



## Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 1 Brief des Präsidenten
- S 2 Call for papers
- S 2 Aus den Landesverbänden
- S 4 Baumgartner, G., Mückstein, E., Patera, R., Schigl, B., Zenta, K.: Arbeitsgruppe „Forschen für die Praxis“

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBEIRAT –  
GESUNDHEITSMINISTERIUM

- S 5 Ethik-Rubrik: Lanske, P.: Informationspflicht und Verschwiegenheit



## Forum Schweiz/Suisse

- S 9 Editorial: Gesundheitspolitik: PsychotherapeutInnen sollen aktiv werden!
- S 10 Editorial: Politique de la santé: il faut que les psychothérapeutes agissent!
- S 11 Schlegel, M.: Gesundheit als Menschenrecht, der Beitrag der Psychotherapie
- S 13 Schlegel, M.: La santé est un droit de l'homme – la contribution de la psychothérapie
- S 15 Buchmann, R.: Der gesellschaftliche Wert der Psychotherapie

- S 17 Buchmann, R.: La valeur de la psychothérapie pour la société
- S 20 Fäh, M.: Von der sozial- und berufspolitischen zur gesundheitspolitischen Argumentation
- S 22 Fäh, M.: Ajouter des arguments relevant de la politique de la santé à ceux qui se réfèrent à la politique sociale

## Forum Deutschland

- S 25 Editorial: In eigener Sache
- S 26 Steinecke, G.: Bericht über die Mitgliederversammlung des Schulen- und Berufsübergreifenden Deutschen Dachverbandes für Psychotherapie (DVP) am 26. September 1998
- S 27 Das Psychotherapeutengesetz: Ausgrenzung interdisziplinärer Psychotherapie
- S 27 Presseerklärung
- S 28 An den Deutschen Bundestag – Petitionsausschuss
- S 29 Ethische Richtlinien des DVP
- S 31 Conen, M.-L.: Ein Verband ...? oder wie viele Verbände brauchen wir?

## Psychotherapie International

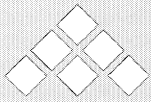
- S 37 Reichmayr, J.: „Don't forget Parker!“
- S 41 VERANSTALTUNGSKALENDER

**Beiträge** für das Supplement sind zu richten an:

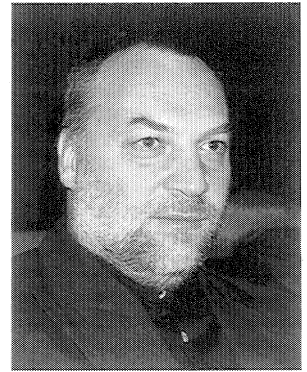
Frau Eva Kutschera, ÖBVP, Rosenbursenstrasse 8/7, A-1010 Wien, bzw. an Herrn Dr. Mario Schlegel, Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, bzw. an Frau Gisela Steinecke, Rathausgasse 10, D-63739 Aschaffenburg

**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, 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 des Präsidenten

*1. Kampfmaßnahmen für „Psychotherapie auf Krankenschein“ unumgänglich.* Nach intensiven Gesprächen mit Frau Bundesministerin Lore Hostasch und dem Präsidenten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Hans Sallmutter, zeichnen sich trotz Beteuerung über die Notwendigkeit einer Kassenlösung für die Psychotherapie keine weiteren Verhandlungsfortschritte ab, da offensichtlich einige wichtige Krankenkassen keine Bereitschaft für eine entsprechende Vertragsregelung zeigen. Wir halten diese Vorgangsweise für ungesetzlich und unfair den Versicherten gegenüber, denen eine notwendige Behandlung vorenthalten wird. Zugleich werden mittlerweile Psychopharmaka im Jahreswert von über einer Milliarde Schilling an die Pharmakonzerne bezahlt, während die Ausgaben für psychotherapeutische Behandlungen auf dem Niveau von 250 Millionen Schilling pro Jahr stagnieren. Da die Krankenkassen nicht einsehen, dass notwendige Hilfe für seelisch Kranke entsprechend zu dotieren ist, hat die Bundeskonferenz des ÖBVP am 31. 1. 1999 beschlossen, Kampfmaßnahmen für „Psychotherapie auf Krankenschein“ durchzuführen. Diese Kampfmaßnahmen richten sich nicht gegen einzelne Personen innerhalb der Krankenkassen, sondern gegen ein System der Vorenthaltung notwendiger Behandlungsmaßnahmen für psychisch Kranke. Wir werden diese Aufklärungskampagne über längere Zeit durchführen und ersuchen Sie um Ihre Unterstützung dabei. Wir werden laufend über die geplanten Maßnahmen und ihre Wirkungen im Newsletter berichten.

*2. Kongressaktivitäten im Psychotherapiebereich in Österreich.* Es finden einige wichtige Tagungen und Kon-

gresse statt, die die Entwicklung unserer Berufsgruppe betreffen:

a) Kongress „Arbeit und Psyche“ – 5. Mai 1999 in Linz, 6. Mai 1999 in Steyr. Anmeldung: Tel. 0732/71 37 11, Fax 0732/71 37 11-17.

b) Tagung zu „Psychotherapie und Recht“, 7. und 8. Mai 1999 in Salzburg (organisiert vom Salzburger Landesverband für Psychotherapie in Kooperation mit der Universität Salzburg). Anmeldung: SLP, Tel. 0662/8044-3200, Fax 0662/8044-149.

c) 2. Weltkongress für Psychotherapie, 4.–8. Juli 1999 in Wien. Dazu ist zu sagen, dass auch Prof. Daniel Stern nun einen pre-congress zum Thema „Die Wirklichkeit zwischen Mutter und Kind“ halten wird. Wer sich dafür anmelden will, möge dies gesondert verzeichnen, da dieser Workshop des weltbekannten Säuglingsforschers noch nicht im Programm aufgeschienen ist. Für den Sigmund-Freud-Preis der Stadt Wien gibt es bereits zahlreiche Nominierungen, darunter auch zwei aus Österreich. Näheres im nächsten Psychotherapie Forum. Anmeldung zu Kongress und/oder Vorkongress: 01/512 04 44. Bitte beachten sie den reduzierten Kongressbeitrag bis 1. Mai 1999.

d) Erste Tagung zur Gerontopsychotherapie, 1. und 2. Oktober 1999 in Wien. Voranmeldung im ÖBVP, Tel. 01/512 70 90.

e) „2. Wissenschaftliche Tagung zur Psychotherapieforschung in Österreich“ mit dem Thema „Wege und Bedingungen in die Psychotherapie“, 5. und 6. November 1999 in Salzburg. Information und Anmeldung: Tel. 01/40400/3068.

f) Tagung „Veränderungskonzepte in der Supervision“, 12. und 13. November 1999 in Wien. Information und Anmeldung: 0662/84 35 89.

Alfred Pritz

## Call for papers

### 2. Wissenschaftliche Tagung der Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung: „Wege und Bedingungen in die Psychotherapie“, 5./6. 11. 1999, Salzburg

Anlässlich der 1. Wissenschaftlichen Tagung der Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung („Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung – Diskurs über die Beziehung zwischen Forschung und Praxis“; 7./8. 11. 1997, Wien), deren Beiträge und Ergebnisse mittlerweile publiziert vorliegen (Schwerpunktheft der Zeitschrift „Psychotherapie Forum“ 6/2 1998), wurde die Wichtigkeit einer kontinuierlichen Möglichkeit des Austausches zwischen Psychotherapieforschern/innen und Psychotherapiepraktikern/innen sowie allen an der Psychotherapieforschung Interessierten in Österreich deutlich.

Die Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung lädt daher zu ihrer 2. Wissenschaftlichen Tagung, „Wege und Bedingungen in die Psychotherapie“, vom Freitag den 5. 11. bis Samstag den 6. 11. 1999 in Salzburg ein. Bei dieser 2. Tagung soll der Austausch vor allem dadurch ermöglicht werden, dass Forscher/innen ihre Projekte und Ergebnisse vorstellen und gemeinsam mit den Praktikern/innen und den an der Psychotherapieforschung Interessierten diskutieren. Die Tagung, zu der wir Sie herzlich einladen möchten, wird bewährterweise wiederum eingeleitet von impulsgebenden Überblickreferaten von internationalen Experten/innen, gefolgt von Einzelreferaten und Diskussionsgruppen.

Beiträge (Einzelreferat) sind bis zum 15. 5. 1999 mit dem beiliegenden Abstract-Formular anzumelden. Die eingelangten Abstracts werden vom wissenschaftlichen Programm-Komitee der Tagung begutachtet. Die Rückmeldung bezüglich der Aufnahme der Abstracts in das Tagungsprogramm wird bis zum 15. 7. 1999 erfolgen.

Bei Bezahlung vor dem 15. 7. 1999 beträgt die Teilnahmegebühr ATS 500, danach ATS 700, für Studierende jeweils ATS 300. Die Tagung findet im Brunbauer-Zentrum statt, welches auch ein Kontingent von 37 (Einzel-) Zimmern zu sehr günstigem Preis hat

(ATS 490 pro Nacht, inkl. Frühstücksbuffet) – im Interessensfall bitte selbst möglichst frühzeitig reservieren.

#### Die Expertengruppe der Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung

Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser (Universität Wien, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie; Sprecherin der Expertengruppe)

Univ.-Prof. Mag. Dr. Elisabeth Jandl-Jäger (Universität Wien, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie)

Univ.-Prof. Dr. Axel Krefting (Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie)

Univ.-Ass. Dr. Anton-Rupert Laireiter (Universität Salzburg, Institut für Psychologie)

Univ.-Prof. Dr. Jutta Menschik-Benede (Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie)

Univ.-Prof. Dr. Walter Pieringer (Universität Graz, Univ.-Klinik für Me-

dizinische Psychologie und Psychotherapie)

Hon.-Prof. Dr. Alfred Pritz (Präsident des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie)

Dr. Michael Schilling (BM f Wissenschaft und Verkehr)

MR Dr. Erich Schuster (BM f Wissenschaft und Verkehr)

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Söllner (Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie)

Ass.-Ärztin Dr. Elisabeth Wagner (Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie)

MMag. Dr. Martin Voracek (Mitarbeiter der Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung)

#### Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung

Tel. +43/1/40400-3068 (Fr. ab 16.30)

Fax +43/1/406 68 03

e-mail: elisabeth.jandl-jager@akh-

wien.ac.at

Projektmitarbeiter:

MMag. Dr. Martin Voracek

clo Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie

Vorstand: O. Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser

Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien

## Aus den Landesverbänden

### Steiermark

Hauptanliegen des STLP-Vorstandes ist eine stärkere Verankerung der Psychotherapie im öffentlichen Bewusstsein und eine Verbesserung der Leistungsentgelte für die Arbeit von Psychotherapeuten/innen. In diesem Sinne haben wir drei Initiativen gestartet:

#### 1. Großkatastropheneinsatzplan

Das Grubenunglück von Lassing im letzten Sommer hat gezeigt, dass es für die Betreuung von Opfern und Angehörigen sowie von Helfern/innen bei Großkatastrophen keine dem Ereignis entsprechende psychische Versorgung und Nachbetreuung gibt.

Gerade solche Ereignisse benötigen den systematischen und geplanten Einsatz von Fachleuten für psychologische Akutbetreuung und Nachsorge.

Aus diesem Grund haben wir uns an Frau Landeshauptmann Waltraud Klasnic gewandt, mit dem Ersuchen, psychotherapeutische Betreuung im *Katastropheneinsatzplan* des Landes verbindlich zu verankern.

Frau LH Klasnic war beim Grubenunglück von Lassing selbst vor Ort und hat dort praktische Krisenintervention geleistet. Sie ist den Menschen in ihren seelischen Krisen tages- und nachtelang beigestanden. Auf Grund dieser sehr unmittelbaren Erfahrung sind wir im persönlichen Gespräch mit unserem Anliegen bei Frau LH Klasnic

auf Verständnis und Unterstützungsbereitschaft gestoßen.

Jetzt kommt es darauf an, die zuständigen Beamten davon zu überzeugen, dass der Einsatz von Psychotherapeuten/innen im Katastrophenfall nicht dem Zufall überlassen werden darf, sondern ebenso wie Rettung, Feuerwehr etc. Bestandteil eines durchdachten Einsatzplanes für den Akutfall sowie für die Nachbetreuung sein soll.

## 2. Jugendwohlfahrt

Bei der Fachabteilung für Sozialwesen hat der STLP-Vorstand das Anliegen deponiert, dass die Stundenhonorare für die Psychotherapie im Rahmen der *Jugendwohlfahrt* von derzeit ATS 527,- erhöht werden sollen. Dieser Betrag ist weit davon entfernt, kostendeckend zu sein. Aus diesem Grund haben einige erfahrene Kolleginnen und Kollegen bereits beschlossen, keine Aufträge im Rahmen der Jugendwohlfahrt mehr zu übernehmen. Da die Jugendarbeit aber enorm wichtig ist, hoffen wir, so bald wie möglich eine Honorarerhöhung zustandezubringen.

## 3. Verbrechenopfergesetz

Die Novelle zum *Verbrechenopfergesetz* sieht die Finanzierung von Psychotherapie durch das Bundessozialamt vor. Da Verbrechenopfer meist weiblich sind, wurde ein Projekt des STLP zur Öffentlichkeitsarbeit vom Grazer Frauenreferat bewilligt. Geplant ist die Erstellung einer Informationsbroschüre für Multiplikatoren/innen, Fortbildung für Psychotherapeuten/innen, sowie die Erstellung einer Adressendatei von qualifizierten Psychotherapeuten/innen, die mit Verbrechenopfern arbeiten und auch für Akutfälle zur Verfügung stehen.

Weiters bemühen wir uns seit mehr als einem Jahr um die Implementierung der *Psychotherapie im Krankenhaus*. Der entsprechende Arbeitskreis mit Vertretern der KAGES, der Krankenhausärzte, des STLP usw. steht vor dem Abschluss seiner Arbeit bezüglich der erforderlichen Anstellungsrichtlinien.

Um den Bekanntheitsgrad der Psychotherapie zu heben, bemühen wir uns nach Maßgabe unserer Möglichkeiten um eine systematische Öffent-

*lichkeitsarbeit*. Zu diesem Zweck haben wir einen Fachmann beauftragt, den STLP-Vorstand bei seiner anlassbezogenen Medienarbeit auf Erfolgshonorarbasis zu unterstützen. Bei den Themen Viagra und vorweihnachtliche Krisen waren unsere Presseaktionen durchaus erfolgreich.



*Dr. Herta Scheucher*  
Vorsitzende des STLP  
Elisabethstraße 38, A-8010 Graz  
Tel. 0316/372500, Fax 0316/365017

### **Bekanntheit ergänzender Heilmethoden: Psychotherapie auf Platz 12**

Im Rahmen des Grazer Gesundheitsforums ließ der Arbeitskreis „Ergänzende Heilmethoden“ eine Studie über den Bekanntheitsgrad und die Anwendung von Heilmethoden durchführen, welche die Schulmedizin ergänzen. Als Stichprobe wurden die Grazer Magistratsbediensteten ausgewählt, da diese kostengünstig zu befragen sind und ein ziemlich genaues Abbild der Grazer Bevölkerung darstellen. Da die Beantwortung der Fragen nach Alter, Einkommen und Ausbildung jedoch nicht vollständig war, konnte die Vorannahme, dass die Studie repräsentativ für die Grazer Bevölkerung sein wird, leider nicht verifiziert werden.

Die Psychotherapie liegt, unter 54 zur Auswahl gestellten ergänzenden Heilmethoden, im Bekanntheitsgrad auf Platz 12. Unmittelbar vor uns liegt die Physiotherapie. In der Reihenfolge der Nennungen liegt die Akupunktur an der Spitze, gefolgt von Kneipptherapie, Akupressur, Autogenes Training, Bachblütentherapie, Pflanzenheilkunde, Homöopathie, Fußreflexzonenmassage, Meditation und Ernährungsformen. (Interessanterweise wird das Autogene Training nicht als eine psychotherapeutische Fachrich-

tung gesehen, sondern anscheinend nur als Entspannungsmethode.)

46% der 355 befragten Personen kannten die Psychotherapie, angewendet wurde sie jedoch erst von 4 Prozent.

Auf der „Anwendungs-Hitliste“ (Fragestellung: Haben Sie diese Methode jemals angewendet?) liegt die Psychotherapie auf Platz 21. Vor der Psychotherapie liegen alle jene Methoden, die schon im Bekanntheitsgrad vor uns liegen, aber auch Methoden wie Chiropraktik, Lebensmittelzusätze, Amalgam-Entfernung, Magnetfeldtherapie, Lasertherapie, Radiästhesie, Lymphdrainage, Augendiagnose, Schüsslersalze und Aromatherapie.

Die Kluft zwischen Bekanntheit und grundsätzlicher Anwendung ist bei der Psychotherapie besonders groß.

Bei der Frage, ob sich die Befragten vorstellen könnten, diese Methode jemals anzuwenden, liegt die Psychotherapie gemeinsam mit der Chinesischen Pflanzenheilkunde auf Platz 23. Das bedeutet, dass nur 8% sich vorstellen können, die Psychotherapie für sich anzuwenden.

Bei psychischen Erkrankungen gaben 3% an, im letzten Jahr bei der Schulmedizin Hilfe gesucht zu haben und weitere 4% bei den 54 ergänzenden Behandlungsmethoden.

Zu beachten ist weiters das Ergebnis, dass Frauen signifikant häufiger ergänzende Heilmethoden anwenden als Männer.

Ein weiteres interessantes Detail bezieht sich auf den Zugang zu ergänzenden Heilverfahren. 24% der Befragten erhielten ihre Informationen aus dem Familienkreis, 23% über die Medien, 20% durch Ärzte/innen und 17% über Bücher.

Schlussfolgerung: Die Psychotherapie ist offensichtlich bei weitem nicht so bekannt und hat auch nicht jenen positiven Ruf, den wir Psychotherapeuten/innen voraussetzen. Wenn diese Umfrage repräsentativ ist, und vieles spricht dafür, müssten wir als Berufsverband dringendst eine systematische Öffentlichkeitsarbeit betreiben und allemöglichen Informationskanäle nützen, um die Psychotherapie ins öffentliche Bewusstsein zu bringen.

*Dr. Herta Scheucher, Vorsitzende des STLP und Mitarbeiterin im Arbeitskreis „Ergänzende Heilmethoden“*

G. Baumgartner, E. Mückstein, R. Patera, B. Schigl und K. Zenta

## Arbeitsgruppe „Forschen für die Praxis“

Die ÖBVP-Arbeitsgruppe „Forschen für die Praxis“ wurde 1995 gegründet, um in einem größeren Kreis Vorarbeiten für die Experten/innentätigkeit im Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung zum Thema Psychotherapieforschung zu leisten. Gründungsmitglieder und später hinzugekommene Kollegen/innen engagierten sich auch für das Symposium „Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung – Diskurs über die Beziehung zwischen Forschung und Praxis“ im November 1997 in Wien. Die Leiterin der Arbeitsgruppe war Renate Patera, nach deren Rückzug aus sämtlichen ÖBVP-Positionen im Mai 98 ihre Nachfolgerin Eva Mückstein (bis Herbst 98).

Ziel der Arbeitsgruppe war seit ihrem Beginn, den Praxisbezug in der Psychotherapieforschung zu fördern und auch Praktiker/innen selbst zu ermutigen, sich an Forschung aktiv zu beteiligen. Diese Sichtweise fanden wir durch unsere Erfahrungen im Rahmen der Workshops für Praktiker/innen bei der erwähnten Tagung bestätigt. Die Zusammenfassung dieser Anregungen, Wünsche, aber auch Ängste von Praktikern/innen zum Thema Psychotherapieforschung konnten wir im Psychotherapie Forum 2/98 einer breiten Öffentlichkeit zugänglich machen.

### Tätigkeitsfelder der Arbeitsgruppe

- Vorbereitung und Mitarbeit am Symposium zum Thema „Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung – Diskurs über die Beziehung zwischen Forschung und Praxis“ im November 1997 in Wien.

- Vertretung des ÖBVP in der Koordinationsstelle für Psychotherapieforschung: Mag. Renate Patera, ab Mai 1998 Dr. Eva Mückstein.
- Angebot an die Redaktion des Psychotherapieforums zur Mitarbeit insbesondere bei der Förderung des Anliegens von verstärkter Praxisorientierung. Koordination: Dr. Eva Mückstein, seit Herbst 1998 Mag. Gertrud Baumgartner
- Diskussionen zum Thema „Praxisbezug in der Psychotherapieforschung“ und Vernetzung interessierter Praktiker/innen.
- Beteiligung von Praktikern/innen an Forschungsprojekten, Einreichung eines Forschungsdesigns im Rahmen der von der Koordinationsstelle für Psychotherapieforschung geplanten Verbundforschung zum Thema „Wege und Bedingungen eines positiven Einstiegs in die psychotherapeutische Behandlung“.

Es war stets eines der vordringlichsten Anliegen der Arbeitsgruppe, Psychotherapieforschung an die Praktiker/innen sowie die psychotherapeutischen Praktiker/innen an Forschungsprozesse und -ergebnisse anzunähern:

- Die lebensweltlichen Umstände der Klienten/innen, die ihre psychotherapeutische Behandlung in der freien Praxis erhalten, sowie die Bedingungen dieses Angebots von Psychotherapie durch „niedergelassene“ Psychotherapeuten/innen müssen in der Forschung adäquat berücksichtigt werden.
- Nur Forschungsergebnisse, die Psychotherapeuten/innen in freier Praxis direkt oder via Aus- und Fortbildung rezipieren, können in

ihr therapeutisches Handeln einfließen und können auf diese Weise auch der Qualitätsentwicklung und -sicherung in psychotherapeutischen Behandlungen dienen.

Dazu sind zu fördern bzw. zu ermöglichen:

- die größere Beteiligung der Praktiker/innen direkt an psychotherapeutischer Forschung (in Design, Durchführung Auswertung und Diskussion) sowie
- Möglichkeiten einer verbesserten Rezeption dieser Ergebnisse (verständlich formulierte Artikel, Diskussionen ...).
- Förderlich wäre etwa eine weitere Rotation der Koordinationsstelle für Psychotherapieforschung, die zur Zeit noch immer an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie situiert ist, obwohl sie als „Wandernde Stelle“ auch im Rahmen des ÖBVP arbeiten könnte.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben in der letzten Sitzung vom 19. Oktober 1998 beschlossen, die Arbeit im Rahmen dieser Arbeitsgruppe aufgrund mangelnder Unterstützung durch den ÖBVP zu beenden und die inhaltlichen Schwerpunkte in neuen personellen Kooperationen fortzusetzen. Inwieweit die genannten Ziele erreichbar sind, wird nicht zuletzt vom Engagement jener Kollegen/innen abhängen, die sich weiter mit dem Thema „Forschen für die Praxis“ befassen, und ob der ÖBVP hier in Zukunft einen Schwerpunkt setzen will.

*Für Interessierte stehen als Ansprechpartner/innen zur Verfügung:*

*Mag. Gertrud Baumgartner  
Enenkelstraße 32/15, A-1160 Wien  
Tel./Fax 01/ 494 36 76*

*Dr. Brigitte Schigl  
Laudongasse 3/21, A-1080 Wien  
Tel./Fax 01/ 406 28 19*

# Aus dem Psychotherapiebeirat – Gesundheitsministerium

## Ethik-Rubrik

### Forum zur Diskussion berufsethischer Fragen

Ziel und Sinn dieser „Ethik-Rubrik“ sind der Erfahrungsaustausch und die Diskussion berufsethischer Fragen. Das Team der Ethik-Rubrik setzt sich zusammen aus *Dr. Nancy Amendt-Lyon, DSA Lore Korbei, Dr. Michael Kierein, Dr. Renate Hutterer-Krisch, Dr. Gerhard Pawlowsky, Dr. Johanna Schopper, Dr. Gerhard Stemberger, DSA Billie Rauscher-Gföhler*. Sie sind dazu eingeladen, Leserbriefe und Diskussionsbeiträge zu berufsethischen Fragen zu schreiben. Das Team der Ethik-Rubrik muss nicht mit den Inhalten und Stellungnahmen abgedruckter Leserbriefe und Diskussionsbeiträge übereinstimmen. Leserbriefe und Diskussionsbeiträge zu ethischen Fragen in der Psychotherapie bitte an:

*Dr. Renate Hutterer-Krisch, Kantnergasse 51, A-1210 Wien.*

P. Lanske

## Informationspflicht und Verschwiegenheit

### Zur Frage der Weitergabe von Informationen aus anerkannten fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen an den Psychotherapiebeirat

In diesem Artikel soll in einer ersten Bestandsaufnahme die grundsätzliche Frage betrachtet werden, ob Informationen über den Verdacht allfälliger Berufspflichtverletzungen von Psychotherapeuten/innen bekannt gemacht werden dürfen und welche rechtlichen Bestimmungen dabei zu beachten wären.

Besteht eine Verpflichtung für den in den Psychotherapiebeirat entsandten Vertreter einer anerkannten fachspezifischen Ausbildungseinrichtung, über „vereinsinterne“ Inhalte Verschwiegenheit zu wahren oder ist es zulässig, Informationen dem Psychotherapiebeirat bekanntzugeben? Insbesondere kann dies der Fall sein, wenn Informationen an die Ausbildungseinrichtung herangetragen wurden, allenfalls auch im Rahmen von Ausschuss- oder Vorstandssitzungen

der Ausbildungseinrichtung diskutiert wurden, und diese Inhalte die Beratungen im Psychotherapiebeirat betreffen.

Es gilt daher zu klären, ob das Wissen über Berufspflichtverletzungen oder der Verdacht der Nichteinhaltung von Berufspflichten oder sonst ethisch nicht vertretbaren Verhaltensweisen von Psychotherapeuten/innen im Psychotherapiebeirat bekanntgegeben werden können, oder ob eine Verschwiegenheitspflicht entgegensteht.

### **Dazu ist vorab die Struktur und die Vorgangsweise im Psychotherapiebeirat zu beleuchten**

Der Psychotherapiebeirat ist als Beratungsorgan der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales tätig. Er soll fundierte Entscheidungen in

allen die Psychotherapie betreffenden wesentlichen Fragen durch fachliche Grundlagen von ausgewählten Repräsentanten vorbereiten.

Mitglieder des Psychotherapiebeirats sind unter anderem die anerkannten fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen. Der in den Psychotherapiebeirat entsandte Vertreter hat die Interessen der entsendenden Institution wahrzunehmen. Die Vertreter sind als spezifisch fachlich orientierte Interessenvertreter der jeweiligen Ausbildungseinrichtung in ihre Funktion berufen.

Gemäß § 21 Abs. 4 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, sind die Sitzungen des Psychotherapiebeirats nicht öffentlich. Damit ist gewährleistet, dass innerhalb des Psychotherapiebeirats offene Diskussionen geführt werden können. Die Mitglieder des Psychotherapiebeirats unterliegen ausserdem der Amtsverschwiegenheit gemäß Art. 20 Abs. 3 des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, auch wenn sie selbst nicht als Organ zur Entscheidung oder Erledigung von Verwaltungsaufgaben, sondern zu deren Vorbereitung berufen sind. Die Psychotherapiebeiratsmitglieder sind als Organe im funktionalen Sinn anzusehen.

