielen Institutionen der Sozialarbeit und Suchttherapie als externer Psychotherapeut und Supervisor. 1986–92 Präsident des Schweizer Vereins für Gestalttherapie und Integrative Therapie. In dieser Funktion erfolgreiche staatsrechtliche Beschwerde gegen eine verfassungswidrige Zürcher Psychotherapieverordnung. Seit 1991 Mitarbeit in der Charta als Delegierter des SVG. Seit 1991 Mitglied im Gewährleistungsausschuss der Charta, seit 1999 dessen Vorsitzender. Seit 1994 Mitglied des Studienrates des „Ergänzungsstudiums Psychotherapiewissenschaften“. Seit 1994 leitende Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft für eine verantwortbare Psychotherapieverordnung (AGP). Engagement für eine Zürcher Psychotherapieverordnung im Sinne der Charta.

Motivation zur Vorstandsarbeit: Kontinuität der Gewährleistung einer guten Koordination und Kooperation der Ausschüsse in der Aus- und Weiterbildungskommission. Mitwirkung in der Interessenvertretung der Charta gegen aussen, insbesondere in Fragen der Ausbildungskonzeption in der Gesetzgebung (Bund und Kantone).

Privates

Aufgewachsen in Zürich, Indien, Zürich, Zürcher Oberland. Verheiratet, 4 erwachsene Kinder, 2 Enkelkinder. Hobbies: Biken, Skitouren, Snöben, Reisen, Töfftouren und Pétanque spielen.

*Peter Schulthess, lic. phil. I
Psychotherapeut SPV u. SVG
Bergstrasse 92, 8712 Stäfa
Tel. 01 796 19 20, Fax 01 796 19 21
e-mail: pschulthess@goldnet.ch*

Nouvelles de la Charte suisse pour la psychothérapie

Participation au pourvoi devant le Tribunal fédéral

Lors de leur assemblée du 2.9.2000 les membres de la Charte ont décidé que leur association se joindrait à d'autres requérants pour former un pourvoi contre la loi sur la psychothérapie promulguée par le Grand Conseil zurichois; elle participera aux éventuels frais dans le cadre de son budget.

Ce faisant, les participants ont agi en fonction de leur propre conviction: la réglementation zurichoise

porte atteinte à l'essence de la psychothérapie, telle que la conçoit la Charte. En adhérant à cette dernière, les institutions membres ont souscrit à une conception pluraliste de notre discipline, que ce soit au niveau de la formation de base ou à celui de la valeur égale des méthodes qui satisfont aux critères formulés. La réglementation zurichoise entraîne l'exclusion arbitraire de personnes qui

seraient qualifiées pour pratiquer la profession. En associant la psychothérapie à la psychologie et à la médecine, elle ne tient pas compte du fait que celle-ci constitue une discipline indépendante issue de différentes branches de la science. En s'associant au pourvoi la Charte n'accorde pas priorité aux aspects liés à la politique professionnelle: il s'agit pour elle d'une question relevant de la politique de l'éducation ainsi que de l'identité même de la psychothérapie.

Peter vonTessin

Changements au sein du comité

Irene Lüscher démissionne en tant que membre du comité et vice-présidente

Nous avons eu beaucoup de chance de pouvoir bénéficier de la collaboration d'Irene Lüscher au sein de la Charte, du fait de ses qualités personnelles mais aussi de son expérience professionnelle. Tout a commencé au moment où, il y a cinq ans, nous avons cherché une personne qui serait chargée de rédiger les procès-verbaux de l'assemblée des membres. Contrairement à ce que l'on pourrait penser aujourd'hui, cela ne fut pas si simple: notre organisation était encore en train de se former et la tâche consistant à formuler de manière claire des décisions représentant l'aboutissement de discussions complexes et contradictoires était exigeante. Ici, Irene pouvait déployer tout son talent pour la communication et l'écriture, puisqu'elle avait étudié la langue et la littérature allemande et française – ce dernier point étant important par rapport à nos membres romands. Mais ces qualifications ne justifiaient pas à elles seules le mot 'chance'. Sa capacité à penser de manière structurée a joué un rôle encore plus important – du fait surtout que relativement peu de thérapeutes sont ca-

pables de le faire –; à celle-ci s'ajoutaient son don pour la médiation et son très bon flair politique. Par rapport à sa pratique professionnelle, mentionnons qu'elle était à l'époque responsable du programme d'études de l'Institut Jung. Ceci lui a permis d'une part de se fonder sur cette expérience pour aborder les problèmes variés associés au domaine formation de la Charte et, d'autre part, de tenir au courant le Curatorium de l'Institut Jung – qui, à l'époque, avait une attitude relativement conservatrice – des évolutions scientifiques et politiques qui se déroulaient dans le domaine de la psychothérapie.

Il paraît donc évident qu'au moment où la Charte se donna la forme d'une association, Irene en fut élue vice-présidente. A ce poste elle pouvait mettre en œuvre tous ses talents, en contribuant à développer les structures internes de celle-ci et à les faire fonctionner. Elle se chargea du ressort qui est sans doute le plus complexe, en devenant présidente de la commission de formation et de formation permanente; dans ce cadre, elle réussit à coordonner les activités de la commission d'admission, de la filière complémentaire, du comité de formation continue et du comité des normes.

Mentionnons enfin que lors des débats souvent agités qui ont eu lieu entre les membres du comité, Irene Lüscher a constamment fait preuve d'une capacité à concilier les différents points de vue. Travailler avec elle a toujours été un plaisir et une source d'inspiration. Sa démission représente plus que la perte d'une fonctionnaire douée. Dans ce sens, j'espère beaucoup que nous pourrions continuer à compter sur son soutien, sous une forme ou sous une autre.

Mario Schlegel

Peter Schulthess nouveau membre du comité

Peter Schulthess a été élu membre du comité à l'unanimité. Il a participé au processus de la Charte depuis le début 1998 et assumé la fonction de président du comité des normes. Rappelons que ce comité est entre autres chargé de vérifier que les instituts respectent les normes de la Charte. Il est permis de penser que le fait qu'il ait été élu à l'unanimité récompense aussi le travail qu'il y a accompli jusqu'à maintenant. En tout cas le comité est heureux d'avoir pu s'assurer la collaboration d'une personne compétente, dynamique et bien connue dans les milieux de thérapeutes comme à l'extérieur. Je suis convaincu que Peter Schulthess n'aura pas be-

soin de se mettre au courant et sera donc à même de fournir immédiatement de nouvelles impulsions. Je pense par exemple à la motion qu'il a présentée, demandant que la Charte s'associe à la formation d'un pourvoi. Le CV ci-dessous est une version légèrement abrégée de celui qu'il a présenté à l'assemblée des membres.

Mario Schlegel

Parcours professionnel

Licence de pédagogie, de psychologie et de philosophie à l'Université de Zurich. Formation psychothérapeutique en Gestalt-thérapie à l'Institut Fritz Perls. Associé depuis 1974 à un cabinet de groupe, pratique de la profession à titre indépendant. Depuis 1990 formateur IWG, dans le cadre des filières suisses. Collaboration en tant que psychothérapeute externe et que superviseur à de nombreuses institutions de l'assistance sociale et de la thérapie des toxicomanies. 1986-92: président de l'association suisse pour la Gestalt-thérapie (Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie). Dans cette fonction, formation d'un pourvoi en droit d'Etat contre une ordonnance



zurichoise en matière de psychothérapie: le tribunal décida que celle-ci était inconstitutionnelle.

Collaboration à la Charte depuis 1991 en tant que délégué du SVG. Depuis 1991 membre du comité des normes de la Charte; nomination au poste de président en 1999. Depuis 1994 membre du conseil aux études de la « filière complémentaires en sciences psychothérapeutiques ».

Depuis 1994 collaboration au niveau dirigeant dans le cadre de l'Arbeitsgemeinschaft für eine verant-

wortbare Psychotherapieregulung (AGP). Investissement en faveur d'une réglementation zurichoise de la psychothérapie dans le sens de la Charte.

Motifs pour devenir membre du comité: assurer la continuité au niveau de la coordination et de la coopération entre les différents comités associés à la commission de formation et de formation permanente. Envie de collaborer à la représentation des intérêts de la Charte à l'extérieur et en particulier au niveau des questions liées à la conception de la formation à adopter dans le domaine législatif (Confédération et cantons).

Données personnelles

J'ai passé mon enfance à Zurich, aux Indes, à Zurich puis dans l'Oberland zurichois. J'ai quatre enfants d'âge adulte et deux petits-enfants. Hobbies: VTT, randonnées à ski, snowboard, voyages; je suis fan de moto et de pétanque.

*Peter Schulthess, lic. phil. I
Psychothérapeute ASP et SVG
Bergstrasse 92*

8712 Stäfa

Tél. 01 796 19 20, Fax 01 796 19 21

e-mail: pschulthess@goldnet.ch

Fortbildungsveranstaltungen der Charta-Institutionen

Psychoanalytisches Seminar Zürich

Zyklus: **Film und Psychoanalyse**. U.a. mit Fredi Murer, Markus Imhof, Katrin Silberschmidt, Elisabeth Geiger. Genaues Programm über Sekretariat Psychoanalytisches Seminar Zürich, Quellenstrasse 25, 8005 Zürich, 01 271 73 97

Schweizer Psychotherapeuten-Verband SPV

Selbstmarketing und Praxistools. 27./28. Oktober. **Psychotherapie und Sucht**. 18. November. Auskunft: Sekretariat SPV, Tel. 01 266 64 00, www.psychotherapie.ch

Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie SVG

Integrierte Diagnostik psychischer und psychosomatischer Störungen. 19.–21. 1. 2001, Zürich. Anmeldung: SVG-Sekretariat 01 341 09 08

Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit EAG, Fritz Perls Institut FPI

Supervisionsseminar für KindertherapeutInnen. B. Metzmaker, 30. 9 – 4. 10. 2000, Boldern. **Kompaktcurriculum: Poesie und Bibliotherapie**. H. Sprenger 30. 11. – 3. 12., 4 x 4 Tage. Männedorf. **Erstinterview und prozessuale Diagnostik**. H. Petzold. 28. 2. – 4. 3. 2001 Neukirch. Auskunft: Tel. 02192/8580, Fax 02192/85822, EAG.FPI@t-online.de, <http://www.integrative-therapie.de>

Stiftung Szondi-Institut

Ringvorlesung: **Psychotherapie für Kinder und Jugendliche**. Wintersemester 2000/01, 17 Uhr – 18 Uhr 30. Ort: Szondi-Institut, Krähbühlstrasse 30, 8044 Zürich, Tel. 01 252 46 55

Institut für Körperzentrierte Psychotherapie und Atemschule IKP

Eingehen auf die spirituelle Lebenshaltung in Psychotherapie und Beratung: Wie, wann, weshalb? Dr. med. Y. Maurer, Fr/Sa 1. u. 2. Dez. 2000, 9.15 bis 19.15. **Mit der Praxis verknüpfte Theorie zur Körperzentrierten Psychotherapie IKP**. Dr. med. Y. Maurer, Fr – So 19. – 21. Januar 2001. Ort: IKP Zürich. Anmeldung: IKP, Kanzleistrasse 17, 8004 Zürich Tel. 01 242 29 30, Fax 01 242 72 52, e-mail: ikp@access.ch, www.ikp-therapien.com.

