

EDITORIAL



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dieser letzten Ausgabe unseres FORUM im Jahr 2007 hoffen wir, dass Sie alle auf ein gutes PsychotherapeutInnen-Jahr zurückblicken können. Hoffentlich sind Sie auch mit der Arbeit Ihrer Kammer zufrieden. Konnten Sie sie doch stets anhand des FORUM beobachten und beurteilen.

Sie finden auch in dieser Ausgabe wieder Wichtiges und Wissenswertes aus der Arbeit der Kammer, so u.a. dass die Mitgliedsbeiträge auch in 2008 – also im 4. Jahr – stabil bleiben. Betrachten Sie es als ein Geschenk zu Weihnachten: Alles wird teurer – wir bemühen uns trotz Zunahme des Arbeitsumfangs sparsam mit den noch vorhandenen Rücklagen zu wirtschaften. Wenn die Aufsichtsbehörde den Haushalt 2008 mitsamt den dazu gehörigen Beitragsklassen

bewilligt hat wird die Beitragszahlung mit der Veröffentlichung fällig werden. Dies wird voraussichtlich im nächsten Forum der Fall sein.

Wir hoffen, Sie lesen mit Interesse die Neuerungen und Hinweise für Niedergelassene und Angestellte. Es wäre schön, wenn die Berichte über die verschiedenen Veranstaltungen der Kammer Ihnen gleichzeitig Lust machen auf alle kommenden Veranstaltungen, die wir für 2008 bereits in Planung haben.

Ich wünsche Ihnen ein erholsames, harmonisches Weihnachtsfest und für das Jahr 2008 alles Gute!

Ihre Ilse Rohr

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

WEBSITE-STATISTIK – AUSBAU WEB-SUCHDIENST PSYCHOTHERAPEUTEN

Die aktuelle Websitestatistik weist für den Monat Oktober 7564 Seitenaufrufe aus. Das entspricht einer täglichen Rate von 244 Seitenaufrufen, Tendenz weiter steigend. Wir gehen davon aus, dass die Frequenz der Besuche unserer Website mit dem Aufbau des Psychotherapeutensuchdienstes PSYCHINFO noch steigen wird. Bietet der Dienst doch sowohl Patienten als auch Berufskollegen und anderen Mitarbeitern im Gesundheitswesen die Möglichkeit, sich über Anbieter und Angebote von Psychotherapie und Psychotherapeuten im Saarland zu informieren. In den nächsten Wochen werden alle Kammermitglieder zum Datenabgleich ein An-

schreiben erhalten, in welchem Sie über die bei der Kammer gespeicherten Grunddaten informiert werden. Die Daten können korrigiert und um z.B. spezielle Angebote oder Tätigkeitsschwerpunkte ergänzt werden. Über die Daten, die im Psychotherapeutensuchdienst PSYCHINFO zu finden sein werden, entscheidet jeder von Ihnen selbst. Eine Einstellung erfolgt nach Überprüfung der Daten durch die PKS. Als Kammer wünschen wir uns, dass möglichst alle KollegInnen in unserem Psychotherapeutenverzeichnis vertreten sein werden.

Bernhard Morsch

MITGLIEDSBEITRÄGE IM 4. JAHR STABIL

Die Vertreterversammlung hat am 22. Oktober beschlossen, die Mitgliedsbeiträge für das kommende Jahr unverändert zu lassen. Dieser Beschluss wurde einstimmig, also ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen, gefasst! Damit sind unsere Beiträge bereits im 4. Jahr stabil, nachdem sie für 2005 nach einer kontroversen Debatte auf das jetzige Niveau abgesenkt wurden.

In der gleichen Sitzung wurde – ebenfalls einstimmig – der Haushaltsplan für 2008 verabschiedet. Beides erlangt seine Gültigkeit, wie in jedem Jahr, nach der aufsichtsbehördlichen Genehmigung. Wenn diese vorliegt, werden Sie im nächsten Forum die Veröffentlichung der Beiträge, die als Zahlungsaufforderung gilt, finden.

Wir werden dann erneut ein Formular zur Erteilung einer Einzugsermächtigung beifügen. Zwar hat sich die Quote der

erteilten Einzugsermächtigungen schon deutlich erhöht und liegt längst über 60%. Dies bedeutet für die Arbeit in der Geschäftsstelle eine enorme Erleichterung.

Wir bitten auf diesem Weg alle Mitglieder, die bisher noch zögerlich waren, die Frage der Einzugsermächtigung für die jährlichen Kammerbeiträge Anfang nächsten Jahres nochmals zu überdenken und sich dieses mal dafür zu entscheiden.

Irmgard Jochum

EIN GELUNGENER ABEND MIT DEN NEU-MITGLIEDERN IM SAARBRÜCKER „ARCHIPENKO“

Schon seit einiger Zeit hatten wir geplant, die Kollegen und Kolleginnen, die seit 2004 neu Mitglied unserer Kammer wurden, zu einem gemütlichen Begrüßungs- und Informationsabend einzuladen.

Für den 6. November hatten wir schließlich zu diesem Treffen eingeladen, und zu unserer großen Freude war die Resonanz groß. 25 von den insgesamt 40 neuen Kollegen und Kolleginnen kamen zu dem Treffen im Nebenraum des Restaurants „Archipenko“ in der Modernen Galerie Saarbrücken. Der Vorstand der Kammer war vollständig vertreten und nach der herzlichen Begrüßung unserer Kollegen und Kolleginnen durch die Kammerpräsidentin Ilse Rohr stellten sich alle Anwesenden nacheinander der Gruppe vor. Einige kannten sich schon von der Ausbildung an den saarländischen Ausbildungsinstituten, andere waren neu im Saarland oder wieder ins Saarland zurückgekehrt, hatten sich niedergelassen oder eine Anstellung gefunden. Viele warten aber auch noch nach Abschluss der Psychotherapieausbildung

auf eine Niederlassungsmöglichkeit. Als Mitglied der Vertreterversammlung der KV beantwortete Ilse Rohr Fragen nach Kassensitzen, Job-Sharing und den Möglichkeiten, als Angestellte/r in einer Praxis mitzuarbeiten. Für die angestellten Kollegen/innen beantwortete Bernhard Morsch die Fragen nach den Plänen der Länderkammern und der BPTK, den Status der angestellten Psychologischen Psychotherapeuten in Institutionen zu festigen bzw. zu verbessern. Während des gesamten Abends herrschte eine ungezwungene, freundliche und anregende Atmosphäre mit vielen Gesprächen und Austausch zwischen den Kollegen/innen. Die ausgesprochen positive Rückmeldung zu diesem rundum gelungenen Abend freut uns und bestärkt uns darin, auch in Zukunft die jeweils neuen Kammermitglieder auf diese Weise willkommen zu heißen.



Liz Lorenz-Wallacher

KAMMER IN NEUEM LAYOUT

Falls es Ihnen noch nicht aufgefallen ist: Die Kammer erscheint ab jetzt nach außen auf allen Kommunikationskanälen in neuem Gewand. Nachdem das Logo der PKS im Zuge gesetzlicher Vorgaben zunächst für den Heilberufeausweis konzipiert werden musste, haben wir erst die Website, dann den offiziellen Briefkopf der Kammer und schließlich das Layout des FORUM angepasst. Der Wiedererkennungswert

des FORUM lag uns sehr am Herzen, so dass wir hier lediglich das Logo verändert haben. Wir freuen uns, wenn Ihnen unser neues Erscheinungsbild gefällt und hoffen, damit auch durchaus eine Wirkung nach Innen in Richtung berufliche Identitätsbildung entfalten zu können.

Der Vorstand

11. DEUTSCHER PSYCHOTHERAPEUTENTAG (DPT)

Am 10.11.2007 trafen sich die Delegierten der 11 Landes-kammern zum Deutschen Psychotherapeutentag in Mainz. Der 11. DPT fand im historischen Racke Weinkeller, der Sekt-kellerei Kupferberg statt. Auf der Tagesordnung standen u.a. die Entlastung des Vorstands, die Verabschiedung des Haus-halts 2008 sowie die Neuwahl der Versammlungsleitung und der Ausschüsse und Kommissionen der Bundespsycho-therapeutenkammer. Als Bundesdelegierte unserer Kammer nahmen Ilse Rohr, Ludger Neumann-Zielke und Bernhard Morsch teil.