Die Bestimmung über die Amtsverschwiegenheit gemäß § 20 Abs. 3 des B-VG hält fest, dass alle mit Aufgaben der Bundes-, Landes- und Gemeindeverwaltung betrauten Organe sowie die Organe anderer Gebietskörperschaften des öffentlichen Rechts, soweit gesetzlich nicht anderes bestimmt ist, zur Verschwiegenheit über alle ihnen ausschließlich aus ihrer amtlichen Tätigkeit bekannt gewordenen Tatsachen verpflichtet sind, deren Geheimhaltung unter anderem zur Vorbereitung einer Entscheidung oder im überwiegenden Interesse der Parteien geboten ist.

Die Verschwiegenheit der Psychotherapiebeiratsmitglieder ist jedoch

gegenüber der entsendenden Institution insofern eingeschränkt, als eine Information der Institution ohne Zweifel notwendig ist, da ansonsten weder eine Auftragserteilung der Institution an ihren Vertreter noch eine Zurechnung des Verhaltens eines Beiratsmitglieds zu einer bestimmten Institution denkbar wäre.

Allerdings ist in diesem Ausnahmefall die durch das Beiratsmitglied informierte Institution ihrerseits zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten verpflichtet.

### **Welche rechtlichen Bestimmungen sind grundsätzlich bei der Weitergabe von Information zu beachten?**

Besteht rein persönliche Kenntnis eines Vereinsmitglieds vom Inhalt eines Schreibens, da sich der Verfasser des Schreibens an ihn höchstpersönlich als Einzelperson gewendet hat, dann hat der Verfasser das Recht, dass mit der in seinem Schreiben enthaltenen Information rein vertraulich umgegangen wird. Gerade deswegen übermittelt er den Brief dem Adressaten zur persönlichen Eröffnung.

Aufgrund der Bestimmungen des § 77 des Urheberrechtsgesetzes, BGBl. Nr. 111/1936, dürfen Briefe, Tagebücher und ähnliche vertrauliche Aufzeichnungen weder öffentlich vorgelesen, noch auf eine andere Art, wodurch sie der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, verbreitet werden, wenn dadurch berechnete Interessen des Verfassers verletzt würden. Eine Information anderer Personen wäre daher unzulässig.

Hat sich jedoch ein Verfasser beispielsweise an eine Person in ihrer Funktion als Vereinsmitglied, als Mitglied der Ausbildungseinrichtung gewandt, dann hat er wohl damit zu rechnen, dass eine Veröffentlichung gemäß den Vereinsstatuten innerhalb des Interessentenkreises stattfindet. Der Verfasser weiß schon, dass sein Schreiben innerhalb des Vorstands erörtert werden wird und im Rahmen der Informationspflicht an die Vereinsmitglieder diesen auch zur Kenntnis gebracht werden wird.

### **Datenschutzrecht**

Grundsätzlich besteht gemäß § 1 Abs. 1 und 2 des Datenschutzgesetzes, BGBl. Nr. 565/1978, das Grund-

recht auf Schutz der Privatsphäre, welches jedem Menschen das Recht auf die Geheimhaltung seiner aus der Privatsphäre stammenden Informationen einräumt. Soweit eine Person ein schutzwürdiges Interesse an der Geheimhaltung seiner personenbezogenen Daten im Hinblick auf sein Privat- oder Familienleben hat, ist dieses zu wahren.

Allerdings ist eine Einschränkung dieses Rechts des Schutzes der eigenen Daten dann gegeben, wenn berechnete Interessen anderer Personen zu wahren sind. Beispielsweise das Recht von Patienten auf deren Leben und körperliche Unversehrtheit, auf Freiheit oder auf Achtung der Ehre etc., die im Rahmen der Tätigkeit von Psychotherapeuten/innen verletzt worden sind.

Sofern berechnete Interessen von Ausbildungskandidaten hinsichtlich einer korrekten Ausbildung oder von Patienten hinsichtlich einer Behandlung am Stand der Wissenschaft und unter Einhaltung der Berufspflichten gefährdet scheinen, kann die Weitergabe von Informationen über Psychotherapeuten/innen durch den Vereinsvertreter, die dieser aufgrund seiner Tätigkeit als Mitglied einer anerkannten Ausbildungseinrichtung für das Fachspezifikum erworben hat oder ihm bekannt wurde, kann daher im Sinne des Datenschutzgesetzes gar nicht verboten sein.

### **Üble Nachrede, Ehrenbeleidigung**

Zu beachten ist jedenfalls, dass weder der gerichtlich strafbare Tatbestand der üblen Nachrede gemäß § 111 des Strafgesetzbuches (StGB), BGBl. Nr. 60/1974, noch der der Ehrenbeleidigung bzw. Kreditschädigung gemäß § 1330 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB), BGBl. Nr. 946/1811, verwirklicht werden.

Den Straftatbestand der üblen Nachrede gemäß § 111 Abs. 1 StGB begeht jemand, wenn er einen anderen in einer für einen Dritten wahrnehmbaren Weise einer verächtlichen Eigenschaft oder Gesinnung zeihet oder eines unehrenhaften Verhaltens oder eines gegen die guten Sitten verstoßenden Verhaltens beschuldigt, das geeignet ist, ihn in der öffentlichen Meinung verächtlich zu machen oder herabzusetzen.

Der Täter ist allerdings dann nicht zu bestrafen, wenn Umstände erwiesen werden, aus denen sich für den Täter hinreichende Gründe ergeben haben, die Behauptung für wahr zu halten.

Wenn die üble Nachrede in einem Druckwerk, im Rundfunk oder sonst auf eine Weise begangen und dadurch einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird, ist eine strengere Strafe vorgesehen (§ 111 Abs. 2 StGB). In diesem Fall erfolgt nur dann keine Bestrafung, wenn die Behauptung als wahr erwiesen wird (§ 111 Abs. 3 StGB).

Aufgrund der Bestimmungen des § 1330 ABGB ist der Geschädigte berechtigt, Schadenersatz zu verlangen (zivilrechtlich einzuklagen), wenn durch die Ehrenbeleidigung ein wirklicher Schaden oder der Entgang eines Gewinns verursacht worden ist. Ebenso kann der Betroffene Schadenersatz verlangen, wenn der Täter unwahre Tatsachen verbreitet hat, die den Kredit, den Erwerb oder das Fortkommen gefährden.

Wenn der Täter die Unwahrheit nicht kannte oder auch nicht kennen musste, haftet er nicht, wenn der Empfänger der Mitteilung ein berechtigtes Interesse hatte (z.B. bei Mitteilung an den Psychotherapiebeirat hinsichtlich der Überprüfung der Vertrauenswürdigkeit von Psychotherapeuten/innen).

Es ist daher grundsätzlich darauf zu achten, dass ehrenrührige oder unwahre Behauptungen über Betroffene (Psychotherapeuten/innen) einem Dritten (beispielsweise dem Psychotherapiebeirat) gegenüber nicht geäußert werden, wenn die Unwahrheit bekannt war oder bekannt sein hätte müssen.

### **Information an breitere Öffentlichkeit**

Weiters sind bei einer Veröffentlichung von Information an mehrere hundert Personen, beispielsweise die Versendung einer Information an alle Vereinsmitglieder, auch die Bestimmungen des Mediengesetzes zu beachten.

Wird nämlich in einem Medium der objektive Tatbestand der üblen Nachrede, der Beschimpfung, der Verspottung oder der Verleumdung hergestellt, so hat der Betroffene ge-



mäß § 6 des Mediengesetzes gegenüber dem Medieninhaber (Verleger) – bei Vereinsveröffentlichungen wird dies der Verein selbst sein – Anspruch auf eine Entschädigung für die erlittenen Kränkungen.

Der Entschädigungsanspruch besteht nur dann nicht, wenn die Veröffentlichung wahr ist oder ein überwiegendes Interesse der Öffentlichkeit an der Veröffentlichung bestanden hat. Der Entschädigungsanspruch ist auch dann nicht gegeben, wenn nach Aufwendung der gebotenen journalistischen Sorgfalt hinreichende Gründe vorgelegen sind, die Behauptung für wahr zu halten.

So kann beispielsweise ein berechtigtes Interesse an der Veröffentlichung einer Information an alle Vereinsmitglieder oder an den Psychotherapiebeirat im Hinblick auf Inhalte grundsätzlicher Diskussionen bestehen oder auch das Interesse, Missstände aufzuklären.

#### **Ist die Verschwiegenheitsverpflichtung gemäß § 15 des Psychotherapiegesetzes hier relevant?**

Die Verschwiegenheitspflicht des § 15 des Psychotherapiegesetzes bezieht sich auf die Privat- und Persönlichkeitssphäre des Patienten/Klienten, der sich vertrauensvoll an Psychotherapeuten/innen wendet, im Wissen um die Wahrung seiner Geheimnisse, die ihnen im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit anvertraut oder bekannt werden oder wurden.

Der Schutzzweck der Bestimmung des § 15 des Psychotherapiegesetzes zielt daher auf das Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient/Klient und ist nicht auf den Schutz eines Berufskollegen gerichtet.

Bei Verhaltensweisen von Psychotherapeuten/innen, die Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit aufkommen lassen, ist die Berufsberechtigung neuerlich zu prüfen.

Sofern das Vorliegen einer der wesentlichen Voraussetzungen für die selbständige Ausübung des psychotherapeutischen Berufs, die Vertrau-

enswürdigkeit von Psychotherapeuten/innen, in Frage gestellt wird, wäre seitens der Behörde der Entzug der Berufsberechtigung zu überlegen und eine Austragung aus der Psychotherapeutenliste zu erwägen unter vorheriger Anhörung des Psychotherapiebeirats. Hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit kommt dem Psychotherapiebeirat dabei eine äußerst wichtige Stellung als Gutachtergremium zu. Für die Arbeit des Psychotherapiebeirats ist eine möglichst umfassende Information über die vorliegende Sachlage erforderlich.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die berufliche Verschwiegenheitspflicht der Psychotherapeuten/innen gemäß § 15 des Psychotherapiegesetzes nicht zum Tragen kommt, da sie auf eine derartige Konstellation nicht anwendbar ist.

#### **Exkurs: Besondere Vereinbarungen im Rahmen von Beschwerdestellen**

Eine weitere Möglichkeit der Information an den Psychotherapiebeirat kann sich aufgrund eines Verfahrens ergeben, das bei einer Beschwerdestelle der Ausbildungseinrichtungen oder auch bei einer Ethik-, Beschwerde- und Schlichtungskommission oder -stelle durchgeführt wird, sofern die Notwendigkeit der Information an den Psychotherapiebeirat gesehen wird.

Im Rahmen der Tätigkeit der Beschwerdestellen der Ausbildungseinrichtungen oder den Ethik-, Beschwerde- und Schlichtungskommissionen werden zusätzlich getroffene Vereinbarungen zu beachten sein, die für den Fall von Beschwerdeverfahren getroffen wurden.

Insbesondere kann im Rahmen eines Schlichtungsverfahrens die absolute Verschwiegenheit über die vorgebrachten Inhalte zugesichert worden sein. Der Betroffene mag beispielsweise seine Einwilligung und Unterwerfung unter das Schlichtungsverfahren nur unter der Voraussetzung der Verschwiegenheit gegeben haben. Diese vertragliche Vereinbarung wäre daher einzuhalten

und keine Information an Personen außerhalb dieser Schlichtungsstelle zulässig.

Hält aber der betroffene Psychotherapeut selbst seine Vereinbarung aus dem Schlichtungsvergleich nicht ein, so begeht er einen Vertragsbruch, weshalb weitere Schritte, die den Vertragsbrüchigen zur Einhaltung der Vereinbarung anhalten, zulässig werden.

Grundsätzlich könnte aber die Schlichtungsstelle sich das Recht vorbehalten, bei besonders gravierenden Verfehlungen weitere Schritte einzuleiten, wie beispielsweise eine Mitteilung an die Behörde (Meldung an den Psychotherapiebeirat) oder eine Anzeige an die zuständige Strafbehörde. Dann sind gerade diese Maßnahmen zulässig, da die Betroffenen davon von Anfang an informiert gewesen sind.

Bei gravierenden Verletzungen der Rechtsordnung, insbesondere bei der Verletzung von Patientenrechten, die Gefahr für deren Gesundheit oder Leben bedeuten, wäre eine Meldung an die zuständige Behörde zulässig. Dabei wird zwar die Verschwiegenheit gebrochen, aber dieser Bruch der Verschwiegenheit wird zur Verhinderung weiteren Schadens notwendig. Die Güterabwägung, die zwischen einerseits der Einhaltung der zugesicherten Verschwiegenheit und andererseits dem Schutz des Lebens oder der Gesundheit getroffen wird, muss zugunsten des unmittelbar bedrohten Lebens oder der Gesundheit ausgehen.



*Dr. Paula Lanske  
Juristin im Bundesministerium für  
Arbeit, Gesundheit und Soziales  
Stubenring 1, A-1010 Wien*



## Editorial

### **Gesundheitspolitik: PsychotherapeutInnen sollen aktiv werden!**



Es ist Zeit, dass sich die PsychotherapeutInnen aktiv an der Gesundheitspolitik beteiligen. Die seelische Komponente der Gesundheit muss in unserem Gesundheitswesen mehr Bedeutung bekommen. Dies ist nicht zuletzt für die Qualität der Grundversorgung dringend erforderlich. In diesem Heft stellen wir den Zusammenhang von Gesundheit und Menschenrechten dar und zeigen, dass die Ideen der Gleichheit, Solidarität und Freiheit eine treibende Kraft zur Entwicklung einer gesunden Gesellschaft sind. Ein weiterer Artikel befasst sich mit dem gesellschaftlichen Wert der Psychotherapie, und schliesslich werden Sie über die gesundheitspolitischen Perspektiven des SPV informiert.

#### **Willkommensgruss an die AusbildungskandidatInnen**

Ich freue mich, an dieser Stelle einen neuen Kreis von LeserInnen begrüssen zu dürfen. Es handelt sich um die AusbildungskandidatInnen, welche bereits mit PatientInnen arbeiten und an einem Institut studieren, welches Mitglied der „Schweizer Charta für Psychotherapie“ ist. Dadurch gehören Sie zum Kreis der über die Charta verbundenen PsychotherapeutInnen, welche alle das Psychotherapie Forum, die wissenschaftliche Zeitschrift der Charta und des SPV, erhalten. Ihre Zugehörigkeit zum Kreis der PsychotherapeutInnen ist Ihnen bis jetzt vielleicht nicht so bewusst, sie zeigt sich aber auch darin, dass Sie nach Erfüllung bestimmter Bedingungen bereits während der Ausbildungszeit ausserordentliches Mitglied beim SPV werden können. Mit der ausseror-

dentlichen Mitgliedschaft kommen Sie auf die Liste des „Konkordates der Schweizerischen Krankenversicherer“ und geniessen bezüglich der Vergütungen von Therapien durch die Krankenkassen die gleichen Vorteile wie ordentliche Mitglieder.

Die länderübergreifende Verbandszeitschrift der PsychotherapeutInnen zeigt Ihnen den Stand der wissenschaftlichen Diskussion ausserhalb ihrer Ausbildungsinstitution und führt sie in die wissenschafts-, gesundheits- und berufspolitischen Probleme unseres Berufsstandes ein. Diese Informationen werden Ihnen für Ihre Identitätsbildung als PsychotherapeutInnen nützlich sein.

#### **Schweizer Charta für Psychotherapie ist neu Mitherausgeberin des „Psychotherapie Forum“**

Die Institutionen, welche dem 1998 gegründeten Verein der Schweizer Charta für Psychotherapie beigetreten sind, geben laut Statuten eine methodenübergreifende wissenschaftliche Zeitschrift heraus, welche sie ihren PsychotherapeutInnen zustellen. Damit bekunden sie ihre Absicht, im Sinne der Förderung der Qualität und Weiterentwicklung der Psychotherapie alle angeschlossenen PsychotherapeutInnen in die wissenschaftliche Diskussion einzubeziehen. Das „Psychotherapie Forum“ wurde gewählt, weil es über den SPV und seine Delegiertenkammer bei den Empfängern bereits bekannt ist, und weil es die einzige schulenübergreifende wissenschaftliche Zeitschrift ist, welche von den PraktikerInnen selbst gegründet, gestaltet und getragen wird.

### Neuorganisation des Wissenschaftsteiles

Neu ist nicht nur die Mitherausgeber-schaft der Charta. Der wissenschaftliche Teil wird in Zukunft praxisorientierter sein, und seine Redaktion setzt sich aus VertreterInnen aller drei Länder, Deutschlands, Österreichs und der Schweiz, zusammen. Sie können Ihre wissenschaftlichen Arbeiten in Zukunft direkt bei der Landesredaktion einreichen, die für Sie auch Kontakt- und Anlaufstelle sein soll. Ausserdem wird die Redaktion in Zukunft bei Ihnen auch aktiv Artikel veranlassen und vermehrt Themenhefte zusammenstellen. Um das Forum aktuell und nach Ihren Bedürfnissen zu gestalten, nehmen wir Ihre

Anregungen oder Vorschläge zu Themen gerne entgegen. Die Umstellungen werden im Verlaufe dieses Jahres in die Praxis umgesetzt. In der Schweiz besteht die Redaktion bis jetzt aus *Markus Fäh* für den SPV und *Mario Schlegel* für die Charta.

Die Umgestaltung betrifft vor allem den wissenschaftlichen Teil, das Supplement wird wie bisher vor allem wissenschafts- gesundheits- und berufspolitische Artikel beinhalten. Rein verbandsinterne Diskussionen werden im „à jour“ des SPV abgehandelt, da der Kreis der Empfänger des Forums viele KollegInnen umfasst, die nicht Mitglieder beim SPV sind.

*Mario Schlegel*

identité en tant que psychothérapeutes.

### La Charte suisse pour la psychothérapie participe maintenant à la publication du "Psychothérapie Forum"

Les statuts de l'association "Charte suisse pour la psychothérapie", fondée en 1998, indiquent que les institutions membres collaborent à la publication d'une revue scientifique indépendante des différéments courants et qu'elles la distribuent à leurs affiliés. Ce faisant, elles expriment leur volonté d'offrir à tous les psychothérapeutes qui leur sont associés la possibilité de participer à un débat scientifique devant permettre de promouvoir la qualité et l'évolution de leur discipline. Elles ont choisi le "Psychothérapie Forum" parce que ce dernier était déjà connu de leurs membres individuels, au travers de l'ASP et de sa chambre des délégués, mais aussi parce qu'il est la seule revue scientifique créée, élaborée et soutenue par les praticiens eux-mêmes.

### Réorganisation du cahier scientifique

En plus de la collaboration de la Charte, nous annonçons une autre nouveauté: à l'avenir, le cahier scientifique sera en rapport plus étroit avec la pratique et des représentants des trois pays (Allemagne, Autriche et Suisse) feront partie de son comité de rédaction. Vous pouvez donc envoyer vos articles scientifiques directement aux responsables de votre pays; ils exercent la fonction de 'permanence' de contact. De plus, à l'avenir votre comité de rédaction vous demandera parfois de rédiger un article; il est également prévu de consacrer plus de numéros à un thème spécifique. Nous souhaitons que le Forum conserve son actualité et qu'il corresponde au mieux à vos besoins. Nous serions donc heureux de recevoir vos suggestions et en particulier de savoir quels thèmes vous intéresseraient. Tous les changements prévus se concrétiseront dans le courant de l'année. Concernant la Suisse, les membres du comité de rédaction sont actuellement *Markus Fäh* pour l'ASP et *Mario Schlegel* pour la Charte.

## Politique de la santé: il faut que les psychothérapeutes agissent!

Il est temps que les psychothérapeutes participent activement à la politique de la santé. Notre système de santé doit accorder une place plus importante aux aspects psychiques. Cette évolution est urgente et nécessaire pour que soit garantie la qualité de l'offre de base. Nous traitons dans le présent numéro des rapports entre la santé et les droits de l'homme et montrons que les principes d'égalité, de solidarité et de liberté forment le moteur qui permet d'établir une société saine. Un autre article s'intéresse à la valeur sociétale de la psychothérapie; le dernier texte vous fournit des informations concernant l'approche adoptée par l'ASP en rapport avec la politique de la santé.

### Bienvenue aux candidats à la formation

C'est avec plaisir que j'accueille ici un nouveau groupe de lecteurs: bienvenue aux candidats à la formation qui, dans le cadre d'un institut membre de la "Charte suisse pour la psychothérapie", ont déjà commencé à travailler avec des clients. Ceci fait de vous des membres du groupe des psychothérapeutes affiliés à la Charte et ces derniers reçoivent tous le

Psychothérapie Forum, la revue scientifique publiée par la Charte et l'ASP. Il se peut que vous n'avez jusqu'à maintenant pas vraiment eu conscience de faire partie de ce groupe. Or cette appartenance a également des conséquences dans un autre contexte: si vous remplissez certaines conditions, vous avez la possibilité de devenir membres extraordinaires de l'ASP – ceci pendant que vous êtes encore en formation. Le statut de membres extraordinaires vous permet d'être portés sur la liste du "Concordat des assureurs maladie suisses" et concernant le remboursement des traitements par les caisses, de jouir des mêmes avantages que nos membres ordinaires.

Le Psychothérapie Forum est publié par les associations de psychothérapeutes de trois pays (l'Allemagne, l'Autriche et la Suisse). Il vous met au courant du débat scientifique qui se déroule au-delà de votre institution de formation et vous permet de vous informer quant aux problèmes auxquels notre profession se trouve confrontée dans le contexte politique (recherche, santé et position de la profession). Ces informations peuvent vous être utiles au moment de définir votre propre

La réorganisation concerne avant tout le cahier scientifique; le supplément continuera à contenir des articles en rapport avec les politiques scientifique, de la santé et professionnelle. Les débats d'ordre purement

interne se déroulent dans le cadre d'*à jour*, car parmi les collègues qui reçoivent le Forum, nombreux sont ceux qui ne sont pas membres de l'ASP.

Mario Schlegel

Mario Schlegel

## Gesundheit als Menschenrecht, der Beitrag der Psychotherapie

Psychotherapie ist eine Disziplin, welche legitimiert und verpflichtet ist, alles daran zu setzen, neben den kurativen auch präventive Aufgaben des staatlichen Gesundheitswesens in den Vordergrund zu rücken. Dies leitet sich daraus ab, dass Psychotherapie nicht nur kurativ, sondern auch langfristig präventiv wirkt, indem der psychotherapeutische Heilungsprozess auch zur Vermeidung krankmachender Verhaltensweisen führt. Die nachhaltige Gesundung durch Psychotherapie ist auch im körperlichen Bereich durch Studien gut belegt worden.

Wie lässt sich diese Nachhaltigkeit erklären? Anders als im grössten Teil der somatischen Medizin, wo lediglich am Körper, ohne aktive Mitwirkung des Patienten, heilende Eingriffe vorgenommen werden können, gelingt Psychotherapie nur durch aktive Mitarbeit, indem sich der Patient seelisch in den therapeutischen Prozess einlassen muss. Es braucht die Bereitschaft, sich und seine Lebensführung zu hinterfragen, was zuweilen sehr schmerzhaft oder angstmachend sein kann. Voraussetzung dafür ist aber, dass sich der Patient von seiner Therapeutin oder seinem Therapeuten mit all seinen Schwierigkeiten angenommen fühlt, ohne dabei seine innere Freiheit aufgeben zu müssen. Erst unter diesen Bedingungen kann sich eine heilsame therapeutische Beziehung einstellen. Die Psychotherapieforschung hat die therapeutische Beziehung denn auch als den wichtigsten Wirkfaktor bestätigt. Nachhaltigkeit durch Hilfe zur Selbsthilfe, welche auf der Autonomie und Würde des Menschen beruht, ist auch Kerngedanke der Deklaration der Menschenrechte.

### Uno-Deklaration der Menschenrechte und Recht auf Gesundheit

Letztes Jahr feierten wir am 10. Dez. das fünfzigjährige Jubiläum der Deklaration der Menschenrechte. Die Haltung, welche im Artikel 1 der Erklärung der Menschenrechte zum Ausdruck kommt, ist in der Psychotherapie, neben der einführenden Bezugnahme des Therapeuten oder der Therapeutin, eine Grundhaltung: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen“. Auch Artikel 25/1 ist für die Psychotherapie von Bedeutung: „Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden, einschliesslich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet ...“

### WHO-Definition der Gesundheit und Menschenrechte

Das WHO-Dokument, welches ebenfalls 1948 in Kraft gesetzt wurde, ist mit der Definition der Gesundheit noch progressiver: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Schwäche“. Zusätzlich wurden als Basis des Wohlbefindens, der harmonischen Beziehungen und der Sicherheit aller Menschen acht Prinzipien formuliert. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass der „höchste erreichbare Standard der Gesundheit eines der fundamentalen Rechte eines jeden

Menschen ist, ohne Ansehen seiner Rasse, Religion, politischen Zugehörigkeit, ökonomischer oder sozialer Bedingungen“ (Übers. vom Autor). Dabei wird erklärt, dass die Gesundheit aller die Grundlage für Frieden und Sicherheit ist und von den einzelnen Individuen, den Staaten und ihrer Zusammenarbeit abhängt.

Die Kooperation zwischen WHO und UNO spielt eine wichtige Rolle in der Realisierung dieser Grundsätze. Dabei geht es um Fragen der Verhütung der Diskriminierung von Minoritäten, Menschenrecht und Armut, Menschenrecht und Umweltschutz, Gewalt gegen Frauen usw. Unter Einbezug von Fachleuten aus dem psychosozialen Bereich läuft derzeit ein Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit und den damit zusammenhängenden psychosozialen Bedingungen auf die Gesamtgesundheit. Ein anderes Projekt z. B. befasst sich mit der Messung von Lebensqualität.

Auch bei UNO-Konferenzen, die sich mit Gesundheit und Menschenrechten befassen, spielt die WHO eine massgebende Rolle. So hatte das Dokument „Women's Health and Human Rights: The Promotion and Protection of Women's Health Through International Human Rights Law“ einen grossen Einfluss an der Weltkonferenz der Menschenrechte 1993 in Wien, die lange in Erinnerung bleiben wird, weil sie das erste globale Forum war, wo die Rechte der Frauen als Menschenrechte deklariert wurden.

### WHO will Verbesserung der Lebensumstände aller Menschen

Dieses Beispiel, in welchem es um die Rechte der Frau geht, zeigt, dass das Programm der WHO eine Leitlinie darstellt, die so weit wie möglich erreicht werden sollte. Das WHO- und das UNO-Programm zielen auf eine Verbesserung der gesamten Lebensumstände der Menschheit. Es geht darum, bessere Bedingungen zu schaffen, unter denen die Gesellschaft und die Individuen sich entwickeln können. Dies erfordert die Mitarbeit aller Länder. Im Rahmen des Standes der jeweiligen medizinischen Versorgung soll der höchste erreichbare Standard der Gesundheit angestrebt werden. Ein Abweichen von dieser Forderung bedeutet, dass der ärmere Teil der Bevölkerung schlechter versorgt wird. Der

Gedanke der Gleichheit ist somit die treibende Kraft zur Entwicklung einer gesunden Gesellschaft.

