



FORUM

DER PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER DES SAARLANDES

Ausgabe 40 / Januar 2011

EDITORIAL

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

VERANSTALTUNG ZU NIEDERLASSUNGSFRAGEN	2
VERANSTALTUNG ZU BEITRAGSFRAGEN	3

MITTEILUNGEN DER KAMMER

ÖFFENTLICHE ZAHLUNGSAUFFORDERUNG FÜR DIE BEITRÄGE 2011	4
UMFRAGE BEDARFSPLANUNG	4

VERÖFFENTLICHUNGEN UNSERER MITGLIEDER

HYPERTONIE	5
BERICHT ZUR VORTRAGSREIHE DES SIPP	6

AUS DER KVS

AUSSCHREIBUNG VON PRAXISSITZEN	9
AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN	10

KJP

EIN JAHR NACH UMSETZUNG DER MINDESTQUOTE	10
KOLLEGIALITÄT STATT KONKURRENZ	10

ANGESTELLTE

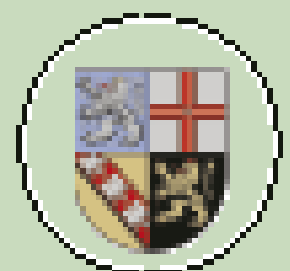
RHEINLAND-PFALZ NOVELLIERT LANDESKRANKENHAUSGESETZ	11
UND ES BEWEGT SICH DOCH	12
KRANKENHAUSPLANUNG	14
TARIFLICHE EINGRUPPIERUNG VON PSYCHOTHERAPEUTEN WEITERHIN UNZUREICHEND	14

BPTK

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG IN KRANKENHÄUSERN	15
REFORM DER AUSBILDUNG	16
VERÄNDERTER BEDARF AN PSYCHOTHERAPIE NICHT BERÜCKSICHTIGT	16
PSYCHOTHERAPIE IN EUROPA	17

40

Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes



EDITORIAL



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen in der 1. Ausgabe des FORUM in 2011 von wirklichen Erfolgen im Hinblick auf einen Durchbruch bei der Umsetzung der gesetzlich bereits 2009 geschaffenen Möglichkeiten hälftiger Versorgungssitze im Saarland berichten zu können. Während bis 2010 ein einziger halber Praxissitz übernommen wurde, konnten seit Dezember 2010 zur Wiederbesetzung sieben hälftige Zulassungen von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS) ausgeschrieben werden. Das ist sehr erfreulich, da einerseits jüngere KollegInnen, die nach der Erlangung der Approbation auf einen Praxissitz warten, zum Zuge kommen können und andererseits die völlig unzureichende Versorgungssituation etwas verbessert werden kann.

Wesentlich größeres Verbesserungspotential der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung verspricht sich die Psychotherapeutenchaft von einer längst überfälligen, angemesseneren Bedarfsplanung. Die Bundesregierung plant 2011 eine Reform der Bedarfsplanung, auf die wir Psychotherapeuten nur dann Einfluss nehmen können, wenn wir uns über die Kammern dafür einsetzen. Die Psychotherapeutenkammern benötigen deshalb dringend repräsentative Zahlen, die darstellen, wie lang die Wartezeit auf eine ambulante Behandlung für psychisch kranke Menschen tatsächlich ist. Dazu haben wir bundesweit eine Umfrage zu Wartezeiten in der ambulanten Versorgung gestartet, zu der auch die saarländischen VertragspsychotherapeutInnen angeschrieben wurden. Ich bitte Sie um Ihre Unterstützung bei der anonymen Umfrage. Die anstehende Reform der Bedarfsplanung ist eine Chance, die Weichen für eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen zu stellen. Dies kann gelingen, wenn die PsychotherapeutInnen auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene der Politik die Probleme differenziert schildern und abgestimmte Lösungsvorschläge präsentieren. Helfen Sie mit und beantworten Sie bis zum 25.2.2011 den Fragebogen zu den Wartezeiten Ihrer Patienten!

Nun zu der 40. Ausgabe des FORUM. Es bedarf einer starken Berufsstandsvertretung auf allen Feldern der Berufsausübung unserer Kammermitglieder. Zur Erfüllung der vielfältigen Aufgaben der Kammer erhebt sie jährlich von ihren Mitgliedern Beiträge. Der Bericht zur Beitragsordnung fasst noch einmal zusammen, wie die Zuordnung zu den Beitragsklassen ist, weshalb es zu Veränderungen der Beitragsordnung kam und warum der Anstieg der Beitragshöhen 2011 in den unterschiedlichen Beitragsklassen erfolgen muss – die Bekanntmachung ist als Zahlungsauftrag angefügt.

Unter „Veröffentlichungen unserer Mitglieder“ lesen Sie eine Buchvorstellung des Kollegen Roberto D'Amelio, der u.a. mit Prof. Volker Köllner am Universitätsklinikum des Saarlandes ein interdisziplinäres Konzept zur Patientenschulung bei arterieller Hypertonie entwickelt hat. Lesen Sie weiter den Tagungsbericht unseres Mitglieds der Vertreterversammlung Thomas Anstadt von einer Vortragsveranstaltung des saarländischen Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie (SIPP) am 04.12.2010, bei der unter dem Titel „Neues aus dem SIPP“ fünf Institutsmitglieder ihre kürzlich publizierten Arbeiten vorstellten.

Unter der Rubrik KJP berichtet Katja Klohs vom Stand der Besetzung der ausgeschriebenen Sitze ein Jahr nach Umsetzung der Mindestquote. Ein weiterer Bericht von einem Treffen mit neu approbierten und neu zugelassenen KJP rundet den Eindruck einer im Ergebnis wirklich gelungenen berufspolitischen Aktivität der saarländischen Kammer in dieser Frage ab.

Als einen Meilenstein in der Einflussnahme der Kammern auf die Gesetzgebung kann ohne Übertreibung der Erfolg unserer Nachbarkammer bei der Verabschiedung des Landeskrankenhausesgesetzes Rheinland-Pfalz gewertet werden. Lesen Sie dazu die Pressemitteilung der LPTK Rheinland-Pfalz, den Bericht des Kollegen Hans Werner Stecker aus NRW sowie die Anmerkungen zur Krankenhausgesetzgebung im Saarland. Ergänzend finden Sie die Nachricht der weiterhin unbefriedigenden Entwicklung der tariflichen Eingruppierung unserer nichtselbständig tätigen BerufskollegInnen. Ob und inwiefern es hier zu Änderungen in absehbarer Zeit kommen wird, entscheiden letztlich die Tarifpartner. Gesetzesänderungen wie die berichtete aus Rheinland-Pfalz leisten wertvolle Unterstützung für durchaus absehbare Schritte in Richtung tarifliche Angleichung mit angestellten Fachärzten.

Berichte aus der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zu Qualitätsverbesserungen in der stationären psychotherapeutischen Versorgung, zum Stand der Reform der Ausbildung und zur Einführung des Demographiefaktors in die Bedarfsplanung runden die Informationen der 40. FORUM-Ausgabe ab. Abschließend ein Hinweis auf die „BPTK-Konferenz zur Psychotherapie in Europa“, der den Blick über die Landes- und Bundesebene auf die europäische Entwicklung der Psychotherapie lenkt.

Bleibt mir, Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und einen guten Start in ein erfolgreiches und gesundes Jahr 2011 zu wünschen.

Ihr Bernhard Morsch
Präsident

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

GROSSES INTERESSE AN DER INFORMATIONSVERANSTALTUNG ZU FRAGEN DER NIEDERLASSUNG

Am 8. Dezember fand in den Räumen der PKS-Geschäftsstelle eine Informationsveranstaltung zu Niederlassungsfragen statt, zu der Herr Feit, Bereichsleiter für die Sicherstellung der Versorgung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, eingeladen war.

In seiner Begrüßung skizzierte der Kammerpräsident die schwierige Versorgungssituation. Die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung habe sich in den vergangenen Jahren deutlich verschlechtert - und das liege nicht an den Psychotherapeuten. Ein Psychotherapeutenmangel drohe nicht, er sei Alltag der ambulanten und stationären Versorgung. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz seien viel zu lang, Patienten befänden sich stattdessen in einer Notsituation, in der Krankheitssymptome aktualisierten, häufig notfallmäßig mit Medikamenten und / oder stationär behandelt werden müssten, Krankheiten zu chronifizieren drohten. In Anbetracht der Zunahme der psychischen Erkrankungen mute das bundesweite Festhalten an veralteten Bedarfsplanungszahlen grotesk an (siehe zum Thema auch die Artikel zur „Umfrage zur Bedarfsplanung“ und „Veränderter Psychotherapiebedarf nicht berücksichtigt“ in diesem FORUM).

Positiv hob Präsident Morsch hervor, dass es der PKS im auslaufenden Jahr in Kooperation mit der KVS gelungen sei, im KJP-Bereich durch die Einführung der Mindestquote allein im Saarland knapp 20 zusätzliche KollegInnen in die Versorgung einzubeziehen. Im Bereich der Erwachsenenpsychotherapeuten sehe die Situation leider schlechter aus. Es warteten knapp 80 KollegInnen auf Ihre Zulassung, offene Vertragsitze gebe es derzeit nicht. Einige Praxen seien allerdings nicht voll ausgelastet und könnten so ihren Versorgungsauftrag nicht erfüllen. Das sei in Zeiten der Unterverorgung nicht weiter hinnehmbar.

Die vierzig Kolleginnen und Kollegen, die trotz des heftigen Wintereinbruchs zur Veranstaltung gekommen waren, zeigten sich sehr interessiert an den umfassenden Informationen, die Herr Feit sehr anschaulich bis in die Details dieses breit gefächerten Feldes vermitteln konnte. Vielfältige Fragen kamen sowohl von denjenigen, die eine Niederlassungsmöglichkeit suchen, als auch von schon niedergelassenen, an einer Abgabe interessierten Kolleginnen und Kollegen.

Themen waren u.a. formale Bedingungen einer Praxisübergabe/Praxisübernahme und den im Zulassungsausschuss angewandten Unterscheidungskriterien bei mehreren Bewerbern für einen Praxissitz (besonders Approbationsalter und Dauer der bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeit), mögliche Verkaufspreise („Mitgiftregelung“) und die unterschiedlichen Formen der Praxisausübung.

Vor allem die Frage, ob es ein von den Zulassungsausschüssen anerkanntes Modell der Praxiswertermittlung gäbe, be-

schäftigte die Suchenden. Diese Frage kann derzeit eindeutig verneint werden. Es gab zwar in den vergangenen Jahren auch seitens der Landespsychotherapeutenkammern, die das Problem der steigenden Preise als zusätzliche Belastung für den ohnehin schon finanziell strapazierten Berufsnachwuchs gerne regeln würden, verstärkte Bemühungen, ein allgemein gültiges Modell zu schaffen. Die Zulassungsausschüsse, auch der saarländische, haben es bisher aufgrund der möglichen rechtlichen Implikationen immer abgelehnt, in den Prozess der Preisermittlung einzugreifen. Alle bisher entwickelten Modelle lehnen sich an die Praxisübergabe unter Ärzten an. Hier sind allerdings der Umfang des „Patientenguts“ (Anzahl der Scheine pro Quartal) und der Umfang der Praxisausstattung (besonders medizinische Apparate) die wichtigsten Berechnungsgrößen. Diese spielen bei psychotherapeutischen Praxen jedoch meist keine große Rolle, denn Patienten werden nur im Ausnahmefall „übergeben“ und die Praxisausstattung als materieller Wert ist normalerweise äußerst überschaubar. Andererseits gibt es eine durchaus ernstzunehmende Diskussion darüber, ob eine Praxis als öffentliches Gut im Gesundheitssystem überhaupt zum privaten Vorteil verkaufbar sein kann. Dagegen stehen die vollkommen nachvollziehbaren Wünsche der schon lange vor dem Psychotherapeutengesetz im Kostenerstattungsverfahren tätigen Kolleginnen und -kollegen, die aufgrund der unsicheren und eingeschränkten Verdienstmöglichkeiten in der damaligen Zeit keine Alterssicherung betreiben konnten, über den Praxisverkauf ihre Alterseinnahmen zu erhöhen.