In seinem Bericht zur Arbeit des Vorstands im vorangegan-genen halben Jahr stellte der Präsident der BPTK Prof. Rainer Richter zunächst mit Bedauern fest, dass der Bundestag am Vortag das Gesetz zur Telekommunikationsüberwachung entgegen dem Einspruch der BPTK und anderer betroffener Berufsvertretungen (z.B. der Juristen) verabschiedet hat. Die staatliche Schnüffelei bei Psychotherapeuten sei völlig in-akzeptabel und zudem verfassungswidrig, kritisierte Rainer Richter. Gespräche zwischen Psychotherapeuten und ihren Patienten gehörten zum Kernbereich der privaten Lebensge-staltung, der nach Urteilen des Bundesverfassungsgerichts unantastbar ist und in dem der Staat nicht verdeckt ermit-teln dürfe. Die Delegierten verabschiedeten zu diesem The-

ma eine Resolution einstimmig, in welcher sie die Gefahr aufzeigten, dass künftig psychisch kranke Menschen vor einer Behandlung (Kontaktauf-nahme zum Erstgespräch, Krisenintervention) zurückschrecken, weil sie fürchten müssen, dass Telefongespräche mit Psychotherapeuten abge-hört werden (den vollständigen Text der Reso-lution finden Sie auf unserer Website). Auch an anderen Stellen verwies Rainer Richter im Vor-standsbericht auf dringenden Handlungsbedarf: So werde mit der geplanten Umstrukturierung des Gemeinsamen Bun-desausschusses (GBA) die strukturelle Beteiligung der Psy-chotherapeuten an Entscheidungen des GBA zur Disposition gestellt, da sie im Unterausschuss Psychotherapie, dessen Auftrag die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richt-linie ist, nicht mehr vertreten sein sollen. Die Delegierten verabschiedeten auch hierzu einstimmig eine Resolution, in der sie den GBA auf fordern, Psychotherapeuten nicht aus der gemeinsamen Selbstverwaltung auszuschließen (siehe Website).



Erfreulich ist aus meiner Sicht, dass sich die BPTK aktiver auf dem Feld der stationären psychotherapeutischen Ver-sorgung engagiert. So wurde u.a. eine erste Stellungnahme zu den Eckpunkten der Krankenhausversorgung erarbeitet,



Gespräche mit den Obersten Gesundheitsbehörden der Länder sind geplant. Der 11. DPT hat eine eigene Kommission zur Zukunft der Krankenhausversorgung eingerichtet. Deren Aufgabe soll u.a. die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung, die Anpassung der PsychiatriePersonalverordnung sowie die Suche nach pauschalierteren Vergütungssystemen für die

Krankenhausversorgung sein. Als von der DV gewähltes Mitglied dieser fünfköpfigen Kommission werde ich mich aktiv an der Planung und Vorarbeit entsprechender Konzepte beteiligen können. Durch die gesetzlichen Änderungen im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und im Wettbewerbsstärkungsgesetz wird es zu weiteren Flexibilisierungen in der Berufstätigkeit und Berufsausübung gekommen. Deshalb tangiert die Neureglung der stationären Versorgung neben den angestellten KollegInnen gleichermaßen die Belange der Niedergelassenen. Die Delegiertenversammlung schloss sich diesbezüglich mit großer Mehrheit den Änderungsvorschlägen der Lenkungsgruppe für die entsprechenden Passagen in der Musterberufsordnung an (§ 20 Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit in einer Niederlassung, § 21 Zusammenschlüsse zu Kooperationsgemeinschaften und sonstigen Organisationen).

Der DPT wählte weitere Ausschüsse für KJP und für Psychotherapeuten in Institutionen (PTI). Der Ausschuss PTI wurde von 10 auf 5 Mitglieder verkleinert, da die Kommis-



sion zur Krankenhausversorgung einen Teil der Arbeit übernimmt. Hier ist eine enge Verzahnung des Ausschuss PTI und der Kommission auf Arbeitsebene angedacht. Außerdem stimmten die Delegierten dem Antrag der Kommission für Psychotherapeuten in Ausbildung zu, eine Interessenvertretung der PIA auf Bundesebene einzurichten. Hierzu können alle Landeskammern entsprechende Vertreter der PIA benennen. Nicht eingesetzt wurden ständige Konferenzen zur Weiterentwicklung der Musterordnungen für Fortbildung, Weiterbildung und Berufsordnung. Die Delegierten sahen es zunächst als Aufgabe des Vorstandes und des Länderrates an, Abstimmungen für Änderungen herbeizuführen und bei besonderem Bedarf entsprechende Kommissionen zu berufen. Die Überarbeitung der Satzung der BPTK und der Geschäftsordnung des DPT sowie die Diskussion weiterer Regelungsbereiche in der Weiterbildungsordnung wurden erneut zum nächsten DPT vertagt. Ein volles Tagungsprogramm, welches die neu gewählte Versammlungsleitung mit Bravour und Humor bewältigte.

Bernhard Morsch

anzeige

Kreiskrankenhaus St. Franziskus Saarburg GmbH

Krankenhaus der Grundversorgung mit 203 Betten und 8 Fachabteilungen

Es werden die Hauptfachabteilungen Innere Medizin und Psychosomatik, Chirurgie und interdisziplinäre Intensivstation/Anästhesie vorgehalten. Daneben gibt es Belegabteilungen für Gynäkologie, Urologie, HNO und Augenheilkunde sowie eine Psychiatrische Tagesklinik.

In der Abteilung für Akutpsychosomatik am Kreiskrankenhaus Saarburg ist im Rahmen einer Aufstockung der Behandlungsplätze eine neu geschaffene Planstelle zu besetzen. Wir suchen

eine/n approbierte/n psychologische/n Psychotherapeutin/en (tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch)

mit klinischer Erfahrung (insbesondere in Einzel- und Gruppenpsychotherapie). Das Team besteht aus tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch ausgebildeten approbierten Ärzten und Psychologen, die in einem integrativen Ansatz behandeln. Wir bieten ein offenes und kollegiales Arbeitsklima mit einem sehr interessanten Aufgabenbereich.

Wir fördern Ihre berufliche Fortbildung durch Freistellung und finanzielle Unterstützung.

Interessenten bitten wir, sich schriftlich bei uns zu bewerben. Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Herrn Dr. Stefan Burg
Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Kreiskrankenhaus St. Franziskus Saarburg GmbH
Graf-Siegfried-Str. 115
54439 Saarburg

Tel. (0 65 81) 82-1401



ANGESTELLTE

BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR ANGESTELLTE PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN ODER KINDER- UND JUGEND- LICHENTHERAPEUTEN – KANN ODER MUSS ?

Nachdem uns mehrere Anfragen aus den Reihen der angestellten Mitglieder mit der Frage nach dem Erfordernis des Abschlusses einer privaten Berufshaftpflichtversicherung erreicht haben, möchten wir Ihnen die Ergebnisse unserer Recherche zur Rechtssituation zusammenfassen. Dazu Passagen aus unterschiedlichen Quellen:

Artikel im PTJ 2/2007, Mitteilungen der PtK Hamburg:

... „Bei angestellten tätigen Kammermitgliedern liegt offenbar der Irrglaube vor, dass sie durch den Arbeitgeber (AG) gegen Berufshaftpflichtrisiken versichert werden. Dies ist jedoch in der Regel nicht der Fall. Die Haftpflichtversicherung, die der AG i.d.R. auch abgeschlossen hat, würde im Schadensfall zwar im sog. Außenverhältnis zum Tragen kommen, aber im sog. Innenverhältnis zwischen AG und angestellten PP/KJP greift die private Berufshaftpflichtversicherung, die jedes Kammermitglied haben MUSS...“

Expertise von Frau Oberkircher-Sperling, Geschäftsführungsassistentin der LPtK Rheinland-Pfalz vom 30.10.2007:

„Eine Berufshaftpflichtversicherung ist grundsätzlich immer dann sinnvoll, wenn ein **Haftungsrisiko** für den Arbeitnehmer besteht. Dies kommt in den Fällen in Betracht, in denen einem angestellten Therapeuten (Arbeitnehmer) ein Behandlungsfehler unterläuft, aufgrund dessen dem Patienten ein Schaden entsteht. In diesem Fall ist er dem Patienten grundsätzlich zum Schadensersatz verpflichtet. Allerdings führt der sog. **„innerbetriebliche Haftungsungleich“** in bestimmten Fällen dazu, dass der Arbeitnehmer, der den Schaden des Patienten ersetzt hat, wiederum vom Arbeitgeber Ersatz verlangen kann (**Freistellungsanspruch**). Ist der Arbeitnehmer seiner Schadensersatzpflicht noch nicht nachgekommen, hat er einen Anspruch gegen den Arbeitgeber auf Befriedigung des Patienten, soweit der o. g. Freistellungsanspruch gegen den Arbeitgeber besteht. Dies ist der Fall, sofern im Innenverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine Einschränkung der Arbeitnehmerhaftung in Betracht kommt und sich daraus eine (vollständige oder teilweise) Beteiligung des Arbeitgebers an der Schadensersatzleistung ergibt.