IGW Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg

Diagnostik und Behandlung von Beziehungsstörungen auf dem Hintergrund der interpersonellen Psychotherapie. Dr. K. Stauss, 8.–10. 2. 2000, Grönenbach. **Wege aus der Depression**. Dr. K. Schneider, 23.–25. 2. 2001, Wahlen/Eifel. **Gestalttherapie bei Borderline- und anderen strukturellen Störungen**. A. Votsmeier, 23.–24. 3. 2001, Grönenbach. Auskunft: IGW, Theaterstr. 2, D-9707 Würzburg. Tel. 0049 931 35445 0, Fax 35445 44, e-mail: info@igw.gestalttherapie.de

Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudoin

Séminaires cliniques et théoriques durant l'année sur la psychothérapie d'enfants et adultes dans l'optique de Charles Baudoin, de C.G. Jung et de Freud. Renseignements: Michèle Rodé, tél et fax 032 724 52 61. Symposium: **L'humain et l'inhumain**, Prof. Tobie Nathan, Paris, Silvia Amati, Italie. 12. 11. 2000, Uni Mall, Genève.

Schweiz. Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung SGGT

Gewahrsein-Wachstum-Kongruenz. Michael Gutberlet, Tel. 01 784 94 11, 5. 11. 2000, Tagungszentrum Rügel, Seengen AG. **Focusing-Einführung**. Lucia Rutishauser, Tel. 01 272 16 88, 24–25. 11. 2000 und 1.–2. 12. 2000 in Zürich. **Intervention de crise (en français)**. Philippe Wandeler, Tel. 026 460 14 50. Das gesamte Kursprogramm kann bei der SGGT, Schoffelgasse 7, 8001 Zürich, bestellt werden.

C.G. Jung-Institut, Zürich

Supervisionsgruppe für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Forschungskolloquium. Forschungsprojekte, Diskussion wissenschaftlicher Grundlagen der Analytischen Psychologie resp der Psychotherapie. Fr. 18.00–20.00, 8. 12. 2000, 19. 1. 2001, 2. 2. 2001. **Symposium**: Der Traum im Alltag. Zum Umgang mit Träumen in verschiedenen Lebenssituationen. Sa, 4. 11., 10.15 – 16.00. C.G. Jung-Institut Zürich, Hornweg 28, 8700 Küsnacht, Tel. 01/914 10 40 23, Fax 01/914 10 50.



Editorial



Man könnte sagen, ein Gespenst geht sozusagen um in der Psychotherapie in Deutschland und in Europa: Der Begriff der „Qualitätssicherung“ ist in aller Munde oder liest sich in allen möglichen fachlichen Publikationen. Der EAP forscht, jeder „forscht“. Das Wochenmagazin „Spiegel“ (Nr. 36 vom 4.9.2000) leistet sich gar einen Artikel, indem die Behauptung aufgestellt wird, es gäbe keine seriösen Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie. Darüber hinaus wird die heilende Wirksamkeit von Psychotherapie generell infrage gestellt.

Anstoß ist die Herausgabe des „Lexikons der Psychotherapie-Irrtümer“ von Rolf Degen. Der Artikel strotzt jedoch von Unkenntnis ohnegleichen, so dass man ihn am liebsten nicht ernst nehmen und kopfschüttelnd beiseite legen möchte. Natürlich kommen Fragen auf danach, wessen Interessen denn hier verfolgt werden sollen, nicht wohl diejenigen von Hunderttausenden Therapiesuchenden oder derjenigen, denen Psychotherapie wichtige Dienste geleistet hat in ihrem Leben. Für mich sind 20 Jahre Berufstätigkeit als Gestalttherapeutin mit weitaus überwiegend selbstzahlenden KlientInnen und PatientInnen schon eine ganze Menge Qualitätssicherung. Es fällt mir schwer, mir vorzustellen, dass all die Menschen meinen Manipulationskünsten aufgefressen und in absolute Abhängigkeiten von meiner Person verfallen sind, wenn sie dazu bereit waren, für ihre Therapien hunderte, manchmal mehrere tausend DM aus eigener Tasche zu bezahlen ohne dabei erkennbaren Nutzen und eine Verbesserung ihrer psychischen und nicht selten körperlichen Gesundheit zu erreichen (man verzeihe mir diese Spaltung). Alle Vergleiche mit empirischer Forschung und mit den Wirk-

samkeitsstudien über stofflich gebundene Medikamente und Placebo-Studien im Bereich der Medizin sind für die Psychotherapie eben nicht heranzuziehen. Auch in der Körpermedizin hat sich längst bewiesen, dass letztlich die Wirksamkeit der medizinischen Behandlung immer in Abhängigkeit zu sehen ist von der jeweiligen *Beziehung* zwischen Arzt und Patient.

Psychotherapie kann nicht mechanistisch in der Form der Verabreichung irgendwelcher Techniken nach vor-fabrierten Rezepten geschehen. Was heilt, ist die Beziehung zwischen Therapeut und Klient, der sich einbringt mit seiner Person, verfeinert und professionalisiert durch seine fachliche, die Bereiche Selbsterfahrung, Praktikum und Supervision umfassende Ausbildung sowie seine zunehmende Berufserfahrung im Laufe der Zeit. Und natürlich ist noch lange nicht genug geforscht und untersucht, wir sind bei allem, was wir wissen, noch ganz am Anfang. So wie es Dinge gibt zwischen Himmel und Erde, die man nicht weiß, gibt es noch vieles im Bereich der Psychotherapie, was wir nicht wissen. Was ist komplexer, als die menschliche Psyche? So ist Psychotherapie auch anzusehen als eine Wissenschaft der Komplexität. Schon Sokrates erregte Aufsehen, indem er unter die Leute ging und allen erzählte, dass er weiß, dass er nichts weiß ...

Aber was und wer wird beforscht, wie und nach welchen Kriterien soll sinnvolle Psychotherapieforschung geschehen? Michael Lukas Moeller beschreibt im letzten *Psychotherapie Forum* die Beforschung der Arbeitsweise und Wirksamkeit psychoanalytischer Ausbildungsgruppen. Er führt auch aus, wie groß der Widerstand ist, die eigene Berufspraxis auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen und führt

Möglichkeiten und Beispiele an, wie mit diesem Widerstand umgegangen und wie sinnvoll geforscht werden kann. Er propagiert, dass die Untersuchungen von eigens dafür beauftragten Instituten vorgenommen werden sollten.

Eberhard Schneider, Dipl.-Psychologe an der Psychosomatischen Klinik Horn-Bad Meinberg, hat auf der Mitgliederversammlung in seinen Ausführungen deutlich gemacht, dass Qualitätssicherung die Eigenständigkeit der Psychotherapie berücksichtigen und erhalten muss, denn „Psychotherapie ist eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin ...“

Auch auf der EAP-Konferenz in Dublin fand sich dieses Thema in vielen Beiträgen. Wir im DVP werden Fragen der Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung in Zukunft einen größeren Raum einräumen. Dies

ist ein Ergebnis der Diskussion auf der Mitgliederversammlung vom 16. September dieses Jahres.

Das nun langsam hinter uns liegende Sommerloch hat sich anscheinend auch bei unseren Mitgliedern breit gemacht, jedenfalls war es lange Zeit so, dass Mitteilungen für das Supplement ausblieben, sowohl was den inhaltlichen als auch was den Veranstaltungsteil anbetrifft. So bleibt es mir denn, im wesentlichen kurz über die vergangene Mitgliederversammlung mit Neuwahl des Vorstandes zu berichten. Außerdem erhielt ich gleichzeitig, sozusagen in letzter Minute, noch einige Materialien mit berufpolitisch interessanten Informationen, welche wir hier ebenfalls teilweise veröffentlichen.

*Aschaffenburg, 22. September 2000
Gisela Steinecke*

- Anerkennung des DVP als NAO und des EAP und dafür:
- Erarbeitung der nationalen Übergangsregelungen für die Vergabe des ECP¹
- Erarbeitung von Ethikrichtlinien auch im Hinblick auf die Einrichtung einer Beschwerdestelle
- Erarbeitung von Antragsformularen für das ECP sowie einer Verfahrensweise zur Überprüfung der ECP-Anträge
- Mitarbeit des DVP auf europäischer Ebene.

Derzeit hat der DVP knapp 250 Mitglieder incl. 42 Mitgliedsverbände.

Für die kommende Amtsperiode werden primär folgende Schwerpunkte benannt:

- Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung der Aktivitäten der DVP-Mitglieder (Verbände und Einzelmitglieder)
- Stärkung des ECP-Status auf nationaler und europäischer Ebene.

Abschließend dankte Frau Dr. Cornelia Krause-Girth allen Mitgliedern, die aktiv an der Gestaltung und Durchführung der Arbeit des DVP mitgewirkt haben. Ihr Dank galt insbesondere den Mitgliedern des engeren und erweiterten Vorstandes, dem Arbeitskreis „Ethik“ unter der Leitung von Jo Schnorrenberg für die Erarbeitung der Ethikrichtlinien des DVP sowie dem Arbeitskreis „Qualitätsstandards“ unter der Leitung von Martha Lütticken für die Erarbeitung der Übergangsrichtlinien für die Vergabe des Europazertifikats.

Der Kassenbericht und Kassenprüfungsbericht lag sämtlichen Teilnehmern vor, sie wiesen keinerlei Beanstandungen auf. Die Kosten für die Geschäftsstelle hängen mit den zusätzlichen Leistungen der Geschäftsstelle aufgrund der Bearbeitung von ECP-Anträgen und Beratungen von ECP-AntragstellerInnen zusammen. Nach einer kurzen Diskussion wird der amtierende Vorstand auf Antrag mit 20 Stimmen, keiner Gegenstimme und 5 Enthaltungen entlastet.

Vorstandswahlen

Wahl der/des 1. Vorsitzenden

Folgende Personen wurden durch die MV vorgeschlagen:

¹ Europäisches Zertifikat für Psychotherapie.

Kurzbericht der Mitgliederversammlung vom 16. 9. 2000

Nach der *Begrüßung* der TeilnehmerInnen (10 Uhr) durch die amtierende 1. Vorsitzende, Frau Cornelia Krause-Girth, gab Jo Schnorrenberg (Stellvertreter) eine kurze Einführung in den nachfolgenden Vortrag zum Thema „*Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Versorgung – zum Problem einer angemessenen Evaluierung von Psychotherapie*“. Als Referenten geladen waren Herr Dipl.-Psych. Eberhard Schneider, Klinik Horn-Bad Meinberg, sowie Herr Prof. Dr. Ivar Hand, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, welcher jedoch nicht erschienen ist. Geplant war eine kontroverse Diskussion der beiden, so kam es aber ausschließlich zu den Ausführungen Herrn Schneiders, der sehr prägnant seine Thesen verdeutlichte, wonach Qualitätssicherung in der Psychotherapie die Eigenständigkeit und besonderen Eigenarten der Psychotherapie zu berücksichtigen hat, da Psychotherapie auch nicht die Anwendung von vorfabrizierten Rezepten sein kann und darf. Bewährte Qualitätsmerkmale dürfen durch (so-

genannte) Qualitätssicherung nicht verdrängt werden: Supervision, Teambesprechungen, Stationskonferenzen, schriftliche Falldarstellungen haben bleibenden Stellenwert in der Qualitätssicherung von Psychotherapie. Unter der Moderation von Frau Dr. Ulrike Burgwinkel, WDR Köln, kommt es anschließend zu einer anregenden Diskussion zwischen Teilnehmern und Referent mit einer guten Überleitung zu zukünftigen Perspektiven und Aufgaben des DVP.

Begrüßung, Einleitung, Referat und anschließende Diskussion wurden auf Band aufgezeichnet und können bei Bedarf in schriftlicher Form vorgelegt werden.

Rechenschaftsbericht und Entlastung

Ab 15 Uhr trug Prof. Dr. Cornelia Krause-Girth den Rechenschaftsbericht des noch amtierenden Vorstands vor. Als Schwerpunkte der Vorstandsarbeit der vergangenen Legislaturperiode wurden benannt:

- Gisela Steinecke
- Jo E. Schnorrenberg
- Ulrich Sollmann
- Daniele Kammer

Mit Ausnahme von Daniele Kammer lehnten alle weiteren vorgeschlagenen Personen die Kandidatur ab. Daniele Kammer wurde mit insgesamt 22 Stimmen (Kammer 1: 8 Ja-Stimmen, 2 Enthaltungen, 0 Gegenstimmen / Kammer 2: 14 Ja-Stimmen, 1 Enthaltung, 0 Gegenstimmen) zur 1. Vorsitzenden gewählt. Daniele Kammer nahm die Wahl an.