Ausführlich erläutert wurden von Herrn Feit auch die möglichen Formen einer Niederlassung neben der üblichen Einzelpraxis bzw. Praxisgemeinschaft (mehrere Abrechner mit jeweils eigener Abrechnungsgenehmigung teilen sich gemeinsame Praxisräume), nämlich Jobsharing und häftige Zulassung.

Das hauptsächliche Problem beim Jobsharing (zwei oder mehr Behandler rechnen mit einer gemeinsamen Genehmigung ab) stellt das eingeschränkte Abrechnungsvolumen dar. Ist es normalerweise für jeden Praxisinhaber möglich bis zum maximalen Quartalsvolumen von circa 31 000 Minuten Leistungen zu erbringen und abzurechnen, reduziert sich dieses Volumen in einer Jobsharing-Praxis auf den Umfang, den der ursprüngliche Praxisinhaber in den letzten vier Quartalen vor Beginn des Jobsharings im Durchschnitt erzielt hatte. Diese Beschränkung der Obergrenze gilt für 10 Jahre. Allerdings wird der Jobsharingpartner bei einer Praxisübergabe nach 5 Jahren gegenüber anderen Bewerbern bevorzugt. Erwägt also jemand eine Teilung und eventuell langfristige Übergabe der Praxis im Jobsharing, sollte sie/er die vier Quartale vor der Teilung seine Leistungen auf möglichst 100 Prozent des möglichen Abrechnungsvolumens hochfahren.

Schließlich ging Herr Feit auf die Frage einer hälftigen Praxisabgabe bzw. -übernahme ein. Die KVS hatte vor einigen Wochen 31 niedergelassene Kolleginnen und Kollegen darauf hingewiesen dass sie ihren vollen Versorgungsauftrag höchstens zur Hälfte oder in noch geringerem Umfang erfüllten. Seitens der Psychotherapeutenkammer und der psychotherapeutischen Vertreter in den KV-Gremien konnte die KV überzeugt werden, dass ein Entzug der Zulassung auf Kosten der dringend notwendigen Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erfolgen würde. Der KV-Vorsitzende Dr. Hauptmann sicherte daraufhin zu, in persönlichen Gesprächen nach legalen hälftigen Abgabemöglichkeiten mit denen zu suchen, die auch in Zukunft ihr Abrechnungsvolumen nicht mehr erhöhen wollen oder können. Als Resultat dieser für alle konstruktiven Bemühungen stehen derzeit bis zu 7 hälftige Praxissitze zur Übergabe an (siehe Ausschreibung in dieser Ausgabe des FORUM).

Grundsätzlich entscheidet bei einer hälftigen Praxisabgabe die Frage, ob ein ausreichendes „Substrat“ vorhanden ist, d. h. ob die Praxis überhaupt teilungsfähig ist. Vor dem Hintergrund, dass die derzeitig Niedergelassenen im Schnitt ca. 62 Prozent des möglichen Volumens abrechnen, ist die von der KVS erwartete teilbare Substratgröße von mindestens 50 Prozent Abrechnungsumfang eine faire Möglichkeit für die älteren Kolleginnen und Kollegen, beim allmählichen Ausklingen ihrer Praxistätigkeit den nachrückenden jüngeren Berufskolleginnen und -kollegen schon einen früheren Einstieg in das GKV-Versorgungssystem zu ermöglichen. Aus

Sicht der Psychotherapeutenkammer, die sich für den kollegialen Umgang aller, jüngerer wie älterer Mitglieder verantwortlich fühlt, wäre es natürlich wünschenswert, wenn sich dann auch die Abgabemodalitäten in einem fairen, kollegialen Rahmen entwickeln könnten.

Der Präsident bedankte sich abschließend ausdrücklich bei Hr. Feit für das Einvernehmen, das zwischen PKS und KVS im Hinblick auf die Notwendigkeit und die Regelung der Ausschreibung hälftiger Versorgungssitze erzielt werden konnte. Gemeinsam sei man mit diesem Beitrag auf einem guten Weg, die Versorgung ein kleines Stück zu verbessern. Ein deutlich größeres Verbesserungspotential liege jedoch in der Entwicklung und Umsetzung einer morbiditätsorientierten Bedarfsplanung (siehe dazu auch den Artikel zur aktuellen Umfrage Bedarfsplanung in diesem FORUM).

Insgesamt war dies sicher eine Veranstaltung, die nach Wiederholung in regelmäßigen Abständen ruft. Herr Feit wies noch einmal auf den Beratungsservice der KV Saar zu diesen Fragen, aber auch zu Praxisführung/Praxismarketing und Investitions- und Kostenanalysen hin, für die er selbst (Tel. 0681/4003-213) oder Frau Otto (Tel. 0681/4003-381) zur Verfügung stehen. Bei der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes ist für Fragen der Niedergelassenen bzw. Niederlassungswilligen Jochen Jentner (jentner@ptk-saar.de oder Tel. 0681/32828) zuständig.

Der Vorstand

BEITRAGSORDNUNG UND BEITRAGSHÖHEN 2011

Einige wenige (acht) Kammermitglieder folgten am 13.01.2011 unserer Einladung zum Informations- und Diskussionsabend über die geänderte Beitragsordnung und den, wie vielfach angekündigt, unabwendbaren höheren Beiträgen ab 2011. Die Kammer hatte bereits am 28.06.2010 zu einer Veranstaltung mit dem gleichen Thema eingeladen, zu der bedauerlicherweise niemand gekommen war.

Im Folgenden möchten wir Ihnen als Antwort auf die Fragen und Stellungnahmen der Mitglieder, die zur Veranstaltung gekommen waren, wesentliche Aspekte der Beitragsordnung zusammenfassend darstellen. Wir haben auch von zahlreichen Mitgliedern schriftliche oder telefonische Rückfragen und Statements erhalten, deren Beantwortung hier ebenfalls mit einfließen soll.

1. Selbständig und / oder nichtselbständig tätig?

Die Tatsache, dass sich viele Mitglieder nicht (mehr) eindeutig einer dieser beiden Kategorien zuordnen lassen, hat in der Vergangenheit zu Schief lagen bei der Zuordnung zur richtigen Beitragsklasse geführt. Viele unserer nichtselbständigen Mitglieder sind neben ihrer Anstellung auch selbständig tätig. Sie profitierten seit 2004 gleichermaßen wie die nichtselbständig Tätigen ohne Nebenverdienst von den im Vergleich zu den selbständig Tätigen um 25% niedrigeren Beiträgen. Dies ist nun anders, denn alle, die (zusätzlich oder ausschließlich) selbständig psychotherapeutisch tätig sind, gehören der Beitragsklasse 1 an. Der Umfang der selbständigen Tätigkeit spielt dabei keine Rolle. Vertreterversammlung, Finanzausschuss und Vorstand haben sich vor

allem aus zwei Gründen bei der Neufassung der Beitragsordnung zu dieser Regelung entschieden:

- Es sollte differenziert werden können unter den Angestellten mit und ohne zusätzlichen Verdienst aus selbständiger Tätigkeit,
- die Differenz der Beitragshöhen zwischen Angestellten und Niedergelassenen sollte reduziert werden (von 25% auf 12,5%), da die Kammer die Berufsstandsvertretung für alle Mitglieder darstellt und hier keine Unterscheide in ihrer Aktivität macht,

2. Die neue Beitragsklasse 3

Mitglieder, die zuvor in Beitragsklasse 4 waren, zahlen nun 280 € statt 165 €. Mitglieder, die zuvor in Beitragsklasse 3 waren, zahlen 280 € statt 220 €. Der Sprung von BK 4 alt auf BK 3 (für ausschließlich angestellt Tätige, die 19,5 Wochenstunden oder weniger arbeiten) ist prozentual gesehen relativ groß. Warum? Hier kommen mehrere Änderungen zusammen: zum einen die o.g. Verringerung der Differenz zwischen selbständig und nichtselbständig Tätigen. Für Angestellte – ob Vollzeit oder Teilzeit – wird es also im Vergleich zu den Vorjahren generell teurer. Zum anderen führte das frühere Zuordnungskriterium für die Beitragsklasse 4 zu zahlreichen Problemen:

- Teilzeitstellen sind sehr unterschiedlich vergütet, das alleinige Zeitkriterium (19,5 Stunden pro Woche oder weniger) war ungerecht: wer auch nur eine Stunde pro Woche darüber lag, zahlte gleich das Doppelte.

– die Eingruppierung insbesondere bei den angestellten KJP'lern, die häufig in schlechteren Vergütungsgruppen sind und somit weniger verdienen, obwohl sie z.B. eine 30-Stunden-Stelle haben, löste weitere Gerechtigkeitsdebatten aus.

Die Einführung der sog. Bezugsgröße löst diese Probleme und ermöglicht den Weg in die ermäßigte Beitragsklasse für Mitglieder (z.B. PP/KJP mit geringem Verdienst), denen sie bisher nicht zugänglich war. Und schließlich ist auch für Selbständige mit der Bezugsgröße ein klarer, bekannter und bundesweit üblicher Referenzwert eingeführt worden, der zudem sehr nahe an dem bisher zur Berechnung herangezogenen "halben durchschnittlichen Fachgruppeneinkommen" liegt.

3. Berücksichtigung individueller Erwerbs- und Lebenssituationen

Die prinzipielle Entscheidung für ein Beitragsklassenmodell hat zwangsläufig zur Folge, dass individuelle Erwerbs- und Lebenssituationen ausschließlich im Rahmen der definierten Ermäßigungstatbestände und der Härtefallregelung berücksichtigt werden können. Wenn also ein Selbständiger in 2009 „nur“ rund 30.000€ Einkünfte erwirtschaftet hat, so hat er Anspruch auf Eingruppierung in die Beitragsklasse 3, zahlt also 280 €. Hat er hingegen 31.000€ verdient, zahlt er das Doppelte. Das gleiche gilt für Nichtselbständig Täti-

ge, die Teilzeit arbeiten und / oder schlechter eingruppiert werden. Ein Beitragsklassenmodell, wie es von unserer Vertreterversammlung mit großer Mehrheit beschlossen wurde, lässt keine weitere Differenzierung für individuelle Besonderheiten zu, ohne sich in Richtung einkommensbezogene Beitragserhebung zu bewegen.

4. Freiwillige Mitglieder, die psychotherapeutisch tätig sind?

Es gibt berentete Mitglieder, die freiwillige Mitglieder der PKS sein möchten, was die Kammer sehr begrüßt. Dieser Anteil ist in der Vergangenheit bereits größer geworden und wird – hoffentlich – auch weiter zunehmen. Was aber, wenn diese Mitglieder noch in geringem Maße psychotherapeutisch tätig sein möchten? Hier gibt es wenig Spielraum im Hinblick auf unterschiedliche Bemessung der Beiträge zu anderen berufstätigen Mitgliedern: Denn „Pflichtmitglied“ ist, wer als Psychotherapeut im Saarland seinen Beruf ausübt, und Pflichtmitglieder fallen in die Beitragsklasse 1 und 2 oder 3; in letztere, sofern ihre Einnahmen aus psychotherapeutischer Tätigkeit unter der Bezugsgröße liegen. Freiwilliges Mitglied kann ausschließlich sein, wer **nicht** psychotherapeutisch tätig ist, also Mitglieder im Ruhestand ohne Einnahmen aus psychotherapeutischer Tätigkeit. Nur ein bisschen schwanger sein geht eben auch bei uns nicht ...