Eine **Einschränkung der Haftung des Arbeitnehmers besteht aber nicht generell**. Grundsätzlich hat auch der Arbeitnehmer wie jeder andere die im Verkehr erforderliche Sorgfalt zu beachten (§ 276 Abs. 2 BGB). Nach der Rechtsprechung kann man von dieser Norm aus Billigkeitsgesichtspunkten abweichen, um eine gerechte **Risikoverteilung** zwischen Arbeitgeber und -nehmer zu erreichen. Dabei sind die Umstände des Einzelfalls einzubeziehen, wie z. B. die Größe der mit der Arbeit typischerweise verbundenen Gefahr, der Grad des dem Arbeitnehmer zur Last fallenden Verschuldens, die Höhe des Arbeitsentgelts etc.

Nach diesen Grundsätzen haftet der Arbeitnehmer **bei Vorsatz, gröbster Fahrlässigkeit und grob fahrlässigem Verhalten in voller Höhe** (Ausnahmen bei grober Fahrlässigkeit nur im Einzelfall). Bei mittlerer Fahrlässigkeit wird der Schaden zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgeteilt. Nur bei leichter Fahrlässigkeit entfällt die Schadensersatzpflicht des Arbeitnehmers. **Es besteht also ein Haftungsrisiko des Arbeitnehmers; eine Berufshaftpflichtversicherung ist daher auch für angestellte PP's oder KJP's sinnvoll.**

Mitteilung des Bundesausschuss PTI an die Angestellten-ausschüsse der Länder vom 31.10.07:

„Der Ausschuss rät anfragenden KollegInnen, sich unbedingt bei Ihrem Arbeitgeber konkret über die bestehende Haftungsregelung zu erkundigen. Für das Thema scheint es auch bei den Arbeitgebern bisher wenig Sensibilität zu geben, da Haftungsfälle in der Vergangenheit anscheinend ausgesprochen selten gewesen sind.“ (Thomas Merz).

Die Musterberufsordnung regelt in § 4 Abs. 2:

„Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit abzusichern

Im Saarländischen Heilberufekammergesetz (SHKG) § 17, Abs. 2 Nr. 17 soll:

...„die Berufsordnung den Abschluss einer ausreichenden Haftpflichtversicherung regeln“

Die Saarländische Berufsordnung kommt dieser Verpflichtung in § 4 Abs. 2 analog der MBO nach und gibt zusätzlich eine Mindesthöhe der Absicherung an:

„Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind verpflichtet, sich gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit pro Fall in Höhe von mindestens 1 Mio. € abzusichern

Was wäre geschehen, wenn die hl. 3 Könige



hl. 3 Königinnen gewesen wären?

Im Kommentar zur MBO (Stellflug/Berns, 2006) heißt es bzgl. §4 Abs. 2 zur Erläuterung:

„Diese Verpflichtung (Absicherung gegen Haftpflichtansprüche, Anm. B. Morsch) soll die ev. finanziellen Ansprüche eines Patienten gegenüber einem Psychotherapeuten sichern, die aus Behandlungsfehlern entstehen können. Hier ist zu beachten, dass diese Pflicht jeden Psychotherapeuten trifft, der seinen Beruf ausübt. **Es macht keinen Unterschied, ob der Therapeut selbständig oder angestellt tätig ist** (Hervorhebung B. Morsch). In beiden Fällen kann ein Patient seine Ansprüche sowohl auf eine vertragliche Haftung als auch auf die sog. deliktische Haftung stützen. Im Falle des Angestellten mag der vertragliche Anspruch des Patienten nur gegenüber dem Arbeitgeber des Therapeuten (z.B. Krankenhaus oder Praxischef) bestehen. Die deliktische Haftung (d.h. hinsichtlich des Behandlungsfehlers durch den jeweiligen Psychotherapeuten, Anm. B. Morsch) richtet sich aber immer gegen den Behandler höchstpersönlich.“

Fazit

1. Laut Berufsordnung ist **jede** Psychotherapeutin/jeder Psychotherapeut verpflichtet, sich gegen Haftpflichtansprüche abzusichern
2. Dies ist **unabhängig** davon, ob die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut angestellt oder niedergelassen seinen Beruf ausübt
3. Auch für angestellte Psychotherapeuten besteht **immer ein persönliches Haftungsrisiko** (deliktische Haftung)

bei Behandlungsfehlern. Alleine daraus ergibt sich die Notwendigkeit, eine private Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen.

4. Lediglich das sog. vertragliche Haftungsrisiko (zwischen dem Arbeitgeber und dem Therapeuten) ist im Einzelfall im Arbeitsvertrag definiert. Beim **vertraglichen Haftungsrisiko** unterscheidet die Rechtsprechung in 3-Teilung zwischen:
 - a. Vorsatz und grober Fahrlässigkeit – Haftung voll beim Arbeitnehmer
 - b. Normale Fahrlässigkeit – Haftungsteilung (50:50 zwischen Arbeitnehmer und AG)
 - c. Leichte Fahrlässigkeit – Haftung i. d. R. beim Arbeitgeber (Einzelfallprüfung)
5. Jeder angestellte Psychotherapeut sollte konkret für seinen Arbeitsvertrag/Anstellungsverhältnis überprüfen, welches Haftungsrisiko er mit seinem Arbeitgeber abgeschlossen hat. Am besten ist, die jeweilige Versicherungspolice anzufordern oder sich schriftlich den Versicherungsschutz bestätigen zu lassen
6. Für jede berufliche Tätigkeit eines angestellten Psychotherapeuten **außerhalb seines Arbeitsvertrages** (z.B. freiberufliche Tätigkeit, Begutachtung außerhalb Nebentätigkeitsvereinbarungen etc.) besteht volles Haftungsrisiko für den Psychotherapeuten.

Bernhard Morsch

DIE SAARLÄNDISCHE KLINIK FÜR FORENSISCHE PSYCHIATRIE



Die **Saarländische Klinik für forensische Psychiatrie (SKFP)** ist aus der früheren forensischen Abteilung des Landeskrankenhauses Merzig hervorgegangen und wurde 1998 eine eigenständige Klinik. Sie blieb unter Trägerschaft des Ministeriums für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (MiJAGS) und soll es auch bleiben, wie Herr Minister Hecken vor kurzem noch einmal gegenüber der Saarbrücker Zeitung betonte (SZ vom 21.08.07). So können hoheitliche Aufgaben am besten wahrgenommen werden und erhebliche freiheitsentziehende Maßnahmen verantwortungsvoll auf den Prüfstand gestellt werden.

Die SKFP ist die einzige Klinik des sog. Maßregelvollzuges im Saarland. Sie behandelt Patienten, die aufgrund einer gutachterlich festgestellten **Schuldunfähigkeit** oder aufgrund **einer erheblich verminderten Schuldfähigkeit** nach einer begangenen Straftat nicht in den Strafvollzug kommen, sondern vom Gericht in die forensische Klinik eingewiesen

werden. Bei Begehung der Straftat muss in Folge der vorliegenden psychischen Störung die Einsichtsfähigkeit und/oder die Steuerungsfähigkeit zum Tatzeitpunkt gravierend betroffen gewesen sein, und aufgrund der vorhandenen psychischen Störung müssen weitere erhebliche Straftaten zu erwarten sein. Damit spielt bei der Behandlung der Patienten im Maßregelvollzug nicht nur die **Therapie** der Störung, sondern gleichzeitig auch der **Sicherungsgedanke** (Schutz der Allgemeinbevölkerung vor weiteren Straftaten) eine große Rolle. Die sog. forensische Unterbringung wird erst dann vom Gericht bedingt, d. h. unter Bewährungsaufgaben, aufgehoben, wenn die SKFP durch die Behandlung erreicht hat, dass von der Patientin/dem Patienten aufgrund der psychischen Störung mit hoher Wahrscheinlichkeit „keine Straftaten mehr zu erwarten sind“ (StGB). Dies muss zuvor gutachterlich von der SKFP unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Forschungsstandes bescheinigt werden. Zusätzlich muss ein unabhängiger externer Gutachter eine positive Prognose für den Fall einer **bedingten Entlassung** abgeben. Erst dann entscheidet das zuständige Gericht, ob eine bedingte Entlassung mit meist 5-jähriger Führungsaufsicht beschlossen wird. Damit hat der Gesetzgeber seit 1998 eine noch höhere Hürde für die bedingte Entlassung eingebaut, was inzwischen zu deutlich längeren Unterbringungszeiten geführt hat.

In der SKFP wurden am 30.06.07 11 Patientinnen und 149 Patienten stationär sowie 2 Patientinnen und 34 Patienten ambulant behandelt. Die Patientinnen/Patienten können aufgrund des § 126a Strafprozessordnung (StPO) vorläufig (bis zur Hauptverhandlung) und aufgrund der **§§ 63 und**



64 Strafgesetzbuch (StGB) rechtskräftig untergebracht werden. Die Unterbringung gemäß § 63 StGB ist unbefristet und kann prinzipiell lebenslang

dauern, wenn die Gefährlichkeit des Patienten durch die Behandlung nicht genügend verringert werden kann. Die Unterbringung gemäß § 64 StGB betrifft Patienten mit einer primären Suchterkrankung und ist auf maximal zwei Jahre begrenzt. Zwei Behandlungsplätze der SKFP werden dem Saarländischen Strafvollzug zur Verfügung gestellt, um stationäre Kriseninterventionen bei Untersuchungshäftlingen und bei Strafgefangenen durchzuführen.

