



Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 83 Brief des Präsidenten
- S 84 Patera, R.: Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung
- S 86 Krejci, H.: Zivilrechtsfragen zur Ausübung der Psychotherapie durch Ärzte, die keine Psychotherapeuten sind
- S 89 Wenzel, Th.: Ein Ende des Krieges?
- S 90 Bartuska, M.: Statistik über klinisch psychologische und psychotherapeutische Stundenleistungen in den Krankenhäusern der Gemeinde Wien
- S 91 Legler-Guc, A.: Projekt Opferfürsorge
- S 93 Rothner, A.: Der Psychotherapeut als Ombudsmann
- S 94 Hochwallner, G.: Für Nutzenszufügung im Strafvollzug
- S 95 Richtigstellung

AUSBILDUNG – FORTBILDUNG – WEITERBILDUNG

- S 96 Korbel, Ch.: Aktuelles zur Psychotherapieausbildung

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBEIRAT – GESUNDHEITSMINISTERIUM

- S 97 Ethik-Rubrik: Blaschek, B.: Überlegungen zu Honorarfragen aus juristischer Sicht
- S 100 Supervisionsrichtlinie



Forum Schweiz/Suisse

- S 103 Editorial: Sie haben eine Stimme in diesem Forum!
- S 104 Editorial: Le FORUM vous offre l'occasion de vous exprimer!
- S 104 Schlegel, M., Buchmann, R.: SPV: Aktive Qualitätssicherung in der Psychotherapie seit 1979
- S 106 Schlegel, M., Buchmann, R.: ASP: depuis 1979 une démarche active pour garantir la qualité de la psychothérapie
- S 108 Fäh-Barwinski, M.: Wie können effiziente Psychotherapie-Methoden identifiziert werden?
- S 109 Fäh-Barwinski, M.: Comment identifier les méthodes de psychothérapie efficaces?
- S 111 Anzeige
- S 111 Manifestation
- S 112 Aus der Arbeitsgruppe „Psychotherapie“ des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV)
- S 113 Anzeige
- S 113 Manifestation
- S 114 La commission "psychothérapie" mandatée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
- S 115 Psychotherapeuten-Verordnung zum KVG weiter verzögert
- S 116 Encore des délais pour l'ordonnance en matière de psychothérapie (LAMal)

Fortsetzung umseitig

- S 117 Fäh-Barwinski, M., Schlegel, M.: Jährliche Kosten der Psychotherapie durch nichtärztliche TherapeutInnen zulasten der sozialen Krankenversicherung
- S 119 Fäh-Barwinski, M., Schlegel, M.: Les coûts annuels des psychothérapies menées par des non-médecins à charge de l'assurance maladie sociale
- S 121 Wechsel an der DK-Spitze
- S 123 Changements à la tête de la CD
- S 124 Stellungnahme der Charta zur Ausbildung am iff-forum
- S 125 Prise de position de la CHARTE concernant le "forum iff"

Forum Deutschland

- S 127 Krause-Girth, C.: Integration statt Ausgrenzung
- S 129 Presseerklärung des DVP (April 1997)

- S 129 Sollmann, U.: Psychotherapienotstand in der BRT
- S 131 Lurz, G.: „Zwei sind keine Gruppe – Gruppe, Gruppenarbeit, Gruppentherapie in der Psychiatrie“
- S 132 Meißel, T.: Betreuungscontinuität in einem Sektormodell als Chance für eine psychotherapeutische Psychiatrie
- S 135 Trautvetter, W.: Die psychotherapeutische Arbeit unterschiedlich kompetenter Behandler in der Psychiatrie
- S 142 Chun-Juelich, H.: Die psychodynamisch orientierte Visite in der psychiatrischen Klinik

Psychotherapie International

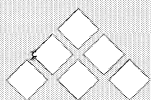
- S 145 Sosland, A.: Zur psychotherapeutischen Situation in Moskau
- S 147 Erlaß
- S 148 VERANSTALTUNGSKALENDER

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 Dr. Cornelia Krause-Girth, Universitätsklinik, Abteilung Medizinische Psychologie, Haus 56, Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/M.

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

*Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege!*

1. Euro-Zertifikat für Psychotherapie. Nun, beim Verfassen dieser Zeilen, wenige Tage vor der Konferenz des Europäischen Psychotherapieverbandes in Rom, gibt es eifrige Arbeiten am Feinschliff der Übergangsbestimmungen des Europazertifikates für Psychotherapie. Was so nüchtern und funktionalistisch klingt, ist ein Meilenstein in der Entwicklung der Psychotherapie in Europa. Es ist gelungen, daß sich Vertreter von an die 200 psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungseinrichtungen aus ganz Europa, davon 16 nationale Dachverbände, für eine verbindliche Ausbildungsstruktur ausgesprochen haben. Dieser Vorgang hat möglicherweise eine ähnliche Bedeutung wie das österreichische Psychotherapiegesetz für Österreich. Damit wird von einer repräsentativen Gruppe europäischer Psychotherapeuten nicht nur ein Ausbildungsstandard verabschiedet, sondern auch über wesentliche inhaltliche Fragen der Psychotherapie Einigung erzielt. So ist nun die Notwendigkeit einer Lehrtherapie für alle Unterzeichner verbindlich, ebenso ein entsprechendes Ausmaß an Supervision und Theorie. Auch über die Art der Theoriebildung im Psychotherapiebereich wurde Verständigung erzielt. Die Psychotherapie ist nun tatsächlich auf dem Weg zu einem eigenständigen Beruf und einer unabhängigen Wissenschaft in Europa. Neben der Freude über die letztlich doch rasche (zweijährige) Arbeitsphase zur Erstellung des Euro-Zertifikats für Psychotherapie erwartet uns aber nun der schwierigere Teil der Übung, nämlich die konkrete Implementierung in den verschiedenen eu-

ropäischen Ländern. Für uns kommt natürlich ein Unterlaufen der Kriterien nicht in Frage, und wir werden viele Diskussionen benötigen, um das notwendige gegenseitige Vertrauen füreinander zu entwickeln, weil es je nach nationaler Entwicklung natürlich unterschiedliche Sichtweisen insbesondere in der Qualität der jeweiligen Psychotherapieschule geben wird. Doch der Zug ist auf gutem Weg, alle Beteiligten sind voll Engagement dabei, neue Strukturen für die Psychotherapie in Europa zu schaffen. Besonders hervorzuheben ist die Gruppenleistung, die hier gelungen ist; seien es nun Beiträge der Engländer, der Schweizer, der Franzosen, der Ukrainer oder der vielen anderen, es ist tatsächlich ein Gemeinschaftswerk geworden. Und das, obwohl den Psychotherapeuten oft krasse Unfähigkeit hinsichtlich gemeinsamer Aktivitäten zugeschrieben wird.

Ab Herbst 1997 wird es konkrete Umsetzungsrichtlinien geben.

2. Umsatzsteuerregelung. Seit Jänner dieses Jahres sind wir mit dem Finanzministerium in an sich konstruktiven Gesprächen hinsichtlich der Klärung, welche psychotherapeutischen Tätigkeiten mehrwertsteuerpflichtig und welche dies nicht sind. Bedauerlicherweise wurde im letzten Psychotherapie Forum ein Diskussionspapier veröffentlicht, das natürlich nicht den Erlaß des Finanzministeriums darstellt. Ich möchte mich für dieses Ungemach entschuldigen. Nun darf also schon konkret gehofft werden, daß im nächsten Heft des Psychotherapie Forums der Erlaß mit Fachkommentar abgedruckt werden kann.

Dr. Alfred Pritz

R. Patera

Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung

Seit Herbst 1996 gibt es eine Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung, gegenwärtig am Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien lokalisiert. Diese Einrichtung ist das Ergebnis von mehrjährigen Bemühungen von Universitätsvertretern/innen, des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie und des Bundesministeriums für Wissenschaft, Verkehr und Kunst (Projektfinanzierung).

Eswurde vereinbart, daß diese Stelle im Rotationsverfahren alle 2–3 Jahre ihren Standort wechselt, um eine in jeder Hinsicht mobile Einrichtung zu bleiben, die sowohl Universitätsangehörigen als auch niedergelassenen bzw. angestellten Psychotherapeuten/innen ihre Dienste anbietet.

Folgende Aktivitäten sind vorgesehen, um die in Österreich betriebene Psychotherapieforschung zu vernetzen:

- Systematische Erhebung der in Österreich bereits durchgeführten Psychotherapieforschung und Aufbau einer österreichspezifischen Datenbank zur Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der praxisrelevanten Psychotherapieforschung (Zeitschriftenartikel, Buchpublikationen, Diplomarbeiten, Dissertationen, Forschungsberichte, wissenschaftliche und Vereinszeitschriften, Vereinsabschlußarbeiten, andere „graue“ Literatur etc.);
- Entwicklung einer Vorgangsweise für die laufende (aktualisierende) Erhebung der in Österreich durchgeführten Psychotherapieforschung;
- Koordination mit den bekannten Fachliteratur-Datenbanken im deutschsprachigen Raum (z.B. Psyndex in Trier);
- Organisation und Vorbereitung von wissenschaftlichen Tagungen zur Psychotherapieforschung in Österreich;
- Organisation von Arbeitstreffen der „Koordinationsgruppe Psychotherapieforschung in Österreich“ (diese Koordinatoren/innengrup-

pe soll kommunikationsmäßig vernetzt werden und in einen regelmäßigen und intensiven Austausch treten können). – Der Experten/innengruppe gehören an:

Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser (Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Wien – Sprecherin der Experten/innengruppe),

Univ.-Doz. Mag. Dr. Elisabeth Jandl-Jäger (Univ.-Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Wien),

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

Univ.-Prof. Dr. Walter Pieringer (Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Graz),

Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Söllner (Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck),

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

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

Mag. Renate Patera (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, Wien),

Dr. Alfred Pritz (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, Wien),

Dr. Elisabeth Wagner (Vertreterin von Dr. Alfred Pritz).

- Beratung und Herstellung von Kontakten zu bzw. auch zwischen Psychotherapiepraktikern/innen (niedergelassenen Psychotherapeuten/innen) und potentiellen Konsumenten/innen von Ergebnissen der Psychotherapieforschung (Psychotherapievereine, Ministerien, Länder- und Gemeindeverwaltungen, Sozialversicherungsträger, Spitäler, Beratungsstellen im psychosozialen Bereich etc.) sowie internationale Vernetzung der österreichischen Psychotherapieforschung (via Internet-Homepage und e-mail) und Koordination/Vermittlung zwischen Universität und



ÖBVP

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

Vorankündigung

Generalversammlung

des

**Österreichischen Bundesverbandes
für Psychotherapie**

22. November 1997, 14.00 bis 18.00 Uhr
3101 St. Pölten, Bildungshaus St. Hippolyt

Der Niederösterreichische Landesverband für Psychotherapie lädt aus diesem Anlaß am Vormittag zu einem **Vortrag mit Diskussion** ein:

Dr. Nossrat Peseschkian

Transkulturelle Aspekte der positiven Psychotherapie
5 Stufen der Konfliktbewältigung

Praxis im Bereich der österreichischen Psychotherapieforschung.

Projektmitarbeiter der Koordinationsstelle ist Herr MMag. Dr. Martin Voracek, erreichbar am Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien (Tel. 0043/1/40400 3068 (Freitag 8.00–10.00 Uhr); Fax 0043/1/406 68 03; e-mail: elisabeth.jandl-jager@akh-wien.ac.at.

Dr. Voracek steht selbstverständlich auch Praktikern/innen mit Forschungsambitionen bzw. Ausbildungskandidaten/innen im Stadium der Abschlußarbeit für Grundinformationen zur Verfügung.

Ein Arbeitsschwerpunkt der Experten/innengruppe war die Vorbereitung eines Symposiums zum Thema „Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung – ForscherInnen und PraktikerInnen im Dialog“.

Wie Sie dem Kasten entnehmen können, ist es ein besonderes Anliegen dieser Veranstaltung, die Kommunikation zwischen Praktikern/innen und Forschern/innen zu fördern und geeignete Formen der Zusammenarbeit in Österreich zu kreieren.

Wir hoffen, daß viele Psychotherapeuten/innen an diesem Symposium teilnehmen werden, damit ein fruchtbarer Dialog entstehen kann.

Die ÖBVP-Arbeitsgruppe „Forschen für die Praxis“ beschäftigt sich bereits seit mehr als zwei Jahren mit dieser wichtigen Thematik.

Wir laden Sie ein, sich an der Gestaltung der geplanten Workshops zu beteiligen. Bitte rufen Sie mich an (Tel. 0043/1/479 71 06), wenn Sie Interesse an der Vorbereitung haben.



Mag. Renate Patera
Vizepräsidentin des ÖBVP

Symposium

Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung Forscher/innen und Praktiker/innen im Dialog

Freitag, 7. November 1997

12.00 Uhr	Kleiner Empfang
13.00 Uhr	Eröffnung
13.30 Uhr	Vortrag Prof. Orlinsky „The Many Faces of Psychotherapy Research“
14.15 Uhr	Diskussion – Anfragen
14.30 Uhr	Vortrag Prof. Rudolf „Taxonomie der Psychotherapieforschung“
15.15 Uhr	Diskussion – Anfragen
15.30 Uhr	Pause
16.00 Uhr	Workshops „Was wünschen sich Psychotherapeuten/innen und Forscher/innen voneinander?“
18.00–18.30 Uhr	Zusammenfassung

Samstag, 8. November 1997

10.00 Uhr	Vortrag NN „Qualitative Psychotherapieprozeßforschung“
10.45 Uhr	Diskussion – Anfragen
11.00 Uhr	Prof. R. Leuzinger-Bohlen „Qualitative Einzelfallforschung“
11.45 Uhr	Diskussion – Anfragen
12.00 Uhr	Mittagspause
14.00 Uhr	Workshops „Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis gestaltet und organisiert werden?“
16.30–18.00 Uhr	Zusammenfassung der Tagung

Ort: **Palais Ferstl, 1010 Wien, Freyung 1**
Eintritt frei

Veranstalter: Koordinationsgruppe für österreichische Psychotherapieforschung am Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr

Kontaktadresse: MMag. Dr. Martin Voracek, Koordinationsstelle für österreichische Psychotherapieforschung, c/o Univ. Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, AKH, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Tel. 0043/1/40 400 3068, Fax 0043/1/4066803; e-mail: elisabeth.jandl-jager@akh-wien.ac.at

H. Krejci

Zivilrechtsfragen zur Ausübung der Psychotherapie durch Ärzte, die keine Psychotherapeuten sind*

Zum Inhalt: Was unterscheidet die Psychotherapie von der psychotherapeutischen Medizin? Viele wissen das nicht. Welche zivilrechtlichen Rechtsfolgen es haben kann, wenn ein Arzt den psychotherapeutisch zu behandelnden Patienten über diesen Unterschied nicht aufklärt, erörtert der folgende Beitrag.

I. Ausgangslage

Medizin und Psychotherapie stehen in Österreich seit langem in einem Spannungsverhältnis. Daran hat auch das Psychotherapiegesetz (PThG)¹ wenig geändert². Ging es anfangs darum, daß die Ärzte für sich in Anspruch nahmen, *ausschließlich* zur Psychotherapie berufen zu sein, so ging es nach Inkrafttreten des PThG insbesondere darum, ob sich auch psychotherapeutisch tätige Ärzte, die nicht nach dem PThG ausgebildet und registriert sind, als „Psychotherapeuten“ (oder ähnlich) bezeichnen dürfen.

Auszugehen ist davon, daß das PThG zwar das bis dahin behauptete Monopol der Ärzte auf die Psychotherapie gebrochen hat (§ 24 Abs 2 PThG), nicht aber zugleich den Ärzten, deren Ausbildung nicht den Vorschriften des PThG entspricht, verbietet, ihrerseits – auch ohne Eintragung in die Psychotherapeutenliste – psychotherapeutisch tätig zu sein.³

Dies hat nunmehr auch der OGH bestätigt.⁴ Er hält insbesondere fest:

„Gemäß § 24 Abs 2 PThG ist die Ausübung der Psychotherapie keine nach den Bestimmungen des ÄrzteG ausschließlich Ärzten vorbehaltene Tätigkeit. Diese Bestimmung enthält die notwendige legistische Klarstellung (des Verhältnisses) zum ÄrzteG (RV

1256 BlgNR 17. GP, abgedruckt in Kierein et al., PsychologenG – PThG, 165), weil Psychotherapie nach der Legaldefinition in § 1 Abs 1 PThG auch Krankenbehandlung sein kann, nunmehr aber nicht mehr allein den Ärzten vorbehalten ist (Kierein et al., aaO). Das PThG enthält aber keine Bestimmung, wonach die Ausübung der Psychotherapie ausschließlich den nach diesem Gesetz zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigten Psychotherapeuten vorbehalten ist. Ärzte, die im Rahmen ihrer Berufsberechtigung Geistes- und Gemütskrankheiten psychotherapeutisch behandeln, verstoßen daher nicht gegen das PThG; zur Ausübung dieses Zweiges ihrer Berufsberechtigung bedürfen sie daher auch nicht der zur Ausübung der Psychotherapie in § 11 PThG genannten Erfordernisse, insbesondere daher auch nicht der Eintragung in die Psychotherapeutenliste.

Einem Facharzt für Kinderneuro-psychiatrie kann daher nicht unter Berufung auf Bestimmungen des PThG untersagt werden, mit oder ohne Verwendung des Zusatzes ‚Psychotherapeutische Medizin‘ zu seiner Berufsbezeichnung selbständige Psychotherapieleistungen anzubieten oder zu erbringen.“

Diese Rechtslage verdunkelt die Grenzziehung zwischen der Psychotherapie im Sinne des PThG und jener psychotherapeutischen Tätigkeit, der Ärzte nachgehen dürfen, die keine Ausbildung nach dem PThG haben und auch nicht in der Psychotherapeutenliste eingetragen sind.

Keine Probleme bereiten selbstverständlich jene psychotherapeutisch tätigen Ärzte, welche die materiellen Voraussetzungen des PThG durch Absolvierung der dort vorgeschriebenen Ausbildung (unter entsprechender Anrechnung ihres Medizinstudiums) erfüllen und überdies in die Psychotherapeutenliste eingetragen sind:

Diese Ärzte sind neben ihrem Arztberuf sowohl materiell wie formell auch Psychotherapeuten im Sinne des PThG. Sie dürfen sich ohne weiteres

Psychotherapeuten nennen und den Beruf des Psychotherapeuten ausüben.

Schwierigkeiten stellen sich jedoch bei jenen Ärzten ein, die *ausschließlich aufgrund ihrer medizinischen Ausbildung* psychotherapeutisch tätig sind und sich deshalb als Psychotherapeuten oder vergleichbar bezeichnen:

Wurzel des Konflikts ist die Frage, ob die medizinische Ausbildung der Ärzte der Ausbildung als Psychotherapeut äquivalent ist.

Stünde dies außer Streit, würde für die Ausübung des Berufes eines Psychotherapeuten genügen, daß jemand Arzt ist. Als solcher wäre er schon aufgrund seines Medizinstudiums hinreichend zum Psychotherapeuten ausgebildet. Zusätzliche Lehrgänge, Praktika udgl. wären nicht erforderlich. Dann hätte es aber auch wenig Sinn, Ärzte die Psychotherapeutenausbildung nach dem PThG absolvieren zu lassen. Anrechnungen würdensicherübrigen, weil das Medizinstudium als solches bereits alles abdecken würde, was die im PThG vorgeschriebene Ausbildung als Psychotherapeut zu bieten hat. Wäre dem so, könnte man sich alle Auseinandersetzungen darüber, ob sich ein Arzt Psychotherapeut nennen darf, sparen. Ärzte wären eben bereits aufgrund ihrer medizinischen Ausbildung die „geborenen“ Psychotherapeuten; *andere* Personen müßten erst zu Psychotherapeuten ausgebildet werden.

All dies trifft aber nicht zu:

Die Psychotherapie ist keineswegs bloß ein *Zweig der Medizin*. Psychotherapie und Medizin verhalten sich vielmehr zueinander wie zwei einander schneidende Kreise. Denn die Psychotherapie umfaßt auch Gebiete, die *nicht der Medizin* zugehören.

Der Beruf eines Psychotherapeuten stellt somit einen eigenständigen, freien Heilberuf dar, dem auf Grundlage der in der Ausbildung erworbenen psychotherapeutischen Qualifikation die ausschließliche Kompetenz zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie zukommt, wobei die Berechtigung bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen mit der Eintragung in die Psychotherapeutenliste erworben wird; dies unabhängig davon, ob zusätzlich auch andere Berufsberechtigungen, wie etwa die ärztliche, die kli-

* Nachdruck aus: Recht der Medizin – RdM (1996) 3/3.

¹ BGBl 1990/361.

² Dazu schon Mazal, Psychotherapie und Medizin, RdM 1994, 99 ff; allgemein zum PThG Kierein et al., Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz, Kurzkomentar (1991).

³ Mazal, RdM 1994, 99 ff mwN.

⁴ OGH 31. 1. 1995.

nisch-psychologische oder die gesundheitspsychologische vorliegen.⁵

Dies schließt jedoch nicht aus, daß auch Psychotherapie *Krankenbehandlung* und *insoweit* Gegenstand ärztlicher Berufsausübung sein kann.

§ 1 Abs 1 PThG verweist auf die Ausübung der Psychotherapie als „die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten *Verhaltensstörungen und Leidenszuständen* mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“.

Demgegenüber umfaßt die Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 1 Abs 2 Z 1 und 3 ÄrzteG jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für Menschen ausgeführt wird, insbesondere die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von *körperlichen Krankheiten, Geistes- und Gemütskrankheiten, von Gebrechen oder Mißbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind* (Z 1) sowie die Behandlung solcher Zustände (Z 3).

„Verhaltensstörungen“ und „Leidenszustände“ im Sinne des § 1 Abs 1 PThG können durchaus auch „Krankheiten“, insbesondere Geistes- oder Gemütskrankheiten im Sinne des § 1 Abs 2 Z 1 ÄrzteG, sein.

Sie zu behandeln, sind Ärzte aufgrund des ÄrzteG unabhängig von den Bestimmungen des PThG berufen. Desgleichen dürfen aber auch Psychotherapeuten mit *ihren* Mitteln solche Krankheiten bekämpfen. Dem Psychotherapeuten stehen die Grundlagen, Erkenntnisse und Methoden der *Psychotherapie* zur Verfügung;

⁵ So die Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz, Dr. Christa Krammer, in einem Schreiben an den Präsidenten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Dr. Richard Leutner, vom 21. 12. 1994, GZ 22.500/142-II/D/14/94.

dem Arzt die Grundlagen, Erkenntnisse und Methoden der Medizin.

Psychotherapie ist also einmal *Krankenbehandlung*,⁶ das andere Mal nicht:

So zählen z.B. Behandlungen mit dem „lediglichen“ Ziel, die Reifung und Entwicklung der Persönlichkeit zu fördern, nicht zur *Krankenbehandlung*, wohl aber die analytische Psychologie, das Autogene Training, dynamische Gruppenpsychotherapie, Existenzanalyse und Logotherapie, integrative Gestalttherapie, Gruppenpsychoanalyse, gestalttheoretische Psychotherapie, Hypnose, Individualpsychologie, katathym imaginative Psychotherapie, klientenzentrierte Psychotherapie, personenzentrierte Psychotherapie, Psychoanalyse, Psychodrama, systematische Familientherapie und Verhaltenstherapie.⁷

Psychotherapeuten im Sinne des PThG sind zur Ausübung *aller psychotherapeutischen* Tätigkeiten befugt, also auch jener, die man als *psychotherapeutische Krankenbehandlung* bezeichnen kann. Dies verstößt aufgrund des PThG nicht gegen das ÄrzteG.⁸

Ärzte dürfen demgegenüber aufgrund ihrer Berufsausübung als Arzt nur jene psychotherapeutischen Behandlungen durchführen, die auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage zur psychotherapeutischen *Krankenbehandlung* zählen.

Wenn sich daher ein Arzt in Ausübung seines Berufes auch als „Psychotherapeut“ bezeichnet, ohne Psychotherapeut im Sinne des PThG zu sein, so erweckt er den falschen bzw. irreführenden Eindruck, über die *gesamte* Ausbildung als Psychotherapeut nach dem PThG zu verfügen und dementsprechend befugt zu sein, *alle* mit dieser Befugnis verbundenen Behandlungen durchführen zu können bzw. zu dürfen.

Wer sich demgegenüber als Arzt für „psychotherapeutische Medizin“ (oder ähnlich) bezeichnet, ist offensichtlich darum bemüht, zwischen der

⁶ Dies auch iS von § 135 Abs 1 Z 3 iVm § 133 Abs 1 und § 120 Abs 1 ASVG.

⁷ Krammer, aaO.

⁸ Es sind jedoch jene Grenzen zu beachten, die gegenüber ausschließlich den Ärzten vorbehaltenen medizinischen Behandlungsmethoden von Geisteskranken bestehen. Diese medizinischen Methoden sind aber keine psychotherapeutischen.

Psychotherapie im Sinne des PThG einerseits und jenen psychotherapeutischen *Krankenbehandlungen* andererseits zu unterscheiden, die *ausschließlich* auf den Grundlagen der medizinischen *Arztausbildung* zulässig sind.

Dieses Bemühen nach Differenzierung hat bisher nicht zu den erwarteten Erfolgen geführt:

Denn empirische Untersuchungen zeigen, daß die *Unterscheidungskraft* der Bezeichnung „psychotherapeutische Medizin“ gegenüber der Bezeichnung „Psychotherapeut“ so *schwach* ist, daß bei den angesprochenen Verkehrskreisen, also der Klientel der Psychotherapeuten, durchaus der Eindruck entsteht, auch der „psychotherapeutische Mediziner“ erbringe zumindest all jene Leistungen, die ein Psychotherapeut im Sinne des PThG erbringen darf und kann.⁹ Mitunter wird sogar die Ansicht vertreten, der „psychotherapeutische Mediziner“ weise eine *höhere* psychotherapeutische Fachkompetenz als der „bloße“ Psychotherapeut auf. All dies trifft nicht zu. Die bislang beschrittenen Wege, die außerhalb des PThG arztrechtlich zulässigen psychotherapeutischen Tätigkeiten von jenen der Psychotherapeuten nach dem PThG durch plakative Hinweise zu unterscheiden, sind also allem Anschein nach bisher nicht gelungen.

Der OGH hat diesen Umstand in seiner Entscheidung vom 31. 1. 1995 allerdings nicht näher beachtet. Es ist dennoch realistischerweise nicht zu erwarten, daß der OGH bei nächster Gelegenheit seinen Standpunkt revidieren wird.

Dies ändert allerdings nichts daran, daß einerseits die Tätigkeit eines Psychotherapeuten nicht mit jener eines Arztes, der „psychotherapeutische

⁹ Vgl. die Untersuchung von Marianne Ringler und Silvia Bohrn, Ergebnisse einer Umfrage zum Problemkreis der Berufstitel „Psychotherapeut“ und „Arzt für psychotherapeutische Medizin“. Mir liegt eine Ablichtung des nicht datierten Manuskripts dieser Untersuchung vor. Zum Themenkreis vgl. auch Öhlinger, ist die Führung des Titels „Arzt für Psychotherapie“ zulässig? Gutachten vom 15. 4. 1991; Aicher, Rechtsgutachten zu den zivilrechtlichen Konsequenzen der Führung der Bezeichnung „Arzt für Psychotherapeut“ durch Ärzte, die nicht die Berufszulassung zum Psychotherapeuten iSd PThG besitzen, vom 23. 12. 1991.

Medizin“ betreibt, ident ist und daß andererseits die Bezeichnungen „Psychotherapeut“ und „psychotherapeutische Medizin“ nach wie vor verwechslungsfähig beziehungsweise nicht geeignet sind, ihre wesentlichen inhaltlichen Unterschiede, die durch die verschiedenen Bezeichnungen herausgestellt werden sollen, klarzustellen.

Ob und inwieweit die seitens der Ärztekammern angebotenen Ausbildungsveranstaltungen, die das Ziel verfolgen, Ärzte in Fragen der Psychotherapie fortzubilden, geeignet sind, jenes Wissen zu vermitteln, das vom PThG über das Medizinstudium hinaus vorgeschrieben wird, kann hier nicht beurteilt werden. Das PThG nimmt auf diese Ausbildungsveranstaltungen der Ärztekammern jedenfalls keine Rücksicht. Ihr erfolgreicher Besuch ermöglicht es Ärzten nicht, sich deshalb schon in die Psychotherapeutenliste eintragen zu lassen.

So entsteht eine vom Gesetzgeber so sicher nicht gewollte Situation: Zwar wurde den Ärzten durch das PThG das Monopol zur Ausübung der Psychotherapie entwunden, die Ärzte sind aber nicht bereit, das Regime des PThG uneingeschränkt zu akzeptieren. Vielmehr pochen sie einerseits auf ihr Recht, auch ohne das PThG jene Psychotherapie zu betreiben, die ihnen das ÄrzteG ermöglicht. Andererseits sind sie bemüht, das psychotherapeutische Wirken der Ärzte durch eigene Ausbildungsveranstaltungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, um den Patienten unter Ausgrenzung der Vorschriften des PThG das ärztliche Angebot psychotherapeutischer Behandlung möglichst effektiv zu signalisieren. Dabei läßt sich schwerlich übersehen, daß es der Ärzteschaft sehr wohl darum geht, den nach dem PThG ausgebildeten Psychotherapeuten Konkurrenz zu machen. Dagegen ist an sich nichts einzuwenden, solange den angesprochenen Verkehrskreisen klar gemacht wird, daß sich die ärztliche Psychotherapie von der Psychotherapie im Sinne des PThG erheblich unterscheidet. Eben dies gelingt aber nicht, solange die Angesprochenen diesen Unterschied nicht zu erkennen vermögen. So entsteht nach wie vor der Eindruck, daß Ärzte, die auch „psychotherapeutische Medizin“ betreiben, den Psychotherapeuten im Sinne des PThG gleichzuhalten sind, sofern nicht sogar die Ansicht verbreitet ist,

Ärzte seien die „besseren“, weil „qualifizierteren“ Psychotherapeuten.

Das aber entspricht angesichts der Ausbildungswege einerseits und der damit zusammenhängenden Unterschiede zwischen der psychotherapeutischen Tätigkeit der Ärzte, die nicht nach dem PThG ausgebildet sind, und der Tätigkeit der Psychotherapeuten im Sinne des PThG andererseits nicht den Tatsachen. Daran vermag auch die Rechtsprechung des OGH nichts zu ändern.

II. Irrtum über die Person des Vertragspartners

Es ist also nach wie vor damit zu rechnen, daß ein Patient, der sich zu Zwecken der Psychotherapie an einen psychotherapeutisch tätigen Arzt wendet, der kein Psychotherapeut im Sinne des PThG ist, mangels Kenntnis der bestehenden Unterschiede zwischen der Tätigkeit eines Psychotherapeuten nach dem PThG und einem psychotherapeutische Krankenbehandlung leistenden Arzt annimmt, der Arzt sei in jeder Hinsicht befugt und befähigt, die Psychotherapie im Sinne des PThG zu betreiben.

Wer solches als Partner eines Behandlungsvertrages mit einem Arzt glaubt, unterliegt einem *Irrtum über wesentliche Eigenschaften der anderen Vertragspartei*.

§ 873 ABGB bezieht sich ausdrücklich auf den Irrtum in der Person des Vertragspartners.

„Als Irrtum in der Person gilt jedenfalls der Irrtum über das Vorhandensein einer erforderlichen verwaltungsrechtlichen Befugnis zur Erbringung der Leistung.“

Diese durch das KSchG eingefügte Regelung hat vor allem Fälle des Fehlens der für die Vertragserfüllung einschlägigen Gewerbeberechtigung vor Augen, spielt aber auch im gegebenen Zusammenhang eine Rolle:

Denn ein Arzt, der den falschen Eindruck erweckt, er erfülle die für die Psychotherapie im PThG vorgeschriebenen Voraussetzungen, ist jemand, dem „die erforderliche verwaltungsrechtliche Befugnis zur Erbringung der Leistung“ eines Psychotherapeuten fehlt.

Da Patienten sehr häufig keine klaren Vorstellungen darüber haben, ob und inwieweit ein Arzt, der psychotherapeutische Medizin betreibt,

über alle Befugnisse und Befähigungen eines Psychotherapeuten im Sinne des PThG verfügt, sohin Ärzte, die medizinische Psychotherapie, nicht aber Psychotherapie im Sinne des PThG betreiben, damit rechnen müssen, daß Patienten falsche Vorstellungen über diesbezügliche Befugnisse und Befähigungen des Arztes haben, sind psychotherapeutisch tätige Ärzte gut beraten, schon vor Beginn der Behandlung darüber aufzuklären, welcher Art ihre psychotherapeutischen Befugnisse und Befähigungen sind, um einen Irrtum auf Patientenseite über die Befugnisse und Befähigungen des Arztes zu vermeiden.

Eine derartige Aufklärung ist erst recht geboten, wenn der Arzt sich auf Ordinationsschildern oder auf andere Weise als Psychotherapeut bezeichnet, dabei aber nicht klarstellt, daß er nicht nach dem PThG ausgebildet ist und auch nicht in der Psychotherapeutenliste eingetragen ist.

Eine solche Aufklärung erübrigt sich, wenn der Arzt angesichts der ihm bekannten, einschlägigen Bildung des Patienten weiß, daß der Patient die einschlägigen Befugnisse und Befähigungen des Arztes kennt. Ferner ist eine Aufklärung nicht nötig, wenn der Arzt ohnehin Psychotherapeut im Sinne des PThG ist, sohin bezüglich seiner diesbezüglichen Befugnisse keine Probleme drohen, oder wenn es im konkreten Fall ausschließlich um die Anwendung solcher psychotherapeutischen Behandlungen geht, die von den medizinischen Befugnissen des Arztes ohne Zweifel erfaßt sind, und es überdies klar ist, daß im konkreten Fall keine anderen psychotherapeutischen Behandlungen notwendig oder beabsichtigt sind.

Der Irrtum über vertragsrelevante Eigenschaften der Person des Vertragspartners kann ein wesentlicher Geschäftsirrtum sein, der eine Anfechtung des Behandlungsvertrages rechtfertigt (§§ 871 ff ABGB).

Eine derartige Vertragsanfechtung vernichtet den Vertrag im allgemeinen *ex tunc*, also von Anfang an. Wurde hingegen mit der Behandlung bereits begonnen und währt sie schon längere Zeit, so daß man den Behandlungsvertrag als ein bereits ins Erfüllungsstadium getretenes Dauerschuldverhältnis sehen kann, stellt sich die Frage, ob die Vertragsanfechtung lediglich zu einer Beendigung

des Vertrages *ex nunc* führt.¹⁰ Sofern eine Rückabwicklung des Vertrages keine besonderen Probleme bereitet, neigt der OGH auch in solchen Fällen zu einer rückwirkenden Vertragsaufhebung *ex tunc*.¹¹

Wohl können im Falle einer Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses bereits bezahlte Honorare, nicht aber die bereits erbrachten Behandlungsleistungen zurückgegeben werden. Dies allein schließt aber eine Rückabwicklung des Behandlungsvertrages nicht aus. Der Patient hat in einem solchen Fall vielmehr den Wert des verschafften Nutzens zu ersetzen. Dieser Wert muß keineswegs ident mit den bezahlten Honoraren sein. Hat die Behandlung keinen Nutzen verschafft, hat sie auch keinen Wert. Mitunter kann aber auch der tatsächlich verschaffte Nutzen einen geringeren Wert als die Höhe des bezahlten Honorars haben.

Ein Arzt, der einen Patienten darüber in die Irre führt oder darüber im Irrtum beläßt, daß er kein Psychotherapeut im Sinne des PThG ist, hat damit zu rechnen, daß der Patient den auf Durchführung einer Psychotherapie gerichteten Behandlungsvertrag irrtumshalber anfähigt, sofern sich die Behandlung nicht vorweg ausschließlich auf Maßnahmen der psychotherapeutischen Krankenbehandlung beschränkt, zu deren Durchführung der Arzt aufgrund seiner medizinischen Ausbildung befugt und befähigt ist und sofern eine darüber hinausgehende Psychotherapie nicht zur Diskussion steht.

Ist dem Arzt bei Abschluß des Behandlungsvertrages, über den sich der Patient geirrt hat, schuldhaftes Verhalten vorzuwerfen, so haftet der Arzt für Schäden, die dem Patienten daraus entstanden sind, daß er in die Irre geführt wurde, *aus culpa in contrahendo* auf das Vertrauensinteresse.

III. Haftung bei Fehlen gebotener psychotherapeutischer Befugnisse

Wer als Vertreter eines Fachgebietes auftritt bzw. sich zu bestimmten fach-

¹⁰ Vgl. zu dieser Problematik Gschnitzer, Die Kündigung und das Dauerrechtsverhältnis, JhJB 76, 398; Bydlinski, Privatautonomie und objektive Grundlagen des verpflichtenden Rechtsgeschäftes (1967) 147 f.; Koziol/Welser¹⁰, 129.

¹¹ OGH JBl 1990, 321.

lichen Fähigkeiten bekennt, erweckt bei jenen, die seine Dienste in Anspruch nehmen, den Eindruck, daß er in Ausübung der angebotenen Tätigkeit *lege artis* vorzugehen bereit und imstande ist. Trifft dies nicht zu, haftet er (§ 1299 ABGB). Das gilt auch für die (entgeltliche) Erteilung von Ratschlägen (§ 1300 ABGB).

Der Sachverständige hat dem Leistungsstandard seiner Berufsgruppe zu entsprechen und muß über die für sie typischen Fähigkeiten verfügen.¹²

Unterläßt es ein psychotherapeutisch tätiger Arzt, der kein Psychotherapeut im Sinne des PThG ist, seinen Patienten bei Vertragsabschluß, oder angesichts der gegebenen Umstände zu einem späteren passenden Zeitpunkt, über die Art seiner für den vorliegenden Behandlungsfall relevanten, psychotherapeutischen Befugnisse und Befähigungen hinreichend zu informieren, insbesondere darauf aufmerksam zu machen, daß er nicht befugt ist, alle im konkreten Fall eventuell gebotenen, psychothe-

¹² Reischauer in Rummel² § 1299 Rz 2. Man darf erwarten, daß sich ein Sachverständiger auch laufend auf dem ihm zumutbaren, letzten Stand seiner Wissenschaft hält, soweit diese allgemein anerkannt ist. Extreme, noch nicht anerkannte Entwicklungen dieser Wissenschaft muß er nicht kennen; denn selbst, wenn er sie kennt, ist er in der Regel nicht gehalten, noch nicht allgemein anerkannte Erkenntnisse seiner Wissenschaft anzuwenden. Entsprechendes gilt für die Psychotherapie.

rapeutischen Behandlungen durchzuführen, so hat der Arzt als Sachverständiger „den Mangel“ jener Kenntnisse, deren Vorhandensein durch sein Auftreten scheinbar vorliegen, „zu vertreten“ (§ 1299 ABGB).

Kennen Patienten im allgemeinen nicht die Unterschiede zwischen Psychotherapeuten im Sinne des PThG und psychotherapeutisch tätigen Ärzten, die keine Psychotherapeuten im Sinne des PThG sind, so trägt der behandelnde Arzt, der wie ein Psychotherapeut im Sinne des PThG auftritt, ohne ein solcher Psychotherapeut zu sein, das damit verbundene Schadensrisiko.

Das heißt: Der Arzt haftet für all jene Nachteile, die dem Patienten daraus erwachsen, daß dieser angesichts des Verhaltens des Arztes unzutreffenderweise annehmen durfte, der Arzt wäre ein umfassend ausgebildeter Psychotherapeut im Sinne des PThG.

Der Arzt haftet nicht nur für Schäden aus Behandlungsfehlern,¹³ sondern auch für Schäden, die dadurch entstehen, daß der Patient nicht rechtzeitig von einem fachlich hinreichend qualifizierten Psychotherapeuten behandelt wurde.

Heinz Krejci

¹³ Für Behandlungsfehler hat der Arzt ja auch dann einzustehen, wenn er die einschlägigen Befugnisse und Fähigkeiten hat, es aber dennoch aufgrund sorglosen Verhaltens zu einem Schaden gekommen ist.

Th. Wenzel

Ein Ende des Krieges?

In vorhergehenden Artikeln berichteten wir über die Situation, Lage und psychotherapeutische Versorgung der Flüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina (Wenzel und Pritz, 1995; Wenzel, 1996). Im Folgenden möchten wir die aktuellen Entwicklungen in Kürze zusammenfassen.

Mit dem Auslaufen des begrenzten Aufenthaltsrechtes für diese Gruppe („§ 12-“, „Bund- und Länderaktion“) im Herbst 1997 stellt sich für viele Menschen aus Bosnien die Frage der weiteren Lebensplanung. Dies ist insofern

belastend, als die von vielen Seiten zitierte „Sicherheit“ in den Rückkehrgebieten bis jetzt nicht wirklich garantiert werden kann. Auch können Erinnerungen an Kriegserfahrungen nicht durch administrative Maßnahmen „verarbeitet“ werden. Erwartungen, Erfahrungen, Gerüchte und die Ängste der Betroffenen betreffen Diskriminierung und soziale Ausgrenzung, Drohungen, Belästigungen bis hin zu physischer Gewalt und die Möglichkeit des Wiederaufflackers des Konfliktes. Der Bruch im Vertrauen in die

Möglichkeit eines Zusammenlebens und die Einschätzung anderer Menschen als „sichere Nachbarn“ kann vor allem bei durch schwere Kriegsergebnisse traumatisierten Menschen nicht in kurzer Zeit überwunden werden. Auch die Straflosigkeit vieler Täter, die trotz des Den Haag Prozesses als Problem weiter besteht, trägt nicht dazu bei, ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln und ein „Abschließen“ der Kriegserinnerungen zu stützen. Die Unterschiede in der Lebensplanung innerhalb der Familie, wie z.B. die unterschiedliche Einbindung und Zukunftsorientierung der jüngeren und der älteren Generation, die schlechten sozialen Bedingungen nach einer Rückkehr stellen eine Rückkehr als freiwillige Alternative oft in Frage. Viele Flüchtlinge erwarten dabei außerdem Feindseligkeit und Ambivalenz derjenigen, die im Kriegsgebiet „ausgehalten“ hatten. Unklar ist hierbei außerdem, für welche Flüchtlinge, die nicht aus der „Republika Srpska“ stammen, ein Verbleiben möglich ist, wenn besondere Gründe wie eine schwere Traumatisierung oder eine entsprechende Familiensituation vorliegen. Obwohl hier, besonders in Österreich, mit informellen Einzellösungen zu rechnen ist, ist keineswegs ein klar de-

finiertes Rahmen gelegt, eine Lebensplanung ist für viele Betroffene daher auch in diesem Bereich schwierig.

Schließlich führt die durch den äußeren Rahmen erzwungene erneute Beschäftigung mit den Möglichkeiten einer Rückkehr und damit mit traumatischen Erlebnissen auch bei den im Aufnahmeland Bleibenden zu einer Reaktualisierung verdrängter Konflikte und Belastungserfahrungen.

Ein ausreichendes Angebot an Beratung und Therapie für beide Gruppen ist daher aus unserer Sicht weiterhin eine dringende Notwendigkeit.

Es ist positiv anzumerken, daß das österreichische Bundesministerium für Inneres sich bereit erklärt hat, die bereits in früheren Ausgaben des Psychotherapie Forums (Wenzel und Pritz, 1995) vorgestellten Projekte zur Fortbildung von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern aus Bosnien-Herzegowina in Österreich und deren Einsatz weiter zu unterstützen, eine Verlängerung des Projektes ist derzeit bis Februar 1998 vorgesehen. Im Rahmen des Projektes* wird es wieder möglich sein, eine supervidierte Fortbildung bzw. Ausbildung in psychotherapeutisch orientierter Gesprächsführung zu absolvieren. Die Fortbildungsteilnehmer werden im Rahmen des Projektes

an verschiedenen Schwerpunkteinrichtungen, die mit der Versorgung bosnischer Flüchtlinge betraut sind, eingesetzt und stehen für Beratungsgespräche zur Verfügung.

Außerdem wurde die Verlängerung der Refundierung psychotherapeutischer Leistungen, der Dolmetschleistungen und der Supervision für die Betreuung von § 12-Flüchtlingen aus Bosnien-Herzegowina durch das Ministerium zugesagt*.

Literatur

- Wenzel T (1996) Zur aktuellen Situation der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen aus Bosnien-Herzegowina in Österreich. *Psychother Forum [Suppl]* 4/2: S59
 Wenzel T, Pritz E (1995) Zusatzausbildungen für bosnische Betreuer. *Psychother Forum [Suppl]* 3/3: S151

*Dr. med. Thomas Wenzel
 Psychotherapeut, FA für Psychiatrie
 Allgemeines Krankenhaus
 Währinger Gürtel 18-22
 A-1090 Wien
 Tel. 1/40400*

* Informationen zu den angeführten Projekten sind über das Sekretariat des ÖBVP erhältlich.

M. Bartuska

Statistik über klinisch psychologische und psychotherapeutische Stundenleistungen in den Krankenhäusern der Gemeinde Wien

Auf Vorschlag von Herrn Stadtrat für Gesundheit Dr. Sepp Rieder wurde folgende Projektstudie erstellt. Diese ist die erste Erhebung von klinisch psychologischen Leistungen nach dem Psychologengesetz, BGBl. 360/1990, und methodenspezifisch psychotherapeutischen Leistungen nach dem Psychotherapiegesetz, BGBl. 361/1990.

Die besondere Schwierigkeit der Erhebung ist an folgenden Randbedingungen ersichtlich. Im Psychologengesetz und im Psychotherapiegesetz sind die eigenverantwortlichen

Leistungen definiert, im Bundeskrankenanstaltengesetz 1993 ausreichende psychologische Betreuung und psychotherapeutische Versorgung für die Krankenhäuser zwingend vorgeschrieben, im Wiener Landeskrankenanstaltengesetz seit 13. Dezember 1994 verfassungsgemäß übertragen. Ebenso in Salzburg, Oberösterreich und Kärnten, die anderen Länder sind trotz der verfassungsmäßigen Pflicht der Übernahme innerhalb eines Jahres säumig. Tirol hat zwar das Landes-KAG novelliert, aber verfassungswidrig die psychologische Be-

treuung und ausreichende psychotherapeutische Versorgung im Gesetz völlig weggelassen.