Wahl des engen Vorstandes (zwei stellvertretende Vorsitzende und Schatzmeister)

Folgende Personen wurden durch die MV vorgeschlagen:

- Ulrich Sollmann
- Jo E. Schnorrenberg
- Richard Blamauer
- Gisela Steinecke
- Ravi Welch
- Cornelia Krause-Girth

Mit Ausnahme von Gisela Steinecke, Ravi Welch und Cornelia Krause-Girth lehnten alle weiteren vorgeschlagenen Personen eine Kandidatur ab.

Der neue enge Vorstand

- 2 stellvertretende Vorsitzende: Gisela Steinecke und Cornelia Krause-Girth
- Schatzmeister: Ravi-Welch

wurde mit insgesamt 25 Stimmen (Kammer 1: 10 Ja-Stimmen, 0 Enthaltungen, 0 Gegenstimmen/Kammer 2: 15 Ja-Stimmen, 0 Enthaltungen, 0 Gegenstimmen) gewählt.

Alle gewählten Personen des engen Vorstands nehmen die Wahl an. Hiermit wurden Herr Ravi Welch und Frau Gisela Steinecke in ihren bisherigen Ämtern bestätigt.

Wahl des erweiterten Vorstandes

Ein Antrag, den erweiterten Vorstand auf 5 Mitglieder zu beschränken, wird mehrheitlich abgelehnt. Ein weiterer Antrag, den erweiterten Vorstand auf 10 Mitglieder zu beschränken, wird mehrheitlich angenommen

Zum neuen erweiterten Vorstand wurden folgende Personen durch die

MV (Kammer 1 und Kammer 2) vorgeschlagen: Marie-Luise Conen, Richard Blamauer, Ulrich Sollmann, Albert Willems (in Abwesenheit als bisheriges Mitglied des erweiterten Vorstandes), Alfred Köth, Hans Krens, Paul Marx, Hannelore Ruhe-Hollenbach, Thomas Kornbichler, Marianne Eberhard, Jo E. Schnorrenberg.

Mit Ausnahme von Jo E. Schnorrenberg nehmen alle weiteren vorgeschlagenen Personen die Kandidatur an. Sie wurden mehrheitlich durch die beiden Kammern 1 und 2 gewählt. Alle gewählten Mitglieder des erweiterten Vorstandes nehmen die Wahl an.

Kassenprüfer

Für die kommende Amtsperiode des Vorstandes wurden Clavigo Lampart und Thomas Winkler als Kassenprüfer vorgeschlagen. Beide nehmen die Kandidatur an. Sie werden mehrheitlich von der MV zu neuen Kassenprü-

fern gewählt. Die beiden genannten Personen nahmen ihr Amt als Kassenprüfer an.

Die neue Vorsitzende des DVP, Daniele Kammer, beschließt gegen 18 Uhr die Mitgliederversammlung. Als erster Termin für eine Sitzung des erweiterten Vorstandes, an der natürlich alle Interessierten des DVP ohne Stimmrecht teilnehmen können, wird der 15.12.2000, 12 bis 18 Uhr, in der DVP-Geschäftsstelle vereinbart.

Die Wahlen haben in getrennten Wahlgängen der Kammern stattgefunden: Kammer 1 = Einzelmitglieder, Kammer 2 = Verbandsmitglieder.

Mit Hilfe der WahlleiterInnen Frau Hannelore Ruhe-Hollenbach und Frau Evelyn Kastner wurden die Wahlen zügig und professionell durchgeführt. Protokollführer war Karl-Heinz Balon, Geschäftsführer des DVP. Wir danken Ihnen und insbesondere allen anwesenden Mitgliedern für die Mitarbeit und für ihre Unterstützung.

Karl-Heinz Balon, Gisela Steinecke

Schwerpunkt: Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Gesendet in WDR 5, Wissenschaftsmagazin Leonardo, 26. 4. 2000, 16.05-17.00 Uhr*

Anmod: Patienten sollen die Behandlung bekommen, die für sie optimal ist. Daher ist seit Anfang 1989 für das deutsche Gesundheitswesen eine Qualitätssicherung gesetzlich vorgeschrieben.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind Begriffe, die ursprünglich in der Autoindustrie eingeführt wurden. Damals wurden beispielsweise bei der Herstellung von Lack, Metall oder einzelnen Komponenten wie Lichtmaschinen die Arbeitsvorgänge so detailliert beschrieben und normiert, dass die Endprodukte immer über die selbe gute Qualität verfügten. Doch diese Vorgehensweise ist im medizinischen Bereich schon wesentlich komplizierter

als bei industriellen Produkten. Denn die Qualität des Endproduktes „Gesundheit“ ist häufig nicht so genau zu messen wie die Qualität einer Farbe oder eines Metalls.

Besonders schwierig wird die Qualitätssicherung im Bereich der Psychotherapie. Mit welchen Problemen Mediziner und Psychologen dabei zu kämpfen haben, berichtet in unserem heutigen Schwerpunkt Marcus Schwandner:

Deutschland hat ein im internationalen Vergleich einzigartig gutes psychotherapeutisches Versorgungssystem. Allein die DKV, die größte private Krankenversicherung, finanziert ihren 775.000 Mitgliedern pro Jahr rund 6000 Psychotherapien. Im Durchschnitt dauert jede Therapie 80 Stunden, bei einem Preis von etwa 185 Mark pro Sitzung. Verlässliche Zahlen für die gesetzlichen Krankenversicherungen liegen nicht vor, je-

* Mit freundlicher Genehmigung des WDR und des Autors.

Autor: Marcus Schwandner, Redaktion: Jo E. Schnorrenberg.

doch erhielten die Therapeuten von den gesetzlichen Kassen im dritten Quartal 1999 lediglich ein Honorar in Höhe von etwa 90 DM je Sitzung. Dieter Ziegenhagen, medizinischer Berater der Deutschen Krankenversicherung:

Wir gehen davon aus, dass fast 20% der Privatversicherten in Deutschland einmal im Laufe ihres Versichertenlebens eine Psychotherapie (PT) in Anspruch nehmen. Bei dieser Zahl ist auch mitgezählt die Kurzzeit PT, die meistens bei 25 Stunden liegen. Dazu kommt, dass in der BRD praktisch einmalig im internationalen Vergleich über 10.000 Betten für die psychosomatische Rehabilitation bereitgehalten werden. Ein System, das es in allen europäischen und anderen Industrieländern in dieser Form nicht gibt. Insgesamt ist also ein sehr hohes Angebot an PT im deutschen Gesundheitswesen verfügbar.

Doch bislang gibt es kaum verlässliche Daten darüber, wie effektiv psychotherapeutische Behandlungen sind. Zudem gibt es verschiedene Therapieverfahren, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Der Psychologe Frank Meyer, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für klinische Psychologie der Ruhr-Universität Bochum:

Also, wenn ich einen Patienten habe, der unter einer Agoraphobie leidet, der Angst hat, sein normales Umfeld zu verlassen und dann große, starke körperliche Symptome bekommt, dann würde eine Verhaltenstherapie (VT) als Therapieziel festlegen, dass ein Patient im Rahmen der Therapie dahin kommen muss, dass er diese Situationen wieder aufsuchen kann, und zwar ohne dass er Angst bekommt in dieser Situation. Ein Tiefenpsychologe würde einen ganz anderen Hintergrund sehen, er würde eher gucken: was gibt es für frühkindliche Erfahrungen, die dieser Patient hat, die zu diesen Ängsten beigetragen haben, und das Ziel würde für diesen Therapeuten darin bestehen, diese frühkindlichen Erfahrungen aufzuarbeiten und innerpsychische Konflikte auflösen, und am Ende der Therapie wäre sein Erfolgskriterium, in welchem Maße diese Konflikte aufgearbeitet sind oder auch nicht. Das ist etwas, womit sich der VT überhaupt nicht beschäftigt. Ein Gesprächstherapeut (GT) würde Wert

darauf legen, dass ein Patient sehr viel stärker zu dem wird, was der Patient will, dass er mehr zu seinen eigenen Werten und Gefühlen stehen kann und klarer bekommt: das ist das Ding, was ich eigentlich durchziehen will in meinem Leben. Ein GT würde dann eben sagen, mein Erfolgsmaß besteht darin, in welchem Maße nähert er sich diesem Idealzustand, den er für sich selber sieht. Also man sieht schon, das sind ganz unterschiedliche Bereiche und Konzeptualisierungen von Therapieerfolg.

Doch nicht nur innerhalb der verschiedenen Therapierichtungen, wie Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Verfahren oder Gesprächspsychotherapie, gibt es unterschiedliche Vorstellungen vom Sinn und Erfolg einer Therapie. Im Vorwort des Handbuchs zur Psychologischen Basis Dokumentation, einem Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie, der gemeinsam von zehn medizinischen psychotherapeutischen Fachgesellschaften erarbeitet wurde, schreiben die Autoren:

Es gibt keine Qualität psychotherapeutischer Leistungen per se. Qualität ist immer im Hinblick auf die am einzelnen Patienten orientierten angestrebten Behandlungsziele definiert. Damit ist Qualität als eine „Wertung“ direkt von der konkreten Zielvorstellung abhängig. Unter Berücksichtigung auch von identischen Krankheitsbildern können diese Ziele, bezogen auf unterschiedliche Patienten, durchaus unterschiedlich sein.

Dies wiederum bedeutet, dass Therapieziele vor der Behandlung durch den Therapeuten und den Patienten festgelegt werden müssen. Doch selbst dann, wenn beiden die Ziele klar sind, ist der Erfolg der Therapie noch immer nicht garantiert, meint Karl Lauterbach, Direktor des Institutes für Gesundheitsökonomie der Universität zu Köln:

Und zwar ist der Erfolg der PT, wie in kaum einem anderen Bereich, von der Kombination des Therapeuten und des Verfahrens abhängig, d. h., ein in Regel sehr gutes Verfahren kann bei einem damit weniger geübten Therapeuten erfolglos sein, und somit ist diese Kombination von besonderer Bedeutung.

In der Verhaltenstherapie wurden daher Handbücher entwickelt, um sicherzustellen, dass jeder Therapeut

die Methode gleichermaßen anwendet. In diesen sogenannten Manualen wird genau beschrieben, wie ein Therapeut bei einem Patienten mit einer bestimmten Störung vorgehen muss. Diese Methode hält Dieter Ziegenhagen, medizinischer Berater der Deutschen Krankenversicherung, für sehr erfolgversprechend:

In den angelsächsischen Ländern und in Skandinavien ist die PT-Szene deutlich stärker durch VT-Ansätze gekennzeichnet, also mit überwiegend kürzeren und symptomorientierten Therapien, aufgrund dieser anderen Situation ist daher auch die manualgestützte Therapie weit verbreitet.

Das ist eine Behandlung, die sich stark an den initial festgelegten Zielen orientiert und die Art der Behandlung an den Symptomen des Klienten ausrichtet, also beispielsweise bei Angstpatienten, Phobien relativ deutlich vorgibt, in welchen Schritten der Patient zu behandeln ist.

Wie erfolgreich die Verhaltenstherapie und solche Manual-gestützten Behandlungen sind, wird in langjährigen Studien ermittelt:

Am Institut für Psychotherapie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf werden in Fragebögen die Besonderheiten des Patienten eingetragen, also zum Beispiel seine Sichtweise der Krankheit und deren Ursache, aber auch seine sozialen Fähigkeiten und sein Selbstbild. Diese werden vor, während und 3, 6, 12 und 24 Monate nach der Therapie ausgefüllt. Außerdem werden der Verlauf der Therapie und die Vorgehensweise des Therapeuten erfasst. In der letzten großen Studie haben die Hamburger Wissenschaftler 10 Jahre nach Therapieende 700 ihrer Patienten befragt. Diese litten vor der Therapie entweder unter einer Phobie, darunter versteht man z. B. Platzangst, soziale Ängste oder Höhenangst, oder unter sogenannten Zwangsstörungen.