Die Programme der WHO und der UNO sind global ausgelegt. In armen Ländern dienen sie der Entwicklung einer medizinischen und hygienischen Grundversorgung. Was bedeuten sie aber für die Schweiz? Unsere medizinische Versorgung ist doch auf dem höchstmöglichen Stand und einer der grössten volkswirtschaftlichen Zweige. Trotzdem ist das Thema der Gesundheit aus wirtschaftlichen Gründen ein Dauerbrenner in allen Medien, und kaum ein neues Gesetz hat in den letzten Jahren mehr Kritik geerntet als das 1994 verabschiedete Krankenversicherungsgesetz (KVG). Zahlreich sind die Karikaturen, die ein Spital, eine Krankenkasse oder das KVG auf dem Krankenbett zeigen.

### **Schweiz: Für den Körper neunmal höhere Ausgaben als für die Seele**

Für die somatische Medizin werden in der Schweiz mehr als 90% ausgegeben, während die Versorgung im stationären psychiatrischen Bereich ca. 6,6%, diejenige im ambulanten ca. 2,7% ausmacht (Quelle: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Basis 1996, Medikamente eingerechnet). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch PsychotherapeutInnen, die nicht über die Grundversorgung abrechnen können, bestehen keine Angaben, die Kosten tragen weitgehend die PatientInnen selbst, zu einem kleinen Teil können sie über den freiwilligen Privatversicherungsbereich vergütet werden. Diese Privatversicherungen wurden 1993 geschaffen, weil das Parlament im Zuge von Sparmassnahmen die ohnehin schon verschwindend kleinen Vergütungen an nichtärztliche PsychotherapeutInnen gestrichen hat. Eine Verschiebung der Ausgaben vom körperlichen zum psychischen Bereich ist für die Qualität der Grundversorgung ein dringendes Erfordernis.

### **Fixierung auf Krankheit statt Bezug auf Gesundheit**

Warum wird für den Körper so viel mehr ausgegeben als für die Seele? Einer der Gründe ist sicher darin zu suchen, dass wir nicht ein Gesundheits-

sondern ein Krankheitswesen haben. Obwohl die Schweiz Mitglied der WHO ist, hat sie deren Definition der Gesundheit von 1948 nicht in ihr neues Krankenversicherungsgesetz aufgenommen. Die Feststellung der WHO, dass Gesundheit „nicht nur das Fehlen von Krankheit und Schwäche ist“, ist sogar ins Gegenteil verkehrt worden. Die „Förderung der Gesundheit“ wird im KVG als „Förderung der Verhütung von Krankheit“ umschrieben. Das Fehlen einer Definition der Gesundheit wird vollends unverständlich, wenn die Bestimmung des Krankheitsbegriffes mit dem undefinierten Begriff der Gesundheit versucht wird: „Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“. Hier wird die ganze Unlogik der Definitionsbemühungen sichtbar, die nur dadurch erklärt werden kann, dass der Gesetzgeber sich um die Definition der Gesundheit herumdrückt, wohlwissend, dass Abwesenheit von Krankheit ein Zustand ist, der sich von Gesundheit grundlegend unterscheidet.

### **Lieber wird Krankheit verwaltet als Gesundheit gefördert**

Durch das Vermeiden der Definition der Gesundheit und durch die Einführung des Kriteriums der medizinischen Untersuchung oder Behandlung zur Beschreibung der Krankheit sind Konzessionen an jene Kreise gemacht worden, die aus finanziellen Gründen lieber Krankheit verwalten, als Gesundheit fördern wollen. Der Spielraum, welcher dadurch entstanden ist, wird von den Krankenkassen auch ausgenützt. Die Definition der WHO lehnen sie explizit ab und gehen davon aus, dass jemand gesund ist, der die „Fähigkeit hat, mit Beschwerden und Störungen zu leben und sie soweit zu bewältigen, dass sie einen gewissen Grad nicht überschreiten“ (M. Manser, Leiter der grössten Krankenkasse, anlässlich eines Psychotherapie-Kongresses 1996 in Zürich).

### **Anpassung an krankmachende Zustände**

Bei dieser betriebswirtschaftlich motivierten Zielsetzung der Krankenkas-

sen besteht die Gefahr einer Anpassung auch an krankmachende Zustände, was offensichtlich in Kauf genommen wird. Das Potential zur Veränderung, welches in der Krankheit stecken kann, ginge damit verloren. Die Ziele der Psychotherapie sind aber, dies zu verhindern, sonst würde sie sich selbst verraten. Die eingangs geschilderte Methode der aktiven Mitarbeit der Behandelten führt zur Selbstverantwortung und ist dadurch präventiv. Hier berührt sich die Forderung der WHO nach Mitarbeit des Individuums mit dem Grundgedanken der Psychotherapie.

### **Die Werte der Psychotherapie umfassen fundamentale Menschenrechte**

PsychotherapeutInnen sind nicht nur als Menschen, sondern auch beruflich auf die Menschenrechte verpflichtet. Die Prinzipien der Freiheit, Unantastbarkeit und Nichtdiskriminierung der Person liegen auch den Standesregeln der Psychotherapie zu Grunde. Die Einmischung in gesellschaftliche Fragen wird somit zur Pflicht, vor allem heute, wo der Umbruch der Werte und die Veränderung der Lebensgewohnheiten zum gesundheitlichen Problem weiter Bevölkerungskreise geworden ist. Wir werden, ohne es gesucht zu haben, zu Kämpfern für eine humane Gesellschaft. Auf dieser Basis entstand 1998 auch das Projekt der Deklaration der Rechte der Psychotherapie in Paris, wo diese Werte explizit formuliert wurden (Psychotherapie Forum, Supplement 3/98 und 4/98). Im Rahmen eines Kongresses zum Thema „Soziale und politische Dimensionen der Psychotherapie“ nahmen die französischen KollegInnen mit diesem Projekt Bezug auf die vor 200 Jahren von der französischen Nationalversammlung verabschiedete Deklaration der Menschen- und Bürgerrechte (Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit). Heute würde man anstelle von „Brüderlichkeit“ wahrscheinlich eher den Begriff „Solidarität“ wählen.

Das Recht auf Gesundheit braucht mehr denn je unsere volle Aufmerksamkeit. Es muss vom Rand ins Zentrum der Menschenrechte gerückt werden. Die PsychotherapeutInnen müssen sich auf diese Dimensionen noch stärker sensibilisieren. Probleme dieser Art treten bereits bei der tägli-

chen Arbeit auf, z. B. durch die Diskriminierung der psychisch Kranken, wenn Krankenkassen Therapien überhaupt nicht oder nicht mehr vergüten wollen, bevor ein verantwortbarer Stand der Heilung eingetreten ist, oder bei der freien Wahl des Therapeuten und der Methode. Bei Bedarf ist für jene Menschen, die das wollen, der Zugang zu qualitativ hochstehender und genügend langer Psychotherapie zu gewährleisten.

### **Humane Gesellschaft nicht gefährden**

Menschenrechte und Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang. Niemand ist so naiv zu glauben, dass vollständiges dauerndes Wohlbefinden im persönlichen und gesellschaftlichen Bereich eingefordert werden kann oder überhaupt erreichbar ist. Krankheit gehört zu den Bedingungen des Lebens. Trotzdem braucht es

die Ideale der Menschenrechte und Gesundheit. Wenn sie durch platten Pragmatismus ersetzt werden, ist der Ungerechtigkeit Tür und Tor geöffnet und wir setzen unsere humane Gesellschaft aufs Spiel.

### **Quellen**

e-mail: <http://www.who.int>  
Brief Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer an den SPV vom 3. April 1997

Mario Schlegel

## **La santé est un droit de l'homme – la contribution de la psychothérapie**

La psychothérapie a le droit et le devoir de faire tout ce qui est en son pouvoir pour que dans le domaine de la santé, priorité soit accordée par l'Etat à la prévention autant qu'à la guérison. Il en va ainsi parce qu'à long terme et au-delà de leurs effets curatifs, les traitements psychothérapeutiques contribuent à la prévention puisque le processus menant vers la guérison conduit également l'individu à éviter les comportements qui rendent malade. Des études ont clairement démontré qu'un rétablissement durable de la santé psychique s'accompagne d'un rétablissement au niveau du corps.

Comment peut-on expliquer la durabilité des effets de la psychothérapie? Une part importante des traitements médicaux de type somatique peut intervenir au niveau du corps seulement, sans que le patient ait à apporter une contribution active; par contre, pour guérir, la psychothérapie a besoin du travail actif du patient, de sa volonté à s'impliquer psychiquement dans le processus thérapeutique. Il doit être disposé à mettre en question sa propre personne et la manière dont il vit, ce qui peut parfois être très douloureux ou provoquer la peur. Pour qu'il ose entreprendre cette démarche, il faut qu'il se sente accepté par son/sa thérapeute, sans toutefois qu'il ait le sentiment de devoir renoncer à son autonomie. Ce n'est que dans ces conditions qu'une relation thérapeutique bénéfique

peut s'établir. Or, la recherche effectuée dans le domaine de la psychothérapie a confirmé que la relation thérapeutique est le principal facteur de guérison. Et à un autre niveau, l'idée centrale de la Déclaration des droits de l'homme est celle d'un soutien permettant à l'être humain de s'assumer en toute autonomie et en toute dignité, dans le cadre d'un processus durable.

### **La Déclaration des droits de l'homme de l'ONU et le droit à la santé**

Nous avons célébré le 10 décembre dernier le cinquantième anniversaire de la Déclaration des droits de l'homme. L'attitude exprimée par l'article premier de cette déclaration est également fondamentale au niveau de la psychothérapie, parallèlement à la relation d'empathie que le thérapeute entretient avec son patient: "Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité." L'article 25/1 est également important par rapport à notre profession: "Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; ...".

### **La définition de la santé et des droits de l'homme de l'OMS**

Le document de l'OMS, également mis en vigueur en 1948, définit la santé de manière encore plus progressive puisqu'il indique qu'elle est un état absolu de bien-être physique, psychique et social et non seulement l'absence de maladie ou de handicap. Huit principes ont également été énoncés, qui constituent le fondement du bien-être, des relations harmonieuses et de la sécurité dont doivent jouir tous les hommes. Dans ce cadre, une idée joue un rôle important: "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain", indépendamment de sa race, religion et appartenance politique, ainsi que du contexte économique et social. Selon la Déclaration de l'OMS, la santé est la base sur laquelle reposent la paix et la sécurité et "dans l'action en faveur de la santé pour tous, les nations, les communautés, les familles et les individus sont interdépendants."

Au niveau de la mise en œuvre de ces principes, la coopération entre l'OMS et l'UNO joue un rôle essentiel. Il s'agit de protéger les minorités contre toute discrimination et de s'occuper de questions concernant les rapports entre droits de l'homme et pauvreté, droits de l'homme et protection de l'environnement, la violence contre les femmes, etc. Actuellement, des spécialistes de disciplines psychosociales collaborent à un projet visant à promouvoir la santé psychique et donc, les conditions psychosociales ayant un effet sur la santé dans son ensemble. Un autre projet s'inté-

resse à l'évaluation de la qualité de vie.

L'OMS joue également un rôle décisif dans le cadre de sa participation aux conférences de l'ONU consacrées à la santé et aux droits de l'homme. C'est ainsi par exemple que le document intitulé "Women's Health and Human Rights: The Promotion and Protection of Women's Health Through International Human Rights Law" a fortement influencé la conférence mondiale des droits de l'homme qui a eu lieu à Vienne en 1993. Celle-ci a constitué un événement qui demeurera longtemps gravé dans notre mémoire, car elle fut le premier forum global à considérer les droits de la femme comme des droits de l'homme – au sens de la dignité humaine.

### **L'OMS vise une amélioration des conditions de vie pour tous**

L'exemple des droits de la femme montre que le programme de l'OMS constitue une visée à atteindre de manière aussi complète que possible. Que ce soit selon ce programme ou selon celui de l'ONU, il s'agit d'améliorer l'ensemble des conditions de vie de l'humanité. Il faut donc créer un contexte plus favorable au développement de la société et de ses membres. Cette démarche requiert la collaboration de tous les Etats. S'agissant du cadre fourni par l'état actuel de l'offre en santé, il faut aspirer au meilleur niveau possible. Sinon, les couches les moins riches de la population ne disposeront pas d'une offre égale à celle fournie au reste de la société. La notion d'égalité est donc le moteur du développement d'une société saine.

Les programmes de l'OMS et de l'ONU se situent à un niveau global. Dans les pays pauvres, ils doivent contribuer au développement d'une offre de base en médecine et en hygiène. Quelle peut être leur fonction par rapport à la Suisse? Notre système d'offre en médecine se situe à un niveau très élevé et il forme l'un des plus importants domaines de notre économie. Or, le thème de la santé est constamment à la une des médias, pour des raisons d'ordre économique. Et peu de nouvelles lois ont été aussi souvent critiquées que la Loi sur l'assurance maladie (1994). On connaît les nombreuses caricatures montrant

un hôpital, une caisse maladie ou la LAMal gisant sur un lit de soins intensifs.

### **La Suisse dépense neuf fois plus pour le corps de ses habitants que pour leur psychisme**

En Suisse plus de 90% des dépenses santé sont en rapport avec la médecine somatique, alors que les traitements menés dans le cadre des cliniques psychiatriques n'absorbent qu'env. 6.6% du budget et les traitements psychiatriques ambulatoires 2.7% (source: Concordat des assurances maladie suisses, base 1996, médicaments compris). Les prestations ambulatoires fournies par des psychothérapeutes dont les traitements ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire ne sont pas inclus dans ces statistiques car ce sont pour une bonne part les patient/es qui en assument les coûts, seule une fraction étant remboursée par les assurances complémentaires. Ces assurances de droit privé ont été créées en 1993, au moment où dans le cadre de mesures d'économie, le Parlement a éliminé les maigres remboursements qui étaient encore accordés aux patients des psychothérapeutes non-médecins. Pour que l'offre de base en santé atteigne une qualité suffisante, il faut absolument que la répartition des dépenses soit revue en faveur du domaine psychique.

### **On se fixe sur la maladie au lieu d'établir un rapport avec la santé**

Pourquoi dépense-t-on tellement plus pour le corps que pour l'âme? L'une des raisons de cette situation est certainement qu'au lieu d'avoir un 'système de la santé', nous avons un 'système de la maladie'. Bien que la Suisse soit membre de l'OMS, elle n'a pas inclus la définition mentionnée plus haut (OMS 1948) dans sa nouvelle loi sur l'assurance maladie. L'aspect 'la santé n'est pas simplement l'absence de maladie' a même été inversé puisque selon la LAMal, il s'agit de "promouvoir la prévention des maladies" plutôt que de "promouvoir la santé". Cette dernière n'y est pas définie et l'on se demande vraiment pourquoi lorsqu'on y lit un passage où l'on tente de définir la maladie par

rapport à la santé: "Par maladie, on entend toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail" (art. 2). Le manque de logique des définitions fournies est évident et il ne s'explique que par le fait que le législateur s'est refusé à définir ce qu'est la santé, tout en sachant pertinemment qu'absence de maladie et santé sont deux états très différents.

### **On préfère gérer la maladie plutôt que de promouvoir la santé**

En évitant de définir la notion de santé et en introduisant le critère de l'examen ou du traitement médical en rapport avec la maladie, on a fait des concessions aux milieux qui pour des raisons d'ordre financier, préfèrent gérer la maladie plutôt que de promouvoir la santé. La marge qui a été ainsi créée est évidemment exploitée par les caisses maladie. Elles rejettent explicitement la définition de l'OMS, partant du principe que quelqu'un est en bonne santé dès lors qu'il a "la capacité de vivre avec des malaises ou troubles et de les gérer de manière telle qu'ils ne dépassent pas une certaine intensité" (M. Manser, directeur de la plus grande caisse maladie de Suisse, à l'occasion du congrès de psychothérapie qui a eu lieu à Zurich en 1996).

### **Adaptation à ce qui rend malade**

Compte tenu du fait que les caisses maladie fixent des objectifs motivés par des facteurs relevant de la gestion économique, le risque existe que l'individu s'adapte aux situations qui le rendent malade – un risque dont, de toute évidence, elles ne se préoccupent pas. Le potentiel de transformation qui peut accompagner la maladie ne peut donc pas être exploité. Or, la psychothérapie doit lutter contre cette tendance, faute de quoi elle se trahirait elle-même. La démarche selon laquelle le patient collabore activement au traitement – dont nous avons parlé au début de notre article – conduit à ce qu'il assume la responsabilité de sa propre personne; elle a donc des effets préventifs. C'est à ce niveau que l'exigence formulée par l'OMS (cf. "le meilleur état de santé



qu'il [le patient] est capable d'atteindre") se recoupe avec le principe de base de la psychothérapie.

**Les valeurs soutenues par la psychothérapie incluent des droits de l'homme fondamentaux**

Ce n'est pas seulement en tant qu'êtres humains, mais aussi en tant que professionnels que les psychothérapeutes doivent respecter les droits de l'homme. Les principes de la liberté, du respect et de la non-discrimination de l'individu se retrouvent également à la base de leur code professionnel. Dans ce sens, ils ont le devoir d'intervenir dans les questions sociétales, aujourd'hui plus particulièrement, puisque des ruptures au niveau des valeurs et l'évolution des styles de vie sont devenus un problème exerçant une influence négative sur la santé de larges couches de la population. Sans en avoir eu l'intention, nous devenons des militants luttant pour une humanisation de la société. C'est également sur cette base qu'est né à Paris en 1998 le projet d'une Déclaration des droits à la psychothérapie, dans lequel ces visées ont été explicitement formulées (voir Psychothérapie Forum, suppléments 3/98 et 4/98). Dans le cadre d'un congrès centré sur les "dimensions sociales et politiques de la psychothérapie" nos collègues française sont référés à une déclaration approuvée il y a 100 ans par leur Assemblée nationale (la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen – liberté, égalité, fraternité). De nos jours, au lieu d'utiliser le terme de 'fraternité' on parlerait sans doute plutôt de 'solidarité'.

Le droit à la santé exige plus que jamais notre entière attention. Il faut qu'il cesse d'occuper une place marginale dans le contexte des droits de l'homme, pour être placé en son centre. Les psychothérapeutes doivent devenir plus sensibles à cette dimension. Des problèmes à ce niveau sont déjà manifestes dans notre travail quotidien, exemples: discrimination des personnes souffrant de troubles psychiques dès lors que les caisses maladie refusent de rembourser des psychothérapies ou refusent de continuer à verser des prestations si un certain niveau d'amélioration n'a pas été atteint; impossibilité de choisir librement le thérapeute ou la métho-

de. Il faut qu'en cas de besoin, on puisse garantir que les individus qui le désirent aient accès à des traitements psychothérapeutiques de haute qualité et d'une durée suffisante.

**Ne pas risquer que la société devienne inhumaine**

Droits de l'homme et santé sont étroitement liés. Personne n'est assez naïf pour croire qu'on puisse exiger ou même atteindre un bien-être absolu

dans les domaines personnel et social. La maladie fait partie de l'existence. Il reste que la formulation d'idéaux en rapport avec les droits de l'homme et la santé est incontournable. Lui substituer un banal pragmatisme revient à ouvrir la porte à l'injustice et à risquer que notre société perde son humanité.

**Sources**

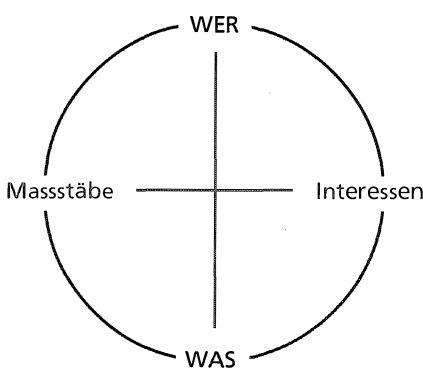
e-mail: <http://www.who.int>  
Lettre Concordat des assureurs maladie suisses à l'ASP (3. 4. 97)

Rudolf Buchmann

**Der gesellschaftliche Wert der Psychotherapie**

**1. Wert und Wertung**

Wenn wir uns zu Wertfragen Gedanken machen, müssen wir zunächst überlegen, in welchem Kontext die Beurteilung des Wertes erfolgt. Wollen wir eine Bewertung vornehmen, müssen wir uns fragen, *wer beurteilt was nach welchen Wertkriterien aus welchem Interesse* (R. Buchmann, 1980).



Auf allen 4 Faktoren ergeben sich bestimmte Fragen:

1. *Wer*: Hier stellt sich die Legitimationsfrage: Wer ist berechtigt, wer hat die Kompetenz, wer hat die Macht?
2. *Was*: Was ist der Gegenstand, der beurteilt wird?
  - Was ist das, was wir mit Psychotherapie bezeichnen?
  - Welche Feststellungen sollen bewertet werden?

- Wie kamen die Feststellungen zustande, mit welchen Methoden sind diese Feststellungen erhoben worden?
  - Was erhebt die Aussage von der Meinungsäußerung zur Tatsache, die bewertet werden soll?
3. *Welche Massstäbe* (Beurteilungs- resp. Wertkriterien) wir ansetzen, bestimmt natürlich ebenso die Wertung: Z. B. Leistungsfähigkeit oder Wohlbefinden. Welche Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen werden angewendet?
  4. *Welche Interessen* stehen hinter der Bewertung, in wessen Auftrag erfolgt die Untersuchung und der Wertungsvorgang? Weshalb werden gerade diese Massstäbe, Definitionen etc. angewendet?

Mir geht es darum zu zeigen, wie vielfältig die Diskussion um den gesellschaftlichen Wert der Psychotherapie zu führen ist, und natürlich auch, um erste Wertungen vorzunehmen: Ich als Psychotherapeut – Sachverständiger und Interessenvertreter zugleich – versuche also eine Bewertung vorzunehmen.

Ich setze mich zunächst mit der *Ebene der Wertkriterien* auseinander:

Da die Gesellschaft ein vieldimensionales Gebilde ist, werden verschiedene Kriterien aus verschiedenen Dimensionen unterschiedliche Werturteile hervorbringen:

Nehmen wir das Beispiel einer notorischen Ladendiebin (psychodiagnostische Bezeichnung Kleptomanie). Wenn diese – mit Hilfe einer Psychotherapie – ihr dissoziales Verhalten ablegen kann, haben wir sicher Gewinne aber auch Kosten in mehreren Dimensionen zu verbuchen (vgl. Rolf Haubl, 1998).

*Bezüglich der Gesetze, der sozialen Normen:*

- Der Gewinn ist klar bezüglich der Einhaltung der Gesetze (Diebstahl) und der sozialen Normen (Einhalten der Normen unterstützt deren Wirkungskraft; je mehr Normübertretungen alltäglich sind, desto mehr wird die Norm selber geschwächt) – sowie aus der Sicht der übrigen Käuferschaft (Minderbelastung, die den Schaden ja mitfinanzieren muss usw.);

*Bezüglich der Lebensqualität dieser Frau entsteht Gewinn:*

- Sie wird nicht nur ihr dissoziales Verhalten los, sondern
- gewinnt auch Einsicht in ihre Lebensführung und die Zusammenhänge, die sie zu dem Verhalten führten. Obwohl dabei wohl einiges auftaucht, das für sie schmerzhaft oder schwer zu ertragen ist, ist der Gewinn meistens grösser als diese Belastungen.
- Sie wird sich und ihr Leben anders organisieren, so dass sie die Befriedigung ihrer Lebensbedürfnisse und Ziele auf angemessenerem Weg erreicht. Dass dies tatsächlich geschieht, hat mit der Psychodynamik der Kleptomanie zu tun; nur wenn diese Umstellungen gelingen, verschwindet auch das Symptom. So ändert sich ihr Leben weit über das reine Verhindern des Dissozialen hinaus und führt sie insgesamt zu einer besseren Lebensqualität.

*Bezüglich ihrer Familie:*

- Die Umstellungen, die ihr ermöglicht werden, wirken sich auch in ihrer Familie aus, wobei unter Umständen Konflikte ausbrechen, die zuvor hinter ihrem Verhalten versteckt waren und, ausgelöst durch die Psychotherapie, die Frau nach einer neuen Lösung im Zusammenleben suchen lässt.
- Hier wird je nach Standpunkt die Wertfrage natürlich strittig: Viel-

leicht verflucht der Ehemann die Psychotherapie, weil er sich plötzlich Fragen stellen muss, die er zuvor nicht wahrnahm und die ihn möglicherweise in seiner Behaglichkeit aufscheuchen. Frage: Ist die Behaglichkeit des Ehemannes der Massstab, d.h. der Wert, an dem Erfolg oder Misserfolg, Nutzen oder Schaden der Therapie zu bemessen ist oder ist als Massstab die seelische Gesundheit der Patientin? Wer entscheidet im konkreten Fall diese Frage?

(So abstrakt wie wir sie hier darstellen, wird wohl ohne Zögern das Aufgeben-Können der Kleptomanie als höherer Wert akzeptiert. Geht aber im bestimmten Fall als Folge der Umstellungen z. B. die Ehe in die Brüche, werden die einen den Einsatz der Therapie verfluchen, die anderen ihn loben.)

*Bezüglich der finanziellen Ebene:*

- Hier sind die Interessen besonders kontrovers: Für die Geschäfte, die nicht mehr vom Diebstahl heimgesucht werden, ist der Gewinn sicher unbestritten.
- Andererseits muss aber jemand die Therapie bezahlen. Für die Krankenkasse oder den Selbstzahler bedeutet das einen Aufwand oder Verlust.
- Auch der Staat kann als Gewinner bezeichnet werden, wenn teure Gerichtsverfahren oder gar Justizvollzug gespart werden kann.

Aber es sind nicht dieselben Kassen und Entscheidungsträger, die gewinnen und die bezahlen: *Die Bewertung der Psychotherapie kann also auch unterschiedlich ausfallen, je nachdem, wen wir fragen.*

## **2. Wertung, Bewusstsein und Interessen**

Im Beispiel Kleptomanie können wir uns wohl über den Wert einer Psychotherapie relativ leicht einigen. Schwieriger wird es, wenn wir psychosomatische Beschwerden ins Blickfeld nehmen. Dort kommt die Konkurrenzsituation verschiedener Hilfeanbieter hinzu; denn eine psychotherapeutische Heilung entzieht dem Gesundheitsmarkt einen lukrativen Patienten. Ich behaupte nicht, dass solche Interessenlagen dazu führen, psychosomatische bewusst als Organkrankheiten zu missdeuten und dass Ärzte ihrem

hypokratischen Eid untreu und *absichtlich* die psychischen Behandlungsmöglichkeiten übersehen würden. Es sind auch nicht einfach „die Ärzte“; unser ganzes Gesundheitswesen ist darauf ausgerichtet, Krankheiten so lange als irgend möglich als somatisch bedingt anzusehen und von der somatischen (materiellen) Seite her zu behandeln. Auch viele Patienten verschliessen sich solange wie möglich der Einsicht, weil somatische Krankheiten nach wie vor gesellschaftsfähiger sind als seelische oder sozial bedingte.