Insofern werden klinisch psychologische und methodenspezifische psychotherapeutische Leistungen rechtmäßig erbracht. Da es aber noch keine Dienstposten oder Dienstverträge für klinische Psychologie und methodenspezifische Psychotherapie beim Krankenträger Gemeinde Wien (auch bei den sonstigen Trägern in Österreich meist bis heute nicht) gibt, existieren natürlich auch keine Funktionsbeschreibungen, kein Tätigkeitsprofil und keine formalen Dienstweisungen. Jede diesbezüglich erbrachte Dienstleistung geschieht also eigenmächtig, zwar auf gesetzlicher Basis und politischen Wunsch, jedoch gegen die bestehenden Dienstaufträge und Weisungen, oder zumindest unter deren Vernachlässigung. Daher ist es für die Bediensteten eine beträchtlich hohe Forderung, den von

der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten zugesandten Fragebogen mit Name und Funktion auszufüllen und zurückzusenden.

Insgesamt haben von 310 angeschriebenen 101 Psychologen und 273 Psychotherapeuten (überschneidende Gruppen) von über 32.000 KH-Bediensteten der Gem. Wien, 35 Personen einen oder zwei Leistungsbogen zurückgesendet und damit der Gewerkschaft das Vertrauen ausgesprochen, sorgfältig ihre Interessen zu wahren. Die Anzahl der beantworteten Fragebögen ist unter diesen Umständen mit 17% als relativ hoch einzustufen.

Von dieser Gruppe erbringen an *klinisch psychologischen Leistungen: 27 Bedienstete*, davon:

- 4 ausschließlich,
- 16 weit überwiegend und
- 7 teilweise (weil sie sonst weit überwiegend psychotherapeutisch tätig sind), und

methodenspezifische psychotherapeutische Leistungen: 31 Bedienstete, davon:

- 17 teilweise (weil sie sonst weit überwiegend als Ärzte, klinische Psychologen, Psychologen, Pflegepersonen, Physiotherapeuten tätig sind) und
- 14 weit überwiegend (sonst: 7 klinische Psychologen, 2 Ärzte, 2 Psychologen, 2 Pflegepersonen, 1 Physiotherapeut).

Diese Gruppe erbrachte bei einer Wochenstundenverpflichtung im Monat Oktober 1996 von insgesamt 5026,7 Stunden klinisch psychologische Leistungen von 2377,7 St./Mo. (davon 514,7 ausgewiesen als klinisch psychologische Behandlung und Training von Rehabilitationsschritten) und methodenspezifische psychotherapeutischen Leistungen von 2239 St./Mo.

In der Hochrechnung auf die Jahresleistung kann davon ausgegangen werden, daß abzüglich der Urlaubs- und durchschnittlichen Krankenstandstage alleine von dieser Gruppe die zehnfache Anzahl an Stunden geleistet wird. Also pro Jahr ca. 23.777 Stunden klinische Psychologie und 22.390 Stunden methodenspezifische Psychotherapie.

Beim Versuch der *Gesamtschätzung* der erbrachten Leistungen im

Bereich der Wiener Gemeindekrankenhäuser kann unter Berücksichtigung der notwendigen Heimlichkeit und aufgrund der 18jährigen Kenntnisse und Erfahrungen am wahrscheinlichsten, im Hinblick auf alle im BMfGK eingetragenen klinischen Psychologen und Psychotherapeuten unter den Bediensteten der Gem. Wien, vom ca. 2- bis 3fachen ausgegangen werden. Es sind also wahrscheinlich zwischen 62 und 93 klinische Psychologen und damit zum Teil überschneidend zwischen 28 und 42 Psychotherapeuten überwiegend tätig.

Was bei der Auswertung deutlich ins Auge springt, ist die offensichtlich *hohe Identifikation* entweder mit dem Beruf des klinischen Psychologen von 20 Bediensteten und des Psychotherapeuten von 14 Bediensteten. Diese Zahlen sind in der Größenordnung der Versorgung im Vergleich zu 3.500 Ärzten und zu 15.000 Krankenschwestern zu sehen. Daß die Versorgungsleistung der wenigen untersuchten Bediensteten kaum wahrnehmbar sein kann, ist offensichtlich.

Da zumindest in Wien ein offizieller Aufnahmestopp, ja sogar Stellenabbauplan existiert, können in absehbarer Zeit höchstens bestehende Dienstposten in klinische Psychologen-Posten und Psychotherapeuten-Posten umgewandelt werden. Da eine *ausreichende Versorgung* der psychisch Kranken mit 28-42 Psychotherapeuten in Wiens Krankenhäusern eindeutig absurd erscheint und einige wissenschaftliche Forschungen zwischen 26 und 42% psychisch Kran-

ker unter den KH-Patienten berichten, wird in Zukunft eine zweifache Entwicklung anzustreben sein: *Hauptamtliche Psychotherapeuten*, die insbesondere auf dafür gewidmeten Stationen Patienten behandeln und daneben in Liaisondiensten zur Verfügung stehen müssen, Bedienstete, die ihre *Psychotherapiequalifikation teilweise* einbringen, und *Konsiliar-Psychotherapeuten*, die dort ins KH geholt werden können, wo die Versorgungskapazität nicht ausreicht. Dieses privatisierte Entwicklungsmodell hat die Vorteile einer hohen Effizienz, kontrollierte Kosten, leichtere Systemintegration wegen der Verschwiegenheitspflicht und leichtere Entlassung, weil eine Übernahme in die ambulante Praxis gesichert ist.

Die untersuchten und behandelten Patienten haben vorwiegend breit gestreute Diagnosen aus dem Kapitel V, ICD 9, aber auch maligne Tumorerkrankungen, MS, Insulte, Hörsturz, Tinnitus, Schwindel, Sinnesstörungen, Sprechstörungen, Hypertonie, Tachikardie, M. Parkinson, cordiale Dekompensation, Amputationen etc.

Damit ist der Nachweis der regelmäßigen Erbringung von klinisch psychologischen und methodenspezifisch psychotherapeutischen Leistungen unter nach wie vor widrigen Umständen zumindest von diesen Bediensteten erbracht, die Leistungen sind jedoch insgesamt wahrscheinlich zwei- bis dreimal so hoch.

Dr. Heiner Bartuska
Präsidium des ÖBVP

A. Legler-Guc

Projekt Opferfürsorge

Über die Arbeitsgruppe *Psychotherapie und Justiz* habe ich bereits einen Bericht geschrieben, der im Psychotherapie Forum (Vol. 4, No 3, 1996) veröffentlicht wurde. Dort wurde aufgezeigt, in welchen Bereichen Veränderungen angebracht sind und wie ein klares Berufsbild für Psychotherapie im Strafvollzug aussehen sollte.

Zu den Bereichen Strafvollzug, Strafgesetz, Jugendschutzgesetz, Jugendwohlfahrt usw. kommt noch der

Bereich Opferfürsorge. Mich hat dieses Thema sofort angesprochen, da ich das Gefühl habe, daß hier zuwenig getan wird. Mit der Unterstützung von Herrn Dr. Pritz startete ich parallel zur Arbeitsgruppe *Psychotherapie und Justiz* das Projekt *Opferfürsorge*.

Analyse des Ist-Zustandes

In Österreich gibt es einige Einrichtungen, die sich eingeschränkt mit Op-

fern befassen. Diese Stellen sind leider nicht rund um die Uhr erreichbar. Erstkontakt und Weiterbetreuung erfolgen nicht durch den/die gleichen Therapeuten/innen. Außerdem stehen diese Möglichkeiten nur selektiv zur Verfügung (z.B. für Frauen und Kinder).

Bevor weitere Anregungen für den Gesetzgeber ausgearbeitet werden, sollte der Begriff „Opfer“ genau definiert werden. Laut einer Statistik des Innenministeriums gibt es derzeit pro Jahr ca. 19.000 Fälle, die als Gewalt- oder Sexualverbrechen eingeordnet werden können. Das heißt, es gibt mindestens 19.000 direkte Opfer und eine unbekannte Anzahl von indirekt in Mitleidenschaft gezogenen Opfern.

Laut ICD-10 wird als Opfersituation (F43) ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und schließlich eine Anpassungsstörung hervorruft, angesehen.

Es ist nicht unbedingt so, daß alle, die eine außergewöhnliche Belastung erfahren, auch eine Störung entwickeln. Es gibt aber eine Anzahl von Opfern, die erst als Spätfolge Störungssymptome aufweisen. Es kommt zu Persönlichkeitsveränderung, z.B. Aggressivität, Depression, Sozialverhaltensstörung usw. Warum ist es so wichtig, diesen Umstand zu beachten? Diese Opfer gehen später zu Ärzten, die den posttraumatischen Zusammenhang nicht erkennen und statt dessen z. B. eine Depression oder Angstneurose medikamentös behandeln. Nach der Absetzung der Medikamente kehren die vorübergehend zugeklebten posttraumatischen Symptome umso stärker zurück.

Im § 66 des Strafvollzugsgesetzes steht: „Für die Erhaltung der körperlichen und *geistigen* Gesundheit der Strafgefangenen ist Sorge zu tragen. Der Gesundheitszustand der Strafgefangenen und ihr Körpergewicht ist zu überwachen.“

Ein ähnlicher Paragraph für die Opfer könnte folgendermaßen lauten: „Für die Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit der OPFER ist Sorge zu tragen. Der Gesundheitszustand der Opfer und ihr seelisches Gleichgewicht sind zu unterstützen.“

Weiters wäre es sinnvoll, für eine prophylaktische Betreuung derjenigen zu sorgen, die primär keine erkennbaren Schäden aufweisen, jedoch Gefahr laufen, später in Krisen zu geraten.

Opfer sollten zumindest die gleichen Rechte haben wie die Täter. Für die praktische Durchführung muß eine dementsprechende Einrichtung geschaffen werden. Die Hauptaufgaben dieser Einrichtung wären:

1. Erfassung aller Opfer (Zusammenarbeit mit der Polizei);
2. klärende Erstgespräche mit Aufzeigen der möglichen Spätfolgen;
3. Anbot von mindestens 10 Stunden Krisenintervention oder als Prophylaxe;
4. Möglichkeit einer Therapiefortsetzung.

Auch scheint es mir von großer Bedeutung, daß eine kontinuierliche Betreuung durch den gleichen Therapeuten von Anfang an gegeben ist.

Ein möglicher Name dieser Einrichtung wäre: **OPFER**

**Organisierte Psychotherapie für
Posttraumatische Erlebnisse
Für Einzelne und Familien
Erlebt als
Reaktion auf ein Ereignis**

Opfertherapie

I. Phase: Hotline

1. Koordinator:

- erstellt eine Psychotherapeutenliste;
- ist Kontaktperson für Psychotherapeuten;
- ist Kontaktperson für Polizei, Rettung, Banken, Schulen, Justiz und praktische Ärzte;
- führt Statistik.

2. Psychotherapeutenliste:

- Psychotherapeut soll Erfahrung mit Opfern haben (z.B. Vergewaltigung, Katastrophen, Personen aus schlechten Familienverhältnissen);
- Erfahrung im Notdienst bzw. Krisenintervention,
- Bereitschaft, den Klienten jederzeit zu kontaktieren und bei Bedarf auch zu ihm zu fahren,
- Bereitschaft für mindestens 10 Therapiestunden pro Klient (20 Stunden bei Kindern).

3. Finanzierung:

- für Koordinator (pauschal oder auf Honorarbasis);
- für Therapeuten (auf Honorarbasis), bis 10 Stunden (bzw. 20), dann sollte der Klient die Bereitschaft haben, bei Bedarf die weiteren Therapiekosten selbst zu tragen bzw. sich um Krankenkassenunterstützung zu bemühen;
- als Geldgeber könnten Justiz, Sozialministerium und Gemeinden gemeinsam auftreten. Besonders wirkungsvoll wäre eine Einbeziehung der Täter in die Finanzierung.

4. Unterstützung durch den ÖBVP:

- Unterstützung des Koordinators;
- mediale Bekanntmachung,
- eventuell organisatorische Hilfe (Büroarbeiten, Korrespondenz, etc.).

5. Zusammenarbeit mit:

- Polizei – die ersten Kontaktpersonen sind oft Polizisten. Sie könnten die Weiterbetreuung der Opfer laut Therapeutenliste umgehendst veranlassen.
- Rettung – bei Unfällen, Katastrophen und akuten Hauseinsätzen bedürfen oft Angehörige von direkt Betroffenen einer raschen seelischen Unterstützung.
- Banken – eine Nachbetreuung von geschockten Mitarbeitern sollte rasch erfolgen.
- Ärzten – sie sind oft die einzigen, wo Patienten traumatische Ereignisse zur Sprache bringen und rasche Hilfe angebracht ist.
- Justiz – zur Betreuung Angehöriger von plötzlich Inhaftierten bzw. Tätern.

II. Phase: Hotline + Tageszentrum

- Räumlichkeiten für Büro, Einzeltherapie, Gruppenbetreuung, Vorträge und Weiterbildung von Therapeuten.

Weitere Entwicklungsmöglichkeiten sind nur sehr schwer vorhersehbar, da keine Erfahrung auf diesem Gebiet besteht und daher die Ergebnisse von Phase I abgewartet werden müssen.

Da in Deutschland auch erst seit einigen Jahren ein ähnliches Projekt läuft, wäre eine Kontaktaufnahme empfehlenswert.

Warum die Justiz mitmachen soll

1. *Image:* Die Justiz steht im Ruf, bestenfalls etwas für die Täter zu machen, aber den Opfern steht sie ziemlich hilflos gegenüber. Politisch und gesellschaftlich gesehen wäre hier ein gerechter Ausgleich angebracht.
2. *Motivation:* Therapie für Täter, während die Opfer links liegen gelassen werden, entspricht nicht dem normalen Empfinden und wirkt daher für niemand motivierend.
3. *Strukturveränderung:* Die Justiz versucht immer wieder, die eigenen starren Strukturen zu lockern. Da es im Sinne einer Gesamtveränderung egal ist, wo man beginnt, bietet sich dieser Bereich zur Belegung des Veränderungsprozesses ideal an.

Abschließend möchte ich durchaus die Bemühungen einiger Institutionen anerkennen. Es gibt Stellen, die sowohl rechtliche als auch psychische Unterstützung anbieten. Auch bei der Polizei gibt es speziell ausgebildete Beamten für die Opferbetreuung. Aber es gibt keine Einrichtung, die vom ersten Moment an begleitende psychotherapeutische Hilfe für verschiedenste Opfer garantiert (z.B.

nach Vergewaltigung, Unfällen, Geiselnahmen, Folter, Überfällen, Katastrophen verschiedenster Art).

In Holland gibt es bereits seit längerer Zeit mobile Teams und in Deutschland seit 3 Jahren den Verein „Danach“, an den sich auch Angehörige wenden können. Es für mich durchaus vorstellbar, ein entsprechendes Betreuungsnetz in ganz Österreich aufzubauen. Die Spezialklinik, wie sie in Deutschland gefordert wird, scheint mir in der heutigen Situation bei uns nicht sinnvoll.

Das wäre in kurzen Zügen die Darstellung des Projekts, wobei noch viel Detailarbeit und Informationsaustausch mit betroffenen Stellen vor uns liegt. In diesem Zusammenhang laden wir unsere Leser und interessierte Psychotherapeuten zur Kooperation ein, wobei folgende Möglichkeiten bestehen:

- a. Schreiben Sie uns Ihre Meinung über das Projekt und helfen Sie uns mit Vorschlägen.
- b. Arbeiten Sie direkt bei uns mit.
- c. Leiten Sie unser Ersuchen um Unterstützung an Personen weiter, die mit Opfern zu tun haben.

Zur Kontaktaufnahme stehen bereit:

1. Der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie, Dr. Alfred Pritz (Präsident des ÖBVP), Rosenbursenstraße 8/3/7, A-1010 Wien, Tel. 5127090, Fax 5127091
2. Anna Legler-Guc (Psychotherapeutin), Emil Kralik-Gasse 4/48, A-1050 Wien, Tel. 5455335, Fax 5449155



*Anna Legler-Guc
Einzel-, Familien- und
Systemberaterin, Psychotherapeutin
Supervisorin
Emil Kralik-Gasse 4/6148
A-1050 Wien
Hofjägerstraße 3/2
A-1140 Wien
Tel. 5455335, 9797298
Fax 5449155
e-mail: klaresicht@xpoint.at*

A. Rothner

Der Psychotherapeut als Ombudsmann

Im März 1994 wurde von der Lebenshilfe Wien eine Ombudsstelle geschaffen, die Anlaufstelle für Angehörige und Klienten sein soll, um kurzfristig auftretende Konflikte, Meinungsverschiedenheiten usw. zwischen Angehörigen, Klienten und Betreuern zu vermeiden oder, wenn Konflikte bereits bestehen, sie aufzuarbeiten.

Eine von der Lebenshilfe Wien installierte Arbeitsgruppe, die sich mit der Problematik auseinandergesetzt hat, kam in ihrem Konzept zu dem Ergebnis, daß es eine Instanz geben sollte, die die Position des Angehörigen stärkt, indem sie ihm hilft, Konfliktpunkte anzusprechen und unbefriedigende Situationen zu verändern.

Der Ombudsmann, dessen Funktion unabhängig, neutral und wei-

sungsfrei ist, soll vor allem durch seine therapeutischen Fähigkeiten in der Lage sein, Systeme, Systemzusammenhänge und Vernetzungen zu erkennen. Dies war für die Lebenshilfe ausschlaggebend, die Stelle nicht mit einem Juristen, sondern mit einem Psychotherapeuten zu besetzen.

Die Lebenshilfe bietet dem Ombudsmann ein monatliches Pauschale von öS 2500,- für Telefonspesen und anteilige Praxiskosten sowie einen Stundensatz von öS 800,- für persönliche, telefonische und schriftliche Beratung.

Eine Darstellung über die Tätigkeit des Ombudsmannes sowie für modifizierte therapeutische Konfliktreglungsmethoden finden Sie in der Diplomarbeit: „Die Ombudsstelle der Le-

benshilfe Wien; Konfliktregelung für Angehörige von geistig und mehrfach behinderten Menschen“, die im August 1995 an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien approbiert wurde.



*Mag. Andreas Rothner
Psychotherapeut, Ombudsmann
Eisenstraße 19, A-3250 Wieselburg
Tel. 07416/54425, Fax 07416/54425*

G. Hochwallner

Für Nutzenszufügung im Strafvollzug

Viele gesellschaftliche Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten wurden von einer fundamentalen Anti-Haltung getragen und vorangetrieben. Im Umgang mit Delinquenz, der von alters her vor allem im Zeichen von Schadenszufügung stand, war und ist man im Geiste von Anti mit einiger Durchsetzungskraft bestrebt, eben diese Schadenszufügungen zurückzudrängen.

Die Verteidiger des neuen Status quo sind durchaus bemüht, z.B. mit Statistiken das Errungene zu preisen. So richtig froh über die Entwicklungen im Bereiche der Straffälligkeit scheint dennoch kaum jemand zu sein. Es macht den Eindruck, daß sich die Straffälligen undankbar verhalten. Gar manches wurde für sie errungen, und diese haben nicht die Freundlichkeit, zur Verschönerung der Statistiken einen tatkräftigen Beitrag zu leisten. Eher im Gegenteil.

Die erlebten Erfahrungen mit Anti-Positionen und logisches Denken machen eines klar: Eine Position gegen etwas einzunehmen, läßt offen, was statt dessen kommt. Die Haltungen der Anti-Pädagogik, gegen Gefängnisse, gegen Entmündigung, führten erlebtermaßen nicht zur großen Freiheit und zu den selbstverantwortlichen Ex-Straftätern, sondern vielfach zu einer verbreiteten Selbstkastration der verantwortlichen Institutionen.

Es gibt gewiß keinen Anlaß, nostalgisch einer guten alten Zeit nachzuweinen – im Strafvollzug schon gar nicht. Wirklich traurig ist für mich, daß die Gegenwart nicht so ist, wie sie meiner Meinung nach sein könnte. Es ist für mich beschämend zu sehen, welche Effizienzschübe in anderen Bereichen verwirklicht werden, z.B. in der Herzchirurgie, der Mikroelektronik, der Unterhaltungskultur etc., und gleichzeitig zu erleben, wo sich die Entwicklung der Sozialisation von Straftätern befindet. Wobei ich die Meinung vertrete, daß ein Gutteil der Probleme hausgemacht ist. Schon die derzeit vorhandenen Ressourcen könnten viel zielführender eingesetzt werden. Sehr bekannt ist das Lamento, daß fast alle Übel am Mangel von Geld und Anerkennung für die Justiz-

verwaltung lägen. Gewiß wäre es für alle Beteiligten von Vorteil, wenn die Gesellschaft von ihrem Justizapparat vehement Effizienz einforderte. Denn: *Ineffizienz ist inhuman*.

Ich gehe davon aus, daß der Strafvollzug sinnvollerweise immer in Zusammenschau mit der Gesetzgebung, mit der Rechtsprechung und den extramuralen Diensten (z.B. Bewährungshilfe) gesehen werden sollte. Allein die Tatsache, daß die Betreuungen der Bewährungshilfe vielen Straftätern bei weitem nicht die Stabilisierung bieten, die sie bräuchten, um ein Leben in Freiheit bewältigen zu können, hat verständlicherweise fundamentalen Einfluß auf die Situation innerhalb der Justizanstalten. Diejenigen, welche es draußen nicht schaffen, kommen postwendend in die Häuser zurück.

Ich habe mir angewöhnt, Mehrfachstraftäter als Torkelnde, als psychosozial Behinderte zu sehen und zu bezeichnen. Dies auszusprechen widerspricht vehement dem Zeitgeist und hat mir in der Branche schon ziemliche Unannehmlichkeiten eingebracht. Dessenungeachtet gehe ich davon aus, daß eine adäquate Diagnose die beste Grundlage für zielführendes Handeln darstellt.

Wir haben gewiß viel gewonnen, wenn wir in der Lage sind, anzuerkennen und auszusprechen, daß Mehrfachstraftäter Behinderungen aufweisen im Umgang mit Alkohol und/oder im Umgang mit Geld und/oder im Umgang mit Aggression und/oder im Umgang mit Sexualität, und wenn wir anerkennen können, daß ein Großteil der Mehrfachstraftäter sich dieser Behinderungen nicht bewußt ist und/oder nicht fähig ist, adäquate Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Entgegen der tagtäglichen Wahrnehmung in der Praxis hat sich die Ideologie durchgesetzt, Straftäter wären Bürger, die sich von nichtstraffälligen Bürgern höchstens dadurch unterscheiden, daß die einen in Gegensatz zu den anderen als Straftäter bezeichnet werden. Im Lichte dieser Sichtweise wurden vor allem Maßnahmen gesetzt, die zu einer „Gleichstellung“ der Straftäter mit den

Nichtstraftätern führen sollten. Teilweise führen solche Maßnahmen zu realen Stabilisierungen, teilweise erweist man den Betroffenen durch das Negieren vorhandener Defizite einen „Bärendienst“. Zum Beispiel führt die sozialrechtliche Gleichstellung von Arbeit in der Haft nun dazu, daß es manchem gelingt, Arbeitslosengeldanspruch zu erwerben. Menschen, die in Freiheit es aus eigenem nicht schaffen, durch Erwerb von Versicherungszeiten Arbeitslosengeldanspruch zu erwerben, ermöglicht nun der straffe Haftrahmen oft erstmals die Wohltat von Arbeitslosengeldbezug. Andererseits darf angespartes Geld nicht zurückgehalten werden. Dies führt immer wieder dazu, daß die unter dem Titel Arbeitsentgelt aufgewendeten Steuermittel immer wieder von Haftentlassenen, die mit Geld nicht gut umgehen können, in kurzer Zeit „verschmissen“ werden.

Ich vertrete klar die Position, daß für Mehrfachstraftäter aufgrund ihrer persönlichen Defizite klare Anleitungen von größter Bedeutung sind. Dies ist sehr gut ablesbar an dem Beispiel des Arbeitslosenanspruchs. Für einen Durchschnittsbürger ist das Erreichen von Arbeitslosengeldanspruch gewiß keine große Anforderung. So mancher Mehrfachstraftäter ist, auf sich allein gestellt, nicht in der Lage, dies zu erreichen. So mancher kann dies erst durch die Anleitung in der Haft erreichen.

Verständlicherweise sollte es das Ziel aller Bemühungen sein, Mehrfachstraftäter in die Lage zu versetzen, aus eigenem für ihr Fortkommen sorgen zu können. Es ist gewiß unbefriedigend, wenn Betreute nur so weit kommen, wie sie geschoben oder getragen werden. Vielmehr sollten die Straftäter fähig werden, sich in Zukunft aus eigenem wohlzuverhalten und auf eigenen Füßen stehen zu können. Die entsprechende Vorgehensweise nennt man schlicht und einfach: Erziehung.

Im § 68 StVG wird erzieherische Betreuung eingefordert. Wenn sich der Gesetzgeber der Behindertheit von Straftätern bewußter wäre oder wenn man ihm die erlebbaren Behinderungen näherbrächte, dann würde der Erziehungsparagraph unter der Nummer 1 firmieren. Ich habe die Vermutung, daß die Öffentlichkeit ihr Bild von Straftätern aus der Schein-

welt tausender Krimis bezieht. Die reale Welt der Delinquenten mit Trunkenheit, Sucht, Schulden, Gezänk, Problemen etc. wäre für die breite Öffentlichkeit viel zu anöndend langweilig. Nichtsdestotrotz wird agiert, als ob üblicherweise Straftäter zielgerichtete, vollmündige Akteure wären und nicht Menschen, die dringend der Entwicklung bedürfen, um mit dem Leben einigermaßen zurecht kommen zu können.

In bezug auf den pädagogischen Auftrag in den Haftanstalten nehme ich viel Pessimismus und auch Zynismus wahr. Der Ausspruch „Klavierspielen gibt es nicht. Ich habe es schon so oft probiert, und es ist noch nie etwas dabei herausgekommen“ läßt sich bedauerlicherweise immer wieder als Haltung im Strafvollzug feststellen.

Unter der Ägide von Pessimismus und Zynismus ist Erziehung kaum möglich. Erziehung erfordert einen tiefverwurzelten Humanismus, das heißt auch die Fähigkeit, Verantwortung für den zu Erziehenden übernehmen zu können und zu wollen. Erziehung ist keine Frage des Lebensalters, sondern ist eine Frage der Lebenstüchtigkeit bzw. -untüchtigkeit. Per definitionem beinhaltet Erziehung eine klare hierarchische Unterscheidung zwischen Erzieher und zu Erziehendem.

Ich betrachte auch Psychotherapie als eine (eher exklusive) Form von Erziehung. So sehr der Erziehende dem zu Erziehenden „übergeordnet“ ist, so sehr ist der Erziehende der „Diener“ des zu Erziehenden. Es ist nämlich die Aufgabe des Erziehers (oder der erziehenden Institution), sich so auf den zu Erziehenden einzustellen, daß dessen Entwicklung möglichst gut gefördert wird, zum Beispiel durch Vermeidung von Unter- als auch Überforderung.

Es gibt immer wieder Kollegen, die lautstark propagieren, daß verordnete Psychotherapie nicht möglich sei. Diesen Kollegen möchte ich entgegenhalten, daß nicht die Klienten für die Psychotherapie, sondern die Psychotherapie für die Klienten da zu sein hat. Es ist schon einigermaßen

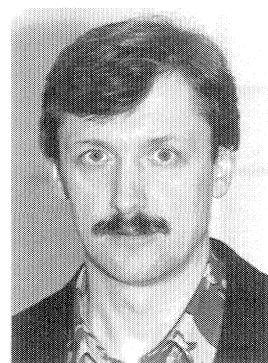
verwegen, wenn die eigenen Psychotherapie(methoden) als richtig, die nicht passenden Klienten als (therapie)unfähig qualifiziert werden.

Wer Psyche hat, hat auch das Potential zu Therapie

Als ein Beispiel, wie mit unmotivierten Klienten zielführend gearbeitet werden kann, stelle ich abschließend die therapeutische Metapher „Hans im Glück“ dar. In einem zweiseitigen Bilderbogen habe ich zuerst das klassische Märchen „Hans im Glück“ dargestellt. Dieses bildet in idealtypischer Form die Lebensstruktur von Menschen mit ausgeprägten Verliermustern ab, wie wir es auch bei Mehrfachstraftätern erleben. Den therapeutischen Kick bekommt dieser Bilderbogen durch die Darstellung auf der zweiten Seite. Ich habe die Geschichte einfach umgedreht. „Hans im Glück“ beginnt nun mit leeren Händen und beendet seine Laufbahn nunmehr mit dem Goldklumpen. Diese Darstellung präsentiert ganz einfach eine Standarderfolgslaufbahn. Diese ist für Straftäter oftmals nicht einmal als Modell vorhanden. Bankräuber, Lottospieler haben in sich das Bild „Zuerst nichts, dann sofort den

Goldklumpen.“ Die Qualität des Weges fehlt. Der Bilderbogen bietet neue Bilder an.

Die Haftanstalten böten eine große Zahl von Möglichkeiten, die Inhaftierten zu produktiven Auseinandersetzungen mit sich und ihrer Mitwelt zu provozieren. Mit Mut und mit Verantwortung für die Inhaftierten, für die Bürger und Steuerzahler in Freiheit, kann es möglich werden, auch im Bereich der Strafjustiz zu neuen Höhen emporzuklimmen. Goldklumpen sind auch hier vergraben. Heben wir sie!



*Günter Hochwallner
Psychotherapeut, Supervisor
Rudolfstraße 14, A-4040 Linz
Tel. 0732/73 89 05*

Richtigstellung

Wien, 9. April 1997

Zu unserem größten Bedauern ist in der jüngsten Ausgabe (Heft 1/97, Supplement Seite 11/12) des Psychotherapie Forums ein fataler Irrtum passiert: Es wurden „Informationen zur Umsatzsteuer“ von Herrn Mag. Friedrich Baldinger abgedruckt, die als Diskussionspapier gedacht und nicht zur Veröffentlichung bestimmt waren.

Vor allem die darin geäußerte Auffassung, daß die psychotherapeutische Supervision mehrwertsteuerbefreit sei, ist dazu angetan, Verwirrung auszulösen. Tatsache ist, daß der

ÖBVP und Herr Mag. Baldinger seit Monaten bemüht sind, vom Bundesministerium für Finanzen (BMF) einen Erlaß zur umsatzsteuerlichen Behandlung von psychotherapeutischen Leistungen zu erwirken. Es ist zu erwarten, daß das BMF darin u.a. die Auffassung vertreten wird, daß die *psychotherapeutische Supervision weiterhin umsatzsteuerpflichtig ist*, es sei denn, daß sie im Rahmen der Psychotherapieausbildung erbracht wird.

Sobald der Erlaß des Finanzministeriums bei uns einlangt, werden wir diesen umgehend zu Ihrer Information weiterleiten.

Ausbildung – Fortbildung – Weiterbildung

Ch. Korbel

Aktuelles zur Psychotherapieausbildung

Die Beschäftigung mit der 2. Übergangsregelung hat Wolfgang Wladika und mir bedeutend mehr Arbeit und Sorgen bereitet als nach außen hin sichtbar geworden ist. Aber gerade dieses Beispiel hat wieder einmal gezeigt, wie wichtig es ist, daß die Ausbildungskandidaten/innen aktiv in das politische Geschehen eingreifen und versuchen, bei Entscheidungen, die ihre Situation betreffen, dabei zu sein und ihren Standpunkt zu vertreten.

Mit der Veröffentlichung der Stellungnahme des Bundesministeriums zur 2. Übergangsregelung im letzten Psychotherapie Forum dürfte die Situation der betroffenen Kandidaten/innen nun endgültig geklärt sein. Wolfgang Wladika wird sich aus beruflichen Gründen aus den politischen Funktionen des ÖBVP (wie ich hoffe nur vorübergehend) zurückziehen. An dieser Stelle möchte ich mich im Namen der Ausbildungskandidaten/innen bei Wolfgang Wladika für sein engagiertes Eintreten im Sinne unserer Interessen bedanken und ihm viel Glück und Erfolg bei seinen neuen Aufgaben wünschen.

Wolfgang Wladika wird auch als Auskunftsperson der Ausbildungskan-

didaten/innen im Psychotherapie-Beirat nicht weiter zur Verfügung stehen. Nach Beschluß der Österreichischen Kandidaten/innenkonferenz vom 2. März 1997 in Salzburg und des Psychotherapie-Beirates am 18. März 1997 werde ich jetzt diese Funktion übernehmen.

Immer wieder bekomme ich Anfragen bezüglich der Rechte und Pflichten einer/s Kandidatenvertreterin/s. Dazu ist zu sagen, daß die Kandidaten/innenvertretung in den Ausbildungsvereinen unterschiedlich organisiert ist. Das Spektrum reicht von der Einladung in den Vorstand zu bestimmten Tagesordnungspunkten ohne Stimmrecht bis hin zu Sitz und Stimme im Vorstand und in der Ausbildungskommission. Im nächsten Psychotherapie Forum werde ich einzelne Formen der Kandidaten/innenvertretung in den Ausbildungsvereinen beschreiben.

Im ÖBVP muß ein Präsidiumsmitglied zur Zeit der Wahl Ausbildungskandidat/in sein und wird von der Generalversammlung gewählt. Dieses Präsidiumsmitglied beruft die Österreichische Kandidaten/innenkonferenz ein, die – wie die Vereinskonne-

renz und die Länderkonferenz – nicht in den Statuten verankert ist. In den Landesvorständen ist mindestens ein Vorstandsmitglied Psychotherapeut/ in in Ausbildung.

Termine

Österreichische Kandidaten/innenkonferenz

28. September 1997 in Salzburg

Informationsabende

Donnerstag, 9. Oktober 1997,

19.30 Uhr, ÖBVP-Büro

Donnerstag, 13. November 1997,

19.30 Uhr, ÖBVP-Büro



*Dr. Christian Korbel
Präsidium des ÖBVP
Ausbildungsbelange
Praxisgemeinschaft
Schegargasse 13–15/1/3
A-1190 Wien
Tel. 34 35 55*

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.

B. Blaschek

Überlegungen zu Honorarfragen aus juristischer Sicht*

Als Ausgangspunkt meiner Überlegungen ziehe ich die Bestimmung des § 14 Abs 4 Psychotherapiegesetz heran, wodurch der Psychotherapeut verpflichtet wird, dem Behandelten oder seinem gesetzlichen Vertreter alle Auskünfte über die Behandlung, insbesondere über Art, Umfang und Entgelt, zu erteilen. Im Kommentar¹ dazu heißt es: „... § 14 Abs 4 bezieht sich jedoch nicht nur auf eine allgemeine Aufklärung, sondern hat auch vor allem das Setting, die Frequenz,

* Die Verfasserin dieses Artikels ist Mitarbeiterin im Büro für Konsumentenfragen der Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz im BKA. Der Inhalt stellt jedoch die persönliche Meinung der Autorin dar. Es wird darauf hingewiesen, daß es sich bei dieser Materie um Zivilrecht handelt, das gerade in diesem Bereich vielfältige Auslegungsmöglichkeiten bietet.

¹ Pritz und Sonneck: Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz; Kurzkomentar, Orac.

die allfällige Gesamtdauer soweit abschätzbar, die Modalitäten der Honorierung, Ferienregelung, Standardbedingungen der Therapie und ähnliches zu umfassen. Es ist also insgesamt gesehen ein ‚informed consent‘ zwischen Patienten und Psychotherapeuten herzustellen ...“

Nun besteht seitens der Therapeuten sicherlich der Wille, diesen „informed consent“ zu erreichen, allerdings existieren gerade im Bereich der Honorarvereinbarungen große Unsicherheiten hinsichtlich der gesetzlichen Lage bzw. der rechtlich möglichen Vereinbarungen. Diese Unsicherheiten, zumindest hinsichtlich der gesetzlichen Situation, werden auch durch diesen Artikel nicht ganz auszuräumen sein, andererseits besteht jedoch sehr wohl die Möglichkeit, durch entsprechende vertragliche Regelungen Klarheit zu schaffen.

Ich werde in diesem Artikel jedenfalls die in der Praxis möglicherweise entstehenden Probleme aufgreifen

und dort, wo gesetzliche Regelungen unklar oder unbefriedigend sind, vertragliche Lösungen anbieten. Die Kostenpflichtigkeit des Erstgesprächs, Möglichkeiten von Preisänderungen, die Fälligkeit des Honorars und die vorzeitige Beendigung der Therapie werden angesprochen, das besondere Problem der Entgeltlichkeit von versäumten Stunden näher untersucht. Um die damit in Zusammenhang stehenden Fragen näher beurteilen zu können, ist zuerst zu klären, welcher Vertrag eigentlich zwischen Psychotherapeut und Klient (womit im folgenden auch immer die Patienten gemeint sind) besteht.

Der psychotherapeutische Behandlungsvertrag

Wenn ich hier im folgenden vom Behandlungsvertrag spreche, so möchte ich klarstellen, daß es zum Abschluß eines solchen Vertrages kommt, sobald sich die Parteien *über die wesentlichen Umstände* (z.B. die in § 14 Abs 4 Psychotherapiegesetz erwähnten) geeinigt haben und der übereinstimmende Wille zur Behandlung gegeben ist.² Die Errichtung eines schriftlichen Vertrages ist mangels besonderer gesetzlicher Formbestimmungen keine Voraussetzung zur Gültigkeit.

Der psychotherapeutische Behandlungsvertrag ist nicht gesetzlich typisiert, das heißt, daß es keine unmittelbar anzuwendenden Rechtsnormen dafür gibt. Solche sogenannten „*Innominatkontrakte*“ sind zunächst nach den allgemeinen Regeln des Schuldrechtes zu bewerten. Allenfalls auftretende Lücken sind durch Analogie zu vergleichbaren Vertragsregelungen und Auslegung nach § 914 ABGB zu schließen.³

² Siehe § 861 ABGB.

³ Rummel: ABGB, RZ 21 zu § 859.

Vergleichbar mit dem psychotherapeutischen Behandlungsvertrag wird wohl vor allem der ärztliche Behandlungsvertrag sein. Dieser wird von der jüngeren Rechtsprechung⁴ und auch der jüngeren Lehre⁵ als gemischter Vertrag, der Elemente des Dienstvertrages und des Werkvertrages enthält, qualifiziert. Wesentlich sei, daß – abgesehen von Ausnahmefällen wie etwa der Herstellung von Befunden – der Arzt keinen bestimmten Erfolg schulde, sondern alleine eine fachgerechte, dem Standard seines besonderen Faches entsprechende Behandlung. Somit liege in der Regel eine Einordnung als freier Dienstvertrag nahe.

Der freie Dienstvertrag unterscheidet sich vom Dienstvertrag im Sinne des § 1151 ABGB dadurch, daß die *Dienstleistungen nicht in persönlicher Abhängigkeit verrichtet werden. Vielmehr stehen sich die Parteien gleichwertig gegenüber.*⁶

Unter persönlicher Abhängigkeit wird die Unselbständigkeit des Dienstnehmers, seine Weisungsunterworfenheit dem Dienstgeber gegenüber, die Arbeit mit Produktionsmitteln des Dienstgebers und die Eingliederung in eine fremde Betriebsorganisation verstanden. Alles das trifft auf in freier Praxis tätige Ärzte ebenso wenig zu wie auf in freier Praxis tätige Psychotherapeuten. Daher können die Bestimmungen über den Dienstvertrag in §§ 1151 ff ABGB nur insoweit auf den freien Dienstvertrag angewendet werden, als dadurch nicht der sozial schwächere Dienstnehmer geschützt werden soll. Welche der Bestimmungen anzuwenden sind, soll im folgenden noch eingehender untersucht werden.

Nur kurz noch einmal zur Klarstellung: *Dienstgeber in diesem Verhältnis ist der Klient, Dienstnehmer der Therapeut.*

Das Erstgespräch

Der erste Kontakt zwischen den Parteien erfolgt üblicherweise bei der telefonischen Vereinbarung zum sogenannten Erstgespräch. Die meisten Therapeuten scheuen sich, bereits in

diesem heiklen Stadium von Geld zu sprechen. Das ist zwar einerseits einzusehen, andererseits bietet aber das Gesetz keine klare Stellungnahme zur Kostenpflichtigkeit dieses Erstgesprächs, *sodaß – wenn sich der Therapeut dafür entscheidet, auch für das Erstgespräch Entgelt zu verlangen – dieser Umstand dem Therapiewilligen jedenfalls noch vor dem Erstgespräch mitgeteilt werden muß.*

Betrachtet man das Erstgespräch nämlich entsprechend den Regeln zum Dienstvertrag, so handelt es sich um ein bloßes Bewerbungsgespräch, deren Unentgeltlichkeit wohl niemand in Zweifel ziehen würde.

Tatsächlich aber wird in einem solchen Gespräch seitens des präsumptiven „Dienstnehmers“ häufig wesentlich mehr geboten, wie z.B. eine Anamnese, eine allfällige Überweisung an geeignetere Kollegen oder Institutionen, die Aufklärung über die angewandte Methode oder überhaupt so etwas wie Erste Hilfe. Das Erstgespräch könnte dann – unabhängig ob es in der Folge zu einem Behandlungsvertrag kommt oder nicht – bereits als Beratungsvertrag (wie z.B. auch bei Rechtsanwälten) gelten und wäre damit kostenpflichtig.

Die Entscheidung, ob kostenpflichtig oder nicht, liegt somit bei jedem einzelnen Therapeuten. Es sei nur darauf hingewiesen, daß der Preis dafür durchaus auch anders kalkuliert sein kann als jener für die Behandlung.

Höhe des Entgelts, Entgeltsänderung

Üblicherweise wird der Therapeut dem Klienten beim Erstgespräch, bei dem sich in der Regel entscheidet, ob es zu einem Behandlungsvertrag kommt, den Preis für eine Therapieeinheit nennen. *Die Höhe dieses Preises obliegt der freien Vereinbarung zwischen den Parteien.*

Will der Therapeut im Laufe der Therapie dieses Entgelt ändern, stehen ihm – sofern er keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat – grundsätzlich zwei Möglichkeiten offen: zum einen kann die Höhe des Honorars einvernehmlich geändert werden, zum anderen könnte der Therapeut das Vertragsverhältnis unter Einhaltung einer angemessenen Frist (mindestens 4 Wochen) kündigen, um sodann einen neuen Vertrag mit geänderter Hono-

rarvereinbarung abzuschließen. Diese zweite Möglichkeit erscheint mir jedoch aufgrund des besonderen Verhältnisses zwischen Therapeut und Klient in der Praxis nicht gangbar.

Will sich der Therapeut also die Möglichkeit der Preiserhöhung vorbehalten und dabei nicht vom Goodwill des Klienten abhängig sein, empfiehlt es sich aus juristischer Sicht, dem Klienten einen schriftlichen Vertrag vorzulegen.

§ 6 Abs 1 Z 5 Konsumentenschutzgesetz, das auch auf das Verhältnis zwischen Therapeut und Klient anwendbar ist, stellt dafür jedoch bestimmte Kriterien auf: „Der Vertrag muß bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Entgeltänderung auch eine Entgeltsenkung vorsehen, die für die Entgeltänderung maßgebenden Umstände müssen im Vertrag umschrieben und sachlich gerechtfertigt sein, und ihr Eintritt darf nicht vom Willen des Unternehmers abhängen.“

Daher sollte in einem solchen Vertrag auf *Änderungen in den Kalkulationsgrundlagen*, die vom Therapeuten nicht beeinflussbar sind, wie z.B. Miete oder Steueränderungen, Bezug genommen werden. Der Wegfall der Vorsteuerabzugsmöglichkeit seit 1. 1. 1997 würde dann als Grund für eine Honorarerhöhung gelten. Auch eine Bindung des Honorars an den Verbraucherpreisindex ist möglich.

Fälligkeit

Hinsichtlich des Anspruches auf Entgelt sieht § 1154 Abs 1 ABGB vor, daß *„wenn nichts anderes vereinbart ist oder bei Diensten der betreffenden Art üblich ist, das Entgelt nach Leistung der Dienste zu entrichten ist“.*

„Dem Charakter des Dienstverhältnisses als Dauerrechtsverhältnis entspricht, daß das Entgelt in der Regel für einen bestimmten Zeitraum zugesagt wird, z.B. für einen Monat, eine Woche etc. Das Entgelt ist demnach am Ende eines Entgeltzeitraumes fällig.“⁷

Die Bestimmung selbst sieht jedoch vor, daß auch anderes vereinbart werden kann: Also ist es durchaus möglich – und wird für die Verbindlichkeit des therapeutischen Verhältnisses manchmal möglicherweise sogar not-

⁷ Krejci in Rummel, ABGB, Rz 3 zu § 1154.

⁴ Vgl. OGH 23.5.1984, 1 Ob 550/84, in JBI 1985, 159 oder OGH 4. 7. 1991, 6 Ob 558/91, in JBI 1992, 520.

⁵ Vgl. Engljählinger: Ärztlicher Behandlungsvertrag in ÖJZ 1993/488.

⁶ Vgl. OGH 23. 5. 1984, aaO.

wendig sein – zu vereinbaren, daß das Entgelt im voraus für einen Entgeltzeitraum zu bezahlen ist. Allerdings sind die Entgeltzeiträume dann höchstens mit einem Monat zu veranschlagen, da eine darüber hinausgehende Bindung dem Klienten sicher nicht zugemutet werden kann (siehe auch zur vorzeitigen Auflösung).

Versäumte Sitzungen

Das Problem der versäumten Sitzungen ist sowohl rechtlich als auch ethisch schwierig zu lösen. Zum einen stehen wir wieder vor der Situation, daß die Bestimmungen betreffend den Dienstvertrag nicht eindeutig auch dem freien Dienstvertrag zuordenbar sind, zum anderen unterliegen selbst diese Bestimmungen unterschiedlichen Interpretationen.

Zunächst die gesetzlichen Bestimmung in § 1155 ABGB für den Dienstvertrag: *„Auch für Dienstleistungen, die nicht zustandegekommen sind, gebührt dem Dienstnehmer das Entgelt, wenn er zur Leistung bereit war und durch Umstände, die auf Seite des Dienstgebers liegen, daran verhindert worden ist; er muß sich jedoch anrechnen, was er infolge des Unterbleibens der Dienstleistung erspart oder durch anderweitige Verwendung erworben oder zu erwerben absichtlich versäumt hat.“*

Während das Ärztesgesetz in seinem § 24 explizit Fälle des Entgeltanspruches trotz verhinderter Leistung beschreibt, sieht das Psychotherapeutengesetz keine entsprechenden Bestimmungen vor.