Diese Krankheiten wurden ausgewählt, da deren Symptome durch Fragebögen recht gut erfasst werden können. Der Verhaltenstherapeut Iver Hand:

Da kommt heraus, dass erstmal die Beteiligung an diesen Studien zwischen den Störungsgruppen recht unterschiedlich ist. Bei den Menschen, die eine Zwangsstörung haben, beteiligen sich etwa nur mehr 50% an der Nachuntersuchung, während wir bei

den Phobien eine Beteiligung von 65 bis 85% haben. Und ähnlich sind dann die Erfolge bei denen, die zur Nachuntersuchung gekommen sind. Die variieren zw. 50% bei den Zwangs-kranken, sie sehen also ganz klar, was auch jeder erfahrene Therapeut weiß, am einfachsten behandelbar sind Menschen, die ausschließlich eine umschriebene Platzangst oder eine spez. Phobie haben, da sind die Erfolgsquoten 80 bis 90%.

Diese Untersuchung war dadurch möglich, dass Verhaltenstherapeuten eine Therapie dann als erfolgreich bewerten, wenn der Patient nicht mehr unter den zuvor genannten Beschwerden und Symptomen leidet. Es gibt also ein relativ eindeutiges Therapieziel. Die Leiter der Klinik in Hamburg könnten theoretisch sogar prüfen, welcher Therapeut für die erfolgreiche Behandlung seiner Klienten die wenigsten Stunden gebracht hat. Psychologen befürchten nun, dass durch diese Art der Dokumentation eines Tages massive Einschnitte in die psychotherapeutische Versorgung möglich sein könnten. Indem beispielsweise die maximale Stundenzahl für die Behandlung einer bestimmten Störung festgelegt wird:

Es gibt ein solches System in England, das von Prof. Marx entwickelt wurde und in einigen Kliniken in England, in Neuseeland und in Australien im Verbund angewendet wird, und da können Sie in der Tat dann sehen, die Behandlung dieses Patienten X durch den Therapeuten Y mit einem Effekt einer 75% Symptomreduktion hat soundsoviel englische Pfund gekostet. Und beim nächsten Patienten und Therapeuten soundsoviel. Kein Mensch würde daraus als erstes schließen, dass der Therapeut im ersten Setting nachgewiesenermaßen besser ist als der im zweiten Setting, sondern da kommen ganz andere Überlegungen hinzu. Womit sich die PT aber anfreunden müssen, und da kommen sie nicht drum herum, sonst gehen sie den Bach runter, ist, dass in einem gewissen Rahmen ihr Handeln quantifizierbar werden muss, dass sie auch sich bereit erklären müssen, in vergleichende Studien reinzugehen.

Für Psychoanalytiker dagegen ist es wesentlich schwieriger, ein Therapieziel festzulegen. Denn in einer Psychoanalyse soll der Patient verstehen

lernen, wie ihn frühkindliche Erlebnisse prägten. Therapie muss also mehr zum Ziel haben, als reine Symptomlinderung, wenn eine Qualitätssicherung für alle Therapierichtungen eingeführt werden soll, meint Karl Lauterbach, Direktor des Institutes für Gesundheitsökonomie der Universität zu Köln:

Im Vordergrund müssen immer die Lebensqualität und die Lebensdauer stehen. Die PT hat Einfluss auf beides, meistens indirekt. Die Behandlungsziele arbeiten auf eine Verbesserung der Lebensqualität hin, und die kann also verbessert werden durch die Symptombefreiung oder eben auch durch ehrgeizige Ziele wie in der Analyse, wenn Sie so wollen. Wichtig ist, dass alles auf die Lebensqualität zurückgeführt werden kann.

Mittlerweile gibt es mehrere Fragebögen, die von verschiedenen medizinischen oder psychologischen Vereinigungen entwickelt wurden. Alle haben das Ziel, den therapeutischen Prozess zu erfassen, Ziele festzulegen und für Transparenz und Klarheit in der Psychotherapie zu sorgen.

Die eingangs erwähnte „Psychologische Basis Dokumentation“ besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil werden diagnostische und soziographische Daten, also Alter, Beruf, Bildungsstand etc. abgefragt. Im zweiten Teil sollen der Patient und der Therapeut Ziele für die Behandlung formulieren und angeben, an welchen Verhaltensweisen des Klienten sie erkennen können, ob die Ziele erreicht wurden. Im dritten Teil wird die Veränderung des Befindens des Patienten am Ende der Therapie gegenüber dem Behandlungsbeginn dokumentiert. Der Therapeut muss einschätzen, wie sich die körperliche und psychische Symptomatik verändert hat. Und, ob sich das Selbstwertgefühl des Patienten, seine soziale Kompetenz und seine Beziehungen im privaten und beruflichen Bereich gebessert haben. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage, ob der Patient durch die Therapie eine veränderte Haltung der Zukunft gegenüber entwickelt hat.

Diese Psychologische Basis-Dokumentation, kurz Psy-Ba-Do genannt, wurde von zehn medizinisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften erarbeitet und soll für alle Therapie-schulen, also nicht nur für die Analyse und die Verhaltenstherapie, praktika-

bel sein. Doch daran zweifelt der Verhaltenstherapeut Frank Meyer:

In der Psy-Ba-Do gibt es den Bereich der Zielfestlegung für den einzelnen Patienten, also: was sind die Ziele, die ich mit dem Patienten erreichen will? Wenn ich gut abschneiden will, dann lege ich einfach Ziele fest, die der Patient schon am Anfang der Therapie erreicht hat. Des weiteren gibt es Untersuchungen, die nachweisen, dass erfahrene Therapeuten vor allen Dingen darin gut sind, schwierige Patienten aus ihrer Klientel auszu-sieben. Also sie suchen sich vor allem solche Patienten aus, bei denen sie sagen: mit denen kann ich gut arbeiten, mit denen werde ich gute Erfolge haben. Und wenn ich jetzt eine externe Qualitätssicherung (QS) mache, dann kann das dazu führen, dass gerade schwierige Patienten, Patienten, die gerade große Probleme haben, von den Therapeuten nicht mehr angenommen werden, weil sie befürchten, dann bestimmten Repressalien ausgesetzt zu werden und evtl. aus dem Kassensystem ausgeschlossen zu werden.

Eine externe Qualitätssicherung, bei der zum Beispiel die Krankenkassen oder Berufsverbände die Leistungen einzelner Therapeuten überprüfen könnten, würde sich negativ auf den therapeutischen Prozess zwischen Patient und Behandler auswirken. Denn Therapeuten kämen unter Druck, möglichst schnell ihre Behandlung erfolgreich abzuschließen zu müssen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der mittlerweile durch das Psychotherapeutengesetz auch die meisten psychologischen Psychotherapeuten angeschlossen sind, favorisiert eine interne Qualitätssicherung. Der Geschäftsführer Rainer Hess:

Das ist mit Sicherheit geplant, wobei allerdings die PT, was qualitäts-sichernde Maßnahmen anbelangt, eine Schwierigkeit aufweist: sie hat keine messbaren Laborergebnisse. Deswegen kann man QS in der PT nur in Form von Qualitätszirkeln durchführen, d. h. also, die zusammenführen, die PT machen, sie unter Moderation ihre Erfahrungen in der PT austauschen lassen und aus diesen Erfahrungen heraus das eigene Verhalten auszurichten.

Regelmäßige Treffen einer Gruppe von Psychotherapeuten unter der Lei-

tung, der Moderation eines Kollegen könnte also die Qualität der Behandlungen verbessern. Diese Methode hat den Vorteil, dass keine Kontrollmechanismen das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Psychotherapeut belasten.

Die Bemühungen, eine gemeinsame Qualitätssicherung für alle Therapieverfahren einzuführen, gehen dem Bochumer Verhaltenstherapeuten Frank Meyer jedoch nicht weit genug. Er träumt von einem eigenständigen Berufsstand:

Auf lange Sicht muss es eine Ausbildung für PT geben, einen Berufsstand und die Ausbildungsinstitute müssen anerkannt sein, d. h., sie müssen die besten und effektivsten Verfahren für die einzelnen Störungen kennen und vermitteln und darüber hinaus auch vermitteln: wie gehe ich um mit Patienten, auf die diese Manuale nicht passen, wo es Schwierigkeiten gibt. Institute, wo eben alle Inhalte, die man aus den unterschiedlichen Therapierichtungen kennt, auch mit gelehrt würden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bemüht sich um eine neutrale Position, das heißt, dass die Dauer einer Therapie nicht als Maßstab für deren Erfolg gelten kann. Der Geschäftsführer, Rainer Hess:

Das würde bedeuten, dass wir eine Bewertung zwischen Analyse und VT vornehmen und sagen: die VT ist ökonomischer und deswegen vorzuziehen. Das würde bedeuten, dass wir in den PT-Schulenstreit eingreifen. Das haben wir bisher bewusst unterlassen und werden es auch in Zukunft tun. D. h., es gibt die analytisch ausgerichtete PT und es gibt die VT ausgerichtete Therapie, so dass wir bisher beide Methoden gleichberechtigt nebeneinander laufen lassen, obwohl die Stundenzahlen und die genehmigten und die Höchststundenzahlen unterschiedlich hoch sind, aber das ist nun einmal eine Folge der unterschiedlichen Ansätze und wird von uns bisher so gebilligt. Ich glaube nicht, dass wir hier eine Bewertung zu Gunsten einer der beiden Methoden vornehmen.

Es könnte also sein, dass die verschiedenen Therapierichtungen einen gemeinsamen Qualitätsstandard formulieren und dessen Sicherstellung gewährleisten. Ansonsten könnte es dazu kommen, ähnlich wie in

Amerika, dass jede Therapieschule ihre eigenen Standards entwickelt. Das hätte zur Folge, dass es eine Vielzahl verschiedener Ausbildungsinstitute gäbe, jedes mit eigenem Qualitätsmanagement und eigenen Zeugnissen. Der Patient müsste aus einer undurchschaubaren Fülle verschiedener Methoden mit jeweils eigenen Zielen und Standards eine für ihn geeignete auswählen.

In unserem Nachbarland Österreich wurde ein gemeinsamer Standard in der Psychotherapie bereits vor 10 Jahren definiert. „Psychotherapeut“ ist dort ein eigenständiger Berufsstand und keine Zusatzausbildung für Ärzte oder Psychologen. Die staatlich definierte Ausbildung dauert 7 Jahre. Therapeuten können aus über einem Dutzend wissenschaftlich anerkannter Methoden auswählen. In Deutschland sind nur drei Methoden anerkannt. Der Europäische Verband für Psychotherapie vergibt ein europäisches Zertifikat für Psychothe-

rapie mit einem ähnlichen Standard wie in Österreich. Dessen Generalsekretär Dr. Alfred Pritz erinnert daran, dass bei allen Bemühungen um eine Normierung und Standardisierung die Bedeutung des Talents des Therapeuten nicht vergessen werden darf:

Bei uns ist es also auch möglich, dass Lehrer, Sozialarbeiter und durch, wir nennen es Genieparagrafen, auch begabte Personen diese Ausbildung zum PT durchlaufen können. Der Gesetzgeber hat deswegen auch Nicht-Psychologen und Nicht-Ärzte zugelassen, weil es genug Beispiele in der Geschichte der PT gibt, dass es sinnvoll ist. Also ich verweise nur auf einige Heroen der PT: der Pfarrer Pfister war Pfarrer, die Anna Freud war Grundschullehrerin, der Erik Erikson, einer der bedeutendsten Autoren dieses Jahrhunderts in der Psychoanalyse, war ein gescheiterter Kunststudent und hat in der Psychoanalyse seine Begabung entwickeln können und hat Weltbedeutung erlangt.