Die Verknüpfung von sozialem Prestige mit Krankheitsprozessen, wie sie in der Bevorzugung somatischer Leiden zum Ausdruck kommt, ist selber ein Wertungsprozess. Und dieser Prozess verläuft oft unbewusst, unlogisch und widersprüchlich. Nehmen wir als Beispiel die Arbeitssucht (Workaholism), eine Störung, die die WHO als Krankheit definiert und die sowohl beim Betroffenen, bei seinen Angehörigen und nicht selten auch am Arbeitsplatz selber Schaden stiftet. Gerade Workaholism, also arbeitssüchtiges Verhalten, ist im Gesundheitswesen weit verbreitet und hat hohes Sozialprestige. Ja die Gesellschaft rechnet sogar damit, wie die Reaktionen auf die Streiks der Assistenzärzte in Zürich zeigen. Hier werden krankhafte Verhaltensweisen und krankmachende Zustände heroisiert. Es ist ein Beispiel von vielen, wie psychische Störungen einer doppelten gesellschaftlichen Buchhaltung anheimfallen: Dasselbe Verhalten kann als Tugend gelobt oder als Krankheit verpönt sein. Erst wenn somatische Folgeschäden auftauchen, werden diese als *die Krankheit* definiert.

Gerade im Bereich zwanghaften Verhaltens finden wir viele derartige Doppelbotschaften. So stehen den psychotherapeutischen Erkenntnissen oftmals mehr oder weniger unbewusste Werthaltungen entgegen, die mit der Entstehung psychischen Leidens zu tun haben. Psychotherapeutische Erkenntnisse sind daher oft auch gesellschaftskritisch und werden nicht gerne zur Kenntnis genommen: Denn sie verlangen nicht selten, dass sich nicht nur beim Einzelnen etwas ändern muss, sondern im Umgang mit den Menschen grössere Änderungen notwendig wären.

Wir beschäftigen uns immer noch mit der Bestimmung der Wertkrite-

rien, an denen Psychotherapie gemessen werden soll: Ist es ein „Mehrwert“, den Psychotherapie generiert, wenn sie Umstände aufdeckt, die die Werthaltungen massgebender Gesellschaftskreise in Frage stellt resp. Änderung fordert?

Mit ihren Erkenntnissen, die gelegentlich Widerstände auslösen, scheint die Psychotherapie als ganzes oft unerwünscht und deshalb nur mehr oder weniger geduldet. Die wirtschaftlichen Angriffe gegen sie sind derzeit sogar besonders scharf. Ich erinnere an die massive Kürzung von Krankenkassengeldern für psychotherapeutisch tätige Ärzte, die ihnen kaum mehr ermöglichen, effektive Psychotherapie anzubieten und sie an die Grenze des ethisch noch verantwortbaren und teilweise darüber hinaus treiben. Der Tenor geht in die Richtung, Psychotherapie zu vermeiden, wo immer dies möglich erscheint.

Hier scheint derzeit ein grosser gesellschaftlicher und politischer Konsens und auch eine klare wirtschaftliche Interessenlage zu bestehen, ohne dass ich behaupte, dies sei den Akteuren selber im Einzelnen bewusst. Entsprechend ist aber sowohl die Praxis im Gesundheitswesen als auch die Forschung organisiert und finanziert. Klaus Horn (1998) hat in vielen Arbeiten zur Gesundheitspolitik der achtziger Jahre hervorragende Forschung mit eindrücklichen Beispielen beschrieben, wie unerwünschte Zusammenhänge ignoriert, totgeschwiegen oder aktiv bekämpft werden. So zeigt er z. B. wie klare Folgeschäden von Arbeitsbedingungen schliesslich ein Fall für Krankenkassen und Soziallastenträger werden.

Ich will dies mit einem besonders augenfälligen Beispiel seiner reichen Auswahl veranschaulichen: Es ging darum, dass Fliessbandarbeiterinnen zu wenig einspringende Aushilfen zur Verfügung gestellt wurden, so dass sie zu lange ihren Harn zurückhalten mussten. Obwohl der Zusammenhang der daraus resultierenden Nierenschäden betriebsärztlich festgestellt war, wurde das Übel nicht betrieblich angegangen, sondern die Arbeiterinnen der individuellen Krankenabwicklung überstellt. Nach einigen Monaten war der allen bekannte Zusammenhang verdrängt und auch von den Arbeiterinnen eine individuelle Anfälligkeit und Zugluft als Ursa-

che akzeptiert, so dass sie sich resp. ihren Körper fälschlich als Quelle der Krankheit betrachteten.

Auch wenn in diesem Beispiel im ersten Schritt nicht von psychosomatischer Erkrankung die Rede ist, spielen psychische Prozesse eine namhafte Rolle. Das Verdrängen der ursprünglich bekannten Zusammenhänge überbürdet die Last des Leidens nicht nur somatisch den Arbeiterinnen. Sie werden in ihrem Selbstbild empfindlich belastet und, in einer weiteren Runde, durch diese Schwächung des Selbstwertes anfälliger für weitere Störungen. Wenn sie an die diesjährige Debatte in Deutschland um die Fortzahlung der Gehälter im Krankheitsfall denken, ergeben sich sehr weitreichende gesellschaftliche Konsequenzen: Für die Einzelne könnte die falsche Zuordnung der Symptome den ersten Schritt zum Abstieg in die Verelendung bedeuten. Andererseits reicht der Vorgang weit über das Einzelschicksal dieser oder jener Arbeiterin hinaus: Ein betrieblicher Umstand wird über mehrere Stufen zu einem persönlichen Gesundheitsproblem; oder, verallgemeinert gesagt, ein wirtschaftlich-gesellschaftliches Problem wird individualisiert.

Solche Zusammenhänge werden im Laufe von Psychotherapien nicht selten in individuellen Lebensläufen aufgedeckt. Oft sind sie mit verbreiteten Werthaltungen, bestimmten Interessenlagen oder Machtverhältnissen verknüpft: Daher sind psychotherapeutische Erkenntnisse gesellschaftlich manchmal unbequem. Meist lässt sich damit auf den ersten Blick auch nicht besonders viel Geld erwirtschaften. Auf den ersten Blick: Es wird eben nie gelingen, einen dank Psychotherapie nicht erlittenen Herzinfarkt als

Einsparung von Gesundheitskosten in die Statistik aufzunehmen!

Obwohl hier wohl gigantische Summen gespart werden könnten, indem Fehlverhalten aller Art reduziert würde, bestehen Barrieren und Widerstände, sich auf Werthaltungsänderungen einzulassen. Diese Widerstände sind ein allgemeinmenschliches Phänomen, das wir gerade dank der Psychotherapie gut kennen, weil es in jeder einzelnen Behandlung beobachtet werden kann. Dessen Bearbeitung gehört zu den schwierigsten Phasen der Therapie. Wir können daher auch gut verstehen, dass es auch für viele Patienten bequemer ist, z. B. Medikamente zu nehmen als ihr Leben umzustellen. Dennoch spricht dies nicht gegen den Wahrheitsgehalt der entdeckten Zusammenhänge.

#### Literatur

- Buchmann R (1980) Das Kind im Netz der Beurteilung, Berichte, Schulnote, Diagnose: Ihre Relativität und ihre bestimmende Kraft. Buchverlag Basler Zeitung, Basel  
 Haubi R (1998) Geld, Geschlecht und Konsum. edition psychosozial, Giessen  
 Horn K (1998) Soziopsychosomatik. Edition psychosozial, Giessen



Dr. phil. Rudolf Buchmann, St. Gallen

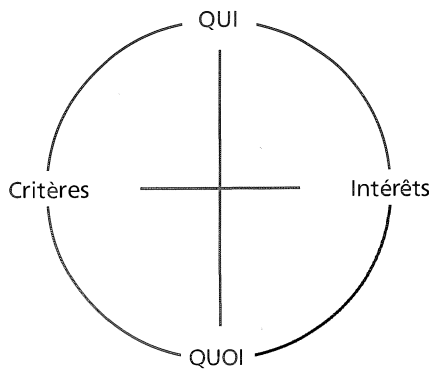
Rudolf Buchmann

## La valeur de la psychothérapie pour la société

### 1. Valeur et évaluation

Au début de notre réflexion sur les questions liées à la notion de valeur, il faut d'abord que nous nous demandions quel est le contexte dans lequel

la pondération de cette dernière se fait. Avant d'évaluer, nous devons poser la question de savoir *qui évalue quoi, selon quels critères et en fonction de quels intérêts* (R. Buchmann, 1980).



Des questions spécifiques sont liées à chacun de ces quatre facteurs:

1. *Qui*: c'est à ce niveau que se pose la question de la légitimation: qui est en droit, qui dispose des compétences, qui a le pouvoir?
2. *Quoi*: quel est l'objet qui est évalué?
  - quelle est cette chose que nous désignons du terme de psychothérapie?
  - quelles constatations s'agit-il d'évaluer?
  - comment, avec quelles méthodes ont-elles été formulées? quelle est la différence entre une opinion concernant un fait et un énoncé au sujet de l'objet à évaluer?
3. *Quels critères (d'évaluation ou de valeur)*: ceux que nous choisissons influencent bien évidemment les résultats de l'évaluation (exemple: capacité à fonctionner ou bien-être) – quelles sont les définitions de la santé ou de la maladie qui sont appliquées?
4. *Quels sont les intérêts* motivant l'évaluation? quel est le mandataire de l'étude ou du processus d'évaluation? pourquoi a-t-on choisi ces critères, définitions etc. spécifiques?

Je tente ici de montrer à quel point le débat entourant la notion de 'valeur de la psychothérapie pour la société' est/doit être complexe et simultanément j'effectue une première évaluation à partir de ma position de psychothérapeute – soit à la fois de spécialiste et de défenseur de certaines valeurs.

Considérons ensuite le *niveau des critères d'évaluation*:

Sachant que la société constitue un ensemble comprenant de multiples dimensions, l'emprunt de critères – selon le cas – à certaines d'entre elles

plutôt qu'à d'autres produit une évaluation différente:

Prenons l'exemple d'une cleptomane notoire. Si, grâce à une psychothérapie, celle-ci parvient à ne plus se comporter de manière dissociale, on peut parler d'un avantage à différents niveaux, mais cela implique également des coûts par rapport à plusieurs dimensions (cf. Rolf Haubl 1998).

*Par rapport aux lois et aux normes sociales*

- le gain est net en ce qui concerne le respect des lois (vol) et des normes sociales (le fait de les respecter renforce leur effet; une norme qui est enfreinte quotidiennement perd de sa force)
- ainsi que du point de vue des autres consommateurs (qui paient un prix moins élevé dès lors qu'ils n'ont pas à compenser les pertes dues aux vols, etc.);

*Par rapport à la qualité de vie de cette femme*

- il y a bénéfice puisque d'une part elle se libère de son comportement dissocial, mais surtout
- elle comprend ce qui l'a motivé et saisit mieux sa propre existence. Bien que ce processus implique qu'elle doive faire face à des aspects douloureux ou difficiles à supporter, en général le profit qu'elle en retire est plus important que les dimensions pénibles de la démarche;
- elle va 'se restructurer' et organiser sa vie différemment, de sorte qu'elle devienne capable de satisfaire à ses propres besoins et d'atteindre ses objectifs de manière adéquate. Le fait que cette évolution va vraiment se produire est dû aux aspects psychodynamiques de la cleptomanie: ce n'est qu'une fois que des changements ont été effectués au niveau du quotidien que le symptôme disparaît. Dans ce sens, la vie va se modifier au-delà du comportement dissocial et la personne va dans l'ensemble faire l'expérience d'une meilleure qualité de vie.

*Par rapport à sa famille*

- les changements qui lui sont devenus possibles ont des effets sur sa famille et peuvent même provoquer des conflits qui, jusque là, étaient dissimulés par son comportement; à travers la psychothérapie

la patiente va devoir découvrir d'autres modes de relation avec sa famille;

- il est clair qu'ici, selon le point de vue, la question de la valeur du traitement ne trouvera pas la même réponse à tous les niveaux: le mari de la patiente va peut-être souhaiter qu'elle n'ait jamais suivi de traitement, car il doit maintenant se poser des questions dont il n'avait pas conscience et qui sont dérangeantes. Question: le confort du mari est-il le critère, c'est-à-dire la valeur qu'il faut considérer pour mesurer le succès ou l'échec, l'utilité ou les effets négatifs de la thérapie? Ou faut-il plutôt prendre pour mesure l'amélioration psychique de la patiente? Qui répond à cette question dans le cas concret?

(Notre formulation étant demeurée très abstraite, il peut paraître évident que la guérison de la kleptomanie représente une valeur absolue. Mais si, par exemple, dans un cas donné ce processus aboutit à un divorce, nous aurons sans doute deux camps: les uns maudiront la thérapie, les autres en chanteront les louanges).

*Par rapport à des intérêts financiers*

- ici, la situation est particulièrement complexe: il est indéniable que les magasins auxquels la patiente ne vole plus de marchandises profitent;
- mais d'autre part, il faut que quelqu'un finance la thérapie: la caisse maladie doit fournir une prestation ou alors la patiente doit investir de l'argent;
- par contre, l'Etat peut lui aussi être considéré comme gagnant puisqu'il peut s'épargner des procédures judiciaires coûteuses ou même des frais d'emprisonnement.

Mais ce ne sont pas les mêmes caisses et les mêmes décideurs qui sortent gagnants ou qui assument des coûts: *la psychothérapie peut donc être évaluée de manière différente, selon la personne ou l'instance procédant à l'évaluation.*

## 2. Evaluation, conscience et intérêts

S'agissant de l'exemple ci-dessus, il est sans doute relativement aisé de se

mettre d'accord sur la valeur de la psychothérapie. Mais l'évaluation devient plus difficile lorsqu'il s'agit, par exemple, d'un patient souffrant de troubles psychosomatiques et non de kleptomanie. Dans son cas, un élément supplémentaire joue un rôle: plusieurs thérapeutiques sont en situation de concurrence, puisqu'une guérison obtenue par la psychothérapie fait perdre au marché de la santé un patient qui aurait pu rapporter beaucoup d'argent. Je ne prétends pas que ce genre de conflit d'intérêts pousse à interpréter *sciemment* des troubles psychosomatiques comme une maladie somatique; je ne dis pas non plus que les médecins ne respecteraient pas le serment d'Hippocrate et négligeraient *volontairement* de prendre en compte la possibilité d'un traitement psychothérapeutique. Ce ne sont pas non plus simplement "les médecins"; tout notre système de la santé tend à considérer des troubles comme somatiques et à les traiter à ce niveau (matériel) pendant aussi longtemps que possible. De même, de nombreux patients refusent d'abord d'accepter les aspects psychiques de leurs troubles, car les maladies somatiques sont mieux acceptées par la société que les troubles venant de l'âme ou de l'environnement social.

L'association prestige social – processus de maladie telle qu'elle s'exprime dans la préférence accordée aux troubles somatiques procède, en soi, d'une démarche d'évaluation. Et cette démarche se fait souvent de manière inconsciente, peu logique et contradictoire. Prenons l'exemple 'addiction au travail' (workaholic), un trouble qui a maintenant été reconnu en tant que maladie par l'OMS et qui cause des dommages non seulement chez la personne concernée, mais aussi dans sa famille et même souvent à son lieu de travail. Etre accro du travail est un comportement de dépendance; mais on l'enregistre très souvent chez des personnes travaillant dans le domaine de la santé et il jouit d'un haut prestige social. On peut même dire que la société l'exige, comme l'ont montré les réactions à la grève menée par les médecins assistants du canton de Zurich. A ce niveau, on considère comme héroïques des modes de comportement pathologiques et l'on accepte des conditions pathogènes. Le workaholism

n'est qu'en exemple parmi beaucoup d'autres de la manière contradictoire dont la société évalue parfois les troubles psychiques: le même comportement peut être considéré comme une vertu ou comme une maladie. Là où il est tenu pour positif, ce n'est qu'une fois qu'il aura eu des conséquences somatiques qu'il sera défini en tant que maladie.

Il existe de nombreux exemples de messages ambivalents concernant les comportements obsessionnels. Le savoir des psychothérapeutes se trouve souvent confronté à des idées plus ou moins conscientes, dans lesquelles valeur est attribuée à la genèse des troubles psychiques. C'est pourquoi les connaissances à disposition des thérapeutes impliquent souvent une critique de la société, ce qui fait que cette dernière n'est pas forcément disposée à les accepter. Car il arrive très souvent qu'elles impliquent qu'il ne suffit pas que des changements se produisent au niveau de l'individu; il faut aussi que les rapports entre individus changent.

Revenons à notre sujet, la définition des critères de valeur qui doivent servir à évaluer la psychothérapie: cette dernière génère-t-elle une "plus-value" lorsqu'elle met en évidence les circonstances qui font que les valeurs adoptées par des groupes sociaux importants devraient être mises en question, resp. modifiées?

Ce que sait la psychothérapie provoque à l'occasion des résistances; dans l'ensemble on préférerait souvent qu'elle ne se mêle pas d'autre chose et on réussit tout au plus à la tolérer plus ou moins bien. Actuellement, les attaques des milieux économiques à son égard sont tout particulièrement virulentes. Je pense ici au fait que les prestations versées par les caisses maladie aux psychothérapeutes-médecins ont beaucoup été raccourcies, ce qui fait qu'ils peuvent à peine offrir des psychothérapies efficaces et se retrouvent à la limite de ce qui peut encore être considéré comme éthique – si ce n'est au-delà. On voudrait qu'ils évitent, à chaque fois que possible, de mener des traitements psychothérapeutiques

Je ne prétends pas que les acteurs participant au processus qui se déroule actuellement sont conscients de ses détails, mais il me semble que société et politiciens sont parvenus à

un consensus et que les intérêts des milieux économiques y jouent un rôle important. C'est sur cette base que toute la pratique de la santé et la recherche dans ce domaine sont organisées et financées. Klaus Horn (1998) a fait de nombreuses études dans le domaine de la politique de la santé durant les années quatre-vingt; ses travaux sont excellents et présentent des exemples impressionnants de cas où l'on a simplement ignoré les données non-voulues, s'est refusé à en parler ou a lutté activement contre elles. Il montre, par exemple, qu'il est clair que des conditions de travail peu favorables finissent par provoquer des troubles qui seront à la charge des caisses maladie et de la collectivité.

L'un de ses exemples met cet aspect en évidence de manière particulièrement claire: des ouvrières travaillant à des chaînes de montage ne disposaient pas de suffisamment d'auxiliaires pouvant prendre leur place pendant qu'elles allaient aux toilettes et devaient donc se retenir trop longtemps. Le rapport entre cette situation et les troubles de la fonction rénale dont elles souffraient avait été établi par le médecin de l'usine, mais le problème ne fut pas abordé au niveau de l'entreprise; on considéra qu'il s'agissait de maladies individuelles. Au bout de quelques mois, tout le monde avait refoulé l'explication mentionnée plus haut et même les ouvrières pensaient que si elles étaient malades, c'était parce qu'elles n'avaient pas assez de résistance ou qu'elles avaient été exposées à des courants d'air – elles considéraient donc – à tort – leur propre corps comme la source de la maladie.

Même si cet exemple n'est pas d'abord celui d'une maladie psychosomatique, il reste que des processus psychiques y ont joué un rôle considérable. Ne plus vouloir admettre que devoir retenir son urine endommage les reins fait que maintenant, ce sont les ouvrières qui portent le fardeau – et pas seulement dans un sens somatique. Elles souffrent dans l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et plus tard, une fois qu'elles auront perdu une bonne part de leur confiance en soi, elles tomberont plus facilement malades.

Pensons d'autre part au débat qui a eu lieu cette année en Allemagne, concernant le versement du salaire en

cas de maladie; les conséquences seraient très importantes au niveau social. En effet, il suffirait que les symptômes soient mal interprétés pour que certains individus fassent un premier pas vers la misère. D'autre part, ce qui pourrait se passer aurait des conséquences dépassant de beaucoup le sort d'une personne ou d'une autre: une donnée en rapport avec la gestion des entreprises est progressivement transformée en problème personnel de santé; ou pour le formuler de manière plus globale, un problème économique et social est individualisé.

Il n'est pas rare de découvrir des phénomènes de ce genre dans la vie de l'individu qui suit un traitement psychothérapeutique. Ils sont souvent le produit de normes très répandues, d'intérêts particuliers ou de rapports de pouvoir. C'est aussi pourquoi les connaissances à disposition des psychothérapeutes peuvent devenir inconfortables pour la société. Et, au premier abord, le savoir ainsi mis en évidence ne permet pas de gagner beaucoup d'argent. J'écris "au premier abord" parce que nous ne réussis-

sons jamais à faire inclure dans les statistiques la crise cardiaque qui a été évitée grâce à une psychothérapie et qui, dans ce sens, constitue une économie.

Des sommes gigantesques pourraient être économisées, si l'on parvenait à faire diminuer le nombre de comportements inadéquats; et pourtant nous nous heurtons aux barrières érigées par ceux qui ne veulent pas modifier les systèmes de valeur. Il est clair que les résistances constituent un phénomène humain, qu'en tant que psychothérapeutes nous connaissons bien puisque nous l'observons lors de chaque traitement. 'Surmonter les résistances' représente la phase la plus difficile de la thérapie. Nous comprenons donc sans peine que de nombreux patients trouvent plus facile d'avaler des médicaments que de modifier la manière dont ils vivent. Les rapports que nous avons mis en évidence n'en sont pas moins corrects pour autant.

#### *Bibliographie*

voir version allemande de l'article

#### **Das soziale Anliegen gerät unter die Räder ...**

Leider setzt sich im Gesundheitswesen immer mehr das Diktat des Ökonomismus durch. Jede Leistung wird nicht mehr nur daran gemessen, ob sie Gutes bewirkt (Wirksamkeit) oder zweckmässiger als andere ist (Zweckmässigkeit), sondern sie soll auch vom Kosten-Nutzen-Gesichtspunkt den maximalen ökonomischen Nutzen bringen (Wirtschaftlichkeit). Damit geraten die sozialen Anliegen zwangsläufig aus dem Blickfeld, auch die Psychotherapie soll sich diesem Diktat beugen, wenn sie im Gesundheitswesen mitmischen will. Ist dieses Mitmischen chancenlos? Oder hat die Psychotherapie die Möglichkeit, soziale und ökonomische Anliegen zu verknüpfen?

#### **Vom sozialpolitischen zum gesundheitspolitischen Argumentationskonzept**

Bisher haben wir PsychotherapeutInnen nur mit der berufs- und sozialpolitischen Argumentation für den Einbezug der PsychotherapeutInnen in die Grundversicherung gekämpft: Wir wiesen auf die Rechtsungleichheit gegenüber den PsychiaterInnen hin, und wir setzten uns für die Psychotherapiebedürftigen ein, welche wegen der derzeitigen ungerechten Regelung nicht in den Genuss von Krankenkassenleistungen kommen. Diese Argumentation ist richtig, aber sie reicht nicht aus, meine ich.

Der Appell ans soziale Gewissen und die Klage über berufspolitische Ungerechtigkeit genügen nicht, um unsere Anliegen erfolgreich durchzusetzen. Erfolg haben wir langfristig nur, wenn wir unsere Leistung als etwas Positives, Lohnendes, individuell und gesellschaftlich und auch ökonomisch Nützliches anpreisen. Das heisst, wir müssen einen Lernprozess durchmachen und die standes- und sozialpolitische Argumentation mit gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Konzepten erweitern.

#### **Gesundheitspolitisches Argumentationskonzept Psychotherapie (GAP)**

Ich werde in diesem Beitrag die Grundzüge eines gesundheitspoliti-

Markus Fäh

## **Von der sozial- und berufspolitischen zur gesundheitspolitischen Argumentation**

### **Die gesundheitsökonomische Chance der Psychotherapie**

Psychotherapie ist eine eigenständige wissenschaftliche Heildisziplin, die im Gesundheitswesen sowohl berufs- wie auch versicherungsrechtlich Fuss fassen will. In den letzten Jahren und Jahrzehnten galt der Kampf der Psychotherapeutinnen vor allem eigenen berufsrechtlichen Anliegen: Es ging darum, die Qualifikation der Psychotherapeutinnen einheitlich zu regeln und auf kantonaler Stufe eine Norm zu schaffen (Musterverordnung der Eidgenössischen Sanitätsdirektorenkonferenz). Seit 1991 gilt das Ziel, die Psychotherapeutinnen als Lei-

stungserbringerinnen für die Grundversicherung gemäss neuem Krankenversicherungsgesetz zu etablieren und die entsprechende bundesrätliche Verordnung durchzusetzen. Ferner soll eine einheitliche berufsrechtliche eidgenössische Qualifikationsnorm geschaffen werden (Lex Fleiner, jetzt Vorarbeiten am Psychotherapiegesetz).

Gemeinsamer Nenner dieser Anstrengungen ist die Auffassung, dass Psychotherapie – egal ob durch Ärzte oder Angehörige anderer Grundberufe ausgeübt – ein zentraler Bestandteil des sozialen Gedankenguts und damit der Grundversorgung in unserem Lande sein soll.

schen Argumentationskonzepts Psychotherapie – im folgenden kurz GAP genannt – entwickeln, welches die Basis für unsere gesundheitspolitische Arbeit wie auch für flankierende Forschungsanstrengungen bilden soll. Thesenartig stelle ich die Leitplanken von GAP vor:

*1. Die gesundheitspolitische Ausgangssituation in der Schweiz*

Das Schweizer Gesundheitswesen befindet sich in einer tiefgreifenden Umstrukturierung, welche in den nächsten fünf bis zehn Jahren vollzogen werden wird. Im Jahre 2009 werden zahlreiche kleinere Spitäler geschlossen sein, eine medizinische Fakultät wird vermutlich aufgehoben werden, um der Ärzteschwemme Einhalt zu gebieten, die Krankenversicherungen werden sich zu wenigen Giganten zusammengeschlossen haben. Auch die Leistungserbringer, z. B. die grundversorgenden Ärzte, werden Aktiengesellschaften bilden, um ihre Marktmacht gegenüber Krankenkassen, Pharma-Industrie, Medizinaltechnik und auch gegenüber den Patienten ins Gewicht zu werfen. Jeder gegen jeden, nach den Regeln eines freien und nur noch in rudimentären sozialen Belangen in Grenzen gehaltenen freien Marktes, wird die Devise sein. Da in diesem Umstrukturierungsprozess die Karten neu gemischt werden, haben neue LeistungserbringerInnen durchaus ihre Chance, wenn sie sich in den gesundheitsökonomischen Diskurs erfolgreich einklinken. Natürlich werden die etablierten Player versuchen, ihre Pfründen zu wahren und ihren Vorsprung zu nutzen, aber auch sie müssen sich den Gesetzen der Wirtschaftlichkeit und Qualität beugen. Die Spiesse werden für alle tendenziell gleich lang werden, wenn sie in den Markt der Grundversicherung gelassen werden. Wenn dann die Karten in zehn Jahren neu gemischt und verteilt sind, gilt: Wer sich nach den Regeln der Wirtschaftlichkeit im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes behaupten konnte, spielt im Rahmen der Grundversicherung mit, die anderen bleiben draussen. Wir PsychotherapeutInnen haben die Chance, uns einzuklinken, wenn wir dies clever und mit Schlagkraft tun.