————— Irmgard Jochum, Bernhard Morsch

MITTEILUNGEN DER KAMMER

BEKANNTMACHUNG DER FÜR DAS JAHR 2011 ZU ZAHLENDEN BEITRÄGE

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 04.10.2010 die Höhe der Beiträge wie folgt beschlossen:

BK 1: 560 € BK 2: 490 €
BK 3: 280 € BK 4: 100 €

**DIESE BEKANNTMACHUNG GILT
ALS ÖFFENTLICHE ZAHLUNGAUFFORDERUNG.**
Wir weisen darauf hin, dass **Anträge** auf Einstufung in

Beitragsklasse III wegen Erzielung von Einkünften, die im Jahr 2009 unter 30.240 € gelegen haben, oder auf Einstufung in Beitragsklasse IV wegen freiwilliger Mitgliedschaft **innerhalb eines Monats** zu stellen sind.

Vordrucke, die zur Antragstellung verwendet werden können, finden Sie auf unserer **Website** unter www.ptk-saar.de im Menüpunkt: **Kammer/Formulare/Beiträge...**

UMFRAGE BEDARFSPLANUNG

Die Bundesregierung plant 2011 eine Reform der Bedarfsplanung. Die Psychotherapeutenkammern als Vertreter der Psychotherapeuten-schaft brauchen deshalb dringend repräsentative Zahlen, die darstellen, wie lange die Wartezeit auf eine ambulante Behandlung für psychisch kranke Menschen tatsächlich ist.

Deshalb haben die Kammern bundesweit eine Umfrage zu Wartezeiten in der ambulanten Versorgung gestartet. Auch die saarländischen Vertragspsychotherapeutinnen und Ver-

tragspsychotherapeuten haben in den letzten Wochen ein Anschreiben sowie Materialien und einen kurzen Fragebogen erhalten. Die anstehende Reform der Bedarfsplanung ist eine Chance, die Weichen für eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen zu stellen. Dies kann gelingen, wenn die Psychotherapeuten auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene der Politik die Probleme differenziert schildern und abgestimmte Lösungsvorschläge präsentieren. Wir brauchen diese Zahlen auch, um Entscheidungen zulasten von psychisch kranken Menschen zu verhindern. Die Po-

litik hat Honorarabschläge für Ärzte und Psychotherapeuten in „überversorgten“ Regionen nur für zwei Jahre ausgesetzt. Außerdem könnten in „überversorgten“ Regionen zukünftig Praxissitze stillgelegt werden.

Deshalb bitten wir Sie um Unterstützung. Helfen Sie mit und beantworten Sie den wirklich kurzen Fragebogen zu den Wartezeiten Ihrer Patienten. Mit den Ergebnissen soll eine Übersicht erstellt werden, die zeigt, wie lange ein Patient in Deutschland wo auf eine psychotherapeutische Behandlung wartet. Bei der Konzeption der Umfrage wird großer Wert

auf die völlige Anonymität der Datenerhebung- und Verarbeitung gelegt. Das heißt, es werden keine Informationen erfragt, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen.

Einsendeschluss ist der 25.02.2011.

Sie können alternativ zur Papierversion die Befragung auch **online** unter www.bptk.de/umfrage vornehmen.

Helfen Sie mit, damit psychisch kranke Menschen in Zukunft besser versorgt werden!

VERÖFFENTLICHUNGEN UNSERER MITGLIEDER

PATIENTENSCHULUNG ARTERIELLE HYPERTONIE



Titel des Buches:
Manual zur Patientenschulung bei arterieller Hypertonie - Das Hypertonie Alliance Programm (HEP)

Schätzungen zufolge leiden ca. 16 Millionen Deutsche, also rund ein Fünftel aller Deutschen, an arterieller Hypertonie, im Volksmund auch als „Bluthochdruck“ bekannt.

Damit die Patienten aktiv an ihrer Behandlung mitwirken können, sollten sie adäquat über ihre Krankheit informiert werden und lernen, wie sie selbst positiven Einfluss auf ihren Krankheitsverlauf nehmen können. Zu diesem Zweck wurde am Universitätsklinikum des Saarlandes ein interdisziplinäres Konzept zur Patientenschulung bei arterieller Hypertonie entwickelt, das nun in Buchform vorliegt.

Das „Hypertonie Alliance Programm (HEP)“ ist ein integratives verhaltensmedizinisches Schulungs- und Behandlungsprogramm zur Förderung von Compliance und Krankheitsbewältigung bei Patienten mit primärer arterieller Hypertonie. Auf Grundlage der fünf Säulen der Hypertonie-Behandlung (Medikamente, Stressmanagement, Entspannungsverfahren, körperliches Ausdauertraining und Ernährungsumstellung / Gewichtsreduktion) können die Patienten mittels des „Hypertonie Alliance Programm“ umfassend über ihre Grunderkrankung und deren Therapieoptionen informiert und zur eigenständigen Therapiekontrolle mittels regelmäßiger Blutdruck-Selbstmessungen motiviert werden. Neben dem Anliegen, den Patienten zum Experten in eigener Sache zu machen, möchte das Programm konkrete Anregungen und Hilfen zur Verhaltensmodifikation bieten, wobei es auf verhaltenstherapeutische Interventionen und Strategien zurückgreift. Insgesamt besteht das „Hypertonie Alliance Programm“ aus zehn Schulungs-Einheiten plus zwei Booster-Sitzungen. Das HEP-Programm wurde für den Einsatz im ambulanten Setting konzipiert, kann aber durchaus für die Anwendung im stationären Kontext abgewandelt werden.

Das nun vorliegende Therapie Manual zur Patientenschulung bei arterieller Hypertonie richtet sich an die durchführenden Fachleute aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich. Besonders hervorzuheben ist dabei das integrierte Online-Angebot für dieses Buch, wodurch der Leser die Möglichkeit hat, die Folien und Arbeitsblätter aus dem Anhang des Buches direkt als PDF runterzuladen und diese für die Schulung verwenden zu können.

R. D'Amelio

Literatur:

V. Köllner / R. D'Amelio / D. Flieser / M. Girndt (Hrsg.): Patientenschulung Arterielle Hypertonie. Manual zur Leitung von Patientengruppen. München: Elsevier, Urban & Fischer Verlag, ISBN 978-3-437-24550-3



Angaben zur Person:

Dipl. Psych./ Psych. Psychotherapeut Roberto D' Amelio
Geboren und aufgewachsen in Karlsruhe/Baden, Studium der Psychologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Psychologischer Psychotherapeut, Weiterbildungen in Verhaltenstherapie und Hypnotherapie, verhaltenstherapeutischer Supervisor, Hochschul-Dozent sowie Dozent in der Weiterbildung zum ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, seit 1996 Mitarbeiter am Universitätsklinikum des Saarlandes mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung.

Kontakt für Rückfragen:

Dipl. Psych. R. D'Amelio, Neurozentrum Geb. 90.3, Universitätsklinikums des Saarlandes
66421 Homburg/Saar - Tel. (06841) 16-23997
E-Mail: roberto.d.amelio@uks.eu

„NEUES AUS DEM SIPP“

VORTRAGSVERANSTALTUNG DES SAARLÄNDISCHEN INSTITUTS FÜR PSYCHOANALYSE UND PSYCHOTHERAPIE

Am 04.12.2010 lud das Saarländische Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie zu einer Vortragsveranstaltung ins „Domicil Leidinger“ ein. Unter dem Titel „**Neues aus dem SIPP**“ stellten 5 Institutsmitglieder (Judith Zepf, Alf Gerlach, Rainer Krause, Rainer Sandweg und Siegfried Zepf) ihre kürzlich von renommierten Fachzeitschriften zur Veröffentlichung angenommenen bzw. bereits publizierten Arbeiten vor. Die Veranstaltung sollte einen Einblick geben in das aktuelle wissenschaftliche Schaffen und Denken hiesiger Psychoanalytiker und die interessierte Öffentlichkeit in diesen Diskurs mit einbeziehen. Das SIPP, das 2011 sein 20-jähriges Bestehen feiert und damit das älteste psychotherapeutische Ausbildungsinstitut im Saarland ist, verstand sich von Anfang an nicht nur als ein reines Ausbildungsinstitut für angehende ärztliche und psychologische Psychoanalytiker, sondern legte, wie Alf Gerlach als gegenwärtiger Vorsitzender in seiner Begrüßung betonte, stets großen Wert auf wissenschaftliches Arbeiten und unterstützt dazu zahlreiche Forschungsaktivitäten. Davon zeugen mehrere öffentliche Vortragsveranstaltungen zu psychoanalytischen und psychotherapeutischen Themen aber auch zu gesellschaftspolitischen Fragen wie etwa der sogenannten „Krippensozialisation“, sowie die seit einigen Jahren existierende und stets gut besuchte Reihe: „Psychoanalytiker stellen Filme vor“, die in Zusammenarbeit mit dem „**Filmhaus**“ in Saarbrücken regelmäßig stattfindet.

In den Vorträgen am 04. Dezember wurde daher auch ein weiter Bogen gespannt, der von eher konzeptklärenden Arbeiten über wissenschaftshistorische und klinisch praktische Betrachtungen hin zu soziokulturellen und sozialpsychologischen Themen wie Konsumverhalten und Identitätsbildung auch unter einem interkulturellen Blickwinkel reichte.