Internationaler Vergleich von Psychotherapiehonoraren als Orientierungshilfe

Aktuelle Honorardiskussion und internationaler Standard*

Der zunehmende Verfall der Psychotherapiehonorare hat nach Bowe (1999) bereits nach der Einführung von Punktwerten in den EBM 1987 eingesetzt. Psychotherapeutische Leistungen sind überwiegend zeitgebunden. Psychotherapeuten konnten daher der Abwärtsentwicklung der Punktwerte kaum durch Ausweitung des Leistungsspektrums begegnen. Diese Entwicklung hat sich nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 weiter verschärft. Die Zahl der Anbieter psychotherapeutischer Leistungen hat zugenommen. Gleichzeitig legte der Gesetzgeber durch unzureichende Bestimmungen im Psychotherapeutengesetz, im Solidaritätsstärkungsgesetz

und im GKV-Gesundheitsreformgesetz ein völlig unzureichendes Psychotherapiebudget für 1999 fest (Bühning, 2000b). Das führte in verschiedenen Regionen zur existenziellen wirtschaftlichen Bedrohung von Psychotherapiepraxen (Glöser, 1999).

Unzureichende ökonomische Fundierung bedroht inhaltliche Entwicklung

Die gesetzliche Festlegung des Psychotherapiebudgets für 1999 bezog das Kostenerstattungsvolumen der Krankenkassen ein. Diese machten jedoch Schwierigkeiten bei der Ermittlung der von ihnen 1997 für Kostenerstattung aufgewendeten Beträge geltend (Schildt, 2000). Regionen, in denen bis dahin keine Kostenerstattungen erfolgten, wurden doppelt schlechter gestellt, da dann auch die gesetzlich festgelegte Erhöhung

* Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Springer-Verlag GmbH & Co KG, Berlin, aus: Psychotherapeut 4/2000, S 249–252. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2000.

des Kostenerstattungsvolumens ausfiel. Das Bezugsjahr für die Budgetermittlung war unglücklich gewählt.

Andere Gesetzesmängel kamen hinzu. So wurde zwar eine gesetzliche Vorgabe im Artikel 11 Absatz 2 PTG zur Stützung des Punkteswerts für Psychotherapie formuliert, wenn dieser relativ zu stark absinkt. Welche Maßnahmen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen als Partner der Selbstverwaltung dann tatsächlich ergreifen müssen, blieb jedoch unklar (Hahne-Reulecke, 2000). Immerhin berücksichtigt die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Zeitgebundenheit und Genehmigungsbedürftigkeit von Psychotherapie und deren Auswirkungen. Allerdings wird die Durchsetzung der wirtschaftlichen Gleichstellung von Ärzten für Allgemeinmedizin und Psychotherapeuten noch weitere juristische Auseinandersetzungen erfordern.

Wirtschaftliche Interessenkonflikte belasten die Versorgungsqualität

Konflikte zwischen den Berufsgruppen

Die Verlierer des Psychotherapeutengesetzes sind die Sozialwissenschaftler und Pädagogen mit Zusatzqualifikation, für die das Gesetz nicht gilt (Geuter, 1999). Die Gefahr wechselseitig entwertender Auseinandersetzungen (Wirsching, 1998) wächst, da die Neufassung des § 85 SGBV durch das GKV-Gesundheitsgesetz 2000 psychotherapeutisch tätige Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater und nichtärztliche Psychotherapeuten gegenüber Vollzeitpsychotherapeuten benachteiligt (Bühring, 2000a). Ein zu geringes Psychotherapiebudget fördert eine restriktive und integrationshemmende Zulassungspraxis der Kassenärztlichen Vereinigungen (Glöser, 1999).

Konflikte zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen legen die unklaren Regelungen in Art. 11 Abs. 2 des Psychotherapeutengesetzes zur Punktwertunterstützung kontrovers aus. Die Krankenkassen weigern sich, das Psychotherapiebudget aufzustocken. Auch ist zu bezweifeln, dass die Kran-

Tabelle 1. Internationale Übersicht von Psychotherapiehonoraren

Staat	Psychotherapiehonorare nationale Währung	Euro	Rangfolge	Pro-Kopf-Einkommen 1996 Dollar
USA	105 Dollar (US)	86,35 74,00–98,70	3	21,753
Kanada		84,60	4	20,664
Brit. Columbia	120 Dollar (CAN)	83,33–90,91		
North-West Terr.	113 Dollar (CAN)	79,86–87,12		
Nova Scotia	100 Dollar (CAN)	69,44–75,67		
Australien	155 Austr. Dollar	97,70	1	17,502
Südafrika	200–300 Rand	40,21 32,20–48,23	10	2,902
Großbritannien	35–55 Pfund Ster.	70,01 53,00–93,20	7	17,965
Schweiz	140 sFr	82,85 81,80–83,90	5	36,399
Niederlande	130 Gulden	59,00	8	20,707
Österreich	1000–1100 ATS	71,07 63,33–78,81	6	23,115
Deutschland	80 DM	39,00	11	22,561
Schweden	700–800 Kronen	91,74 85,75–97,80	2	24,833
Spanien	7000 PST	42,07	9	13,643
<i>Durchschnitt</i>	132,35* DM	67,16		

* Entspräche einem Punktwert von 9,19 Pfennig

kenkassen ihr bisheriges Kostenerstattungsvolumen vollständig angegeben haben (Hahne-Reulecke, 2000). Zugleich wehren sich die Kassenärztlichen Vereinigungen gegen eine Stützung der Psychotherapiepunkte zu Lasten anderer Arztgruppen (Schildt, 2000).

Konflikte innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen

Ohnehin verläuft die Integration Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht spannungsfrei. Zusätzliche Schwierigkeiten ergeben sich durch die gesetzlich vorgegebene Aufteilung in ein Hausarztbudget und ein Facharztbudget. Die Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Gleichbehandlung von Psychotherapeuten und Allgemeinmedizinern werden innerhalb der Ärzteschaft kontrovers aufgenommen.

Regional unterschiedliche Psychotherapiehonorare

Gesetzesmängel und unterschiedliche wirtschaftliche Leistungskraft bedingen zusätzliches Konfliktpotential

durch regionale Punktwertdifferenzen. Daneben führt auch systemblindes Gewinnstreben einzelner Krankenkassen und Krankenkassengruppen zu neuen Verwerfungslinien. Nach einer von der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten erstellten vorläufigen Übersicht über Punktwerte und Honorare für das 3. Quartal 1999 zahlten etwa in Westfalen-Lippe die Ersatzkassen 101,50 DM und AOK 103,- DM für eine Psychotherapie-sitzung. Diese ohnehin zu niedrigen Honorarsätze oder Punktwerte wurden noch unterboten von Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen mit jeweils 42,10 DM. Noch weniger zahlte nur die AOK Schleswig-Holstein mit 14,50 DM. Ebenso völlig unzureichend sind auch die Ersatzkassenhonorare für Psychotherapie im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen, die teilweise weit unter 75,00 DM pro Stunde liegen.

Psychotherapiehonorare im internationalen Vergleich – Methode des Vergleichs

In 7 europäischen Ländern sowie in Australien, Kanada, den USA und

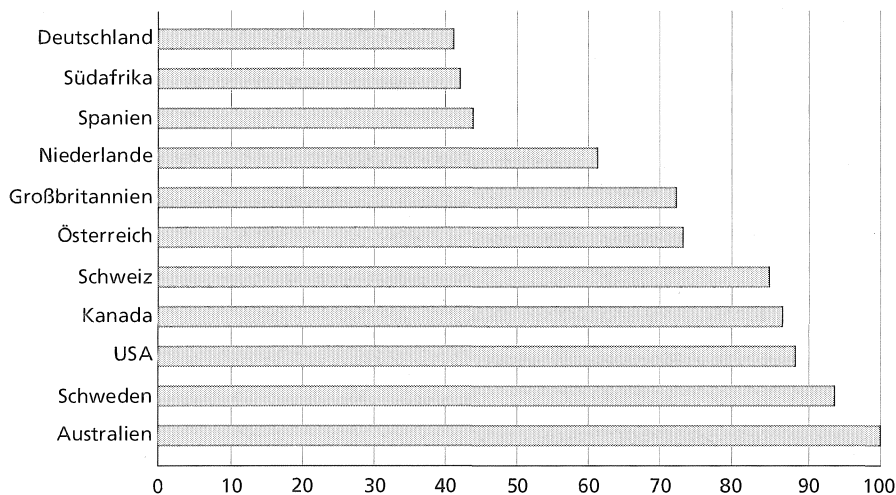


Abb. 1. Psychotherapiehonore (Euro) in ausgewählten Staaten

Südafrika wurde Kontakt zu Psychotherapieverbänden und vergleichbaren Institutionen aufgenommen. Erfragt wurde u.a. das durchschnittliche Honorar für eine Psychotherapiesitzung von 50 Minuten im jeweiligen Land. Teilweise wurden Durchschnittswerte anhand angegebener Minimal- und Maximalhonorierungen ermittelt. In manchen Ländern dauern Psychotherapiesitzungen 40 oder 45 Minuten. Mittels Zeitkorrekturfaktor wurde das Honorar dann jeweils auf eine Standardsitzung von 50 Minuten Dauer umgerechnet. Als weitere Bezugsgröße zur Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der verschiedenen Staaten wurde das Pro-Kopf-Einkommen gewählt. Die Psychotherapiehonore sind entsprechend den Wechselkursen an einem Stichtag im März 2000 von der jeweiligen Landeswährung in Euro umgerechnet worden, sofern nicht ohnehin ein fester Wechselkurs bestand.

Internationale Übersicht von Psychotherapiehonoren

Für insgesamt 11 ausgewählte Staaten einschließlich Deutschland – sind in Tabelle 1 die Psychotherapiehonore und andere Bezugsgrößen aufgeführt.

Zusätzlich wurde graphisch in Abb. 1 die Rangfolge der verglichenen Staaten bezüglich der in Euro umgerechneten Psychotherapiehonore dargestellt.

Nach der Umrechnung in Euro erhalten in Australien Psychotherapeu-

ten das höchste Honorar mit 79,70 Euro. Das Schlusslicht dieses internationalen Vergleichs bilden die Psychotherapeuten in Deutschland, die nach den am Stichtag verfügbaren Daten zum 2. Quartal 1999 sich mit etwa 39 Euro begnügen mussten. Mehr als doppelt so viel wie in Deutschland, also 80 Euro und mehr, verdienen außer in Australien auch die Psychotherapeuten in Schweden, in den USA, in Kanada und in der Schweiz. Hingegen wurde ein ähnlich geringes Honorar wie in Deutschland, nämlich weniger als 43 Euro, nur noch in Spanien und Südafrika gezahlt.

Die deutsche Sonderstellung

Die besondere Honorarsituation in Deutschland wird noch deutlicher, wenn man den Durchschnitt der Psychotherapiehonore in den 11 hier verglichenen Staaten betrachtet. Bezogen auf den Stichtag lagen die Honorare deutscher Psychotherapeuten demnach 42% unter dem internationalen Durchschnitt. Auffallend ist auch das Missverhältnis zur nationalen Wirtschaftskraft. In der Rangfolge der Pro-Kopf-Einkommen nimmt Deutschland nämlich den 4. Platz, also einen der vordersten Plätze ein, während es bei den Psychotherapiehonoren weit hinten liegt. Anders formuliert erhält ein Psychotherapeut in Deutschland ein annähernd gleiches Honorar wie seine Kollegen in Südafrika, obwohl das Pro-Kopf-Einkommen in Deutschland beinahe 8mal höher ist.