Die Patienten werden im stationären Bereich auf **7 Stationen** behandelt, die unterschiedliche Schwerpunkte haben. Der besonders gesicherte Bereich umfasst 3 Stationen: Eine Aufnahme- und Kriseninterventionsstation, eine weitere Station widmet sich der Behandlung der Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen und der Persönlichkeitsgestörten. Die 3. Station ist eine Langzeitstation und versorgt Patienten, deren Rehabilitation in überschaubaren Zeiträumen nicht erreichbar erscheint. Die 4. Station versorgt vorwiegend intellektuell behinderte und chronifiziert psychotische Patienten, die 5. Station die meisten Frauen und hirnganisch beeinträchtigte Männer. Eine 6. Station behandelt Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen, die bereits über einige Freiheitsgrade verfügen. Die 7. Station ist halboffen geführt und nimmt nur Patientinnen und Patienten auf, die über unbegleitete Ausgänge verfügen. Hier wird insbesondere die soziale Rehabilitation außerhalb der Klinik vorbereitet.

Als **Störungsbilder** sind in der SKFP Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, primäre Abhängigkeitsstörungen, intellektuelle Behinderungen und hirnganische Störungen zu nennen.

Die **begangenen Delikte** sind vor allem Körperverletzungen, Tötungsdelikte, Eigentumsdelikte mit und ohne Gewalt, Sexualdelikte mit und ohne Gewalt und Brandstiftungen.

Für die **Behandlung** stehen als Vollkräfte (VK) 7,5 Ärzte, 5 Psychologen, 2 Pädagogen, 5,5 Sozialarbeiter, 101,7 Pflegekräfte (einschl. Heilerziehungspfleger), 6 Ergotherapeuten/Arbeiterzieher (unterstützt durch 6 Personen anderer Berufsgruppen) und 2 Sporttherapeuten zur Verfügung.

Als **Behandlungsmethoden** kommen in der SKFP Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Psychopharmakotherapie, Sozio-, Milieuthérapie, Ergotherapie und Sporttherapie zum Einsatz. Die Therapie erfolgt im Rahmen eines multiprofessionellen Teams. Die Bezugstherapeutin/der Bezugstherapeut haben nicht nur die Aufgabe, die Störung zu behandeln und Behandlungsmaßnahmen zu koordinieren, sondern auch die sog. deliktspezifische Arbeit während der gesamten Zeit der Unterbringung im Auge zu behalten. Dies unterscheidet die forensische Psychotherapie ganz eindeutig von der Allgemeinpsychiatrie: **Das primäre Ziel der Behandlung im Maßregelvollzug besteht darin, dass eine Patientin/ein Patient in die Lage versetzt wird, keine Straftaten mehr zu begehen**, die durch die Behandlung erreichte psychische

Stabilität ist diesem Ziel untergeordnet. Dementsprechend umfasst der Behandlungsauftrag u.a. nicht nur eine fundierte Verhaltensanalyse zur Anlassstraftat, sondern während der gesamten Zeit der Behandlung wirksame Maßnahmen, damit es nicht zu weiteren Straftaten kommt. Die Therapie bewegt sich damit in dem schwierigen Spagat zwischen einem vertrauensvollen Behandlungskontakt einerseits und einer sozialen Kontrolle andererseits. Dies erfordert eine intensive und anspruchsvolle Beziehungsarbeit zwischen Therapeutin/Therapeut und Patientin/Patient, gelingt aber bei längerer Beziehungskontinuität in vielen Fällen.

Psychotherapeutisch finden Verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische, gesprächspsychotherapeutische und systemische Ansätze Anwendung. Spezielle gruppenpsychotherapeutische Angebote gibt es für Patienten mit primärer Suchterkrankung, für persönlichkeitsgestörte Patienten, für schizophrene Patienten, für intellektuell behinderte Patienten und für Sexualstraftäter mit unterschiedlichen Diagnosen.

Wichtig ist auch die **Angehörigenarbeit**, weil enge Bezugspersonen nicht selten indirekt oder sogar direkt unter Straftat oder psychischer Störung



des Patienten/der Patientin gelitten haben und sich zum Teil verunsichert bzgl. des zukünftigen Umgangs mit dem Patienten/der Patientin bei der Klinik melden. Oft kann die Klinik bei der Klärung und Intensivierung des Kontaktes zwischen Patientin/Patient und Angehörigen helfen und z.T. die Angehörigen in die Behandlung einbeziehen.

Kommt es im Rahmen der Behandlung in der SKFP zu einer Reduktion der Gefährlichkeit einer Patientin/eines Patienten, so können ihr/ihm Freiheiten in Form von Ausfahrten, Ausgängen, Tagesausgängen und Urlauben gewährt werden. Diese Freiheitsgrade (sog. **Lockerungen**) müssen jeweils mit der zuständigen Vollstreckungsbehörde (meist Staatsanwaltschaft) abgesprochen werden, bei einigen Lockerungsschritten beauftragt das MiJAGS bei den meisten Patienten noch zusätzlich einen externen Gutachter.

Sie hätten einfach nach dem Weg gefragt



Und sie wären rechtzeitig angekommen.



Ende der 80er Jahre bis ca. 2005 kam es zu einem **ständigen Anstieg der Patientenzahlen im stationären Bereich** von ca. 45 auf ca. 168. Erst 2006 stellte sich ein Rückgang der stationären Patientenzahlen ein. Zeitlich parallel stieg nach Eröffnung der **Forensisch-psychiatrischen Nachsorge (FPN)** (Reelitz, FORUM 9, S. 8) im Dezember 2004 kontinuierlich die Zahl der ambulant behandelten Patienten. Die FPN schloss eine lange vorhandene Versorgungslücke für die aus der stationären Behandlung entlassenen Patienten der SKFP. Die FPN sichert seither nicht nur die erreichten therapeutischen Fortschritte und hilft während der sozialen Rehabilitation bei vielen Problemstellungen, sondern führt auch eine fortlaufende Risikoeinschätzung bei jedem Patienten durch, um im Risikofall umgehend Sicherungsmaßnahmen

einleiten zu können. Damit erfüllt die ambulante Weiterbehandlung auch eine Kontrollfunktion, die aber letztlich nicht nur der Sicherheit dient, sondern auch dem Patienten/der Patientin zugute kommt; denn ein Bewährungswiderruf infolge einer erneuten Straftat oder infolge der Verletzung von Bewährungsauflagen würde einen erneuten mindestens mehrjährigen Freiheitsentzug bedeuten. Eine erste Auswertung der bisherigen FPN-Arbeit zeigt, dass in den bisherigen 2,5 Jahren sehr erfolgreich gearbeitet wurde: Die soziale Rehabilitation wird wirksam unterstützt, Krisen können meist rechtzeitig abgefangen werden, kostenintensive Wiederaufnahmen können vermieden werden und weitere Straftaten, so sie denn äußerst selten überhaupt auftraten, waren gegenüber den (ursprünglichen) Anlassstrafataten weitaus geringfügiger.

Erfolgreiche forensisch-psychiatrische Arbeit ist sehr personalintensiv, erfordert viel Engagement, Geduld und Sorgfalt und verknüpft auf eine interessante Weise juristische Aspekte mit therapeutischer Arbeit. Der kurze Einblick in die forensisch-psychiatrische Arbeit soll mit der Bemerkung schließen, dass stationäre und ambulante forensisch-psychiatrische Arbeit nicht nur einen hochwirksamen Schutz der Bevölkerung ermöglicht, sondern vielen Patienten trotz schwerwiegender psychischer Störung (oft Komorbidität) und begangener Straftat wieder den Weg in unsere Gesellschaft ebnen können.

Joachim Reelitz
Sachverständiger der PKS für Maßregelvollzug

NIEDERGELASSENE

VERTRAGSARZTRECHT – NEUE MÖGLICHKEITEN FÜR PP UND KJP



Es gibt viele KollegInnen, die – da sie selbst keine Aussicht auf einen Vertragspsychotherapeuten-sitz haben – gern auch angestellt in einer KV-Praxis mitarbeiten würden. Hier gibt es neue Möglichkeiten:

Wer eine KV-Zulassung hat, kann bis zu drei KollegInnen in seiner Praxis anstellen. Allerdings darf diese Anstellung in gesperrten Planungsbe-

reichen nicht zur Ausweitung der abgerechneten Leistungsmenge führen. Da im Saarland alle Planungsbereiche für PP/KJP gesperrt sind, ist dies also nur für diejenigen interessant, die in ihrer Praxis einen hohen KV-Umsatz haben, den sie in Zukunft nicht mehr alleine erbringen wollen. Diese sog. „Deckelung des Praxisvolumens“ geht vom bisherigen Umfang des Praxisvolumens aus, und dieses ermittelt sich aus der Durchschnittspunktmenge, die sich aus mind. 4 der Anstellung vorausgehenden Honorarbescheiden des anstellenden Vertragspsychotherapeuten entnehmen lassen. Vorgaben für eine wöchentliche arbeitsvertragliche Mindeststundenzahl gibt es nicht (mehr), so dass es also auch möglich ist, eine/n Kollegen/in für nur wenige Stunden wöchentlich anzustellen. Vorsicht: PP dürfen in diesem Modell nur PP, KJP nur KJP anstellen. Dem Zulassungsausschuss gegenüber muss sich der anstellende PP/KJP zur Begrenzung auf seinen bisherigen Praxisumfang verpflichten.