*2. Psychotherapie ist ein Top-Produkt!*

Psychotherapie als Bündel von therapeutischen Einstellungen, Methoden und Interventionen im Rahmen verschiedener theoretischer Orientierungen vereint in geradezu paradigmatischer Weise alle drei Aspekte heilsamen Wirkens in sich:

1. Sie ist symptomlindernd (palliativ).
2. Sie packt die Erkrankung an der Ursache (kurativ).
3. Sie fördert die Selbstheilungskräfte (salutogenetisch).

*Es gibt kaum eine andere Behandlungsmethode, welche für ein breites Spektrum seelischer und seelisch verursachter Erkrankungen diese Wirkungstrias von kurzfristiger Symptomlinderung, mittelfristiger ursächlicher Heilung und langfristiger Förderung der Gesundheit in sich vereint.*

Deshalb grenzt es an Zynismus, dass ausgerechnet diese potente Behandlungsmethode die grössten Schwierigkeiten hat, in den Grundversicherungskatalog aufgenommen zu werden.

*3. Falsche Zielvorstellungen im Gesundheitswesen*

Der Grund für diesen Missstand ist, dass in unserem Gesundheitswesen noch immer falsche – oft nicht explizit gemachte – Zielvorstellungen über das, was durch die Massnahmen erreicht werden soll, vorherrschen. Nicht die oben erwähnte Wirksamkeitstrias und die im KVG vorgeschriebenen Grundsätze der Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit werden umgesetzt. Stattdessen wird immer noch allzuoft nach Bedürfnissen oder Emotionen und populistischen Strömungen oder Machtinteressen entschieden. Zum Beispiel wird viel Geld in Fertilitätsprogramme gesteckt, angeblich, „weil das die Frauen eben wünschen“. Dem Kinderwunsch wird auf Krankenschein und damit auf Kosten der Allgemeinheit mit enormen Geldsummen und riesiger diagnostischer Technologie auf die Sprünge geholfen. Da wird nicht nach Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gefragt, da wird einfach ein Bedürfnis unhinterfragt durch das Gesundheitswesen befrie-

digt. Ein ähnlicher Trend bei der Alternativmedizin. Obwohl eine Studie nachweist, dass eine signifikante Wirksamkeit nicht gegeben ist und die Angebote einfach zusätzlich zur Schulmedizin konsumiert werden und damit nur zur Kostenexplosion beitragen, werden sie in den Grundversicherungskatalog aufgenommen. Argument: Das Volk will es so! Ich will damit nichts gegen Fertilitätsmedizin und Alternativmedizin sagen, sondern auf die Konzeptlosigkeit im heutigen Gesundheitswesen hinweisen.

Diese opportunistische Konzeptlosigkeit treibt das Gesundheitswesen in den Ruin. Die Zielvorstellungen des Gesundheitswesens sind nicht rational (s.o.), sondern sie sind derzeit eine Mischung aus Krankheitsverwaltung und Bedürfnisbefriedigung. Oder in einem Bild ausgedrückt: Statt Menschen in Not rechtzeitig aus dem Wasser zu ziehen und sie auch noch schwimmen zu lehren, beschränkt sich die Aktivität darauf, mit immer grösserem Aufwand Ertrinkende zu retten.

*4. Psychotherapie ist wegen der palliativen, kurativen und salutogenetischen Wirkung die wirtschaftlichste Behandlungsmethode*

Dass Psychotherapie direkt und indirekt Kosten einspart, wurde in verschiedenen Studien belegt. Die Ergebnisse dieser Studien müssen in eine schlagkräftige Argumentation einfließen mit dem Ziel, der Psychotherapie einen zentralen Platz in der Grundversicherung zuzuweisen.

Psychotherapie ist eine Leistung, welche derzeit nur durch ärztliche Anbieter im Rahmen der Grundversicherung angeboten wird. Sie steht unter grossem Druck, ihre Wirtschaftlichkeit auszuweisen, sonst droht ihr die Begrenzung auf Kurztherapien oder ihre völlige Eliminierung aus dem Leistungskatalog. Die nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen stehen in dieser kritischen Situation an der Schwelle zur Anerkennung als LeistungserbringerInnen. Für ihre Anerkennung ist es von vitalem Interesse, Psychotherapie als gesundheitsökonomisch besonders sinnvolle Behandlungsmethode mit kurz-, mittel- und besonders langfristigem individuel-

lem und gesellschaftlichem ökonomischem Nutzen auszuweisen.

Deshalb ist es nötig, dieses gesundheitsökonomische Argumentationskonzept Psychotherapie (GAP) zu entwickeln und effizient zu kommunizieren.

#### 5. Wir fordern ein Feldexperiment analog der Komplementärmedizin-Studie!

Wir sind überzeugt, dass sich mit einem Feldexperiment die kostensparende Wirkung der Psychotherapie und damit unser gesundheitspolitisches Argumentationskonzept mit Daten untermauern liesse. Der SPV plant, zusammen mit führenden Gesundheitsökonomien und Krankenkassen eine solche Studie zu lancieren.

#### Nur wer an den Erfolg glaubt, wird ihn haben ...

Wir PsychotherapeutInnen tun uns schwer mit der Gesundheitspolitik. Die herrschenden Ungerechtigkeiten, bei denen wir auf der Seite der eher Leidtragenden und nicht der Privilegierten sind, ärgern und verstimmen uns. Wir könnten dazu neigen, anzuklagen und zu jammern. Nur bringt diese Strategie nichts. Nur eine sachliche Argumentation in dem von Ökonomismus geprägten Umfeld überzeugt die Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit, dass Psychotherapie ein gutes Produkt ist. Wir dürfen uns nicht mit den misslichen Zuständen identifizieren und selber am Erfolg zweifeln. Unser Beruf hat nämlich positiven Vorbildcharakter für das gesamte Gesundheitswesen. Im Bereiche Qualitätssicherung

z. B. machen die PsychotherapeutInnen seit langem Dinge, die von der Medizin erst entdeckt werden mussten. Wir müssen uns also nicht verstecken, sondern können aufrecht die Vorzüge unseres „Produkts“ verkaufen und unsere Ziele anstreben.



Dr. phil. Markus Fäh, Präsident SPV

Markus Fäh

## Ajouter des arguments relevant de la politique de la santé à ceux qui se réfèrent à la politique sociale

En tant que psychothérapeutes, nous avons jusqu'à maintenant mené la lutte pour l'inclusion de nos prestations dans l'assurance de base en arguant d'aspects politiques d'ordre professionnel et social: comparés aux psychiatres, nous subissons une inégalité devant la loi et les personnes qui auraient besoin d'un traitement psychothérapeutique subissent les conséquences de cette réglementation injuste, puisque les caisses maladie leur refusent des prestations. Ces arguments sont corrects, mais je ne pense pas qu'ils soient suffisants. Pour que nos visées soient acceptées, il ne suffit pas de faire appel à la conscience de la société ou de mettre en évidence l'injustice subie par notre profession. A long terme nous n'aurons du succès que si nous démontrons que notre travail est positif, qu'il a de la valeur, qu'il est utile au niveau de l'individu et de la société mais aussi à celui de l'économie. Ceci implique que devons apprendre à compléter et élar-

gir nos arguments, en ajoutant aux dimensions politique professionnelle et sociale des concepts en rapport avec la politique et l'économie de la santé.

#### Gesundheitspolitisches Argumentationskonzept Psychotherapie (GAP)\*

Je présente ci-dessous une brève esquisse de ce que j'entends par le concept GAP; il doit servir de base au travail politique que nous effectuons en rapport avec le domaine de la santé et fonder en parallèle les travaux de recherche prévus pour compléter cette nouvelle approche. Formulés sous forme de thèse, les axes guidant ce concept sont les suivants:

\* Pour simplifier, le sigle GAP est utilisé ci-dessous, dans le sens suivant: une manière d'argumenter en faveur de la psychothérapie qui se fonde sur des aspects relevant de la politique de la santé (NdT).

#### 1. La situation dans laquelle la Suisse se trouve actuellement au niveau de la santé

Le système de santé de notre pays passe par une phase de profonde restructuration qui devrait être terminée dans cinq à dix ans. En l'an 2009, de nombreux petits hôpitaux auront fermé leurs portes, une faculté de médecine aura disparu de l'une de nos universités (ceci devant contribuer à réduire le nombre de médecins) et les caisses maladie auront fusionné pour ne plus former qu'un petit nombre de caisses géantes. Les fournisseurs de prestations, par exemple les médecins participant à l'offre de base, auront eux aussi formé des sociétés anonymes devant leur permettre d'avoir plus de poids sur le marché, face aux caisses maladie, à l'industrie pharmaceutique et aux spécialistes de la technique médicale mais aussi aux patients. La devise de ce mouvement: chacun contre chacun, selon les lois d'un libre marché dont les débordements ne seront plus contrôlés que par des considérations sociales rudimentaires. Au fil de ce processus de restructuration les cartes seront d'abord battues, ce qui fait que de nouveaux prestataires pourraient avoir une chance de participer au jeu – à condition toutefois



qu'ils réussissent à se faire entendre dans le contexte du discours entourant l'économie de la santé. Il va sans dire que les joueurs établis vont tenter de défendre leurs privilèges et d'exploiter leur avance; mais ils devront eux aussi se soumettre aux lois de l'économie et de la qualité. Parmi ceux qui auront été admis sur le marché de l'offre de base, personne n'aura plus ou moins de droits. Mais une fois que dans dix ans, les cartes auront été battues et redistribuées seuls ceux qui auront obéi aux règles de l'économie fixées dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie seront autorisés à jouer autour de la table assurance obligatoire – les autres seront réduits au rôle de spectateurs. Les psychothérapeutes ont une chance de se faire accepter, mais il faut que nous procédions de manière intelligente et que nous n'hésitions pas à frapper.

## *2. La psychothérapie est un produit haut de gamme!*

En tant qu'ensemble d'approches, de méthodes et d'interventions situées dans le cadre de différents courants théoriques, la psychothérapie réunit en elle-même et de manière presque paradigmatique les trois aspects caractérisant l'acte véritablement thérapeutique:

1. elle atténue les symptômes (aspect palliatif)
2. elle traite la maladie à sa racine (aspect curatif)
3. elle renforce les potentiels d'auto-guérison (aspect génico-salutaire).

*En ce qui concerne tout un éventail de troubles psychiques ou d'origine psychique, il n'existe pratiquement pas d'autre méthode de traitement qui parvienne à obtenir ces trois types d'effets bénéfiques: atténuation des symptômes à court terme, guérison (des causes) du mal à moyen terme et amélioration globale de la santé à long terme.*

C'est pourquoi il faudrait presque qualifier de cynique l'attitude qui a contribué à ce que ce soit justement cette puissante méthode de traitement qui ait le plus de difficultés à se faire admettre dans la liste des prestations fournies par l'assurance obligatoire.

## *3. Les objectifs visés au niveau de la santé sont inadéquats*

Ce triste état de choses est dû au fait que notre système de la santé persiste à se faire une fausse idée des objectifs – souvent non-explicites – visés par les mesures mises en oeuvre. Au lieu de prendre en compte les trois effets bénéfiques mentionnés plus haut, ni d'ailleurs les principes fixés par la LA-Mal (adéquation et caractère économique des prestations), il prend encore trop souvent des décisions qui sont réactions à des besoins ou des émotions et qui obéissent à des courants populistes ou des pressions venant des puissants. Des sommes importantes sont, par exemple, investies dans des programmes de recherche sur la fertilité parce que – paraît-il – "c'est ce que souhaitent les femmes". Un soutien est accordé aux couples désirant des enfants, sur feuille de maladie et donc aux frais de la collectivité qui investit des sommes énormes, tout cela avec l'aide d'un immense déploiement de technologies diagnostiques. A ce niveau, on ne demande pas si les prestations remplissent les conditions adéquation et caractère économique; on satisfait simplement un besoin sans se poser de questions. On enregistre une tendance similaire au niveau de la médecine alternative. Bien qu'une étude ait démontré que ces prestations ne sont pas clairement efficaces et que l'offre est simplement consommée parallèlement à celle de la médecine traditionnelle (ce qui fait qu'elle contribue à l'explosion des coûts), elles ont été incluses dans la liste de l'assurance obligatoire. Argument: c'est ce que veulent les gens! Je n'ai rien contre le traitement de la stérilité ou contre la médecine alternative; je me contente de mettre en évidence le fait que le système actuel ne se réfère à aucun concept.

Ceci ouvre la voie de l'opportunisme et conduit le domaine de la santé vers la ruine. Les objectifs visés n'ont pas été définis rationnellement (voir plus haut); ils se fondent aujourd'hui sur un mélange fait de gestion de la maladie et de satisfaction des besoins. Ou, pour l'exprimer en une image: au lieu de tirer de l'eau les personnes qui risquent de se noyer et de leur apprendre à nager, on met en oeuvre d'énormes moyens pour sauver ceux qui sont en train de couler.

## *4. La psychothérapie est la méthode de traitement la plus économique*

Différentes études ont démontré que la psychothérapie permet une économie de coûts, directement ou indirectement et grâce à ses effets palliatifs, curatifs et salutaires. Leurs résultats doivent être mentionnés au moment de formuler des arguments portants, utilisés pour obtenir que la psychothérapie occupe une place centrale dans l'offre de base.

Actuellement, seuls les prestataires médecins sont autorisés à fournir des traitements psychothérapeutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire. Des pressions importantes sont exercées, exigeant que la psychothérapie démontre son caractère économique, faute de quoi soit elle sera éliminée de la liste des prestations, soit seuls des traitements de brève durée seront remboursés. La situation est critique et les psychothérapeutes non-médecins se situent juste en-deçà du seuil qui en ferait des prestataires. Pour qu'ils soient admis, il est essentiel qu'ils démontrent que du point de vue de l'économie de la santé, leurs méthodes de traitement sont particulièrement avantageuses pour l'individu et la société, à court et à moyen terme mais surtout à long terme.

C'est pourquoi il est absolument essentiel que nous développions le GAP et que nous nous efforcions de communiquer son contenu de manière efficace.

## *5. Nous demandons que soit entreprise une étude sur le terrain, comme on l'a fait pour la médecine complémentaire!*

Nous sommes convaincus qu'une étude de ce type permettrait de démontrer le bien-fondé de nos arguments concernant les économies que la psychothérapie peut permettre de réaliser et d'acquérir des données confirmant ce que le GAP indique. L'ASP projette de collaborer avec des spécialistes connus de l'économie de la santé et des caisses maladie pour lancer l'étude dont nous parlons.

## **Seul celui qui croit au succès peut réussir ...**

Nous sommes psychothérapeutes et pourtant nous avons peine à nous mouvoir sur le terrain de la politique

de la santé. Les injustices que nous enregistrons provoquent notre colère et nous chagrinent, puisque nous ne nous trouvons pas dans le camp des privilégiés mais dans celui de ceux qui ont à en souffrir. Nous pourrions avoir tendance à accuser et à nous lamenter. Mais cela n'apporterait rien. Seuls des arguments objectifs, formulés de manière intelligible du point de vue du climat économi-

te qui domine, peuvent convaincre les décideurs et le grand public que la psychothérapie est un bon produit. Nous devons éviter de nous identifier avec les aspects négatifs de la situation et de douter de nos propres chances de succès. En fait, notre profession représente un modèle positif pour l'ensemble du système de la santé. Au niveau de la gestion de qualité, par exemple, il y a déjà long-

temps que les psychothérapeutes ont mis en oeuvre des démarches que les médecins n'ont découvertes que récemment. Nous n'avons donc pas besoin de nous cacher; la tête haute, nous pouvons vanter les qualités de notre "produit" et militer en faveur de nos objectifs.

*Dr. phil. Markus Fähr,  
Président ASP*

## Editorial

### In eigener Sache



Nach der letzten Mitgliederversammlung, über die wir dieses Mal berichten, hat sich die Aufgabenverteilung in unserem Vorstand etwas verändert. Die Redaktion des Supplements wird ab dem nächsten Heft von Gisela Steinecke übernommen, ich selbst werde in die Wissenschaftsredaktion wechseln.

Das im Januar in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz hat den Protest und die Klagen vieler nun benachteiligter PsychotherapeutInnen herausgefordert. Wir dokumentieren die Einladung und Presseerklärung zu einer Podiumsdiskussion in Frankfurt „gegen die Ausgrenzung interdisziplinärer Psychotherapie“ an der mehr als 250 Psychotherapeuten aus ganz Deutschland teilnahmen. Inzwischen bildeten sich weitere Aktionsbündnisse und Arbeitsgruppen mit dem Ziel, Öffentlichkeit und Politik auf die bestehenden Missstände hinzuweisen. Zugleich kämpfen viele mit juristischer Hilfe gegen die Übergangsregelungen, die langjährig tätigen nicht ärztlichen und nicht psychologischen akademischen PsychotherapeutInnen die gleichen Rechte verweigern und u.a. untersagen, die Berufsbezeichnung Psychotherapeut/in zu führen.

Wir dokumentieren das jüngste Schreiben (vom Februar 1999) an den Petitionsausschuss im Deutschen Bundestag, das die ganze Widersinnigkeit der Argumentation deutlich macht.

Neuesten Informationen aus Ministerien und Verwaltung zufolge zeigt der Protest langsam insofern Wirkung, als die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut/in plus Zusatz“, z. B. Heilpraktiker, voraussichtlich geführt werden darf, während die Bezeichnung „Psychotherapeut/in“ den ärzt-

lichen und psychologischen PsychotherapeutInnen vorbehalten bleiben soll.

Die letzte Hürde zur Anerkennung des DVP als Nationale Anerkennungsorganisation (NAO), die Eurozertifikate vergeben darf, ist genommen. In seiner letzten Sitzung am 4. Februar hat der Vorstand Ethische Richtlinien beschlossen. Wir stellen sie unten zur Diskussion.

Unseren französischen Kolleginnen und Kollegen gebührt Dank und Anerkennung dafür, dass sie die Diskussion über *Psychotherapie, Ethik und Menschenrechte* im EAP weiter vorantreiben und durch eine in kürzester Zeit organisierte Tagung am 19./20. März vor den Europarat nach Straßburg bringen! Ziel ist die Verankerung von Psychotherapie als Mittel zum Schutz und zur Herstellung der Menschenrechte in der Sozialcharta des Europarats.

Sie hoffen auf aktive Unterstützung und eine rege Beteiligung von uns deutschen Nachbarn. Meines Erachtens haben wir allen Grund, ihrer Einladung zu folgen und gemeinsam die ethischen Grundlagen unserer Profession und unseren Beitrag zur Verteidigung der Menschenrechte öffentlich darzustellen. Ist dies nicht auch für uns eine gute Gelegenheit, wieder einmal den Blick weg von den täglichen Differenzen und Auseinandersetzungen zwischen Gruppierungen und Verbänden (wie sie unten so treffend von Marie-Luise Conen am Beispiel der Familientherapie beschrieben sind) auf das Gemeinsame zu richten?

In diesem Sinne hoffe ich auf ein Wiedersehen in Straßburg!

Cornelia Krause-Girth

G. Steinecke

## Bericht über die Mitglieder- versammlung des Schulen- und Berufsübergreifenden Deutschen Dachverbandes für Psychotherapie (DVP) am 26. September 1998

Neben den Verbandsangelegenheiten um die Vorstandsentslastung und -neuwahl bildeten das Deutsche Psychotherapeutengesetz (PTG) mit seinen Auswirkungen und die diesbezüglichen Aktivitäten verschiedener Mitglieder die Themenschwerpunkte dieser vierten Mitgliederversammlung des noch jungen Verbandes. Vor ca. 50 Anwesenden sprachen Inge Rosenbaum-Munsteiner zum Psychotherapeutengesetz; Dr. Werner Polster u. a. über das zu vollziehende Prozedere für die Erlangung der Approbation als Psychologische Psychotherapeutin bzw. Psychologischer Psychotherapeut sowie der Sozialrechtlichen Zulassung (Anerkennung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) wie Nachqualifikationen usw.; Hon.-Prof. Dr. Alfred Pritz zum Thema „Das deutsche Psychotherapeutengesetz im Rahmen des Eurozertifikats für Psychotherapie“ und I. Rosenbaum-Munsteiner brachte mit ihren Ausführungen in aller Vehemenz und Deutlichkeit ihre Kritik am neuen PTG zum Ausdruck. Sie ist zu diesem Zeitpunkt der Mitgliederversammlung stellvertretende Vorsitzende des DVP und zugleich erste Vorsitzende des Berufsverbandes Akademischer PsychotherapeutInnen BAPt und Hauptinitiatorin der *Interessengemeinschaft Klagen gegen das PTG*. Diese auch vom DVP ideell und materiell unterstützte Interessengemeinschaft hat es sich zum Ziel gesetzt, auf rechtem Wege die viel zu eng gefassten Übergangsbestimmungen „zu kippen“, da es nicht hinnehmbar sei, so I. Rosenbaum-Munsteiner, dass langjährig tätige akademische PsychotherapeutInnen quasi Berufsverbot erhielten durch das neue Gesetz.

Alfred Pritz ging mit seinen Ausführungen auf die durch das PTG entstandene Situation in Deutschland in dem Sinne ein, als er es als Fortschritt begrüßte, dass nun überhaupt eine gesetzliche Regelung geschaffen sei (dies bedeutet für ihn, dass der Psychotherapeutenberuf überhaupt wahrgenommen wird), bedauerte es jedoch ausdrücklich, dass es so ausgefallen sei, dass ausschließlich PsychologInnen und Ärzte sich PsychotherapeutInnen nennen dürfen sollen und dass damit der europäischen Entwicklung in keinem Fall Rechnung getragen worden sei. Den oben beschriebenen Aktivitäten wünschte er vollen Erfolg, weil sie „in die richtige Richtung gingen“. Um so bedeutsamer sei es seiner Auffassung nach, sich um das Eurozertifikat zu bemühen, dessen Anforderungen allerdings durch das PTG nicht erfüllt würden. Dass es dennoch eine Lösung hierfür gäbe, hielt er für möglich. Herauszuarbeiten, wie diese im einzelnen aussähe, sei Aufgabe der nationalen Dachverbände und der entsprechenden Ausschüsse auf europäischer Ebene.

Cornelia Krause-Girth nahm in ihrem Rechenschaftsbericht u. a. Bezug auf die im Vorstand vorhandene Konfliktsituation, welche die gesamte Arbeit insbesondere in den Sitzungen des engeren Vorstandes stark beeinträchtigt habe. Positiv zu vermelden sei u. a. ein Anstieg der Mitgliederzahlen von 150 auf rund 200 Mitglieder im Laufe des Jahres 1998 (davon 32 Institute/Verbände). Wesentliche Punkte in dieser Legislaturperiode waren der Aufbau einer handlungsfähigen Organisationsstruktur und der Arbeitsgruppen so-

wie das gute Funktionieren der Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle (VAS-Verlag) sowie der Abwicklung der Alltagsgeschäfte. Häufig würde Unzufriedenheit insbesondere dahingehend ausgedrückt, dass der DVP einzelne seiner Mitgliedsgruppen nicht ausreichend unterstütze, z. B. die der nicht-akademischen PsychotherapeutInnen. Hierzu rief C. Krause-Girth zu vermehrter Mitarbeit zum Wahrnehmen der Einzelinteressen z. B. in den verschiedenen Arbeitsgruppen auf.

Weitere Tagesordnungspunkte waren Kassenbericht, Berichte zu den Arbeitsgruppen Ethik (Jo Schnorrenberg), Qualitätssicherung (Hannelore Krum), Psychotherapeutengesetz (Inge Rosenbaum-Munsteiner), der ebenfalls vom DVP mit-initiierten Arbeitsgemeinschaft Berufsübergreifende Psychotherapie AGBP (Ulrich Sollmann) sowie die Entlastung des amtierenden und die Neuwahl des neuen Vorstandes mit den dazugehörigen Ämtern nach der nunmehr 2-jährigen Amtszeit seit Bestehen des Verbandes.

Bei den nachfolgenden Neuwahlen wurden folgende Personen in Ämter gewählt: Cornelia Krause-Girth zur 1. Vorsitzenden (als Gegenkandidatin hatte Hannelore Krum kandidiert); als stellvertretende Vorsitzende Jo Schnorrenberg, Gisela Steinecke und Ravi Welch. (Nach erneuter Abstimmung aufgrund des Antrages eines Mitgliedes wurde beschlossen, dass diese den engen Vorstand bildenden Personen unter sich die/den SchatzmeisterIn bestimmen werden.) Weiterhin als VertreterInnen der Verbände und Institute im erweiterten Vorstand: Inge Rosenbaum-Munsteiner, Marie-Louise Conen, Alfred Köth und Daniele Kammer sowie als VertreterInnen der Einzelmitglieder im erweiterten Vorstand Ulrich Sollmann, Martha Lüttiken und Volker Dassbach-Breuer, und als Kassenprüfer Renate Lipke-Fischer und Alfons Wissel.

Gisela Steinecke  
Rathausgasse 10  
D-63739 Aschaffenburg

DVP  
Schulen- und Berufsübergreifender  
Deutscher Dachverband  
Für Psychotherapie  
Kurfürstenstraße 18  
60486 Frankfurt/M.

BAPT  
Berufsverband Akademischer  
Psychotherapeuten  
Siebenmorgen 37  
51427 Bergisch Gladbach

AGBP  
Arbeitsgemeinschaft  
Berufsgruppenübergreifende  
Psychotherapie  
Höfstraße 87  
44801 Bochum

## Das Psychotherapeutengesetz: Ausgrenzung interdisziplinärer Psychotherapie

Einladung zur Pressekonferenz, Samstag, den 7. 11. 1998, Um 11.00 Uhr, JWG-Universität, Hörsaal H6,  
Frankfurt/M., Mertonstraße/Ecke Gräfstraße

Akademische PsychotherapeutInnen arbeiten seit vielen Jahren qualifiziert und engagiert im Gesundheitssystem. Ihre Arbeit unterliegt einer ständigen Qualitätskontrolle, die zu einem großen Teil durch unabhängige Gutachter sowie die medizinischen Dienste der Krankenkassen überprüft wird. Die psychotherapeutische Leistung wird vielfach von den Krankenkassen mitfinanziert.