So stellen sich zunächst die allgemein aus dieser Bestimmung resultierenden Fragen, die folgendermaßen formuliert werden: Das Tatbestandsmerkmal der „Sphäre des Dienstgebers“ wirft mehrere Probleme auf: „Streitfragen ergeben sich schon hinsichtlich der schuldhaften Herbeiführung der Dienstverhinderung durch den Dienstgeber. Hier wird mitunter die Anrechnungsregel als störend empfunden. Unklarheiten bestehen ferner über den Kreis der dem Dienstgeber zurechenbaren zufälligen Dienstverhinderungen: teils neigt man dazu, nur solche Umstände für beachtlich zu halten, welche vom Dienstgeber beeinflussbar bzw. von ihm vermeidbar sind (**Einflußtheorie**); teils werden alle zufälligen Er-

eignisse, insbesondere auch Fälle der höheren Gewalt, dem Dienstgeber zugerechnet, sofern sie sich in der Sphäre des Dienstnehmers auswirken (**Zurechnungstheorie**).“⁸

Die Entscheidung für die Einfluß- oder die Zurechnungstheorie hat wesentliche Bedeutung für den Fall, daß eine Sitzung wegen Krankheit oder wegen eines sonstigen Zufalles vom Klienten versäumt wird. Keinen Einfluß hat sie hingegen auf vom Klienten verschuldete, bzw. beeinflussbare Umstände: hier muß der Klient unter Berücksichtigung der Anrechnungsregel immer das Honorar bezahlen. Entscheidet man sich für die den Klienten weniger belastende Einflußtheorie – was sich auf Grund der wirtschaftlichen Unabhängigkeit des Psychotherapeuten gut argumentieren ließe – müßte allerdings bei jedem zufälligen Ereignis untersucht werden, inwiefern es vom Klienten zu beeinflussen gewesen wäre. Schon der relativ häufige Fall der Krankheit bereitet hier Probleme: von Seiten der Therapeuten wird zu Recht der Einwand erhoben, daß aus psychotherapeutischer Sicht diese häufig als Widerstand erkannt wird. Oft genug klagen Klienten zu Beginn einer Sitzung über Kopfschmerzen, die im weiteren Verlauf verschwinden. Das Verhältnis zwischen Therapeut und Klient ist zwar darauf ausgerichtet, solche Probleme zu erkennen, eine möglicherweise destruktive Vermischung zwischen Organisation des Settings und Inhalt wäre jedoch die Folge.

Auch andere Verhinderungen, wie z.B. die Pflege eines erkrankten Kindes bzw. eine beruflich bedingte Verhinderung müßten hinsichtlich ihrer Beeinflussbarkeit untersucht werden. War es dem Klienten wirklich nicht möglich, eine andere Betreuungsperson zu organisieren; hätte die Arbeit nicht doch zu anderer Zeit erledigt werden können? Wo setzt man die Grenze der Zumutbarkeit an?

Andererseits kann die zunehmende Marktengte und die damit verbundene knappe Kalkulation so mancher Therapeuten durchaus auch als Argument für die Heranziehung der Zurechnungstheorie gelten. Die Absage mehrerer Klienten bzw. eines Klienten für einen längeren Zeitraum kann

⁸ Krejci in Rummel, ABGB, Manz: Rz 8 zu § 1155.

Therapeuten vor ernste wirtschaftliche Probleme stellen.

Die praktische Bedeutung der Zuordnung kann allerdings durch den 2. Absatz des § 1155 neuerlich ins Gegenteil verkehrt werden. Die **Anrechnungsregel** besagt nichts anderes, als daß der Therapeut in zumutbarem Umfang Anstrengungen unternehmen muß, um die ausgefallene Einheit nachzubesetzen.

Die Nachbesetzung einer Einheit wird umso leichter möglich sein, je früher die Absage erfolgt. Gerade dort aber, wo Zufall im Spiel ist, wird die Absage oft zeitlich sehr knapp erfolgen, so daß das sogenannte Preisrisiko im Falle der Einflußtheorie den Therapeuten, im Falle der Zurechnungstheorie den Klienten voll trifft. Bei einer Gruppentherapie wiederum wird eine Anrechnung in der Regel überhaupt nicht stattfinden.

Noch dazu sieht das Konsumentenschutzgesetz⁹ vor, daß der Unternehmer die Gründe mitzuteilen hat, warum er sich tatsächlich nichts erspart hat. Das Gesetz geht also davon aus, daß sich der Unternehmer in der Regel jedenfalls etwas erspart. Das Gegenteil muß glaubhaft gemacht werden können.

Betrachtet man also die in weiten Bereichen schwierig zu handhabende gesetzliche Lage, wird es durchaus klar, daß ein dem Klienten vorgelegter *schriftlicher Vertrag* von Vorteil für beide Seiten ist. Der Therapeut hat dabei auch die Möglichkeit, individuelle Verträge abzuschließen, die die persönliche Situation des Klienten berücksichtigen. Ich habe bei meinen Recherchen durchaus Beispiele für Stornovereinbarungen gefunden, die einen vernünftigen Ausgleich zwischen den Interessen treffen.

Dabei ist davon auszugehen, daß der Therapeut bei der Kalkulation seines Honorars sehr wohl auch die organisatorischen Arbeiten berücksichtigen muß. Diese müßte er – sofern er nicht in der konkreten Woche bereits besonders viele Absagen hatte – auch in einer abgesagten Einheit erledigen können. Die dafür gewonnene Zeit könnte entweder für andere Klienten oder überhaupt zur Nachholung der versäumten Einheit dienen. Zwar sieht die Lehrmeinung zum Dienstvertrag eine zeitliche Kongruenz hinsichtlich

⁹ KSchG § 27a.

der Ersparnis vor; die wirtschaftliche Selbständigkeit des freien Dienstnehmers legt jedoch auch hier eine weitere Interpretation nahe.

Grundsätzlich wird aber die Möglichkeit, sich durch eine ausgefallene Stunde etwas zu ersparen oder zu erwerben, umso geringer sein, je knapper zum Termin die Absage erfolgt. Will der Therapeut daher nicht immer den konkreten Einzelfall zu bewerten haben, muß er Pauschalvereinbarungen treffen.

Bei *Einzeltherapien* könnte folgende Regelung gelten:

„Bei Absage bis zu einer Woche vor der vereinbarten Sitzung ist nichts zu bezahlen; bis zu 48 Stunden vor der vereinbarten Sitzung sind 50% des vereinbarten Honorars zu bezahlen; innerhalb von 48 Stunden sind 100% zu bezahlen.“

Oder: „Grundsätzlich sind sämtliche vereinbarte Sitzungen zu bezahlen, sofern sie nicht mindestens eine Woche (1, 2, 3 ... Tage) vor der konkreten Sitzung abgesagt werden.“

Allerdings muß ich darauf hinweisen, daß die Vereinbarung einer Entgeltspflicht im Einzelfall – nämlich dann, wenn nicht glaubhaft gemacht werden kann, daß es zu keiner Ersparnis gekommen ist – durchaus anfechtbar ist. Es ist daher zu empfehlen, auch diesen Umstand im Vertrag zu berücksichtigen:

„Wenn es mir möglich ist, die von Ihnen abgesagte Therapieeinheit durch andere Personen nachzubeseetzen, entfällt Ihre Entgeltspflicht.“

Daneben sollten im Sinne der oben erwähnten Einflußtheorie noch Einzelvereinbarungen möglich sein, die z.B. auf häufige Dienstreisen, Ferien der Kinder oder sonstige Verpflichtungen Rücksicht nehmen.

Für *Gruppentherapien* kommt eine Anrechnung von Erspartem gar nicht in Betracht, da der Therapeut in dieser Zeit ja jedenfalls den Rest der Gruppe betreuen muß. Der Klient hätte also bei Anwendung der Zurechnungstheorie immer, bei Anwendung der Einflußtheorie nur im Fall der von ihm beeinflussbaren Umstände 100% des Honorars zu bezahlen. Auch hier sollten wieder Sondervereinbarungen möglich sein.

Grundsätzlich ist noch zu erwähnen, daß die Vertragsinhalte auch mittels eines *Informationsblattes*, das

wie Allgemeine Geschäftsbedingungen dem Vertragspartner vor dem Vertragsabschluß zur Kenntnis zu bringen ist, mitgeteilt werden können. Der Inhalt des Informationsblattes wird dann zum Vertragsinhalt.

Abschließend möchte ich zu diesem Punkt noch einige absolut sittenwidrig erscheinende Vereinbarungen anführen:

- Der Therapeut verlangt Honorar trotz seiner Dienstverhinderung wegen einesurlaubes, Vortrages oder Kongresses.
- Der Therapeut verlangt Honorar für ein Wochenende im Rahmen einer Gruppe, das er zwar vorher angekündigt, zeitlich jedoch nicht festgelegt hat, so daß es bei den Klienten zu Terminkollisionen kommt.
- Der Therapeut schickt einen zu spät gekommenen Klienten weg und verlangt dennoch Honorar.

Vorzeitige Beendigung des Vertrages

Der Behandlungsvertrag gilt in der Regel als Dauerrechtsverhältnis, da der Psychotherapeut keinen Erfolg schuldet, durch dessen Eintritt das Vertragsverhältnis ein Ende finden würde.

Wird der Vertrag auf bestimmte Zeit eingegangen, endet er durch Ablauf dieser Zeit. Eine unangemessen lange Vertragsdauer wäre jedoch gem. § 6 Abs 1 Z 1 KSchG nichtig. Die Angemessenheit der Dauer ergibt sich dabei aus der angewandten Therapiemethode. Der Ethikausschuß wird in der nächsten Nummer dazu Stellung nehmen.

Wird der Vertrag auf unbestimmte Zeit eingegangen, also keine Vereinbarung über die Dauer getroffen, endet er durch ordentliche Kündigung. Wurde auch keine Vereinbarung hinsichtlich der Kündigungsfrist getroffen, ist im Hinblick auf die wechselseitigen Interessen eine angemessene Frist einzuhalten. Dabei ist ein sinnvoller Abschluß der Therapie im Auge zu behalten, der jedoch bei Wunsch des Klienten sicherlich die Dauer eines Monats nicht übersteigen wird können.

In beiden Fällen ist eine Kündigung für beide Seiten jederzeit aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung möglich. Voraussetzung ist, daß einer Partei die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses aus Gründen, mit denen sie nicht bereits bei Vertragsabschluß rechnen mußte, unzumutbar wird.

Natürlich ist auch die jederzeitige einvernehmliche Auflösung des Behandlungsvertrages möglich.



Dr. Beate Blaschek
Eyblweg 1, A-1210 Wien
Tel. 71192/4785

Supervisionsrichtlinie

Ergänzungen zur Praktikumssupervision im Rahmen des Propädeutikums und des Fachspezifikums

An dieser Stelle wurde im vorletzten Heft (Psychother Forum [1996] 4/4) die Supervisionsrichtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz abgedruckt. Eine überarbeitete Fassung geht nunmehr auch auf die Praktikumssupervision im Rahmen des Propädeutikums und des Fachspezifikums näher ein. Die vorgeschriebenen Ergänzungen sind kursiv gedruckt.

IV. Kriterien für die Supervision in der Psychotherapieausbildung

1. Psychotherapeutische Supervision als Ausbildungserfordernis

Die Ausbildungssupervision ist die älteste Form der Supervision. Ihre Quellen sind die amerikanische Sozialarbeit und die Kontrollanalyse der Psychoanalytiker (Pühl, Handbuch der Supervision, Berlin 1990, S. 61).

Gemäß § 3 des Psychotherapiegesetzes ist für die Absolvierung des Psychotherapeutischen Propädeutikums der Erwerb theoretischer Grundlagen der Supervision sowie die Teilnahme an einer Praktikums-supervision zwingend vorgeschrieben.

Die Erläuterungen der Regierungsvorlage zum Psychotherapiegesetz verstehen unter begleitender Teilnahme an einer Praktikums-supervision, daß die Praktikantin während ihrer Tätigkeit jedenfalls Gelegenheit erhält, ihre Erfahrungen und Erlebnisse im Verlauf des Praktikums zu reflektieren, zu verarbeiten und ihre eigenen Reaktionen kennenzulernen. Diese Praktikums-supervision wird unter der Leitung einer zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigten Psychotherapeutin vornehmlich in Gruppen zu absolvieren sein, um so die Beiträge anderer Praktikantinnen sinnvoll auswerten zu können.

Zur Dauer von 20 Stunden begleitender Praktikums-supervision ist festzuhalten, daß dies etwa einem Zeitraum von 10 Wochen mit je einer Doppelstunde entspricht. Inhaltlich bezieht sich die Praktikums-supervision somit auf die Erfahrungen und Erlebnisse in der Praktikums-einrichtung und ist sinnvollerweise durch eine Psychotherapeutin als Mitarbeiterin der Einrichtung allenfalls auch durch eine andere Psychotherapeutin zu ermöglichen.

Gemäß § 6 des Psychotherapiegesetzes muß die Ausbildungskandidatin im Rahmen des Fachspezifikums einerseits Praktikums-supervision und andererseits psychotherapeutische Tätigkeit mit verhaltensgestörten oder leidenden Personen in der Dauer von zumindest 600 Stunden, die unter begleitender Supervision in der Dauer von zumindest 120 Stunden zu erfolgen hat, absolvieren.

Zur Praktikums-supervision im Rahmen des Fachspezifikums ist festzuhalten, daß diese Supervision methodenspezifisch zu erfolgen hat. Sie wird von Lehrtherapeutinnen oder von anderen von der fachspezifischen Ausbildungseinrichtung als qualifiziert angesehenen Psychotherapeutinnen durchgeführt, wobei letztere Personen die unter Punkt 2. beschriebenen Qualifikationskriterien analog nachzuweisen haben werden.

Die psychotherapeutische Supervision, die die zumindest 600 Stunden

dauernde psychotherapeutische Tätigkeit im Rahmen der fachspezifischen Ausbildung in der Dauer von zumindest 120 Stunden begleitet und die Gegenstand der folgenden Ausführungen ist, ist ein definierter Teil der Psychotherapieausbildung und dient vorwiegend der Förderung und Unterstützung der Psychotherapeutinnen in Ausbildung zur Erhöhung ihrer fachlichen Kompetenz und persönlichen Selbstverantwortung in der Behandlung von leidenden oder verhaltensgestörten Personen.

Sie hat im Rahmen der jeweiligen Ausbildungsordnung methodenspezifisch zu erfolgen und ist von Lehrtherapeutinnen durchzuführen.

Das internationale Standardwerk „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ belegt diese in Fachkreisen unumstrittene Forderung u.a. durch Hinweise auf die empirische Studie von Steinhalber et al. (1994), in der nachgewiesen wurde, daß bei methodischer Übereinstimmung zwischen Supervisorin und Supervisandin deutlich positivere Auswirkungen auf die Klientinnen oder Patientinnen der Supervisorin festzustellen sind, als bei nichtübereinstimmender methodischer Ausrichtung von Supervisorin und Supervisorin. Ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Qualität der supervisorischen Begleitung und Ausbildung und der Methodenkongruenz zwischen Supervisorin und Supervisor/in konnte in dieser Untersuchung belegt werden (Matarazzo und Patterson in Garfield und Bergin, 1986, S. 837).

Nach den Erläuterungen der Regierungsvorlage zum Psychotherapiegesetz bezieht sich die Lehrsupervision vorwiegend auf die psychotherapeutische Tätigkeit der Ausbildungskandidaten/innen, wobei die Therapeutenproblematik angemessen berücksichtigt werden müsse. Die psychotherapeutische Supervision als Ausbildungserfordernis hat daher einerseits die Funktion, die Ausbildungskandidaten/innen auf die spätere selbständige Praxistätigkeit vorzubereiten (Ausbildungsfunktion) und andererseits die Qualität der Tätigkeit zu überwachen (Kontrollfunktion).

Aufgrund der Ausbildungsfunktion der Lehrsupervision kann auch die Erteilung von formalen Hinweisen

oder Handlungsanweisungen notwendig sein, obwohl das, wie oben ausgeführt, normalerweise nicht Gegenstand der psychotherapeutischen Supervision ist.

Die Verbesserung der professionellen Kompetenz wird dadurch erreicht, daß die Supervisorinnen über die Reflexion der Fallarbeit insbesondere lernen,

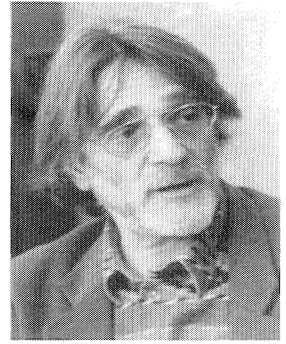
- zu welchen Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen bzw. Interaktionsmustern die Klientinnen oder Patientinnen neigen,
- mit welchen Problemlagen welcher Klientinnen oder Patientinnen Schwierigkeiten auftreten,
- eigene „blinde Flecken“ zu erkennen,
- Wissen über Gruppenprozesse, Interaktionen, Zusammenhänge und Kommunikationsabläufe zu erhalten,
- durch die Reflexion und Verdeutlichung des eigenen Handelns mit Hilfe der Supervisorin neue Sichtweisen und flexiblere Handlungsmöglichkeiten (Interventionen) herauszuarbeiten,
- Fragen der beruflichen Identität zu klären,
- eine Psychotherapie in schwierigen Phasen weiterzuführen, wozu z.B. auch eine Stärkung der Frustrationstoleranz und eine Förderung der Flexibilität gehören,
- adäquates diagnostisches Verständnis zu fördern,
- durch die Absolvierung der Supervision eingetretene Veränderungen im therapeutischen Vorgehen herauszuarbeiten,
- Hilfe bei der Umsetzung von aktuellen Theorieinhalten in die Praxis zu erfahren,
- Gedächtnisprotokolle zu erstellen.

Psychotherapeutische Supervision in diesem Zusammenhang soll daher Prozesse transparent machen, ohne eine direkte Führungsfunktion zu übernehmen, da die Letztentscheidung bei der Supervisorin verbleibt.

Es wird Aufgabe der jeweiligen Ausbildungseinrichtung sein, einen Modus betreffend Art, Ausmaß, Durchführung und Abschluß der Supervision zu finden und für die Ausbildungskandidatinnen in geeigneter Form zugänglich zu machen.

Editorial

Sie haben eine Stimme in diesem Forum!



Ausnahmsweise muss das Editorial einmal nicht dazu benutzt werden, um Ihnen die berufspolitischen Aktualitäten der letzten Minute mitzuteilen. Dies gibt mir die Gelegenheit, mit einem Anliegen des „Psychotherapie-Forums“ an Sie zu gelangen. Anlässlich der letzten Generalversammlung des SPV wurden einige wenige Stimmen laut, welche vom Psychotherapie-Forum nur noch das Supplement erhalten möchten, um über die Berufs- und Wissenschaftspolitik informiert zu sein. Für die Lektüre des wissenschaftlichen Teils fehle oft die Zeit oder das Interesse. Es wurde z.T. auch gewünscht, nur noch das „à jour“, unser sehr flexibles SPV-internes Mitteilungsblatt des Vorstandes für die Einzelmitglieder zu erhalten. Wir sind froh um diese Rückmeldungen, denn sie geben uns die Möglichkeit, an der Verbesserung des „Forums“, unserer Verbandszeitschrift, zu arbeiten und grundsätzlich über gewisse Aspekte der Entwicklung der Psychotherapie in der Schweiz nachzudenken.

Einerseits besteht wahrscheinlich einer der Gründe, dem Wissenschaftsteil weniger Aufmerksamkeit zu schenken darin, dass viele Kolleginnen vor allem an Themen aus ihren eigenen Schulen interessiert sind. Andererseits wird das Psychotherapie Forum vielleicht nicht als „eigenes“ Produkt gesehen, sondern als etwas, das von „ausser“ kommt. Letzteres zu ändern ist unsere Absicht. Wir machen uns Gedanken darüber, wie die Identifikation mit dem Forum verbessert werden könnte. Unsere Massnahmen können aber nur das Auftreten betreffen. Ein anderer Teil dieser Arbeit liegt deshalb an Ihnen! Der Name „Forum“ ist Programm! Wie auf einem Marktplatz sollen Sie Ihre Produkte anbieten, welche die Psychotherapie aus der Perspektive ihrer

Methode sind. Diese Form der Kommunikation ist ein Teil der Psychotherapie-Kultur. *Wir fordern Sie darum auf, den Wissenschaftsteil des Forums für Ihre Publikationen zu benutzen.* Es ist Ihre Zeitschrift; es geht um die Wissenschaft der PraktikerInnen für die PraktikerInnen! Ausserdem wäre es schön, wenn wir uns auf diese Art gegenseitig besser kennenlernen würden, was mithilfe, uns auch ausserhalb der eigenen Therapie-Schule zu Hause zu fühlen.

Dass eine solche Psychotherapiekultur für den Fortbestand der Methodenvielfalt unerlässlich ist, sehen wir in der Schweiz eindrücklich im gegenwärtigen Zeitpunkt. 18 Jahre nach der Gründung des SPV und der damit verbundenen selbstorganisierten Qualitätsentwicklung ist jetzt erstmals der Zeitpunkt, wo „von oben verordnet“ inhaltliche Gespräche in unserem Berufsfeld methodenübergreifend stattfinden. Wie stünde es wohl um die Zukunft der Vielfalt der Methoden in diesen Verhandlungen über die „Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie“ im Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), wenn wir nicht auf diese Tradition zurückgreifen könnten? Über das Procedere dieser Verhandlungen informierten wir im Heft 1/97. Über die rasanten Entwicklungen unseres Berufsfeldes und die Sicherung der Qualität in den letzten 18 Jahren finden Sie in diesem Heft eine Übersicht.

Ein methodenübergreifendes wissenschaftliches Forum, welches alle PsychotherapeutInnen erreicht, wird in Zukunft unerlässlich sein, ebenso die Beschäftigung mit Themen, die nicht methodenspezifisch sind. Die Qualitätssicherung und Wirksamkeitsforschung sind gute Beispiele dafür.

Sie haben eine Stimme in diesem Forum!

Mario Schlegel

Editorial

Le FORUM vous offre l'occasion de vous exprimer!

Pour une fois nous ne nous voyons pas contraints d'utiliser l'éditorial pour vous faire part des dernières nouvelles de politique professionnelle. Ceci me permet donc de vous signaler un aspect en rapport direct avec le PSYCHOTHERAPIE FORUM. Lors de la dernière assemblée générale de l'ASP, quelques membres ont exprimé le désir de ne plus recevoir que le supplément de cette publication, afin de continuer à être au courant de ce qui se passe au niveau de la politique professionnelle et de la recherche. Quant à la partie scientifique, le temps leur manque pour la lire et souvent elle ne les intéresse pas. Certaines personnes ont demandé que les membres individuels ne reçoivent plus qu'à jour, qui permet au comité de vous tenir au courant de manière flexible de ce qui se passe au sein de l'ASP. Nous sommes toujours heureux d'entendre un écho puisque cela nous permet de travailler à améliorer le FORUM, qui demeure la revue de notre association; en même temps, cela nous fournit l'occasion de réfléchir à certains aspects de la psychothérapie en Suisse.

L'une des raisons pour lesquelles certains de nos collègues ne portent que peu attention aux articles scientifiques publiés par le FORUM est sans doute que seuls les thèmes en rapport avec leur propre école les intéressent. D'autre part, il se peut qu'ils considèrent le FORUM comme un produit "venu de l'extérieur" et non comme leur "propre" publication. Nous avons l'intention d'encourager une évolution à ce niveau. Nous réfléchissons actuellement à la question de savoir comment aider nos membres à mieux s'identifier au FORUM. Mais quelles que soient les mesures que nous prendrons, elles toucheront seulement au niveau de la présentation. C'est vous qui devrez faire le reste du travail! La notion de FORUM est tout un programme! Elle doit vous permettre d'offrir vos produits comme vous le feriez sur la place du marché, en traitant la psychothérapie sous l'angle de votre propre méthode.

Cette forme de communication doit faire partie de la culture de la psychothérapie. *Nous vous prions donc de bien vouloir utiliser la partie scientifique du FORUM pour publier vos propres travaux.* Ce dernier est votre publication; dans son cadre des praticiens traitent d'aspects intéressants les praticiens! Autre aspect positif: ceci nous permettrait de mieux nous connaître les uns et les autres, ce qui nous aiderait à nous sentir à l'aise dans un cadre autre que celui de notre propre école.

La période que nous traversons actuellement montre clairement qu'une culture ouverte de la psychothérapie est indispensable si l'on veut préserver la diversité des méthodes. L'ASP a été fondée il y a 18 ans et depuis lors elle se consacre à l'évolution des aspects en rapport avec la qualité; mais c'est la première fois que des débats de contenu associant les différentes écoles nous sont imposés

"d'en-haut". Lors des négociations que nous menons avec l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en rapport avec "l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations", qu'en adviendrait-il du maintien de la diversité des méthodes sans la tradition sur laquelle nous pouvons fonder nos arguments? Le numéro 1/97 vous a mis au courant quant aux procédures structurant ces négociations. Vous trouverez dans le présent numéro une synthèse de l'évolution rapide à laquelle notre profession et l'aspect garantie de qualité ont été soumis lors des dernières 18 années.

Un forum scientifique englobant les différentes méthodes et s'adressant à tous/toutes les psychothérapeutes demeure indispensable à l'avenir; il en va de même de la réflexion concernant des thèmes non-spécifiques à la méthode qu'ils/elles pratiquent individuellement. Les aspects garantie de qualité et recherche sur l'efficacité en fournissent de bons exemples.

Le FORUM vous offre l'occasion de vous exprimer!

Mario Schlegel

M. Schlegel und R. Buchmann

SPV: Aktive Qualitätssicherung in der Psychotherapie seit 1979

Im Jahre 1979 ist der SPV gegründet worden, um der Bevölkerung und den Krankenkassen ein Qualitätsmerkmal für ausgebildete, auf wissenschaftlichem Hintergrund arbeitende PsychotherapeutInnen zu bieten. Ausserdem sollte die damals beginnende Regelung der Psychotherapie in den Kantonen unterstützt und die Regierungen bezüglich der Anforderungen an qualitativ hochwertige Ausbildungen beraten werden. Natürlich vertrat der SPV auch die Interessen der TherapeutInnen, namentlich bei den Krankenkassen, was als Folge auch zur Hebung der Qualität der psychotherapeutischen Arbeit geführt hat.

Während die ersten zehn Jahre vor allem der gesetzlichen Regelung der Psychotherapie und der Abwehr von

Versuchen dienten, die PsychotherapeutInnen im Gesetz als medizinisches Hilfspersonal zu definieren, ging es seit 1989 vor allem um die Festlegung von hohen qualitativen Standards im Bereiche der Berufsethik, der Ausbildung und der Wissenschaftlichkeit.

Der wichtigste und aus internationaler Sicht pionierhafte Prozess, welcher vom SPV initiiert wurde, ist wohl das Zustandekommen der „Schweizer Psychotherapie-Charta“. In mehrjährigen Kommunikationsprozessen (seit 1989) wurden zwischen den wichtigsten methodischen Ausrichtungen (mit Ausnahme der Verhaltenstherapie) durch deren repräsentative Fachschaften ein Konsens ausgehandelt, was Psychotherapieausbildungen ver-

mitteln sollen. Auch eine gemeinsame Definition der Grundpositionen der Psychotherapie wurde erarbeitet. An dieser Einigung waren in einem demokratischen Prozess 1700 PsychotherapeutInnen beteiligt. Nach einem gegenseitigen Überprüfungsverfahren der Institutionen bezüglich der Einhaltung der erarbeiteten Standards wurde die Psychotherapie-Charta 1993 unterzeichnet. Eine seither regelmässig stattfindende Konferenz zwischen den Unterzeichnern hat die nötigen Strukturen zur Durchführung, Weiterentwicklung und Überprüfung dieser und der seither neu gemeinsam erarbeiteten ethischen Standards geschaffen. Damit ist die Psychotherapie als Ganzes und nicht nur von den einzelnen Schulen her artikuliert. Dies geschah ohne Reglementierung durch staatliche Vorgaben oder Interesseneinflüsse der Kostenträger. *Der SPV und die Charta sind Modelle selbstorganisierter Qualitätsentwicklung, methodenübergreifender Rahmenkonzepte, autonomer Zielbestimmungen und fruchtbarer Weiterentwicklung des theoretischen und methodisch-praktischen Fundus von Psychotherapie.*

Die Tatsache der Institutionalisierung dieser Zusammenarbeit und ihrer Bekanntmachung durch den SPV hat nachweislich dazu geführt, dass die Psychotherapie 1994 in den parlamentarischen Verhandlungen zum neuen KVG mit dem Versprechen ernst genommen wurde, ihre Kassenfinanzierung baldmöglichst auf dem Verordnungswege zu regeln.

Die Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie geht weiter. Allerdings werden mit dem neuen KVG in Zukunft gesetzliche Rahmenbedingungen hinzukommen. Diese mit den Zielsetzungen der Psychotherapie als Bestandteil der gesundheitlichen Grundversorgung der Bevölkerung vereinbar zu machen, bedarf ständiger Weiterentwicklung.

Die folgende Übersicht gibt einen genaueren Einblick in die rasante Entwicklung unseres Berufsfeldes in den letzten 18 Jahren.

Die Qualitätssicherung erfolgt auf drei Ebenen. 1. Auf der Ebene Strukturqualität durch die Festlegung von Ausbildungsinhalten, durch Überprüfung der Ausbildungsinstitutionen sowie durch individuelle Qualifikation der TherapeutInnen. Auf der Ebe-

ne Prozessqualität wurden in der Berufsethik grosse und pionierhafte Anstrengungen unternommen, ein wissenschaftlicher Austausch zwischen den methodischen Ausrichtungen organisiert und Fortbildungen zu spezifischen Krankheitsbildern veranstaltet. Auf der Ebene Ergebnisqualität ist die Entwicklung bereits verwoben mit der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Evaluation der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie. Die Kriterien werden momentan durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) in einem Konsensverfahren erarbeitet, welches den internationalen Stand der Wissenschaft miteinbezieht.

Im historischen Ablauf stellen wir die Entwicklung unserer Anstrengungen auf gesamtschweizerischer Ebene dar, die bereits weit vor die Zeit zurückdatieren, in welcher Qualitätssicherung durch Gesetze gefordert wurde:

1979

Schulenübergreifende *Qualifikation von PsychotherapeutInnen* und Beratung von kantonalen Gesundheitsdirektionen. Die SPV-Kriterien flossen in verschiedene kantonale Regelungen ein. Die Kriterien werden laufend verfeinert.

1989

Der SPV gibt sich *Standesregeln* und regt damit die Erarbeitung oder Weiterentwicklung von Standesregeln auch in den Schulen und Psychotherapie-Verbänden an. Es wird eine Standeskommission geschaffen, welche Klagen von PatientInnen entgegennimmt.

Beginn der *Charta-Verhandlungen*. Definition des Begriffes „*Psychotherapie*“ auf wissenschaftlichem Niveau. Festlegung der *Ausbildungsstandards* für TherapeutInnen, der strukturellen Voraussetzung für die Institute und der wissenschaftlichen Voraussetzungen der Psychotherapiemethoden.

1990

Unterzeichnung der *Strassburger Deklaration* zusammen mit Vertretern aus Österreich, Ungarn, Deutschland

und der Schweiz. In dieser wird die Ausbildung auf hohem qualifiziertem und wissenschaftlichen Niveau vereinbart und Psychotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin erklärt. Sie bildet das Grundsatzpapier des Europäischen Verbandes für Psychotherapie (EAP). Seither Mitarbeit in der Entwicklung des Psychotherapie-Berufsfeldes in Europa.

1991

Verabschiedung des Charta-Textes mit anschliessender Diskussion in den Institutionen. Verschiedene Institutionen verbessern ihre Strukturen und Ausbildungsgänge.

1993

Ratifizierung der Charta und Überprüfung der unterzeichnenden Institutionen bezüglich der in der Charta formulierten Kriterien. Offizielle Anerkennung der Charta in Österreich.

Mitarbeit in der Vorbereitungs-kommission zur Erarbeitung des *Gesetzes über die Aus- und Weiterbildung der Medizinalberufe* des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

1994

Schaffung eines Ergänzungsstudiums zur akademischen Grundausbildung auf universitärem Niveau. Träger ist die Charta-Organisation. Dieses dient einer Vereinheitlichung des psychotherapierlevanten Grundwissens für die Psychotherapieausbildung gemäss Charta.

1995

Organisation von Fortbildungsveranstaltungen durch den SPV und durch Charta-Organisationen.

Verabschiedung von *normativen Standesregeln* für alle der *Charta* angeschlossenen Organisationen. Die Standesregeln sind kompatibel mit jenen des EAP und in Korrespondenz mit diesem entwickelt.

Herausgabe der *wissenschaftlichen Zeitschrift „Psychotherapie Forum“* gemeinsam mit dem ÖBVP, die damit zur auflagestärksten deutschsprachigen Psychotherapie-Zeitschrift wird.

Beginn der Erarbeitung eines *Europazertifikates* für PsychotherapeutInnen

nen auf Wunsch der Generaldirektion XV der EU mit anderen europäischen Ländern und Fachgesellschaften im Rahmen des EAP.

Aktives Qualitätsmanagement gemäss dem neuen KVG durch die Einsetzung einer internen Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in der Psychotherapie“. In Ihr sind der SPV und zahlreiche Charta-Institutionen vertreten. Sie hat das Ziel, Grundlagen und Konzepte zu erarbeiten.

Mitarbeit in der Expertenkommission zur Erarbeitung des Gesetzes über die Aus- und Weiterbildung der *Medizinalberufe* des BAG.

1996

Anstrengungen in Wissenschaft und Forschung: Neben den oben erwähnten Anstrengungen erster *wissenschaftlicher Kongress* mit internationaler Beteiligung, organisiert im Auftrag der Charta-Organisationen.

Einbezug des SPV durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) in die *Erarbeitung eines konsensfähigen Verordnungsentwurfes* „Psychotherapie der nichtärztlichen PsychotherapeutInnen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung“.

1997

Beginn der Koordination der schulenspezifischen und schulenübergreifenden Forschung mittels eines *regelmässig stattfindenden und methodenübergreifenden Forschungskolloquiums*.

Mitarbeit in der Expertenkommission zur Erarbeitung der Normen für die *Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit* der Psychotherapie des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV).

Verabschiedung des Europazertifikates für PsychotherapeutInnen im EAP z. H. der Generaldirektion XV der EU.

les caractérisant la psychothérapie put également être élaborée. Près de 1700 psychothérapeutes ont participé au processus démocratique qui a permis de parvenir à un accord. Un processus d'homologation mutuelle des différentes institutions du point de vue du respect des standards fixés aboutit ensuite à la signature de la CHARTE (1993). Depuis, les signataires se sont réunis à intervalles réguliers, élaborant les structures qui devaient permettre d'appliquer, de développer plus avant et de contrôler l'application de celle-ci; cette conférence a également préparé des standards déontologiques communs. Ceci signifie que la psychothérapie est articulée en tant que tout, et non uniquement du point de vue des différentes écoles. Tout le processus se déroula sans intervention ni de l'Etat (par le biais d'une réglementation), ni des instances assumant les coûts. *L'ASP et la CHARTE sont des modèles d'une définition autonome de l'évolution de la qualité; elles définissent des concepts-cadres indépendamment des différentes écoles, fixent librement des objectifs et contribuent à une évolution fructueuse des données théoriques et méthodico-pratiques dont dispose la psychothérapie.*

Il a été démontré que l'institutionnalisation de cette collaboration et la diffusion d'informations à son sujet par l'ASP ont contribué à ce qu'en 1994, lors des débats parlementaires concernant la nouvelle loi sur l'assurance maladie, la psychothérapie a été prise au sérieux: promesse fut faite de la réglementer rapidement par le biais d'une ordonnance.

La qualité de la psychothérapie continue à évoluer. Toutefois, à l'avenir les conditions-cadres légales seront fixées par la nouvelle LAMal. Il faudra une évolution constante pour qu'il soit possible de maintenir une compatibilité entre ses dispositions et la notion de psychothérapie en tant que part intégrante de l'offre de base en santé.

La synthèse ci-dessous fournit une description plus précise des mutations profondes qu'a subies notre profession au cours des 18 dernières années.

Pour garantir la qualité, il faut intervenir à trois niveaux: 1. qualité de la structure, obtenue par le biais d'une définition des contenus de la formation, d'un examen des institu-

M. Schlegel et R. Buchmann

ASP: depuis 1979 une démarche active pour garantir la qualité de la psychothérapie

L'ASP a été fondée en 1979, dans le but d'offrir à la population et aux caisses maladie des repères concernant la qualité des prestations offertes par des psychothérapeutes qualifiés, travaillant sur des bases scientifiques. A l'époque il s'agissait également de soutenir la réglementation de la psychothérapie qui venait d'être mise en chantier par plusieurs cantons et de conseiller les gouvernements concernés quant aux exigences à poser à une formation de haut niveau qualitatif. Il est clair que l'ASP avait également à représenter les intérêts des thérapeutes auprès des caisses maladie, ce qui a contribué à améliorer la qualité de leur travail. Alors que durant les dix premières années, la démarche de l'ASP s'était centrée en priorité sur la réglementation légale de la profession et la lutte contre les tentatives entreprises pour définir les psychothérapeutes en tant que "per-

sonnel médical auxiliaire" dans le sens de la loi, à partir de 1989 nos efforts se sont concentrés sur l'établissement de standards qualitatifs de haut niveau, que ce soit dans le domaine de l'éthique professionnelle, de la formation ou de la recherche.

Un processus très important – et en avance sur son temps du point de vue international – a également été lancé par l'ASP: l'élaboration de la "Charte concernant la formation en psychothérapie" puis l'association des différentes écoles au sein d'une conférence y relative. Une démarche centrée sur la communication (et lancée en 1989) a permis aux différentes orientations méthodologiques de négocier par le biais de leurs représentants (exception faite de la thérapie du comportement) un consensus quant aux exigences à poser aux formations en psychothérapie. Une définition commune des positions fondamenta-

tions de formation et d'une vérification des qualifications de chaque thérapeute. 2. qualité des processus, obtenue grâce aux grands efforts entrepris pour définir une éthique professionnelle, pour organiser à la fois les échanges scientifiques entre écoles et des manifestations de perfectionnement ayant pour thème des troubles spécifiques. 3. au niveau de la qualité des résultats, l'évolution est déjà influencée par la manière dont le législateur prescrit que soient évaluées l'efficacité, l'adéquation et la nature économique des prestations psychothérapeutiques. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) met actuellement en oeuvre un processus fondé sur le consensus, devant permettre de définir les critères y relatifs en tenant compte de l'état de la recherche au niveau international.

Nous présentons un bref historique de la manière dont nos efforts ont évolué sur le plan national – efforts qui datent de bien avant l'introduction de lois exigeant des garanties de qualité:

1979

Homologation de psychothérapeutes indépendamment des différentes écoles et conseils aux directions des affaires sanitaires dans différents cantons. Les critères ASP ont été repris dans plusieurs réglementations cantonales. Ces critères sont constamment affinés.

1989

L'ASP élabore ses propres *règles de déontologie* et encourage les différentes écoles et associations de psychothérapeutes à préparer ou à développer plus avant leurs propres règles d'éthique. Une commission de déontologie est créée, qui est chargée de recevoir les plaintes déposées par des patient/es.

Début du processus de *négociation concernant la CHARTE*. Définition du concept de "*psychothérapie*" à un niveau scientifique. Des *standards de formation en psychothérapie* sont fixés, ainsi que les conditions auxquelles doivent satisfaire les instituts du point de vue de leur propre structure et des exigences scientifiques à poser aux méthodes de psychothérapie.

1990

Signature de la *déclaration de Strasbourg*, par des représentants de l'Autriche, de la Hongrie, de l'Allemagne et de la Suisse. Cette dernière fixe un haut niveau de formation du point de vue des exigences comme du caractère scientifique et définit la psychothérapie en tant que discipline scientifique indépendante. Elle servira de base à la création de l'Association Européenne de Psychothérapie (AEP). Depuis, collaboration au développement de la profession de psychothérapeute en Europe.

1991

Approbation du texte de la CHARTE, suivie d'un débat au sein des institutions. Différentes institutions améliorent leurs structures et leurs filières de formation.

1993

Ratification de la CHARTE et examen des institutions signataires du point de vue des critères formulés par celle-ci. La CHARTE est officiellement reconnue en Autriche.

Collaboration à la commission préparatoire chargée d'élaborer une *loi en matière de formation et de perfectionnement dans les professions médicales* (Office fédéral de la santé publique / OFSP).

1994

Création d'une filière complémentaire servant à compléter la formation universitaire à un niveau académique. La conférence de la CHARTE en assume la responsabilité. Cette filière sert à garantir que tous les candidats à la formation disposent de bases équivalentes correspondant à la CHARTE.

1995

Organisation de perfectionnements par l'ASP et les institutions membres de la CHARTE.

Approbation de *règles normatives de déontologie* devant être respectées par toutes ces institutions. Ces règles sont compatibles avec celles fixées par l'AEP et ont été élaborées en accord avec cette dernière.

Publication de la *revue scientifique "PSYCHOTHERAPIE FORUM"*, en

collaboration avec l'ÖBVP – cette publication est celle qui a le plus de lecteurs dans les pays de langue allemande.

Début des travaux concernant un *certificat européen de psychothérapie*, à l'instigation de la Direction générale XV de l'UE et en collaboration, dans le cadre de l'AEP, avec d'autres pays et sociétés professionnelles européennes.

Gestion active de qualité, telle qu'elle est exigée par la nouvelle LAMal, par le biais de la création d'une commission interne "gestion de qualité en psychothérapie". En sont membres des représentants de l'ASP et de nombreuses institutions de la CHARTE. Elle a pour objectif de définir buts, principes et concepts.

Collaboration à la commission d'experts chargée de préparer une *loi en matière de formation et de perfectionnement dans les professions médicales* (OFSP).

1996

Efforts au niveau de la recherche: en sus des démarches mentionnées plus haut, organisation d'un premier *congrès scientifique* réunissant un public international, mandaté par les institutions de la CHARTE.

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) demande à l'ASP de collaborer à la préparation d'un *projet d'ordonnance tel qu'il puisse faire l'objet d'un consensus* ("psychothérapies fournies par des thérapeutes non-médecins et remboursées par l'assurance maladie sociale").

1997

Début d'une coordination de la recherche spécifique à différentes écoles et supra-écoles, par le biais de l'organisation d'un *colloque ayant lieu à intervalles réguliers et réunissant des membres des différentes orientations*.

Collaboration à la commission d'experts chargée de préparer des *normes relatives à l'efficacité, à l'adéquation et au caractère économique de la psychothérapie* (Office fédéral des assurances sociales, OFAS).

Approbation par l'AEP du *certificat européen de psychothérapie*, à l'intention de la Direction générale XV de l'UE.

M. Fäh-Barwinski

Wie können effiziente Psychotherapie-Methoden identifiziert werden?

Zur aktuellen Kontroverse um die „Seligman-Studie“ und die Aussagekraft von Psychotherapie-Ergebnisstudien

Die vor zwei Jahren veröffentlichte Studie der amerikanischen Konsumentenzeitschrift „Consumer Reports“ (Seligman, 1995) hat eine lebhaftige Kontroverse um die inhaltlichen Aussagen und um die methodischen Probleme bei Psychotherapie-Ergebnisforschungstudien ausgelöst. So setzten sich in einer Schwerpunktnummer des „American Psychologist“ zum Thema „Outcome Assessment of Psychotherapy“ vom Oktober 1996 verschiedene Autoren u.a. mit den Aussagen und der Methodik dieser Studie auseinander, und Seligman selber antwortete auf die verschiedenen Kritiken. Wampold (1997) veröffentlichte kürzlich einen sehr interessanten Artikel, in welchem er grundsätzliche methodische Probleme in Studien zur Effizienz von Psychotherapien behandelte. Der „Universitätsverbund Allgemeine Psychotherapie“, der sich aus den Hochschullehrern für Klinische Psychologie der Universitäten Bern, Basel und Freiburg zusammensetzt, publizierte im „Psychoscope“, der Monatsschrift der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), eine scharfe Kritik an den Aussagen der Seligman-Studie. Diese lebhaftige Kontroverse über die Methodik und die Aussagekraft der Psychotherapie-Ergebnisforschung findet auf dem Hintergrund der gegenwärtigen Diskussion im Gesundheitswesen über die Notwendigkeit und den Umfang der von der sozialen Krankenversicherung zu finanzierenden Psychotherapieleistungen statt.

Die Kontroverse um die Therapie-Dauer

Grawe et al. (1994) stellten in ihrer Meta-Analyse die Behauptung auf, dass aufgrund der jetzigen Ergebnisse der Psychotherapie-Forschung gesichert sei, dass Störungen generell mit einer Therapiedauer von fünfzig, allerhöchstens achtzig Sitzungen zu behandeln seien. Ist diese Aussage

haltbar? Zum einen wurde dieser Aussage die Grundlage durch den Nachweis methodischer Mängel und statistischer sowie argumentativer Fehler der Grawe-Studie entzogen (z.B. Rügler, 1996), andererseits gilt gegenüber der Grawe-Studie generell der Einwand, dass von kontrollierten und unter künstlichen Therapie- und Selektionsbedingungen durchgeführten Therapie-Vergleichsstudien nicht auf die alltägliche psychotherapeutische Versorgungspraxis geschlossen werden kann. Die Seligman-Studie hatte nun den Vorteil, dass die Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen unter natürlichen Bedingungen untersucht wurde, d.h., die Patienten suchten Therapeuten und Methoden ihrer Wahl auf, blieben solange in Therapie, wie sie wollten, und wurden auch nicht künstlich aufgrund bestimmter Symptome selektioniert. Die Therapien wurden nicht nach Therapie-Handbüchern standardisiert, sondern – wie es in der Alltagspraxis eben geschieht – dem einzelnen Patienten und seiner Problematik angepasst.

Ein hervorstechendes Ergebnis der Seligman-Studie war, dass längere Therapien bessere Ergebnisse zeitigten als kürzere. Diesem Argument halten die Psychologie-Professoren im „Psychoscope“ entgegen, dass bei längeren Therapien der Faktor der Spontanheilung stärker ins Gewicht falle, und plädieren für kontrollierte Vergleichsstudien, um solche Faktoren auszuschliessen.