Rainer Krause widmete sich in seinem Vortrag dem „**Konzept der Verinnerlichung in der Psychoanalyse**“, welches er unter den Begriffen „**primäre Identifizierung**“, „**Introjektion**“, „**Einfühlung**“ und „**Empathie**“ diskutierte. V.a. die „**primäre Identifizierung**“ ist in Freuds Werk als „**früheste Äußerung einer Gefühlsbindung an**

eine andere Person“ widersprüchlich definiert. Kernberg bezeichnet daher die primitiven und grundlegenden Formen der Verinnerlichung als „**Introjektionen**“, die sich aber nicht auf einzelne Attribute eines Objektes sondern auf affektiv gefärbte Interaktionen beziehen. Das Problem bei Identifizierungen besteht darin, dass sie, definiert als Angleichung eines Selbstbildes an eine Objektrepräsentanz, logisch eine Subjekt-Objekt-Trennung voraussetzen, welche aber in den Frühzeiten der Entwicklung noch gar nicht ge-

geben ist. Krause hat in seiner Affekttheorie dargelegt, dass Affekte aufgrund ihrer propositionalen Struktur schon bei sehr kleinen Kindern spezifische Verhaltensdispositionen auslösen können, die kognitiv nicht abgebildet sein müssen („**Affektansteckung**“). Zur Klärung der Hierarchie der verschiedenen Verinnerlichungsformen griff er in seinem Vortrag auf den von Freud benutzten Begriff der „**Einfühlung**“ zurück, der später ungenau mit „**Empathie**“ übersetzt wurde. Mit Einfühlung hatte Freud einen grundlegenden Mechanismus im Verständnis anderer Personen bezeichnet, der auf einer Art innerer „**Nachahmung**“ auf körperlicher Ebene beruhe (körperliche Mimikry). Diese Beschreibung einer angeborenen Fähigkeit, aufgrund der Beobachtung des Verhaltens anderer bei sich selbst bestimmte motorische Muster zu aktivieren, erfordere noch keine Selbst-Objektdifferenzierung und nehme die Existenz der Spiegelneurone intuitiv voraus. Eine Trennung von Selbst- und Objektbildern sei sogar hinderlich für eine solche Übernahme, sie sei aber die unabdingbare Voraussetzung für Identifizierungen und für empathisches Verstehen des anderen, weil dazu die Entscheidung, um wessen Gefühl es sich denn nun handelt und die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme notwendig seien. Krause schlug vor, bei den Verinnerlichungsprozessen und damit beim Aufbau einer mentalen Innenwelt eine frühe Ebene anzunehmen, auf der noch vor einer Subjekt-Objekt-Trennung die Internalisierungen durch die Wahrnehmung der affektiven Signale der primären Bezugspersonen via Affektansteckung induziert werden (Freuds „**primäre Identifizierung**“). Introjektion und Identifikation würden sich dann hinsichtlich des Grades unterscheiden in dem diese „**Hereinnahmen**“ von Objektattributen das sich entwickelnde Kern-Selbst beeinflussen. Im Falle der Introjektion käme es dabei zu grundlegenden Veränderungen auf dieser Ebene, so dass der Eindruck eines mehr oder weniger autonomen „**Fremdkörpers**“ im Selbst entstünde, ein Vorgang, den Krause mit Piagets Mechanismus der **Akkommodation** gleichsetzte. Identifikationen dagegen zeichneten sich aus durch die **Assimilation** der fremden Attribute an das Kernselbst, wobei dieses seine grundlegenden Merkmale beibehalte.



Rainer Sandweg befasste sich mit Freuds Aufsatz „**Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie**“ von 1910. Es handelt sich dabei um den Eröffnungsvortrag des 2. Internationalen psychoanalytischen Kongresses in Nürnberg, auf dem u.a. die Internationale Psychoanalytische Vereinigung (IPV) gegründet wurde. Freud entwickelte darin eine

„**Zukunftsvision**“ der Psychoanalyse als einer psychotherapeutischen Behandlungsmethode, wobei er sich mit Fragen und Aspekten auseinandersetzte, die auch für jede andere Form von Psychotherapie bis heute relevant geblie-

ben sind. Eine Besserung der therapeutischen Chancen für die Zukunft erwartete er dabei aus „**inneren Fortschritten**“ wie der Erweiterung des (analytischen) Wissens über die einzelnen Störungsformen und aus Modifikationen der Behandlungstechnik, die sich in Abhängigkeit von Krankheitsbild und Persönlichkeitsstruktur des Patienten ergeben. Weiterhin erhoffte sich Freud einen allmählichen Autoritätszuwachs der (psychoanalytischen) Psychotherapie in der Gesellschaft, wobei er diesbezüglich aber skeptisch blieb, da er von einem abwehrbedingten Antagonismus zwischen gesellschaftlicher Anerkennung und psychoanalytischen Einsichten und Erkenntnissen ausging. Schließlich setzte er große Hoffnungen in die „**aufklärende Wirkung**“ der Psychoanalyse als „**die gründlichste Prophylaxe der neurotischen Erkrankungen**“.

In seiner Betrachtung von Freuds Ideen konzentrierte sich Sandweg auf die Entwicklung der frühen Psychoanalyse „**von einer Wissenschaft zu einer Bewegung**“ und auf die bis heute anhaltenden Anfeindungen sowie die mangelnde Akzeptanz ihrer Inhalte. Für Sandweg war dies eine unvermeidliche Folge aus den erkenntnistheoretischen Regeln, die gegen das dominierende naturwissenschaftliche Welt- und Menschenbild der damaligen Zeit verstießen. So ist bis heute in der Psychoanalyse die Selbsterkenntnis des Analytikers eine unverzichtbare Voraussetzung für eine Erkenntnis des Patienten, da Freud zufolge „**... jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten**“. Daraus wurde in der psychoanalytischen Ausbildung die Lehranalyse als deren, neben Theorie seminaren und supervidierten Patientenbehandlungen, dritter zentraler Baustein. Apodiktisch erklärte Freud, dass „**wer in einer solchen Selbstanalyse nichts zustande bringt, sich die Fähigkeit, Kranke analytisch zu behandeln, ohne weiteres absprechen [mag]**“. Freud, der ein ausgezeichnete Naturwissenschaftler war, verzichtete auf experimentelle Untersuchungsmethoden und die Erhebung messbarer und damit statistisch überprüfbarer Daten, weil er dies dem Gegenstand als nicht angemessen ansah. Er verwies darauf, „**... dass diese Beweise anderswo zu finden sind, und dass ein therapeutischer Eingriff nicht so geführt werden kann wie eine theoretische Untersuchung**“. Angesichts der Erforschung komplexer Systeme wie der menschlichen Psyche geht die genaue Erforschung des Einzelfalles, die ideographische Methode, einer nomothetischen Beweisführung voraus. Als adäquates Mittel zur Erfassung des Untersuchungsgegenstands diente die Freie Assoziation. Aus den hierüber in der klinischen Arbeit gewonnenen Beobachtungen wurden Hypothesen und Theorien entwickelt, die zunächst einmal nichts anderes als wissenschaftliche Spekulationen sein konnten, zumal Freud und seine Anhänger keine streng empirischen Beweise dafür anführten. Die „**Bewegung**“ bot einen geschützten Raum, in dem man ungestört Hypothesen schmieden konnte, ohne sie sogleich statistisch belegen zu müssen. Bis heute halten die Diskussionen über das adäquate Menschenbild und das angemessene Forschungsparadigma im Diskurs der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung an. Freuds Hoffnung, die Erkenntnisse der Psychoanalyse dereinst auf eine naturwissenschaftliche Basis stellen zu können, erfahre, so Sandweg, durch die Erkenntnisse der modernen Hirnforschung eine gewisse Bestätigung.



In ihrem Vortrag widmete sich Judith Zepf dem Thema: „**Adoleszente Krisen, Körperbild und Abwehr**“. Die Adoleszenz, als Entwicklungsphase im Übergang vom Kind/Jugendlichen hin zum Erwachsenen, gilt als eine Zeit großer psychischer Instabilität, die nicht selten äußerst krisenhaft verlaufen und mit schweren psychopathologischen Symptomen einhergehen kann. Das klinische Bild dieser psychischen Auffälligkeiten ist dabei nicht einheitlich, auf der Ebene der manifesten Symptomatik und des Verhaltens lässt sich kein Syndrom identifizieren. In der Psychoanalyse werden die offen beobachtbaren Symptome als Manifestationen einer überlasteten Abwehrtätigkeit des Ich in seiner Auseinandersetzung mit den Trieben gedeutet. Der britische Psychoanalytiker Moses Laufer sah die zentrale Aufgabe des Adoleszenzprozesses darin, die noch kindliche Persönlichkeit an die Realität der pubertären Körperveränderungen anzupassen und eine erwachsene Persönlichkeit mit einer erwachsenen Sexualorganisation auszubilden. Das „**innere**“ psychische Bild des Körpers muss mit dem wirklichen Körper übereinstimmen, was bedeutet, das Körperbild muss die Vorstellung eines sexuell gereiften Erwachsenenkörpers enthalten, zu dem natürlich neben den sekundären Geschlechtsmerkmalen ein erwachsenes Genitale gehört. Die Genitalreife mobilisiert jedoch erneut den ödipalen Konflikt und seine je spezifischen Lösungsversuche, wodurch es zu Angstentwicklung und Abwehrmaßnahmen kommen kann. Diese Abwehrmaßnahmen können jede Form annehmen, häufig zentrieren sie sich jedoch um die Körpervorstellungen und den Umgang mit dem Körper. Der Entwicklungsprozess kann in eine Krise geraten, unterbrochen werden oder gar völlig zum Stillstand kommen, wobei im schlimmsten Fall dieser Stillstand nicht mehr überwunden wird. Eine erwachsene Sexualität und eine Erwachsenenpersönlichkeit kommen dann nicht zustande. Ausgehend von Laufers Arbeiten über die **Adoleszenzkrisen** illustrierte Judith Zepf dieses metapsychologische Konzept an zwei eindrucksvollen Behandlungsverläufen zweier adoleszenter Mädchen, deren adoleszente Krisen sich zwar rein äußerlich unterschieden, deren Abwehrstrategien aber ähnlich waren und sich beide am Körperbild abspielten.



Siegfried Zepf analysierte den Zusammenhang zwischen „**Konsum und Identität**“. Viele Autoren haben darauf hingewiesen, dass personale Identität eng mit Besitztum verbunden ist (etwa Erich Fromm: „**Wir sind, was wir haben**“). Personale Identität, verstanden im Sinne Ericksons als die Wahrnehmung von Gleichheit und Kontinuität unserer selbst über die Zeit hinweg, vermittelt sich normalerweise über die Interaktionsprozesse mit den elterlichen Identifikationsfiguren und ihren Ge- und Verboten. Zepf warf die Frage auf, wie es zu einer „**warenvermittelten Identität**“ kommen könne, in deren Entstehung die

personalen Beziehungen durch unbelebte Gebrauchsgüter ersetzt seien. Ein Faktor sei dabei die in der Werbung verfolgte Strategie, nicht mehr allein den „**instrumentellen Wert**“ eines Produktes zu betonen, sondern den Konsumenten einen „**Erlebniswert**“, einen „**psychischen Gebrauchswert**“ zu suggerieren, der sich an offen gebliebene Wünsche richte, die im Verlaufe der Sozialisation verdrängt werden mussten und somit nur auf indirektem Wege realisierbar blieben. Die angebotene Ware nehme dann die Rolle einer Ersatzbildung für diese unbewusst gewordenen Wünsche ein, indem sie sich mit ihnen identifizieren lasse und deren Erfüllung verspreche. Geschieht dies vor dem Hintergrund einer bereits vorhandenen expliziten personalen Identität und einer klaren psychischen Struktur, so handele es sich dabei lediglich um den Versuch einer partiellen Identitätserweiterung um solche unbewusst gebliebenen Anteile. Erst dort, wo beides nur rudimentär vorhanden sei, könne es dazu kommen, dass Konsum- und Besitzverhalten dazu benutzt würden, eine personale Identität erst zu entwickeln. Zepf sieht diese Merkmale bei einem gegenwärtig dominierenden Sozialcharakter, den bereits Adorno als „**manipulativ**“ beschrieben hat. Fromm nennt ihn „**marketing-orientiert**“, mit einer Identität, die in seinem Besitztum gründet. Diese Individuen verstehen »**sich selbst als Ware**«, sie sind »**frei von jeglicher Individualität**«, »**adaptiv flexibel**“ und orientieren sich vorrangig an ihrem »**Tauschwert**«, an der eigenen »**Verkäuflichkeit**«. Sie verfügen über eine »**manipulative Intelligenz als Instrument zur Erreichung konkreter Ziele**«, behandeln Menschen wie Dinge, und beide sind »genauso ersetzbar, da keine tieferen Bindungen an sie bestehen«. Diese fehlende Unterscheidung und prinzipielle Austauschbarkeit von Personen und Sachen sieht Zepf als Kernmerkmal dieses Charakters. Er führt dies u.a. zurück auf die veränderten Sozialisationsbedingungen von Kindern, in der emotionale und konstante intersubjektive Beziehungen mehr und mehr ersetzt würden durch technologische Geräte und automatisierte Spielzeuge, wodurch ein sachlich-rationaler und instrumenteller Umgang mit den Kindern gegenüber personalen Interaktionen überwiege. Die Nichtverfügbarkeit der Eltern erzeuge auf Seiten des Kindes Unlust, die über den Gebrauch dinglicher Gegenstände abgewehrt werde, Gegenstände, die über genau die Eigenschaften verfügen, die in den Beziehungen zu Personen vermisst wurden: »**Sie sind konstant vorhanden, zeigen keinerlei Eigenaktivität, und sie können sich gegen die kindlichen Interessen so wenig zur Wehr setzen, wie sich das Kind gegen die elterlichen Interessen wehren konnte**«. Damit einher gehe eine Selbstidealisation des Kindes, die über die Identifikation mit von der Kulturindustrie bereitgestellten Vorbildern erreicht werde, für die aufgrund einer technischen und magischen Überlegenheit alles machbar scheine. Aufgrund fehlender oder mangelnder personenspezifischer Interaktionen mit den wichtigen Bezugspersonen und damit eingeschränkten Identifikationsmöglichkeiten entwickle sich beim Kind keine personale sondern eine apersonale Identität, deren Kern ein aus vorfabrizierten und austauschbaren Plastikfiguren sowie werbewirksam dargebotenen Waren bestehendes narzisstisches Größenselbst bildet, das ständig neu stabilisiert werden müsse.