Es ist ebenfalls möglich, eine/n Kollegen/in anzustellen, um

„an weiteren Orten“ eine Zweigpraxis zu eröffnen. Dies ist möglich, wenn an diesem „weiteren Ort“ keine Zulassungssperre besteht oder wenn man dem Zulassungsausschuss gegenüber plausibel machen kann, dass die Eröffnung der Zweigpraxis vor Ort zu einer Verbesserung der Versorgung führt. Dies könnte z.B. in ländlichen Gebieten der Fall sein oder wenn ein bestimmtes psychotherapeutisches Versorgungssegment nicht entsprechend vertreten ist.

Wer seine bisherige Zulassung erweitern will, der kann eine andere Zulassung „dazukaufen“, indem er einem Kollegen, der z.B. in absehbarer Zeit sowieso aufhören will, dessen Zulassung abkauft, um ihn anschließend für mindestens 3 Monate als Angestellten in eben dieser Praxis weiter zu beschäftigen. Danach kann der Angestellte sowohl ganz als auch teilweise ausscheiden und das frei werdende Volumen mit (z.B) Teilzeit-PsychotherapeutInnen der eigenen Wahl des Anstellenden nachbesetzt werden. Dieses Modell kann für diejenigen interessant sein, die ganz gezielt bestimmten Personen in der Zukunft eine Arbeitsmöglichkeit sichern wollen. Es ist ebenfalls interessant für diejenigen, die den „Ausstieg“ planen, aber schon vorher einen festen Kaufpreis erzielen und realisieren wollen, ohne auf ihr bisheriges Einkommen gleich zu verzichten.

Ilse Rohr

Sie hätten nützliche Geschenke gebracht...



...und auch was zu essen.

Aber... was hätten sie



nach der Abreise gesagt?

NEUER EBM WERTET PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN AUF

Ab dem 01.01.2008 tritt ein neuer EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) in Kraft, in dem alle vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungen neu bewertet sind. Die für uns wichtigsten Leistungen – die antrags- und genehmigungspflichtigen Therapien und auch die probatorischen Sitzungen – sind darin von 1495 Punkten auf 1755 Punkte heraufgesetzt. Das sind 260 Punkte oder 17,4 % mehr als bisher. Dieses positive Ergebnis konnte nur in gemeinsamer Anstrengung aller in den verschiedensten Ebenen berufspolitisch aktiven ärztlichen und psychologischen

Psychotherapeuten erzielt werden. Dafür auch an dieser Stelle ganz herzlichen Dank!

Was die Umsetzung der Punktzahl in 2008 anbelangt, so herrscht bisher noch völlige Unklarheit. Fest steht bisher nur, dass ab 2009 die Leistungen entsprechend ihrer Punktbewertung mit festen Beträgen vergütet werden werden. Ob die „Höherbewertung“ schon im nächsten Jahr, also 2008, Auswirkungen auf unser Honorar haben wird, steht demgegenüber noch nicht fest.

Ilse Rohr

anzeige

SHG Klinikum Merzig
Schwerpunkt Krankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität des Saarlandes

STELLENAUSSCHREIBUNG

In unserem Hause ist zum **nächstmöglichen Zeitpunkt** im Rahmen eines
Versorgungsvertrages nach § 140 SGBV im **Bereich Psychiatrie** neu zu besetzen die Stelle
einer / eines

Psychologischen Psychotherapeutin / Psychotherapeuten oder Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Qualifikation

- Abgeschlossene Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten *oder* Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit mehrjähriger Berufserfahrung in der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung.
- Erfahrung in der Kooperation mit komplementären Diensten, privaten und öffentlichen Personen, Einrichtungen und Institutionen.
- Hohes Maß an Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit.

Aufgaben

- Fallmanagement: Koordination der Leistungsangebote, Kooperation mit Leistungserbringern und Leistungsempfängern, Steuerung und Überprüfung der Behandlungsmaßnahmen, Fallbezogene Datenerhebung, Dokumentation und Auswertung
- Leitung von Qualitätszirkeln und Fortbildung der Vertragspartner
- Kooperation mit den teilnehmenden Mitgliedskassen
- Koordination der Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen

Die Vergütung erfolgt gemäss TVÖD. Interessierte werden gebeten, sich schriftlich bis zum 31.12.2007 bei der Klinikum Merzig gGmbH, Personalabteilung, Trierer Str. 148, 66663



Die Klinikum Merzig gGmbH
ist eine Gesellschaft in
öffentlich rechtlicher
Trägerschaft
Gesellschafter ist:
Saarland Heilstätten GmbH

Sitz der Gesellschaft: Merzig
Eingetragen unter HRB 3714
Amtsgericht Merzig
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Michael Burkert
Geschäftsführer: Joachim Wild – Alfons Vogtel

Sparkasse Merzig-Wadern
BLZ 593 510 40 · Kto. 679
Postbank Saarbrücken
BLZ 590 100 66 · Kto. 5404-667

GROSSES INTERESSE AN ZUSAMMENARBEIT VON ÄRZTEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN AUF DEM GEBIET DER SCHMERZTHERAPIE

Am 09.10. fand im Rahmen des regelmäßigen Treffens des Arbeitskreises Schmerztherapie des Saarländischen Ärztesyndikats ein lebhafter Austausch über die Möglichkeit einer besseren Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten auf diesem Gebiet statt. Ergebnis dieser Sitzung war, kurz zusammengefasst, dass die Psychotherapeutenkammer die Bereitschaft der KollegInnen erkunden sollte, a) SchmerzpatientInnen zu behandeln, b) entsprechende Fortbildungen zu besuchen und c) in dem Arbeitskreis mitzuarbeiten. Ein

entsprechendes Anschreiben haben alle Kammermitglieder im Oktober erhalten. Der Rücklauf machte das große Interesse deutlich, so dass jetzt der nächste Schritt vom Arbeitskreis Schmerztherapie gemacht werden wird. Die KollegInnen, die sich gemeldet haben, werden also schon in Bälde Näheres erfahren.

Ilse Rohr

FACHPUBLIKATIONEN AUS DEM SAARLAND

PSYCHOEDUKATION SCHIZOPHRENIE UND SUCHT

*D'Amelio R., Behrendt B., Wobrock T. (2006)
Psychoedukation Schizophrenie und Sucht.
Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigen-
gruppen. Reihe: Im Dialog. München: Urban & Fischer*

Schizophren Erkrankte stellen unter den Konsumenten von legalen (z.B. Alkohol) und illegalen (z.B. Cannabis oder Ecstasy) Drogen eine zahlenmäßig bedeutende und therapeutisch anspruchsvolle Gruppe dar. So findet sich bei ca. der Hälfte aller Patienten mit schizophrener Psychose ein komorbider Substanzmissbrauch bzw. -Abhängigkeit. Der Krankheitsverlauf wird durch den fortgesetzten Konsum von Drogen und aufgrund nicht ausreichender Therapie-Compliance deutlich negativ beeinflusst, so dass diese Patienten beispielsweise häufiger stationär behandelt werden müssen. Bislang bestand ein Defizit an spezifischen Behandlungsprogrammen, die integrativ gleichermaßen die schizophrene Grunderkrankung wie auch den komorbiden Substanzkonsum dieser Patienten mit Doppeldiagnose berücksichtigen.