Dem ist wiederum entgegenzuhalten, dass Langzeittherapien in Psychotherapie-Vergleichsstudien keine faire Chance erhalten, ihre Wirksamkeit zu zeigen, da sie kaum manualisiert werden können, und viele Therapie-Vergleichsstudien auf zu kurze Therapie- und Katamnese-Zeiten festgelegt sind. Erst neuere naturalistische Studien, wie z.B. diejenige von Sandell (1996) in Stockholm, beheben diesen Missstand, in dem sie Gruppen von Patienten, die mit ver-

schiedenen Therapie-Methoden und -settings behandelt wurden, während und nach der Behandlung über Zeiträume von mehreren Jahren verfolgten. Nur durch solche Langzeitstudien, in denen Patienten mit verschiedenen Störungen und verschiedenen Methoden behandelt und verglichen werden, ist zuverlässiger Aufschluss über die angemessene Therapiedauer zu bekommen. Bis dahin sollte an einem Therapierahmen, der es ermöglicht, bei jedem Patienten individuell und störungsbezogen die Therapiezeit von wenigen bis ca. 300 Stunden zu bestimmen, nicht gerüttelt werden.

Weg von den kontrollierten Therapie-Vergleichsstudien!

Welche Therapien sind effizient, welche weniger?

Diese Frage wurde durch die Grawe-Studie in kontroverser Weise aufgeworfen. Das Verdikt Grawes lautete, dass die kognitiv-behavioralen Therapien markant bessere Ergebnisse zeitigten als die Psychoanalyse und die Gesprächspsychotherapie. Das Fundament dieser Aussagen wurde in diversen Publikationen massiv erschüttert (besonders deutlich in Tschuschke und Kächele, 1996, und Leichsenring, 1996; demnächst erscheinen zwei Bücher zur Grawe-Kritik: Fäh-Barwinski und Fischer, 1997; Tschuschke et al., 1997).

Ein interessanter Artikel von Wampold (1997) in der neusten Ausgabe von „Psychotherapy Research“ unterzieht die Logik der Psychotherapie-Ergebnisforschung einer grundsätzlichen methodischen Kritik und kommt zu überraschenden Schlussfolgerungen: Erstens ist es schon aus statistischen und forschungsmethodischen Gründen nicht möglich, auch nicht mit noch so ausgefeilten Designs in kontrollierten Wirkungsvergleichsstudien, das „Dodo-Verdikt“ (alle Therapien wirken trotz verschiedener Methoden in etwa gleich gut) umzustossen. D.h., die ganze „Materialschlacht“ inkl. gigantischer Meta-Analysen ist für die Katz. Zweitens ist die für den Zweck des kontrollierten Wirkungsvergleichs nötige Therapie-Manualisierung mit unlösbaren Problemen verknüpft. Fazit: Es ist nicht zulässig, die Evidenz aus kontrollierten Vergleichsstudien zur höchstwer-

tigen Informationsquelle über die Effizienz von Psychotherapien hochzustilisieren, wie dies z.B. in den neuen Guidelines der American Psychological Association geschieht. Wampold kritisiert denn auch, dass die hochgerüstete Ergebnisforschung von anderen wichtigen Fragen ablenke, und formuliert sechs Postulate für die künftige Forschung:

1. Hören wir auf mit diesen simplen Therapiemethoden-Vergleichsstudien!
2. Die Forschungsdesigns sollen von den Anhängern der verschiedenen Therapiemethoden a priori begutachtet und abgesegnet werden, damit nicht nach vollbrachter Studie von den Verfechtern „unterlegener“ Therapien methodische Einwände vorgebracht werden können!
3. Alle Therapien, die eine generelle Wirksamkeit bewiesen haben (sogenannte bona-fide-Methoden), sollten anerkannt werden! Die zukünftige Forschung soll daraus jene eliminieren, die deutlich weniger wirken als die anderen!
4. Die bestehenden Therapien sollen verfeinert und verbessert werden!
5. Effektivitätsstudien, d.h. Wirkungsstudien unter natürlichen Versorgungsbedingungen (Seligman-Studie, Sandell-Studie, Rudolf-Studie in Deutschland und in der Schweiz, DPV-Katamnese-Projekt u.a.), müssen gefördert werden!
6. Die freie Wahl von Methode und TherapeutIn durch die Patienten darf nicht eingeschränkt werden!

Diese Postulate von Wampold verdienen deshalb besondere Beachtung, weil sie diametral dem widersprechen, was die Universitätsprofessoren für Klinische Psychologie im Verein mit gewissen Krankenkassen-Managern im Psychotherapie-Bereich durchsetzen wollen, nämlich eine Einengung der psychotherapeutischen Versorgung auf behaviorale Therapien für isolierte Symptome und Störungen!

Literatur

Fäh-Barwinski M, Fischer G (1997) Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Methoden. Psychosozial, Giessen (im Druck)

Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
 Leichsenring F (1996) Zur Meta-Analyse von Grawe und Mitarbeitern. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 32: 205–234

Rüger B (1996) Fragen und Anmerkungen zu einigen statistischen Methoden in der Psychotherapieforschung. Psychother Forum 4/3: 135–143

Sandell R et al (1996) Long-term effects of psychotherapy and psychoanalysis. Vortrag an der Jahrestagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung, 24. November 1996, Wiesbaden

Seligman MEP (1996) The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. American Psychologist 50: 965–974.

Tschuschke V, Kächele H (1996) What do psychotherapies achieve? A contribution to the debate centered around differential effects of different treatment concepts. In: Esser U et al (eds) The power of the person-centered approach. GwG, Köln, pp 159–181

Tschuschke V, Heckrath C, Tress W (1997) Von der Konfusion zur Makulatur: zur Professionalität der Berner Psychotherapiestudie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen (im Druck)

Wampold BE (1997) Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. Psychother Res 7/1: 21–43



Markus Fäh-Barwinski
Zürich

M. Fäh-Barwinski

Comment identifier les méthodes de psychothérapie efficaces?

Au sujet du débat entourant actuellement "l'étude de Seligman" et de l'utilité de la recherche sur les résultats de la psychothérapie

La revue des consommateurs américains ("Consumer Reports") a publié il y a deux ans une étude de Seligman (1995) qui a provoqué un vif débat sur la manière dont les études s'intéressant aux résultats de la psychothérapie peuvent fournir des données utiles et sur les problèmes méthodiques impliqués. Dans un numéro de l'"American Psychologist" consacré au thème de l'"Outcome Assessment of Psychotherapy" (octobre 1996), différents auteurs ont traité des aspects contenu et méthodologie de cette étude; Seligman lui-même y a répondu aux différentes critiques. Wampold (1997) a publié récemment un article très intéressant dans lequel il traite des principaux problèmes de méthode inhérents aux études s'intéressant à l'efficacité des traitements psychothérapeutiques. Le groupement universitaire pour la psychothérapie générale ("Universitätsverbund Allgemeine Psychotherapie"), qui

réunit les professeurs de psychologie clinique aux Universités de Berne, Bâle et Fribourg, a publié dans "Psychoscope" (la revue mensuelle de la Fédération Suisse des Psychologues, FSP) une critique cinglante des conclusions de l'étude de Seligman. A l'arrière-plan de toute cette polémique se déroule le débat qui a lieu actuellement dans le domaine de la santé, concernant le besoin et l'étendue des prestations psychothérapeutiques qui devraient être financées par l'assurance maladie sociale.

La controverse concernant la durée des thérapies

Dans leur méta-analyse, Grawe et al. (1994) ont prétendu que les résultats de la recherche en psychothérapie dont nous disposons démontrent qu'en général il est possible de traiter les troubles par le biais d'une thérapie d'une durée de cinquante, ou à u a u maxi-

mum quatre-vingt séances. Ce point de vue se justifie-t-il? Premièrement, il se fonde sur des données inexactes puisqu'il a été démontré que l'étude de Grawe présente des lacunes méthodiques et des erreurs au niveau des statistiques et des arguments utilisés (cf. par ex., Rüger, 1996). Deuxièmement, une critique plus globale s'applique également à cette étude: les recherches comparant différents types de thérapie, qui se fondent sur des conditions contrôlées et artificielles de sélection des traitements examinés, ne permettent pas d'évaluer le quotidien de l'offre en psychothérapie. Le travail de Seligman a pour avantage qu'il évalue l'efficacité des traitements psychothérapeutiques sous des conditions naturelles, c'est-à-dire que les patients choisissent leur thérapeute et sa méthode, poursuivent le traitement aussi longtemps qu'ils le désirent et ne sont pas sélectionnés en fonction de symptômes donnés. Les thérapies ne sont pas standardisées sur la base d'un manuel de traitement mais – comme c'est le cas dans la pratique de tous les jours – adaptées à chaque patient et à ses problèmes.

L'un des résultats les plus importants de l'étude de Seligman est que les thérapies de longue durée fournissent de meilleurs effets que les traitements plus brefs. Dans "Psychoscope", les professeurs de psychologie objectent que s'agissant de thérapies longues, l'aspect guérison spontanée joue un rôle plus important; ils plaident pour que soient menées des études comparatives contrôlées, qui permettraient d'exclure ce genre de facteur.

Nous leur répondrons que ce type d'étude n'accorde pas aux psychothérapies de longue durée une chance équitable de démontrer leur efficacité, puisqu'il est impossible d'élaborer un manuel adéquat; d'un autre côté, de nombreuses études comparatives sont telles qu'elles ne peuvent tenir compte que de périodes brèves en rapport avec la thérapie et la catamnèse. Seules des recherches naturalistes plus récentes, comme par exemple celle entreprise par Sandell (1996) à Stockholm, remédient à cet inconvénient dans le sens qu'elles effectuent un suivi sur plusieurs années (pendant et après la thérapie) de groupes de patients traités selon différentes mé-

thodes et settings. Ce type d'étude, dans lequel des patients souffrant de troubles variables sont traités selon des méthodes variables et comparés, peut fournir des éclaircissements quant à ce qu'il faut considérer comme la durée adéquate d'une thérapie. En attendant ces études, nous ne pouvons que nous en tenir à un cadre selon lequel la durée du traitement peut aller de quelques séances jusqu'à 300 heures environ, selon le patient et les troubles dont il souffre.

Il faut renoncer aux études comparatives contrôlées!

Quelles sont les thérapies efficaces? Quelles sont celles qui le sont moins?

L'étude de Grawe a posé ces questions d'une manière telle qu'une controverse s'en est suivie. Selon cet auteur, les thérapies de type cognitivo-behavioriste obtiennent de bien meilleurs résultats que la psychanalyse et la thérapie par entretiens. Les fondements de cet énoncé ont été ébranlés par de nombreuses publications (voir en particulier Tschuschke et Kächele 1996, et Leichsenring 1996; deux ouvrages ayant pour thème les critiques formulées à l'égard de Grawe vont paraître prochainement: Fähr-Barwinski et Fischer, 1997; Tschuschke et al., 1997).

Dans un intéressant article paru dans le dernier numéro de "Psychotherapy Research", Wampold (1997) soumet la logique de la recherche en psychothérapie à une critique méthodique fondamentale; il parvient à des conclusions surprenantes: premièrement, ne serait-ce que pour des raisons d'ordre statistique et méthodique, il n'est pas possible – même en affinant les plans de recherche utilisés dans les études comparatives contrôlées – d'invalider ce que l'on appelle le "verdict de Dodo" (bien qu'elles utilisent des méthodes différentes, toutes les thérapies produisent à peu près les mêmes résultats [positifs]). Ce qui implique que toute la "guerre de matériel", y compris la mise en oeuvre de méta-analyses gigantesques, est parfaitement inutile. Deuxièmement, l'élaboration de manuels de thérapie – qui est requise pour mener des recherches contrôlées concernant les effets des traitements – est associée à des problèmes impossibles à résoudre. Donc: on ne peut accepter que les

résultats acquis par le biais de ces études comparatives soient élevés au rang de source de valeur en ce qui concerne l'efficacité des traitements, comme le fait, par exemple, le nouveau "Guidelines of the American Psychological Association". Wampold critique également le fait qu'en accordant de grands moyens à ce type de recherche on néglige d'autres questions. Il formule six postulats en matière de recherche future:

1. Abandonnons les simples études comparant des méthodes!
2. Il faudrait que les spécialistes des différentes méthodes de thérapie évaluent a priori la manière dont une recherche doit se dérouler, ceci afin d'éviter qu'une fois le travail terminé les partisans des méthodes "qui ont perdu la bataille" puissent formuler des objections d'ordre méthodique!
3. Toutes les méthodes de thérapie dont il a été démontré qu'elles ont une certaine efficacité (les méthodes dites bona fide) devraient être reconnues! La recherche à venir devrait permettre d'éliminer celles qui ont nettement moins d'effet que les autres!
4. Il s'agit d'affiner et d'améliorer les méthodes existantes!
5. Il faut apporter un soutien aux études d'efficacité, c'est-à-dire à celles qui examinent les effets produits dans les conditions naturelles de l'offre (études de Seligman, Sandell, Rudolf en Allemagne et en Suisse, ainsi que le projet DPV consacré à l'aspect catamnèse, etc.).
6. Il ne s'agit en aucun cas de restreindre la liberté du patient en matière de choix d'un/e thérapeute et d'une méthode!

Les postulats de Wampold méritent une attention particulière du fait qu'ils sont diamétralement opposés aux idées que les professeurs de psychologie clinique aux universités tentent de propager avec le soutien de certains responsables de caisses maladie, à savoir qu'il est souhaitable de limiter l'offre en psychothérapie au domaine des thérapies behavioristes utilisées pour traiter des symptômes et troubles isolés!

Bibliographie voir version allemande de l'article.

Markus Fähr-Barwinski, Zurich

Kriterien zur Beurteilung des Nutzens psychotherapeutischer Methoden

Dienstag, 25. November 1997, Kinderklinik Inselspital Bern

Workshop, organisiert vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

Inhalt: Der zuhänden des BSV von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Dr. Guido Mattanza ausgearbeitete Leitfaden soll hier breit mit PraktikerInnen diskutiert werden! Reservieren Sie sich dieses Datum und verlangen Sie die detaillierten Anmeldeunterlagen bei: Frau Jacqueline Hurt, Sonneggstrasse 51, 8006 Zürich.

Info auch bei: Dr. phil. Markus Fäh-Barwinski, Postfach, 8033 Zürich, Fax/Tel. 01 481 03 13

Anmeldeschluss ist der 30. September 1997

Critères servant à évaluer l'utilité des méthodes de psychothérapie

Mardi 25 novembre 1997, Clinique infantile de l'Inselspital, Berne

Atelier organisé par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Contenu: le guide préparé à l'intention de l'OFAS par une commission présidée par le docteur Guido Mattanza doit être débattu avec des praticien/nes! Veuillez réserver cette date et demander un dossier d'inscription détaillé à: Madame Jacqueline Hurt, Sonneggstrasse 51, 8006 Zurich.

Pour informations complémentaires: Markus Fäh-Barwinski, dr. phil., case postale, 8033 Zurich, Fax/tél. 01 481 03 13

délai d'inscription: 30 septembre 1997

Im Hinblick auf die kommende Argumentationsrunde um die Psychotherapie-Verordnung kann die Studie von Prof. Sonneck hilfreich sein. Die Expertise wurde im Auftrag des SPV erstellt.

Bestellitalon

Prof. Dr. Gernot Sonneck, Institut für medizinische Psychologie in Wien: „Welcher Voraussetzungen bedarf eine psychotherapeutische Spezialausbildung?“, 1995, 16 Seiten (Text nur deutsch)

Selbstkosten: sFr 20.- (Versand mit Rechnung und EZ)

Name, Vorname:

Adresse, PLZ, Ort:

Talon bitte einschicken an SPV, Weinbergstrasse 31, 8006 Zürich, Fax 01 262 29 96

L'étude du professeur Sonneck peut contribuer des arguments utiles par rapport au débat qui va se dérouler prochainement au sujet de la réglementation de la psychothérapie. Son expertise a été mandatée par l'ASP.

Bulletin de commande

Prof. Dr. Gernot Sonneck, Institut de psychologie médicale, Vienne: "Welcher Voraussetzungen bedarf eine psychotherapeutische Spezialausbildung?", 1995, 16 pages (n'existe qu'en allemand)

au prix coûtant de Fr. 20.- (sera envoyé avec facture et BC)

Nom, prénom:

Adresse, NP, lieu:

Prière d'envoyer ce bulletin à l'ASP, Weinbergstrasse 31, 8006 Zurich, fax 01 262 29 96

Aus der Arbeitsgruppe „Psychotherapie“ des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV)

Worum es geht

Psychotherapeutische Schulen und ihre Berufsverbände, die staatliche Anerkennung und damit Anerkennung durch die soziale Krankenversicherung wollen, müssen dem BSV die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ihrer Methode und ihre Bedeutung für die Grundversorgung nachweisen. Dr. med. Guido Mattanza, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich, hat im Auftrag und zu Händen des BSV einen Entwurf zu einem „Handbuch zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden“ vorgelegt. Diesen Entwurf hat eine Arbeitsgruppe von Vertretern der Medizin, der Psychotherapie, der klinischen Psychologie und der Patientenorganisationen diskutiert und soll, wenn er von der „Fachkommission für die Leistungen der Sozialen Krankenversicherung“ (ELK) genehmigt ist, in das „Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“ des BSV aufgenommen werden. Mario Schlegel hat im letzten „Psychotherapie Forum“ ausführlich über Aufgabe, Zweck und Ziel der Aktion berichtet.

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Um die Dynamik der Diskussion in der Arbeitsgruppe einigermaßen verstehen zu können, ist die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe nicht ohne Belang. Welch politisches Kunststück nur schon ihre Zusammenstellung war, hat Markus Fäh im letzten à jour des SVP beschrieben. Zu guter Letzt bestand die Arbeitsgruppe aus je drei Vertretern der FSP und des SPV, je einem Vertreter der Stiftung Schweizerische Patienten-Organisationen (SPO), der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie (SGP) und der Schweiz. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGJP) sowie je zwei Vertretern der Hochschuldozenten für Klinische Psy-

chologie und der Psychiatrie und Psychotherapie. Und nicht zu vergessen die Vertreter der Krankenkassen. Die Versicherten haben ursprünglich fünf Sitze in der Arbeitsgruppe verlangt. Teilgenommen haben letztlich – und auch dies nur zeitweilig – je ein Vertreter der Arcovita und des Konkordats der Schweizer Krankenkassen (KSK). Wie man diese Differenz von Anspruch und Engagement der Kostenträger auch immer interpretieren mag, mit den Leistungserbringern zu sprechen, erachten sie, zumindest was die Psychotherapie betrifft, offensichtlich als nicht zwingend.

Einige Anmerkungen zur Diskussion in der Arbeitsgruppe

Es ist schlicht unmöglich, einen wirklichen Eindruck von der oft verwirrenden Diskussion zu vermitteln, die zuweilen groteske Züge anzunehmen drohte. Ich erwähne und kommentiere lediglich ein paar Punkte, die mir aber signifikant und repräsentativ erscheinen. Mattanza plädiert in seinem Entwurf für ein Verfahren, das, der Praxis der Psychotherapie entsprechend, eine Vielfalt von Psychotherapieformen zulässt, und für ein Beurteilungsmodell, das praxisorientiert ist „und berücksichtigt, dass der philosophische, wissenschafts- und erkenntnistheoretische Diskurs über die Definition von psychischer Gesundheit keineswegs abgeschlossen ist und damit auch die Definition von Therapiezielen und Erfolgskriterien für Psychotherapien offen bleibt“ (Mattanza, 1997, 2. Entwurf, S. 40). Dieser Standpunkt impliziert, dass Kriterien für die Bewertung des „Nutzens“ einer Psychotherapiemethode nicht einfach und allein aus experimentellen Studien der traditionellen psychologischen Psychotherapieforschung abgeleitet werden können, weil eine experimentelle Situation wenig mit dem zu tun hat, was in einer wirklichen Psychotherapie wirklich geschieht.

Wie nicht anders zu erwarten war, drehte und polarisierte sich die Dis-

kussion wesentlich um solche Fragen. Mehr und mehr schälte sich die Differenz heraus zwischen denen, die Mattanzas Argumentationslinie grundsätzlich, teils zustimmend, teils kritisch und mit unterschiedlichen Schwerpunkten folgten, und denjenigen, die seine Linie mehr oder weniger in toto verwarfen. Die Front verlief – wen überrascht es – einmal mehr zwischen den psychodynamischen und den humanistischen Ansätzen auf der einen, den kognitiv-behavioralen Methoden auf der andern Seite, anders gesagt, zwischen den Praktikern – und zwar der verschiedensten Richtungen – und den empirischen Forschern, zwischen denjenigen, die Unterschiede und Differenzen anerkennen und denjenigen, die eine allgemeine, eine einheitliche Psychotherapie fordern. Für die einen ist Psychotherapie primär und entscheidend psychische Arbeit des Subjekts, für die andern Behandlung durch die Therapeutin oder den Therapeuten. Und psychotherapeutische Behandlung ist angewandte Wissenschaft, im Idealfall die Anwendung eines von der Forschung bereitgestellten Manuals.

Zwischen diesen beiden Positionen liegen Welten, nicht wegen der unterschiedlichen Ansichten, sondern umgekehrt, weil es unterschiedliche Therapierichtungen aus der Sicht der klinischen Psychologie nicht geben dürfte. Die klinische Psychologie erhebt, teils ausdrücklich, teils implizit, den Anspruch, Psychotherapie sei angewandte Psychologie, und die kognitiv-behaviorale oder „allgemeine“ Psychotherapie sei *die* Psychotherapie, der allein die Zukunft gehört und einzig als wissenschaftlich gelten kann. Grundsätzliche epistemologische Fragen stellen sich nicht, weil klar ist, was Wissenschaft ist und was nicht.

Weniger klar scheint den Vertretern der verhaltenspsychologisch orientierten Therapien, dass tatsächlich Praxis nicht Wissenschaft, dass keine Praxis, auch nicht die therapeutische, einfach Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen ist. Die Psychotherapieforschung, wie sie von der klinischen Psychologie in der Arbeitsgruppe vertreten worden ist, will von der Praxis, die eigentlich die Grundlage ihrer Forschung sein sollte, merkwürdig wenig wissen. Ihren Ver-

tretern tönen Aussagen wie „Die Richtung der ‚differentiellen Psychotherapieforschung‘ scheint am Ausklingen zu sein“ (Mattanza, S. 29), schrill im Ohr, weil sie die Illusion zunichte machen, es könnte einmal jede spezifische Störung, wenn es denn so etwas überhaupt gäbe, ihre spezifische Therapie finden. – Und wer Mattanzas (ebd.) Aussage teilt, „dass einfache statistische Verfahren nicht in der Lage sind, therapeutische Vorgänge aufzuzeigen“, ignoriert, so wird er belehrt, dass die Statistik deshalb ihre Verfahren immer mehr verfeinert hat. Das stellt niemand in Frage. Aber dass gemessen an der psychischen Wirklichkeit des Menschen und der Komplexität und Individualität psychischer Arbeit noch das verfeinertste statistische Verfahren einfach ist, und dies keine Missachtung der Statistik bedeutet, will den experimentell geschulten und arbeitenden Psychotherapieforschern nicht recht einleuchten.

Deshalb wohl ist auch ihre Begeisterung für die von den Praktikern erhobene Forderung nach naturalistischen Studien nur mässig. Praxisorientierte Katamnesestudien, die einige der Ergebnisse der experimentellen Therapieforschung in Frage stellen, versuchen sie mit dem Hinweis auf ihre zugegebenermassen noch nicht bis ins Letzte ausgefeilte Methodik abzuschmettern. Dass z.B. Langzeitbehandlungen sich auf die Dauer als wirksamer erweisen als Kurztherapien, oder die Grundausbildung der Therapeuten weniger ins Gewicht fällt als die therapeutische Fachausbildung, und dass sich Eingriffe der Versicherer auf Therapeutenwahl und Behandlungsdauer negativ auswirken, ist Analytikern und Therapeuten, die „dynamisch“ arbeiten und denen die Veränderung der inneren Welt des Patienten als sine qua non jeglichen dauerhaften therapeutischen „Erfolgs“ gilt, selbstverständlich. Die empirischen Psychotherapieforscher und die Versicherer empfinden das offenbar als Bedrohung und nicht als Herausforderung.

Die Stimme der Empiriker, erhoben von den Psychologieprofessoren und den Vertretern der FSP, war laut und Autorität heischend, begegnete jedoch zunehmend der breiten Front der Praktiker, die sich mit guten Argumenten hartnäckig und erfolgreich

der Einengung der Psychotherapie auf die allein statistisch prüfbar-kognitiv-behavioralen Methoden entgegenstellten. Für einmal zogen gar die ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten (mehr oder weniger) am gleichen Strick. Als sich dieser „Trend“ abzuzeichnen und das Phantom einer allgemeinen Psychotherapie, die ja in Wahrheit eine spezielle ist, zu verflüchtigen begann, verliess der Vertreter des Konkordats der Schweizerischen Krankenkassen die Sitzung mit der Begründung, dass die wesentlichen Fragen nicht diskutiert würden. Den zornigen Protest des Vertreters der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie, dem sich die meisten Anwesenden ausgesprochen oder unausgesprochen anschlossen, nahm er errötend hin, beeindruckt liess er sich nicht. Man mag diesen Rückzug unterschiedlich interpretieren, von Respekt für die Bemühungen des Bundes, der Universitäten und der engagierten Psychotherapeuten und der Berufsverbände zeugt es nicht. Immerhin, deutlicher und konkreter

hätte sich der Vertreter der Versicherer nicht ausdrücken können.

Es wäre zu wünschen, dass viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der verschiedensten Richtungen am Workshop vom 25. November 1997 teilnehmen würden, um aus erster Hand zu erfahren, woher welcher Wind weht.



Heinz Müller-Pozzi
Psychoanalytiker

Soziale Traumatisierung und verinnerlichte Gewalt

Samstag, 8. November 1997, Zürich

Eine öffentliche Fachtagung, organisiert vom SPV für alle Fachleute des Sozial- und Gesundheitswesens (natürlich auch PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen), ÄrztInnen, Behörden, PolitikerInnen, Journalisten

Das detaillierte Programm folgt im Sommer!

Traumatisation sociale et violence intériorisée

Samedi 8 novembre 1997, à Zurich

Une rencontre publique ouverte aux médecins, aux psychothérapeutes, psychologues, psychiatres, assistant/es sociaux/socials et autres professionnels du social et de la santé, ainsi qu'aux personnes concernées, aux autorités publiques et aux politicien/nes (en allemand seulement)

La commission “psychothérapie” mandatée par l’Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

De quoi s’agit-il?

Les différentes écoles et associations professionnelles qui désirent être reconnues par l’Etat – et donc par l’assurance maladie sociale – doivent fournir à l’OFAS des données concernant l’efficacité, l’adéquation et le caractère économique de leur méthode, ainsi que son importance au niveau de l’offre de base. Le docteur Guido Mattanza, FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été chargé par l’OFAS de préparer un “Manuel de standardisation de l’évaluation de l’efficacité, de l’adéquation et du caractère économique des méthodes de psychothérapie” (*notre traduction*). Un projet élaboré par une commission comprenant des médecins, des psychothérapeutes, des psychologues cliniciens et des représentants des organisations de patients doit être intégré, une fois qu’il aura été approuvé par la “Commission fédérale en matière de prestations” (CFP), dans le “Manuel de standardisation de l’évaluation médicale et économique des prestations médicales” élaboré par l’OFAS. Un article de Mario Schlegel, traitant des visées et objectifs de cette action, a été publié dans le dernier numéro de PSYCHOTHERAPIE FORUM; il présente les détails de ce mandat.

Composition de la commission

Pour saisir au moins partiellement la manière dont le débat s’est déroulé au sein de la commission, il est important de savoir qui en fait partie. Markus Fähr a décrit dans le dernier numéro d’*à jour* (ASP) le tour d’adresse politique qui précéda la nomination de ses membres. En fin de parcours, elle incluait trois représentants chacune pour la FSP et l’ASP, ainsi qu’un représentant chacun pour les groupements suivants: les organisations de patients, la Société Suisse de Psychiatrie (SSP) et la Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents (SGJP), ainsi que deux délégués des professeurs de psychologie clinique et de psychiatrie/psychothérapie aux universités – sans

oublier les représentants des caisses maladie. Au début, les assureurs avaient exigé cinq sièges au sein de la commission, mais finalement seuls l’Arcovita et le Concordat des assurances maladie (CSAM) ont envoyé un délégué (qui, dans le cas du CSAM, n’a pas participé à toutes les séances). Quelle que soit la manière dont on choisira d’interpréter l’écart séparant les exigences des assureurs de leur engagement en matière de dialogue avec les fournisseurs de prestations, on constate que de toute évidence ils n’accordent pas priorité à ces échanges – au moins dans le cas de la psychothérapie.

Quelques remarques concernant le débat au sein de la commission

Il est absolument impossible de fournir un véritable compte-rendu de ce débat qui, par moments, a pris une tournure presque grotesque. Je me contente donc de mentionner et de commenter quelques points qui me paraissent significatifs et représentatifs du tout. Dans son projet, Mattanza se déclare favorable à une procédure tenant compte de la diversité des méthodes, telle qu’elle se trouve dans la pratique, ainsi qu’à un modèle d’évaluation axé sur la pratique, qui “prenne en considération le fait que le discours philosophique, scientifique et épistémologique relatif à une définition de la santé psychique n’est pas clos du tout et que donc la définition des objectifs de la psychothérapie et des critères de son succès demeure ouverte” (Mattanza, 1997, 2e projet, p. 40, *notre traduction*). Ceci implique que les critères devant servir à évaluer “l’utilité” d’une méthode de thérapie ne peuvent pas simplement – et uniquement – être dérivés des études expérimentales menées par la recherche traditionnelle de type psychologique. En effet, au niveau de la recherche en psychothérapie une situation expérimentale n’a que peu de rapports avec ce qui se passe vraiment dans la pratique.

Comme il fallait s’y attendre, le débat s’est essentiellement centré sur des questions de ce type, et s’est polarisé à ce niveau. Des écarts se sont progressivement dessinés entre ceux qui suivaient les arguments de Mattanza, même si par moments ils adoptaient une attitude critique ou plaçaient des priorités différentes, et ceux qui les rejetaient de manière plus ou moins globale. Une fois de plus, on a enregistré – sans surprise – la présence de deux camps: les partisans des approches de type psychodynamique et humaniste d’un côté et ceux des méthodes cognitivo-behaviorales de l’autre. Ou en d’autres termes, celui des praticiens – membres des différentes écoles – et des chercheurs fidèles à l’empirisme; ou encore celui de ceux qui reconnaissent et acceptent les différences et celui de ceux qui soutiennent une psychothérapie générale et unifiée. Pour certains, la psychothérapie est avant tout et essentiellement un travail psychique accompli par un sujet; pour d’autres, elle est traitement par le/la thérapeute. Et dans ce deuxième sens, le traitement psychothérapeutique est science appliquée et même, dans le cas idéal, application d’un manuel élaboré par les chercheurs.

Des distances énormes séparent ces deux positions, non pas tant parce qu’elles diffèrent dans leur approche que parce que, du point de vue de la psychologie clinique, les différentes écoles ne devraient pas exister. Que ce soit explicitement ou implicitement, la psychologie clinique considère la psychothérapie comme une psychologie appliquée; de plus, l’approche cognitivo-behaviorale ou “générale” représente la psychothérapie, celle qui est la seule à avoir un avenir et à pouvoir prétendre être dotée d’un caractère scientifique. Les questions épistémologiques de base ne se posent même pas, car on sait déjà ce qui est scientifique et ce qui ne l’est pas.

Les partisans de méthodes axées sur la thérapie du comportement ne semblent pas comprendre qu’en réalité pratique et recherche ne sont pas la même chose et qu’aucune pratique, pas même la pratique thérapeutique, n’est simple application de connaissances scientifiques. Le genre de recherche dont les représentants de la psychologie clinique au sein de la

commission se sont déclarés partisans ne s'intéresse pas à la pratique qui pourtant devrait constituer son fondement. Ces personnes n'entendent pas volontiers dire, par exemple, que "la 'recherche différentielle en psychothérapie' semble être en voie de disparition" (Mattanza, p. 29), car ce point de vue pourrait détruire l'illusion selon laquelle un jour, chaque trouble spécifique – si tant est que ce genre de chose existe – pourrait disposer de sa thérapie spécifique. Et si l'on est d'accord avec Mattanza pour dire que "les simples procédures statistiques ne peuvent être utilisées pour mettre en évidence des déroulements thérapeutiques" (ibid.), on s'entend répondre que c'est précisément la raison pour laquelle les statisticiens ne cessent d'affiner leurs méthodes. Ceci est bien évident. Mais comparée à la réalité psychique comme à la complexité et à la nature individuelle du psychisme, même la méthode statistique la plus raffinée paraît simpliste et le dire n'est pas condamner l'ensemble des méthodes statistiques – c'est ce que les chercheurs formés aux méthodes expérimentales n'arrivent pas vraiment à comprendre.

C'est sans doute la raison pour laquelle leur enthousiasme pour les études naturalistes demandées par les praticiens demeure très limité. Ils tentent alors d'écarter les travaux axés sur la pratique (et le principe de la catamnèse), qui mettent en question les résultats acquis par la recherche expérimentale, en critiquant leur méthodologie – qui, nous l'admettons, est encore loin d'être élaborée dans ses plus petits détails. Les analystes et thérapeutes qui travaillent selon une approche "dynamique" et qui considèrent comme une évidence qu'une évolution du monde intérieur du patient représente une condition sine qua non de tout "succès" thérapeutique durable savent parfaitement, par exemple, que les traitements de longue durée ont des effets plus durables que les thérapies brèves, que la formation de base du thérapeute joue un rôle moins important que sa formation spécialisée, et que les interventions des assureurs – choix du thérapeute et durée du traitement – ont des conséquences négatives. Au lieu de considérer ces acquis comme un défi, les chercheurs

empiriques et les assureurs voient apparemment en eux une menace à leur égard.

Durant les débats, les empiristes – représentés par les professeurs de psychologie et la FSP – se firent beaucoup entendre et utilisèrent un ton autoritaire; mais progressivement, les praticiens firent front, utilisant d'excellents arguments pour protester avec entêtement contre la réduction de la psychothérapie aux méthodes cognitivo-comportementales pouvant être étudiées par le biais des statistiques seulement. Pour une fois, psychothérapeutes médecins et non-médecins associèrent (plus ou moins) leurs efforts. Au moment où cette évolution commença à se dessiner et que le fantôme d'une psychothérapie générale – qui est en réalité une méthode spécifique – fut en passe de disparaître, le représentant du concordat des assureurs quitta la séance, justifiant son départ en disant que l'on n'avait

pas traité des questions essentielles. Le représentant de la Société Suisse de Psychiatrie ayant émis de violentes protestations, avec l'approbation (tacite) de la plupart des participants, cette personne devint toute rouge – ce qui ne l'empêcha pas de se retirer. On peut interpréter ce départ de différentes manières, mais il n'est certainement pas signe de respect pour les efforts entrepris par la Confédération, les universités, les psychothérapeutes engagés et les associations professionnelles. Il reste que le représentant des assureurs n'aurait pas pu s'exprimer de manière plus claire et plus concrète.

Il nous reste à souhaiter que de nombreux collègues participent à l'atelier du 25 novembre 1997, pour y apprendre directement d'où souffle le vent.

Heinz Müller-Pozzi
Psychanalyste

Psychotherapeuten-Verordnung zum KVG weiter verzögert

Auch auf 1. 1. 98 wird die Verordnung nicht in Kraft gesetzt. Warum die weitere Verzögerung? Ein Hindernis löst das andere ab. Die Hauptwidersprüche:

Seit Herbst 96 spricht sich das *Konkordat der Krankenkassen* absurderweise gegen den vorliegenden Verordnungsentwurf aus. Damit nehmen die Krankenversicherer ihre, ihnen vom Gesetz her neu zugeordnete Rolle als Qualitätsüberwacher nicht wahr.

Weniger erstaunlich ist, dass die *psychiatrische und die kinderpsychiatrische Gesellschaft* die selbständige Tätigkeit der nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen kontrollieren wollen und jetzt ebenfalls beim BSV intervenieren.

Die *Ärztegesellschaft des Kantons Zürich* hat beschlossen, sie sei für eine Kosteneindämmung im Gesundheitswesen durch die Drosselung neuer Leistungserbringer, das heisst für numerus clausus und gegen die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten.

Die *Schweizerische Gesellschaft für Psychologie* unter der Leitung der Professoren für klinische Psychologie blockiert die Verhandlungen mit dem Anspruch, Psychotherapie sei als eine Spezialisierung der klinischen Psychologie zu regeln, alles andere sei unwissenschaftlich.

Der *Nationalrat* nimmt am 20. Juni zur Forderung nach einem Moratorium Stellung. Die Gefahr, dass der deklamatorische Sparwille des Parlaments über die Vernunft siegt, ist gross. Konkret hiesse das, dass der Druck auf den Bundesrat sehr gross würde, die Psychotherapeuten ganz oder partiell bis Ende 1999 vom KVG zu streichen.

Was tut der SPV?

Mit den Vertretern vom KSK (*Konkordat der Krankenversicherer*) haben wir Gespräche geführt und unsere Bereitschaft für Regelungen signalisiert, bei denen mit Global-

budget und Plafonierung der Bezüge sowie mit Modellen mit erhöhter Beitragspflicht. Verträge möglich würden, bei denen die gefürchtete unkontrollierbare Kostenexplosion unmöglich ist.

Mit der FSP (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen) konnten wir in der „Anti-Moratoriumskampagne“ zusammenspannen. Grosse Patienten-Organisationen haben vorgeschlagen, die Kräfte für Psychotherapie zu sammeln. So konnten wir, FSP, SPV, Dachverband der Patienten-Stellen, Pro Mente Sana und SGSG, Schweizerische Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen, einen gemeinsamen Brief an die Nationalräte/Nationalrätinnen schicken, weitere gemeinsam getragene PR-Aktivitäten sind geplant gegen das Moratorium und für die Verordnung und können auf SPV-Seite dank einer speziellen Finanzierungsaktion durchgeführt werden.

An die Kassen gerichtet läuft eine Briefaktion, bei der PatientInnen und TherapeutInnen den Kassen konkrete Fälle mitteilen, bei denen die Leistungen ungenügend sind und die Versorgung gefährdet ist. Die Kopien gehen an Pro Mente Sana, welche diese

Briefe sammelt, um sie in der Argumentation zu benützen.

Die involvierten Bundesämter, vor allem das BSV, arbeiten korrekt mit uns zusammen und bedauern die Verzögerung, die sich durch die Einmischung von Gruppierungen ergibt, die selbst nicht der Verordnung unterstehen werden. Die Beziehungen zwischen dem BSV und den Krankenkassen sind wegen vieler anstehender Probleme – nicht nur wegen unserer Verordnung – sehr gespannt.

Lange Zeit hatten wir die Situation, dass unser Verhandeln und unsere Suche nach vertretbaren Kompromissen in den unterschiedlichen Standpunkten entscheidend war. Dies ist jetzt nicht mehr so. Es liegt ein Verordnungsentwurf des BSV vor, dem die qualifizierten Berufsverbände SPV und FSP sowie die Sanitätsdirektorenkonferenz bereits im Herbst zugestimmt haben.

Wir kämpfen darum, dass die Konsens-Verordnung jetzt wirklich umgesetzt wird und die Grundversicherung in Psychotherapie endlich qualitativ und quantitativ genügt.

*Lic. phil. Ursula Walter
Co-Präsidentin des SPV*

querait de sérieux sur le plan scientifique.

Le 20 juin, le *Conseil national* doit prendre position au sujet du moratoire demandé. On risque bien d'y voir l'emporter les partisans des déclarations soulignant la volonté de faire des économies plus que ceux de la raison. Concrètement, cela signifierait que le Conseil fédéral serait soumis à de fortes pressions pour que les psychothérapeutes soient entièrement ou partiellement éliminés de la LAMal jusqu'à la fin 1999.

Que fait l'ASP?

Nous avons eu des entretiens avec des représentants du CCMS (Concordat des caisses maladie suisses) et leur avons signalé que nous serions disposés à accepter des réglementations permettant d'inclure un budget global et un plafonnement des versements ou une augmentation des primes, ce qui permettrait de ratifier des contrats rendant impossible l'explosion des coûts qu'ils craignent tant.

Nous avons pu nous associer à la Fédération Suisse des Psychologues et à d'autres groupements de psychologues pour lancer une "campagne anti-moratoire". Les principales organisations de patients ont proposé que soient regroupées toutes les forces en faveur de la psychothérapie. C'est ainsi que la FSP, l'ASP, l'union faitière des bureaux en faveur des patients, Pro Mente Sana et la SGSG, ainsi que la Schweizerische Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (la Société suisse pour un régime sanitaire social) ont adressé un courrier commun aux conseillers/conseillères nationaux. D'autres actions RP communes sont prévues, contre le moratoire et en faveur de l'ordonnance. L'ASP dispose de fonds recueillis lors d'une action spéciale, qui lui permettent de participer à cette démarche.

Actuellement, des lettres sont adressées aux caisses maladie, dans lesquels patient/es et thérapeutes communiquent à ces dernières des données concernant des cas concrets dans lesquels les prestations sont insuffisantes et l'offre n'est pas garantie. Copies de ces courriers sont envoyés à Pro Mente Sana, qui s'en servira comme base d'argumentation.

Les offices fédéraux concernés, et surtout l'OFAS, collaborent de manière

Encore des délais pour l'ordonnance en matière de psychothérapie (LAMal)

Cette ordonnance ne pourra pas entrer en vigueur au 1. 1. 98.

Quelles sont les causes de ces délais supplémentaires?

De manière assez absurde, le *Concordat des caisses maladie* a décidé à l'automne 96 de prendre position contre le projet d'ordonnance existant. Ce faisant, les assureurs maladie n'assument pas le rôle qui leur a été attribué par la nouvelle loi, c'est-à-dire qu'ils ne contrôlent pas la qualité.

On s'étonnera moins du fait que les *sociétés regroupant les psychiatres pour adultes et les pédiatres spécialisés en psychiatrie* tentent d'exercer un contrôle sur les psychothérapeutes non-médecins indépendants; elles

sont également intervenues auprès de l'OFAS.

La *Société des médecins du canton de Zurich* a décidé de se déclarer favorable à une réduction des coûts de la santé qui serait obtenue en limitant le nombre des nouveaux fournisseurs de prestations; elle est donc partisane d'un *numerus clausus* et prend position contre les psychothérapeutes non-médecins.

Sous l'égide des professeurs de psychologie, la *Société suisse de psychologie* bloque les négociations en exigeant que la psychothérapie soit réglementée en tant que spécialisation ouverte aux psychologues cliniques. Selon elle, toute autre solution man-

re très correcte. Ils regrettent que des délais ait été provoqués par l'inter-vention de différents groupements qui ne seront pas eux-mêmes touchés par l'ordonnance. Les rapports entre l'OFAS et les caisses maladie sont très tendus, du fait que de nombreux problèmes doivent être résolus – et pas seulement au niveau de la réglementation mentionnée.

Pendant longtemps, nous nous sommes trouvés dans une situation où les négociations que nous menions et la recherche de compromis acceptables jouaient un rôle décisif. Il en va maintenant autrement. L'OFAS a présenté un projet d'ordonnance qui a été approuvé dès l'automne dernier par l'ASP et la FSP (les groupements professionnels qualifiant les thérapeutes), ainsi que par la Conférence des directeurs des affaires sanitaires.

Nous luttons pour que cette ordonnance – qui bénéficie d'un consensus – soit vraiment mise en application et pour que l'assurance de base couvre enfin la psychothérapie de manière satisfaisante, du point de vue qualitatif comme du point de vue quantitatif.



Ursula Walter, lic. phil.
co-présidente ASP

rich (PSZ) (Dittrich und Baumann, 1995), bei der 430 der 545 PsychotherapeutInnen antworteten (79,8%), wurde eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 17,1 Stunden errechnet. Eine Umfrage unter analytischen PsychologInnen und Psychologen (Mattanza, 1995) ergab einen Mittelwert von 19 Stunden pro Woche. Eine Studie des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie (WLP) kam auf 17,8 Stunden pro Woche. Die Stundenzahl der Wiener-Studie ist in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse, da es sich offenbar um berufsspezifische Durchschnittswerte in einem ähnlichen gesellschaftlichen und kulturellen Umfeld handelt. D.h., PsychotherapeutInnen arbeiten gemessen an den blossen Patienten-Stunden-Zahlen „weniger“ als andere Berufe. Die „stille“ Hintergrundarbeit (Fortbildung, Verarbeitung der intensiven Erfahrungen mit den Patienten, andere ausgleichende Tätigkeiten) scheint in diesen Durchschnittswerten nicht auf. Dass bei der Berechnung des psychotherapeutischen Angebots nicht von Wochenarbeitszeiten wie bei den Ärzten ausgegangen werden kann, belegen zudem folgende Zahlen: Nur 20 Prozent der TherapeutInnen geben in der SPV-Studie an, voll (d.h. 30 Stunden pro Woche) arbeiten zu wollen. Dies hat auch damit zu tun, dass der Anteil der Frauen bei den PsychotherapeutInnen 60 Prozent beträgt.

M. Fäh-Barwinski und M. Schlegel

Jährliche Kosten der Psychotherapie durch nichtärztliche TherapeutInnen zulasten der sozialen Krankenversicherung

Im Rahmen der Ausarbeitung der Verordnung über die Zulassung der nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung bat das Bundesamt für Sozialversicherung den Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV) um eine Schätzung der zu erwartenden jährlichen Kosten.

Verschiedene Umfragen unter PsychotherapeutInnen in der Schweiz erlauben es, den ungefähren Aufwand für nichtärztliche Psychotherapie zulasten der KV mit einer gewissen Plausibilität abzuschätzen.

Der SPV führte bei den auf den PsychotherapeutInnen-Listen des SPV, der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) und den in den Verbänden der Delegiertenkammer des SPV organisierten PsychotherapeutInnen eine Umfrage durch, bei der neben soziodemographischen Daten auch die Art der Beschäftigung, die Arbeitszeit und Einkommensdaten erhoben wur-

den (Schlegel, 1994). Der Rücklauf betrug 40 Prozent (678 von 1700 Adressaten), was eine genügende Repräsentativität garantiert.

1. Wochenarbeitszeit psychotherapeutischer Arbeit auf eigene Rechnung

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit betrug über alle 678 PsychotherapeutInnen gemittelt 28 Stunden. Diese Arbeitszeit verteilt sich auf verschiedene Arbeitsfelder (psychotherapeutische Arbeit, Lehrtätigkeit, Supervision). Die im engeren Sinne psychotherapeutische und beratende Tätigkeit auf eigene Rechnung betrug bei den 601 Therapeutinnen, welche auf eigene Rechnung arbeiten (Total minus 77 rein unselbständig Erwerbende), **16,8 Stunden pro Woche**.