Alf Gerlach, der auf eine mehr als 25-jährige Erfahrung mit interkulturellen Begegnungen in Lehre und Forschung in China zurückblicken kann und der im Rahmen dieser Tätigkeit auch etliche psychoanalytische Behandlungen mit Patienten aus fremden Kulturen durchgeführt hat, sprach über „**Faszination,**

Befremdung und Kontaktangst – Ethnopsychanalytische Überlegungen zur Großgruppenidentität“. Die Begegnung mit Angehörigen einer fremden Kultur ermöglicht es uns, unser eigenes Eingebundensein in eine Großgruppenidentität mit den damit verbundenen unbewussten ich-syntonen Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensmustern bewusst zu erfahren. Die unterschiedliche Sozialisation, die beide Beteiligten einer solchen Interaktion erfahren haben, bedingt jeweils besondere Formen der Beziehungsgestaltung, was beim Gegenüber im positiven Falle zu Gefühlen von milder Irritation und Faszination führt, im negativen Fall dagegen Befremdung und Angst auslösen kann. Die Konfrontation mit dem Fremden führt so zu affektiven Gegenübertragungsreaktionen, die unser Verständnis des anderen einengen. Diese Reaktionen stehen im Dienste einer Abwehr, die durch Abgrenzung gegenüber dem anderen und durch Stärkung von Gruppenidentitäten gegen diese Verunsicherung schützen soll. Ausgehend von eigenen persönlichen Erfahrungen beschrieb Gerlach diese Phänomene unter Heranziehung verschiedener psychoanalytischer Konzepte. Zum einen ist dies das Konzept der „**psychosozialen Abwehr**“ von Mentzos, worunter er von der jeweiligen Bezugsgruppe bereitgestellte „**formelle und informelle institutionalisierte Verhaltensmuster als fertige Angebote eines Abwehrverhaltens**“ versteht, die unbewusst die entsprechenden Verhaltensdispositionen steuern. Volkan sprach von der Herausbildung einer „**Großgruppenidentität**“, die „**es dem Einzelnen ermöglicht, ein fortwährendes Gefühl des Gleichseins mit Anderen zu teilen**“. Sie ermöglicht die Herstellung von Zugehörigkeit und Zusammenhalt, was sich auch als Abwehrmaßnahme gegen innere wie äußere Bedrohungen verwenden lässt. Devereux unterschied ein „**ethnisches**“ Unbewusstes, dessen Inhalte durch kulturspezifische Verdrängungsprozesse bestimmt sind, von einem „**idiosynkratischen**“ Unbewussten, welches die verdrängten Elemente aus dem individuellen Schicksal des Einzelnen enthält. Beide Formen des Unbewussten verhalten sich komplementär zueinander und lassen sich nicht gegeneinander austauschen oder aufeinander reduzieren. Was uns in der Begegnung mit einer fremden Kultur unmittelbar klar wird, gilt natürlich in milderer Form auch für Begegnungen zweier Individuen, die zwar innerhalb der gleichen Gesellschaft aber dort in unterschiedlichen sozialen Schichten aufgewachsen sind, ein Umstand, der für Psychotherapeuten alltäglich ist, der aber dennoch oft nicht genügend reflektiert wird. Zur Bearbeitung und Überwindung dieses Gegenübertragungswiderstands bedarf es einer Anerkennung der Andersartigkeit des jeweiligen Gegenübers und der Entwicklung einer selbstreflexiven Haltung, die auf die Erforschung unserer eigenen inneren Welt und unseres Erlebens gerichtet ist. Dann kann die Gegenübertragung, wie es die Entwicklung der Behand-

lungstechnik in der Psychoanalyse gezeigt hat, von einer Quelle des Widerstands zum Ausgangspunkt für ein tieferes Verständnis fremdseelischer Prozesse werden.

Die etwa 60 Zuhörer hatten im Anschluss an die Vorträge Gelegenheit, mit den Referenten in verschiedenen Workshops über die angesprochenen Themen zu diskutieren und sie zu vertiefen. Das SIPP wird diese Form der öffentlichen Veranstaltung fortsetzen, um die Diskussion über psychoanalytische, psychotherapeutische und gesellschaftspolitische Inhalte breiter zu gestalten. Interessierte sind dazu

jederzeit willkommen. Sie können sich entweder telefonisch unter der Nummer: **0681-390 49 45** oder per E-Mail unter: **psychoanalyse@sipp.de** in einen Mailverteiler aufnehmen lassen.

Thomas Anstadt

KVS

AUSSCHREIBUNG VON PRAXISSITZEN FÜR PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Bereits im Dezember wurden zwei Vertragspsychotherapeutensitze mit **halbem Versorgungsauftrag** für Psychologische Psychotherapeuten ausgeschrieben.

Die KVS schreibt nun aktuell (Ärzteblatt 01 und 02/2011) auf Antrag der derzeitigen Praxisinhaber weitere Vertragspsychotherapeutensitze aus, zur Wiederbesetzung durch einen Nachfolger (§ 103 Abs. 4 Satz 2 SGB V) und Fortführung der Praxis am bisherigen Vertragssitz.

Gruppe Psychologische Psychotherapeuten – Regionalverband Saarbrücken:

5 Sitze mit den Kennziffern 02/2011 – 03/2011 – 08/2011 – 09/2011- 16/2011

mit halbem Versorgungsauftrag.

nachdem der hälftige Verzicht auf die Zulassung gem. §103 Abs 4 Satz 2 SGB V erklärt wurde

Gruppe Psychologische Psychotherapeuten – Kreis Saarlouis:

1 Sitz mit der Kennziffer 10/2011

mit vollem Versorgungsauftrag

Gruppe Psychologische Psychotherapeuten – Saarpfalz-Kreis:

1 Sitz mit der Kennziffer 14/2011

mit vollem Versorgungsauftrag

Bewerbungen sind bis zum 18. Februar 2011 zu richten an die:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland,
Faktoreistraße 4, 66111 Saarbrücken.

Weitere Auskünfte erhalten Sie über die KVS - Tel.: **0681 4003-381**

DIE KVS INFORMIERT: EINFÜHRUNG AMBULANTE KODIERRICHTLINIEN ICD-10-GM

Wir geben im Folgenden in Absprache mit der KVS folgende Information weiter:

In drei Veranstaltungen hat die Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS) im November über die Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien zum 1. Januar 2011 informiert. Innerhalb der halbjährigen Einführungsphase können die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, PP, KJP sowie ermächtigte Institute selbst entscheiden, ab wann sie die Kodierrichtlinien anwenden. Die KVS rät dringend da-

von ab, die Richtlinien in Ihren Praxis-Verwaltungssystemen zum 1. Januar 2011 frei zu schalten. Sofern in Ihrer Praxissoftware die Vorgaben der KBV an die Praxisverwaltungssysteme (PVS-Systeme) 1:1 umgesetzt wurden, ließe sich die Aktivierung der Kodierrichtlinien in Ihrem Programm NICHT mehr rückgängig machen, wenn sie einmal eingestellt wurde! Empfehlung der KVS: Abwarten, bis Sie hierzu gesondert informiert werden. Weitere Informationen finden Sie auf der Website der KVS: <http://www.kvsaarland.de>.

KJP

EIN JAHR NACH UMSETZUNG DER KJP MINDESTQUOTE

Vor einem Jahr wurde im Saarland die KJP Mindestquote umgesetzt und insgesamt 18 KJP Kassensitze in vier saarländischen Landkreisen ausgeschrieben. Bereits im FORUM Nr. 38 berichteten wir über die positive Bilanz nach einem halben Jahr – und auch jetzt lässt sich sagen, dass die Versorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Saarland weiterhin verbessert werden konnte: Nach einem Jahr konnten bereits 14 KJP Kassensitze von der KVS vergeben werden! Es sind zur Zeit nur noch **drei Sitze im Regionalverband Saarbrücken und einer im Landkreis Neunkirchen** offen.

Die aktuelle Situation („geöffnete Planungsbereiche“) können Sie auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung www.kvsaarland.de unter „Niederlassung/Zulassung“ und dort unter „Übersicht Bedarfsplanung“ in tabellarischer Form nachlesen. Dort gibt es inzwischen erfreulicherweise auch eine eigene Zeile für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.



Katja Klohs

KOLLEGIALITÄT STATT KONKURRENZ

Schnee, Eis, schwierige Verkehrsverhältnisse, Vorweihnachtszeit und eine wichtige Kammerveranstaltung erst einen Tag zuvor, dies waren einige der Gründe dafür, dass nur wenige Neumitglieder aus den Jahren 2009 und 2010 der Einladung des Vorstandes am 09.12.2010 gefolgt waren. Das eröffnete den Anwesenden natürlich umso eher die Möglichkeit zum Kennenlernen und zu einem intensiven und angeregten Meinungsaustausch. In diesem Rahmen entstand die Idee zu einem „Gegenbesuch“.

Und so folgten wir am 10.01.2011 einer Einladung der neu niedergelassenen KJP KollegInnen zu einem ihrer Treffen und waren bei der Ankunft erstaunt über die große Runde: elf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (auch hier zeichnete es sich ab, dass in unserem Beruf inzwischen ein Frauenüberschuss herrscht), die alle Dank der 20% KJP Quote ihre Niederlassung beantragen konnten, treffen sich



regelmäßig zu kollegialem Austausch und gegenseitiger Unterstützung. Einige von ihnen seien nach der Sitzung des Zulassungsausschusses bei der KVS noch einen Kaffee trinken gegangen und dort sei die Idee entstanden, miteinander diesen neuen Weg zu gehen und sich gemeinsam den vielen Fragen und Hürden zu stellen. Eine bunt gemischte KJP Truppe entstand daraus: eine Psychoanalytikerin, vier Kolleginnen und ein Kollege mit tiefenpsychologisch fundierter Ausbildung, sechs Verhaltenstherapeutinnen. Neun davon haben sich sofort nach ihrer Abschlussprüfung und dem Erhalt der Approbation für die Niederlassung beworben - und alle sind sehr froh, durch die Umsetzung der KJP

Mindestquote die Chance auf einen Kassensitz (ohne lange Wartezeit auf Abgabe einer Praxis und ohne Kaufkosten) erhalten zu haben. Es sei ein spannender Prozess gewesen, bei dem sich die bereits approbierten angestellten Kolleginnen aus dem Saarland gut durch die PKS informiert gefühlt haben – leider im Gegensatz zu denjenigen, die sich in dieser Zeit noch in Ausbildung befunden haben. Diese haben sehr unterschiedliche Aussagen zum Thema KJP Mindestquote und konkreter Umsetzung im Saarland erhalten – auch bei Nachfrage bei der KVS. Dies hat uns erneut gezeigt, wie wichtig auch eine Zusammenarbeit mit den PIA Vertretern im Saarland ist, um unseren Nachwuchs rechtzeitig über relevante berufspolitische Themen zu informieren.