Dieselben akademischen/interdisziplinären PsychotherapeutInnen werden aber nun durch das Psychotherapeutengesetz in mehrerlei Hinsicht aus dem Gesundheitssystem ausgegrenzt. Einerseits bekommen sie **keine Approbation**, d. h. sie haben nach dem Gesetz nicht die Erlaubnis, psychotherapeutisch tätig zu sein. Andererseits wird ihre **Leistung durch die Krankenkassen nicht mehr bezahlt**. Zudem werden sie, so heißt es im O-Ton, **zu Scharlatanen abgestempelt**.

Viele interdisziplinäre PsychotherapeutInnen bauen auf die neue Bundesregierung. Doch haben die rot-grünen Koalitionsverhandlungen zu keiner Absichtserklärung geführt, die psychotherapeutische Tätigkeit in Zukunft zumindest durch die Übergangsrichtlinien zu regeln. Es kommt also ab 1. 1. 1999 zu einer tatsächlichen **Diskriminierung interdisziplinärer PsychotherapeutInnen und zur Existenzvernichtung von hunderten psychotherapeutischer Praxen**.

Innerhalb des BAPT hat sich daher seit April 1998 eine **Interessengemeinschaft Klagen** (IG Klagen) konstituiert, die sich gegen die verfassungswidrigen Übergangsregelungen des PTG zur Wehr setzt. Die IG Klagen wird **Musterprozesse** führen bis hin zur **Verfassungsbeschwerde**.

Dies trifft aber auch die PatientInnen. Es stehen in Zukunft noch weniger qualifizierte PsychotherapeutInnen zur Verfügung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Bund Deutscher Psychologen (BDP) und andere Standesorganisationen sind sich darin einig, dass es bereits **heute schon eine erhebliche psychotherapeutische Unterversorgung** in Deutschland gibt.

Es kommt noch viel schlimmer! Bereits jetzt schon kommt es zur **unerlaubten Vorverurteilung durch die Krankenkassen und MDKs**. Bevor das PTG in Kraft getreten ist und bevor der Rechtsweg zur Klärung der Erteilung einer Approbation ausgeschöpft wurde, greifen die Krankenkassen und die MDKs unerlaubterweise in bestehende Behandlungsbeziehungen ein bzw. verweigern die sonst immer gewährte Erstattung der Kosten. Gutachter des MDK urteilen nachweislich parteilich. Es kommt zur **Falschbegutachtung**, die sogar durch den Obergutachter gedeckt sind. Es kommt zu **übler Nachrede**, zum **missbräuchlichen Übergriff in**

**eine bestehende Therapiebeziehung** u. a. All diese Dinge können über das BGB und das StGB vor Gericht **zum Prozess gebracht** werden. Entsprechende Klagen gegen die Krankenkassen sowie die MDKs sind in Vorbereitung.

Wir interdisziplinäre PsychotherapeutInnen können und wollen nicht tatenlos zusehen, wie unsere verfassungsmäßigen Rechte, nämlich der **Bestandsschutz nach Art. 12 Abs. 1 des Grundgesetzes** sowie der **Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz** durch unzureichende Übergangsvorschriften missachtet werden. Wir werden unsere Forderungen der Öffentlichkeit und den Politikern am 7. 11. in Frankfurt vortragen. Wir laden Sie als MedienvertreterInnen ein, uns dabei zu unterstützen. (Wenn Sie vorab schon ausführliche Informationen zu den einzelnen Punkten benötigen, erreichen Sie mich unter Tel. 0234/38 38 28 oder Fax 0234/38 47 04.)

*Ulrich Sollmann  
Sprecher der AGBP*

### Presseerklärung

Am Samstag den 7. 11. 98 protestierten mehr als 250 akademische PsychotherapeutInnen aus dem gesamten Bundesgebiet gemeinsam mit Vertretern von psychotherapeutischen Fachverbänden durch eine Podiumsdiskussion in der Universität Frankfurt gegen die **Diskriminierung ihres Berufsstands** durch das Psychotherapeutengesetz.

Dieses regelt das Berufsbild des psychologischen Psychotherapeuten. Demnach dürfen in Zukunft nur noch Ärzte und Diplom-Psychologen mit entsprechender Zusatzqualifikation psychotherapeutisch tätig sein. **Alle anderen hochqualifizierten akademischen PsychotherapeutInnen werden nunmehr ausgegrenzt**. Diese PsychotherapeutInnen

(das sind ca. **30% aller Psychotherapeuten**) stützen z. T. seit mehreren Jahrzehnten das Gesundheitssystem, oft auch über die Bezahlung durch die Krankenkassen. **Gerade hierdurch war eine kontinuierliche Qualitätssicherung gewährleistet.**

Obwohl der alten Bundesregierung bekannt war, dass es sich bei der Ausgrenzung der akademischen PsychotherapeutInnen um einen **verfassungsrechtlich höchst bedenklichen Akt handelt**, unterstützte sie die Interessen der Mediziner- und Psychologenverbände. **Alle anderen hoch qualifizierten PsychotherapeutInnen wurden durch diese Lobbypolitik geopfert, so der Hauptredner auf dem Podium Dr. med. Ellis E. Huber, Präsident der Landesärztekammer Berlin. Er befürchtet, dass es zur Zerstörung des psychotherapeutischen Berufes kommt, somit zur Gefährdung des Gesundheitssystem überhaupt.** An die Stelle von Argumenten, Vernunft und dem Bestreben, das Wohl der Patienten im Auge zu haben, ist das Geld getreten. **„Es geht eben nur noch um die Silberlinge“**, so Dr. Huber.

Dabei wissen alle Fachleute im psychotherapeutischen Feld, dass Angehörige anderer Quellenberufe (Pädagogen, Soziologen, Theologen u. a.) **unter identischen Bedingungen wie ihre psychologischen Kollegen gearbeitet haben und arbeiten.**

Sie haben in denselben Instituten ihre Ausbildungen absolviert. Sie bilden dort heute z. T. selbst Ärzte und Psychologen aus. Dies wird von den Verbänden bewusst verschwiegen und verdreht, von den Politikern stillschweigend hingenommen. **Und obwohl die Übergangsregelungen eines neuen Gesetzes den Gleichbehandlungsgrundsatz nach dem Grundgesetz zu beachten hätten, kommt es zu dieser in der Bundesrepublik einmaligen Diskriminierung und Existenzvernichtung.**

Die neue Bundesregierung kann und muss diesem Missstand einen Riegel vorschieben!

Hoffnungsvoll reagierten daher die Teilnehmer der Frankfurter Veranstaltung auf die Stimmen aus Bonn. **Die Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium Frau Christa Nickels ist zu einem Gespräch in Kürze in Bonn bereit. Außenminister Joschka Fischer**

**ließ über den Bonner Fraktionsvorsitzenden Rezzo Schlauch ebenfalls mitteilen, dass ein solches Gespräch jetzt vonnöten sei. Stimmen in der Bonner CDU bedauern, dass „die akademischen PsychotherapeutInnen offensichtlich übersehen worden seien. Einer Änderung der Übergangsbestimmungen würde man keine Steine in den Weg legen.“**

Und doch bleiben Zweifel!

Wird die **SPD in Bonn** mitziehen? Während Frau Ulla Schmidt SPD/MdB keine Zweifel an der hohen Qualifikation der akademischen PsychotherapeutInnen hat, gibt es in der Bonner Fraktion auch Gegenstimmen, **die sich jedoch nicht auf die Sachinhalte beziehen. Man habe lediglich „keine Lust mehr, das Gesetz noch einmal anzupacken“.**

Jetzt ist es aber so, dass über die Abschaffung der Zuzahlung für die Patienten der Gesetzgeber das PTG

sehrwohl im Rahmen der **Vorschaltgesetzte** ändern wird. Werden Bündnis 90/Die Grünen sowie die CDU die SPD umstimmen können?

Die in Frankfurt versammelten akademischen PsychotherapeutInnen und Fachverbandsvertreter fordern daher noch einmal dringend, die **Übergangsvorschriften des § 12, Abs. 3 und 4 PsychThG** dahingehend zu erweitern, dass auch Absolventen geistes- und sozialwissenschaftlicher Fachrichtung die Approbationsmöglichkeit zum psychologischen Psychotherapeuten erhalten. Sie appellieren an die Politiker aller Parteien in Bonn, **jetzt zu handeln** und die Änderung des entsprechenden Paragraphen im Rahmen der Vorschaltgesetzte vorzunehmen.

Ulrich Sollmann

Dipl. rer. soc., Psychotherapeut  
Sprecher der AGBP, Mitglied des erw. Vorstands des DVP

## An den Deutschen Bundestag – Petitionsausschuss

**Im Auftrag der Arbeitsgruppe Interdisziplinärer PsychotherapeutInnen Frankfurt u. d. Regionalgruppe des BAPt, Berufsverband Akademischer PsychotherapeutInnen, AGBP, Arbeitsgemeinschaft Berufsübergreifende Psychotherapie**

Pet.-Nr.: 5-14-15-2123-001289;  
Ihr Schreiben vom 7. 1. 99

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit lege ich im Auftrag o. g. Berufsverbände Widerspruch ein gegen ihren Bescheid vom 7. 1. 99.

Begründung:

Wir halten den Ausschluss von uns, den bis zum 31. 12. 98 als PsychotherapeutInnen beruflich tätigen AkademikerInnen, die nicht über ein abgeschlossenes Psychologiestudium verfügen, im Bereich der Übergangsbestimmungen des PsychThG (§ 12) für verfassungswidrig.

Wir verfügen über dieselbe Theorie und Praxis die psychotherapeutische Berufstätigkeit betreffend wie unsere psychologischen KollegInnen, die nun mittels des § 12 PsychThG die

Approbation und die Kassenzulassung erhalten sollen. Und wir haben in vergleichbarem Maße wie diese mit den Krankenkassen im Kostenerstattungsverfahren abgerechnet.

Aufgrund dieses Tatbestandes verletzen unserer Überzeugung nach die Übergangsbestimmungen nach § 12 PsychThG die folgenden Grundrechte:

1. den in Art. 3 GG niedergelegten *Gleichbehandlungsgrundsatz*. Bis zum 31. 12. 98 waren wir rechtlich den psychotherapeutisch tätigen Diplom-Psychologen durch die Erlaubnis nach dem HPG gleichgestellt – und zwar aufgrund des höchstrichterlichen BVG Urteils in 93. In diesem werden andere akademische Grundberufe wie Sozialwissenschaftler, Theologen u. a. für die berufliche Ausübung von Psychotherapie explizit als gleich-

wertig mit den Diplom-Psychologen anerkannt. Indem § 12 das Psychologiediplom zu einem Ausschlusskriterium macht, erleiden wir trotz dieser Rechtsstellung von seiten des Gesetzgebers eine Ungleichbehandlung.

2. Art. 12 GG, die *Berufsfreiheit*.

Ab 1. 1. 99 ist es uns untersagt, die Berufsbezeichnung „PsychotherapeutIn“ zu führen. Unsere Praxen sind jedoch unter dieser Bezeichnung seit Jahren und Jahrzehnten bei PatientInnen, ÄrztInnen und Krankenkassen bekannt.

Indem das BGM in seiner Stellungnahme implizit die PsychologInnen als die Gruppierung nennen, die des „schutzwürdige Vertrauens“ des Gesetzgebers würdig sei und Sie dieser Gruppierung die Qualitätskriterien zusprechen, die den Patientenschutz und die Volksgesundheit garantieren, verunglimpft es immanent alle nicht-psychologischen PsychotherapeutInnen als unqualifiziert, gefährlich, schädlich.

Die Versagung der Approbation bedeutet für uns die Unterbindung, mit den Kassen abzurechnen. Das führt zur schweren Schädigung unserer wirtschaftlichen Existenz bis hin zur Existenzvernichtung. Indem das BGM uns darüberhinaus auch noch die psychotherapeutische Berufsqualifikation abspricht, schädigt es gravierend unseren Ruf und trägt billigend dazu bei, dass wir auch außerhalb des Kassensystems in Misskredit geraten.

Es ist jedoch für die bis 31. 12. 98 über Jahre und Jahrzehnte rechtmäßig und hochqualifiziert als PsychotherapeutInnen tätig gewesenen Personen nicht zumutbar, erneut eine volle Berufsausbildung nach dem neuen PsychtG zu absolvieren.

3. den *Bestandsschutz*.

Schließt der Gesetzgeber durch ein Gesetz Personengruppen von einem Beruf aus, so muss das dem Grundsatz der *Verhältnismäßigkeit* genügen. Diesem Grundsatz ist unserer Überzeugung nach mit dem § 12 nicht Genüge getan.

Die auf dem HPG beruhende Berufserlaubnis und die auf Basis der Kostenerstattung durchgeführte Berufspraxis sind ein zu schützen-

der Bestand. Ihre Außerachtlassung durch § 12 steht nicht im Verhältnis zu ihrem Bestandsschutz.

Bei den nicht-psychologischen, d. h. akademischen PsychotherapeutInnen handelt es sich auch nicht um einige vernachlässigbare Einzelfälle, sondern bundesweit um mehrere Hunderte Personen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die gesetzliche Festlegung auf den Studiengang Psychologie als die einzige akademische Grundqualifikation für die Ausübung von „schutzwürdiger“ Erwachsenen-Psychotherapie auf keinerlei wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Sie ist nicht einmal plausibilisierbar, sondern folgt den Interessen einer bestimmten Profession und ihrer Standesvertretung. Das PsychtG und darin besonders § 12 ist klientelistisch orientiert.

In der Stellungnahme des BGM ist kein einziges Argument zu finden, das aus *fachlicher* Sicht begründet, warum andere akademische Grundberufe als die Psychologie für die Psychotherapie von Erwachsenen notwendig unqualifiziert sind. Das BGM übernimmt jedoch ungeprüft die Richtlinien der KBV und deren Ideologie „einer ansonsten nur schwer zu bremsenden Kassenzulassung aller zur Zeit tätigen Behandler“ und macht das zum Gesetz!

Als Beispiele einer Orientierung des Gesetzgebers und seiner ausführenden Verwaltung an Standesinteressen ist auf 2 konkrete Fälle hinzuweisen; bei beiden hat das Psychologiediplom keine Entscheidungs-Relevanz:

1. In Bayern erhalten Lehrer, die als Schulpsychologen tätig waren, die Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten, obwohl sie ihren Studienabschluss *nicht* in Psychologie, sondern einem anderen Fach gemacht haben.

2. § 5, Abs. 3 des PsychtG sieht im Hinblick auf Antragsteller aus dem Ausland vor, „dass eine andere abgeschlossene Ausbildung im Umfang ihrer Gleichwertigkeit“ angerechnet werden kann. Da in vielen europäischen Ländern das Psychologiestudium keine Voraussetzung für die Ausbildung zum Psychotherapeuten ist – bekannterweise wird zum Beispiel in Österreich und der Schweiz gerade die Vielfalt von akademischen Grundberufen für die Psychotherapieausübung begrüßt –, können damit ausländische Nicht-Psychologen die Approbation erhalten – *denn – ihre Studiengänge werden auf Gleichwertigkeit überprüft*. Inländische Nicht-Psychologen werden ihnen gegenüber doppelt diskriminiert.

Angesichts dieser Tatbestände und dieser Sachlage fordern wir den Petitionsausschuss dringend auf, er möge seinen Einfluss dahingehend geltend machen, dass die Übergangsbestimmungen § 12 PsychtG erweitert werden und zwar dergestalt, dass Absolventen anderer akademischer Grundberufe als des/der Psychologen die Approbationsmöglichkeit zum Psychologischen Psychotherapeuten erhalten.

## Ethische Richtlinien des DVP

Gültig seit 4. Februar 1999

### Präambel

In der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes ist von allen Mitgliedsverbänden und Einzelmitgliedern des DVP ein verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Person, der psychotherapeutischen Aufgabe sowie jenen Menschen gefordert, mit denen sie durch die Psychotherapie in eine besondere Beziehung treten.

Die Mitgliedsverbände und Einzelmitglieder des DVP sind dazu verpflichtet, sich mit ethischen Fragen auseinanderzusetzen. Die vorliegenden ethischen Richtlinien dienen

- der Handlungsorientierung der psychotherapeutisch Tätigen,
- dem Schutz der PatientInnen/KlientInnen vor unethischer Anwendung der Psychotherapie,

- als Grundlage für die Klärung von Beschwerden.

### 1. Geltung

Die nachfolgenden ethischen Richtlinien gelten für alle Mitgliedsverbände und Einzelmitglieder des DVP. Die Mitgliedsverbände des DVP sind verpflichtet, eigene ethische Richtlinien zu verfassen, die mit denen des DVP kompatibel sind.

### 2. Der Psychotherapeutische Beruf

Der psychotherapeutische Beruf ist ein eigenständiger, wissenschaftlich fundierter Beruf. Er dient der Indikationsstellung und der planvollen Behandlung von psychisch, sozial und/oder somatisch bedingten psychischen Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden. Ziel der Psychotherapie ist es, in der Interaktion zwischen einer/m oder mehreren PatientInnen/KlientInnen und einem oder mehreren psychotherapeutisch Tätigen einen Prozess in Gang zu setzen, der Veränderungen und Weiterentwicklungen z. B. in Einzel-, Paar- oder Gruppenpsychotherapie ermöglicht. Der psychotherapeutische Beruf ist durch die eigenverantwortliche Erfüllung dieser Aufgabe charakterisiert. Von psychotherapeutisch Tätigen wird gefordert ihre Kompetenz unter Respektierung der Persönlichkeit der PatientInnen/KlientInnen zu deren Wohl einzusetzen. Psychotherapeutisch Tätige müssen ihre Berufsbezeichnung in Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung in angemessener Weise deklarieren.

### 3. Fachliche Kompetenz und Fortbildung

Psychotherapeutisch Tätige haben ihren Beruf nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung der Entwicklung in der Psychotherapieforschung auszuüben. Dem ist insbesondere durch den regelmäßigen Besuch von Fortbildungsveranstaltungen zu entsprechen.

Psychotherapeutisch Tätige haben sich bei der Ausübung ihres Berufes auf jene psychotherapeutischen Arbeitsgebiete und -methoden zu beschränken, in denen sie sich nachweislich qualifiziert haben.

### 4. Schweigepflicht

Psychotherapeutisch Tätige sowie ihre MitarbeiterInnen sind zur prinzipiellen Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Informationen verpflichtet. Dies gilt auch für die Supervision.

### 5. Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht

Psychotherapeutisch Tätige sind verpflichtet, PatientInnen/KlientInnen zu Beginn einer Psychotherapie über deren Rechte angemessen aufzuklären. Dies betrifft folgende Aspekte:

- die Art der psychotherapeutischen Methode,
- die Rahmenbedingungen,
- das Setting,
- den Umfang bzw. die voraussichtliche Dauer der Psychotherapie unter Vermeidung von Heilungs- oder Erfolgsversprechen,
- die finanziellen Bedingungen der Psychotherapie (Honorar, etwaige Kostenübernahme durch Krankenkassen oder Versicherungen, Absage- und Verrechnungsmodus veräumter Stunden usw.),
- die Schweigepflicht,
- die Beschwerdemöglichkeiten.

Den PatientInnen/KlientInnen soll Gelegenheit gegeben werden zu entscheiden, ob und bei wem sie eine Psychotherapie aufnehmen wollen.

Psychotherapeutisch Tätige haben die Verpflichtung, verantwortlich mit der Besonderheit der psychotherapeutischen Beziehung umzugehen. Ein Missbrauch dieser Beziehung liegt dann vor, wenn psychotherapeutisch Tätige ihre Aufgabe und Verantwortung gegenüber PatientInnen/KlientInnen verletzen, indem sie eigene, z. B. sexuelle, emotionale, soziale oder wirtschaftliche Interessen befriedigen. Jede Form des Missbrauchs stellt einen Verstoß gegen die berufsethischen psychotherapiespezifischen Richtlinien dar. Die Verantwortung dafür liegt ausschließlich bei den psychotherapeutisch Tätigen.

### 6. Darstellung der Psychotherapie in der Öffentlichkeit

Unseriöse oder irreführende Werbung, bzw. Vergleiche sind unzulässig. Das Inanspruchnehmen der Kom-

petenz für psychotherapeutische Methoden, für die keine adäquate Qualifikation erworben wurde, ist zu unterlassen.

### 7. Kollegiale Zusammenarbeit

Psychotherapeutisch Tätige sind bei Bedarf zur kollegialen Zusammenarbeit – auch mit Vertretern anderer Disziplinen- zum Wohle von PatientInnen/KlientInnen verpflichtet.

### 8. Ethische Grundsätze im Ausbildungsbereich

Die im DVP bzw. in den Mitgliedsverbänden organisierten Ausbildungsinstitute sind verpflichtet, diese ethischen Richtlinien sinngemäß ihren Ausbildungsrichtlinien zugrunde zu legen.

### 9. Mitwirkung im Gesundheitswesen

In ihrer gesellschaftlichen Verantwortung für die Menschenrechte werden psychotherapeutisch Tätige ermutigt, ihren Beitrag zur Erhaltung und Schaffung von Lebensbedingungen zu leisten, die der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit sowie der Entwicklung und Reifung von Menschen dienen.

### 10. Psychotherapieforschung

Im Interesse der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Psychotherapie sowie der Erforschung ihrer Wirkungen sollen psychotherapeutisch Tätige nach ihren jeweiligen Möglichkeiten an Forschungsvorhaben mitwirken.

Die Durchführung von psychotherapeutischen Forschungsvorhaben sowie die hieraus entstehenden Publikationen müssen den angeführten ethischen Richtlinien entsprechen. Die Interessen der PatientInnen/KlientInnen sind vorrangig.

### 11. Umgang mit Verstößen gegen die Berufsethischen Richtlinien

Jeder Mitgliedsverband im DVP muss angemessene Beschwerdeverfahren installieren. Die Beschwerdeinstanz des DVP ist der Vorstand.

*DVP-Geschäftsstelle:  
c/o VAS Verlag, Kurfürstenstraße 18  
D-60486 Frankfurt/IM.  
Tel. 069-779366, Fax 069-7073967  
e-mail: 069776419@t-online.de*



## Ein Verband ...? oder wie viele Verbände brauchen wir?

Marie-Luise Conen

Vorsitzende der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF)

### Und da war erst einmal ein Verband!

Vor einigen Jahren nahm ich an einer Mitgliederversammlung eines Supervisionsverbandes teil. Diese Mitgliederversammlung hat mich sehr in meinen Einschätzungen von Veranstaltungen dieser Art beeinflusst. Dies betrifft sowohl die Atmosphäre als auch die Gestaltung und noch viel mehr die Abstimmungsmodi. Es war in diesem Verband – bis vor kurzem – üblich, dass Ausbildungsinstitute per Mitgliederversammlung anerkannt wurden oder nicht. Ich beobachtete die emotional hoch geladene Stimmung. Ich konnte nur ahnen, welches Institut im Vorfeld der Aufnahmeentscheidung durch die Mitgliederversammlung mit wem wie und wann entscheidende positive Stimmungen schaffen konnte und wer nicht. Ich schlussfolgerte für mich, dass dieser durch die vorhandenen Strukturen geschaffene Konflikt in dieser Form nicht für eine gute Professionalität spricht. Ein Institut wurde nicht anerkannt und schuf daraufhin mehr oder weniger seinen eigenen Verband, andere Vereinigungen folgten diesem Beispiel.

Eine Geschichte von einer weiteren Spaltung? – oder besser gesagt, wenn man strukturell bedingte Konflikte nicht ausreichend in den Strukturen berücksichtigt, scheint die Lösung oftmals zu sein, dass eine Trennung, sprich Spaltung, stattfindet.

### Wie kam es zu den Entwicklungen innerhalb der Familientherapie/ Systemischen Therapie-Szene, die in den letzten 20 Jahren zu beobachten waren?

Die Gründung der DAF vor nun mehr 20 Jahren war das Ergebnis einer Reihe von Treffen von damals im Feld bekannten und herausragenden Personen, wie z. B. Horst-Eberhard Richter und Ludwig Reiter. Das Engagement der „GründungskollegInnen“<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dazu zählen m. E. auch die Mitglieder, die in den ersten Jahren hinzukamen und auch die KollegInnen, die an den ersten Tagungen teilnahmen, ohne Mitglied zu sein.

entstand aus dem Bedürfnis, sich auszutauschen, von Entwicklungen zu berichten und durch Darstellungen nach außen – u. a. in Form von Tagungen – bestehende Gemeinsamkeiten zu verdeutlichen. Die Mehrzahl der „GründungskollegInnen“ hatte i.d.R. bereits in anderen Verfahren eine Weiterbildung absolviert (Psychoanalyse, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Psychodrama u.ä.m.). Bereits nach wenigen Jahren kamen jedoch verstärkter „grundständige“ Familientherapeuten und systemische Therapeuten hinzu.

Ich erinnere mich an manche Tagung mit folgendem Gesprächsmuster: „Welche Ausbildung haben Sie denn? Ich bin Familientherapeutin. Ja, aber was für eine Ausbildung haben Sie denn? Familientherapie! Aber da müssen Sie doch eine andere Ausbildung gemacht haben!“ Mit Beginn der 80er Jahre vermehrte sich die Zahl dieser grundständigen Familien- und systemischen TherapeutInnen. Ihre Interessen richteten sich zunehmend darauf, sich auch in ihren berufspolitischen Interessen ausreichend vertreten zu sehen. Da sie im Gegensatz zu den psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Mitgliedern, keine Möglichkeit der Abrechnung ihrer Leistungen über die Krankenkassen hatten, stand für sie (d. h. vor allem den Psychologen) eine berufspolitische Vertretung mehr und mehr im Vordergrund ihres Interesses.

Innerhalb der DAF gab es dazu eine Reihe von Diskussionen. Als jedoch 1986 auf der DAF-Jahrestagung in Gießen nach einer emotional recht dichten Diskussion von den einen betont wurde, dass es unmöglich sei, für Familientherapie eine Kassenzulassung zu erstreiten, fehlte den anderen offensichtlich nicht mehr viel – sie gingen ihre eigenen Wege. Der DFS ging auf eine 1984 begonnene Initiative von drei Mitgliedern des Weinheimer Instituts zurück, die sich um die Kooperation mit vielen Beteiligten wie den Weiterbildungsinstituten und der DAF bemühten. Ein neuer Dachverband sollte ein Dach für alle darstellen. Bei der Gründungsver-

sammlung des DFS zogen sich jedoch das Weinheimer Institut und die DAF zurück, so dass der DFS schließlich keine Ergänzung bzw. gemeinsames Dach, sondern ein eigenständiger Verband neben der DAF wurde. Der DFS schaffte in der Satzung neben einer Einzelmitgliedschaft eine eigene Vertretungsmöglichkeit für Institute. Innerhalb der Struktur der DAF hatten die Institute keinen Status. Im DFS hatten die Institute jedoch, unabhängig von ihrer Größe, eine Stimme wie jedes Einzelmitglied, was zahlenmäßig größere Institute schließlich bewog, dem DFS nicht beizutreten.