Zu ähnlichen Zahlen kommen auch andere Umfragen: In einer Umfrage des Psychoanalytischen Seminars Zü-

2. Geschätzter Anteil der psychotherapeutischen Arbeit zulasten der Krankenversicherung

In der SPV-Umfrage wurde der Anteil der Krankenbehandlungen an den 16,8 Stunden therapeutischer und beratender Tätigkeit nicht erhoben. Die Lehrtherapien wurden mit durchschnittlich 5,3 Wochenstunden separat erfasst. Die erwähnte Wiener Studie kam auf einen Anteil von 60% Krankenbehandlungen am Gesamt der therapeutisch/beraterischen Tätigkeit.

Es ist realistisch, diese Proportionen auf die Schweiz zu übertragen. Dies wird auch durch die PSZ-Umfrage gestützt, in der die TherapeutInnen den Anteil der Krankenbehandlungen schätzten. Die häufigste Kategorie war 51 bis 75%. Überträgt man die

Schätzung von 60 Prozent Krankenbehandlungen auf die durchschnittliche psychotherapeutische Wochenleistung von ca. 17 Stunden, so ergibt sich eine durchschnittliche psychotherapeutische Arbeitsleistung zulasten der Krankenversicherung pro Woche von aufgerundet **11 Stunden pro Woche**.

3. Schätzung der nichtärztlichen psychotherapeutischen Krankenbehandlungen pro Jahr

Für die Schätzung des Aufwands ist noch nicht erheblich, wieviele Kosten durch Einsparungen bei anderen Leistungen in Form eines indirekten Nutzens eingespart werden (siehe dazu Punkt 5). Da verschiedene unbekannte Faktoren hineinspielen, gehen wir von einer konservativen und einer progressiven Schätzung aus. Die konservative Schätzung nimmt an, dass der Anteil der Krankenbehandlungen an der psychotherapeutischen und beraterischen Arbeit auf eigene Rechnung bei 60 Prozent verharren wird. Die progressive Schätzung nimmt an, dass er steigen wird, aber nicht über das Niveau der heutigen gesamten psychotherapeutischen Arbeit von 17 Stunden.

Konservative Variante:

11 Stunden/Wo. zulasten KVG

Progressive Variante:

17 Stunden pro Woche zulasten KV

multipliziert mit 42 Arbeitwochen (Durchschnittswert in allen Erhebungen), ergibt

Konservative Variante:

462 Stunden/Jahr pro Th.

Progressive Variante:

714 Stunden/Jahr pro Th.

multipliziert mit 1872 PsychotherapeutInnen (960 SPV-, 920 FSP-Mitglieder, 700 andere über die Delegiertenkammer des SPV erfasste qualifizierte PsychotherapeutInnen, minus 500 Doppelm Mitglieder, minus 10 Prozent unselbständig Erwerbende), ergibt:

Konservative Variante:

864 864 Stunden

Progressive Variante:

1 336 608 Stunden

multipliziert mit einem Durchschnittshonorar von sFr 140,-/Stunde, ergibt dies:

Konservative Variante:

121 080 960 sFr

Progressive Variante:

187 125 120 sFr.

Die Spannbreite des zu erwartenden jährlichen Aufwands für nicht-ärztliche Psychotherapie zulasten der KV beträgt also 121 bis 187 Mio. Franken.

4. Vergleich unserer Kostenschätzung mit den Erwägungen des Forschungsgutachtens zu den Fragen eines Psychotherapeutengesetzes

Im Forschungsgutachten, welches zur Vorbereitung des Deutschen Psychotherapeuten-Gesetzes ausgearbeitet wurde (Meyer et al., 1991) schätzten die Gutachter den Finanzierungsbedarf wie folgt. Sie gingen von der Formel

jährliche Kosten = Versorgungsdichte x Prävalenz x Leistungsintensität x Anzahl Therapeuten x Honorarsatz

aus. Umgerechnet auf die Schweiz ergäbe dies folgendes:

Als 1-Jahres-Prävalenz (d.h. pro Jahr sich bei einem Psychotherapeuten in Behandlung befindlicher Anteil der Bevölkerung) muss maximal 0,6 Prozent, realistischere Weise 0,4, minimal 0,16 Prozent eingesetzt werden (Werte aus dem deutschen Gutachten). Die Versorgungsdichte errechnet sich aus dem Quotienten der Anzahl Versicherter dividiert durch die Anzahl selbständig erwerbstätiger nichtärztlicher PsychotherapeutInnen (3739 Versicherte pro Therapeut).

Die Leistungsintensität, d.h. die durchschnittliche Anzahl Psychotherapiestunden pro Jahr pro behandelten Patienten, beträgt 45 Stunden (etwas mehr als eine Stunde pro Woche).

Die Anzahl Therapeuten beträgt 1872, der Honorarsatz 140 Franken.

Daraus ergeben sich:

264,577 Mio. Franken bei einer Maximal-Prävalenz von 0,6 Prozent als Maximalschätzung,

176,385 Mio. Franken als realistische Schätzung,

70,554 Mio. Franken als Minimal-schätzung.

Mit der Berechnungsmethode des Forschungsgutachtens kommt man also zu ähnlichen realistischen Schät-

zungen für die jährlich anfallenden Kosten für nichtärztliche Psychotherapie wie durch unsere eigenen angebotsorientierten Erhebungen.

5. Schätzung der zu erwartenden Kostenminderungen (indirekter Nutzen)

Psychotherapeutische Behandlungen führen zu einem Einsparungseffekt bei anderen Behandlungskosten: Weniger Arztkosten, reduzierter Medikamentenkonsum und Verringerung der Krankenhaustage wurde in verschiedenen Studien gefunden (Dührsen und Jorswieck, 1965; Thomas und Schmitz, 1993). Durch rechtzeitig eingeleitete Psychotherapie werden die heute noch üblichen durchschnittlich 8 Jahre Behandlungsaufschub oder medizinische Fehlbehandlung bis zur Erstkonsultation eines Psychotherapeuten verkürzt und entsprechende Einsparungen erzielt. Dieses Einsparungspotential ist beträchtlich, wenn man bedenkt, dass 38,4 bis 41,8 Prozent der Patienten in Allgemeinkrankenhäusern und 25 bis 28 Prozent der internistischen Patienten eine psychotherapeutische Mitbehandlung benötigen. Die kostentreibenden Chronifizierungen, Hospitalisationen und Invalidisierungen können durch Psychotherapie vermieden werden (Lamprecht, 1996; Stuhr und Haag, 1989; Haag et al., 1992; Bolk, 1995).

Die Studie von Heinzl et al. (1996) rechnet in den ersten 27 Monaten nach Behandlungsende mit Einsparungen von 8 478,- bis 14 330,- DM (je nach gewählter Methode). Obwohl Übertragungen dieser Studie mit Vorsicht zu machen sind (wegen der Einschränkungen auf bestimmte Methoden und eine zu kurze Katanese-Dauer) lässt sich doch eine plausible Schätzung der durchschnittlichen Einsparungen in den ersten zwei Jahren nach Therapie-Ende von ca. 10 000 Franken pro Psychotherapie-Patient machen. D.h., pro abgeschlossene Therapie ist pro Patient und pro Jahr nach Therapie-Abschluss ein jährliches Sparpotential von 5 000 Franken zu erwarten. Bei intensiven Langzeit-Therapien, die erwiesenermassen zu längerfristigen und solideren Heilungseffekten und Kosteneinsparungen führen (siehe Sandell, 1996), kumulieren sich die Spareffekte für jedes Lebensjahr

nach Therapie-Ende (für 15 Jahre z.B. 75 000 Franken). Umgerechnet auf die Schweiz und unter der Annahme, dass in einer Psychotherapiepraxis jährlich zehn Therapien abgeschlossen werden (Therapien mit einer bis zwei Wochenstunden sind der häufigste Fall), so ergäbe dies im Jahre 1 nach Einführung der Verordnung über die nichtärztliche Psychotherapie eine Einsparung von **93,6 Mio. Franken**.

Dieser Sparpotential würde sich bei einhaltender Besserung der Patienten mit abgeschlossenen Therapien um die jährlich neu abschliessenden Patienten kumulieren. D.h., das jährliche Sparpotential müsste über die Jahre zunehmen. Er würde gemindert durch die Kosten, die durch jene Patienten verursacht werden, die sich verschlechtern. Intensive Langzeit-Therapien, welche im Gegensatz zu kurzen und wenig intensiven Therapien zu einer soliden Besserung führen (siehe Sandell, 1996), verstärken also das kumulierte Sparpotential. Die genügende Versorgung mit Psychotherapie ist somit ein Ansatz zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen: D.h., es steht zu erwarten, dass selbst die bei progressiver Kostenschätzung zu erwartenden Ausgaben für nicht-ärztliche Psychotherapie durch die kumulierten Einsparungen bei anderen Kosten kompensiert werden.

6. Zusammenfassung der Kostenschätzung

Anzahl Therapeuten: 1872

Maximalpensum: 30 Stunden pro Woche (nur von 20 Prozent der Th. angestrebt)

Realpensum Psychotherapie und Beratung: 17 h pro Woche

Davon zulasten der KV: **11 h pro Woche min., 17 h pro Woche max.**

Arbeitswochen: 42

Jährlicher Aufwand: **min. 121 Mio. sFr, max. 187 Mio. sFr** (Angebots-Schätzung), **176 Mio. sFr** (Bedarfs-Schätzung)

Indirekter Nutzen

pro Jahr nach Therapie-Ende pro Pat. ca. 5000 Franken Einsparungen an

Arzt-,Medikamenten- und Krankenhauskosten, d.h. gesamthaft pro Jahr **94 Mio. Franken**.

Literatur

- Bolk R (1985) Gibt es „Erste Hilfe-Patienten“ im Allgemeinen Krankenhaus, die in den psychiatrischen und psychosomatischen Aufgabenbereich fallen? Spektrum 5: 263–270
- Dittrich A, Baumann H (1995) Umfrage am Psychoanalytischen Seminar Zürich über die Arbeitssituation
- Dührssen A, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Der Nervenarzt 36: 166–169
- Heinzel R, Breyer F, Klein T (1996) Ambulante Psychoanalyse in Deutschland. Eine katamnestiche Evaluationsstudie. Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Konstanz
- Lamprecht F (1996) Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 46: 283–291
- Linder W (1995) Krankenbehandlung durch Psychotherapeuten in Österreich – Daten aus der Studie des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie. Psychother Forum [Suppl] 3/3: 121
- Mattanza G (1995) Jungianer und Psychotherapieforschung. Erhebung sozio-

demographischer Daten über Analytische PsychologInnen in der Schweiz. Diplomthesis, C. G. Jung-Institut, Zürich

- Meyer A-E, Richter R, Grawe K, Graf v d Schulenburg J-M, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf
- Sandell R (1996) The Stockholm Study on the efficacy of long-term psychoanalytic therapy and psychoanalysis. Unpublished paper presented at the Herbsttagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung, 23. November 1996 in Wiesbaden
- Schlegel M (1994) Honorarumfrage unter den PsychotherapeutInnen in der Schweiz. Unveröffentlichte Studie des SPV
- Seligman M (1995) The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. American Psychologist 50/12: 965–974
- Spremann K (1995) Struktur und Entwicklungsszenarien des Angebotes an psychotherapeutischen Leistungen im Kanton Zürich – eine ökonomische Analyse. Universität St. Gallen
- Stuhr U, Haag A (1989) Eine Prävalenz-Studie zum Bedarf psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. Psychother Psychosom Med Psychol 39: 273–281
- Thomas GJ, Schmitz B (1993) Zur Effektivität ambulanter Psychotherapien. Report Psychologie 18: 22–25

M. Fäh-Barwinski et M. Schlegel

Les coûts annuels des psychothérapies menées par des non-médecins à charge de l'assurance maladie sociale

L'Office fédéral des assurances sociales a demandé à l'Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) de présenter une évaluation des coûts annuels à prévoir si l'ordonnance en préparation devait être appliquée, incluant les psychothérapeutes non-médecins dans la catégorie des fournisseurs de prestations remboursées par l'assurance maladie sociale.

Différentes enquêtes menées auprès des psychothérapeutes travaillant en Suisse permettent d'évaluer avec une relative précision les coûts de la psychothérapie non-mé-

dicale qui serait remboursée par l'AMal.

L'ASP a mené une enquête auprès des psychothérapeutes portés sur ses propres listes et sur celles de la Fédération suisse des psychologues (FSP), ainsi qu'auprès des membres des associations affiliées à sa chambre des délégués. En plus de données socio-démographiques, les questions concernaient également le genre d'activité exercée, les temps de travail et les revenus (Schlegel, 1994). Quarante pour-cent des questionnaires ont été renvoyés (678 sur 1700), ce qui

garantit une représentativité suffisante des réponses.

1. Temps de travail hebdomadaire consacré à une activité de psychothérapeute indépendant

En moyenne, ces 678 psychothérapeutes pratiquent leur profession pendant 28 heures par semaine, qui se répartissent en différentes catégories (psychothérapie, enseignement, supervision). Les 601 thérapeutes qui ne sont pas employés (77 du total entrent dans la catégorie 'salariés') *travaillent en tant que psychothérapeutes et thérapeutes-conseil au sens étroit (soit à leur propre compte) pendant 16.8 heures par semaine.*

D'autres enquêtes ont produit des chiffres similaires. Lors d'une enquête menée par le Psychoanalytisches Seminar Zürich (PSZ) (Dittrich et Baumann, 1995) et à laquelle 430 psychothérapeutes sur 545 avaient répondu (79.8%), un temps moyen de travail de 17.1 heures par semaine avait été calculé. Les réponses à un questionnaire adressé aux psychologues-analystes (Mattanza, 1995) indiquent un temps de travail moyen de 19 heures par semaine, alors que selon une étude menée par le Wiener Landesverband für Psychotherapie (WLP) ce même temps est de 17.8 heures par semaine. Les durées tirées de l'enquête viennoise sont particulièrement intéressantes dans ce contexte, car elles montrent que les temps mentionnés correspondent à des valeurs moyennes relatives à l'exercice de la profession dans un contexte social et culturel semblable à celui de la Suisse. Du point de vue du simple nombre d'heures/de patients, les psychothérapeutes travaillent donc "moins" que les membres d'autres professions. Le travail "en arrière-plan" (perfectionnements, gestion des expériences intensives faites avec des patients, autres activités permettant de garder un équilibre personnel) n'est pas compris dans ces chiffres moyens. Le fait que lorsqu'on traduit en chiffres l'offre en psychothérapie, on ne peut pas se fonder sur des temps hebdomadaires de travail correspondant à ceux des médecins, est en outre démontré par les chiffres suivants: seul le 20 pour-cent des thérapeutes inclus dans l'enquête de l'ASP indiquent qu'ils/elles

souhaitent travailler à plein temps (soit 30 heures par semaine). Cet aspect s'explique en partie par le fait que 60% des psychothérapeutes sont des femmes.

2. Evaluation de la part des activités thérapeutiques à charge des caisses maladie

L'enquête menée par l'ASP ne s'est pas intéressée à la proportion des 16.8 heures de thérapie/conseil qui est consacrée au traitement de patients. Par contre, le temps consacré à des thérapies didactiques a été calculé séparément (en moyenne 5.3 heures par semaine). L'étude viennoise mentionnée plus haut indique que 60% du total des activités sont consacrés au traitement de maladies.

Il semble réaliste de transférer ces pourcentages à la Suisse. L'enquête du PSZ soutient cette hypothèse: les thérapeutes devaient estimer la part de leurs traitements consacrée à des malades et la catégorie la plus souvent mentionnée est celle de 51-75%. Si l'on calcule le 60% de 17 heures (activité thérapeutique moyenne) – le résultat de ce calcul indiquant les temps de travail hebdomadaire consacrés à des traitements à charge des caisses maladie – on parvient, en arrondissant, à **11 heures par semaine.**

3. Estimation des traitements de maladies menés par des non-médecins, chiffre annuel

Pour évaluer les coûts de ces traitements, on ne peut pas forcément tenir compte, en un premier temps, des économies faites au niveau d'autres prestations par le biais du facteur 'utilité indirecte' (voir point 5). Dans la mesure où plusieurs facteurs inconnus semblent exercer une influence, nous présentons deux évaluations, l'une conservatrice, l'autre progressiste. Concernant la première approche, on peut considérer que la part des traitements relatifs à des maladies dans les activités de thérapie/conseil exercées en indépendant demeure de 60 pour-cent. Dans le second cas, on assumera qu'elle est plus importante mais n'atteindra pas le niveau du temps consacré actuellement à l'ensemble des activités psychothérapeutiques (17 heures).

Variante conservatrice:

11 heures/semaine à charge de l'Amal

Variante progressiste:

17 heures/semaine à charge de l'Amal

multiplié par 42 semaines de travail (chiffre moyen indiqué par toutes les enquêtes), soit

Variante conservatrice:

462 heures/an par thérapeute

Variante progressiste:

714 heures/an par thérapeute

multiplié par 1872 psychothérapeutes (960 membres ASP, 920 membres FSP, 700 autres membres qualifiés des associations affiliées à la chambre des délégués ASP moins 500 thérapeutes membres de deux associations, moins 10% de thérapeutes salariés), soit

Variante conservatrice:

864 864 heures

Variante progressiste:

1 336 608 heures

multiplié par des honoraires moyens de Fr. 140.– par séance, soit

Variante conservatrice:

121 080 960 CHF

Variante progressiste:

187 125 120 CHF.

Les coûts annuels consacrés par les caisses maladie au remboursement de psychothérapies non-médicales se situent donc entre 121 et 187 mio. francs.

4. Comparaison entre notre estimation des coûts et les considérations contenues dans une expertise scientifique concernant une loi en matière de psychothérapie

Cette expertise a été mandatée dans le contexte de la préparation d'une loi concernant la psychothérapie en Allemagne (Meyer et al., 1991). Ses responsables évaluent les besoins financiers comme suit: ils partent de la formule

coûts annuels = densité de l'offre x prévalence x intensité des prestations x nombre de thérapeutes x montant des honoraires

Si ces catégories sont transférées à la Suisse, on obtient les chiffres suivants:

Pour la prévalence en un an (c'est-à-dire la part de la population qui se trouve en traitement auprès d'un

psychothérapeute / par an): au maximum 0.6%, mais il serait plus réaliste de compter avec 0.4% et au minimum avec 0.16 pour-cent (chiffres tirés de l'expertise ci-dessus). La densité de l'offre est calculée en divisant le nombre d'assurés par celui des psychothérapeutes indépendants non-médecins (3739 assurés par thérapeute). L'intensité des prestations, à savoir le nombre moyen de séances de psychothérapie par an / par patient, atteint 45 heures (un peu plus d'une séance par semaine). Le nombre de thérapeutes est de 1872, le montant moyen des honoraires de Fr. 140.–. Ceci donne:

264.577 mio frs. si la prévalence est fixée au maximum de 0.6 pour-cent

176.385 mio frs. pour une évaluation plus réaliste

70.554 mio frs. si l'on travaille avec des chiffres aussi bas que possible

En utilisant la méthode de calcul dont s'est servie l'expertise en question, on obtient donc des chiffres réalistes similaires à ceux auxquels nous sommes parvenus estimant les coûts de la psychothérapie non-médicale en nous basant sur l'offre.

5. Evaluation des baisses de coûts prévues (utilité indirecte)

Les traitements psychothérapeutiques provoquent un effet d'économie au niveau des coûts d'autres traitements: une baisse des coûts des consultations médicales, ainsi qu'une baisse de la consommation de médicaments et une réduction du nombre de jours d'hospitalisation ont été enregistrées dans le contexte de différentes études (Dührssen et Jorswieck, 1965; Thomas et Schmitz, 1993). En menant à temps un traitement psychothérapeutique, on peut raccourcir le délai de 8 ans qui s'écoule encore actuellement – remise du traitement adéquat à plus tard ou erreurs de traitement – avant que le patient ne consulte un thérapeute et donc obtenir des économies considérables. Ces sommes sont relativement élevées, compte tenu du fait qu'entre 38.4 et 41.8 pour-cent des patients hospitalisés dans des services généraux et entre 25 et 28 pour-cent des patients traités en médecine interne auraient également besoin d'un traitement psychothérapeutique. La psychothérapie permet d'éviter que

les troubles deviennent chroniques et que les patients soient hospitalisés ou ne deviennent invalides – évolutions qui font augmenter les coûts (Lamprecht, 1996; Stuhr et Haag, 1989; Haag et al., 1992; Bold, 1995).

Dans leur étude, Heinzl et al. (1996) calculent qu'au cours des premiers 27 mois suivant la fin du traitement, des économies de 8 478.– à 14 330.– DM (selon la méthode choisie) sont réalisées. Bien qu'il faille être prudent au moment de transférer les résultats de cette étude (car elle s'est limitée à l'examen de certaines méthodes et d'une période de catamnèse courte), il demeure possible d'estimer de manière plausible les économies pouvant être réalisées en moyenne au cours des deux premières années qui suivent la fin de la thérapie: elles sont d'env. 10 000.– Fr. par patient. Ceci signifie que pour chaque thérapie et pour chaque patient, on peut prévoir des économies de l'ordre de Fr. 5 000 par an pour les deux années suivant le traitement. Concernant les thérapies intensives à long terme, dont il a été démontré qu'elles apportent une amélioration de plus longue durée et plus stable – donc des économies plus importantes – (cf. Sandell, 1996), les effets se cumulent pour chaque année suivant la thérapie (et atteignent par exemple Fr. 75 000 en 15 ans). Si nous effectuons le calcul pour la Suisse et assumons que dans chaque cabinet de psychothérapie 10 thérapies se terminent chaque année (les plus fréquentes comptant de une à deux séances par semaine), nous parvenons au chiffre de **93.6 mio frs. d'économies** durant l'année suivant la mise en vigueur de l'ordonnance en matière de psychothérapie non-médicale. L'amélioration de l'état de santé des patients ayant terminé leur thérapie se maintenant, le potentiel d'économies augmentera progressivement au cours des ans puisque d'autres patients ayant terminé leur traite-

ment viendront s'ajouter à eux. Ceci bien que les coûts occasionnés par les patients dont l'état s'est dégradé doivent être déduits du total. Les thérapies intensives à long terme qui, au contraire des traitements plus brefs et moins intensifs, conduisent à une amélioration durable (cf. Sandell, 1996) contribuent à renforcer l'effet d'économie. Une offre suffisante en psychothérapie est donc l'une des conditions qui permettent de freiner l'augmentation des coûts de la santé. En d'autres termes, on peut s'attendre à ce que les dépenses prévues pour les psychothérapies non-médicales soient compensées par les économies cumulées au niveau d'autres coûts – ceci même si l'estimation des coûts de la psychothérapie est "progressiste" (voir plus haut).

6. Synthèse de l'évaluation des coûts

Nombre de thérapeutes: 1872

Temps maximum de travail: 30 heures par semaine (ce que seulement 20 pour-cent des thérapeutes souhaitent)

Temps effectifs psychothérapie/conseil: 17 heures par semaine

dont à charge de l'AMal **11 h minimum à 17 h. maximum / semaine**

Nombre de semaines par an: 42

Coûts annuels: **de 121 à 187 mio de frs.** (estimation sur la base de l'offre), **176 mio de frs.** (estimation sur la base des besoins)

Utilité indirecte

par patient et par an après la fin de la thérapie, env. Fr. 5 000 d'économies (médecin, médicaments, hôpital), soit un total de **94 mio frs.** par an.

Bibliographie voir la version- allemande de l'article.

Wechsel an der DK-Spitze

Wie vor zwei Jahren angekündigt, sind Dr. Rudolf Buchmann und Dr. Mario Schlegel auf die Generalversammlung 97 vom Posten des Obman-

nes resp. des Vizeobmannes der Delegiertenkammer des SPV zurückgetreten. Seit wir unter sehr gespannten Umständen vor 8 Jahren 1989 ge-

wählt wurden, hat sich unvorhersehbar vieles verändert, anderes ist leider sehr gleich geblieben.

Rückblick auf 8 Jahre im Vorstand SPV

Innerhalb der Verbandsführung konnte die Vertrauenskrise überwunden werden. Neue Leitungsstrukturen wurden geschaffen, und um das Vertrauen der Mitglieder wieder zu erwerben, wurde eine Geschäftsprüfungskommission eingesetzt.

In den 8 Jahren arbeiteten wir mit 4 verschiedenen Verbandsleitungen zusammen. Um so bemerkenswerter ist, dass die Arbeit kontinuierlich fortgeführt werden konnte. Die Ära Dr. Ernst Spengler, die auch die Ablösung des Gründungspräsidenten Dr. Heinrich Balmer zu bewerkstelligen hatte, umfasste drei Schwerpunkte: Der Umbau der Verbandsstruktur (vom autokratischen Einmann-System zur kooperativen Verbandsführung), der Beginn der heissen Phase im KVG und die Zürcher Verordnung.

Der Aufbau eines neuen Verbandsorgans „Forum Psychotherapie“ durch Mario Schlegel, das später mit dem österreichischen Forum zu der vorliegenden wissenschaftlichen Zeitschrift zusammengeschlossen wurde, begann ebenfalls in dieser Zeit.

Unter Dr. Josef Jung fand vor allem ein Ausbau der Mitgliederdienstleistungen des SPV statt: Altersvorsorgestiftung, Kollektivversicherungen, Therapieplatzvermittlung usw. „Ausserpolitisch“ blieben das KVG und Zürcher Gesetz zentral. Hinzu kam die Diskussion im Bundesamt für Gesundheit um die Schaffung eines eidgenössischen Titels.

Mit der Kopräsidenschaft Ursula Walter / Dr. Markus Fäh kamen zu den bestehenden Aktivitäten im besonderen die Anstrengungen zur Fortbildung der Mitglieder und die Vertretung der PraktikerInnenseite in der aktuellen Forschungsdiskussion hinzu.

Die politischen Schwerpunkte, die KVG-Anerkennung und der Kampf um ein Zürcher Psychotherapeutengesetz dauern nach wie vor mit zunehmender Härte an.

Über alle Jahre leider auch gleichgeblieben ist die Kontroverse mit der FSP. Hofften wir mit einer neuen Verhandlungsdelegation von seiten

des SPV zu Beginn noch auf einigermaßen faire Verhandlungsmöglichkeiten mit der langsam wachsenden FSP, hatsich dies nach vielen Anläufen immer wieder als Illusion erwiesen. Wir haben mit drei verschiedenen Präsidenten der FSP und mit 4 verschiedenen Präsidenten des SPV Verhandlungen über eine Kooperation geführt und zu vermitteln versucht. Heute muss ich feststellen, dass die Haltung des SPV in dieser Zeit immer flexibler und pragmatischer wurde, dies aber auf der Seite der FSP keine Veränderungen zum Positiven bewirkt hat.

8 Jahre in der Delegiertenkammer

Die Delegiertenkammer sollte nicht nur ein Finanzierungsinstrument für den SPV sein, sondern auf inhaltliche Diskussion und Mitbestimmung im Verband hin organisiert und zu einem echten Sprachrohr der Verbände für die SPV-Verbandspolitik gemacht werden. Wir führten daher regelmässig Umfragen zu hängigen politischen Zielsetzungen durch. Im Rahmen der Entwicklung der Charta wurden diese Aktivitäten mehr und mehr in den Hintergrund geschoben. Mit der Entwicklung des „à jour“ glaube ich, dass diese Lücke auch weitgehend geschlossen wurde. Verbands- und Kollektivmitglieder (Delegierte) sind so optimal auf dem Laufenden, was im Verband geschieht, dass sie sich jederzeit melden oder einschalten können, wenn sie dies für notwendig halten.

Entwicklung der Charta

Die folgenschwerste Initiative im Rahmen der DK und über diese hinaus war zweifellos die Idee, als inhaltlichen Schwerpunkt eine Diskussion über die Schulengrenzen hinweg in Gang zu bringen. Wir, d.h. Mario Schlegel, Jo Vetter und ich, bereiteten eine erste Sitzung vor, die eigentlich nur als Diskussionsrunde gedacht war. Eingeladen waren *nicht nur* die Verbände, die in der DK vertreten waren, sondern alle ausbildenden Institutionen der Deutsch- und der Westschweiz., die wir kannten. Insbesondere weise ich darauf hin, dass der Text auch von der SGGT (Gesprächspsychotherapeuten) miterar-

beitet worden ist. Die Verhaltenstherapeuten waren eingeladen, reagierten aber weder mit Erscheinen noch mit Abmeldung. Die erste Sitzung 1989 verlief so interessant, dass am Ende der Beschluss gefasst wurde, einen gemeinsamen, schulübergreifenden Text zu erarbeiten, der den Begriff Psychotherapie gemeinsam definiert und minimal standards der Ausbildung zum Psychotherapeuten festschreibt. Daraus ist die Charta entstanden, die 1991 als Text fertiggestellt wurde.

Die Überprüfung der eingereichten Unterlagen unterschriftswilliger Institutionen und Verbände dauerte bis 1993. In den letzten 4 Jahren wurden die Vereinbarungen ausgebaut. Über den Entwicklungsverlauf und Aufbauprozess der Charta gibt ein weiterer Artikel in diesem Forum Auskunft „Aktive Qualitätssicherung ...“ Ausführlicher über die Entwicklung seit 1989 ist der Text der Rücktrittsrede des Obmannes R. Buchmann, der im à jour Mai 97 veröffentlicht ist.

Die Entflechtung von Charta und SPV: Neues Büro DK

Die Erfahrung dieser 8 Jahre führte uns zur Überzeugung, dass es für die weitere Entwicklung sowohl der berufsständischen Anliegen der nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen als auch der Ausbildungsqualität und Wissenschaftsentwicklung in Psychotherapie besser sein könnte, die Charta und den SPV organisatorisch zu entflechten.

Ein erster Schritt erfolgte durch die personelle Trennung des Obmann-Amtes von der Koordinationsaufgabe der Charta.

Mit Dr. Peter Holderegger (Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeut in St. Gallen/Arbon) als neuer Obmann und Karl Bruder (Gestalttherapeut Liestal BL) als Vizeobmann der DK ist das Büro neu besetzt. Im DK-Büro war seit unserer Amtsübernahme Ernst Kern (Individualpsychologe, Zug) dritter im Bunde. Er hat sich im Aufbau einer gerechten Abrechnungsform der DK-Beiträge grosse Verdienste, EDV-Kenntnisse und taktische Erfahrungen im Umgang mit den Verbänden geholt. Er bleibt in der Funktion des Kassiers des Delegiertenfonds im Büro.

Charta als eigenständiger Verein

Die Leitung der Charta bleibt vorläufig bei Rudolf Buchmann. Die schon weit vorangeschrittene innere Organisation der Charta soll sich zu einem eigenständigen Verein ausbauen, der Austausch zwischen den Ausbildungsinstitutionen und Fachverbänden, Qualitätssicherung in der Ausbildung und Wissenschaftsentwicklung zum Zweck haben wird, aber keine berufspolitischen Ziele im engeren Sinne verfolgen soll.

Wir hoffen, durch klare Trennung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten und enge Kooperation zwischen den Verbänden, eine nachhaltige Förderung aller Anliegen im Feld der Psychotherapie zu erreichen.

Rudolf Buchmann
Mario Schlegel

dents de l'ASP, tentant d'établir une coopération et de servir d'intermédiaire. Nous constatons aujourd'hui que durant cette période, l'attitude de l'ASP a évolué vers plus de flexibilité et de pragmatisme, mais que ceci n'a malheureusement pas entraîné de changements positifs du côté de la FSP.

Huit ans à la chambre des délégués

Il ne fallait pas que la chambre des délégués serve simplement à financer l'ASP; elle devait également mener un débat de contenu et s'organiser de manière telle qu'elle puisse avoir droit de co-option au sein de l'association, devenant ainsi un véritable porte-parole des associations dans le contexte de la politique menée par l'ASP. C'est pourquoi, durant les premières années nous avons mené à intervalles réguliers des enquêtes concernant les objectifs politiques à poursuivre. Ces activités ont passé de plus en plus en arrière-plan durant la période d'élaboration de la CHARTE. A notre avis, la création de "à jour" a relativement bien permis de combler cette lacune. Cette publication offre aux membres des associations et aux membres collectifs (délégués) une excellente possibilité de se tenir au courant, ce qui leur permet d'intervenir à chaque fois qu'ils le jugent utile.

Evolution de la CHARTE

L'initiative qui a eu le plus de conséquences pour la CD et même au-delà de cette dernière, fut sans aucun doute l'idée de lancer un débat sur les contenus de la psychothérapie, en dehors de toute école. Nous – soit Mario Schlegel, Jo Vetter et Rudolf Buchmann – avons préparé une première séance qui ne devait en fait être que simple débat. Nous n'y avons pas seulement invité les associations représentées au sein de la CD, mais bien toutes les institutions de formation que nous connaissions en Suisse romande et alémanique. Nous nous permettons de signaler plus particulièrement le fait que la SGGT (thérapie par entretiens) avait collaboré à la préparation du texte. Les thérapeutes du comportement avaient été invités, mais ne réagirent pas à notre proposition. La première réunion, en 1989,

Changements à la tête de la CD

Comme annoncé il y a deux ans, lors de l'assemblée générale 97 Rudolf Buchmann et Mario Schlegel ont démissionné de leurs postes de préposé et de vice-préposé de la chambre des délégués de l'ASP. Depuis notre élection, il y a 8 ans – en 1989, la situation d'alors étant plus que tendue – plus de choses que prévu ont changé; d'autres aspects n'ont malheureusement pas évolué du tout.

Huit ans au comité ASP

Le comité a réussi à surmonter la crise de confiance qui se développait. De nouvelles structures et une commission de contrôle de gestion ont été créées, dans le but de regagner la confiance des membres.

Durant ces huit années nous avons travaillé avec quatre organes de direction différents. Ceci étant dit, il paraît d'autant plus remarquable que le travail ait pu se poursuivre dans une certaine continuité. La "période Spengler", au cours de laquelle il s'est également agi de gérer la rupture avec Heinrich Balmer – le fondateur et président de l'ASP de l'époque – s'est caractérisée par trois priorités: la restructuration interne de l'association (qui a cessé d'être un système autocrate dominé par une personne pour devenir un organisme géré sur une base coopérative), le début de la période difficile en rapport avec la LAMal et la réglementation zurichoise.

C'est également à cette époque que Mario Schlegel a lancé la nouvelle revue de l'ASP, le FORUM PSYCHOTHERAPIE, qui a plus tard fusionné

avec le Forum autrichien pour devenir la revue scientifique que vous avez entre les mains.

Sous la présidence de Josef Jung, priorité fut attribuée au développement des prestations offertes aux membres: caisse de prévoyance, assurances collectives, service de médiation de places de thérapie, etc. Au niveau de la "politique extérieure", LAMal et loi zurichoise ont continué à jouer un rôle central. S'y sont ajoutées les négociations avec l'Office fédéral de la santé publique, qui visent à créer un diplôme fédéral.

A dater de la co-présidence Ursula Walter/Markus Fäh, se sont ajoutés aux activités en cours des efforts particuliers au niveau de la formation continue offerte aux membres et à celui de l'inclusion des praticiens dans le débat scientifique actuel.

Les priorités politiques, à savoir l'inclusion à la LAMal et la lutte en faveur d'une réglementation zurichoise, demeurent semblables, mais les affrontements se sont durcis.

Pendant toutes ces années, la controverse qui nous oppose à la FSP n'a malheureusement pas trouvé de solution. Alors que nous avions espéré au début que si l'ASP créait une nouvelle délégation chargée de négocier avec celle-ci – dont le nombre de membres augmentait lentement –, il serait possible de trouver des solutions relativement équitables, nous avons dû accepter après de nombreuses tentatives dans ce sens que cet espoir était vain. Nous avons participé à des négociations avec trois président/es différent/es de la FSP et quatre prési-

fut si intéressante qu'on décida en fin de séance d'élaborer un texte commun, supra-écoles, définissant le concept de psychothérapie et fixant des 'standards minimaux' en matière de formation. De là est née la CHARTE, dont le texte fut prêt en 1991.

L'examen des documents présentés par les institutions et associations désireuses de la ratifier dura jusqu'en 1993. Au cours des quatre années qui suivirent, des dispositions complémentaires furent ajoutées à la CHARTE. L'article "Garantir activement la qualité ...", dans le présent numéro, fournit une synthèse de l'évolution et de l'élargissement de cette dernière. Une récapitulation plus détaillée se trouve dans le texte de l'allocution de démission prononcée par Rudolf Buchmann, publiée dans à jour de mai 97.

Désengagement CHARTE/ASP: nouveau bureau CD

Les expériences faites lors des huit dernières années nous ont convaincus du fait qu'au niveau de l'organisation, il serait préférable de séparer CHARTE et ASP, pour qu'une évolution puisse mieux se faire à deux niveaux: celui des visées professionnelles poursuivies par les psychothérapeutes non-médecins, comme celui de la qualité de la formation et du développement de la recherche en psychothérapie. Un premier pas a été accompli en séparant le poste de préposé CD des tâches à accomplir en matière de coordination de la CHARTE.

Peter Hoderegger (dr. phil., psychanalyste et thérapeute du comportement à Saint-Gall/Arbon) a été élu

préposé et Karl Bruder (gestaltthérapeute, Liestal BL) vice-préposé. Dès le début de notre mandat, Ernst Kern (psychologue et thérapeute, Zoug) a joué le rôle du troisième larron au sein du bureau CD. Il a accompli un important travail, visant à répartir les contributions CD de manière plus équitable, et a acquis de nombreuses connaissances au niveau de l'informatique comme de la tactique des relations avec les associations. Il demeure membre du bureau, y exerçant la fonction de trésorier du fonds des délégués.

La CHARTE en tant qu'organisme indépendant

Pour l'instant Rudolf Buchmann demeure à la tête de la CHARTE. Il s'agit de développer plus avant l'organisation interne de celle-ci, pour en faire un organisme indépendant ayant pour objectifs d'encourager les échanges entre institutions de formation et associations professionnelles, de garantir la qualité de la formation et de favoriser l'évolution de la recherche. Mais cet organisme ne sera plus chargé de poursuivre des visées concernant la politique professionnelle au sens étroit du terme.

Nous espérons qu'une séparation claire des tâches et responsabilités et une coopération étroite entre les associations va permettre d'obtenir une évolution durable de tous les aspects compris dans le domaine de la psychothérapie.

Rudolf Buchmann
Mario Schlegel

Wir haben den Organisatorinnen im April folgende Forderungen auf Richtigstellung geschickt:

„1. Es geht nicht an, einen Lehrgang, der den Charta-Organen nicht zur Überprüfung vorgelegt wurde, als mit der Charta kompatibel zu bezeichnen. Da die Charta als Qualitätslabel gedacht und in interessierten Kreisen auch als das verstanden wird, spiegeln Sie in ihrem Absatz falsche Tatsachen vor. Dies erfüllt den Tatbestand des unlauteren Wettbewerbs.

2. Ihre Angaben zu den Ausbildungsrichtlinien entsprechen auch sachlich in keiner Weise den Anforderungen der Charta. Auch ohne detailliertere Prüfung ist festzuhalten, dass sie in Ihrer Broschüre falsche Tatsachenbehauptungen aufstellen. Dies ist einerseits eine Täuschung bezüglich der Bewerberinnen für ihre Ausbildung. Andererseits stellt es auch die Charta bei uninformierten Kreisen in ein falsches Licht.

3. Aufgrund der Verordnungen im Kanton St. Gallen dürfte es Absolventinnen Ihrer Ausbildung nicht möglich sein, eine Praxisbewilligung im Kanton zu erlangen. Wir werden mit gleicher Post eine Stellungnahme bei der Gesundheitsbehörde St. Gallen anfordern.

Ich fordere Sie daher auf, diese Falschaussagen bei ihren Bewerberinnen schriftlich zu widerrufen und in ihren veröffentlichten Prospekten und Verlautbarungen keine Verbindung zur Charta herzustellen.“

Trotz dieser klaren Worte, erschien in der Zürcher Wochenzeitung (WoZ) ein Interview, in dem die Initiantinnen auf mehrmalige Nachfragen der Redaktoren beteuern, mit der Charta übereinzustimmen. Daher forderten wir die WoZ auf den Artikel zu korrigieren. Insbesondere wurde richtiggestellt, dass

1. die Ausbildung keinen Repräsentanten der Charta vorgelegt worden ist. Die Damen wissen, wie das Prozedere der Charta-Aufnahme abläuft. Sie waren nachweislich darauf aufmerksam gemacht worden. Dennoch legten sie bis zum heutigen Tag keinen Antrag zur Überprüfung ihrer Ausbildungsgänge vor.

2. die Angabe, dass „das iff-Forum nicht schlechter dastehe als das C.G.Jung-Institut etc.“, völlig aus der Luft gegriffen ist, eine Anmassung und eigentlich eine Frechheit darstellt.

Stellungnahme der Charta zur Ausbildung am iff-forum

Zu Beginn 1997 hat sich ein Institut für ganzheitlich-feministische Pädagogik und Psychologie in St. Gallen und Zürich für eine Ausbildung empfohlen, die Psychotherapie aus feministischer Sicht betreiben will. Solche Anstrengungen wären an sich zu begrüßen, gingen die Initiantinnen nicht mit falschen Angaben vor, was sich auch

aus feministischer Sicht meiner Meinung nach nicht rechtfertigen lässt. Sie spiegeln vor, die Ausbildung sei eine integrale Ausbildung zur Psychotherapeutin und nicht nur eine Fortbildung für bereits abgeschlossene Psychotherapeutinnen. Sie missbrauchen für diese Behauptung auch den Namen der Charta.

3. die Aussage der Damen, dass „die Regeln der Charta nicht auf ewig festgeschrieben stehen“, nicht im Ermessen der Befragten liegt. Als Gemeinplatz gilt dies für alles „Menschenwerk“. Als konkrete Aussage ist es eine Unterstellung, die in dieser Form als kreditschädigend für das Güte-Label Charta zu betrachten ist. Wir verstehen dieses Verhalten

nicht und verwahren uns gegen das Vorgehen der iff-forum-Initiantinnen. Ausbildungskandidatinnen sollen auch auf diesem Wege klar darauf hingewiesen werden, dass die Angaben des iff-Forums falsch sind.

*Rudolf Buchmann
Koordinator der Ausbildungs-
kommission der Charta*

Prise de position de la CHARTE concernant le "forum iff"

Début 1997, un institut pour une pédagogie et une psychologie holistiques et féministes, situé à Saint-Gall et à Zurich, a commencé à offrir une formation en "psychothérapie féministe". Nous ne pourrions que saluer cet effort si les responsables ne diffusaient pas des informations erronées – ce qui à mon avis ne peut se justifier, même d'un point de vue féministe. En effet, elles prétendent qu'il s'agit d'une formation intégrale en psychothérapie et non d'un simple perfectionnement offert à des thérapeutes diplômées. Simultanément, elles usent de manière abusive du nom de la CHARTE.

En avril nous avons exigé des responsables la mise au point suivante:

"1. Nous ne pouvons accepter qu'une filière qui n'a pas été soumise pour examen aux organes de la CHARTE soit présentée comme 'compatible avec' cette dernière. Celle-ci constitue en effet un label de qualité et elle est perçue en tant que tel par les milieux intéressés; votre texte contient donc des propos mensongers. D'un point de vue juridique il s'agit de concurrence illicite.

2. Vos données concernant les directives en matière de formation ne correspondent en fait aucunement aux exigences de la CHARTE. Même sans procéder à un examen détaillé, nous constatons que votre brochure

contient des énoncés qui ne correspondent pas aux faits. Il s'agit là, d'une part, d'une mystification à l'égard des candidates à la formation. D'autre part, votre démarche fait que les milieux non-informés se font une idée fautive de la CHARTE.

3. Compte tenu des réglementations en vigueur dans le canton de Saint-Gall, les personnes ayant suivi la formation que vous offrez n'ont aucune chance d'obtenir une autorisation de pratique dans ce canton. Nous adressons par la même poste un courrier à ses responsables des affaires sanitaires, leur demandant de prendre position.

Je vous demande donc d'adresser à vos candidates un texte corrigeant vos énoncés inexacts. Je vous prie en outre de bien vouloir éliminer de vos prospectus et déclarations toute référence à la CHARTE."

Cette prise de position précise n'a pas empêché la publication d'une interview dans la Zürcher Wochenzeitung (WoZ), dans laquelle les responsables affirment – après que la rédaction leur ait posé plusieurs fois la question – que leur institut satisfait aux exigences de la CHARTE. Nous avons donc demandé à la WoZ de publier un rectificatif, concernant en particulier les points suivants:

"1. Cette formation n'a pas été présentée pour examen aux responsa-

bles de la CHARTE. Les femmes concernées savent très bien comment se déroule la procédure d'admission à cette dernière, puisque nous le leur avons signalé – ce que nous sommes en mesure de prouver. Mais à ce jour elles n'ont présenté aucune demande d'admission.

2. Le fait qu'elles prétendent que le forum iff n'est pas en plus mauvaise position que l'Institut Jung etc. ne tient pas debout. Il s'agit là d'une déclaration arrogante et je dirais même, qu'elles ont un fameux toupet!

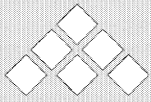
3. Lorsqu'elles déclarent que les règlements de la CHARTE ne peuvent avoir validité éternelle, elles portent un jugement qu'elles ne peuvent justifier. Entendue en tant que lieu commun, cette phrase peut s'appliquer à tout ce que l'être humain crée. Mais si on l'entend dans un sens concret, il s'agit d'une supposition malveillante qui peut nuire à la CHARTE prise en tant que label de qualité.

Le fait que le forum iff respecte aussi peu la vérité m'attriste. De plus, l'attitude de cette organisation m'inquiète, du fait que je considère la psychothérapie et la formation offerte dans ce domaine comme impliquant certaines responsabilités."

Nous ne comprenons pas ce comportement et protestons contre la manière dont le forum iff procède. Le présent texte doit également servir à mettre clairement en garde les candidates à la formation: les données fournies sont fausses.



*Rudolf Buchmann
coordinateur de la commission de
formation de la CHARTE*



C. Krause-Girth

Integration statt Ausgrenzung

Die Ziele des Schulen- und Berufsübergreifenden deutschen Dachverbands für Psychotherapie (DVP)

Wie will der DVP die Spaltungen unter den vorhandenen heterogenen Gruppierungen in der deutschen Psychotherapielandschaft überwinden? Wie kann er zur Zusammenarbeit verschiedener Psychotherapie-Schulen und Berufsgruppen beitragen und tatsächlich ein Dach bilden, unter dem sich alle ohne Prestigeverlust zusammenfinden können? Diese Fragen tauchen in jeder Diskussion um den DVP auf. Die Antwort: Indem wir das gemeinsame Interesse an einer qualifizierten Versorgung, d.h. das Patienteninteresse, in den Vordergrund stellen und die Standesinteressen in den Hintergrund, bedarf der Erläuterung.