Marktwert und Selbstwert von Psychotherapeuten – Professionelle psychotherapeutische Kompetenz allein reicht nicht

Bislang waren Psychotherapeuten nach Einschätzung von Cierpka (1997) mehr mit der eigenen Identität oder Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Therapierichtungen beschäftigt als mit ökonomischen Fragen und Gesundheitspolitik. Die aktuelle Situation verlangt jedoch, dass die Psychotherapeuten in Deutschland ihre ökonomischen Interessen entschiedener vertreten. So müssen die Selbstverwaltungsorgane, möglicherweise auch auf dem Klageweg, zur Einhaltung von gesetzlichen Regelungen und Rechtsprechung gezwungen werden (Schildt, 2000). Dabei dürfen sich die Psychotherapeuten auch nicht durch skeptische Einschätzungen der juristischen Durchsetzungsmöglichkeiten, wie durch Hahne-Reulecke, entmutigen lassen. Ebenso muss der Gesetzgeber zur Korrektur von Gesetzesmängeln und Gesetzeslücken gedrängt werden, zumal nach Thamer (2000) die Gefahr besteht, dass die Politik die wirtschaftliche Gefährdung und Schließung von Psychotherapiepraxen zumindest in Kauf nimmt. Die Empathie der Psychotherapeuten ist also zu ergänzen durch ökonomische Selbstbehauptung. Psychotherapeuten müssen eine Erhöhung ihres Marktwertes anstreben. Das bedeutet auch eine Erhöhung des durch unzureichende Honorierung beeinträchtigten Selbstwerts. Ohnehin sind die Psychotherapeuten vielfältigen emotionalen und anderen Stressfaktoren ausgesetzt (Raimer, 1997). Die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung darf daher nicht noch weiter durch ökonomische Faktoren negativ beeinflusst werden.

Diskussionsklärung durch Orientierung an internationalen Standards

Das konflikthafte Gegeneinander der Interessengruppen im deutschen Gesundheitswesen braucht objektivierende Orientierungshilfen. Einerseits bieten sich hierfür epidemiologische Bedarfsanalysen und Modellversuche an. Diese würden jedoch mehr Zeit benötigen als die aktuellen ökonomischen

mischen Probleme gestatten. Ein anderer wichtiger Orientierungsmaßstab ist daher der internationale Vergleich von Psychotherapiehonoraren und ein daraus abzuleitender Standard. Gerade in ökonomischer Hinsicht sind Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Psychotherapien in verschiedenen Ländern eher objektivierbar. Schwieriger wäre es, alle wichtigen soziokulturellen Unterschiede, Besonderheiten der Ausbildung und andere Einflüsse auf die Praxis der Psychotherapie in den verschiedenen Ländern systematisch darzustellen und zu gewichten (Cierpka, 1997).

Insgesamt ergibt sich die klare Forderung, dass Psychotherapeuten in Deutschland vergleichbar hohe Honorare erhalten müssen, wie ihre Kolleginnen und Kollegen in den Staaten mit ähnlicher Wirtschaftskraft. Diese Forderung kann ernsthaft weder vom Gesetzgeber noch von den Krankenkassen oder den Kassenärztlichen Vereinigungen in Zweifel gezogen werden. Es liegt im Gegenteil im Interesse aller Beteiligten, dass die aktuellen, teilweise sehr kurzgreifenden, formalen juristischen und finanziellen Auseinandersetzungen zwischen den Interessengruppen durch den Blick über die Grenzen anhand eines zusätzlichen Maßstabs neu bewertet werden können. Möglicherweise relativiert eine solche Perspektive bislang vertretene Positionen. Ziel der Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten muss es sein, gemeinsam mit den übrigen Arztgruppen nicht nur eine ausreichende wirtschaftliche Absicherung der ambulanten Psychotherapie, sondern der ambulanten Versorgung insgesamt zu erreichen.

Fazit für die Praxis

Die aktuelle Diskussion über Psychotherapiehonorare ist, trotz der Existenzbedrohung von Psychotherapeuten, vor allem von der Wahrung von Partialinteressen der Interessengruppen bestimmt. Ein internationaler Honorarvergleich kann helfen, einen allgemein akzeptierten ökonomischen Standard für Psychotherapie zu vereinbaren. Das würde die Rückbesinnung auf die inhaltlichen Zielsetzungen der Psychotherapeutischen Versorgung erleichtern.

Literatur

Bowe N (1999) Anhaltende Honorarmisere und ihre Folgen. *Psychotherapeut* 44: 251–256
 Bühring P (2000a) Vergütung ambulanter Psychotherapie. *Ärztliche Psychotherapie im Nachteil?* *Deutsch Ärztebl* 97: A-814
 Bühring P (2000b) Psychotherapeutische Versorgung: unbefriedigende Gesetze. *Deutsch Ärztebl* 97: A-966
 Cierpka M (1997) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihr Beruf. *Psychotherapeut* 42: 267–268
 Cierpka M, Orlinsky D, Kachele H, Buchheim P (1997) Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 42: 269–281

Geuter U (1999) Die Psychotherapie und die Politik. *Psychotherapeut* 44: 322 ff
 Glöser S (1999) Psychologische Therapeuten: es liegt noch viel Pulverdampf in der Luft. *Deutsch Ärztebl* 96: A-2482
 Hahne-Reulecke K (2000) Vergütung psychotherapeutische Leistungen – der Pyrrhussieg der Psychotherapeuten. *Hess Ärztebl* 4/2000: 120–122
 Reimer C (1997) Gefahren bei der Ausübung des Psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut* 42: 307–313
 Thamer U (2000) Psychotherapeutengesetz: ach wie war es doch vordem *Westfäl Ärztebl* 4/00: 36–37
 Wirsching M (1998) Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapeut* 43: 124–129

AKF-Qualitätskriterien für frauengerechte Psychotherapie

Präambel

Jede Form von Therapie steht in einem kulturellen, historischen und gesellschaftspolitischen Kontext.

Psychotherapeutische Behandlung muss dazu dienen, das Selbstbestimmungsrecht und die Kompetenz eines Menschen zu achten und zu fördern. Psychotherapie soll u. a. zum Abbau von Gewaltstrukturen, Diskriminierungen und Benachteiligungen, von denen noch immer besonders Frauen betroffen sind, beitragen.

Frauengemäße Psychotherapie muss den unten angeführten Kriterien entsprechen und sich an ihnen messen lassen.

Grundhaltung

Jede therapeutische Behandlung ist bestimmt von Achtung und Wertschätzung. Angehörige helfender und heilender Berufe müssen ein kritisches Bewusstsein entwickeln von eigenen impliziten Normen und Wertvorstellungen, geschlechtsspezifischen und kulturellen Sichtweisen und von Auswirkungen der Sozialisation.

Sie müssen wissen, dass diese Faktoren bewusst und unbewusst wirksam sind, auch im Kontext von Psychotherapie. Daraus ergibt sich die Forderung, Frauen in ihren realen Le-

benszusammenhängen ganzheitlich wahrzunehmen und zu verstehen.

Eine Frau kann von PsychotherapeutInnen erwarten, nicht nach gängigen Stereotypen (Geschlecht, ethnische Herkunft, Alter, Sexualität, Religion ...) wahrgenommen und behandelt, sondern als individuelle und einzigartige Persönlichkeit geachtet und wertgeschätzt zu werden.

Zur therapeutischen Grundhaltung aller helfenden und heilenden Berufe gehört Kritikfähigkeit in Bezug auf sexistische Inhalte in wissenschaftlichen, weltanschaulichen, politischen und religiösen Denkweisen, welche die Grundrechte und Menschenrechte von Frauen missachten und einschränken.

Interaktion und therapeutische Beziehung

Die Qualität der therapeutischen Beziehung bestimmt wesentlich Erfolg und Heilungschancen einer Behandlung.

Die Beziehung zwischen TherapeutIn und Klientin, die sich im Verlauf des Behandlungsprozesses entwickelt, ist nicht frei von Macht und Abhängigkeitsmustern. Um das Machtgefälle zwischen TherapeutIn und Klientin durchschaubar zu machen und zu verringern, ist zu fordern:

- Umfassendes Informationsrecht der Klientin über alle sie betreffenden Maßnahmen, Vorgänge und Behandlungen sowie mögliche Konsequenzen und Langzeitwirkungen.
- Verpflichtung der BehandlerInnen zu sorgfältiger und ausführlicher Aufklärung.
- Unterstützung und Förderung des Mitgestaltungsrechtes der Klientin im Setting des Beratungs- und Therapieprozesses.
- Alle angewandten Behandlungs- und Therapiemodalitäten werden bekannt und transparent gemacht und miteinander vereinbart (informed consent). Dies betrifft u. a. die Erwartungen an die Klientin in Bezug auf die Mitarbeit (compliance), Therapieziele, Kosten, Dauer, Art der Behandlung, Erfolgskriterien, Grenzen der Therapie und Beendigung der Zusammenarbeit.
- Anspruch auf fachliche und persönliche Kompetenz und psychotherapeutische Professionalität, die sich an dem aktuellen Wissen über therapeutische Wirkungen und Behandlungsmöglichkeiten orientiert.
- Supervision als fachliche Kontrolle ist ein Teil der professionellen Standards. Insbesondere müssen die im Rahmen des therapeutischen Settings entstehenden realen Abhängigkeits- und Machtstrukturen beachtet, reflektiert, überprüft und geklärt werden.
- Patientinnen sind im Rahmen der Therapie vor allen Formen von Machtmissbrauch, Ausnutzung, sexuellen und anderen Übergriffen und Verletzungen zu schützen. Therapeutische Beziehungen schließen gleichzeitige geschäftliche und private Beziehungen aus. Alle Formen von Übergriffen im Rahmen der Behandlung sind als Machtmissbrauch anzusehen und sind schädigend. Die Verantwortung liegt immer bei den TherapeutInnen.

Grundverständnis von Krankheit und Gesundheit

Ein frauenspezifisches Grundverständnis von Krankheit und Gesundheit setzt die Analyse von und die Kritik an traditionellen medizinischen und psychologischen Krankheitsmo-

dellen und deren Gesundheitsbegriff voraus. Gesundheit ist u. a. die Möglichkeit zu selbstbestimmter Arbeits-, Genuss- und Liebesfähigkeit, nicht nur die Erfüllung gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen. Zyklische Veränderungen der Befindlichkeit gehören nicht in den Bereich von Krankheit sondern entsprechen zeitgemäßem Gesundheitswissen über Frauen und Männer. Die herrschenden Rollenzuschreibungen setzen insbesondere Frauen Widersprüchen aus, die Risikofaktoren für psychische, psychosomatische und körperliche Erkrankungen bedeuten.

Diagnostik

Konzepte von Diagnostik und Therapie sind im Hinblick auf ihre impliziten Voraussetzungen, geschlechtsspezifischen Denkweisen und ihr Frauenbild zu überprüfen.

Psychische und psychosomatische Symptome und Störungen werden auch verstanden als nachvollziehbare Reaktionen auf widersprüchliche, repressive und einengende Lebensbedingungen und/oder auf traumatisierende Lebenssituationen.

Frauen entwickeln aufgrund ihrer Sozialisation spezifische Überlebensmuster, Störungen, Problemlösungs- und Vermeidungsstrategien, die entsprechend entschlüsselt werden müssen.

Viele Frauen haben im Laufe ihres Lebens Übergriffe, Grenzverletzungen und Traumatisierungen erfahren, die im diagnostischen Kontext zum Verständnis der innerpsychischen Widersprüche und Konflikte berücksichtigt werden müssen.

Frauengerechte Diagnostik ist prozessual und kontextbezogen. Diagnostik ist ein intersubjektiver Prozess, in dem der Patientin ausreichend Raum gegeben wird, über ihre Situation zutreffende Aussagen und Einschätzungen im Sinne einer Selbstdiagnostik zu gewinnen. Diese sind für den therapeutischen Prozess grundlegend. Zur Diagnostik gehören neben fachspezifischem Grundlagenwissen Kenntnisse von geschlechtsspezifischen Risiken und Belastungsfaktoren.