### Und nun waren es zwei Verbände!

Im weiteren Verlauf spitzte sich die „Spaltung“ zu. Dies trat vor allem ein als die Familientherapie in der kassenärztlichen Versorgung als Setting etabliert wurde und psychoanalytische und verhaltenstherapeutische KollegInnen sich darum bemühten, entsprechende Leistungen bei den Kassen abzurechnen.<sup>2</sup> Die heftige Diskussion auf der DAF-Jahrestagung 1992 in Köln machte deutlich, dass diese Entwicklung nicht weitergehen konnte. Sie führte innerhalb des damaligen DAF-Vorstands zu notwendigen Diskussionen zum Selbstverständnis der DAF als berufsgruppen- und schulenübergreifenden Verband, da vor allem die Mitglieder ohne Kassenzulassung deutlich ihre Kritik zum Ausdruck gebracht hatten.

Während sich zu den Vorstandswahlen 1991 in Berlin verschiedene Kandidaten aus der „systemischen Szene“ zur Wahl stellten, jedoch bis auf eine nicht in den Vorstand gewählt wurden und eher psychodynamisch orientierte VorstandskollegInnen weiterhin weitgehend den Vorstand stellten, ließen diese Bemühungen bei den nächsten Wahlen nach – denn inzwischen hatte sich die „systemische Szene“ zusammengefunden – und gründete 1993 einen

<sup>2</sup> Dies ist seit 1996 durch die Abrechnung von Doppelstunden indirekt möglich

neuen Verband: die Systemische Gesellschaft (SG) – 8 Institute gründeten eine Vereinigung der systemischen Weiterbildungsinstitute.

Dies erfolgte sicherlich zum einen aus Kritik an den Entwicklungen innerhalb der DAF, die der systemischen Entwicklung aus der Sicht dieser KollegInnen zu wenig Raum eingeräumt hatte. Bedauerlich war sicherlich, dass neuere Entwicklungen wie u. a. Veränderungen im Vorstand der DAF von den „Gründern der Systemischen Gesellschaft“ nicht berücksichtigt wurden. Zum anderen beinhaltete der Zusammenschluss der SG auch eine Kritik am DFS, in dem sich die vorwiegend strukturell und entwicklungsorientierten Weiterbildungsinstitute sammelten, die damals noch am Weiterbildungsmarkt überwogen. Die Standards dieser Institute wurden von den sich eher systemisch im engeren Sinne verstehenden Instituten der Systemischen Gesellschaft nicht geteilt.

#### Nun waren es drei Verbände!

Doch der Druck von außen mit einer Stimme zu sprechen, nahm und nimmt weiterhin zu:

1. Das sog. Grawe-Gutachten zeigte die Notwendigkeit an gemeinsamen **Standards** für die Weiterbildungen zu arbeiten
  - inzwischen haben sich die Standards der drei Verbände weitgehend angeglichen: die drei Verbände fordern Curricula, die mindestens 900 bzw. 950 Stunden umfassen
2. Der im sogen. Grawe-Gutachten geforderte **Nachweis der Effektivität** von Familientherapie forderte weitere Forschungsergebnisse im deutschsprachigen Raum zu erbringen.
  - DAF und DFS finanzierten darauf hin den größten Teil der bundesweit erhobenen Multi-center-Studie, die von Wissenschaftlern der Universitäten Göttingen und Freiburg durchgeführt wurde.
3. Nachdem Familientherapie als Setting etabliert worden war, erwies es sich als immer dringlicher, der **Systemischen Therapie** – in Abgrenzung von Familientherapie als Setting – nunmehr als **Verfahren** auch innerhalb des Gesundheits-

system ihren entsprechenden Platz zu verschaffen. Dies führte dazu, dass alle drei Verbände bzw. die damaligen Vorsitzenden: Anni Michelmann, Kurt Ludewig und Marie-Luise Conen sich zusammensetzten. Günther Schiepek wurde von den drei Verbänden beauftragt, die entsprechenden Arbeiten für eine „Stellungnahme zum Fragenkatalog „Psychotherapie-Verfahren“ in Ergänzung zum Antrag auf Anerkennung der Systemischen Therapie gemäß Bl. 3 der Psychotherapie-Richtlinien, gerichtet an den Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen Arbeitsausschuss, „Psychotherapie-Richtlinien“ zu erarbeiten. Diese umfangreichen Arbeiten wurden unter Einbeziehung von zahlreichen namhaften Beiratsmitgliedern durchgeführt.

Dieser Antrag wurde ebenso wie die umfangreiche – von Guido Strunk erarbeitete und von den drei Verbänden in Auftrag gegebene – „Stellungnahme zur Theorie und Praxis der Systemischen Therapie zum Antrag auf Anerkennung der systemischen Weiterbildung für den Erwerb des Zertifikats „Klinischer Psychologe/in/Psychotherapeut/in BDP beim BDP“ gemeinsam finanziert. Mit einem Schreiben vom 11. 5. 1998 hat der BDP inzwischen die Systemische Therapie als grundständige psychotherapeutische Behandlungsmethode für die Erlangung des Zertifikats „Klinischer Psychologe/in/Psychotherapeut/in BDP“ anerkannt. Grundlage auch für diese gemeinsame Aktivität bildete die inzwischen durch die drei Verbände geschaffene „**Arbeitsgemeinschaft Systemische Therapie**“ (AGST).

4. Auf der **europäischen Verbänderebene** führten Diskussionen innerhalb der **EFTA (Europäische Familientherapie Association)** ebenfalls dazu, darauf hinzuwirken, dass **in jedem Land nur ein Verband für Familientherapie**<sup>3</sup> bestehen soll.

Bisherige Diskussionen führten vor allem für die bestehenden Nationalen

<sup>3</sup> Familientherapie wird im internationalen Zusammenhang im allgemeinen gleichgesetzt mit systemischer Therapie.

Organisationen (NFTOs) zu unbefriedigenden Ergebnissen. Dies ist im Zusammenhang ebenfalls mit einem strukturellen Konflikt innerhalb der EFTA zu sehen, der in vielem an Entwicklungen und Strukturen der DAF erinnert: Die EFTA ist eine Gründung von Einzelmitgliedern, die sich auf europäischer Ebene zusammenschlossen haben. Dies geschah u. a. aus dem in einigen Ländern damals bestehenden Mangel an einer eigenen nationalen Organisation für Familientherapie. Seit einigen Jahren treffen sich die Vertreter der Nationalen Organisationen (NFTO) und EFTA-Vorstandsmitglieder, um gemeinsam Ziele und Ideen zu diskutieren und deren Realisierung anzugehen. So wurden u. a. umfangreiche Erhebungen und Diskussionen zu den unterschiedlichen Weiterbildungsstandards geführt, die in einer Reihe von Ländern nicht unerheblichen Einfluss auf die länderspezifischen Entwicklungen hatten und haben.

Kontrovers – weil strukturell nicht geklärt – blieb innerhalb der Treffen, die strukturelle Einbettung und Rolle der NFTOs. Während es vor der letzten Mitgliederversammlung im Oktober 1997 in Barcelona vielseitige Bemühungen gab, die EFTA zu einer Satzungsänderung zu veranlassen, die den NFTOs eine entsprechende Rolle in den Strukturen der EFTA – u. a. mit Stimmrechten versehen – geben sollte, war die Vorstandswahl in Barcelona diesbezüglich ein Desaster. Dies nicht nur weil – bis auf ein Vorstandsmitglied von 15 – alle Vorstandsmitglieder aus romanischen Ländern stammen, sondern weil auch weitere Strukturdiskussionen nicht zu einem befriedigenden Ergebnis kamen. Auf dessen Treffen im März 1998 in Amsterdam wurde eine Arbeitsgruppe bestehend aus je drei EFTA-Vertretern und drei NFTO-Vertretern (Eric Louis – Schweiz, Arlene Vetere – England, Marie-Luise Conen – Deutschland) beauftragt, einen Vorschlag zu erarbeiten, der einen Zusammenschluss ermöglichen soll. Der inzwischen erarbeitete Vorschlag dieser Gruppe bietet m. E. eine gute Grundlage für die weiteren Entwicklungen. Ein im September d. J. in Paris stattfindendes Treffen der NFTOs und EFTA wird sich vor allem mit diesem Vorschlag beschäftigen. Ein positives Ergebnis wäre sicherlich auch ein hilf-

reiches Modell für die Lösung von Strukturproblemen innerhalb der deutschen Familientherapie/Systemischen Therapie- Landschaft.

Als der DAF-Vorstand auf der Mitgliederversammlung der **Jahrestagung in Magdeburg 1996** eine **Selbstverständnis-Diskussion** initiierte – mit entsprechender Vorbereitung u. a. durch den Versand eines Diskussionspapiers – gab es im Laufe der Diskussion zahlreiche Stimmen, die hinterfragten, wieso es mehrere Verbände gibt. Es sei nicht nachvollziehbar, dass es drei Verbände gäbe. Es seien so viele gemeinsamen Anliegen, Übereinstimmungen in Einschätzungen und entsprechenden Vorgehensweisen vorhanden. Ferner wurde deutlich, wie notwendig es ist, nach außen mit *einer* Stimme zu sprechen. Anwesende Vorstandsmitglieder des DFS stimmten dieser Einschätzung weitgehend zu.

Angesichts dieser Entwicklungen scheint es mehr als notwendig, dass **alle drei Verbände sich zusammensetzen und überlegen, wie sie einen Verband bilden können**. Dabei stellt sich die Frage, ob dies ein Verband sein sollte, der ein Mitgliederverband ist oder ein Verband sein sollte, in dem sowohl Einzelmitglieder als auch Institute ihren Platz haben.

Bei der Diskussion dieser Frage sollte ein weiterer Aspekt berücksichtigt werden: Die Erfahrungen der KollegInnen in den USA. Der **AAMFT (American Association for Marital and Family Therapy)** besteht seit 56 Jahren und ist mit über 37.000 Mitgliedern der größte Therapieverband in den USA. Seine massive Lobbyarbeit, Öffentlichkeitsarbeit sowie Sicherung von Qualitätsstandards und Unterstützung von Forschung haben dazu beigetragen, dass systemisches Denken und Familientherapie eine Verbreitung gefunden haben, die mit keinem anderen Land vergleichbar ist. Die AAMFT-Jahrestagungen mit 5.000 bis 8.000 Teilnehmern sind zwar inzwischen Massenveranstaltungen, die nicht jedermanns Wohlgefallen finden, aber sie sind aus der allgemeinen Öffentlichkeit nicht mehr wegzudenken – während wir meist mit den DAF-Jahrestagungen verhältnismäßig wenig Öffentlichkeit erreichen.

In diesem Beitrag ist es nicht möglich, in die Geschichte des AAMFT

einzusteigen, der als Verband 1942 u. a. von pastoralen Eheberatern begann. Was weithin als Kritik gerade von den bekannteren Therapeuten, die als Trainer, Forscher und Publizierende tätig sind, an AAMFT u. a. geäußert wird, ist der Mangel an Einfluss, den die Ausbildungsinstitute und Ausbilder innerhalb der Organisation haben. Neben einer Reihe von weiteren Gründen spielte dieser Einflussmangel eine nicht unwesentliche Rolle, als sich vor einigen Jahren die AFTA (American Family Therapy Academy) gründete. Sie bildet einen Zusammenschluss von Trainern und Forschern in der Familientherapie.

Ein weiterer Aspekt: Eine Reihe von Ausbildungsinstituten sind entweder selbst ein Mitgliederverein oder haben einen separaten **Mitgliederverein**, in dem ihre Absolventen und Weiterbildungsteilnehmer Mitglied werden können. Einige dieser Mitgliedervereine reichen fast an die Größe von Verbänden heran, wie z. B. bei den Weinheimern, bedauerlicherweise haben sie jedoch bislang in den veröffentlichten fachlichen Diskussionen keine nennenswerte Rolle gespielt. Die strukturell bedingten möglichen Konflikte eines solchen Ausbildungs- und Mitgliedervereins, in dem die Interessen von Trainern und Ausbildungskandidaten zusammenkommen, brauchen hier nicht näher beschrieben zu werden. In der Vergangenheit sind diese Konflikte eher mit Spaltungen oder „Fast-Auflösungen“, d. h. die (neuen) separaten Mitgliedervereine haben i. d. R. keinen oder kaum Einfluss in der Fachöffentlichkeit, beantwortet worden.

#### **Woran kann wer Interesse haben, woran eher nicht?**

Um auf die Schilderung vom Anfang zurückzukommen. Der entscheidende strukturell angelegte Konflikt in dem Fall des Supervisionsverbandes war, dass die Mitglieder als Supervisoren auf dem (enger werdenden) freien Markt miteinander konkurrieren. Es kann nur bedingt ihr Interesse sein, dass sich die Ausbildungsinstitute vermehren und dadurch auch verstärkt Supervisoren auf dem Markt miteinander konkurrieren. Die Ausbildungsinstitute haben jedoch das Interesse weiterhin, auch aus materiellen Gründen, die Zahl der Supervisoren zu erhö-

hen. Weiterhin haben sie nicht unbedingt ein Interesse daran, dass sich bestimmte Standards verändern. Dies ist ggfs. der Fall, wenn sich Veränderungen markt- oder umsatzweiternd auswirken. Diesem strukturell bedingten Konflikt hat man in diesem Supervisionsverband insoweit Rechnung getragen, dass nunmehr ein Aufnahmean Ausschuss sowie der Vorstand über die Aufnahme von Instituten – anhand von Auswahlkriterien – befindet.

Für FamilientherapeutInnen/Systemische TherapeutInnen stellt sich m. E. die Situation anders dar, da sie sich bisher weitgehend in den unterschiedlichsten Arbeits- und Berufsfeldern ausbreiten konnten. Weiterbildungen in systemischer Therapie haben lt. BDP in den letzten 15 Jahren die höchsten Zuwachsraten an Weiterbildungen zu verzeichnen. Die systemische Sichtweise beschränkt sich nicht auf ein Tätigkeitsfeld, sondern ist inzwischen in vielerlei Settings und Anwendungsbereichen vertreten. Neue Ausbildungsinstitute werden nicht unbedingt von Ausbildungsabsolventen – wenn dann eher von bestehenden Ausbildungsinstituten – als Konkurrenzverschärfend erlebt. Es ist eher so, dass sich FamilientherapeutInnen/Systemische TherapeutInnen über KollegInnen mit einer solchen Weiterbildung freuen.

Es gäbe mit einem Verband, der entweder *nur Mitglieder* oder *Mitglieder und Institute* zusammenfasst, endlich die Möglichkeit einen starken gemeinsamen Verband zu schaffen, der die vielen anstehenden Aufgaben und Arbeitsbereiche aufgreifen könnte. Ein Verband, der stark und einheitlich auftritt, würde sicherlich dazu beitragen, dass von den derzeit 650 Mitgliedern in der DAF und 650 Mitgliedern im DFS sowie nach intensiver Werbung für den gemeinsamen Verband (u. a. bei den Ausbildungsinstituten) gut und gerne in relativ kurzer Zeit 2000 bis 4000 Mitglieder zusammen kommen könnten. Damit wäre dieser neue Verband einer der mitgliederstärksten Therapieverbände in Deutschland und könnte sowohl aufgrund einer besseren Finanzsituation als auch aufgrund des großen Mitgliederreservoirs in vielen Bereichen Einfluss nehmen.

Die möglichen Aufgaben und Arbeitsbereiche, in denen es dann möglich wäre, mit einer gemeinsamen

Interessenvertretung Einfluss zu nehmen, sind:<sup>4</sup>

### **Berufspolitische Vertretung/ Lobbyarbeit**

- u. a. Verhandlungen mit Krankenkassen und Leistungsanbieter-Organisationen
- Entwicklung von Qualitätsstandards, einschließlich Standards für Lehrtherapeuten und Supervisoren
- Qualitätssicherung
- Zertifizierung und Akkreditierung von Einzelmitgliedern und Instituten
- Unterstützung bei der Durchführung von Klagen einzelner Mitglieder (Psychologen) im Zusammenhang mit den Übergangsrichtlinien und Ausführungsvorschriften zum neuen PTG

### **Kooperation und Zusammenarbeit**

- Vertretung in relevanten Dachverbänden
- Kooperationen mit berufsbezogenen- und arbeitsfeldbezogenen Verbänden wie:
  - a) Sozialarbeiter/Sozialpädagogen: AFET, AGJ, DV, BKE, IGfH, Caritas, Diakonisches Werk
  - b) Psychologen: DGfP, BDP, Fachsektionen des BDP, VPP ...
  - c) Ärzte: DGPM, DGPN, DKJKP ...
- Zusammenarbeit mit Verbänden in anderen Ländern sowie mit internationalen Vereinigungen (NFTO, EAP, AFTA, AAMFT, EFTA ...)
- Zusammenarbeit mit anderen deutschen und europäischen nationalen Organisationen wegen Bemühungen um die Integration von Nicht-Psychologen/Nicht-Ärzten in das Gesundheitssystem

### **Forschung und Wissenschaft**

- Initiierung und Unterstützung von Forschung zur systemischen Therapie/Familientherapie

<sup>4</sup> Insbesondere die berufspolitische Vertretung und die Zusammenarbeit mit anderen Verbänden sind finanziell jedoch nur unzureichend abgesichert. Die berufspolitische Vertretung wird weitgehend von Anni Michelmann, der berufspolitischen Sprecherin des DFS, wahrgenommen. Andere Aufgabenbereiche werden jeweils von den einzelnen Verbänden sowohl aus finanziellen als auch personellen Gründen meist nur in einem zu geringem Umfang – wie es für die Sache notwendig wäre – angegangen.

- Clinical Research in Zusammenarbeit von Forschern und Praktikern im Feld
- Kooperation mit Wissenschaftlern an Hochschulen und in Forschungsinstituten
- Lobbyarbeit für Lehrstuhlbesetzungen und Lehrbeauftragten
- Sicherung des Lehrangebots an Hochschulen zur systemischen Therapie/Familientherapie

### **Austausch**

- Durchführung von Fachtagungen, Fachforen und Kongressen, auf denen neuere Entwicklungen und Diskussionen dargelegt werden
- Informationen über neue Arbeitsansätze

### **Politik**

- Stellungnahmen zu familien- und sozialpolitischen Themen, um sich in die relevante Politik einzumischen
- Politikberatung und Politikaktionen

### **Serviceleistungen**

- Informationen über Weiterbildungsmöglichkeiten
- Vermittlung von Therapeuten (Therapeutenlisten/Therapieplätze-Börse)
- Unterstützung und Ansprechpartner sein für Mitglieder in (juristischen) Fragen
- Vermittlung von Tips und Hinweisen bzgl. Praxis, Steuern, Versicherungen usw ...

### **Öffentlichkeitsarbeit**

- Werbung bei den potentiellen Abnehmern von Systemischer Therapie/Familientherapie
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Entwicklung von Instrumentarien zur Arbeit mit der Presse, Kontakt halten mit der Presse
- Herausgabe und Gestaltung einer Verbandszeitschrift
- Zugang gestalten für systemische Therapie/Familientherapie im Internet, Einrichtung einer Homepage
- Stiftung von Preisen für besondere Leistungen im Feld

### **Ethik**

- Entwicklung von Ethikrichtlinien und Schaffung von Ansprechstellen/Mediatorenstellen

### **Finanzen**

- Werben um Finanzmittel, Kontakte herstellen und pflegen zu Sponsoren

Diese umfangreiche Zusammenstellung von Arbeitsaufgaben erhebt nicht den Anspruch vollständig zu sein, aber sie macht schon in dieser Fülle deutlich, dass diese Aufgaben nur in einem großen Verband realisiert werden können.

Wollen DAF, DFS und SG einen gemeinsamen Verband gründen und ihre Macht gemeinsam einsetzen, so sind folgende potentielle Konfliktbereiche in einer entsprechenden Struktur zu berücksichtigen:

- Rechte und Status der Einzelmitglieder innerhalb eines solchen Verbandes
- Rechte und Status der Ausbildungsinstitute innerhalb eines solchen Verbandes
- Schaffung von Arbeitsgruppen und Ausschüssen mit entsprechender Zusammensetzung bzw. Stimmrechts-Ausstattung bzw. Befugnissen

Vor allem die bisherige Situation, dass ein Ausbildungsinstitut ebenso nur eine Stimme wie ein Einzelmitglied hat, muss entsprechend anders gestaltet werden, wollen Ausbildungsinstitute für ein Engagement in einem gemeinsamen Verband gewonnen werden.

Nur wenn es gelingt, die berechtigten und unterschiedlichen Interessen von Ausbildungsinstituten und Einzelmitgliedern in einer entsprechenden Struktur zu berücksichtigen, kann es gelingen, die potentielle gemeinsame Kraft zu bündeln. In diesem Zusammenhang wird die weitere Diskussion von möglichen Modellen für eine Zusammenarbeit zwischen EFTA und NFTOs auch für die Entwicklung in Deutschland von Interesse sein.

Voraussetzung ist jedoch, dass sich auch die Ausbildungsinstitute fragen, ob sie wirklich daran interessiert sind, einen mitgliederstarken Verband zu wollen. Ein mitgliederstarker Verband könnte den Ausbildungsinstituten – sei dies innerhalb eines gemeinsamen Verbands oder in verschiedenen Vereinigungen – in manches hineinreden, dass sie vielleicht lieber nicht wünschen.

Auch wenn es zur Bildung nur eines gemeinsamen Mitgliedervereins kommen sollte, so ist eine Kooperation zwischen den Ausbildungsinstituten und Mitgliederverband in vielen Bereichen dennoch notwendig. Z. B. wird es für die Ausbildungsinstitute nicht

möglich sein, Standards zu verabschieden, bei deren Diskussion und Entwicklung nicht der Mitgliederverband<sup>5</sup> beteiligt sein würden. Dies gilt für andere oben dargelegte Arbeitsbereiche ebenfalls, so wäre es z. B. auch notwendig in politischen Zusammenhängen eher mit gemeinsamer

---

<sup>5</sup> Als die DAF als erster Verband die Anregungen aus dem sog. Grawe-Gutachten aufgriff, lud die DAF die Weiterbildungsinstitute zu einer Reihe von Treffen ein, in denen die später verabschiedeten Standards erarbeitet wurden.

und nicht getrennter Stimme aufzutreten.

Angesichts der in nächster Zeit anstehenden Bewältigung von Aufgaben und Problemen, wie z. B. die Auswirkungen des PTG auch auf die anderen Berufsgruppen, scheint es dringend geboten zu sein, dass die drei Verbände noch mehr als bisher ihre gemeinsamen Interessen in den Vordergrund stellen und aufeinander zugehen. Dies schließt auch ein, dass bei der Schaffung eines neuen Verbandes, der eine oder andere seine ihm lieb-gewonnene Position verliert. Eine

Neustrukturierung der Verbandslandschaft in Bezug auf Familientherapie und Systemische Therapie setzt voraus, dass auch Bereitschaft besteht, Macht abzugeben, Stühle freizumachen und Platz zu geben für Neues – für etwas Neues, was viele Systemische TherapeutInnen und FamilientherapeutInnen sehr begrüßen würden.

*Dr. Marie-Luise Conen  
Heinrich-Seidel-Straße 3  
D-12167 Berlin  
Tel. 0049/30/795 47 16  
Fax 0049/30/795 47 17*



J. Reichmayr

## „Don't forget Parker!“

Über den „Second African Congress on Psychotherapy“

Vom 30. November bis zum 3. Dezember 1998 veranstaltete die afrikanische Abteilung des World Council for Psychotherapy den Second African Congress on Psychotherapy in Südafrika. Bis zum 2. Dezember konzentrierten sich am Departement of Psychology an der University of the North die Vorträge und Workshops, am darauffolgenden Tag konnten die Teilnehmer an einer Exkursion zur Besichtigung einer psychiatrischen Anstalt und zum Besuch eines traditionellen Heilers teilnehmen. Am Beginn des Kongresses wurde das von Sylvester N. Madu, Peter K. Baguma und Alfred Pritz herausgegebene Buch „In Quest for Psychotherapy for Modern Africa“ präsentiert, das einige der am First African Congress on Psychotherapy 1997 in Kampala in Uganda vorgelegene Papers enthält und die Serie der Veröffentlichungen des World Council for Psychotherapy zum Thema „Psychotherapie in Afrika“ mit einem dritten Band unter derselben Herausgeberschaft fortsetzt (Madu et al., 1996, 1997, 1998).

Titel und Inhalt der Publikationen sowie die Programme der Tagungen zeigen, dass das World Council for Psychotherapy von der afrikanischen Realität der Psychotherapie ausgeht. In dieser sind traditionelle Formen psychologischer Behandlung dominant. Afrika hat seine eigene Geschichte und Wirklichkeit der Psychotherapie. Die traditionellen Heiler spielen die überragende Rolle in der psychotherapeutischen Versorgung. Sie bilden das Reservoir an psychosozialen Wissen und an psychotherapeutischen Erfahrungen, sie kümmern sich um Konzepte und die „Theoriebildung“, und sie geben ihre Kenntnisse weiter, die aus den so mannigfaltigen, traditionsreichen und unterschiedlichen Kulturen und Gesellschaften Afrikas gespeist werden. Ihre Präsenz und Bedeutung nicht zu erkennen wäre so, als hätte Sigmund Freud die Bedeutung des animalischen Magnetismus, von Suggestion und Hypnose als Vorläufer der modernen Psychotherapie über-

sehen und Mesmer und Charcot aus seiner Geschichte ausgeklammert. Westliche Psychotherapien haben in den afrikanischen Metropolen Fuß gefasst und kommen um einen Erfahrungsaustausch mit den traditionellen Modellen nicht umhin. Dieses Miteinander war auch für diesen Kongress charakteristisch und aufschlussreich. Es basierte auf der beiderseitigen großen Neugierde und Offenheit der Teilnehmer und war nicht getrübt durch professionelle Überheblichkeiten, zünftlerische Abgrenzungsversuche oder Standesdünkel jedweder Art. Meine Kurzumfrage am Ende des Kongresses unter zirka 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ergab ein einstimmiges positives Zeugnis für die dabei gewonnenen Erfahrungen.

Die Mehrzahl der Referenten und der rund 120 Teilnehmer kamen aus Südafrika; weiters waren Kolleginnen und Kollegen aus Kamerun, Namibia, Nigeria, Uganda und Zimbabwe dabei. Flugreisen innerhalb von Afrika sind teuer, das wird die Zusammensetzung der afrikanischen Teilnehmer mitbestimmt haben. Etwa 20 Personen kamen aus Österreich, weitere aus Deutschland, der Schweiz, Frankreich, Norwegen, Kanada und Argentinien. Die Teilnehmerzahl blieb überschaubar, ausreichende Pausen und der gemeinsame Mittagstisch erlaubten ein rasches Kennenlernen, das sich mit dem intensiven Programm gut koordinieren ließ. Die Basis für das gelungene Treffen blieb die Gastfreundschaft und die Herzlichkeit der afrikanischen Kolleginnen und Kollegen und des rührigen Kongressteams vor Ort, das sich aus Studierenden und Angehörigen des Departements of Psychology zusammensetzte, welche mit den Lokalitäten vertraut waren und den Gästen Orientierungshilfe boten. Großzügig wurde die Konferenz von der Universität unterstützt, die für Transport, Essen und Räumlichkeiten sorgte.