Diese Lücke wurde nun mit dem Manual: „Psychoedukation Schizophrenie und Sucht“ geschlossen. Mit Hilfe des Manuals sind Ärzte und Therapeuten in der Lage, psychoedukative Gruppen für Patienten mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Sucht durchzuführen. Die Patienten sollen befähigt werden, den Zusammenhang zwischen Substanzmittelaufnahme und Verschlechterung der Psychose besser zu verstehen und Drogenrückfallgefährdende Situationen adäquat zu bewältigen. Da die Familien bzw. Angehörigen dieser Patienten durch die Doppeldiagnose häufig ebenfalls stark belastet sind, enthält das Manual auch eine Anleitung zur Durchführung von psychoedukativen Gruppensitzungen für Angehörige. Des Weiteren wird in dem Manual das Behandlungsprogramm: „GOAL – Gesund und Ohne Abhängigkeit Leben“ dargestellt, das zusätzlich zu den bereits genannten psychoedukativen Intervention im Gruppensetting weitere aufeinander abgestimmte Therapie-Module beinhaltet

Roberto D'Amelio

PIA

SÄUGLINGSBEOBACHTUNG ALS ORT EMOTIONALEN LERNENS

2. TAGUNG FÜR SUPERVISORINNEN VON SÄUGLINGSBEOBACHTUNGEN AM 21.-22.09.2007 IN BERLIN.

Die diesjährige Fortbildung in der Säuglingsbeobachtung wurde vom Institut für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (IAKJP) Berlin Friedrichshain, der Berliner Studiengruppe Tavistockmodell (BSTM) und vom Förderverein für kleinianische Psychoanalyse und Weiterentwicklung Berlin-Brandenburg e.V. veranstaltet. Schwerpunktthema war Grundlagen des Beobachtungssettings. So lautete der Titel: „Vom Beobachten zum Protokollieren.“

Es ist nicht überall bekannt, dass die Säuglingsbeobachtung nach der Methode von Esther Bick in den letzten Jahren zu einem obligatorischen Baustein in der Ausbildung zum analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der BRD wurde. Dies gilt auch für unsere analytischen KJP-Aus-

bildung am Saarländischen Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie. Sie dient weder Forschungs- noch klinischen Zwecken, sondern führt den analytischen Kandidaten an die frühesten Prozesse des Beziehungsaufbaus zwischen dem Neugeborenen und seinen Eltern heran, die für die emotionale Entwicklung und den psychischen Strukturaufbau entscheidend sind. Damit wird dem Säuglingsbeobachter nicht nur eine reiche persönliche Erfahrung im Verstehen früher Entwicklungsprozesse und Gefühlszustände vermittelt, sondern auch ein Terrain zur Verfügung gestellt, auf dem „freischwebende Aufmerksamkeit“, „Empathie“, „Abstinenz“ und „Neutralität“ in realer Interaktion entstehen können, bevor mit Patientenbehandlungen begonnen wird.

Die teilnehmende Säuglingsbeobachtung findet ein Mal wöchentlich in der Wohnung der Familie statt und erstreckt sich über mindestens ein Jahr, in unserer Ausbildung über mindestens 60 Stunden. Die Kandidaten müssen eine Position finden, von der aus sie den Säugling beobachten wollen, Nähe und Distanz abwägend. Sie fertigt möglichst „frisch“ und plastisch ein Protokoll ihrer Beobachtungen an und tragen es in einem supervidierten Seminar vor, womit das Material sowie die Art seiner Darstellung von der Gruppe der Kandidaten intensiv bearbeitet wird. Das Material wird in einzelnen Schritten vor allem in Hinblick auf seinen emotionalen Gehalt untersucht. Durch das Material provozierte Abwehrmechanismen der Einzelnen und der Gruppe, vor allem die projektiven Mechanismen, sollen in der supervidierten Gruppendiskussion möglichst herausgearbeitet werden. Ziel ist es, mit Hilfe der Gruppenarbeit dem Geschehen in der Babybeobachtung so weit wie möglich einen Sinn zu geben.

Es wird nicht überraschen, dass angesichts der Komplexität der Aufgabe Säuglingsbeobachter/innen und deren Supervisoren bereit sind, weit zu reisen, um sich zu qualifizieren. London, Rom, Wien, München waren häufig Ziele. An diesen Tagen kamen erfahrene Säuglingsbeobachter und Supervisoren zu uns nach Berlin, um den Supervisoren, und denen, die es werden wollen, selbst Supervision zu geben. Aus London kam Frau Isca Wittenberg, aus Rom Frau Suzanne Maiello, aus Wien bzw. Klagenfurt Frau Diem-Wille, aus London bzw. München Frau Gisela Ermann und aus München Herr Ross Lazar.

Wenn auch die theoretischen Hintergründe der einzelnen Teilnehmer differierten, und nicht jeder sich einer kleinianischen Sichtweise verschreiben mochte, zeigte sich recht bald, dass Theorie eine untergeordnete Rolle spielte. Am Baby, an sein Wirken und seine Reaktionen zu bleiben, war und bleibt die Devise der Beobachtung und der Protokollierung, die davor schützt, das Baby zu Bestätigungszwecke für irgendeine Theorie zu verwenden. Jeweils 3 Protokolle aus unterschiedlichen Phasen der Säuglingsentwicklung wurden in mehreren Kleingruppen unter Supervision über 2 Tage intensiv bearbeitet, bevor im abschließenden Plenum



die drängendsten, bisher nicht ausreichend beantworteten Fragen der Beteiligten in die Diskussion kamen. Es waren Fragen des Beobachtungssettings: der Beginn, das Finden der „richtigen“ Position, der sich einschleichenden Rituale zwischen Beobachter und Mutter, welche die Abstinenz erschweren, was man „darf“ und „nicht darf“ und die Beendigung einer Beobachtung. Dazu kamen Fragen zum Ausbildungsstand der Teilnehmern bzw. zur „Laienbeobachtung“, zu den Lernzielen im Seminar, zum Umgang mit „flachen“ und „lebendigen“ Protokollen, der Ruf nach Regeln, um gegen die eigene Unsicherheit anzukämpfen und Ähnliches mehr

Kritisch ist anfügen, dass die Zeit (insgesamt ca. 6 Stunden) nicht ausreichte, um die Protokolle ausreichend auszuloten. Nicht nur die Prozesse zwischen Säugling und Mutter (Vater), Mutter und Beobachterin, Beobachterin und Säugling lassen sich reflektieren, auch diejenigen könnten fruchtbar einbezogen werden, die sich in der Gruppe entwickelten. Diese können sehr wohl Relevanz für das Verständnis der emotionalen Ereignisse in der Babybeobachtung haben.

Judith Zepf

»...I HEARD IT THROUGH THE GRAPEVINE...«

Gerüchte haben ein langes, zähes Leben. So ist es auch mit dem Gerücht, dass die psychoanalytische Ausbildung, ob für Erwachsenentherapie oder für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, sehr viel teurer wäre, als andere Psychotherapieausbildungen. Gerüchte kann man insbesondere dann schwer entkräften, wenn es keine zuverlässigen Informationen gibt. Und wenn man ein Gerücht nicht bald entkräften kann, verwandelt es sich mit der Zeit in ein Faktum.

In der Kammerzeitschrift FORUM, Ausgabe 21 vom Juli 2007 (S. 9), kam die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer zu der Einschätzung, dass die Kosten einer psychotherapeutischen Ausbildung auf bis zu € 40.000 betragen können. Die Einnahmen durch Behandlungen während der Ausbildung schätzte sie wie folgt: »Wer bis zu **20.000 EUR** dafür erhält kann sich nicht beklagen«.

Ohne auf die im Internet veröffentlichten, jedem Interessenten zugänglichen Kostenangaben anderer Institute einzuge-

hen, möchte ich eine Modellrechnung für die sog. »verklammerte« analytisch-tiefenpsychologische Ausbildung zum Erwachsenen- und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am Saarländischen Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (SIPP) anführen. Da die individuellen Bedürfnisse der Kandidaten hinsichtlich Ausmaß und Tempo der Ausbildung sehr verschieden sind, kann es sich hier selbstverständlich nur um Richtgrößen handeln.

Im SIPP setzen sich die Kosten für eine 5-jährige »verklammerte« analytische und tiefenpsychologische Ausbildung, die inhaltlich weit über die staatliche Minimalausbildung hinausgeht, wie folgt zusammen:

Ca. 400 Std. Lehranalyse (mindestens 300 Std. werden am SIPP gefordert),		
Stundenhonorar ca. € 70.00	€	28.000,00
Semestergebühren (10 Sem: à € 382.00)	€	3.820,00
250 Std. Einzel/Gruppensupervision		

à ca. € 70.00	€ 17.500,00*
Prüfungsgebühren (ohne die Kosten für die staatl. Prüfung)	€ 230,00
Aufnahmegespräche	€ 140,00
Summe	€ 49.690,00

* In der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind 200 Stunden Supervision erforderlich, so dass hier die Summe der Ausbildungskosten € 46.190,00 beträgt.

Im SIPP behandeln Kandidaten im Rahmen der »verklammerten« Ausbildung Patienten über mindestens 1000 Std. (bei begründetem Bedarf werden bis zu 1350 Behandlungsstunden von den Krankenkassen getragen). Von dem Betrag, den die Krankenkassen für eine Behandlungsstunde bezahlen, erhalten die Kandidaten nach Abzug von 16-20% (für Verwaltungskosten, Raummiete) zwischen 84-80% ausbezahlt. Zurzeit sind dies € 46.20/Behandlungsstunde. Behandelt ein Kandidat also die erforderlichen 1.000 Std., erzielt er eine Vergütung in Höhe von insgesamt € 46.200.00. Stellt man die zusammengestellten Ausgaben und die zu erwar-

tenden Einnahmen einander gegenüber, wird trotz des unsicheren, individuellen Faktors ersichtlich, dass das Verhältnis von Ausbildungskosten und Einnahmen in der Ausbildung ausgeglichen ist und keineswegs das hartnäckige Gerücht rechtfertigt, die analytische Ausbildung wäre um Einiges teurer als die Ausbildung in anderen psychotherapeutischen Verfahren.