Die Einzeltermine bei der KVS im Vorfeld der Niederlassung haben die meisten als sehr informativ und hilfreich erlebt. Allerdings seien die Informationen zum Thema Existenzgründung und die durchgeführten Modellrechnungen zu dem Zeitpunkt zu hypothetisch und wenig nutzbar gewesen. Bei den meisten herrschten weiterhin Unklarheit und Ängste in Bezug auf den Schritt in die Selbständigkeit und die finanzielle Absicherung – v.a. da einige durch die hohen Ausbildungskosten bedingt ohnehin noch Kredite abbezahlen müssen. Hier habe man Gespräche mit bereits niedergelassenen KollegInnen als hilfreich und beruhigend empfunden. Die Suche nach Räumlichkeiten für eine KJP Praxis hat sich

bei vielen ebenfalls als schwierig herausgestellt: Immer wieder wurde man auch mit Vorurteilen seitens der Vermieter konfrontiert: Arbeit mit psychisch kranken Menschen? Und dann auch noch mit Kindern und Jugendlichen? Das wird zu laut, das kann man den Mitbewohnern nicht zumuten usw.



Nicht für alle ist die Suche nach geeigneten Räumlichkeiten bereits beendet. Zwei Kolleginnen haben in Saarbrücken eine Praxisgemeinschaft gegründet, fast alle anderen haben sich für Einzelpraxen entschieden; die meisten haben inzwischen bereits mit der Arbeit begonnen und berichten von vielen Anfragen und – wie zu erwarten war – sich schnell füllenden Terminkalendern.

————— *Irmgard Jochum, Katja Klohs*

ANGESTELLTE

DIE NOVELLIERUNG DES LANDESKRANKENHAUSGESETZES RHEINLAND-PFALZ VERABSCHIEDET

EINE BERUFSPOLITISCH BEDEUTSAME STATUSVERBESSERUNGEN FÜR PSYCHOTHERAPEUTINNEN IST ERREICHT. -

PRESSEMITTEILUNG LPTK RH-PFALZ:

Der Landtag Rheinland-Pfalz beschloss am 17.11.2010 mit der Novellierung des **Landeskrankenhausgesetzes** (LKG RLP) wohl das derzeit modernste Krankenhausgesetz der Bundesrepublik. Es wird zum 1.1.2011 in Kraft treten und wird voraussichtlich richtungweisend bei den Gesetzesvorhaben in anderen Bundesländern werden.

Insbesondere für PsychotherapeutInnen im stationären Bereich stellt dieses Gesetz einen Meilenstein dar, da hier erstmals deren Statusdefinition gleichrangig zu den ÄrztInnen vorgenommen wird: „Es bezieht die Psychologischen Psychotherapeutinnen, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleichberechtigt neben den Ärztinnen und Ärzten in die in Betracht kommenden Bestimmungen des Landeskrankenhausgesetzes ein.“ (Begründung des Gesetzesentwurfs).

Mit dem Gesetz soll auch „die Zusammenarbeit mit der ambulanten Gesundheitsversorgung sowie mit den ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen der Rehabilitation und Pflege besonders in Hinblick auf integrative Versorgungsangebote verbessert werden.“ (§1 Abs.1).

Als weiteres Novum erhält die Landespsychotherapeutenkammer einen Sitz im Ausschuss für Krankenhausplanung. Damit ist sie gleichrangig gestellt zu den bislang **unmittelbar**

Beteiligten bei der Landeskrankenhausplanung – das sind die Krankenhausgesellschaft RLP, die Verbände der Krankenhausträger in RLP, die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie der privaten Krankenversicherungen in RLP und die Landesärztekammer .. Neu aufgenommen als **mittelbar** Beteiligte werden die Landesapothekerkammer, der Dachverband der Pflegeorganisationen RLP, die Arbeitsgemeinschaft der Patient*innenorganisationen RLP sowie ein Vertreter des Dachverbands der Pflegeorganisationen.

Die aus berufsständiger Sicht bedeutendste Modernisierung ist, dass das Gesetz die Grundlagen für die Übertragung von Leitungsverantwortung an PsychotherapeutInnen schafft. Bisher waren Fachabteilungen als unter ärztlicher Leitung definiert.

Im neuen Gesetz wird die Planungstiefe abgesenkt, indem lediglich Fachrichtungen, nicht mehr Fachabteilungen vorgegeben werden: „Das Krankenhaus ist nach Maßgabe des Landeskrankenhausplanes in Fachrichtungen zu gliedern.“ (§23, Abs.1). Den Krankenhäusern soll damit eine größere Flexibilität bei der organisatorischen Gestaltung ihrer Funktionseinheiten ermöglicht werden.

Als neuer Schwerpunkt wird ein Paragraph zur Arzneimittelsicherheit aufgenommen (§24). Jedes Krankenhaus hat, ggf. gemeinsam mit anderen Häusern, eine Arzneimittelkommission zur Gewährleistung der bestimmungsgemäßen und si-

chere Anwendung von Arzneimitteln einzurichten. Auch bei den Liquidationsregelungen werden die PsychotherapeutInnen mit den bisher liquidationsberechtigten Berufsgruppen gleichgestellt. Die PsychotherapeutInnen sind außerdem in der Schiedsstelle zu strittigen Fragen der Verteilung der angesammelten Mittel gleichrangig vertreten. Die Krankenhäuser sind zukünftig nicht nur zur Zusammenarbeit untereinander verpflichtet, sondern auch „zur Zusammenarbeit mit in der ambulanten Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen, Zahnärzten, Apothekerinnen, Apothekern, psychologischen Psychotherapeutinnen, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, mit ambulanten Einrichtungen der Selbsthilfe sowie mit sonstigen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens“ (§ 30a).

„Die Krankenhäuser unterstützen die Kammern der Heilberufe...besonders bei der Aktualisierung der bei ihnen geführten Register der Berufsangehörigen.“ (30 a, Abs.3).

Die Verwendung von klinikinternen Daten für eigene wissenschaftliche Forschungsvorhaben ist zukünftig ÄrztInnen als auch PsychotherapeutInnen genehmigt.

Auskunfts- und Einsichtsansprüche von PatientInnen bezüglich Ihrer medizinischen Daten dürfen nur von der behandelnden Psychotherapeutin oder ÄrztIn erfüllt werden (§ 36, Abs.5)

Die Approbation der PsychotherapeutInnen wird mit diesem LKG RLP erstmals statusdifferenzierend, indem es den PP und KJP mehr Kompetenzen als z.B. den PsychologInnen im Krankenhaus zuordnet.

Mit Unterstützung des Fachministeriums und Zustimmung aller Akteure der Krankenhausplanung konnte die LPK seit 2003 im Ausschuss für Krankenhausplanung und auch bei der Erstellung der Landeskrankenhauspläne 2003-2010 sowie 2010-2016 beratend (ohne Stimmrecht) mitarbeiten. Von Anfang an hat sie die Erwartung artikuliert, als ordentliches Ausschussmitglied gesetzlich verankert zu werden.

Die jetzt verabschiedeten, berufspolitisch sehr bedeutenden Statusverbesserungen für die PsychotherapeutInnen sieht der LPK-Vorstand als Ergebnis dieser langjährigen konstruktiven und fachlich fundierten Mitarbeit.

Bemerkenswert im LKG RLP ist schließlich eine in der Gesetzeslandschaft noch ungewöhnliche Gender-Regelung, die aber gut zu der Tatsache passt, dass inzwischen weit mehr als zwei Drittel der Angehörigen der Heilberufe weiblich sind: „Bei der Bestellung der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder (des Ausschusses für Landeskrankenhausplanung) sollen Frauen zur Hälfte berücksichtigt werden.“ (§ 9, Abs. 2).

Alfred Kappauf

*Präsident der Landespsychotherapeutenkammer
Rheinland-Pfalz*

UND ES BEWEGT SICH DOCH ...

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN AUCH IM KRANKENHAUS EIN HEILBERUF

Approbation bisher ohne formale Bedeutung

Was waren wir froh, als wir nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 mit unserer Approbation endlich die Erlaubnis zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde erhielten. Die Psychologen in den Krankenhäusern atmeten auf und sahen sich durch ihre Approbation auf gleicher Ebene mit den ärztlichen Kollegen. Für sie kam jedoch die Enttäuschung. Während sich die Kollegen aus dem ambulanten Sektor in ihrer Tätigkeit zunehmend etablieren konnten, blieb im stationären Sektor alles beim alten System: Die Approbation der Psychologen in Krankenhäusern war formal ohne Bedeutung.

Keine tarifliche Differenzierung

Insbesondere in den psychiatrischen Krankenhäusern wurde beobachtet, dass die dort tätigen Psychotherapeuten sowohl von den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie als auch von den Krankenhausträgern gerne lediglich als ‚Psychologen‘ benannt wurden. Es gab sogar das Verbot eines Krankenhausträgers, die Berufsbezeichnung Psychotherapeut bei Unterschriften oder auf Namensschildern verwenden zu dürfen. Dies wurde immerhin zu Lasten des Trägers gerichtlich ausgefochten. Weiterhin galt aber: Die Krankenhäuser schätzen die Fachkunde der Psychotherapeuten, sehen darin aber lediglich eine besondere Qualifikation von Psychologen, die keine Auswirkungen hat auf eine gesonderte Bezahlung oder eine besondere Befugnis in der

Behandlung. Dem entsprechend werden Psychotherapeuten tariflich wie Psychologen eingestuft.

Psychologen übten bisher einen ‚Heilhilfsberuf‘ aus

Ver.di verfolgt zwar das Ziel, im Zusammenhang einer neuen Entgeltordnung für Psychotherapeuten eine höhere Eingruppierung vorzusehen (in die EG 15, siehe bdp-vpp.de/meldungen/08/81116_verdi.html), doch die Arbeitgeber sind seit 2002 nicht zu einer Einigung über eine neue Entgeltordnung zu bewegen. Deshalb gibt es aus tariflicher Sicht keine Unterscheidung zwischen Psychologen und Psychotherapeuten. Auch in ihrer Funktion sind Psychotherapeuten wie Psychologen bisher formal gesehen tätig auf Anweisung und unter Aufsicht eines Arztes. Im Krankenhaus zählte formal gesehen nur die Approbation eines Arztes als Erlaubnis zur eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde, während Psychologen (und damit aus der Sicht der Krankenhausträger auch die Psychotherapeuten) in der Funktion als Heilhilfsberuf tätig waren.