Unsere integrative Identität leitet sich ab aus unseren Zielen:

1. Die Förderung und Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung
2. Die Förderung der Zusammenarbeit aller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Verbände durch organisatorischen Zusammenschluß
3. Die Vertretung der Berufsinteressen aller PsychotherapeutInnen
4. Die Zusammenarbeit mit anderen europäischen Ländern auf der Basis der Straßburger Deklaration, d.h. im europäischen Psychotherapieverband.

Während wir uns mit den Zielen 2–4, der schulen-, berufs- und länderübergreifenden Zusammenarbeit von allen anderen deutschen Verbänden unterscheiden, verbindet uns das wichtigste Ziel der Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung mit nahezu allen Verbänden, die daran interessiert sind, ihre Psychotherapien durch die Kassen abzurechnen. Schließlich waren die für die ambulante Richtlinien-Psychotherapie seit 1967 bestehenden umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen (wie für kaum einen anderen Bereich der Medizin) eine Voraussetzung für ihre Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenkassen.

Die für die Medizin mittlerweile gesetzlich geforderte Qualitätssicherung – QS – (GRG 1989 und GSG 1994) war der Anlaß, daß sich auch psychotherapeutische Fachverbände¹ diesem Thema widmeten, und 1994 einen Katalog von Maßnahmen zur QS in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin erstellten, zu dem Balintgruppen, kollegiale Intervention, Qualitätszirkel und eine methodenübergreifende Basisdokumentation gehören.

Natürlich haben diese Maßnahmen nicht nur das Patientenwohl im Auge. Es geht auch um die Absicherung und Legitimierung der eigenen professionellen Tätigkeit und um die Sammlung von Kriterien zur Ausgrenzung anderer Gruppen.

Trotzdem begrüßen und fordern wir als Dachverband Maßnahmen zur QS. Zugleich sind wir gegen einseitige Qualitätsbeurteilungen. So ist die Expertenbeurteilung eines Psychotherapieverfahrens, wie sie in der Richtlinienpsychotherapie üblich ist, nur *eine* einseitige Expertenbeurteilung darüber, ob eine bestimmte Psychotherapiemethode sinnvoll angewendet wird. Andere Methoden oder die Möglichkeit der Methodenkombination bleibt dabei außer Betracht. Die in Qualitätszirkeln und kollegialer Intervention erarbeiteten Beurteilungen psychotherapeutisch Tätiger bieten *eine andere* gute Möglichkeit der Kontrolle und Erweiterung des Erfahrungswissens, insbesondere wenn unterschiedliche klinische Konzepte und Behandlungsmethoden vertreten werden, also schulen- und berufsübergreifend gearbeitet wird (was im stationären Bereich und in Institutionen eher die Regel, ambulant nur selten der Fall ist).

Die Qualitätsbeurteilung durch die PatientInnen bietet *eine dritte* Ebene. Insbesondere diese dritte Ebene, die Patientenmeinung und das Patientenwohl kommen in den Quali-

¹ Die Verbände, die in der AWMF – Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften – vertreten sind.

tätsbeurteilungen bisher viel zu kurz.² Diese stärker in die Diskussion zu bringen, sehen wir als Aufgabe DVP. Statt um reine Selbstlegitimierung geht es uns bei der Diskussion um Qualität vor allem um die Herstellung von Transparenz und Patientenbeteiligung.

Das beste Beispiel für eine Psychotherapieforschung in diesem Sinne liefert Seligmans in Amerika durchgeführte consumer reports Studie (vgl. Hutterer in PT Forum Supplement 1/1996). Ihr liegt eine Befragung von 7000 Personen zugrunde, von denen 2900 bei einem „Psycho“spezialisten waren. Diese Studie stellt die Ergebnisse gängiger Therapievergleichsstudien (wie etwa die von Grawe u.a., 1994) durchaus in Frage.

So zeigte sich bei längeren Therapien ein größeres Ausmaß an Besserung, die Beschränkungen der Dauer durch die Krankenkassen wirkten sich negativ auf den Behandlungserfolg aus, die Behandlungserfolge verschiedener Methoden unterschieden sich nicht und der Ausgangsberuf war ohne Einfluß auf die Güte der Behandlung.

Als Konsequenz dieser Studie müßte man Menschen mit psychischen Problemen dazu ermutigen, die für sie beste Behandlungsmöglichkeit selbst zu suchen.

Voraussetzung dazu ist die ausreichende Information der Öffentlichkeit über die Gesamtheit qualifizierter PsychotherapeutInnen und die Sicherstellung der freien TherapeutInnenwahl und der unbefristeten Kostenübernahme durch die Kassen.

All dies sind Forderungen des DVP an eine gesetzliche Regelung der Psychotherapie (s.u. Presseerklärung).

Die augenblickliche wirtschaftliche Rezession mit realen Einkommensverlusten, zunehmender Arbeitslosigkeit, Armut und einem sinkenden Krankenstand, d.h. auch einer verringerten Nachfrage nach Psychotherapie, vergrößert die Existenzängste und Konkurrenz unter PsychotherapeutInnen und verstärkt ihren

Wunsch nach machtvoller Durchsetzung ihrer Berufsinteressen. Das Stichwort Integration weckt eher Angst vor Ausgrenzung und Vereinnahmung.

Wir wollen das Kunststück vollbringen, die Durchsetzung von Qualitätskriterien und ethischen Standards mit den Berufsinteressen so zu verbinden, daß beide Seiten davon profitieren. Der Dreh- und Angelpunkt dafür ist die offensive Auseinandersetzung mit der Qualität unserer praktischen Arbeit.

Bisher wird die Diskussion über Qualitätstandards von oben nach unten geführt: von den Politikern oder Kostenträgern, die Qualitätsnachweise und Kosten-Nutzenanalysen fordern, über die Psychotherapieexperten (Wissenschaftler und Standesvertreter) zu den in der Praxis Tätigen. Auf diese Weise ist es vor fast 30 Jahren gelungen, die Psychotherapie in Deutschland zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen zu machen. Die sog. Richtlinien-Psychotherapie, in der genau gesetzlich festgelegt, wer wie an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen kann, erfaßt jedoch nur einen kleinen Teil der in unserem Land üblichen ambulanten psychotherapeutischen Praxis. Der restliche Teil zerfällt berufspolitisch in viele Verbände und Gruppen und artikuliert nirgends gemeinsam seine Interessen, seine Standards, seine Praxis. Wir wollen die Diskussion von unten nach oben führen – von den PatientInnen und psychotherapeutisch Tätigen zu den Experten in Forschung, Wissenschaft und Politik.

Voraussetzung ist, daß es uns gelingt, unsere Interessen, mit denen unserer PatientInnen und der Öffentlichkeit an einer qualifizierten Versorgung zu verbinden. Dazu benötigen wir Methoden, mit denen die Rückmeldung der PatientInnen systematisch gewonnen und in die praktische Tätigkeit wieder einfließen kann. So überlegen wir, ob der Dachverband seinen Mitgliedern die Verwendung eines einheitlichen Dokumentationssystems (z.B. des PsyBaDo) vorschlägt.

Die AG Ausbildungs- und Qualitätsstandards des DVP hat ihre Arbeit

gerade begonnen. Bewußt haben wir auf eine vorschnelle Festlegung von Ausschlußkriterien (die haben alle anderen) zunächst verzichtet. Stattdessen verschaffen wir uns erstmal einen Überblick über die herrschenden Standards unter unseren Mitgliedern und außerhalb. Ein für 1999 geplanter Kongreß zur „Psychotherapie in Deutschland – Qualifikation und Qualität“, soll zur gemeinsamen Diskussion wie zur Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit beitragen.

Wir wollen erreichen, daß alle Patientinnen und Patienten das Recht haben, eine qualifizierte Therapie Ihrer Wahl von der Krankenkasse erstattet zu bekommen, weil wir der Überzeugung sind, daß Psychotherapie ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist, der letztlich schneller gesund macht als viele andere anerkannte medizinische Behandlungsmethoden.

Die Entscheidung darüber, welche Therapiemethoden und welche TherapeutInnen, nicht qualifiziert sind, kann letztlich erst nach Einbeziehung aller PsychotherapiepatientInnen in Felduntersuchungen wie der consumer reports Studie auch in Deutschland getroffen werden.

Einen Grund für eine hierarchische Anordnung (und Ausgrenzung) der PsychotherapeutInnen nach Schule und Ausgangsberuf gibt es für uns bis dahin erstmal nicht.



*Dr. med. Cornelia Krause-Girth
Vorsitzende des DVP
DVP-Geschäftsstelle:
Kurfürstenstraße 18
D-60486 Frankfurt
Tel. 00 49/69/77 93 66*

² Das bestätigt sogar ein Bericht im Dt. Ärzteblatt vom 18. 4. 97 (Clade 97, S 840 f).

Presseerklärung des DVP (April 1997)

Die psychotherapeutische Versorgung seelisch kranker Menschen wird durch das Urteil des Landessozialgerichts in Essen vom 23. 10. 1996 dramatisch verschlechtert.

Das Urteil untersagt den gesetzlichen Krankenkassen mit sofortiger Wirkung, weiterhin die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen durch nicht im Kassenrecht zugelassene Diplom-Psychologen zu erstatten, welche seit Jahren Vertragspartner bestimmter Krankenkassen (hier vor allem Techniker-Krankenkasse) waren (Az: L11Ka19/95).

Mit dieser Entscheidung kündigte das Gericht eine seit etwa 15 Jahren übliche Praxis auf, nachdem die Kassenärztliche Bundesvereinigung dagegen geklagt und Recht bekommen hatte.

Als Folge dieses Urteils bangen Tausende von Diplom-PsychologInnen ebenso wie andere qualifizierte nicht ärztliche PsychotherapeutInnen, ohne die die psychotherapeutische Versorgung gar nicht denkbar ist, um ihre Existenzgrundlage. Gleichzeitig werden ca. 230 000 Patientinnen und Patienten vergeblich einen Therapieplatz suchen.

Obwohl seit 20 Jahren gefordert, fehlt in Deutschland ein Psychotherapiegesetz, welches die berufs- und sozialrechtliche Grundlage psychotherapeutischer Tätigkeit grundlegend regelt.

Der Schulen- und Berufsübergreifende Deutsche Dachverband für Psychotherapie (DVP) fordert

- die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung aller Bevölkerungsgruppen,
- die freie Therapeutenwahl für alle Patientinnen und Patienten,
- die Sicherstellung der Vielfalt qualifizierter psychotherapeutischer Verfahren,
- den gesetzlichen Schutz des Titels Psychotherapie, Psychotherapeut/in,
- die Qualitätssicherung von Psychotherapie durch Schulen- und Berufsübergreifende Instanzen,
- die eigenständige Berufsvertretung der PsychotherapeutInnen neben und in der Medizin

durch entsprechende gesetzliche Regelungen zu gewährleisten.

gez. der Vorstand

Stadt Köln an die Bonner Psychologin Anni Michelmann, „Versicherte, die bei Ihnen ab sofort die Kosten die Psychotherapie nicht mehr erstattet bekommen, an einen ärztlichen Therapeuten zu verweisen.“ Ca. 70% der Patienten, meint Frau Michelmann, sind davon betroffen.

Der Patient ist wieder mal der Dumme. Er findet keinen Therapieplatz. Die skandalöse psychotherapeutische Unterversorgung in der BRD ist eindrucksvoll belegt. „Mindestens 1,4 Millionen psychisch erkrankter Bürger suchen derzeit vergeblich einen Therapieplatz“ – unterstreicht der Arzt Dr. Hubert Pohnke vom Arbeitskreis freiberuflich tätiger Psychotherapeuten in Nordrhein die seit Jahren bundesweit bestehende Unterversorgung. Diese wurde auch trotz der Praxis der geregelten Kostenerstattung nicht behoben. Selbst die Kassenärztliche Vereinigung Koblenz als Koordinierungsstelle für die psychotherapeutische Versorgung („Koblenzer Modell“ 3. Zwischenbericht 1994) konstatiert dies und plädiert zähneknirschend für die Kooperation mit den Kostenerstattern. „Da die Versorgung durch Einzelpsychotherapie zu 60% für den Bereich Kassenpsychotherapie zusammengebrochen ist“ – so Ärztevertreter Pohnke – „ist man auf die psychologischen Psychotherapeuten unbedingt angewiesen.“ Die Therapie bei diesen darf aber nur in einer extremen Notlage nach 13 Abs. 2 SGB V von den Krankenkassen getragen werden. Diese Notlage soll, so das Gericht, genau geprüft und eng ausgelegt werden. Der Patient muß sich erneut auf eine Odyssee begeben. Diesmal ist es die monatelange Suche nach einem ärztlichen Psychotherapeuten.

Viele der PatientInnen werden wieder Medikamente nehmen, die in der Regel den Leidensweg verlängern und verschlimmern. Andere begeben sich zur stationären Therapie in eine psychosomatische Klinik. Diese ist erheblich teurer als eine ambulante Psychotherapie. Aber: „Was sind 2 Milliarden DM, die für ambulante Psychotherapie ausgegeben werden im Vergleich zu 8 Milliarden DM, die für fragwürdige Medikamente ausgegeben werden“, bringt Dr. med Ellis Huber, Präsident der Berliner Ärztekammer, die Kostenfrage auf den Punkt.

U. Sollmann

Psychotherapienotstand in der BRD

Die psychologischen Berufsverbände (BDP und DPTV) schlagen Alarm. Über 8.000 Menschen allein in Berlin werden nach Schätzung der Psychologen ab sofort vergeblich nach einem Psychotherapieplatz suchen. Bundesweit weit über 100.000. Die Zuspitzung dieses Versorgungsnotstands kommt durch ein Urteil des Landessozialgerichts NRW zustande. Darin wird den Krankenkassen mit sofortiger Wirkung grundsätzlich untersagt, Psychologen die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen zu erstatten (geregelte Kostenerstattung). Mit diesem Urteil kündigt das Landessozialgericht eine seit 1983 bewährte Praxis auf. Damals einigten sich die psychologischen Berufsverbände und die

Techniker Krankenkasse darauf, den Versicherten die psychotherapeutische Behandlung bei einem Psychologen zu erstatten (geregelte Kostenerstattung). 1994 folgten die Bundesverbände der Betriebs- und Innungskrankenkassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte gegen die bewährte Praxis geklagt, da sie gegen die Psychotherapierichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen verstößt. Demnach dürfen nur Ärzte Psychotherapie verantwortlich durchführen. Jetzt hat die KBV durch das Essener Gericht Recht bekommen.

„Wir müssen Sie daher bitten“, heißt es im Januar 1997 im Schreiben der Gemeinsamen Krankenkasse der

Das Essener Urteil diskriminiert nicht nur die Patienten, sondern auch die psychologische Psychotherapie. Die Psychologenfachverbände garantierten den Krankenkassen bislang hohe Qualitätsstandards und eine kontinuierliche Qualitätssicherung der Erstattungstherapie. Dies ist Grundlage der Vereinbarung zwischen den Psychologenvereinigungen und Krankenkassen und wird ständig von beiden Vertragspartnern überprüft. Jetzt werden die psychologischen Psychotherapeuten durch die KBV „ins kollegiale Abseits gedrängt“ – so der Verband Psychologischer Psychotherapeuten (VPP). Dies geschieht, obwohl jahrelang die Qualitätskontrolle durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen und die Indikationsstellung durch einen Facharzt selbst vorgenommen wurde. „Ein Psychologe kann nämlich erst dann tätig werden, wenn eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung vorliegt und der medizinische Dienst den Antrag geprüft hat“ – so der Präsident des Deutschen Psychotherapeutenverbands (DPTV).

„Psychotherapie“ – heißt es in der Essener Urteilsbegründung – „ist Angelegenheit der ärztlichen Versorgung ... sie wird entweder unmittelbar von Vertragsärzten erbracht oder von ihnen im Rahmen des Delegationsverfahrens verantwortet werden.“

Die psychologische Psychotherapie wird als eigenständige Therapie abgewertet. Wer in Zukunft klinisch-psychotherapeutisch arbeiten will, soll Medizin studieren oder unter ärztlicher Aufsicht arbeiten (Delegation). „Dies ist eine Entwicklung, vor der schon Sigmund Freud gewarnt hatte“ – berichtet der Berliner Psychologe und Freud-Kenner Dr. Thomas Kornbichler. Der überwiegende Teil der psychotherapeutisch tätigen Ärzte besitzt hingegen weder genügend psychologisches Hintergrundwissen, wie es ein Psychologe durch sein Studium erwirbt, noch über die Intensität der Selbsterfahrung, die für effiziente psychotherapeutische Arbeit notwendig ist.

„Ein Arzt erhält – nach einem Studium, das keine oder kaum psychotherapie-relevante Kenntnisse vermittelt – eine Zulassung zur psychotherapeutischen Behandlung, wenn er insgesamt (nach den neusten Bestimmungen) ca. 500 Weiterbildungsstun-

den absolviert hat. Dabei mußte er bis 1988 lediglich einen Behandlungsfall nachweisen, seit 1988 120 bis 150 Behandlungsstunden. An Theorie muß er 140 Stunden nachweisen“, führt die Psychologin Karin Flamm vom DPTV in einer breit angelegten Studie aus.

„Er wird per großzügiger Übergangsregelung auch dann Facharzt für psychotherapeutische Medizin – den es per regulärer Ausbildung noch nicht gibt – wenn er nach den alten Bestimmungen nur diesen einen Behandlungsfall nachgewiesen hat.“

Ein psychologischer Psychotherapeut unterzieht sich nach dem speziell auf Psychotherapieinhalte bezogenen Studium einer mindestens dreijährigen Weiterbildung (etwa zum klinischen Psychologen) mit ca. 1300 Weiterbildungsstunden und wenigstens zehn Behandlungsfällen. Je nach Therapieverfahren hat er auch schon lange vor 1988 das Fünffache an Behandlungsstunden und Selbsterfahrung nachgewiesen.

Derweil bangen Tausende von fachlich hochqualifizierten psychologischen Psychotherapeuten in der BRD um ihre Lebensgrundlage: in Bremen 187, das sind ca. 35%, in Berlin mehr als 800, das sind ca. 50%. Haben sie bislang tatkräftig die ambulante psychotherapeutische Versorgung psychisch Kranker gestützt (mehr als 50% der Psychotherapien waren Erstattungstherapien), werden sie durch die Klage des KBV aus dem Gesundheitssystem gedrängt. Selbst die Ärzte räumen ein, daß es eine „bewährte Zusammenarbeit mit den Psychologen gibt ..., die eine fachlich sehr gut qualifizierte Psychotherapie machen“ – so der Bremer Arzt Schrömgens in einem Brief an die Kassenärztliche Vereinigung Bremen. Da die Kosten für die Psychotherapie bei den Erstattungspsychologen von den Krankenkassen nicht mehr übernommen werden und die meisten der Kassenpatienten eine Psychotherapie aus eigenen Mitteln nicht finanzieren können, kann es für Tausende von Psychologen zur Schließung ihrer Praxen kommen (Stand Mai 97).

Der Gesetzgeber übt sich indes in sibyllinischem Schweigen und verschiebt das, seit Mitte der 70er Jahre geplante, Psychologische Psychotherapiegesetz (PTG) jeweils auf die nächste Legislaturperiode. Einerseits

können sich die beteiligten Interessengruppen (Ärzte und Psychologen) nicht einigen, andererseits ist die SPD grundsätzlich gegen eine, von der Bundesregierung vorgesehene, Zuzahlung der Patienten. Auf Anfrage im Seehofer-Ministerium kam die Auskunft, man wisse nicht, wann man mit einem neuen Vorschlag rechnen könne (März 1997). Der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag, Dr. Thomae, scheint ohnehin das Gerangel zwischen KBV, Kassenvertretern, Psychotherapieschulen und psychotherapeutischen Fachverbänden leid zu sein. In diesem Gerangel geht es um den Machtkampf zwischen Ärztelobby und Psychologen. Aber auch um die Auseinandersetzung zwischen Delegationspsychologen, die als „unselbständiges Hilfspersonal ... für die ordentlich bestellte Ärzteschaft“ tätig sind – so die rechtlichen Bestimmungen – und Erstattungspsychologen und um den von der SPD abgelehnten Eigenanteil der Patienten an den Therapiekosten. „Zudem“ – so erklärt Thomae – „kann die Einbringung des Gesetzes nur im Konsens mit den Ärzten erfolgen. Auf abweichende Voten der Psychologenvereinigungen kann keine Rücksicht genommen werden.“

Der KBV und der Ärztelobby kann diese Entwicklung nur recht sein. Solange es kein Psychotherapeutengesetz gibt, können in den nächsten Jahren genügend Ärzte ausgebildet werden. Anschließend braucht man keine Psychologen mehr, um den Bedarf abzudecken. Für die Patienten bedeutet dies aber eine lange, unzumutbare Wartezeit. Für die Erstattungspsychologen ist dies das Aus ihres Berufsstandes und Ärzte haben – wie die KBV betont – „einen ersten wichtigen Etappensieg errungen“.

Daß den Ärzten die psychologische Konkurrenz schon lange ein Dorn im Auge ist, zeigt unter anderem das Beispiel der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse (MAP). Durch eine „Anleitung zur Manipulation“ so der VPP, versucht sie ihre Mitglieder durch ein internes Rundschreiben dazu zu verleiten, die „objektiven Kriterien für die Bedarfsplanung“ zu verfälschen. Es sei wenig hilfreich – erklärt die MAP ihren Mitgliedern – wenn sie „keine freien Plätze angeben. Damit würden sie den Beweis liefern, daß ohne Erstat-

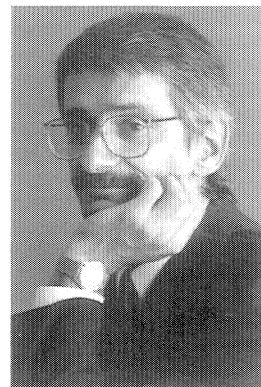
tungspsychotherapie die flächendeckende Versorgung nicht möglich ist. Das sollten wir auf alle Fälle vermeiden.“

Die KBV als Klägerin im Essener Prozeß hat schließlich noch gezielt die Krankenkassen selbst in ein schlechtes Licht gerückt. Diesen war das Wohl ihrer Mitglieder in Form einer optimalen Therapieversorgung wichtiger als die Lobby-Politik von Teilen der Ärzteschaft. Jetzt müssen sie mit sofortiger Wirkung die Leistung streichen: „... auch wenn wir dies bedauern“ (GBK Köln) Die Vertreter der Krankenkassen und die psychologischen Berufsverbände sind sich trotz des Urteils einig: psychische Probleme dürfen nicht ausschließlich von Medizinern behandelt werden und Psychotherapie ist nachweislich eine kostensparende Maßnahme im Gesundheitswesen. Schon vor Jahren hat die

BKK für den Bereich der Gesundheitsförderung im Betrieb errechnet, daß die Investition von 1,- DM in Psychotherapie 3,50 DM an Behandlungs- und Sozialkosten einsparen hilft. Selbst Ärztevertreter Pohnke spricht von einer Einsparung von ca. 14.500 DM pro Patient, eingerechnet die Kosten für die Psychotherapie selbst.

Aber das Eis, auf dem die Psychologen stehen, ist dünn. Die nächsten Monate werden zeigen, ob man an einem Strang zieht und ob man die Krankenkassen weiterhin für sich gewinnen kann. Vorrangiges Ziel dabei bleibt die Versorgung der Patienten, die sich erfahrungsgemäß als letzte gegen die Einschnitte im Gesundheitssystem zur Wehr setzen können. Denn, würden sie das lauthals tun, würden sie gesund sein und bräuchten keine Therapie mehr.

„Aber wahrscheinlich“ – so Kornbichler – „muß sich erst jemand umbringen, damit hingeschaut wird.“



Ulrich Sollmann
Psychotherapeut
Postfach 250531
D-4630 Bochum 1
Tel. 0234/38 38 28

G. Lurz

„Zwei sind keine Gruppe – Gruppe, Gruppenarbeit, Gruppentherapie in der Psychiatrie“

Thema der zweiten Arbeitstagung der NAPP am 26. u. 27. September 1997 in Lüneburg

Psychodynamisches Denken und Handeln berufsgruppenübergreifend in allen psychiatrischen Arbeitsfeldern zu fördern ist satzungsgemäß ein Ziel der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie (NAPP). Die Integration Sozialpsychiatrie und Psychodynamik ist dabei eine Dimension dieses Vorhabens. Eine zweite besteht in der bewußten Wahrnehmung unterschiedlicher berufsgruppenspezifischer Kommunikations- und Daseinsweisen, die bislang als Gegenstand der überwiegend akademisch bestimmten Therapiekonzepte und -begrifflichkeiten nicht ausreichend gewürdigt wurden. So gilt die Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung gleichermaßen für die zahlreichen alltäglich-gruppenbezogenen Patienten-Pflegerpersonal-Begegnungen wie für die dyadisch-intime Therapiesituation Psychotherapeut-Patient. Und Wiederholungen alltäglicher Abläufe

hinterlassen ebenso Spuren in der Seele wie eminent Emotionales. Dies gilt für beiderlei Betroffene: Leidende wie Begleitende.

Ein ernstzunehmender berufsgruppenübergreifender Ansatz hat dieser Dimension Rechnung zu tragen. Interprofessionelle Irritation, ob atmosphärisch oder inhaltlich, sind deshalb aufzunehmen und zum Gegenstand gleichberechtigter Diskussion zu machen. Die emotionale Bedeutung bestimmter Reizworte, z.B. „Psychoanalyse“ für viele nichtakademische Berufsgruppen, gehört mit in dieses Problemfeld, ebenso wie die unterschiedliche Nähe zum Patienten oder subjektiv erlebte Berufsperspektive. Vielleicht sind berufsgruppenübergreifende psychodynamisch orientierte Begrifflichkeiten erst zu entwickeln, um dem Ziel einer „gemeinsamen Sprache“ näher zu kommen.

Für ihre Arbeitstagung Ende September hat sich die NAPP das „Grup-

pentHEMA“ gestellt. Gerade psychiatrisch Alltägliches wird auf sein therapeutisches Potential untersucht werden. Die psychodynamischen Abläufe in Morgenrunde, Aktionsnachmittag, Freizeitgruppe, Beschäftigungstherapie usw. sind herauszuarbeiten, die Rollen aller teilnehmenden Personen wie Berufsgruppen dabei zu reflektieren.

Die Workshopleiter zu diesen Themen sind überwiegend nichtakademische Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen.

Wie bereits im Vorheft angekündigt, im folgenden weitere Workshopbeiträge der ersten Arbeitstagung „Psychodynamik im psychiatrische Alltag“ zu ganz unterschiedlichen Arbeitsfeldern.



Dr. G. Lurz, NLKH Lüneburg
Am Wienebütteler Weg 1
D-21339 Lüneburg

T. Meißel

Betreuungskontinuität in einem Sektormodell als Chance für eine psychotherapeutische Psychiatrie

1. Arbeitstagung der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie
Niedersächsisches Landeskrankenhaus Lüneburg, 1. und 2. November 1996

Einleitung

Anhand der Erfahrungen in einem Sektormodell sozialpsychiatrischer Versorgung sei der Frage nachgegangen, wie weit ein solches Modell Möglichkeiten für eine psychotherapeutisch verstandene Psychiatrie eröffnen kann. Die Vorgabe persönlicher Betreuungskontinuität erweist sich nach den Erfahrungen im Gugginger sozialpsychiatrischen Modell als eine entscheidende Grundannahme: Die therapeutische Beziehung wird als das zentrale Element psychiatrischer Arbeit angenommen.

Das Gugginger Modell sozialpsychiatrischer Versorgung unter der Leitidee der Betreuungskontinuität

Die Landesnervenklinik Gugging bei Wien ist zuständig für die psychiatrische Versorgung des östlichen Niederösterreich, ein Einzugsgebiet von über 800.000 Einwohnern. Mitte der 70er Jahre wurde das Krankenhaus entsprechend den modernen psychiatrischen Vorstellungen verkleinert und umgestaltet, die psychiatrische Versorgung schrittweise dezentralisiert. Diese Reformschritte entsprechen dem zeitgenössischen Trend in der modernen Psychiatrie, zwei Besonderheiten sind jedoch für Gugging charakteristisch.

Zum einen ist dies eine ausgesprochen psychotherapeutische Orientierung, die seit den 70er Jahren von den leitenden Ärzten gezielt gefördert wurde. Ärzte werden nur angestellt, wenn sie eine psychotherapeutische Ausbildung absolvieren. Diese Orientierung gilt im wesentlichen auch für die anderen Berufsgruppen, die im Krankenhaus bzw. in den zugeordneten sozialpsychiatrischen Institutionen arbeiten, prägt die Erfahrungen bei der Arbeit in Gugging nicht nur insofern, als im Einzelfall psychotherapeutische Ansprüche gestellt und mehr oder weniger umgesetzt wer-

den können, sondern auch dadurch, daß die psychiatrische Arbeit insgesamt nach psychotherapeutischen Gesichtspunkten erlebt, reflektiert und zu gestalten versucht wird.

Die psychotherapeutische Orientierung der Gugginger Reformpläne kam bereits in den unausgesprochenen Grundannahmen zum Ausdruck, nach denen die sozialpsychiatrische Umstrukturierung in die Wege geleitet wurde, nämlich derart, daß persönliche Betreuungskontinuität das zentrale Element in der Gugginger Konzeption sozialpsychiatrischer Versorgung darstellt, das zweite Charakteristikum in diesem Modell (Marksteiner und Danzinger, 1985; Meißel et al., 1994).

Dieses sei hier in kurzen Zügen skizziert: Auf den Aufnahmeabteilungen des Krankenhauses sind die Patienten entsprechend ihren Herkunftszonen in Sektorgruppen zusammengefaßt und werden vom sogenannten Sektorarzt behandelt und betreut, dem von Seiten des Pflegepersonals ein sogenannter Tagesbetreuer zugeordnet ist. Der Sektorarzt fährt an einem Nachmittag in der Woche in eine Beratungsstelle des Psychosozialen Dienstes in den Bezirk, wo er den Patienten ambulant nachbetreuen kann. In dieser Beratungsstelle arbeitet er mit einem Sozialarbeiter zusammen, der seinerseits einmal in der Woche in das Krankenhaus kommt und den Kontakt mit den gerade stationär behandelten Patienten des Sektors und den Mitarbeitern des Krankenhauses hält. Die Patienten eines bestimmten Gebietes werden also ambulant wie stationär von einem mit ihm kontinuierlich arbeitenden Team behandelt.

Eine solche Arbeit mit Patienten in einer stationären und in einer ambulanten Institution, also in zwei Institutionen mit verschiedenen Aufgaben und Rahmenbedingungen, ist nicht von den Strukturen einer Institution allein konzipierbar.

Kontinuierlich ist die therapeutische Beziehung von Sektor-Patient zu Sektor-Arzt, von hier aus ist die Arbeit bestimmbar, kann eine Orientierung im komplexen Feld der psychiatrischen Institutionen, einem komplexen Geflecht psychischer und sozialer Beziehungen, gewonnen werden. Die Beziehung des Patienten zu anderen Betreuern, anderen Patienten und Angehörigen und die entsprechenden Nebenübertragungen sind der Beziehung zum Sektorarzt zugeordnet und so verstehbar.

Unter einem anderen Aspekt ist die zentrale Beziehung des Patienten die zur Gesamteinstitution, der die zum Sektorarzt zugeordnet ist, nicht additiv oder hierarchisch, sondern nach Art einer Figur/Hintergrund-Beziehung entsprechend den therapeutischen Situationen, in denen diese Beziehungen zum Ausdruck kommen und Bedeutung gewinnen, das therapeutische Einzelgespräch und die Sektorgruppe bzw. die Stationsgruppe.

So beschrieben enthüllt sich die sozialpsychiatrische Institution als psychotherapeutisches Setting, zumindest sehe ich dies so und ich denke, es ist notwendig, es so zu sehen.

Die besondere berufliche Situation eines Sektorarztes in unserem System, der Patienten in Akutsituationen im Krankenhaus behandelt, dieselben Patienten dann aber oft über lange Zeit ambulant im psychosozialen Dienst betreut, unterscheidet sich von der eher typischen Arbeitssituation vieler psychotherapeutisch orientierter Psychiater, die am Vormittag im Krankenhaus Patienten mit schweren psychiatrischen Störungen entsprechend einem naturwissenschaftlich-ärztlichen Paradigma behandeln, am Nachmittag eine andere Gruppe von Patienten, bei denen eine spezifische Psychotherapie möglich ist, in ihrer Privatpraxis nach theoretischen Gesichtspunkten eines ganz anderen Paradigmas, des analytisch-psychotherapeutischen.

In der beruflichen Praxis als Sektorarzt ohne eine solche soziale Spaltung reicht eine gespaltene Therapiekonzeption nicht aus. Für die Praxis als Sektorarzt ist ein Therapiemodell, in dem der Wechsel von psychotherapeutischen, sozialpsychiatrischen und somatischen Interventionen nicht vom aktuellen Bedürfnis von Therapeuten oder Patienten bestimmt wird, in dem der Paradigmenwechsel in der therapeutischen Konzeption nicht ein unreflektiertes Mittel des Agierens für die Beteiligten darstellt.

So ist die psychiatrische Institution als psychotherapeutisches Setting zu begreifen, in dem sozialpsychiatrische Interventionen vom Hausbesuch des Sozialarbeiters bis zur zwangsweisen Krankenhausbehandlung und die Verwendung biologischer diagnostischer und therapeutischer Methoden vom Computertomogramm bis hin zum Neuroleptikum Parameter der Psychotherapie darstellen. Damit wird klar die Zuordnung somato – wie soziotherapeutische Maßnahmen zu einer psychotherapeutischen Konzeption der Behandlung definiert.

Überlegungen zu einer psychotherapeutisch verstandenen Psychiatrie

Eine Konzeption psychiatrischer Institutionen als psychotherapeutisches Setting ist vielleicht auf den ersten Blick befremdlich und ungewohnt, gängige Vorstellungen von Psychiatrie und Psychotherapie werden damit gleichsam auf den Kopf gestellt. Übersehen wird bei solchen gängigen Vorstellungen meist, daß sich Psychotherapie nicht primär über eine Praxis in einem sogenannten klassischen Setting für einen idealtypischen Fall definieren läßt, und daß es in der Psychiatrie aufgrund der Schwere der dort behandelten psychiatrischen Erkrankungen notwendig ist, das Setting dementsprechend zu verändern und den besonderen Merkmalen und Bedingungen solcher Krankheitszustände und -verläufe zu gestalten.

Insbesondere scheint es sinnvoll und notwendig, sich vor Augen zu führen, daß Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in besonders großem Ausmaß Schwierigkeiten haben, Konflikte intrapsychisch

auszuhalten und zu bewältigen und deshalb auf verschiedene Weise externalisieren.

Wie vor allem S. Mentzos und seine Mitarbeiter immer wieder hinweisen, verlagern Schizophrene und andere psychisch Kranke wesentliche Teile ihres Selbst und ihrer inneren Objektwelt nach außen, nicht zuletzt in die sie behandelnden psychiatrischen Institutionen. Dies geschieht nicht nur in Form der bekannten produktiv-psychotischen Symptome, sondern insbesondere auch dadurch, daß sie ihre Beziehungen so gestalten, daß ihre Identität im aktualisierten Konflikt zwischen selbst- u. objektbezogenen Tendenzen nicht gefährdet wird (Mentzos, 1991, 1992; Böker, 1995).

R. Danzinger spricht in diesem Zusammenhang von „projektiver Manipulation“ und beschreibt damit, wie Patienten bedrohliche, nicht integrierbare Introjekte auf Objekte ihrer Umgebung projizieren und diese Objekte durch ihr ganz spezifisches Verhalten zur Annahme dieser Projektionen zwingen. Diese Dynamik entfaltet sich nicht zuletzt in den therapeutischen Beziehungen solcher Patienten (Danzinger, 1994a, b).

Hatte bereits S. Mentzos vor 20 Jahren interpersonale und institutionalisierte Abwehrvorgänge beschrieben (Mentzos, S. 1976) und haben wir seither gelernt, institutionelle Vorgänge in diesem Sinn als Abwehrmaßnahmen der Therapeuten zu verstehen, so verdeutlicht dies R. Danzinger im Rahmen der skizzierten Dynamik: „In psychoanalytischer Sprache ausgedrückt, versucht der Patient mittels seiner Symptome seine Umgebung zu manipulieren. Die Reaktionen der Betreuer können als agierte Gegenübertragungsreaktionen interpretiert werden. Unter Umständen kann man das gesamte Spiel von Therapie und Rehabilitation als agierten, externalisierten Konflikt betrachten.“ (Danzinger, 1994a, S. 7)

Bei der Gestaltung der therapeutischen Arbeit, die solche Dynamik berücksichtigt, erweist sich die meist gebräuchliche Trennung von „eigentlicher“ psychotherapeutischer Arbeit und der Umgang mit der sogenannten Realität, die Konfrontation mit dem Realitätsprinzip, mit Regeln, aktive und unter Umständen eingreifende Behandlungsmaßnahmen wie sta-

tionäre Behandlung, Gabe von Psychopharmaka bis hin zu psychiatrischen Zwangsmaßnahmen, also die Trennung von sogenannten Therapie- und Realraum, als unbrauchbar.

Für R. Heltzel beruht diese „auf einem Mißverständnis, was das dialektische Wechselverhältnis von Raum (therapeutischer Prozeß) und Rahmen angeht, bzw. auf einer Fehleinschätzung in Bezug auf die Anforderungen, die schwer gestörte Patienten an uns stellen. Für diese gilt, daß psychotherapeutische Arbeit den verantwortlichen und kompetent gestalteten Gebrauch des Rahmens als wesentliche Dimension psychotherapeutischen Handelns einbeziehen muß“ (Heltzel, 1995, S. 37).

Nur in solchem Verständnis von Struktur und Prozeß in der therapeutischen Beziehung kann ein therapeutischer Handlungsdialog mit psychotischen Patienten geführt werden, wie ihn etwa Mentzos fordert, ein anfangs vorwiegend nonverbaler, erst später auch verbaler Umgang mit der psychotischen Übertragung des Patienten.

Den Begriff des „Handlungsdialoges“ hat vor allem R. Klüwer in klassischer Weise eingeführt, als er schon bei neurotischen Patienten beschrieb, daß im Aktualisierungsprozeß der Übertragung der Therapeut dem Drängen des Patienten mehr ausgeliefert ist als das meist realisiert wird und „daß die aktuelle Übertragungssituation bestimmt ist von wechselseitiger Behandlung, die nur dadurch bewußt behoben werden kann, daß sich der Analytiker dessen bewußt wird, daß er auf das Drängen des Patienten unbewußt handelnd eingegangen ist und seine verbalen Interventionen nicht mehr den dringlichen Punkt des Geschehens erreichen können.“ (Klüwer, 1983, S. 838).

Die gängige Gegenüberstellung von Verbalisieren und Agieren blende die wechselseitige Behandlung aus, die die aktualisierte Übertragung in Gang zu setzen pflege und die eine häufige Durchgangsstufe zur Gewinnung von Einsicht darstelle. Der Verbaldialog tendiere auch schon bei Neurotikern und dem klassischen psychoanalytischen Setting dazu, in einen Handlungsdialog überzugehen und gebe Gelegenheit, diesen analog der Gegenübertragung als mögliche Erkenntnisquelle in die selbstanalyti-

sche Reflexion mit aufzunehmen, so daß man ihn aufdecken und deuten könne (Klüwer, 1983).

Bei psychotischen Patienten, die in besonderem Ausmaß zum Agieren neigen und den Therapeuten durch ihre projektiven Manipulationen zum Agieren zwingen, ist der Handlungsdialog eine besonders wichtige Durchgangsstufe im therapeutischen Prozeß, oft genug bleibt es bei ihm, können Verbalisieren und Einsicht nicht erreicht werden. Dies mindert nicht seinen Wert, nicht zuletzt auch für die theoretische Konzeption der therapeutischen Arbeit. Insbesondere kann Abstinenz bei solchen psychisch schwer gestörten Patienten nicht als Verzicht von aktivem Tun wie bei Neurotikern definiert werden, kann man solches – von sozialpsychiatrischen Interventionen bis zu Verwendung biologischer Therapiemittel – als Parameter der Psychotherapie verstehen, die es tendentiell zu bearbeiten gilt, bis sie idealerweise überflüssig werden (Meißel, 1996).

Eine Konzeption der Interaktionen zwischen Patient und Therapeut(enteam) als Handlungsdialog ermöglicht die agierte Gegenübertragung, in die der Patient seinen Therapeuten bzw. die behandelnde(n) Institution(en) drängt, zu begreifen. Nur mit einem psychodynamischen Verständnis dieses Prozesses läßt sich der „komplexe Filz von institutionellen Übertragungszusammenhängen“ (Danzinger) erhellen.

Die Konzeption der Interaktionen zwischen Patient und Therapeut(enteam) als therapeutischer Handlungsdialog ermöglicht auch ein Verständnis institutioneller Rahmenbedingungen dafür bzw. ermöglicht eine Formulierung von Anforderungen an das therapeutische Setting, als das die Institution begriffen wird. Zwei solcher Bedingungen seien hier hervorgehoben.

Die eine Gruppe von Rahmenbedingungen läßt sich als Triangulierungen auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen beschreiben.

Die wichtigste Triangulierung betrifft den Therapeuten selbst. Seine innere Welt muß ödipal strukturiert sein, er muß zu einem inneren Dialog mit sich selbst und seinen verinnerlichten Eltern als Paar, das ausreichend gut ist, fähig sein. Dann kann er

Patienten mit fehlender oder beschädigter ödipaler Struktur und Symbolisierungsfähigkeit Hilfestellung bei der Umgestaltung und Differenzierung ihres inneren Raumes geben bzw. dem Sog widerstehen, mit dem er von solchen Patienten in eine symbiotische Beziehung gezogen wird. Der Therapeut braucht also eine ausreichende psychische Stabilität und eine ausreichende, in Selbsterfahrung und Studium erworbene theoretische Orientierung.

Dieselbe Forderung nach ödipaler, triangulierter Struktur betrifft auch das therapeutische Team als Gesamtheit. Eine solche Struktur äußert sich in Wahrnehmung und Umgang mit Heterogenität und Differenzen unter Mitarbeitern, Gestaltung von Kommunikation, Information, Kontrolle und Umgang mit Verantwortung, von konkreten Formen der Zusammenarbeit, theoretischer Orientierung und Reflexion, nicht zuletzt im Umgang mit Hierarchie, Leitung und Verwaltung der Institution sowie in bewußter Reflexion der sozialen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen für die therapeutische Institution.

Diesen letzteren Bereich kann man als eigene Gruppe triangulierender institutioneller Elemente sehen, als bewußt gepflegte und gestaltete Auseinandersetzung mit der Gesellschaft außerhalb der Institution. Es geht dabei um materielle und ideologische Rahmenbedingungen, in besonderem Maße gerade in der Psychiatrie auch um die notwendigen Rechtsgrundlagen für das therapeutische Handeln, auch um die demokratische Zusammenarbeit mit den politischen Organisationen der Patienten und deren Angehörigen sowie eine offene Medienpolitik seitens der therapeutischen Institutionen, Berufsgruppen, Therapieschulen.

Als weiteres triangulierendes Element therapeutischer Arbeit sei die theoretische Reflexion und Selbstreflexion des einzelnen Therapeuten wie des gesamten Teams genannt. Die therapeutische Beziehung muß als eine verstanden werden, die auf einer Metaebene zur Diskussion gestellt wird, Therapeut und Therapeutenteam müssen sich als „Parameter der Therapie“ (Cremerius) verstehen können und in einer systematisch integrierten Supervision von außen re-

flektieren, einer Auseinandersetzung Dritten gegenüber stellen zu können.

Die zweite Rahmenbedingung für eine Realisierung therapeutischer Interaktion als Handlungsdialog ist die bereits angesprochene institutionell gewährleistete Kontinuität der Beziehung zwischen Patient und Therapeut(enteam).

Bereits H. Searles hatte auf Phasen der Wechselbeziehung zwischen Patient und Therapeut bei der Psychotherapie der chronischen Schizophrenie hingewiesen (Searles, 1964), aber natürlich gibt es solche Phasen in jeder therapeutischen Beziehung, besonders intensiv, ambivalent und oft schwer ertragbar bei schwer psychisch gestörten Patienten: In total ernstem Spiel wechseln Liebe und Haß, Idealisierung und Entwertung, Zuwendung und Abstoßung, Phantasien von Alles oder Nichts.

Von institutioneller Seite ist also zu fordern, daß die therapeutische Beziehung als längerfristig bestehende organisiert ist und zwar so, daß auch so gut wie möglich gewährleistet ist, daß sie Bestand haben kann. Man könnte Sozialpsychiatrie geradezu über diese zentrale Aufgabe definieren: Als Gewährleistung der notwendigen Bedingungen für den Bestand einer therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut(enteam).

Die sozialpsychiatrische Organisation bedarf dazu allerdings psychodynamischer Orientierung. Dann kann das gesamte Spiel von Therapie als agierter, externalisierter Konflikt gesehen und verstanden werden, wie ihn R. Danzinger beschrieben hat. Die „kunstvolle Instrumentierung“ der psychiatrischen Parameter im Rahmen der als Psychotherapie konzipierten therapeutischen Beziehung in der Psychiatrie kann aber nur bei längerfristiger Beziehungskontinuität ausreichend bearbeitet werden.

Die in der Therapie entstehende Dynamik kommt nicht nur in Form einer wechsellvollen Sequenz von Affekten und Themen einzelnen Therapeuten bzw. dem Therapeutenteam gegenüber zum Ausdruck, sondern auch darin, daß im Laufe von Progression und Regression beim Patienten bestimmte Therapeuten im Team an Bedeutung gewinnen bzw. diese verlieren, bzw. daß diese bedeutungsvoll bleiben, aber eine andere szenische Bedeutung bekommen, die Bezie-

hung zu einzelnen Therapeuten vor dem gesamten Teamhintergrund eine bedeutungsvolle Dynamik zeigt.

Diese Dynamik entspricht der Entwicklung des Patienten und den damit veränderten Bedürfnissen und zeigt die Notwendigkeit einer Differenzierung und Spezialisierung im Team. Deutlich wird aber auch die Notwendigkeit eines theoretischen Konzeptes, das dieses komplexe Geschehen einigermaßen verstehen läßt.