Der schöne, weitläufig angelegte und auf einem Hügel plazierte Campus der University of the North liegt 30 Kilometer von der Provinzhaupt-

stadt Pietersburg entfernt. 300 Kilometer nordöstlich von Johannesburg an der Nationalstraße Nummer 1 gelegen, erreicht man von Pietersburg aus nach weiteren zwei bis drei Autofahrtstunden Zimbabwe. In dem seit 1994 bestehenden neuen Südafrika hat sich an der Topographie der Apartheid nicht viel geändert; die Sicherheitsentfernungen zwischen der früheren Stadt der weißen Südafrikaner und den Siedlungen der Schwarzen bestehen weiter. Einen Umzug in die Stadt kann sich kaum jemand leisten. Ein anderer von vielen Topoi ist, dass nur 8 Prozent der 4000 im Psychologenverband registrierten Mitglieder schwarze Südafrikaner sind. Die Geschichte der Psychologie in Südafrika hat mit dem System der Apartheid direkt zu tun. Sein Erfinder war ein Professor der Psychologie.

Der Kongress wurde nach dem Begrüßungszeremoniell mit Vorträgen von Dr. Niclas Crisp (der Chef des Departement of Health and Welfare der Nordprovinz) und von Dr. Saths Cooper (der Präsidenten der Psychological Association of South Africa) eröffnet, die beide konkret auf die Realität der südafrikanischen Gesellschaft Bezug nahmen und die Konflikte und Probleme der Nordprovinz beim Namen nannten. Beide haben in ihren Referaten in hervorragender Weise den Kongress auf die ihn umgebende Wirklichkeit hin geöffnet und in diese Einblick verschafft. Auch das weitere Kongressgeschehen spiegelte diesen offenen Austausch wider, es zeigte das Wechselverhältnis von Psychotherapie und Gesellschaft, das Ineinander von „inneren“ und „äußeren“ Verhältnissen, dem die Psychotherapeuten auch bei der Beschäftigung mit ihren Patienten ständig begegnen und wofür Verständnis zu gewinnen sie sich in ihrer Arbeit bemühen. Dieser Kongress war nicht von der Sorte geschlossener und von der Umgebung abgehobener internationaler Kongresse, die sich ähneln wie Fußgängerzonen in Großstädten, wo man plötzlich nicht mehr weiß, in welcher Stadt man sich befindet.

Zusammengestellt wurde ein über drei Tage hinweg gestaltetes dichtes wissenschaftliches Programm, das vor allem von Vortragenden aus Südafrika bestritten wurde. Die Mittags- bzw. Tee- und Kaffeepausen waren der Mittelpunkt der Veranstaltung,

an dem alle Teilnehmer zusammenkommen und sich treffen konnten und dem Treiben des für Afrika so typischen und lebenswichtigen Marktes alle Ehre erwiesen. Aus den zwei parallel verlaufenden Vortragssträngen konnten die bereits erprobten oder neu am Markt eingeführten geistigen Waren nochmals feilgeboten, begutachtet und diskutiert werden. Dieses Treiben, einschließlich der Essensausgabe stand unter der wohltuenden Obhut der Frauen vom Kongressbüro, Lebo Selahla, Kedibone Phasha, Cynthia Methebula, Eunice Mashego, Tendane Ravele und Sonia De Yong, die das organisatorische und emotionale Rückgrat des Treffens bildeten, das sich bis ins Sekretariat des Departement of Psychology fortsetzte, wo das zur weiteren Festigung der Kontakte ebenso wichtige wie nützliche Kopiergerät unter der Leitung von Millicent Maphota stand. Am Tagungsort entstand eine schützend-offene „afrikanische Atmosphäre“, in die sich die europäischen Teilnehmer rasch einfügen konnten, ohne hermetisch von der Außenwelt abgeriegelt zu werden. Die Vorbereitung des Kongresses und seine Leitung hatte Dr. Sylvester Ntomchukwu Madu inne, der zum Staff des Departement of Psychology an der University of the North gehört. Madu, der in Wien promovierte, ist der Präsident der Afrikanischen Abteilung (African Chapter) des World Council for Psychotherapy.

Es ist hier nicht möglich, von den rund 50 Vorträgen und Workshops, von denen mehr als zwei Drittel von afrikanischen Wissenschaftlern bestritten wurden, eine Auswahl zur Besprechung zu treffen. Dies wird besser erfolgen können, wenn das Material in gedruckter Form vorliegen wird. Mir fiel auf, dass die überwiegende Zahl der Vorträge aus afrikanischen Ländern ein gutes wissenschaftliches Niveau hatten und Fragestellungen behandelten, die zum Teil in mittel- bis langfristige Forschungsprojekte eingebettet sind, auf solider empirischer Grundlage bearbeitet wurden und psychoanalytische Interpretationen miteinbezogen. Das Interesse und der Bedarf an Psychotherapie in Afrika sind unbestritten. Das Unbewusste ist keine europäische Erfindung, seine Internationalität ist auch in Afrika ein Gemeinplatz, und

Sigmund Freuds Entwicklung eines methodisch-wissenschaftlichen Zugangs zu unbewusst wirkenden Konflikten wird von den meisten afrikanischen Kollegen hoch geschätzt. Die Umgangsformen in Afrika sind höflichere und respektvollere, so auch mit unbewussten menschlichen Äußerungsformen. Das Verhältnis von empirischer Basis und Spekulation bei einigen westlichen Referenten fand ich unausgeglichener, und ihre Vorträge waren teilweise mit singulären Fragestellungen verbunden. In der afrikanischen Forschungslandschaft macht sich die afrikanische Wirklichkeit deutlicher bemerkbar, sie drängt ihre Probleme und Konflikte den Wissenschaftlern und Praktikern geradezu auf. Als beispielhaft möchte ich die der Gastuniversität angehörenden Vortragenden des Departement of Psychology hervorheben (Francinah Mabasa, Stephen Mashegoane, Tereese-Anne B. Mashego, Sylvester N. Madu, Anneke Meyer, Linda Goven der und Karl Peltzer), die mich in ihren Herangehensweisen und in ihren Forschungssettings an die besten Traditionen der empirischen Sozialforschung denken ließen, etwa an die Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (1933) von Marie Jahoda, Paul Lazarsfeld und Hans Zeisel. Insgesamt vermittelte das Spektrum der südafrikanischen Vorträge über die eigentlichen Fragestellungen hinaus einen Einblick in die südafrikanische Realität und informierte darüber, welche Probleme in dieser im rapiden sozialen Wandel begriffenen Gesellschaft virulent sind und von den Wissenschaftlern wahrgenommen werden.

Die mitten in diesem Wandel stehenden Menschen reagieren auf die Konflikte und Spannungen mit unglaublicher Flexibilität und Kreativität und ebenso mit Widerständen, deren Spektrum in körperliche und psychische Symptome hineinreicht. Die Wunden der Traumata der Apartheid sind nicht verheilt. Die neue Situation der massiven Transformation erzeugt in den Menschen immense Hoffnungen, Brüche, Verzerrungen, Enttäuschungen, Angst und Gewaltbereitschaft. In der Nordprovinz sind 60 Prozent der Bevölkerung unter 18 Jahren, 42 Prozent sind unbeschäftigt, die Migrationsarbeit besteht weiter. Es ist klar, dass der Wandel auch auf Widerstand stößt und mit





speziellen Problemen einhergeht. Vergewaltigung, Alkohol, Drogen und Hexerei wurden genannt, die psychosozialen Spannungen verschaffen sich in allen Formen psychosomatischer Reaktionen, auf ethnischem oder religiösem Gebiet oder in anderen Bereichen, Ausdruck. Südafrika ist das Land mit der zur Zeit weltweit höchsten Einschulungsrate von Frauen in Sekundarschulen, gleichzeitig besteht bei manchen Ethnien die Tradition der Beschneidung der Frauen weiter. Themen, die an der Konferenz nicht mit eigenen Referaten bedacht waren, wie etwa die Genitalverstümmelung der Frauen oder Gewalt und Verbrechen in Verbindung mit Hexerei, blieben von den Diskussionen nicht ausgespart. Ich nehme an, dass es maßgeblich die Pionierarbeiten und die Aktivitäten des Leiters des Departement of Psychology an der University of the North auf diesem Gebiet sind, welche die genannte klinisch-sozialpsychologisch orientierte Forschungstradition zu einem wirksamen Instrument der Beschreibung und Analyse einer im starken Wandel begriffenen Gesellschaft werden lassen. Peltzer ist der Autor von einschlägigen Standardwerken und der leitende Herausgeber des Journal of Psychology in Africa (Peltzer 1995, Peltzer and Ebigo 1989).

Der Chor der Universität umrahmte die Veranstaltung am Beginn und am Ende, der erste Abend wurde festlich mit einer Tanzgruppe („Don't forget Parker!") und einem Buffet am Campus begangen. Einige der wichtigsten

Personen des südafrikanischen Befreiungskampfes studierten an dieser „schwarzen“ Universität, an der eine stark politisierte Studentenschaft zum Leidwesen einiger Lehrer immer noch an den alten Parolen festhält; in der Tradition des Boykotts als Widerstandsform können sie den Betrieb in kürzester Zeit zum Erliegen bringen und sind imstande, ihre Erfolgsquoten bei Prüfungen nicht nach der Gaußschen Verteilung formen zu lassen. Die alten Kampfparolen „Liberation before education“ oder „Pass one, pass all“ sind noch lebendig und werden wachgehalten, als könne es auch wieder rückwärts gehen.

Nach den drei Tagen am schönen Campus der University of the North reisten einige der Teilnehmer zum internationalen Kongress „Health and Human Rights“, der in Kapstadt stattfand, weiter. Der Second Congress on Psychotherapy fand seine Fortsetzung mit einer Exkursion zu dem bekannten traditionellen Heiler Jackson Madimetja Hlokoa, eine außerordentlich beeindruckende und herzliche Persönlichkeit. Vom Chef und seinem Anhang wurden die 50 Gäste in seinem Anwesen „Eagle“ mit allen gebotenen afrikanischen Ehren, Zeremonien und Reden empfangen, verköstigt und unterhalten. Anschließend führte er die Ausflügler durch ein riesiges Tropfsteinhöhlensystem, das nicht nur wichtige spirituelle Orte beherbergt, sondern auch den Kämpfern gegen das rassistische Apartheidsregime Unterschlupf und Sicherheit über Jahrzehnte bot. Auf der

Fahrt zu ihm wurde das psychiatrische Spital Thabamoope besucht, das früher als private Einrichtung geführt wurde und dessen Belegzahl in nun staatlicher Obhut und auf der Grundlage eines gemeindepsychiatrischen Konzeptes um die Hälfte reduziert werden konnte. Trotz der minimalen Ausstattung mit Personal und Einrichtung machte die Anstalt nicht den deprimierenden Eindruck, den ich von unseren Asylen aus den sechziger Jahren her kannte, sie trug aber auch nicht den bunten Stempel der Aktivitäten einer Anti-Psychiatrie.

Meine inoffizielle Parkkarte, die ich neben dem in Gang gesetzten Parkometer in Pietersburg von einer jungen Frau überreicht bekam, trägt die Aufschrift: „Feel free – your car is protected by stop crime. Our intension is to minimise crime in South Africa. We are working on our own; your donation will be appreciated. Hildah, Tel. (015) 2912172.“ Ich dachte, ich würde mich in Südafrika weniger wohlfühlen können als in Westafrika, das ich besser kenne. Ich war überrascht, als dem nicht so war; obwohl das Gemisch aus reich und arm mit der Befreiung weniger explosiv geworden zu sein scheint, ist Gewalt immer noch Thema Nummer eins. Südafrika ist ein reiches Land und hat damit zu kämpfen, seinen Rekord in Ungleichheit zu brechen, welchen das Apartheidsregime aufgestellt und ihm hinterlassen hatte, nachdem 20 Prozent der Bevölkerung über 75 Prozent der Reichtümer verfügten.

Ich sehe keine Paare von Weißen und Schwarzen in der Öffentlichkeit, wie ich es aus Westafrika kenne, aber weiße und schwarze Südafrikaner sehen mich und meine schwarze Begleiterin an, die mich durch Pietersburg führt und mir erklärt, welche Gedanken sich hinter den skeptischen, aber auch neugierigen Blicken verbergen könnten. Als Journalistin weiß sie einige davon zu erraten. Ob die paranoide Angst der Witwe des weißen Geschäftsmannes in einem Jahr abklingen wird, die ihre Villa in Pietersburg nicht mehr verlässt, seit die Schwarzen auch die Straße ihrer Stadt bevölkern, bezweifle ich. Für viele weiße Südafrikaner stehen die Verhältnisse nun „am Kopf“. Die nachträgliche Paranoia der Weißen scheint mir eine normale Reaktion.

Und sie finden Stoff in ihren sichtbar und öffentlich gewordenen Unterstützungen der Apartheid, um ihre Paranoia täglich nähren zu können.

In allen Sektoren der südafrikanischen Gesellschaft kommt zum Vorschein, mit welcher Hartnäckigkeit sich die alten Kräfte den neuen Machtverhältnissen widersetzen.

Das beste Anschauungsmaterial dafür boten die ständigen Veröffentlichungen der über vier Jahre andauernden Anhörungen der Wahrheits- und Versöhnungskommission (Truth and Reconciliation Commission, TRC), die ihren Abschlussbericht Ende Oktober veröffentlichte. In fünf Bänden mit insgesamt über 3000 Seiten kann sich auch der nicht in Südafrika Lebende Einblick in die in allen Einzelheiten geschilderten Greuel der Verbrechen des Apartheidsregimes und in die barbarische Mentalität der Täter, Mitwisser und Unterstützer verschaffen, die unsäglich sind und wie die von Nazi-Deutschland begangenen Verbrechen als Schandtaten in die Annalen des 20. Jahrhunderts eingehen.

Auch die Vertreter der Psychologie im neuen Südafrika haben sich mit denjenigen ihrer Kollegen auseinandergesetzt, die Folterer und Mörder durch die Wahrheits- und Versöhnungskommission begleitet und sich als typische Vertreter des alten Südafrika erwiesen. Die südafrikanische Polizei war durch den systematischen Einsatz von Folter, Entführung, Mord und Massaker an der Aufrechterhaltung des Apartheidsregimes beteiligt. Geständnisse vor dieser Kommission waren eine Vorbedingung für die Amnestie. Wie der designierte Präsident der Psychological Society of South Africa, Prof. Lionel Nicholas, auf dem Kongress seiner Gesellschaft im September 1998 erklärte, taten Psychologen dies, indem sie Fälschungen anstellten, um zur Diagnose PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) zu gelangen, eine Diagnose, die für die Straffreiheit mitbestimmend war und mit der die Täter Amnestie erhielten und den staatlich bezahlten Ruhestand erlangen konnten, während auf der anderen Seite für die Opfer

diese Möglichkeit nicht bestand. „By reading out sections of psychological reports, Prof. Nicholas demonstrated how some psychologists had tried whatever they could do to ‚fit‘ their clients into the diagnosis“ („Psychologists slammed for ‚Unprofessional‘ defence in TRC cases“, Psy Talk, Newsletter of the Psychological Society of South Africa, Issue 4, 1998, S. 2).

Der Eröffnungsvortrag des noch amtierenden Präsidenten der Psychological Society of South Africa auf der Second African Conference on Psychotherapy, Dr. Saths Cooper, der als politischer Gefangener über sieben Jahre in der berüchtigten Strafanstalt Robben Island einsaß, endete mit dem Wortspiel „Therapist – The Rapist“. Es drückt aus, wie rasch aus einem psychologischen oder psychotherapeutischen Professionalisten ein Komplize des Terrors und der herrschenden Machtverhältnisse werden kann. Wir sollen uns vor Augen halten, dass Psychotherapie immer mit Politik und gesellschaftlichen Machtverhältnissen zu tun hat, ob sie es will oder nicht und ob sie sich dessen bewusst ist oder nicht.

Es gehört zu den großen Verdiensten der Organisatoren, der Referenten und der Teilnehmer, dass sich in der Second African Conference on Psychotherapy eine zur südafrikanischen Realität hin offene Atmosphäre einstellte, in der auch im Kongressgeschehen das Wechselverhältnis von Psychotherapie und Gesellschaft sichtbar wurde.

Nach Afrika lasse ich mich immer gerne locken, auch wenn es nur für eine Woche ist.

Afrika ist immer anders, aber nie fremd. Wenn man dort seinen Assoziationen freien Lauf lässt, finden sie ohne große Umwege zu vertrauten vergangenen oder noch praktizierten heimatlichen Sitten, Gebräuchen und Verhaltensweisen zurück, zumal die verwandtschaftlichen und lokalen Verbindungen in Österreich ohne große Umschweife am Land ankommen und bei „Land und Leuten“ und am Marktplatz enden, wo die Frauen das Sagen hatten.

Der Third African Conference on Psychotherapy soll im Jahre 2000 in Jaoundé in Kamerun stattfinden.

Unter dem Titel „Das Schweigen gebrochen“ erscheint im Frühjahr die deutsche Ausgabe des Berichts der Wahrheits- und Versöhnungskommission bei Brandes & Apsel in Frankfurt/Main.

Kontaktadresse für die in Kürze erscheinenden Kongressmaterialien: Dr. Sylvester Madu, University of the North, Fax: 0027-15-2682318, e-mail: madus@unin.unorth.ac.za

#### Literatur

- Madu SN, Baguma PK, Pritz A (eds) (1996) *Psychotherapy in Africa: first investigations*. Wien (World Council for Psychotherapy)
- Madu SN, Baguma PK, Pritz A (eds) (1997) *African traditional healing: psychotherapeutic investigations*. Wien (World Council for Psychotherapy)
- Madu SN, Baguma PK, Pritz A (eds) (1998) *In quest for psychotherapy for modern Africa*. Pietersburg (UNIN Press, The University of the North for World Council for Psychotherapy African Chapter)
- Peltzer K, Ebigbo PO (eds) (1989) *Clinical psychology in Africa*. IKO Verlag, Frankfurt am Main
- Peltzer K (1995) *Psychology and health in African cultures. Examples of ethnopsychotherapeutic practice*. IKO Verlag, Frankfurt am Main



*Ao. Univ.-Prof. Dr. Johannes Reichmayr  
Psychologe, Lehrbeauftragter an der  
Universität Klagenfurt  
Linke Wienzeile 36/5A, A-1060 Wien  
Tel. 0043/1/587 23 65, Fax 526 1005  
e-mail: johannes.reichmayr@  
univie.acat*

# Veranstaltungskalender

**18.–23. April 1999,**

**Bad Gleichenberg**

**5. Internationales Seminar für körperbezogene Psychotherapie und Körpertherapie**

Leiter: Ao. Univ.-Prof. Dr. P. Stix

Auskunft: Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

Auenbruggerplatz 39, A-8036 Graz

Tel. 0316/385 3040 oder 3039

Fax 0316/385 3608

e-mail: peter.stix@kfunigraz.ac.at

**23.–25. April 1999, Prag**

**Hysterie**

Auskunft und Anmeldung beim

Veranstalter: Gesellschaft für

Logotherapie und Existenzanalyse

Eduard-Sueßgasse 10, A-1150 Wien

Tel. 0043/1/985 95 66, Fax 982 48 45

e-mail: gle-wien@ping.at

**28.–29. April 1999,**

**10.–11. Juni 1999 und**

**21.–22. Oktober 1999, Flensburg**

**Fortbildung in Kinder- und Jugendlichen-Therapie**

3 x 2 Tage mit Manfred Vogt-

Hillmann, Hypnotherapie mit

Kindern und Jugendlichen

Auskunft: Projekt : system

Beratung – Konsultation –

Supervision – Aus-/Fortbildung

Jürgen Hargens, Dipl.-Psychologe

Norderweg 14, D-24980 Meyn

Tel. 04639/75 06

**28.–29. April 1999, Linz**

**Kongress „Arbeit & Psyche“**

**Egoismus versus Altruismus**

Ein Ausblick auf die Ethik der Arbeit im 21. Jahrhundert

Information und Auskunft:

Offene Arbeitsstiftung Steyr

Frau Mag. Höfler, Tel. 07252/52 199

**29. April–2. Mai 1999, Neuhofen**

**a.d. Ybbs**

**Die heilende Kraft veränderter**

**Bewusstseinszustände –**

**Transpersonale Psychotherapie**

**und Atemarbeit**

Veranstalter: Österreichischer

Arbeitskreis für Transpersonale

Psychologie und Psychotherapie

Auskunft: Barbara Tesarek

Diesterweggasse 9/2, A-1140 Wien

Tel. +43/1/894 51 71 (Mo. 20.30 bis 21.00, Di. und Do. 7.30 bis 8.30)

Fax +43/1/310 88 00

e-mail: tesarek@eunet.at

Internet: <http://www.transpersonal.at/aktrans/>

**13.–16. Mai 1999, Würzburg**

**Gestalt-Kurzzeittherapie**

**für Paare**

Leitung: J. C. Zinker, Ph.D.

Bei diesem 4-Tage-Workshop

handelt es sich um das erste Gestalt-

Kurzzeittherapie-Modell für Paare

und andere kleine Systeme

Auskunft und Anmeldung: IGW

Theaterstraße 2, D-97070 Würzburg

Tel. 0049/931/354450

Fax 0049/931/35445-44

e-mail: igw.gestalttherapie@

mpe.baynet.de

**3. Juni 1999, Zürich**

**Schweizerische Gesellschaft für**

**Daseinsanalyse: Wie bedeutsam**

**ist die Kindheit?**

Antworten aus der Sicht dreier

analytischer Richtungen

Auskunft: Sekretariat,

Gesellschaft für Daseinsanalyse

Postfach

CH-8810 Horgen

**10.–12. Juni 1999, Freiburg**

**Gesundheit beginnt gestern**

Psychohygiene, Prävention und

Gesundheitsförderung in Kindheit

und Jugend

Interdisziplinärer Jahreskongress der

Schweizerischen Gesellschaft für

Kinder- und Jugendpsychiatrie und

Psychotherapie (SGKJP) und der

Schweizerischen Gesellschaft für

Prävention und Öffentliches

Gesundheitswesen (SGPG)

Information und Anmeldung:

Dr. med. P. Haemmerle

Kongress 1999, KJPD

Klinikstrasse 17

CH-1700 Freiburg

Tel. 0041/26/305 30 50

Fax 0041/26/305 30 49

e-mail: haemmerlep@etatfr.ch

**11.–13. Juni 1999,**

**Werfenweng/Salzburg**

**„Über kurz oder lang.“**

**Die Zeit in der Psychoanalyse“**

Veranstaltet von dem Salzburger

Arbeitskreis für Psychoanalyse

Vorträge von Eva Jaeggi (Berlin),

Andreas Benz (Zürich) und Josef

Shaked (Wien), Arbeitsgruppen und

Diskussionsforen

Auskunft: Salzburger Arbeitskreis

für Psychoanalyse

Postfach 32, A-5025 Salzburg

Fax +43/663/87 01 31

**22.–23. Juni 1999, Graz**

**Psychoonkologie –2. Internatio-**

**nales Meeting – „Was wirkt“**

Auskunft: Klinische Abteilung für

Onkologie der Medizinischen

Universitätsklinik Graz

Tel. +43/316/385 3115, Fax 385 4167

e-mail: hellmut.samonigg@

kfunigraz.ac.at

**25.–27. Juni 1999, Ermatingen/**

**Bodensee**

**19. Psychotherapietagung**

**in Breitenstein**

**Liebe, Achtung und Macht –**

**Kontrapunkte zum Zeitgeist**

Anmeldung und Information:

Dres. A. J. u. M. Koemeda

Breitenstein, CH-8272 Ermatingen

Tel. 071-664 11 10

**4.–8. Juli 1999, Wien**

**2. Weltkongress für**

**Psychotherapie**

Thema: Mythos – Traum –

Wirklichkeit

Auskunft: WCP-Head Office

Rosenbursenstraße 8/3/8

A-1010 Wien, Tel. 0043/1/512 04 44

Fax 0043/1/513 17 29

e-mail: wcp.office@pop.magnet.at

**8. September 1999, Zürich**

**Sind alles Hebammen und**

**Kinder mädchen?**

Die Therapeuten und die

Wichtigkeit der Kindheit

Auskunft: Sekretariat, Gesellschaft

für Daseinsanalyse

Postfach, CH-8810 Horgen

**15.–18. September 1999, Wien  
Wiener Konferenz für Mediation**

Mediation in Wirtschaft, Umwelt,  
Politik, Verwaltung, sozialer Arbeit,  
Schule und Bildung

Organisation und Information:

Dr. Klaus Rückert  
Kugelfangasse 58

A-1210 Wien

Tel./Fax 0043/1/263 23 12

e-mail: argesozaed.akad.psych@  
magnet.at

DDr. Peter Geißler

Dr. Paul Fuchsiggasse 12

A-2301 Neu-Oberhausen

Tel. 0043/2249/3851

Fax 0043/1/79851573

e-mail: p.geissler@treangeli.at

**8.–10. Oktober 1999,  
Schaffhausen****Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing (EMDR)**

Deutschsprachiges Einführungssemi-  
nar in die von Dr. Francine Shapiro  
entwickelte psychotherapeutische  
Methode zur Behandlung traumati-  
sierter Menschen (EMDR Level I)

Organisation und Information:

Psychotherapeutisches Institut  
im Park

Steigstrasse 26

CH-8200 Schaffhausen

Tel. 0041/52/624 97 82, Fax 625 08 00

e-mail: hanne.hummel@email.ch

**20.–22. Oktober 1999, Linz  
Krankheit, Krankheitstheorien  
und familiäre Interaktion**

Leitung: PD Dr. med. Dipl. Psych.

Arnold Retzer

Auskunft: Institut für systemische

Therapie, Supervision, Ausbildung

und Forschung (STAF)

Siegfried Alexander Henzl

Salzburgerstraße 30

A-4840 Vöcklabruck

Tel. 0043/7682/38 07

Fax 0043/7682/38 77

e-mail: henzl.psychotherapie@aon.at

**29.–30. Oktober 1999,  
Innsbruck/Igls****Kongress Essstörungen 1999****7. Wissenschaftliche Fachtagung:  
Anorexie – Bulimie – Adipositas**

Information und Anmeldung:

Netzwerk Essstörungen:

Anorexie – Bulimie – Adipositas

Fritz Pregl-Straße 5

A-6020 Innsbruck

Tel./Fax +43/512/57 60 26

**12.–13. November 1999, Salzburg  
Compliance**

Internationales wissenschaftliches

Symposium der Fachsektion

systemische Familientherapie

des ÖAGG

Auskunft und Programm:

Siegfried Alexander Henzl

Salzburgerstraße 30

A-4840 Vöcklabruck

Tel. 0043/7682/38 07

Fax 0043/7682/38 77

e-mail: henzl.psychotherapie@aon.at

Anmeldung:

Dr. M. Brigitta Beghella

Girlingstraße 47

A-5020 Salzburg

Tel. 0043/662/43 02 43

Fax 0043/662/44 49 66

e-mail: beghella.psycho@aon.at