Neue Tendenzen in den Bundesländern ... Rheinland-Pfalz

Diese Sichtweise sollte sich jetzt sehr deutlich ändern. In Rheinland-Pfalz wurde ein Landeskrankenhausgesetz verabschiedet, in dem Psychotherapeuten explizit den Ärzten gleich gestellt werden, an der Liquidation bei Privatbehandlung beteiligt werden und sogar Abteilungen leiten dürfen. „Die Approbation der PsychotherapeutInnen wird mit die-

sem LKG RLP erstmals statusdifferenzierend, indem es den PP und KJP mehr Kompetenzen als z.B. den PsychologInnen im Krankenhaus zuordnet.“ (siehe Presseerklärung der Kammer). Im weiteren wird auch die Psychotherapeutenkammer gleichrangig neben der Ärztekammer an der Krankenhausplanung beteiligt.

NRW ...

Das Land NRW war diesbezüglich bisher ein Vorreiter. Im Krankenhausgesetz NRW war im Bereich der Krankenhausgesetze der Länder erstmals formuliert worden, dass auch Psychotherapeuten in Krankenhäusern eigenverantwortlich tätig sein können. Wir haben schon mehrfach auf diese positive Entwicklung hingewiesen, doch diese als „Kann-Bestimmung“ formulierte Sichtweise im Gesetz wurde in den Krankenhäusern bisher nicht umgesetzt und hat in der Praxis kaum zur Veränderung beigetragen. Das KHG-NRW war ein wichtiger Baustein in der Entwicklung, dem jetzt mit dem LKG-RLP ein weiterer sehr wichtiger gefolgt ist. In NRW ist die Psychotherapeutenkammer bisher noch nicht an der Krankenhausplanung beteiligt. Dies erfordert noch weitere Initiativen der Kammer. Wir berichteten schon über den noch ausstehenden Regelungsbedarf, die anderen Bausteine (siehe z.B. bdp-vpp.de/meldungen/angestellte/02/20309_regelungsbedarf.shtml).

Baden-Württemberg ...

Auch in den Psychotherapeutenkammern der anderen Länder wird dieses Anliegen inzwischen intensiv thematisiert. In Baden-Württemberg war es der Kammer gelungen, zumindest die SPD zu überzeugen. Ihr Abgeordneter argumentierte bei der Beschlussfassung zum neuen Krankenhausgesetz: „Meine Fraktion hat in den Ausschussberatungen außerdem beantragt, die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten im Gesetz als Berufsgruppe zu berücksichtigen. In Kliniken und Rehaeinrichtungen erbringen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eigenständige therapeutische Leistungen, und durch das Psychotherapeutengesetz wurden die Psychotherapeuten zu einem eigenständigen Heilberuf mit Approbation. Das Landeskrankenhausgesetz müsste eigentlich diesem Sachverhalt Rechnung tragen. Leider sind CDU und FDP/DVP unserem Anliegen nicht gefolgt. Sie haben unseren Änderungsantrag mit dem Argument abgelehnt, dann müsste man auch jede andere am Krankenhaus tätige Berufsgruppe berücksichtigen. Diese Argumentation verkennt bedauerlicherweise den Status der Psychologischen Psychotherapeuten als einen eigenständigen Heilberuf, der es unseres Erachtens rechtfertigt, diese Berufsgruppe im Landeskrankenhausgesetz zu berücksichtigen.“ (siehe Plenarprotokoll 14/32 vom 11.10.2007).

Bremen ...

Analog zu Rheinland-Pfalz ist es inzwischen auch in Bremen gelungen, die Anliegen der Psychotherapeuten in einem Entwurf für ein neues Krankenhausgesetz mit einzubringen. In der Begründung heißt es: „Absatz 2 enthält eine allgemein gehaltene Regelung über die Leitung des Krankenhauses sowie die Struktur und medizinische Organisation des Krankenhauses. Hier wird dem Krankenhaussträger entsprechend seiner Organisationshoheit viel Freiraum gelassen. Gleiches gilt für die Organisation der Disziplinen. Ausdrücklich gere-

gelt wird allerdings, dass psychotherapeutische Organisationseinheiten auch von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten geleitet werden können. Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 ist mit den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein fünfter Heilberuf geschaffen worden, dessen Angehörige – ebenso wie Ärzte und Zahnärzte – auf der Grundlage einer Approbation tätig werden. Derart approbierte Personen können in psychotherapeutischen Organisationseinheiten in gleicher Weise wie entsprechend weitergebildete Ärzte Leitungsaufgaben übernehmen.“ (siehe www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.9957.de)

Hessen ...

Gegenwärtig wird auch in Hessen über ein neues Krankenhausgesetz diskutiert. Der bisher veröffentlichte Entwurf der Landesregierung entspricht jedoch noch voll und ganz der alten Sichtweise und sieht alleine in den Ärzten einen eigenverantwortlich handelnden Heilberuf (siehe Drucksache 18/2750 unter <http://www.hessischer-landtag.de>) Die Psychotherapeutenkammer in Hessen hat dem entsprechend reagiert und Veränderungen vorgeschlagen, die denen in Rheinland-Pfalz und Bremen ähnlich sind (siehe <http://www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/724>). Es ist sehr zu wünschen, dass die Psychotherapeutenkammer die notwendige Resonanz findet. Gleiches gilt auch für Niedersachsen, wo derzeit auch Beratungen über ein neues Krankenhausgesetz beginnen (siehe http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=4967&psmand=17).

.... es bewegt sich ...

Während die Psychotherapeuten nach mehr als 11 Jahren des Hoffens auf Veränderung schon langsam zu resignieren scheinen, bewegt sich offensichtlich doch noch etwas in die richtige Richtung. Es bleibt zu hoffen, dass die Kammern in den übrigen Bundesländern ebenso erfolgreich sind. Rheinland-Pfalz hat hier einen wichtigen Anstoß gegeben und zeigt, dass die Aktivitäten der KollegInnen in den Institutionen und in den PTI Ausschüssen gerade jetzt sehr wichtig sind. Und es bleibt ebenfalls zu hoffen, dass die Gewerkschaft ver.di sich mit ihrer Forderung gegenüber den Arbeitgebern durchsetzen kann, eine neue Entgeltordnung zu verhandeln, in der dann Psychotherapeuten entsprechend berücksichtigt werden. So kommt in langer Zeit ein Baustein zum anderen.



Zum Autor:

Dipl.-Psych. Hans-Werner Stecker
Psychologischer Psychotherapeut
LVR-Kliniken Langenfeld
Mitglied im Berufsverband Deutscher
Psychologinnen Psychologen (BDP)
Mitglied im Bundesvorstand des VPP
im BDP, zuständig für das Ressort

„PsychotherapeutInnen in Institutionen“ sowie für die PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PIA)

Mitglied der DGVT

Mitglied der ver.di - Bundesfachkommission Psychotherapeuten

KRANKENHAUSPLANUNG UND KRANKENHAUSGESETZ

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes begrüßt die Errungenschaften der rheinland-pfälzischen Kammer, bei der Verankerung im Landeskrankenhausgesetz (siehe Pressemitteilung sowie Bericht des Kollegen Stecker in diesem FORUM). Dieser Erfolg ist dem langen Atem und der fortwährenden Überzeugungsarbeit der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz bei den zuständigen Behörden und Ministerien geschuldet.

Auch wir im Saarland sind seit Jahren aktiv und mischen bei der Krankenhausplanung mit. So ist die PKS seit 2005 Mitglied der Saarländischen Krankenhauskonferenz, die den Krankenhausplan berät. Die Krankenhausgesetzgebung wurde zuletzt 2005 geändert. Der damals gerade gegründeten Kammer war es im ersten Anlauf jedoch nicht gelungen, die saarländischen Gesundheitspolitiker von der Notwendig-

keit der Änderung des Gesetzes zu überzeugen und u.a. die Übernahme größerer Verantwortung unserer Profession im Saarländischen Krankenhausgesetz (SKHG) festzuschreiben. Da es seit 2004 bereits 4 Gesundheitsminister gab waren auch zwischenzeitlich vielversprechende Versuche die Gesetzgebung zu beeinflussen, leider noch nicht von Erfolg gekrönt. Wir hatten mehrfach Gespräche im Ministerium geführt und bei Anhörungen vor dem Gesundheitsausschuss des Landtages u.a. Konsiliar- und Liaisondienste unter Psychotherapeutischer Fachkompetenz für alle Krankenhäuser gefordert. Mit Inkrafttreten des wegweisenden rheinland-pfälzischen Gesetzes haben wir erneut einen Vorstoß beim derzeitigen FDP-Gesundheitsminister gestartet und warten aktuell auf Rückmeldung.

Bernhard Morsch

TARIFLICHE EINGRUPPIERUNG VON PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHEN-PSYCHOTHERAPEUTEN IM TVÖD/TVL WEITER UNZUREICHEND

Mit dem am 01.01.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) werden die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesetzlich als eigenständige akademische Heilberufe neben dem des Arztes anerkannt und geregelt. Der BAT ist vor der Verabschiedung des PsychThG entstanden und hat die neuen Berufe auch in seiner Weiterentwicklung nicht berücksichtigt. Aus Sicht der Psychotherapeutenkammern müssen die PP und KJP in die zurzeit verhandelte Entgeltordnung nach § 12 TVöD (Tarifvertrag öffentlicher Dienst) aufgenommen werden. Angemessen ist die Einordnung in die Entgeltgruppe der Fachärzte. Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten folgt staatlich kontrollierten einheitlichen Qualitätsstandards. Sie entspricht bezüglich der Anforderungen der Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie.

In der vertragsärztlichen Versorgung gilt die Approbation gleichzeitig als Fachkundenachweis. Sie ermöglicht den Eintrag in das Arztregister und die Zulassung oder Ermächtigung zur Berufsausübung in der ambulanten Versorgung von Versicherten der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen. Die PP und KJP werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen als Facharztgruppe geführt. Ihre Leistungen werden nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entsprechend honoriert. Sowohl die Qualifikation als auch die sozialrechtliche Einordnung der Psychotherapeuten auf Facharztniveau verlangen eine entsprechende Handhabung im Bereich der Beschäftigungsverhältnisse von angestellten Psychotherapeuten. Die Psychotherapeutenkammern halten die Eingruppierung von PP und KJP mit entsprechender Tätigkeit in die Entgeltgruppe 15 für sachlich zwingend, zum einen um der Facharztäquivalenz zu entsprechen, zum anderen, um auch durch eine entsprechende Vergütung dem

Qualifikationsunterschied zwischen Diplom-Psychologen (Entgeltgruppe 13) und Psychologischen Psychotherapeuten Rechnung zu tragen.

Eine aktuelle Rückfrage bei unseren Berufskollegen aus NRW **Wolfgang Dube**, Sprecher der ver.di- Bundesfachkommission PP/KJP und Mitglied des PTI-Ausschusses der BPTK, hat ergeben, dass weder Tarifgemeinschaft der (Bundes-) Länder (TDL) noch der Verband der kommunalen Arbeitgeber (VKA) Interesse an einem Fortkommen der Verhandlungen hätten, da sie mit dem TVöD „günstig davon gekommen“ seien. Es müssten ansonsten zahlreiche neue Berufe, die der BAT nicht kannte, zum Teil deutlich höher gruppiert werden. Die Verhandlungen mit der TDL sollten bereits vor 1 Jahr beginnen und die ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP hatte dazu einen Vertreter in die zuständige Tarifkommission und den beratenden Gremium platziert. Die Verhandlungen würden jedoch immer weiter verschoben - und sollten nun angeblich im Herbst 2011 stattfinden. Die Bundesfachkommission PP/KJP habe innerhalb der ver.di-(Bundes-)Gremien die Forderung nach Eingruppierung in die Entgeltgruppe (EG) 15 verankert. Derzeit werden PP bei Neueinstellung i.d.R. unterschiedslos analog Dipl. Psych. in EG 13 eingruppiert. Die EG 15 wäre also schon eine deutliche Hervorhebung, schließe allerdings nicht zu den Fachärzten auf, die mit ihren Marburger Bund - Abschlüssen bereits weit enteilt seien.