Sonst agieren die Therapeuten – auch bei bestem Willen und mit bis zum Burn-out gehenden Engagement – verständnislos in kollektiver Gegenübertragung. Ohne übergeordnetes psychodynamisches Konzept wird dies dann mit allen möglichen theoretischen Begründungen legitimiert, ohne daß die rationalisierende Abwehr der grundlegenden Dynamik wahrgenommen und erfaßt wird.

Resümee

Das Gugginger Modell sozialpsychiatrischer Versorgung ist durch die Leitidee der Betreuungskontinuität cha-

rakterisiert, eine Grundannahme, die nicht nur die Struktur dieses Modells prägt, sondern sich als Voraussetzung für eine psychotherapeutisch verstandene Psychiatrie erweist. Psychotherapie, besonders bei psychisch schwer kranken Patienten, braucht einfach Zeit, und es ist Aufgabe der Sozialpsychiatrie, den Bestand der therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten bzw. dem Therapeutenteam zu gewährleisten.

Die Arbeit in einem solchen Modell nötig aber andererseits zu einem psychodynamischen Verständnis, damit die Komplexität und Dynamik der therapeutischen Beziehungen, die sich darin entfalten, begriffen werden können. In einem solchen psychodynamischen Verständnis sind die ambulanten und stationären psychiatrischen Institutionen ein psychotherapeutisches Setting, in dem sozialpsychiatrische und biologisch-psychiatrische Maßnahmen als Parameter der Psychotherapie aufgefaßt werden.

Psychiatrisch-therapeutisches Sprechen, Handeln und Verhalten können so als Elemente eines Handlungsdi-

alogs verstanden werden, der mit psychisch schwer kranken Patienten geführt und gestaltet wird, als Durchgangsstufe in einem therapeutischen Prozeß in Richtung auf reinen Verbaldialog und auf Gewinn von Einsicht, Integration und Autonomie.

Literatur auf Anfrage bei Autor erhältlich.



*Prim. Dr. Theodor Meißel
Nö Landesnervenklinik Gugging
A-3400 Maria Gugging
Klosterneuburg
Tel. 02243/83 312 (392)
Fax 02243/83 312 441*

W. Trautvetter

Die psychotherapeutische Arbeit unterschiedlich kompetenter Behandler in der Psychiatrie

I. Einleitung

In vielen psychiatrischen Krankenhäusern orientiert sich heute in unterschiedlichem Ausmaß die psychotherapeutische Arbeit an Vorstellungen der Psychoanalyse. Manchmal in einem eher geringen (anfänglichen) Ausmaß, manchmal fast etabliert. Fallbesprechungen dienen in derartigen Einrichtungen u.a. dazu, die vielfältigen Fragen aus der Arbeit mit den Patienten, den Problemen zwischen den Mitarbeitern sowie den zum Teil unübersichtlichen Wechselwirkungen zwischen den Mitarbeitern und den Betreibern solcher Häuser zu erörtern.

In den folgenden Überlegungen¹ sollen eher stichwortartig einige Positionen zur Kompetenz von Behand-

lern solcher Arbeit geliefert werden. Ziel der Ausführungen soll eine Problemsichtung aufgrund der tatsächlich erreichten Klärungs-Kompetenz der Behandler sein.

In derartigen Arbeiten spielen die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den Patienten und den Behandlern eine entscheidende Rolle zum Verständnis der Krankheit. Die Behandler werden daher häufig stärker

¹ Um meine Überlegungen nicht im luftleeren Raum zu plazieren, habe ich einige Angaben zur Einbettung in gewisse Behandlungsvorstellungen gemacht. Selbstverständlich gibt es auch andere Voraussetzungen als die von mir gemachten. Diese müßten dann im Bedarfsfalle ebenfalls spezifiziert werden.

unter dem Gesichtswinkel der Berufsrolle besprochen. Das soll hier nicht getan werden.

II. Was kann unter psychotherapeutischer Kompetenz bei stationärer psychiatrischer Behandlung verstanden werden?

Laut Duden (Fremdwörterbuch) ist jemand kompetent, der entweder „zuständig“, „maßgebend“ oder „befugt“ ist. Das dtv-Brockhaus-Lexikon führt beim Stichwort Kompetenz folgendes aus: Kompetenz: die Zuständigkeit, Bereich sachlicher und fachlicher Verantwortung. 1) ohne Mz., Fähigkeit eines Sprechers, über die Sprachrichtigkeit in seiner Muttersprache zu entscheiden. 2) Biologie: die oft zeitlich begrenzte Bereitschaft von embryonalen Zellen, auf einen bestimmten Entwicklungsreiz zu reagieren.

In der Soziologie spielte der Begriff Kompetenz in den siebziger Jahren eine wichtige Rolle und zwar unter den

Stichworten „Kommunikative Kompetenz“ oder „Interaktionskompetenz“. Jürgen Habermas (1975, S. 1) schrieb dazu: „Die Verwendung des Ausdrucks ‚Interaktionskompetenz‘ signalisiert die Grundannahme, daß sich die Fähigkeiten des sozial handelnden Subjekts ebenso unter Gesichtspunkten einer universalen, also von bestimmten Kulturen unabhängigen Kompetenz untersuchen lassen wie die normal ausgebildeten Sprech- und Erkenntnisfähigkeiten.“ Habermas unterscheidet dann kognitive, sprachliche und interaktive Kompetenzen.

Eine psychotherapeutische Kompetenz bei unserer Frage hätte jemand, der im kognitiven, sprachlichen und interaktiven Rahmen hinreichende Erfahrungen gesammelt hat, um sowohl sich und seine Erlebnis- und Verhaltensweisen als auch jene anderer Menschen differenziert zu beschreiben und Veränderungsschritte einzuleiten.

Unter psychotherapeutisch orientierter stationärer psychiatrischer Behandlung verstehe ich den Versuch in einen vorgegebenen stationären psychiatrischen Ablauf psychoanalytische Denk- und Handlungsansätze „schrittweise“ hereinzuholen. Ich stelle mir dabei den psychiatrischen Alltag so vor, daß er in der Vergangenheit aufgrund vieler Faktoren, die kritische Rezeption der Psychoanalyse und ihrer verschiedenen Orientierungen in der Regel nicht betrieben hat. Daher scheint es mir realistisch zu sein an Behandler zu denken, die in ihrer Erforschung und Durchdringung des psychotherapeutischen Feldes unterschiedlich weit fortgeschritten sind und die ihre Einsichten und Erkenntnisse in einen stationären Alltag einbringen, der seinerseits auch eher am Anfang einer möglichen Entwicklung der Aufnahme psychodynamischer Vorstellungen steht.

III. Welche Bedeutung hat die unterschiedliche Kompetenz bei der Behandlung?

Behandler dieses Verständnisses können einzelne Personen sein, aber auch, wie z.B. auf der Station, mehrere Personen, die sich dann als Team verstehen. Psychoanalytisch orientierte Behandlung kann nur dann betrieben werden, wenn die Behandler über ein gewisses Ausmaß an Selbsterfahrung

verfügen. Ohne diese Selbsterfahrung wären grundlegende Begriffe der Psychoanalyse wie z.B. „Trieb“, „Primärprozeß“, „Übertragung“, „Narzissmus“, um nur einige zu nennen, lediglich theoretisch vorstellbar.

Ganz allgemein läßt sich sagen, daß die erreichte Kompetenz eines Behandlers entscheidende Auswirkungen auf eine Behandlung hat. Je mehr ein Behandler verschiedene Konflikte in sich selber und bei anderen Menschen kennengelernt hat, desto genauer wird er einen ganz konkreten Patienten behandeln können. Die Psychoanalyse selbst kann nur unter Zuhilfenahme der eigenen Erfahrung in Verbindung mit theoretischen Erkenntnissen gelernt werden. Ohne eine Selbsterfahrung würden viele Begriffe unklar und nebulös bleiben.

In meinen Überlegungen galt das Interesse der Frage, ob es den Behandlern einer Station (Arzt, Pflegekräfte, Psychologen, Sozialarbeiter, kreative Therapeuten, usw.) gelingt, die in Frage kommenden Patienten bezüglich ihrer Verhaltensweisen und Erlebnisstrukturen schon auf der Basis relativ einfacher Beobachtungen nach verschiedenen Merkmalen auch theoretisch unterscheiden zu können. Die Idee besteht darin, daß eine theoretische Beschreibung immer auch eine gewisse Distanz zu den Patienten bewirkt. Diese Distanz bedeutet nun aber keineswegs Gleichgültigkeit, sondern bietet den Behandlern einen nötigen und ausreichenden Schutz.

Einmal hat man es bei der Arbeit in der Psychiatrie immer wieder mit Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen zu tun, die sich vom psychoanalytischen Standpunkt eher als „Nichtfachleute“ bezeichnen lassen, die aber eine Fülle von Beobachtungen in die diversen Besprechungen (z.B. Übergabesitzungen, gemeinsame Fallbesprechungen, usw.) mit unterschiedlicher Resonanz einbringen. Zum anderen ergeben Supervisionen von verschiedenen Teams in der Psychiatrie häufig, daß über die Patienten eine Fülle von „naiven“ Beobachtungen existieren, die auch Gegenstand von Besprechungen (z.B. den täglichen Stationsbesprechungen, Visiten, usw.) werden, wenn auch mit unsicherer Resonanz. Diese „naiven Beobachtungen“ stehen häufig entweder im Gegensatz zu den „ernsthaften“ Diagnosen, die die

„wirklichen“ Fachleute aufgrund ihrer analytisch-tiefenpsychologischen Kompetenz fällen, oder werden nicht genügend ernst genommen.

Bei meinen Überlegungen ging es darum, ob diesen Beobachtungen unter Umständen eine größere Wichtigkeit bei der diagnostischen Zuordnung und der therapeutischen Behandlung zukommen könnte als bisher üblich. Eine größere Wichtigkeit hätten diese Beobachtungen sicher dann, wenn diese Unterschiede wichtige Ergänzungen zur Einschätzung der Patienten liefern könnten.

IV. Einige Hintergrundsannahmen

Den Nutzen meiner Überlegungen knüpfe ich an bestimmte Voraussetzungen, die mit der praktischen stationären Arbeit verbunden sind, welche sich so oder etwas anders realisiert. Ich möchte diese Voraussetzungen in 6 Punkten umreißen:

1. Psychische Krankheiten und Störungen zeigen sich dem Behandler als verbale Kommunikation. Diese unterscheidet sich an vielen Stellen von der Kommunikation Gesunder. Das ist an manchen Stellen (z.B. beim Halluzinieren, bei Wahnvorstellungen usw.) deutlicher, bei anderen weniger deutlich.

Wenn sich nun aber unterschiedliche Kommunikationsstrukturen zwischen „Patienten“ und „Gesunden“² auch mit relativ einfachen Beobachtungen nachweisen ließen, dann wäre damit auch unterstrichen, daß derartige Zuordnungen zu Krankheiten nicht ausschließlich und nur durch bestimmte hochqualifizierte Diagnostiker getroffen werden müssen. Auch ein geringeres Maß an Qualifikation könnte zur Differenzierung reichen, wenn es lediglich um unkomplizierte und leicht erlernbare Beobachtungen geht.

2. Ich spiele damit auf eine mehr oder weniger hypothetische Situation eines von der Qualität der personellen Besetzung eher „durchschnittlichen Krankenhauses“ an, das nicht über hochkarätig ausgebildetes und hochgradig qualifiziertes Personal verfügt,

² Derartige Unterscheidungen sind sicher schon aufgrund ihrer nicht weiter ausgeführten Implikationen äußerst fragwürdig. Hier werden sie lediglich in einem dichotomisierendem Sinne verwandt, um Beobachtungen zuordnen zu können.

sondern nur über relativ wenig Personal, das zudem entweder gar nicht, kaum oder wenig gut ausgebildet ist, das aber dennoch im Rahmen bescheidener Möglichkeiten therapeutisch (im weitesten Sinne) tätig werden möchte. Solche personellen Voraussetzungen werden in der Regel nicht dazu führen, daß anspruchsvolle therapeutische Ansätze, wie z.B. die Orientierung an analytischer Psychotherapie direkt und ganz übernommen werden bzw. gar umgesetzt werden können. Zu den Grundberufen eines derartigen Krankenhauses zählen der Arzt, der Psychologe, die Krankenschwester, der Sozialarbeiter, der Beschäftigungstherapeut, der Musiktherapeut, usw. Die bloße Zugehörigkeit zu einer Richtung oder die Teilnahme an einer Ausbildung sagen für sich genommen noch wenig aus. Viel entscheidender sind Einschätzungen über konkrete kommunikative Fähigkeiten.

Zur oben skizzierten Vorstellung eines hypothetisch angenommenen durchschnittlichen Krankenhauses ist zu sagen, daß mir keine statistisch abgesicherten Daten hinsichtlich seiner Verbreitung vorliegen. Mir scheint es jedoch aus vielfältigen Beobachtungen, Gesprächen und Supervisionen berechtigt zu sein, eine derartig strukturierte Einrichtung immer noch als relativ weit verbreitet anzunehmen.

Im Rahmen dieses Gedankenganges soll die Möglichkeit eines leistungsmäßig an der Spitze der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten liegenden Krankenhauses, in dem überdurchschnittlich gut ausgebildete Therapeuten mit sehr viel Praxiserfahrung tätig sind, nicht weiter reflektiert werden. Vermutlich existieren in einem derartigen Krankenhaus Probleme, die durch andere Maßnahmen, wie z.B. durch Supervision, Konzeptarbeit, usw. bearbeitet werden müssen.

3. In dem hier hypothetisch angenommenen durchschnittlichen Krankenhaus wäre die diagnostische Zuordnung sowie die therapeutische Planung und Behandlung auf mehrere, unterschiedlich qualifizierte und kompetente Schultern verteilt. Häufig wird in solchen Einrichtungen von einem multiprofessionellen Team gesprochen. Wenn alle Beteiligten im Sinne von vertretbaren Absprachen und Regelungen an einer Behandlung beteiligt sind, entstünde tendenziell eine

größere Durchschaubarkeit der Behandlungsabläufe für alle Beteiligten; ferner würde eine größere Ökonomie hinsichtlich des realistischen Einsatzes der vorhandenen personellen Möglichkeiten erreicht. Der Einschätzung der Patienten durch verschiedene Mitarbeiter (z.B. Krankenpflegepersonal und anderen Berufsgruppen soweit vorhanden – wie: Beschäftigungstherapeuten, Musiktherapeuten, Bewegungstherapeuten, usw.) könnte ein größeres Gewicht zukommen, weil diese die Patienten z.T. in viel konkreteren und diagnostisch relevanteren Situationen beobachten können, als dem Chefarzt, dem Oberarzt, dem Stationsarzt oder dem Psychologen während der Visite, in Einzel- und Gruppengesprächen möglich ist. Diese wesentlichen Einschätzungen durch das Pflegepersonal oder andere beteiligte Teammitglieder beziehen sich aber nicht nur auf Beobachtungen des Alltags (z.B. Häufigkeit der Besuche beim Patienten, Teilnahme des Patienten an Veranstaltungen des Hauses usw.), sondern auf die Einschätzung relevanter Beziehungserfahrungen der Patienten. Die Patienten sprechen häufig mit Mitarbeitern über ihre diversen Erlebnisse. Die Einschätzung des zentralen Beziehungskonflikts könnte durch ergänzende Beobachtungen zu beträchtlichen Validierungen führen. Dadurch würde auch das konkrete diagnostische und therapeutische Wirken breiter und transparenter.

4. Neben den eben geschilderten Voraussetzungen ist es in der praktischen Arbeit einer solchen Station entscheidend, wie bei derartigen, durchschnittlich-qualifizierten Mitarbeitern die bereits vorhandene diagnostische und therapeutische Kompetenz angemessen erkannt, vertieft und ausgebaut werden kann.

Entscheidend ist dabei, daß diese verschiedenen Mitarbeiter auch eine Chance erhalten, ihre Kompetenz überhaupt darstellen zu können. Es müßte Gelegenheiten geben (z.B. bei gemeinsamen Fallbesprechungen, Supervisionen, gemeinsam durchgeführten Gruppen usw.), in denen die jeweiligen Mitarbeiter ihre Kompetenz überhaupt einbringen können, z.B. durch das Berichten eigener Einschätzungen bezüglich (z.B.) der Ich-Struktur des Patienten, bezüglich seiner konkreten Beziehungsschilderungen usw.

Die Kompetenz dieser so beschriebenen Mitarbeiter sollte dabei so realistisch wie möglich gesehen werden und weder durch ideale Vorstellungen noch durch unbegründete Abwertungen verzerrt werden. Entscheidend für die diagnostische und therapeutische Effizienz der von mir hypothetisch angenommenen Behandlergruppe dürfte sein, wie die „maßgeblichen Behandler“ bzw. „Richtungsgeber“ (wie z.B. der Oberarzt, der Psychologe, der Stationsarzt usw.) auf diese Mitarbeiter einwirken. Versuchen sie das im Sinne der Ermutigung zum Weiterlernen und Fördern vorhandener Ressourcen, so dürfte sich die Neigung zum Weiterkommen bei den diversen Behandlern wohl eher steigern. Es wäre ein Einfluß, der diese Mitarbeiter weder über- noch unterfordert, sondern den Eindruck vermittelt, daß Zusammenarbeit auf einem anfänglich nicht so hohen qualitativen Niveau dennoch zu einem beruflichen Weiterkommen durch Weiterlernen führen kann.

5. Die vorhandene psychotherapeutische Kompetenz der hier angenommenen Mitarbeiter kann ergänzt und erweitert werden durch sinnvoll aufgebaute und aufeinander bezogene Lerneinheiten des Behandlungskonzepts einer Station, das z.B. vom Oberarzt, dem Psychologen und dem Stationsarzt formuliert wurde.

Die Mitarbeiter einer psychiatrischen Station sollten mit den grundlegenden Begriffen der analytischen Psychotherapie vertraut sein, um Abläufe sowohl beim Patienten besser verstehen zu können als auch eigene Gefühle und Gedanken, die durch die Patienten entstehen, besser würdigen zu können. Nur wenn die Aktionen des Patienten auf der Station, seine Dramatisierungen, besser verstanden werden, kann letztlich eine „rettende Idee“ entstehen. Wenn seine Inszenierung überhaupt nicht beachtet und verstanden wird, wird er sich abgelehnt und abgewertet fühlen und wahrscheinlich einen inneren Rückzug antreten. Ein formuliertes Behandlungskonzept ist der erste Schritt einer Bestandsaufnahme beim Aufbau einer solchen Arbeit. Es geht vom Ist-Zustand aus und beschreibt einen Sollzustand, der durch Hinzu-Lernen relevanter Mosaiksteine zur Diagnostik und Therapie gebildet werden soll. Bei den Lerninhalten, die nun erarbeitet

werden müssen, geht es um leicht zugängliche Beobachtungen, die eine größere Nähe zu den alltäglichen Erfahrungen der Patienten haben. Es soll um Begriffe und Konzepte gehen, die einerseits diagnostisch und therapeutisch relevant sind und die andererseits nicht zu abstrakt sind. Manche Grundbegriffe der Psychoanalyse, wie z.B. „Widerstand“, „Abwehrmechanismen“, usw. treffen auch bei den psychoanalytisch nicht ausgebildeten Behandlern auf konkrete Alltagserfahrungen. Leitender Hintergrundgedanke beim Lernen analytischen Basiswissens soll bei diesen Überlegungen sein: alle relevanten psychotherapeutischen Lerninhalte sollen von durchschnittlich intelligenten und durchschnittlich interessierten Mitarbeitern mehr oder weniger leicht erlernbar sein.

Solche Lerninhalte könnten z.B. in einem therapeutischen Ansatz bestehen, der sich z.B. an der Theorie des zentralen Beziehungskonfliktthemas von Luborsky (1995) oder an der Ich-Psychologie i.S. von Blanck und Blanck (1980, 1981, 1989) orientiert. Solche Ansätze könnten allmählich erlernt und partiell eingesetzt werden. Es wäre somit ein Rahmen definiert, in dem einerseits die Kompetenz der Station und ihrer Mitarbeiter zunächst bestimmt und später allmählich ausgebaut werden kann. Gleichzeitig könnte sich schrittweise ein Prozeß abspielen, in dem die Stärken und Schwächen der Patient allmählich konkreter formuliert werden können. Gerade der Lernaspekt betont für alle, sowohl für die Mitarbeiter der Station als auch für die Patienten, die Möglichkeit eines Weiterkommens, wenn die Ausgangslage klar und deutlich bestimmt wird.

6. Diagnostisches Erkennen und therapeutisches Tun fallen in einem derartigen Ansatz beschreibungsmäßig mehr oder weniger zusammen, entstammen einer gedanklichen Ebene. Gerade wenn ein therapeutisches Team weiß, worin seine derzeitige Kompetenz wirklich besteht und worin noch nicht, kann es seinen gegenwärtigen Stand in bezug auf die zu behandelnden Patienten klarer verstehen und auch formulieren. Eine derartig arbeitende Gruppe kann beschreiben, was ihr bei bestimmten Patienten ganz konkret an diagnostischem und therapeutischem Know-How fehlt,

aber auch benennen, was sie real beherrscht und therapeutisch auch umsetzen kann. Wenn diese Fertigkeiten Bestandteile diagnostischer Kompetenz werden, taucht unausweichlich die Eingangsfrage wieder auf, ob die real existierenden Behandler „Patienten“ von „klinisch unauffälligen Probanden“ nachweisbar unterscheiden können, und zwar auf der Basis solcher, relativ einfach zu beschreibender Merkmale, z.B.: „konfliktfähig“ – „nichtkonfliktfähig“, „Grad der Autonomieentwicklung“ usw.

V. Die Rolle der Behandler

In einer psychotherapeutischen Behandlung treffen drei Faktoren aufeinander: der Patient, das zu behandelnde Problem und der Therapeut. Hiermit hängen natürlich noch viele weitere Faktoren zusammen. In der Psychotherapieforschung werden lt. Kiesler (1966) „Uniformitätsannahmen“ wirksam, die die bisherigen Untersuchungen stark beeinträchtigten.

Neben der Gruppe der Patienten werden häufig die Behandler zu sehr vereinheitlicht. Es geht dabei um die Annahme, daß sich die jeweils beteiligten Therapeuten mehr ähneln bzw. gleichen als unterscheiden. Ferner wird ihr Tun und Wirken häufig vollkommen undifferenziert als Psychotherapie beschrieben. Diese Vorstellung legt nahe, daß Psychotherapie dann so etwas wie eine relativ homogene Variable darstellt. Für die Patienten wird innerhalb dieser Vorstellung dann angenommen, daß lediglich der Erhalt irgendeiner Art und Weise von Psychotherapie entscheidend sei. Die Persönlichkeit des Therapeuten sei nicht so wichtig und für das Ergebnis belanglos. Kiesler (1966, in Petermann [1977] S. 11) zitiert in diesem Zusammenhang abermals Colby:

„Solange geheim blieb, was in therapeutischen Sitzungen geschah, ließen sich die Mythen vom Konsensus innerhalb der Schulen leicht aufrechterhalten. So entstand z.B. bei den Psychoanalytikern der Mythos von der einzigen perfekten Technik, über die sich alle einig seien.“

Später, als das Geschehen in Therapien genauer untersucht wurde, konnte nicht länger verborgen bleiben, daß sowohl die Techniken als auch die jeweiligen Therapeuten, die sie anwendeten, ein breites Spektrum

von Unterschieden mit großen Konsequenzen für die Therapie darstellten. Ich gehe ausdrücklich davon aus, daß sich die Behandler unterscheiden, und zwar sowohl von ihren Grundberufen her, von ihren erworbenen therapeutischen Fähigkeiten, als auch durch ihre persönlichkeitsbedingten Stärken und Schwächen. Für die Arbeit einer psychiatrischen Station dürfte es daher sehr wichtig sein, die Erforschung der psychotherapeutischen Kompetenz der Mitarbeiter verstärkt zu betreiben.

VI. Unterscheidungsmerkmale der Klärungs-Kompetenz der Behandler

1. Unterscheidung nach Berufsrollen und Wissen

Viele Einschätzungen im Krankenhaus bezüglich psychotherapeutischer Kompetenz in psychiatrischen Kliniken erfolgen auf der Basis der Berufszugehörigkeit und des Wissens. In manchen Häusern lebt ein alter (veralterter) Geist der Unterscheidung zwischen „Akademikern“ und „Nicht-Akademikern“. Derartige Einschüchterungen lassen sich auch in konfessionell geführten Häusern beobachten, in denen sich der Pastor des Hauses ein weitgehendes Recht auf Einflußnahme in laufende Behandlungsprozesse zuspricht, was ebenfalls jenseits vernünftig beschreibbarer Kriterien zur Psychotherapieausübung liegt.

Nun ist aber schon lange klar, daß die Berufsrollen und das Wissen allein keine besondere Kompetenz in Bezug auf psychotherapeutische Arbeit gewährleisten. Es ist heute sogar leider so, daß die Zulassung zur psychotherapeutischen Ausbildung nur den Ärzten und den Psychologen vorbehalten ist. Das hat Freud (1926) in seiner Arbeit „Die Frage der Laienanalyse“ mit Sicherheit nicht im Sinn gehabt: „Aber ich lege den Akzent auf die Forderung, daß niemand die Analyse ausüben soll, der nicht die Berechtigung dazu durch eine bestimmte Ausbildung erworben hat. Ob diese Person nun Arzt ist oder nicht, erscheint mir nebensächlich“ (Freud, 1926, S. 325).

Es gibt Beispiele, daß Behandler vom Wissen oder von ihrer beruflichen Qualifikation her weit fortgeschritten sind, aber nicht die persönliche Kompetenz erworben haben, die

die psychotherapeutische Arbeit mit einem Patienten benötigt. Häufig ist es so, daß sie ihre Konflikte nicht aufgearbeitet bzw. durchgearbeitet haben und daher dem Pat. eher mit einer ausschließlich technischen Seite gegenüberreten, dabei aber kalt und seelenlos erscheinen. Vermutlich spiegelt dieser Vorgang die Beschaffenheit unseres heutigen Gesundheitssystems wider.

2. Unterscheidung nach den verschiedenen Stufen der Fähigkeit zur Konfliktbearbeitung

Auf der Stufe der psychischen Erlebnisfähigkeit treten Behandler und Patient prinzipiell gleichberechtigt gegenüber. Unterschiede ergeben sich hier aufgrund der psychischen Struktur, der Belastbarkeit und der erreichten Ebene der Konfliktbewältigung. In die Ebene der Konfliktbewältigung spielen alle lebensgeschichtlich relevanten Details sowie die Selbstentwicklung des jeweiligen Menschen hinein. Eine Unterscheidung der psychotherapeutischen Kompetenz wäre daher günstiger von dieser Seite her zu entwickeln, weil auf dieser eben auch die realen Beziehungserfahrungen und Schilderungen auf der Station stattfinden: a) auf der Ebene wie sich Behandler und Patient begegnen und b) wie sich die Behandler untereinander begegnen. Es geht also auch darum, welche „primären Konflikte“ auf Seiten der Behandler schon durchgearbeitet wurden. Das soll nicht heißen, daß diese Konflikte ausgeräumt sind, sondern es wird nur gefragt, ob eine Bearbeitung dieser Konflikte ansatzweise begonnen oder durchgeführt wurde, oder ob das Bestehen dieser Konflikte anerkannt werden kann. Die stationäre Behandlung wird in diesem Sinne als ein Vorgang verstanden, in welchem die Behandler auf vergleichbare Konflikte bei den Patienten treffen. Dieses Aufeinandertreffen kann zur Folge haben, daß die eigenen, nicht bewältigten Konflikte enorm stark berührt werden und zu entsprechenden Abwehrleistungen führen. Die Hypothese lautet, daß nur die Behandler, die ihre Konflikte einigermaßen gut durchgearbeitet haben, eine längere Arbeit mit psychiatrischen Patienten ohne größere psychische Folgeschäden leisten können.

Entscheidendes Merkmal der Unterscheidung der Mitglieder eines

Teams sowie bei der Unterscheidung verschiedener Teams soll eine „Kompetenz der Klärung“ sein. Es geht also um eine Kompetenz im Erkennen und Klären von Konflikten. Ich meine, wenn sich eine kommunikative Kompetenz bewähren muß, dann vor allem an den Stellen, an denen die bestehenden Konflikte zum Scheitern von Beziehungen führen. Die Behandler, d.h. einzelne Personen wie auch ganze Teams, werden bezüglich der Kompetenz der Konfliktbewältigung betrachtet.

Welche Konflikte können denn überhaupt auftreten? Eine Auflistung und Beschreibung der typischen Konflikte finden sich in vielen Lehrbüchern der Psychoanalyse, wie z.B. in Ehlhardt (1984, S. 116 ff), Erikson (1982, S. 241 ff), Hofmann und Holzapfel (1984, S. 28 ff), Roskamp in Loch (Hrsg.) (1977, S. 67 ff), Mentzos (1982, S. 123 ff), Müller-Pozzi (1995, S. 81 ff) usw. Für meine Überlegungen beziehe ich mich vor allem auf den Ansatz von Mentzos (1982), der eine deutliche und übersichtliche Synthese der Triebtheorie mit den Erkenntnissen der Objektbeziehungstheorie und der Selbstpsychologie vorlegt. Mentzos geht in seinen Schilderungen von 5 primären Konflikten aus, die aber von sog. sekundären Konflikten überlagert werden und daher nicht unmittelbar zugänglich sind. Diese sekundären Konflikte bilden Reaktionen auf die Grundkonflikte und stellen insofern die komplizierenden Komponenten einer Störung dar. In den sekundären Konflikten können wir das bizarre Abwehrsystem eines Menschen sehen, welches oberflächlich sichtbar wird, z.B. das vielgestaltige Abwehrsystem eines phobischen Menschen. Die analytisch-therapeutische Arbeit muß häufig erst lange daran arbeiten, um zu den eigentlichen Grundkonflikten vorzustoßen. In der Natur dieser Überlegungen liegt es auch, daß Mentzos die Aggressionen, die bei psychischen Störungen in der Psychiatrie so häufig vorkommen, zu den sekundären Konflikten zählt. Aufgrund der weitreichenden Einschränkungen durch die Abwehrmuster eines Konflikts tritt immer eine erhebliche Beeinträchtigung des als positiv empfundenen Lebensraumes ein, die Befriedigungen nehmen drastisch ab. Dieses führt in der Regel zu unvermeidbaren, hef-

tigen Frustrationen, sie sich zumeist in Aggressionen entladen.

Wir können in Anlehnung an Mentzos (1982, S. 123 ff) folgende primäre Konflikte unterscheiden.

- a) Symbiotische Verschmelzung versus Subjekt-Objektdifferenzierung
- b) Abhängigkeit versus Autonomie
- c) Dyadische versus triadische Beziehung; der ödipale Konflikt
- d) Sicherheit der Primärgruppe versus Risiken (und Chancen) der Sekundärgruppen
- e) Genitalität und Identität versus infantile Bindungen und Identitätsdiffusion

Die wesentlichen Aspekte dieser Konflikte sollen hier nur kurz skizziert werden, so daß ein gewisses Verständnis für die Auswirkung solcher Konflikte auf die Behandler möglich wird. Die Kürze der Ausführungen soll nicht darüber hinwegtäuschen, daß es sich in Wirklichkeit immer um eine Vielzahl solcher Konfliktlagen handeln wird, die unterschiedlichste Ausgestaltungen und Lösungen finden werden. Bestimmte Teile dieser Konflikte kehren in den Auseinandersetzungsmöglichkeiten der Behandler wieder und zeigen deren Klärungs-Niveau an. Auch die hier erwähnten Beispiele bezüglich des Auftretens der jeweiligen Konflikte bei den Behndlern stellen nur erste Andeutungen dar. In Wirklichkeit zeigen sich die gemeinten Konflikte sehr viel verschlüsselter.

a) Der Konflikt vom Typus:

Symbiotische Verschmelzung versus Subjekt-Objektdifferenzierung

Analog der Entwicklung des Kleinkindes geht es im Rahmen dieser Konfliktstufe um die Frage, wie die einschneidende Auflösung der Symbiose von Mutter und Kind verarbeitet werden kann. Diese bedeutungsvolle frühe Trennung (5. bis 6. Lebensmonat) entscheidet darüber, wie die Polarisierung zwischen einem „guten Selbst“ und dem „bösen Objekt“ über einfache Projektions- und Introjektionsvorgänge verläuft. Ein guter Verlauf dieser Trennung führt mit großer Wahrscheinlichkeit nicht nur zu einer gelingenden Subjekt-Objekt-Trennung, sondern bewirkt auch die Auflösung der starken Polarisierung „gutes Selbst/böses Objekt“, „und zwar zugunsten eines realitätsgerechten

Sowohl-Als-Auch; d.h. zugunsten einer Integration der positiven und negativen Anteile zu kohärenten Selbst- und Objektpräsenz (Mentzos, 1982, S. 124). Die theoretischen Annahmen greifen hier auf das Konstrukt einer als ausreichend erlebten Bemutterung zurück, bei deren Vorliegen sowohl die Ablösung aus der Symbiose als auch deren Folgen gelingen. Es bildet sich dann das „Urvertrauen“, von dem Erikson gesprochen hat.

Die Klärungsfähigkeit der Behandler benötigt auf dieser Stufe ein Erkennen und eine Einfühlung in die z.T. tief verborgene Sehnsucht des Menschen, sich sowohl anderen Menschen zugehörig fühlen zu wollen als auch erste Unterschiede zu anderen Menschen zu bilden, und zwar auf der elementarsten denkbaren Stufe. In der Interaktion von Teams mag sich dieser Teil dann zeigen, wenn es darum geht, ob sich einzelne Mitglieder eines bislang eher verschmolzenen Teams trauen können erste Anteile ihrer Ansichten preiszugeben, die aber nicht sonderlich fundiert und theoretisch abgesichert sind und die eben auch nur sehr schlicht sind, dabei auch bemerken, daß sie sich von den anderen Teammitgliedern unterscheiden und dabei aber die Wärme und Anerkennung der Restgruppe nicht verlieren wollen. Versagt die Empathie des Teams, dann könnte ein ängstlicher Rückzug erfolgen und zu einer ungunstigen Mischung „eigener“ und „fremder“ (Gruppen-)Anteile führen. Diese breite Misch-Identität des Teams dürfte die Gesamt-Klärungsbereitschaft und -fähigkeit empfindlich stören und unmöglich machen. Die Meinungen der Teilnehmer verschwimmen und es kann nicht mehr genau gesagt werden, wer was und wie wann empfindet. Das Ergebnis solcher Konfusionen könnte auch in projektiven Zuschreibungen zwischen Teammitgliedern bestehen, die wiederum zu massiven Beeinträchtigungen der Verständigung führen.

b) Der Konflikt vom Typus:

Abhängigkeit versus Autonomie

Der entscheidende Entwicklungsschritt im 2. bis 3. Lebensjahr besteht darin, daß bei gleichzeitig vorliegender starker Abhängigkeit des Kindes vom primären Objekt und einer starken und gefühlsmäßigen Bindung an die Mutter die Selbstständigkeit

denzen in Gang kommen und dazu beitragen, daß die Entwicklung voranschreitet. Dieser Schritt ist vor allem deshalb so schwer, da das Kind die Liebe, Sorge, Bewunderung und Achtung der Eltern benötigt, und zwar auch dann, wenn es zeitweilig schon darauf verzichten kann. Wenn dieser schwierige Entwicklungsschritt gelingt, dann ist ein wichtiger Autonomieschritt getan, das entweder-oder der Beziehung transformiert sich zu einem sowohl-als-auch. Wird diese Aufgabe nicht erfüllt, kommt der Autonomieprozeß nicht entscheidend weiter, so können sich verschiedene Störungen ergeben, die zum großen Teil in der Unterdrückung des Selbst bestehen.

Konflikte auf dieser Stufe können sich dann zeigen, wenn von den Teammitgliedern ein größeres Maß eigener und neuer Erfahrungen eingebracht wird sowie ein Ausprobieren eigener Gedanken vorkommt, die Gesamtgruppe aber weiterhin bedingungslosen Schutz und uneingeschränkte Geborgenheit liefern soll. Trotz erkennbarer, gezeigter eigener psychischer Aspekte soll das Team verlässlich hinter jedem Einzelnen stehen. Für die ersten, eigenen Schritte werden Lob und Aufmerksamkeit erwartet und trotzdem sollen die in den gemeinsamen Haltungen verborgenen Abhängigkeitswünsche weiterhin respektiert werden. Versagt die Konfliktlösung auf dieser Stufe, dann könnte die Klärungskompetenz der Gesamtgruppe insgesamt durch mißlungene Autonomiegewinnung gekennzeichnet sein. Das kommunikative Klima in einem derartigen Team könnte dann stark von depressiven Anteilen, von narzißtischen Strömungen oder von erheblichen Gut-Böse-Spaltungen gekennzeichnet sein.

c) Der Konflikt vom Typus:

Dyadische versus triadische Beziehung: der ödipale Konflikt

Im 4. und 5. Lebensjahr geht es für das Kind darum, trotz der empfundenen Liebe zum gleichgeschlechtlichen Elternteil in der Phantasie libidinös zu besetzen, und zwar so, daß dadurch das seelische Gleichgewicht nicht durcheinander gerät. Die Dreierbeziehung führt zu einer konflikthaften Situation, in der Rivalität, Spannung und Aggression auftauchen und be-

wältigt werden müssen. Diese schwierige Anpassungsleistung verlangt vom Kind eine „Verdrängung der Begierde nach dem gegengeschlechtlichen und die Verinnerlichung des Bildes des gleichgeschlechtlichen Objekts“ (Mentzos, 1982, S. 126). Dieser Entwicklungsschritt ist allerdings nicht vorstellbar ohne ein genügendes Selbstvertrauen des Kindes, ohne tragfähige Beziehungen der Eltern und ohne eine massive Kastrationsangst.

Bei diesen Aufgaben geht es nicht nur um einen Konflikt zwischen heterosexuellen Impulsen, homosexuellen Impulsen, Inzest, usw. Es geht insbesondere „um den Konflikt zwischen (auf den gegengeschlechtlichen Elternteil gerichteten) Triebbedürfnissen und narzißtischen (Selbst-)Bedürfnissen dem gleichgeschlechtlichen Elternteil gegenüber: Der Junge rivalisiert zwar mit dem Vater um die Mutter als ‚Triebobjekt‘ – er sympathisiert aber mit ihm als Vorbild, Identifikationsfigur, idealisiertem Objekt. Analog verhält es sich beim Mädchen. Das Dilemma lautet also in dieser Phase: Sicherheit und Beschränkungen der dyadischen Beziehung versus Chancen (und Risiken) der Dreierbeziehung“ (Mentzos, 1982, S. 126).

Bezüglich der Konfliktlage eines Teams kann es hier zu stärkeren Polarisierungen zwischen „sich verstehenden“ und „sich nicht verstehenden“ und „sich nicht verstehenden“ Teammitgliedern kommen. Dabei erscheinen die auftretenden Rivalitäten unüberbrückbar. Harsche und unterdrückende Reaktionen könnten dem Auftreten derartiger Konflikte folgen. Vordergründig zeigen sich diese Konflikte so, daß andere Teammitglieder für die eigenen Standpunkte geworben werden, und zwar vor allem im Hinblick auf mögliche Koalitionen und unter Ausschluß der ungeliebten Teammitglieder. Solche Konflikte sind einerseits durch narzißtische Besetzungen hoch aufgeladen und andererseits mit massiven Strafvorstellungen (Kastrationsängsten) verbunden. Vorstellbar wäre, daß sich derartige Konflikte an Konzeptfragen entzünden oder an konkreten Behandlungsvorstellungen bezüglich eines oder mehrerer Patienten. Werden solche Störungen auf dieser Stufe bewußt, wird es wahrscheinlich zu einer regressiven Zuflucht zu „siche-

ren Koalitionen“ (Zweierbeziehungen) führen, in denen „sichere Standpunkte“ herrschen. Diese vorübergehenden Arrangements der Konfliktabwehr führen aber nicht zu dauerhaften Lösungen, sondern tendieren wie die Psychoneurosen überhaupt zu einer Wiederkehr des verdrängten Materials in Form neuer Konflikte.

d) Der Konflikt vom Typus: *Sicherheit der Primärgruppe versus Risiken (und Chancen) der Sekundärgruppen*

Während der Latenzphase (6. bis 10. Lebensjahr) besteht die hauptsächliche Aufgabe des Kindes darin, die Sicherheit der Primärgruppe (Familie) allmählich aufzugeben und sich in anderen Gruppen als handelndes Mitglied einzufügen. In fast allen Kulturen der Welt erfolgt in dieser Zeit z.B. die Einschulung bzw. der Beginn der Einführung in wichtige Kulturtechniken (Lesen, Schreiben). Das Kind steht insofern am Scheideweg: es ist aufgefordert die Sicherheit der Primärgruppe aufzugeben und das soziale Handeln in Sekundärgruppen zu wagen. Wenn es übermäßig lange in der Primärgruppe verharrt, wird es wahrscheinlich massive Minderwertigkeitsgefühle entwickeln.

Der Übergang in die Sekundärgruppe bedeutet nun auch, daß das Kind wichtige Vorerfahrungen mit einbringen kann und muß. Es wird entscheidend sein, mit welchem Selbstwertgefühl es sich einbringt, ob es ein verlässliches Selbstvertrauen bereits entwickelt hat und mitnehmen kann, oder ob es sich passiv unterwerfen muß. Es geht also auch darum, ob derartige Übergänge geschafft werden, und zwar auch dann, wenn gelegentliche Rückschläge in Form von Enttäuschungen und partiellen Zurückweisungen auftreten können.

Konflikte dieses Typus können bei psychiatrischen Teams dadurch gekennzeichnet sein, daß einzelne Behandler aufgrund von Fortbildungsmaßnahmen oder Hospitationen z.B. auf neue, interessante Eindrücke aus anderen sozialen Gruppen (Fortbildungseinrichtungen, andere Kliniken, usw.) treffen, und diese neuen Eindrücke nicht ohne weiteres mit den bekannten Erfahrungen im (Ausgangs-)Team verbinden können. Es dürfte nun darum gehen, wie ein derartiger Interessenkonflikt gelöst

wird. Orientiert sich der Mitarbeiter nun an der Sicherheit der bekannten primären Gruppe (bisheriges Team) oder orientiert er sein praktisches Handeln an den Normen, Verhaltensweisen und Wertmaßstäben der neuen Gruppe (Sekundärgruppe). Würde der Mitarbeiter seine neuen Eindrücke total unterdrücken und so tun als wäre nie etwas gewesen, so verhielte er sich wie ein Nesthocker, der das Neue bekanntlich draußen läßt. Entschiede er sich für die ausschließliche Identifikation mit dem Neuen unter Ausschluß des (bisherigen) Teams, so könnte er in eine Rolle geraten, die der des Schulstrebens ähnlich ist. Derartige Konflikte können nicht nur das Verhältnis einzelner Teammitglieder zur Gesamtgruppe betreffen, sondern auch das Verhältnis ganzer Stationen zu Vorgesetzten, usw.

e) Der Konflikt vom Typus: *Genitalität und Identität versus infantile Bindungen und Identitätsdiffusion*

In der Pubertät (12 bis 16./18. Lebensjahr) stellt sich dem jungen Menschen eine Reihe von Aufgaben, die bewältigt werden müssen. Unter anderem müssen die verschiedenen Triebimpulse reguliert werden. Andererseits muß die Identität gefunden werden. Gleichzeitig muß die weitere Loslösung von der Familie betrieben werden. Gleichzeitig wiederholen sich in etwas veränderter Form die typischen Grundkonflikte der vorangegangenen Zeit. Das grundlegende Thema der Pubertät besteht aber eindeutig im Suchen der eigenen Identität. Das geht nicht ohne Wagnis, Mut und Risiko. Menschen, die diesen Schritt nicht schaffen, verharren in einer Welt kindlicher Identifikationen. Wenn der gewaltige psychische Umbruch in dieser Phase mißlingt, können schwere Identitätskrisen resultieren, ebenso Identitätsdiffusionen oder psychotische Störungen.

Konflikte dieses Typus können bei den Behandlern einerseits die vorher skizzierten Konflikte erneut mobilisieren, die dann als eine Neuauflage erscheinen. Insgesamt geht es für die Behandler aber nun um die Identität des Teams überhaupt. Es könnte sein, daß sich für ein derartiges Team zeigt, daß bisherige Konzepte und Vorgehensweisen als irrig erwiesen haben. Nun ist es so, daß die Sicherheit der alten Lösungen zwar nicht mehr funk-

tioniert, daß aber das Bekennen zur eigenen Identität auch zu Schwierigkeiten führen könnte. Diese Schwierigkeiten verdeutlichen sich häufig darin, daß ein Team dann für seinen Standpunkt und damit für seine Identität kämpfen muß. Es wird ihm nichts geschenkt. Wird ein derartiges Ringen mißverstanden und administrativ unterdrückt, dürfte eine massive Identitätskrise resultieren, die möglicherweise auch in einer Identitätsdiffusion des gesamten Teams münden kann.

VII. Schlußbemerkung

Es wurde versucht, die Kompetenz der Behandlung mit dem Niveau der Konfliktbewältigung in Beziehung zu setzen. Diese Betrachtungsebene soll die bestehenden Hierarchieunterschiede nicht leugnen, aber einen Weg für die Klärung und mögliche Lösung von derartigen Konflikten aufzeigen. Prinzipiell lassen sich Konflikte bearbeiten. Ob es dazu kommt hängt allerdings auch von der aufrichtigen und ehrlichen Haltung aller Beteiligten ab. Vielleicht könnten die Bremer Stadtmusikanten³ ein gewisses Leitbild für derartige Konfliktlösungen sein. Diese mußten sich bekanntlich zunächst einigen, wie die beste Sicht der Dinge zustande kommt (wer oben steht und guckt). Ferner zeigte sich bei ihnen auch ein wohlabgestimmtes Zusammenspiel beim Vertreiben der Räuber. Jeder hatte seine eigene, klare Rolle und zusammen waren sie stark.

Literatur auf Anfrage bei Autor erhältlich.



*Dr. phil. Wolfgang Trautvetter
Große Bäckerstraße 22
D-21335 Lüneburg*

³ Kinder- und Hausmärchen, gesammelt durch die Brüder Grimm, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1983, S. 180ff.