Therapie

Frauengemäße Psychotherapie soll die Lebensbewältigung der Klientin

unterstützen und ihre Möglichkeiten erweitern, ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Therapie orientiert sich sowohl an den Ressourcen und Handlungskompetenzen der Klientinnen als auch an ihren Konflikten und Traumatisierungen.

Bei der Therapieplanung hat der/die TherapeutIn die Pflicht, über verschiedene Therapieverfahren sowie über ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und sich dafür einzusetzen, dass die Patientin die für sie bestmögliche Therapie erhält.

Ein therapieschulenübergreifender Ansatz seriöser Methoden wird der Unterschiedlichkeit von Patientinnen besser gerecht als Verfahren, die sich ausschließlich an Richtlinienkriterien orientieren.

Der/die TherapeutIn hat die Verantwortung für die Transparenz von Therapieprozessen, angewandten Methoden und therapeutische Beziehungsgestaltung. Sowohl der diagnostische Prozess als auch die angestrebten Therapieziele sollen den Fähigkeiten und dem Veränderungswillen der Klientin entsprechen und mit der Klientin gestaltet werden.

Interaktion und Kommunikation in der Therapie sind entscheidend für die notwendigen heilsamen Beziehungsqualitäten einer Therapie. Die therapeutische Beziehung ist gleichzeitig eine Übertragungs- und eine Realbeziehung. Aufgabe des/der TherapeutIn ist es, Abhängigkeiten von der „Droge Therapie“ zu erkennen und schädigende Abhängigkeiten zu verhindern.

Das zugrundeliegende Heilungskonzept sollte sich an einem Menschenbild orientieren, das Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele begreift. Therapien sollen sowohl Raum bieten für Sinnfragen, als auch spirituelle Bedürfnisse von Menschen ernst nehmen und unterstützen.

Alle Phasen der Therapie einschließlich der Abschlussphase müssen für die Patientin durchschaubar sein und den Transfer von Erleben, Einsicht und Selbstveränderung in den Lebensalltag fördern.

Professionelle Standards

Neben dem Bereitstellen des oben beschriebenen frauengemäßen, för-

derlichen therapeutischen Settings sind als professionelle Standards für PsychotherapeutInnen notwendig:

- Ausreichende eigene Therapie- und Selbsterfahrung
- Interesse und Bereitschaft zum lebenslangen Weiterlernen
- Wissen um die eigenen Kompetenzen und Begrenzungen
- Lebensweisen einer guten Psychohygiene und burn-out-Prophylaxe
- Kollegialer Austausch in verschiedenen Formen der Intervention und Supervision
- Frauenwertschätzende Lebensformen und Vernetzungen

Von allen psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungsinstitutionen ist zu fordern, die dargestellten Aspekte frauengerechter Psychotherapie als sinnvolles und notwendiges Grundlagenwissen in ihre Ausbildungs- und Weiterbildungsrichtlinien zu integrieren.

Erarbeitet von der Fachgruppe Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik im AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.), v.i.S.d.P. Fachgruppensprecherin Dipl.-Psych. Christa Diegelmann, Postfach 410542, D-34067 Kassel, Tel. 0561 13 50 06, Fax 0561 13 50 30

Informationen über das Lebensbewältigungshilfegesetz

Eine Gesetzesvorlage, mit der wir uns im BAPt beschäftigen müssen

Die nachfolgend in Auszügen abgedruckte Gesetzesvorlage wird möglicherweise alle Personen treffen, die selbständig oder institutionell in beratenden, supervisorischen und weiterbildenden Bereichen tätig sind. „Methoden“ der humanistischen Psychotherapie und Lebensberatung werden – ohne genauer definiert zu werden – als gefährlich hingestellt. Durch die Umkehr der Beweislast soll präventiv erreicht werden, dass diese „gefährlichen Methoden“ nicht zur Anwendung kommen.

Seit 1998 gibt es den Zusammenschluss der „Frankfurter Gespräche“. In den „Frankfurter Gesprächen“ hat sich ein Spektrum unterschiedlicher Verbände, Vereine und Institutionen zusammengefunden, die vor kurzem eine übergreifende Presse- und Koordinationsstelle eingerichtet und Ethik-Richtlinien verabschiedet haben, die den Ethik-Richtlinien des BAPt inhaltlich im Wesentlichen entsprechen.

Die „Frankfurter Gespräche“ kümmern sich um diese Gesetzesvorlage (LBHG), die schon vom Tisch zu sein schien. Mitte Januar 2000 beantragten fast alle Bundestagsfraktionen die Empfehlungen der Enquete-Kommission, „sogenannte Sekten und Psy-

chogruppen“ jetzt zu erörtern bzw. umzusetzen. Der Lebensbewältigungshilfegesetz-Entwurf ist wichtiger Bestandteil der Ende 1998 mit dem Schlussbericht erstellten Empfehlungen. In einer Ende Januar dieses Jahres im Bundestag geführten Debatte wurde unter anderem die Forderung erhoben, dass „Sachverständige aus dem Pädagogik- und Psychologiebereich“ für die Lebensberatungszene „ethische Leitlinien“ vorgeben sollen. Darüber hinaus wird gefordert, Anbieter von „gewerblichen Lebensbewältigungshilfen“ zwangsweise den neu entstehenden Psychotherapeutenkammern zu unterstellen (nachzulesen unter: www.frankfurter-gespraech.de).

Historisches: 1997 hat die Freie und Hansestadt Hamburg einen Gesetzesantrag an den Präsidenten des Bundesrates gestellt: „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Rechtsbeziehungen zwischen Anbieterinnen und Anbietern und Hilfesuchenden auf dem Gebiet der gewerblichen Lebensbewältigungshilfe“. Der Antrag war mit der Bitte verknüpft, seine Einbringung beim Deutschen Bundestag gemäß Artikel 76 Absatz 1 des Grundgesetzes zu beschließen und den Antrag nach § 36 Absatz 1 der Geschäftsord-

nung des Bundesrates den zuständigen Ausschüssen zuzuweisen.

Zielsetzung war das Herbeiführen des Schutzes für den Verbraucher vor der missbräuchlichen Anwendung von Techniken, mit denen Bewusstsein, Psyche und Persönlichkeit manipuliert werden können.

In § 1 wird der Anwendungsbereich geregelt. Hier zitiert:

„(1) Die Vorschriften dieses Gesetzes gelten für Verträge über die entgeltliche Gewährung von Lebensbewältigungshilfe, soweit diese gewerblich erfolgt und nicht durch Ärztinnen bzw. Ärzte oder Heilpraktikerinnen bzw. Heilpraktiker im Sinne des Heilpraktikergesetzes vorgenommen wird.

(2) Lebensbewältigungshilfe im Sinne dieses Gesetzes ist die zeitlich begrenzte oder unbegrenzte Interaktion zwischen Helferinnen bzw. Helfern oder einer Helfergruppe und einer hilfesuchenden Person mit dem Ziel der Verbesserung der seelischen Befindlichkeit oder der geistig-seelischen Fähigkeiten, z.B. durch Gespräch, Unterricht, mentales und/oder körperliches Training in sogenannten Selbsterfahrungsgruppen, Kursen, Workshops oder im Selbststudium und Selbsttraining unter Verwendung und/oder audiovisueller Unterrichtsmittel und/oder interaktiver Maschinen.“

§ 2 beschäftigt sich mit Form und Inhalt des Vertrages, § 3 mit dem Widerrufsrecht. Auch hier kurzes Auszugszitat:

„(1) ... wird erst wirksam, wenn sie nicht binnen einer Frist von vier Wochen nach Abschluss des schriftlichen Vertrages der Anbieterin bzw. dem Anbieter gegenüber schriftlich widerrufen wird.

(5) Der Wert der Überlassung des Gebrauchs oder der Benutzung der Sachen oder der geleisteten Lebensbewältigungshilfe bis zum Zeitpunkt der Ausübung des Widerrufsrechts ist nicht zu vergüten.“

§ 4 regelt Anzahlungen/Teilzahlungen, § 5 regelt Kündigungen, § 6 regelt Verbot der Aufrechnung.

§ 7 regelt Beweislastumkehr. Auch diesen Paragraph zitiere ich:

„Werden Ansprüche auf Schadenersatz gegen die Anbieterin bzw. den Anbieter wegen Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschäden aus der Lebensbewältigungshilfe geltend ge-

macht, so hat die Anbieterin bzw. der Anbieter nachzuweisen, dass diese Gesundheitsstörungen bzw. -schäden nicht durch die bei der Lebensbewältigungshilfe angewandten Methoden hervorgerufen wurden, es sei denn, dass die Ursächlichkeit dieser Methoden bei objektiver Beurteilung unwahrscheinlich ist.“

§ 8 regelt Ausschluss abweichender Vereinbarungen/Umgehungsverbote, § 9 regelt Anwendung anderer Gesetze, § 10 regelt ausschließlichen Gerichtsstand, § 11 regelt Übergangsvorschriften, § 12 Inkrafttreten.

Im Weiteren zitiere ich mir im Moment besonders wichtig Erscheinendes aus der Begründung der Zielsetzung dieses Gesetzes:

„Unter der Vielzahl von Anbieterinnen bzw. Anbietern, die auf diesen Markt drängen, sind auch solche, deren Dienstleistungen und Aktivitäten erheblichen Anstoß erregen. Ihnen wird vorgeworfen, durch Einsatz bewusstseinsverändernder Psychotechniken die hilfeschenden Personen abhängig zu machen und sie wirtschaftlich auszubeuten. Dies macht es erforderlich, durch besondere Regelungen der Verbraucherin bzw. dem Verbraucher die Bedingungen des abzuschließenden Vertrages vor Augen zu führen und transparent zu machen und sie bzw. ihn vor voreiligen Vertragsabschlüssen zu schützen. Dies soll insbesondere durch folgenden Instrumente erreicht werden: Aushändigung einer detaillierten, schriftlichen Leistungsbeschreibung, Schriftform des Vertrages, Widerrufsrecht innerhalb von vier Wochen nach Vertragsabschluss.

... Da die Schaffung eines Zulassungssystems überwiegend als zu einschneidend und nicht handhabbar angesehen wird und im Übrigen auch die Anwendung des Heilpraktikergesetzes zumindest fraglich erscheint, kann dem einigermaßen wirksam nur durch die Erleichterung der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen für diesen Fall entgegengetreten

werden. Hiervon ist auch präventiv eine größere Vorsicht im Umgang mit bestimmten Methoden zu erwarten. Dies soll durch eine Beweiserleichterung für die Anspruchstellerin bzw. den Anspruchsteller erreicht werden.

Vom Anwendungsbereich des Gesetzes auszunehmen ist die Ausübung der Heilkunde durch Ärztinnen bzw. Ärzte und Heilpraktikerinnen bzw. Heilpraktiker sowie die nichtgewerbliche Lebensbewältigungshilfe, wie sie durch gemeinnützige Organisationen und insbesondere die Amtskirchen ausgeübt wird.“

Hier ist zu bemerken, dass viele gemeinnützige Institutionen ebenso wie die Amtskirchen sich die Beratung in irgendeiner Form entgelten lassen. Insofern ist zu vermuten, dass diese Beratungen auch gewerblichen Charakter haben.