Was an der »verklammerten« analytischen Ausbildung für den Einzelnen wirklich »teurer« wird, ist der zeitliche Aufwand der intensiven Beschäftigung mit der eigenen Persönlichkeit in der Lehranalyse und der Persönlichkeit der Patienten in Behandlungen und kasuistisch-technischen Seminaren. In diese Kernstücke der Ausbildung investieren die Ausbildungskandidaten insbesondere, um größtmögliche Kompetenz im Umgang mit ihren Patienten zu erlangen. Diese Kompetenz zu erwerben bedarf mehr Zeit und ein höheres emotionales Engagement, als es die rein staatliche Ausbildung verlangt. Sie hat eben ihren Preis.

————— Judith Zepf

VERANSTALTUNGEN / BERICHTE

TAGUNG TRANSKULTURELLE PSYCHOTHERAPIE STÖSST AUF REGES INTERESSE

Das Saarländische Institut zur Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie (SIAP) und die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes organisierten am 27.10.2007 eine Tagung zum Thema Transkulturelle Psychotherapie. Das Angebot fand mit rund 100 Teilnehmern großes Interesse.

Hauptreferent war **Prof. Dr. med. Nossrat Pesechian**, Begründer der Positiven Psychotherapie und Leiter der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie, sowie Autor zahlreicher Bücher.



In seinem Vortrag „Trauerarbeit in der Welt der Globalisierung und Radikalisierung“ erläuterte er die

Grundzüge seines therapeutischen Ansatzes. Die Balance der vier Lebensbereiche a) Kontakt und Emotionalität, b) Phantasie und Kreativität, c) Vernunft und Rationalität und d) Leistung und Erfolg ist ausschlaggebend für die psychische Gesundheit des Einzelnen. Kommt diese Balance in der Partnerschaft, durch äußere Ereignisse oder durch kulturelle Veränderungen aus dem Gleichgewicht, so sind Missverständnisse, Konflikte, psychosomatische Störungen oder Krankheit die Folge. Die positive Psychotherapie stößt Entwicklungen und Veränderungen an, um zu einer neuen Balance der vier Lebensbereiche zu finden.

Frau Aksoy-Burkert, im Saarland niedergelassen als Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugend-



lichtherapeutin, geboren in der Türkei, lebt seit ihrem 4. Lebensjahr in Deutschland.

In ihrem Vortrag „Migranten der 2. Generation im Spannungsfeld der Kulturen“ beschäftigte sie sich mit den spezifischen Problemen der in Deutschland geborenen Kinder türkischer Migranten. Sie kennen die Heimat der Eltern nur aus dem Sommerurlaub. Oft haben sie eine bessere Bildung als die Eltern, stehen im Konflikt mit der patriarchalischen Struktur ihrer Familie, mit dem Vater, der in der Fremde seine Autorität verloren hat. Sie leben zwischen den Kulturen und ringen um eine Identität, die beide Kulturen vereinen soll. Sowohl Integrationsverweigerung als auch Überidentifizierung mit der deutschen Kultur sind auf dem langen Weg dorthin häufig schmerzhaftes Etappen. Ziel sollte sein, nicht zwischen zwei Stühlen entscheiden zu müssen, sondern zu erkennen, dass man über ein Sofa verfügt.

Frau Olga Gruenberg ist Russlanddeutsche, als Spätaussiedlerin lebt sie seit 1995 in Deutschland. In ihrem Her-



kunftsland war sie Grundschullehrerin, jetzt steht sie kurz vor Abschluss des Psychologiestudiums an der Universität des Saarlandes. Seit

Jahren beschäftigt sie sich mit dem Thema Migration.

In ihrem sehr informativen Beitrag gab sie den Teilnehmern Einblick in die komplexen Hintergründe der Migration von Russlanddeutschen.

Beeindruckt von der wirtschaftlichen Entwicklung der BRD, dem kulturellen Erbe des Landes der Dichter und Denker kamen 3 Millionen Aussiedler und etwa 200 000 jüdische Migranten seit 1993 nach Deutschland. Zunächst voller Euphorie erleben sie einen Kulturschock und tiefe Entfremdung. In Russland hatten sie ein Brauchtum und eine Sprache bewahrt, die sie in der neuen Heimat Deutschland so nicht wieder finden. Im Lande ihrer Vorväter fühlen sie sich als Fremde.

Professionelle Hilfe wird aus verschiedenen Gründen kaum in Anspruch genommen:

- man spricht nicht mit Fremden über seine Probleme (es bleibt in der Familie)
- Psychotherapie als Behandlungsmethode in Russland wenig bekannt
- Psychisch krank sein ist eine Schande
- Angst nicht verstanden zu werden
- Krankheit bedeutet: ich habe etwas falsch gemacht und versagt
- Angst vor Vertrauensbruch und mangelndem Datenschutz als Folge des Missbrauchs durch den KGB

Frau Shyda Rafat stammt aus dem Iran, lebte in Afrika und in der Türkei, wo sie studierte. Seit vielen Jahren hat sie Deutschland als Heimat ausgewählt. Sie arbeitet in eigener Praxis als Psychologische Psychotherapeutin.

Positive Kommunikation in transkultureller Partnerschaft findet sich zu Beginn bei jeder Beziehung, wenn und solange das Anderssein des Partners oder der Partnerin aufregend und anziehend wirkt. Auch in nicht-transkultureller Partnerschaft treffen verschiedene Familien-Kulturen aufeinander. Das ist mit ein Grund, warum anfänglich Anziehendes sich häufig in Konflikthafes verkehrt. Darum ist es notwendig,

die Positive Kommunikation, das Begreifen der Individualität des Partners und seines kulturellen Hintergrunds, das Verständnis für die individuelle Balance der vier Lebensbereiche sowohl bei sich selbst als auch bei dem anderen immer wieder – auch mit professioneller Hilfe – zu erlernen und anzuwenden.

Franz-Peter Zimmer, Leiter des SIAP, beschäftigte sich abschließend in seinem Beitrag „Transkulturelle Psychotherapie: Utopie oder einfache Übung?“ mit den die Psychotherapie von Migranten bestimmenden Elementen.



Grundsätzlich kritisiert er die derzeit starke Orientierung der Psychotherapie am medizinischen Modell und das Abrücken von der Perspektive der

Gesamtdiagnose. Symptomatisch dafür sind Entwicklungen wie evidenzbasierte Medizin, das Herausarbeiten von immer neuen Krankheitsbildern mit entsprechenden Behandlungsmodulen sowie rein deskriptive Klassifikationssysteme, die ätiologische und phänomenologische Gesichtspunkte vernachlässigen.

Anders als in der Organmedizin versagen aber psychotherapeutische „Techniken“ schon kurz hinter kulturellen Grenzen. Respekt vor dem Anderen und Neugierde für das Anderssein als Grundvoraussetzung jedweder therapeutischen Tätigkeit ist ganz besonders in der Arbeit mit Migranten bedeutsam: die Integrität der Person mit ihren eigenen Wertvorstellungen und ihrer singulären biografischen Einheit ist gerade hier besonders bedroht und muss besonders gestärkt werden. Nur so ist Weiterentwicklung in der neuen Heimat, soziale und berufliche Integration möglich.

In Arbeitsgruppen wurden am Nachmittag mit den Referenten die Themen der Vorträge vertieft bearbeitet und im Plenum am Ende der Veranstaltung zusammengetragen.

Die Diskussionen waren ausgesprochen rege, die (schriftliche) Rückmeldung der Teilnehmer ohne Ausnahme positiv. Allgemein bestand der Wunsch nach verstärkter Zusammenarbeit und Vernetzung der bestehenden Angebote und nach Fortbildung zu speziellen Aspekten des Themas.

Franz-Peter Zimmer



anzeige

Psychologische Psychotherapeutin (VT)

sucht KV-Sitz, auch Job-Sharing /
Mitarbeit in psychotherapeutischer Praxis
(WND, SB, NK, HOM).

Chiffre: JSZ 1111

SEHEN-VERSTEHEN-HANDELN

ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE BERATUNG FÜR ELTERN MIT SÄUGLINGEN UND KLEINKINDERN"

Am 4. und 5. Juni 2007 hatte die LEBENSHILFE e.V. St.Wendel zu einer Fortbildungs-veranstaltung mit Dr. Dipl. Psych. Mauri Fries, Mitbegründerin des Martha-Muchow-Instituts in Leipzig, eingeladen. Die Referentin stellte ihr Konzept zur Beratung von Eltern mit Kleinkindern vor, das eine Beurteilung der Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Beziehung nach beobachtbaren, objektiven Kriterien ermöglicht. Ausgangspunkt des Konzeptes ist die Überlegung, dass das Verhalten eines Säuglings bzw. Kleinkindes in der Interaktion mit seiner Mutter/Vater unverstellt und genau die Qualität der Beziehung zur jeweiligen Person widerspiegelt und daher auch valide Hinweise geben kann, wie diese Beziehung verbessert werden könnte oder ob beispielsweise eine Gefährdung des Kindes vorliegt.