H. Chun-Juelich

Die psychodynamisch orientierte Visite in der psychiatrischen Klinik

Workshop Nr. 12 A, Workshop-Leiter: Chun-Juelich
(Mit Dank an die Workshop-Teilnehmer für die Anregung)

1. Allgemeines

Auf allen Krankenstationen finden Visiten gewöhnlich als festes therapeutisches Programm statt, ebenso auf allen (akut-) (Aufnahme-) Stationen der psychiatrischen Abteilung. Das Pflegepersonal und die Ärzte haben bereits in der Ausbildung Berührung mit der Visite. Das Wort „Visite“ ist schon in der Umgangssprache so weit etabliert, auch Laien haben eine relativ klare Vorstellung mit teilweisem Realitätsgehalt, während sie von anderen Therapieprogrammen (wie Musiktherapie, Gestaltungstherapie, Einzelgespräch, Gruppengespräch, KBT etc.) nur eine vage oder gar keine Vorstellung besitzen.

Erstaunlich ist es, daß es trotz dieser Etabliertheit der Visiten in Krankenhäusern kaum Veröffentlichungen und Forschungen darüber gibt. In der Durchsicht der Literatur waren lediglich wenige Arbeiten darüber (z.B. von Siegrist, Begemann-Deppe, Urban, Witfeld und Jährg) vorhanden. Eine explizite Veröffentlichung über die psychodynamische Visite oder überhaupt Visite in der Psychiatrie konnte ich nicht ausfindig machen. Dieses Phänomen halte ich für interessant und zugleich merkwürdig.

Bevor wir auf die Visite zu sprechen kommen, müssen wir zunächst die Überlegung machen, wo eine solche Visite stattfindet. Zu einer (akut) psychiatrischen Station gehören Patienten, Mitarbeiter und die Räumlichkeit, aber auch die inneren Konzepte der Behandlung.

Wir müssen davon ausgehen, daß wir es in der Psychiatrie überwiegend mit einem sog. „Frühgestörten“ (also Patienten mit unzureichend abgegrenzter Ich-Struktur, spezifischem Grundkonflikt mit spezifischem Verarbeitungsmodus dieses Konfliktes samt deren unreifer Abwehrmechanismen wie Projektion, Spaltung u.a.) zu tun haben. Unsere Patienten sind in einer Notsituation, die ich als „Dilemma bzw. Patt-Situation“ bezeich-

nen möchte, aus der sie aber aus eigener Kraft nicht alleine herauskommen können und uns dabei zu Hilfe nehmen. Diese Patienten haben bereits vor der stationären Aufnahme sich ihrerseits mit enormer Kreativität bemüht, eine Problemlösung zu finden, wenngleich es sich dabei eher um eine kompromißhafte Pseudolösung handelt. Spätestens jetzt wird es nochmals klar, in welcher komplexen Problemsituation sie sich befinden. Noch zu erwähnen ist, daß diese Patienten freiwillig, aber auch unfreiwillig im Krankenhaus sind, mit Ängsten und Entbehrungen der Stationsdynamik (Gruppendynamik) „ausgeliefert“ sind. Die therapeutische Station wird subjektiv künstlich erlebt.

Wie wir die Patientengruppe in der Psychiatrie angeschaut haben, können wir auch die psychiatrischen Institutionen und deren Eigentümlichkeit anschauen, wobei wir sowohl das Therapeutenteam als auch die Räumlichkeit der Psychiatrie ähnlicherweise unter dem Gesichtspunkt der Eigentümlichkeit genauer anschauen müssen. Hier wird darauf verzichtet, da dies an anderer Stelle ausführlicher beschrieben ist.

Solche Institutionen wiederum haben einem bestimmten, klar definierten Versorgungsauftrag nachzugehen, je nach deren inhaltlichen Behandlungskonzepten mit unterschiedlichen Programmen. In der psychodynamisch orientierten Psychiatrie heißt es, daß wir in diesem gegebenen Rahmen unsere Beobachtungen und Erfahrungen mit den Patienten mit Hilfe psychoanalytischer Erfahrung und Erkenntnisse versuchen zu verstehen. Wiederum heißt das,

1. die biographischen Daten der Patienten, also deren individuelle Geschichte in Erfahrung zu bringen, gleichzeitig dabei auch den Niederschlag der Gesellschaftsgeschichte zu berücksichtigen.

2. Die Ich-Strukturen von einzelnen Patienten samt deren Regressionsgrad zu erfassen.

3. Die Reinszenierungen samt deren Konflikt-, Dilemmadarstellung sowie die Abwehrmechanismen und die unterschiedlichen Arten der Übertragung auf unterschiedliche Teammitglieder zu erfassen sowie auch die unterschiedlichen Gegenübertragungen von seiten der Teammitglieder.

4. Dies muß von allen Teammitgliedern zusammengetragen werden, sozusagen wie einzelne Mosaiksteine, wie ein Puzzle zu einem Bild über den Patienten zusammengesetzt werden.

5. All dieses mit psychoanalytischem Wissen reflektieren, damit zu erkennen, was abgewehrt werden sollte und was der Grundkonflikt des Patienten sein kann. Mit unserem Theoriewissen zu reflektieren heißt, das gesamte Übertragungsgeschehen in einer enormen Kreativität zu übersetzen, um es therapeutisch nutzbar zu machen. Das heißt, die verschlüsselten Botschaften müssen enträtselt und verstanden werden. Neben dieser enormen Aufforderung zur Kreativität der Behandlungsgruppe sind gerade bei diesem Patienten Klientel Leistungen zu erbringen im Sinne des Containing und Holding nach Winnicott und Bion. Die an uns delegierten schwer aushaltbaren, aber intensiven Gefühle müssen in einer bestimmten Reinszenierungs- und Verstandenwerden-Phase der Behandlung zunächst mit Zuversicht gehalten und ausgehalten werden. Gleichzeitig müssen wir in solchen Phasen der „Nachreifung“ wohlwollend und aufmunternd die Patienten gewähren lassen, fördern und die fragmentierten verschlüsselten Informationen und Gefühle aufbewahren.

Oftmals müssen wir dabei für die Patienten die Dinge vorformulieren, aussprechen, ja sogar für die Patienten das Problem benennen, um für sie stellvertretend eigenen Gefühlen und den Umständen einen Namen zu geben, das heißt gewissermaßen, die „Hilfs-Ich-Funktion“ zu übernehmen, bei gleichzeitiger Funktionsübernahme als Trost-Gebender, Stützender und Schützender. Die letzte Aufgabe der Therapeuten wäre dann, das Erkannte und Verstandene in einem passenden Moment dem Patienten in deren Sprach- und Verständnisniveau aufzuzeigen.

Das wäre der gewöhnliche psychiatrische Alltag mit psychodynamischen Ansätzen.

2. Ziele und Zwecke der Visite

Aus den oben skizzierten Bedingungen der psychiatrischen Station ist zu entnehmen, daß eine Therapie dann auch deren Erfolgseffizienz bringen kann, wenn dieses Programm für alle Beteiligten klar überschaubar und verläßlich stattfindet. Aus der bisherigen Literatur ist die Visite nicht nur eine zentrale gemeinsame Veranstaltung in Krankenstationen, sondern stellt gleichzeitig eine von wenigen hauptsächlichsten Gelegenheiten zur Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten dar. Dort sollen neben dem Informationsaustausch auch Mitteilungen sowohl von Patientenperspektiven als auch von Therapeutenperspektiven über die Behandlung, Diagnose, Erklärung über Medikation und teils auch körperliche Untersuchungen, wie auch Kontrolle der Therapieeffizienz, Compliance sowie auch oberärztliche und chefärztliche Supervision und Beratung erfolgen. Über diesen Punkt hinaus hat eine psychodynamisch orientierte Visite auf Stationen noch sehr viel komplexere Aufgaben zu bewältigen. Nur wenige zusätzliche Beiträge, um die Komplexität der Visitenaufgabe zu erleuchten:

Eine wichtige Aufgabe ist der persönliche Kontakt von behandelnden Ärzten und anderen Berufsgruppen. Dieser persönliche Kontakt hat vielerlei Funktionen, nämlich Aufbau von vertrauensvoller Arzt-Patient-Beziehung, die dem Patienten Offenheit in der Therapie erst möglich macht, denn nur in einem vertrauensvollen Dialog mit dem Patienten lassen sich die individuellen Informationen zur Diagnostik und Behandlung erfolgreich nutzbar machen. Außerdem dient der persönliche Kontakt auch als Beziehungsangebot. Durch unser Erleben und unsere Beobachtungen der Interaktion in der Visite können wir auch unseren diagnostischen und therapeutischen Beitrag sinnvoll gestalten. Diese Beobachtung und Erleben muß wiederum in einer Nachbesprechung zusammengetragen werden, um ein gemeinsames Verständnis und Zielsetzung zu erlangen, anschließend kann auch eine Aufgabenverteilung ebenfalls in der Nachbesprechung erfolgen.

Durchaus einen Supervisionscharakter und Ausbildungscharakter hat die Oberarzt- und Chefarzt-Visite, darüber hinaus kann der Patient ei-

nen direkten persönlichen Kontakt zu denen durch diese Art der Visite angeboten bekommen. Chef- und Oberärzte haben auch die Gelegenheit, dem Patienten persönlich zu begegnen und sich einen eigenen Eindruck zu verschaffen, um bessere Beratung bzw. Supervision für die anderen Mitarbeiter zu machen. Darüber hinaus ist diese Art der Visite ebenfalls insofern interessant zu beobachten, wie die Patienten mit dem Hierarchiesystem des Krankenhauses umgehen, wo auch reale bzw. phantasierte Erwartungen und Befürchtungen mobilisiert werden könnten.

3. Visite als ein fester Bestandteil des Therapieprogrammes

Da der Patient in dieser komplexen „Not- und Pattsituation“ sehr auf die Hilfe der Therapeuten angewiesen ist, wäre es ein notwendiger Vorgang auch im Sinne der verlässlichen therapeutischen Objekte, daß sie wenigstens an Werktagen einmal am Tag die Möglichkeit haben, persönlichen Kontakt zu haben, zumindestens Blickkontakt zu haben. Aus diesen Gründen halte ich eine Visite täglich, in welcher Form auch immer (siehe dazu unten), als einen festen Bestandteil der Therapie für unumgänglich.

Die Patienten sollen nach der Aufnahme sofort über das Therapieprogramm informiert werden. Zu diesen Informationen gehören auch Rahmenerläuterungen des jeweiligen Therapieprogrammes, betreffend der Visite sollte sich bei dieser Information über deren Verbindlichkeitscharakter sowohl von Patienten als auch von Mitarbeitern gesprochen werden. Ebenso sollen bei diesem Informationsgespräch über Ziele, Zwecke der Visite, selbstverständlich Ort und Zeit und Visitenform Erklärungen stattfinden. Mit diesem Vorgang wird auch über die Wichtigkeit der Visite sowohl für Mitarbeiter als auch für Patienten implikativ vermittelt.

4. Visitenart

Allgemein verbreitet und bekannt ist die Stationsarzt-Visite, Chefarzt- und Oberarzt-Visite, in manchen psychiatrischen Stationen werden noch (Betzugs-) Pflegevisiten sowie Sozialarbeitervisiten durchgeführt. Je nach Art der Visite wird auch ein anderer Prozeß und Dynamik zu erwarten sein.

5. Visitenform

Verbreitet und bewährt haben sich 4 Formen der Visite, die ich jetzt so als „Bett-Visite“ (Patienten werden von Bett zu Bett von Visitierenden besucht), „Zimmer-Visite“ (alle in einem Zimmer zu behandelnden Patienten werden zusammen visitiert), „Sprechstunden-Visite“ (anhand einer Liste kommen die Patienten ins Visitenzimmer) und die „Stations-Visite“ (in einigen Abteilungen wird diese Visite als Morgenrunde bezeichnet. Dabei kommen alle Patienten der Station und die Mitarbeiter in einem relativ großen Kreis zusammen). Alle diese Visiten haben Vor- und Nachteile:

Bei der Bett-Visite kann die Gestaltung eines Patienten mit seinem Bett und Umgebung beobachtet werden. Bei der Sprechstunden-Visite kann der Patient die Therapeuten vor sich als „Machtblock“ erleben, dabei könnte die Angstbereitschaft und das Ohnmachtsgefühl größer werden und die Offenheit damit eingeschränkt werden. Bei der Zimmer-Visite sowie der Stations-Visite kann der Patient persönliche und individuelle Fragen und Anliegen nicht vortragen, da die Intimität nicht gewährleistet ist. Ein großer Vorteil der Stations-Visite wäre, daß das Behandlungsteam die Gruppendynamik und die Atmosphäre der Station deutlich entnehmen kann.

Visitenfrequenz und Form sowie Art sollen grundsätzlich dem gesamten Therapieprogramm angemessen und angepaßt sein, bewährt haben sich ein bis zwei Bett- und Sprechstunden-Visiten pro Woche neben drei bis vier Stations-Visiten. Gut bewährt hat sich auch eine komplementäre Visitenform und Frequenz, wo jeder Patient damit auch viele Möglichkeiten hat.

Ebenso bewährt hat sich als Visitendauer ca. 10 Minuten incl. Vor- und Nachbesprechung pro Patient bei Bett- und Sprechstunden-Visite, wobei die persönlichen Kontakte mit dem Patienten von 6 bis 7 Minuten nicht unterschritten werden sollten, bei Stations-Visite ca. 20 bis 30 Minuten.

6. Umgang in der psychodynamischen orientierten Visite

Bereits in der Vorbereitungsphase vor der Visite sollten die Therapeuten die Hauptaufmerksamkeit auf die Gruppendynamik der Station lenken und

sie lebendig und präsent halten. Psychiatererfahrene Mitarbeiter wissen, daß auf der Station des öfteren eher eine Verweigerungs-, Aggressionshaltung sowie ein Versorgungswunsch oder ähnliches vorhanden ist.

Noch zu berücksichtigen ist, in welchem Prozeß der Patient sich gerade befindet, welche individuelle Geschichte er mitbringt, wovon den Therapeuten durch Urlaub oder Krankheit abwesend ist und welche Bedeutung dies für die jeweiligen Patienten und deren Behandlungsprozeß und Stadium haben kann, in welchem Behandlungsstadium der Patient sich gerade befindet. So ist am Anfang der Behandlung und ebenso am Ende der Behandlung eine andere Situation. Von großer Wichtigkeit ist auch die Kontinuität, wenn möglich auch vom Pflegepersonal. In dieser Kontinuität ist nicht nur personengebundene Kontinuität gemeint, sondern auch das Zimmer sowie die Sitzordnung. In der Praxis ist besonders durch Pflegepersonalwechsel bei Schichtdienst diese Kontinuität schwer zu leisten.

Eine besondere Beachtung sollte auch die Geschlechtsverteilung der Mitarbeiter jeder Visite finden, weil das auf den Patienten einen Einfluß nimmt. Eine Visite soll auch von fremden Aufgaben entlastet werden. Beispielsweise Kurvenvisite, Supervisionsaufgaben und alle weiteren institutionen- und arbeitsorganisatorischen Aufgaben sollen vor und nach der Kernvisite und ohne den Patienten wahrgenommen werden.

Die Visiteteilnehmer sollen möglichst in einer natürlichen Gesprächssituation in gleicher Augenhöhe dem Patienten gegenüber sitzen. Die Gesprächsführung soll im Sinne der patientenzentrierten Gesprächsführung eine Symmetrie zwischen Arzt und Patient im Dialog sein.

Da wir mit einem knappen Zeitbudget in der Visite arbeiten, ist eine Disziplinierung des Zeit-Einhaltens sicher notwendig. Es sollte aber auch deshalb das Gespräch möglichst auf die aktuell besonders relevanten Aspekte eingeeengt werden, nicht viele Facetten eines Problems sollen angerissen werden, sondern die beim Patienten im Vordergrund des Erlebens stehenden Schwierigkeiten sollen punktuell vertieft werden.

In einem Visitengespräch sollten möglichst die kurzen Gespräche auch

in abgeschlossener Form beendet werden. In der Visite ist zu berücksichtigen, daß der Patient nicht unter „vier Augen“ das Gespräch führt, sondern noch andere anwesend sind und daher auch die sehr intimen Gesprächsinhalte, besonders jene, die mit hohen Schamgefühlen o.ä. besetzt sind, nicht angesprochen werden.

Da durch die Visite ein therapeutischer Prozeß in Gang gesetzt werden soll, sollten auch sehr viele helfende Brücken und adäquate Hilfen von den Therapeuten geleistet werden. Auf die Patienten-Initiativen sollte nicht zu lange wie im Einzelgespräch gewartet werden. Erfahrungen zeigen, daß die Patienten nach kurzer Zeit ihr „Visitentema“ mitbringen. Es ist auch an geeigneten Stellen möglich, dem Patienten eine Deutung zu geben, wobei dies im Sinne der Klärung, Konfrontation, aber auch die eigentliche Deutung beinhalten kann.

7. Probleme der psychodynamisch-orientierten Visite

Allgemein gelten auch hier die Schwierigkeiten der psychodynamischen Psychiatrie, die diese mit sich bringt. Darüber hinaus ist das Zeit-Budget, das nicht immer den Erwartungen und Wünschen der Patienten entspricht, ein großes Problem. Ebenfalls ist die mentale Kapazität der visitierenden Mitarbeiter bei schnell wechselndem Einlassen in kurzer Zeit sicher ein Problem. Dazu gehören auch die organisatorischen Zwänge, besonders aus der Patientenperspektive, einen bestimmten, zumindest nicht frei wählbaren Therapeut/Arzt zugewiesen zu bekommen. Dieses kann eine kritisch-aggressive Behandlungsmaßnahme und eine abwehrende Haltung auslösen. Wichtig ist es hier für den Therapeuten, nicht auf die Aggressivität und die mit ihr verbundene Kränkung durch den Patienten zu reagieren, sondern sie im Gespräch zu hinterfragen, zu versuchen, zu verbalisieren und gemeinsam mit Patienten zu reflektieren.

Darüber hinaus gibt es viele Störfaktoren, die sich als Schwierigkeiten in der Praxis erwiesen haben, so z.B. Unruhe durch nicht-verlegbare Termine, wie Anhörungstermin durch den Richter etc ... Ebenfalls kann die Visite durch unruhige Patienten gestört werden. Über andere rahmensprengende Störfaktoren wissen wir aus der Praxis

sehr viel zu erzählen, worauf ich jetzt nicht näher eingehen möchte.

8. Voraussetzung für die psychodynamisch orientierte Visite

Auch hierzu gilt die Voraussetzung für psychodynamisch orientierte Psychiatrie allgemein. Alle Mitarbeiter müssen über Konzepte und Therapieprogramm und deren Aufgaben sich im Klaren sein. Mitarbeiter werden ihre Arbeit viel erfolgreicher abschließen können, durch das Wissen über die eigene psychische Struktur, ebenso wie über die Theorie der Krankheitsgenese und Behandlungstechnik. Hierzu ist oft Supervision notwendig. Auch eine Visite ist der Gruppendynamik unterworfen, so daß ein konfliktfreies Verhältnis unter Mitarbeitern eine entsprechende Atmosphäre bereiten kann, die letztlich auch den Erfolg fördert.

9. Übrigens ...

... diese Darstellung der psychodynamisch orientierten Visite ist keineswegs mit dem Anspruch einer Vollständigkeit geschrieben.

... ist mir aufgefallen, daß im Workshop nur ärztliche Mitarbeiter als Teilnehmer waren, für mein Verständnis ist eine Visite nicht nur eine Arztsache, sondern auch eine vom Pflegepersonal und anderen Berufsgruppen.

... diese Darstellung ist als eine „de-alvorstellung“ zu verstehen, mit dem Wissen, daß in der Praxis nur ein Bruchteil davon zu realisieren ist. Allerdings sehe ich trotzdem unsere Aufgabe darin, uns dahingehend zu bemühen.

Literatur auf Anfrage bei Autorin erhältlich.



*Dr. med. H. Chun-Juelich
Ärztin für Neurologie, Psychiatrie
und Psychotherapie, Oberärztin in
der psychiatrischen Abteilung des AK
Bergedorf, Gojenbergsweg 30,
D-21029 Hamburg, Tel. 040/72593-311*

A. Sosland

Zur psychotherapeutischen Situation in Moskau

Es ist unmöglich, die heutige Situation außerhalb des historischen Kontextes zu verstehen. Der Weg der Psychotherapie in Rußland ist dramatisch und einzigartig.

Seit dem sogenannten „Goldenen Zeitalter“ der Hypnose am Ende des 19. Jahrhunderts haben russische Therapeuten die wichtigsten Ideen der westlichen Psychotherapie akzeptiert und durchgearbeitet. Viele Ärzte haben in den ausländischen Ausbildungszentren gelernt und dann die betreffenden Theorien und Methoden nach Rußland gebracht. So war es sowohl mit der Hypnose als auch mit der Psychoanalyse am Anfang der Entwicklung vor dem Ersten Weltkrieg. Viele Texte von Freud und seinen Nachfolgern wurden ins Russische übersetzt, viele Ärzte praktizierten Psychoanalyse. Zwischen 1910 und 1914 erschien die Zeitschrift „Psychotherapie“, in der die Aufsätze russischer und europäischer Psychotherapeuten verschiedener Richtungen veröffentlicht wurden. Die Zeitschrift hatte keine eindeutige Schulorientierung.

Es dürfte bekannt sein, daß Freud bei der Verbreitung der Psychoanalyse Rußland eine besondere Rolle zugeschrieben hat. Aus Rußland stammten nicht nur interessante Patienten (z.B. der berühmte Wolfsmann), sondern auch viele begabte Forscher, wie Sabine Spielrein, Max Eitingon, Nikolai Wyrubov, Mosche Wulff, Ivan Jermakow u.a. Nach dem Ersten Weltkrieg und nach der Revolution 1917 ging die Entwicklung der russischen Psychoanalyse weiter – fast alle wichtigen Werke Freuds wurden in guten Übersetzungen herausgegeben. (Allerdings gibt es bis heute keine Standard-Edition.) Es gab eine psychoanalytische Gesellschaft und sogar einen psychoanalytischen Kindergarten.

In den 30er Jahren wurde die Psychoanalytische Gesellschaft von den stalinistischen Behörden aufgelöst und die Psychoanalyse zur „idealistischen-bürgerlichen Wissenschaft“ gestempelt. Im Gegensatz dazu waren Hypnose und Autogenes Training er-

laubt, und sie sollten im Laufe vieler Jahre die führenden Psychotherapie-Methoden in Sowjetrußland bleiben. Auch über die rationale Psychotherapie (ähnlich der heutigen kognitiven Psychotherapie) und über die reflexbedingte Therapie durfte man sprechen. (Behaviorismus und Verhaltenstherapie gehörten allerdings zum „bürgerlichen Idealismus“.) Ende der 70er Jahre wurde auch eine Gruppentherapie entwickelt, die sich größtenteils an C. Rogers und W. Schütz orientierte. Bahnbrechend auf dem Gebiet der Gruppentherapie war das Bechterew-Institut in St. Petersburg (damals Leningrad), später verbreitete sich die Gruppenbewegung durch das ganze Land.

Aber das alles betraf nur die öffentlichen Institutionen. Viele Ärzte und Laien praktizierten die Psychoanalyse im Untergrund. Alle diese Analytiker waren natürlich Autodidakten, die meisten hatten analytische Prinzipien nur durch Bücher kennengelernt (aus alten Ausgaben der 20er Jahre oder den Originalausgaben). Heute kann keiner sagen, ob alle Regeln des analytischen Settings befolgt wurden, und ob diese selbständigen Analytiker die ethischen Normen beachtetten.

Auch die öffentliche Psychotherapie hatte in ihrer Entwicklung viele Hindernisse zu überwinden. Der erste Lehrstuhl für Psychotherapie wurde 1966 an der Moskauer Akademie der Ärztlichen Postdiplomausbildung von Prof. W. Rojnov gegründet, einen weiteren Lehrstuhl gab es in St. Petersburg (damals Leningrad). Ein weiterer Verdienst W. Rojnovs besteht darin, daß dank seiner Aktivität der Fachberuf „Psychiater-Psychotherapeut“ im Mai 1985 in die offizielle Liste der medizinischen Berufe eingetragen wurde. Die kommunistische Gesellschaft wurde auch von der Perestroika allmählich liberalisiert, und es war schon in den 50er und 60er Jahren erlaubt, über Psychoanalyse zu sprechen. In vielen Psychiatrie-Lehrbüchern wurden die wichtigsten Aspekte der Freud'schen Lehre „in

der kritischen Form“ ausgelegt. Höhepunkt dieser Liberalisierung war 1979 die Konferenz in Tbilissi (Georgien) über das Unbewußte. Prominente Wissenschaftler aus der ganzen Welt hatten hier die Gelegenheit, die Probleme des Unbewußten frei von ideologischer Kontrolle zu diskutieren. Diese Konferenz übte großen Einfluß auf die gesamte Situation in der sowjetischen Wissenschaft aus, die im großen und ganzen noch liberaler wurde. Es gab bereits Professoren, die Freud und die anderen ohne die sogenannte „marxistisch-leninistische Kritik“ zitierten, und es war klar, daß die endgültige Liberalisierung bald kommen mußte.

Was mit der Perestroika begann, kann man sicher als „Sturm und Drang“-Periode in der Geschichte der russischen Psychotherapie bezeichnen. Schulen und Stiftungen aus aller Welt schickten ihre Trainer nach Moskau und in andere Städte, überall wurden Vorlesungen, Workshops und Training abgehalten (besonders zahlreich und aktiv waren natürlich die Amerikaner). Eine wichtige Rolle in dieser Bewegung spielte die Assoziation der Praktischen Psychologen. Diese Assoziation, die heute schon nicht mehr existiert, hatte eine ausschlaggebende Rolle im Beziehungsprozeß zwischen russischen und westlichen Psychotherapeuten. Unter den prominenten Moskau-Besuchern waren unter anderem C. Rogers, W. Frankl, J. Grinder, W. Satir, S. Grof, S. Krippner, A. Mindell, N. Pesseschian. Umgekehrt bekamen auch viele russische Psychotherapeuten eine Ausbildung im Ausland und brachten so Ideen und Techniken nach Moskau.

Zu Beginn der 90er Jahre änderte sich die Situation völlig. Es gibt heute kaum eine große Psychotherapie-Schule, die in Moskau keine Stiftung hat oder zumindest einige Vertreter. Es gibt schon drei Psychoanalytische Vereinigungen, drei Institute für Gestalttherapie, eine psychodramatische Assoziation, eine Assoziation der Humanistischen Psychologie, verschiedene Stiftungen für NLP und Ericsonian Hypnosis, Transpersonale Psychotherapie, körperorientierte Psychotherapie usw. Alle diese Vereinigungen und Stiftungen bieten auch verschiedene Ausbildungsprogramme an. Man kann also sagen, daß der psychotherapeutische Markt in Mos-

kau relativ dicht ist. Doch gibt es auch weiße Flecken auf der psychotherapeutischen Karte. Z.B. sind NLP und Ericsonian Hypnosis sehr populär, es gibt aber relativ wenige Verhaltenstherapeuten. Sehr verbreitet sind Transpersonale Psychotherapie und Pneumokatharsis, es gibt aber kaum einen voll ausgebildeten Jungianer (nur einige Autodidakten). Ende der 80er Jahre waren die humanistische Psychologie und die klientenzentrierte Psychotherapie sehr verbreitet, die Gruppenanalyse ist längst nicht so verbreitet wie andere Gruppentherapie-Methoden. Existenzialismus ist durch das amerikanische Ausbildungsprogramm aus Kalifornien vertreten (Schule von James Buental), und die europäischen Logotherapeuten und Daseinsanalytiker finden leider keine Zeit und Mittel, ihre Ideen und Methoden nach Rußland zu bringen.

Es gibt einige (vielleicht 4 oder 5) Ausbildungseinrichtungen, die gleichzeitig verschiedene Strömungen in der Psychotherapie vertreten. Die Studenten werden im Laufe von zwei bis drei Jahren in den verschiedenen Methoden ausgebildet, jeder Workshop bzw. jedes Seminar dauert zwischen 2 und 5 Wochen. Es wird auch Theorie gelehrt und manchmal Supervision durchgeführt. Teilweise werden auch schon langfristige Ausbildungsprogramme angeboten. So haben heuer zum ersten Mal junge Fachleute in Moskau und St. Petersburg die Möglichkeit, eine fünfjährige Ausbildung am Institut für Psychoanalyse (Rektor ist der Philosoph Pavel Gurevitsch) zu absolvieren.

Eine Eigenart der aktuellen Situation in Moskau besteht darin, daß Rußland zu einem Eroberungsobjekt von verschiedenen Psychotherapie-Schulen geworden ist. Wir haben fast gleichzeitig die verschiedenen Psychotherapien kennengelernt – die lange etablierten und die neuentwickelten. Es ist paradox, daß wir die klassische Psychoanalyse und zum Beispiel NLP fast gleichzeitig bekommen haben. Die Verbreitung dieser oder jener Methode hängt in erster Linie davon ab, wie aktiv diese oder jene Stiftung aus dem Westen hier in Rußland ist. So hat z.B. die prozeßorientierte Psychotherapie nach A. Mindell oder Günther Ammons Dynamische Psychiatrie oder sogar die sogenannte Ontopsychologie A. Menegettis dank

der Aktivität deren Vertreter mehr Anhänger als etwa C. G. Jungs analytische Psychologie oder A. Adlers Individualpsychologie. Man sieht, vieles am Bild der russischen Bühne ist zufällig, und das Bild selbst ist noch sehr roh. So hat z.B. S. Grof auf dieser Bühne mehr Platz als E. Gendlin oder O. Kernberg, und G. Ammon hat mehr Platz als M. Boss.

Was die psychotherapeutische Praxis angeht, kann man sagen, daß jeder macht, was er will. Die Privatpraxis ist fast nicht geregelt. Man braucht zwar offiziell eine Lizenz, tatsächlich wird aber kaum kontrolliert. Auf den Anschlagetafeln oder in den Zeitungen kann man manchmal lesen: „Praktiziere Psychoanalyse und Massage“. Wer kein Diplom hat, darf ohnehin als Volksheiler arbeiten. Und viele arbeiten nur mit Hilfe von mündlicher Empfehlung.

Im Grunde geht es weniger um die Konkurrenz zwischen den Schulen, sondern vor allem um die Konkurrenz zwischen ernsthaften Psychotherapeuten und Scharlatanen, den sogenannten „Volksheilern“ oder auch „Zauberern“. Nach meiner Erfahrung hat fast jeder zweite Patient jemanden aus dieser zweifelhaften Kategorie besucht, bevor er sich bei einem Psychotherapeuten meldete.

Es ist wichtig, daß in letzter Zeit viel psychotherapeutische Literatur herausgegeben wurde – und zwar zu allen Gebieten und Richtungen. Fast alle werden von westlichen Verlegern unterstützt. Auch einige Zeitschriften wurden in letzter Zeit gegründet – hier ist in erster Linie das „Russian Psychoanalytic Bulletin“ zu nennen, eine Ausgabe, die sich überwiegend mit klinischen Problemen beschäftigt, und „Archetyp“, wo auch kulturell-gesellschaftliche Fragen erörtert werden. Zweifellos besonders interessant ist die „Moskauer Psychotherapeutische Zeitschrift“ (MPZ), wo Artikel aus allen Gebieten der Psychotherapie veröffentlicht werden. Im Inhaltsverzeichnis der MPZ kann man Namen wie S. Freud und M. Ericson, E. Gendlin und L. Binswanger, F. Peris und R. Laing, A. Ellis und A. Mindell usw. finden. Außerdem werden in der MPZ die Forschungen der interessantesten modernen russischen Autoren veröffentlicht. Die beiden Chief-Editors der MPZ, Fjodor Wassiljuk und Wjacheslaw Tzapkin, sind gleichzeitig die

Direktoren des „Zentrums für Psychologie und Psychotherapie“. Dieses Zentrum veranstaltete im Oktober 1994 eine außerordentlich interessante Konferenz zum Thema „Psychotherapie – von der Konfrontation zum Dialog zwischen den Schulen“. Im Rahmen dieser Konferenz gab es eine Tagung unter dem Titel „Wir spielen Ellen West“, bei der die berühmte Krankengeschichte L. Binswangers von Vertretern verschiedener Schulen analysiert wurde. Eine Psychologin spielte die Rolle der Ellen West und beantwortete die Fragen von S. Freud und J. Moreno, F. Peris und R. Bandler, A. Beck und A. Mindell – alle dargestellt von Moskauer Therapeuten.

Obwohl die russischen Psychotherapeuten im Durchschnitt noch nicht gut genug ausgebildet sind, kann man schon jetzt eine deutliche Tendenz zu selbständiger kreativer Aktivität beobachten. Oft wird die Meinung geäußert, daß vieles innerhalb der etablierten Psychotherapie-Methoden nicht zur russischen geistigen und kulturellen Tradition passen würde. In manchen Ankündigungen von Workshops steht deshalb neben der Methode auch noch „Autorisierte Version“. Das bedeutet eine selbstän-

dige Redaktion der schon bekannten Methode.

Außerdem gibt es auch völlig selbständige Projekte. Der bereits erwähnte Fjodor Wassiljuk etwa hat einige ganz originelle Techniken erfunden, die er in vielen Workshops einer ständig steigenden Zahl von Teilnehmern präsentiert. Mark Burno, ein äußerst interessanter Forscher, arbeitet seit vielen Jahren an seiner Methode „Psychotherapie durch schöpferischen Selbstausdruck“, und auch er hat zahlreiche Anhänger. Und schon seit einigen Jahren wird ein Seminar „Wie kann man eine eigene Schule in der Psychotherapie schaffen“ von Alexander Sosland durchgeführt. Zweifellos wird die psychotherapeutische Wissenschaft durch russische Autoren schon in kürzester Zeit viele neue und interessanten Impulse bekommen.

Interessante Impulse kommen übrigens nicht nur aus Moskau, sondern auch aus der Provinz. Es spricht alles dafür, daß sich die Situation im Land von Moskau eher quantitativ als qualitativ unterscheidet. Methoden, die in Moskau akzeptiert werden, verbreiten sich schnell im ganzen Land. In letzter Zeit gab es zahlreiche Versu-

che, alle psychotherapeutischen Kräfte in einem Verband zu sammeln. Doch das ist schwierig. Einerseits wegen der allgemein unsicheren Situation in der Gesellschaft, andererseits weil viele kein Interesse an einer solchen Vereinigung haben. Zwar gab es Versuche, einen Dachverband zu gründen, es wollten aber zu wenige daran teilnehmen. Assoziationen, die verschiedene Schulrichtungen vertreten, arbeiten selbständig und ohne Gesetze. Sie profitieren von einer Situation, wo es keine Kontrolle gibt und jeder machen kann, was er will.

Die neuesten Ereignisse in der russischen Psychotherapie – die erste allrussische Konferenz und der Erlaß von Präsident Jelzin über die Psychoanalyse – bringen hoffentlich einen neuen Anstoß für die Entwicklung der Psychotherapie in Rußland. Wir alle hoffen, daß sich die Situation allmählich normalisieren wird und Rußland zu einem hochentwickelten Psychotherapie-Land wird.

*Alexander Sosland
Leningradsky
prosp. 75a-ap.58
12 5057 Moskau
Russische Föderation*

Erlaß

des Präsidenten der Russischen Föderation über die Wiederbelebung und die Entwicklung der philosophischen, klinischen und angewandten Psychoanalyse.

Zum Zweck der Wiederbelebung und Entwicklung in Russland der philosophischen, klinischen und angewandten Psychoanalyse als einer Richtung der modernen Wissenschaft veranlasse ich:

1. Die Initiative des Ost-Europäischen Instituts für Psychoanalyse (St. Petersburg), der das Staatskomitee für Hochschulbildung der Russischen Föderation (RF), das Ministerium für Bildungswesen der RF, das Ministerium für Wissenschaft und technische Politik der RF, das Ministerium für Gesundheitswesen und Medizinbetrieb der RF, die Akademie der Wissenschaften der RF, die russische Akademie für Bildungswesen, die russische Akademie der medizinischen Wissenschaften die Beistimmung zugesagt haben, und die auf die Wiederbelebung und Entwicklung der philosophischen, klinischen und angewandten Psychoanalyse gerichtet ist, zu unterstützen.
2. Die Regierung der RF soll die Erstellung des projektgebundenen Programmes der Wiederbelebung und Entwicklung der Psychoanalyse laut der Gesetzgebung der RF und mit dem Heranziehen zu dieser Arbeit der Ost-Europäischen Institutes für Psychoanalyse.
3. Die Regierung St. Petersburgs soll zum Problem der Zuweisung dem Ost-Europäischen Institut für Psychoanalyse der Vergünstigung der Vermietung des Gebäudes, das das Institut heute in St. Petersburg besitzt, Stellung nehmen.

*Präsident der RF, B. Jelzin
Moskau, Kremlin, den 19. Juli 1996, N° 1044*

Veranstaltungskalender

7.-11. Juli 1997, Münsterlingen

**17. Schweizerische
Psychotherapiewoche
Münsterlingen – Breitenstein**

Seminare, Referate,
Selbsterfahrungsgruppen
Leitthema: „Identitätskrisen in
verschiedenen Lebensaltern“
Auskunft: Kantonale Psychiatrische
Klinik, Direktionssekretariat
CH-8596 Münsterlingen oder
Dr. Koemeda, Breitenstein
Tel. 0041/71/664 11 10

**4.-6. September 1997, Flensburg
Hypno-systemische Konzepte in
der lösungsorientierten Therapie
und Beratung**

Hypno-systemische Kooperation zwi-
schen einzigartigen Klientinnen und
einzigartigen Therapeutinnen für ein-
zigartige Lösungen
Workshop von Gunther Schmidt
Auskunft: projekt : system
Armin Albers
Schützenring 26
D-25899 Niebüll
Tel. 0049/4661/2 03 72

9.-19. September 1997, Wien

**„Im Labyrinth der Seele“ –
Ausstellung von Bildern
psychisch Erkrankter**

Veranstalter: Österreichische
Schizophrenie-Gesellschaft
Ausstellungsleiter: Ass. Univ.-Prof.
Dr. Rainer Strobl
Organisationsleitung und Auskunft:
Mag. Judith Legat
A-1072 Wien, Postfach 48
Tel. 0043/1/817 59 26

**13.-19. September 1997,
Bad Hofgastein**

**Psychotherapiewoche 1997:
Psychotherapeutische Medizin –
ihre Grenzen und Grenzgebiete**

Vorträge: Univ.-Prof. Dr. Alfred Drees
(Krefeld), Dr. Mathilde Egger-Urban
(Wien), Univ.-Prof. Dr. Eberhard Ga-
briel (Wien), Univ.-Prof. Dr. Marian
Heitger (Wien), Univ.-Doz. Dr. Herwig
Scholz (Villach), Mag. Elisabeth
Schuierer (Innsbruck), Prof. Karin
Schumacher (Berlin)

Theorieseminare, Selbsterfahrungs-
gruppen, Supervision, Balintgruppen
anrechenbar für die PSY-Diplomlehr-
gänge und das Fortbildungsdiplom
der ÖÄK

Auskunft: MR Dr. Siegfried Odehnal
Schelleingasse 8
A-1040 Wien
Tel. 0043/1/505 44 540
Fax 0043/1/505 44 544

**12.-20. September 1997,
Badgastein**

**28. Internationales Seminar
für Autogenes Training und
allgemeine Psychotherapie**

Thema: Rahmenbedingungen der
Psychotherapie
Auskunft: ÖGATAP
Eduard-Sueß-Gasse 22/10
A-1150 Wien
Tel. 0043/1/98 33 565
Fax 0043/1/98 33 566

**13.-17. September 1997, Wien
10th International Congress of
the European College of Neuro-
psychopharmacology, ECNP**

Information: Prof. Dr. S. Kasper
Chairman of the Department of
General Psychiatry
University of Vienna
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien
Fax 0043/1/40400 3099

17.-20. September 1997, Bonn

**3. Rheinische Allgemeine
Psychotherapietage**

Leitthema: Therapie sexueller
Störungen
Fort- und Weiterbildung, Qualifizie-
rung, Berufs- und Gesellschaftspolitik,
Vorträge, Foren, Seminare, Übungen,
Supervisionen, Analytische Psycho-
therapie, Gesprächspsychotherapie,
Gestaltpsychotherapie, Systemische
Therapie, Verhaltenstherapie, etc.
Veranstalter und Auskunft:
Gesellschaft für allgemeine
Psychotherapie e.V.
Kaiser-Karl-Ring 20
D-53111 Bonn
Tel. 0049/228/551-2586/87
Fax 0049/228/551-2500

**19. und 20. September 1997,
Feldkirch**

Gebt mir meine Sprache wieder
Gemeinsamer Kongreß im Rahmen
des Jubiläums 5 Jahre DIALOG, IfS-
Integrationsberatungsstelle, und 20
Jahre Heilpädagogische Gesellschaft
Vorarlberg
Auskunft: Heilpädagogische
Gesellschaft Vorarlberg
Postfach 28, A-6841 Mäder

**2.-5. Oktober 1997, München
Welche Bedeutung hat die
Vergangenheit für die Zukunft?
Phänomene, Strukturen,
Entwürfe therapeutischer
Gegenwart**

Erster gemeinsamer Kongreß der Ar-
beitsgemeinschaft Psychotherapeuti-
scher Fachverbände (AGPF)
In der AGPF sind die Fachverbände
der Gestalt- und Integrativen Thera-
pie, Familientherapie, Transaktions-
analyse, Psychodrama, Bewegungs-
und Kunsttherapie vertreten.
Auskunft: GFE
Zwitzenlehen 2, D-82547 Eurasburg

5.-10. Oktober 1997, Venedig

**2. Internationales
Venedig-Workshop
Selbsterfahrung und Supervision**
Das „Zentrum für Gruppenanalyse
und analytische Gruppentherapien
(Wien)“ veranstaltet gemeinsam mit
dem AAI-Wien und dem ÖAGG (Sek-
tion Gruppenanalyse) alle zwei Jahre
Gruppenselbsterfahrung und -super-
vision für Personen, die Selbsterfah-
rung bzw. Aus-, Fort-, oder Weiterbil-
dung in psychoanalytischer und/oder
individualpsychologischer Gruppen-
therapie suchen.

Auskunft: Frau Karin Poppenberger
W.-Kreßplatz 29/58/7, A-1110 Wien
Tel. 0043/1/58801/5629, Fax 5868814

**17. und 18. Oktober 1997, Linz
Modelle der Kooperation und
Vernetzung in der systemischen
Familientherapie**

Auskunft: Dr. M. Brigitta Pirkl-Beghella
Girlingstraße 47, A-5020 Salzburg
Tel. 0043/662/43 02 43

17.–19. Oktober 1997, Wien

**Analytische
Körperpsychotherapie
(Fortbildungsseminar)**

Leitthema: Theorie und Praxis
analytischer Körperpsychotherapie
Anhand konkreter Arbeit mit Klienten
werden wichtige Elemente analytischer
Körperpsychotherapie vorgestellt: die
initiale Diagnostik, die zentrale
Problematik („Main issue“), die
Ableitung einer therapeutischen
Grobstrategie (beinhaltend Rahmen
und Therapiesetting) und die
Interventionstechnik.

Seminarleiter: Dr. Jacques Berliner
(Belgien), DDr. Peter Geißler
Auskunft: DDr. Peter Geißler
Dr. Paul Fuchsiggasse 12
A-2301 Neu-Oberhausen
Tel. 0043/2249/38 51

**5.–9. November 1997, Vienna
4th Annual Conference of the
International Society for Quality
of Life Research**

Local organization:

Univ.-Prof. Dr. H. Katschnig
Information and registration:
Scientific and Administrative
Secretariat ISOQOL'97, The Vienna
Academy of Postgraduate,
Medical Education and Research
Alser Straße 4
A-1090 Vienna
Tel. 0043/1/405 13 83 13
Fax 0043/1/405 13 83 23
e-mail: medacad@via.at
homepage:
<http://www.via.at/medacad>

6.–8. November 1997, Graz

**2. Internationaler Kongreß:
Klinische Psychotherapie**

Präsident:
Univ.-Prof. Dr. H. G. Zapotoczky
Vizepräsidentin und Auskunft:
OA Dr. M. Steinbauer
Universitätsklinik für Psychiatrie
Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz
Tel./Fax 0043/316/385-4272

**7.–8. November 1997, Wien
Symposium: Die vielen Gesichter
der Psychotherapieforschung –
ForscherInnen und
PraktikerInnen im Dialog**

Veranstalter: Koordinationsgruppe
für österreichische Psychotherapie-
forschung am Bundesministerium für
Wissenschaft und Verkehr.
Auskunft: MMag. Dr. Martin Voracek
Koordinationsstelle für österrei-
chische Psychotherapieforschung
c/o Univ. Klinik für Tiefenpsychologie
und Psychotherapie, AKH
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Tel. 0043/1/40 400 3068, Fax 40 668 03
e-mail: elisabeth.jandl-jager@akh-
wien.ac.at

**12.–14. November 1997 (1. Teil)
und 4.–6. März 1998 (2. Teil), Wien
Sozialarbeit im Gesundheits-
wesen: Der ganzheitliche Zugang
in der Betreuung – eine Utopie?**

In Zusammenarbeit mit der Wiener
Internationalen Akademie für
Ganzheitsmedizin und
Hara Shiatsu-Zentrum, Wien
Seminarleiterin:
Prof. DSA Ursula Bauer

Vortragende: Thomas Nelissen, Prof.
Dr. Gertrude Kubiena, Zhang Xiao
Ping und weitere MitarbeiterInnen
Auskunft: BAS Wien
Grenzackerstraße 18, A-1100 Wien
(Anmeldeschluß: 30. September 1997)
Tel. 0043/1/60118/5158, Fax 5156

20.–22. November 1997, Linz

**KALEIDOS-Symposium
Supervision in der Gruppe –
Verschiedene Ansätze im
Vergleich**

Auskunft: Mag. Günther Nausner
Schubertstraße 46, A-4020 Linz
Tel. und Fax 0043/732/65 09 91

**21.–23. November 1997, Salzburg
Kinder im Trennungs- und
Scheidungsgeschehen –
Zwischen Trauma und Hoffnung**

Auskunft: Gottfried Graf
SIMT – Salzburger Institut für
Meditation und Trennungsberatung
Getreidegasse 16
A-5020 Salzburg
Tel. 0043/662/84 22 05, Fax 84 64 61

11.–12. Dezember 1997, Graz

**Zukunftsaspekte in der
Psychiatrie nach 2000 –
Symposium zur 100. Wiederkehr
des Geburtstages von
Prof. Dr. Hans Hoff**

Leitung:
Univ.-Prof. Dr. H. G. Zapotoczky
Auskunft: Dr. Hans Fabisch,
MMag. Karin Fabisch
Univ.-Klinik für Psychiatrie Graz
Tel. 0043/316/385-3612 oder 2541
Fax 0043/316/385-3556