In der Begründung der einzelnen Vorschriften heißt es zu § 1 u. a.: „Vom Anwendungsbereich sind nach dem Wortlaut des § 1 Absatz 1 mitumfasst Verträge, aufgrund derer die Lebensbewältigungshilfe an eine Dritte bzw. an einen Dritten geleistet werden soll. Diese Konstellation tritt in der Praxis dort auf, wo beispielsweise Unternehmen zum Zweck der Schulung ihrer Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter derartige Verträge abschließen. Auch solche Schulungen sind dann Lebensbewältigungshilfe im Sinne § 1 Satz 2, wenn sie nicht nur auf eine Besserung intellektueller, sondern zumindest auch geistig-seelischer Fähigkeiten wie z. B. Integrations- und Durchsetzungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit etc. abzielen. Lebensbewältigungshilfe kann auch der Lösung von Problemen im beruflichen Bereich dienen. Dass beim Abschluss von Verträgen durch Unternehmen letztlich ökonomische Interessen des Unternehmens verfolgt werden mögen, spielt keine Rolle.“

Hier wird u. E. der gesamte Weiterbildungs- und Supervisionsbereich,

der immer auch Persönlichkeitsentwicklung zum Ziel hat, angesprochen und mit Konsequenzen bedroht.

§ 7 enthält nochmals Ausführungen zur Beweislastumkehr. (Text von der Redaktion gekürzt.)

Der Gesetzeswortlaut kann unter www.lebenskunst.de oder www.frankfurter-gespraech.de nachgelesen werden.

Auf dem letzten Treffen der Frankfurter Gespräche, 18. 6. 2000, wurde durch Anstoß des Arbeitskreises „Erweitertes Menschenbild“ eine Grundlage entwickelt für eine Art Evaluation des Lebensberaterbereiches (Bedarf, Angebot, Effizienznachweis, Qualitätsmerkmale, Qualitätssicherung). Das nächste Treffen der Frankfurter Gespräche ist für Samstag, den 9. 12. 2000, 10–17 Uhr, in Frankfurt geplant.

Für 2001 ist eine Fachtagung mit dem Arbeitstitel „Standortbestimmung und Bedingungen der freien Lebensberatung in Deutschland“ in Planung. Ziel der Tagung soll sein: für Politik und Medien qualifizierte Argumente und gesicherte Erkenntnisse zum Thema zu liefern und dem Interessenausgleich zwischen den Beteiligten in den freien und in den institutionellen Lebensberatungsbereichen zu dienen.

Wir beschäftigen uns zur Zeit im Vorstand mit möglichen Konsequenzen dieser Gesetzesvorlage für unsere Mitglieder und diskutieren darüber, ob wir den „Frankfurter Gesprächen“ beitreten, um eine breite Basis im Kampf um dieses Gesetz zu schaffen. Wir haben den Verdacht, dass nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes Interdisziplinarität und Multiprofessionalität in Deutschland weiter behindert werden sollen. Wir werden Sie/Euch weiter informieren, insbesondere bei der nächsten Mitgliederversammlung.

*Hannelore Ruhe-Hollenbach, Goslar,
Vorstand BAPT*

Veranstaltungskalender

22.–27. Oktober 2000,

Bad Gleichenberg

31. Integratives Seminar für Psychotherapie

Leitung: Dr. Brigitte Verlic
 Auskunft: Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
 Elisabethstraße 20, A-8010 Graz
 Tel. (0316) 380 5762, Fax 390 9658
 e-mail:
 gleichenberg.mpsy@kfunigraz-ac.at
<http://www.kfunigraz.ac.at/ptphwww/gleichenberg>

26.–29. Oktober 2000, Göttingen
Träume – 34. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks e.V.

Leitung: Prof. Dr. med. Eckart Rüther
 Psychiatrische Universitätsklinik
 Göttingen, von-Siebold-Straße 5
 D-37075 Göttingen
 Tel. 0551 396600/01, Fax 392798
 Information:
 Prof. Dr. med. Manfred P. Heuser
 Theatinerstr. 44/V, D-80333 München
 Tel. 089 221580, Fax 089 291 3334
 Geschäftsstelle

27./28. Oktober 2000, Frankfurt
The organization in the mind: Coaching und Führungskräfteberatung

Veranstalter: EPOC European
 Psychodynamic Organizational Consulting
 German office: Schenkendorfstr. 9
 D-60431 Frankfurt
 Tel. 0049-69-82378199
 Weitere Informationen:
 Dr. Bernhard Janta, 0049-621-28580
 Dr. Michael Wolf, 0049-69-889041

4. November 2000, Zürich
Individualpsychologie und Sonderpädagogik

Individualpsychologie und Altersarbeit
Schlussymposium zur Reihe „Praxisfelder der Individualpsychologie“
 Information: Alfred Adler-Institut in Zürich
 Tel. 01/463 41 10, Fax 463 41 12

10. und 11. November 2000, Schaffhausen

Traumaexposition und Traumasynthese

Zweitägige Fortbildungsveranstaltung
 Leitung: Lutz-Ulrich Besser, Zentrum für Psychotraumatologie und Traumazentrierte Psychotherapie Niedersachsen
 Anmeldung und Information:
 Psychotherapeutisches Institut im Park
 Steigstrasse 26
 CH-8200 Schaffhausen
 Tel. 0041 52 624 97 82, Fax 52 625 08 00
 e-mail: hanne.hummel@email.ch
 Internet: www.iip.ch

16.–18. November 2000, Basel
Das Sichtbare und das Verborgene in der Praxis der Körperpsychotherapie

2. Kongress des Schweizerischen Landesverbandes der Europäischen Assoziation für Körperpsychotherapie (CH-EABP)
 Information:
 Dr. Thomas Ehrensperger
 Wielandplatz 2, CH-4054 Basel
 Tel. 061-301 78 78, Fax 061-301 41 61
 e-mail: tpehrens@hin.ch

9. Dezember 2000, Fribourg
Gemeinsame Fachtagung/ Journée scientifique

ARPAG Association Romande pour la Psychothérapie psychanalytique de Groupe – EFPP Sektion Gruppenanalyse Schweiz
 Thema: Das Psychische Trauma und die Gruppe / Le trauma psychique et le groupe
 Information: Sekretariat EFPP
 D. Leser-Junack
 Tel. 061 331 82 92, Fax 061 333 80 31

Ab Herbst 2000, Frankfurt/Main
Fortbildung in Gestalttherapie

1–3-jährige Basisprogramme in Blockseminar- und Abendkurs-Form.
 Fortgeschrittenenkurs für Gestalttherapeuten in den Bereichen Supervision, Systemische Therapie und Körpertherapie (4. Jahr).

Information:

Gestalt-Institut Frankfurt/M. e.V.
 Wilhelm-Hauff-Straße 5
 D-60325 Frankfurt/M.
 Tel. 0049 (0) 69-74 06 99, Fax 74 87 22
 e-mail: info@gestalt-institut-frankfurt.de; <http://www.gestalt-institut-frankfurt.de>

**Ab Herbst 2000, Raum Salzburg
 Weiterbildungs-Curriculum
 2000/2001**

**Therapie von Essstörungen
 (Anorexia & Bulimia nervosa)**

Das Ausbildungsteam umfasst internationale Experten der Therapie von Essstörungen, u.a. Prof. Gerald Russell und Dr. Ulrike Schmidt, U.K., Prof. Walter Vandereycken, Belgien, Prof. Martina de Zwaan, Wien
 Unterricht in deutscher Sprache
 Dauer: 15 Monate, insgesamt 200 Stunden (Wochenblöcke)
 Information beim Leiter des Curriculums:

Ass. Prof. Dr. Günther Rathner
 Spezialambulanz Essstörungen
 Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck
 Fax +43 (0) 512-29 10 84
 e-mail: guenther.rathner@uibk.ac.at

**World Council for Psychotherapy
 (WCP) – Congresses in the years
 2000/2002**

1st Conference of the North American Chapter of the WCP
 October 27 to 29, 2000
 New Orleans, USA
 Organiser: WCP in co-operation with the North American Chapter of the WCP

3rd African Conference on Psychotherapy
 November 27 – December 3, 2000
 Jaunde, Cameroon
 Organiser: WCP and the African Chapter of the World Council for Psychotherapy

3rd World Congress for Psychotherapy
 July, 2002, Vienna, Austria
 Organiser: World Council for Psychotherapy (WCP)

Information: WCP Headoffice
 Rosenbursenstraße 8/3/8
 A-1010 Vienna
 phone +43 1 512 0444
 fax +43 1 512 0570
 e-mail: wcp.office@psychotherapie.at
 Homepage: www.worldpsyche.org

**8.–11. März 2001, Darmstadt
 Kreativität – Bedingungen,
 Entfaltungsräume,
 Zukunftswege
 12. wissenschaftliche
 Arbeitstagung der Gesellschaft
 für Gestalttheorie und ihre
 Anwendungen e.V. (GTA)**

Einladung zur Teilnahme und Anmeldung von Beiträgen: Beiträge zum wissenschaftlichen Programm des Kongresses sind aus allen Wissenschaftsbereichen erwünscht, sofern sie der Auseinandersetzung mit dem Gesamtthema und der Anwendung und Weiterentwicklung der Gestalttheorie dienen. Die Beiträge können in Form von Forschungs-, „Standort“-, Diskussions-Referaten, Überblicks- und Grundsatzvorträgen, Praxis- und Theorie-Arbeitskreisen (2–3 Std.), Postern erfolgen.

Beitragsanmeldungen sind mit einer vorläufigen informativen Kurzfassung von ca. 1/2–1 DIN A4-Seite einzureichen beim: Tagungskomitee, z. Hd. Prof. Dr. Gisela Kubon-Gilke EFH Darmstadt
 Zweifalltorweg 12
 D-64293 Darmstadt
 Fax +49 (0) 6151-879858, e-mail: gisela.kubon.gilke@t-online.de

**24.–25. März 2001,
 Frankfurt/Main
 Gestalt-Tage 2001 „Die
 Gegenwart der Zukunft“**

Nähere Informationen: Gestalt-Institut Frankfurt/M. e. V.
 Wilhelm-Hauff-Straße 5
 D-60325 Frankfurt/Main
 Tel. 0049 (0)69 740699
 Fax 0049 (0)69 748722
 e-mail: info@gestalt-institut-frankfurt.de
<http://www.gestalt-institut-frankfurt.de>

**Ab April 2001, Salzburg, Wien
 Fortbildung in analytischer
 Körperpsychotherapie**

Leitung: DDr. Peter Geißler,
 Dr. Karl Stoxreiter
 4 Blockseminare von April 2001 bis November 2002
 Information und Anmeldung:
 Dr. Karl Stoxreiter
 Tel./Fax +43-662-640289
 e-mail: stoxreiter.k@utanet.at
http://www.grossenzersdorf.at/Dr_Peter_Geissler/home.html
 (Pfad: Arbeitskreis für analytische körperbezogene Psychotherapie – Information)

**17. Mai 2001, Landquart
 1. Schweizerischer Kongress
 zum Qualitätsmanagement in
 Psychiatrie und Psychotherapie**
 Eine interdisziplinäre Fortbildungstagung zur Diskussion der Behandlungsqualität am Beispiel der Depressionstherapie
 Qualitätszirkel Oberer Rhein
 CH-7208 Malans
 Tel. 081 302 30 55
 Fax 081 302 30 91
 e-mail: tagung@psyqual.ch
 Internet: www.depression-kooperation.ch

**31. Mai und 1. Juni 2001, Wien
 VII. Update in Psychiatrie**
 Vorsitz und Programmkoordination: o. Univ.-Prof. Dr. Siegfried Kasper, Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien
 Organisation und Information: UPDATE Gesellschaft zur Förderung der ärztlichen Fortbildung und medizinischen Forschung e.V.
 Mariannengasse 14/11
 A-1090 Wien
 Tel. +43/1/405 57 34
 Fax +43/1/405 57 34-16
 e-mail: office@update.europe.at
 Internet: www.update.europe.at

**10.–17. Juni 2001, Raum Berlin
 3. Märkische Tage der
 Psychotherapie und
 Gesundheitsförderung**
 Infoline Tel. 0049 335 6 65 99 99
 Dipl.-Psych. Dr. phil. Thomas Kornbichler
 Praxisfax: 0049 30 67 98 94 31