Die Referentin arbeitet daher, zusammen mit ihren KollegInnen vom Martha Muchow-Institut, oft auf Anfragen des Jugendamtes, wenn zwar ein Verdacht auf psychische oder körperliche Misshandlung eines Kindes besteht, man dies aber nicht objektiv belegen kann.

Das praktische Procedere beginnt mit einer Videoaufzeichnung der Interaktion, z.B. zwischen Mutter und Baby/Kleinkind. Bei dieser Interaktion wird hauptsächlich das Verhalten des Kindes auf Feinzeichen seines Befindens hin beobachtet. Nach Als/Brazelton sind im wesentlichen folgende Systeme zu beobachten: Das Interaktive System (offen aktiv versus unzugänglich, nicht ansprechbar), das Schlaf-/Wachsystem (wach und aufmerksam versus häufiger Wechsel der Verhaltenszustände, Quengeln, Schreien), das motorische

System (weiche, gut modulierte Bewegungsabläufe, guter Muskeltonus versus starke Schläffigkeit, starke Anspannung, unkoordinierte, fahrigere Bewegungen) und das autonomes System (rosige Haut, gleichmäßige Atmung versus Wechsel der Hautfarbe, unregelmässige Atmung, Grimassieren, Zittern, Würgen, Spucken).

Vereinfachend gesagt, kann man die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung sehr deutlich und unverfälscht am Kind ablesen, auch die Alarmzeichen die auf eine Gefährdung des Kindes hindeuten. Treten solche Alarmzeichen auf wird mit der Mutter/dem Vater über die Beobachtungen am Kind gesprochen. Abhängig von der Reaktion der Mutter/Eltern wird eingeschätzt ob eine echte Bereitschaft signalisiert wird an den bestehenden Problemen mit Unterstützung zu arbeiten und dann die entsprechende Unterstützung und Hilfe zu gewähren oder aber das Kind eventuell auch aus der Gefahrensituation herauszunehmen.

Betrachtet man die Hilflosigkeit mit der Behörden und Jugendämter oft dem Phänomen der grausamen Kindesmisshandlung und Kindstötung gegenüberstehen, weil man z.B. die Situation in einer Familie nicht als gefährlich wahrgenommen hat, so stellt das von Dr. Fries vorgestellte Konzept ein wertvolles und verlässliches Instrument für die Arbeit im Bereich der frühen Prävention und der Familienhilfe dar, vor allem um die potentielle Gefährdung von Kleinkindern frühzeitig anhand objektiver Daten zu erkennen und dann auch handeln zu können.

Liz Lorenz-Wallacher

! VERANSTALTUNG

Bitte vormerken Bitte vormerken Bitte vormerken Bitte vormerken Bitte vormerken Bitte vormerken

Workshop mit M.R. Smucker

Kognitive und imaginative Verfahren zur Bewältigung traumatischer Erinnerungen bei Opfern sexueller Gewalt: IRRT (Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy)

Sa/So 23./24. Februar 2008

Sa. 9.00 – 17.00 Uhr und So. 9.00 – 13.00 Uhr

In der Arbeit mit Opfern frühen sexuellen Missbrauchs müssen die bewährten Verfahren der Analyse und Bearbeitung v.a. der Schlüsselkognitionen erweitert werden. Denn Menschen mit traumatischen Kindheitserinnerungen haben diese wie die dazugehörenden Überzeugungen und Gefühle öfter bildlich als verbal gespeichert. Aus diesem Grunde werden von kognitiven Therapeuten ergänzend imaginative Verfahren eingesetzt, um Zugang zu den hoch affektiv geladenen kognitiven Strukturen zu erhalten und um sie zu bearbeiten.

Neuere klinisch-psychologische Forschung deutet darauf hin, dass relativ schnelle Heilungserfolge bei Patienten mit PTB möglich sind, wenn nach einer Aktivierung traumatischer Erinnerungen Bewältigungsphantasien spezifisch für die dysfunktionalen Strukturen der Patienten erarbeitet werden. Im Kurs werden die einzelnen therapeutischen Schritte des empirisch untersuchten Vorgehens vorgestellt und demonstriert, mit denen der Heilungsprozess im Nacherleben schmerzhafter traumatischer Erinnerungen und der Entwicklung neuer Phantasie-Skripts angeregt und begleitet werden kann.

In seinem in deutscher Sprache abgehaltenen Workshop wird Prof. Smucker den Einsatz der IRRT bei PTB berichten. Es besteht die Möglichkeit, eigene Fallbeispiele einzubringen und zu diskutieren.

Veranstalter: Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Mediclin Blietal Kliniken
Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Teilnahmegebühr: 75,00 EUR

Anmeldung: Blietal Kliniken

13_{FP}



TAGUNGSKALENDER

An dieser Stelle wollen wir Fachtagungen und Veranstaltungen ankündigen, die für unsere Mitglieder von Interesse sind.

Wenn Sie Fort- und Weiterbildungshinweise in unserem Tagungskalender veröffentlichen wollen, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle. Fortbildungspunkte werden ausgewiesen, soweit sie uns bekannt sind. (Zusammengestellt von A. Maas-Tannchen)

30. November bis 1. Dezember in Kassel **Symposium der AG: PA und Altern, Sterben, Endlichkeit und Tod, Info: e.f.hinze@t-online.de**

1. und 2. Dezember in München **Symposium: Wege zur sicheren Bindung in Familie und Gesellschaft**
Lu- Max- Universität München, Info: www.theodor-hellbruegge-stiftung.de

4. Dezember in Berus **2FP Prof. Dr. Peseschkian: Praktische Anwendung der Transkulturellen Psychotherapie uner Einbeziehung von Geschichten und Lebensweisheiten, Klinik Berus, 19.00h bis 20.30h, Info: www.ahg.de/Berus**

8. Januar 2008 in Berus **2 FP Dr. B. Hoellen. Praxis der REVT- Don't hope, cope., Klinik Berus, 19.00h bis 20.30h, Info: www.ahg.de/Berus**

26. Januar 2008 in Frankfurt/Main **bkj: Computerspiele zwischen Chance und Sucht, info: www.bkj-ev.de**

31. Januar bis 3. Februar in Rom (I) **Intern. Bion- Kongress**

8. bis 10. Februar in Lissabon (Po) **COWAP: sexuality in a multicultural society: interdiction and permissivity. A psychoanalytical approach**
Info: cowap.lisbon@netcabo.pt

12. Februar 08 in Berus **2FP Dr. J. Hoffmann: Stalking- Hintergründe und Umgang mit Betroffenen.**
Klinik Berus, 19.00h bis 20.30h, Info www.ahg.de/Berus

23. /24. Februar in Blieskastel **9 FP Klinik Blieskastel und PTK Saar: M. R. Smucker: Kognitive und Imaginative Verfahren zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen bei Opfern sexueller Gewalt, Klinik Blieskastel, Info: www.ptk-saar.de**

28. Februar bis 1. März in Tübingen **René-Spitz-Stiftung: Kinderanalyse-Tagung: Technik der KA, Info: www.kinderanalyse.de**

29. Februar bis 4. März in Berlin **25. dgvt- Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung: Vernetzte Psychotherapie**
info: www.dgvt.de

IMPRESSUM
FORUM der Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes
Herausgeber:
Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten des Saarlandes – Psychotherapeutenkammer des Saarlandes
Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Ilse Rohr

Für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes
Talstr. 32, 66119 Saarbrücken
Tel.: (06 81) 9 54 55 56
Fax: (06 81) 9 54 55 57
Homepage: www.ptk-saar.de
E-Mail: kontakt@ptk-saar.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
Kto.-Nr.: 583 47 32 • BLZ: 590 906 26

Anzeigen und Beilagen im FORUM

Redaktionsschlussstermine 2007:

Ausg. 19: 07.03.; Ausg. 20: 10.5.; Ausg. 21: 05.07.; Ausg. 22: 06.09.; Ausg. 23: 08.11.

Folgende Tarife und Zahlungsmodalitäten gelten ab dem 01. August 2005

BEILAGEN

Bis 20 g 100,00 EUR
21 – 60 g 150,00 EUR
ab 61 g nach Vereinbarung

ANZEIGEN

1 Seite DIN A4	200,00 EUR
½ Seite DIN A4	100,00 EUR
¼ Seite DIN A4	50,00 EUR
1/16 Seite DIN A4	30,00 EUR
Chiffre-Anzeigen: plus	10,00 EUR

Bezahlung im voraus durch Scheck oder Einzugsermächtigung