Leise hoffen ließen z.Zt. eher die privaten Krankenhauskonzerne, da es – wie z.B. im Damp-Konzern - dort in Tarifverhandlungen zum Teil gelungen sei, die PP den Fachärzten gleichzustellen. Voraussetzung sei aber immer, dass die Psychotherapeuten sich in die jeweiligen gewerkschaftlichen Gremien als neuer, von bisherigen Tarifverträgen typisch diskriminierter und unterbewerteter Beruf erkennbar eingebracht hätten. Die Landeskammern könnten unterstüt-

zend mitwirken, sollten für konkrete Gespräche mit den ver.di-Landesfachbereichsgremien (Fachbereich 3) aber immer gewerkschaftlich organisierte Kammermitglieder hinzuziehen, um den Eindruck einer gewerkschaftsfernen „pressure-group“ zu vermeiden.

Ullrich Böttiger vom Ausschuss PTI der LPK Baden-Württemberg ergänzt aus Sicht von Beratungsstellen, dass die Einführung des Entgelt der Beschäftigten im Sozial- und Erziehungsdienst (S-Tarif) zumindest in BaWü dazu geführt hätte, dass approbierte Kolleginnen und Kollegen (KJP mit Abschlüssen in Sozpädagogik oder Heilpädagogik) zwar weiterhin unterbezahlt seien, aber durch eine Eingruppierung in S 17 zumindest mehr verdienten als nicht approbierte Kollegen und auch etwas mehr als vor Einführung des S-Tarifs. Nicht approbierte seien auch bei vorhandenen abgeschlossenen Therapieausbildungen teilweise in S 15, meist sogar aber nur in S 12 hoffnungslos unterbezahlt. In

der Mehrzahl sei es zur S 12-Eingruppierung und damit unterhalb der Bezahlung von Mitarbeitern im Jugendamt gekommen. Allerdings würden auch nicht alle mit Approbation in S 17 eingruppiert, nämlich dann nicht, wenn der Träger der Meinung sei, dass diese zur Ausübung der Tätigkeit gar nicht erforderlich ist. Teilweise gebe es auch Tendenzen, dass Mitarbeiter trotz Approbation nicht mehr therapeutisch arbeiten sollten und damit auf einen möglichen S 17-Anspruch verzichten sollten. Das sei aus seiner Sicht rechtlich sehr problematisch. Richtig sei in jedem Fall, dass seitens ver.di das Thema Beratungsstellen nicht verfolgt werde und nahezu keine Kenntnisse über dieses Arbeitsfeld vorlägen, eine Interessensvertretung somit nicht stattfindet. Umgekehrt sei dies sicher auch ein Ergebnis bisher geringen gewerkschaftlichen Engagements der Berufsangehörigen.

————— **Bernhard Morsch**

BPTK

GENAUERE INFORMATIONEN FÜR PATIENTEN ZUR PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG IN KRANKENHÄUSERN

Mitteilung BptK 14.01.2011: G-BA ändert Anforderungen an Qualitätsberichte

Patienten sollen zukünftig genauere Informationen über Krankenhäuser erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) änderte deshalb am 16. Dezember 2010 die Vorgaben für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Ein Krankenhaus muss in Zukunft angeben, wie viele Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im gesamten Krankenhaus, aber auch in den einzelnen Fachabteilungen tätig sind.

Bisher war in den Qualitätsberichten lediglich die Information enthalten, ob ein Krankenhaus überhaupt Psychotherapeuten beschäftigt, nicht aber in welcher Anzahl. Zudem müssen kommende Berichte mehr Informationen zu Anzahl und Einsatz von anderem Personal, wie z. B. Ergotherapeuten, enthalten. Die neuen Informationen werden erstmals in den Qualitätsberichten, die im Jahr 2012 erscheinen, enthalten sein.

Diese Änderungen hatte die Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) in ihrer Stellungnahme an den G-BA zu den Qualitätsberichten angeregt. Die Behandlung psychisch kranker Menschen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird neben Ärzten und Pflegepersonal maßgeblich auch von Psychotherapeuten geleistet. Moderne stationäre Therapiekonzepte, die sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren, arbeiten mit multimodalen Therapieansätzen, die somatische, psychotherapeutische, soziotherapeutische, ergotherapeutische und andere Behandlungs-

bausteine integrieren. Eine differenzierte Darstellung aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ist deshalb ein wichtiger Indikator für die Strukturqualität einer Klinik, also dafür, welche Behandlungen in welchem Umfang angeboten werden können.

„In einem weiteren Schritt sollten die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nun Zahlen darüber veröffentlichen, wie viele Patienten tatsächlich eine psychotherapeutische Behandlung erhalten haben“, regt BptK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter, an. „Dies würde noch bessere Einblicke in die Qualität der Krankenhäuser erlauben. Bei der Behandlung von Depressionen aller Schweregrade ist z. B. Psychotherapie nach der Nation Versorgungsleitlinie den Patienten in jedem Fall anzubieten, entweder mit oder ohne Kombination mit Medikamenten.“

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Ziel der Qualitätsberichte ist es, verständliche Informationen für Patienten und Einweiser anzubieten, die eine Entscheidungshilfe bei der Wahl eines Krankenhauses sein können.

STAND DER AKTIVITÄTEN ZUR REFORM DER AUSBILDUNG

Im letzten FORUM Nr. 39 haben wir Sie über die Aktivitäten der Länderkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung informiert. Nachdem auf dem „Ausbildungsgipfel“ in Berlin am 26.10.2010 die Grundpositionen der Profession zur Reform der Ausbildung erneut sehr kontrovers diskutiert worden waren (siehe dazu den Bericht auf der Website der PKS www.ptk-saar.de) haben sich die Delegierten des 17. Deutschen Psychotherapeutentages am 13.11.2010 in Hannover mit Zweidrittelmehrheit für eine Reform der Psychotherapeutenkammer, wie sie der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer vorgelegt hatte, ausgesprochen. Sie forderten den Vorstand der BPTK in ihrem Beschluss auf, sich in der Politik für eine entsprechende Novellierung des Psychotherapeutengesetzes noch in dieser Legislaturperiode einzusetzen.

Die PKS hatte in ihrer Stellungnahme zur Gesetzesnovellierung (siehe FORUM Nr. 39) im Hinblick auf die einheitlichen Zugangsvoraussetzungen den Bundesvorstand bereits gebeten, sich für eine ausgewogenere Verteilung der Studieninhalte einzusetzen. Als Voraussetzung für das Zusammenführen der beiden Berufe müssen die Inhalte der Bachelor- und Masterstudiengänge neu definiert und ein angemesseneres fachliches Gleichgewicht naturwissenschaftlich-psychologischer wie sozialwissenschaftlich-pädagogischer bzw. sozialpädagogischer Studiengänge angestrebt werden. Die Delegierten des 17. DPT forderten in ihrem Beschluss an dieser Stelle die Initiative des Vorstandes der BPTK: Der Bundesvorstand wurde gebeten, mit den Repräsentanten der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPS), der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGfE) und des Fachbereichstages Soziale Arbeit (FBTS) Details über eine praktikable Ausgestaltung und angemessene Umsetzung der Beschlüsse des 16. DPT zu den Eingangsqualifikationen der postgradualen Psychotherapeutenausbildung zu besprechen ODER abzusprechen. Ob und inwieweit es hier zu einer Annäherung zwischen den Vorstellungen der DGPS, der DGfE und des FBTS wird kommen können, ist äußerst fraglich. Eine an-

dere Position sieht die Fachhochschulen und Hochschulen und nicht die Profession in der Verantwortung, Strukturen und Inhalte zu schaffen, welche die von den Psychotherapeuten geforderten Kompetenzen abbilden können. Sowohl beim Ausbildungsgipfel im Oktober als auch beim 17. DPT waren an dieser Stelle teilweise unversöhnliche Töne der Beteiligten zu hören.

Am 8.12.2010 hat der Bundesvorstand den beim DPT beschlossenen Vorschlag für einen Gesetzentwurf bei Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rössler eingereicht. Unterstützung erhält die Psychotherapeutenkammer erfreulicherweise von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG): In ihrer Sitzung am 18./19.11.2010 hat die AOLG erneut für die rasche Einsetzung einer Länder-Arbeitsgemeinschaft zur Vorbereitung der Reform des Psychotherapeutengesetzes votiert. Unabhängig davon solle das BMG zeitnah die Zugangsvoraussetzung (Master für beide Berufe) zur Psychotherapieausbildung regeln. Die Mitglieder der AOLG forderten weiter vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), auf den Gemeinsamen Bundesausschuss dahingehend einzuwirken, dass er die berufsrechtlich anerkannten Verfahren Gesprächspsychotherapie und Systemische Psychotherapie als Verfahren für die vertragsärztliche Leistungserbringung zulässt (sozialrechtliche Anerkennung) und dass bei der notwendigen Reform des Psychotherapeutengesetzes zukünftig Diskrepanzen zwischen Sozial- und Berufsrecht vermieden werden. Bedauerlicherweise hat der BPTK-Vorstand die zuletzt genannte Bitte der AOLG nicht mehr in sein Schreiben an den Bundesgesundheitsminister als Forderung des Berufsstandes aufgenommen. Die PKS hat Prof. Richter diesbezüglich um Klarstellung gebeten. Das Ergebnis lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Der Vorstand

VERÄNDERTER BEDARF AN PSYCHOTHERAPIE NICHT BERÜCKSICHTIGT

G-BA BESCHLIESST DEMOGRAFIEFAKTOR IN DER BEDARFSPLANUNG – MITTEILUNG BPTK

Die Zahl der Praxissitze von Psychotherapeuten und Ärzten wird zukünftig an die Alterstruktur der deutschen Bevölkerung angepasst. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 15. Juli mit der Einführung eines Demografiefaktors beschlossen. Der G-BA-Beschluss trat am 27. November mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Dabei geht der G-BA jedoch weiterhin davon aus, dass sich der Bedarf an Psychotherapie z. B. darin ausdrückt, wie häufig diese durch Patienten in Anspruch genommen wird. Wo kein Psychotherapeut verfügbar ist, kann allerdings auch kein Psychotherapeut in Anspruch genommen werden. In

ländlichen Gebieten kommt derzeit auf 23.000 Einwohner ein Psychotherapeut. Patienten warten deshalb bereits monatelang auf eine psychotherapeutische Behandlung, weichen auf eine einseitige Pharmakotherapie aus oder nutzen verstärkt die Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. „Der G-BA plant den Bedarf an Psychotherapeuten und Ärzten nach wie vor rückblickend“, kritisiert Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). „Damit schreibt er die massive Unterversorgung in der Psychotherapie fort. Der beschlossene Demografiefaktor wird diese Unterversorgung sogar noch weiter verschärfen.“

Der G-BA versucht, mit dem Demografiefaktor den spezifischen Bedarf an medizinischen Leistungen für ältere Menschen besser zu berücksichtigen. Dies führt in der psychotherapeutischen Versorgung jedoch zu einer massiven Fehleinschätzung des zukünftigen Bedarfs. Psychische Krankheiten waren jahrzehntelang stigmatisiert und Psychotherapie wurde deshalb insbesondere von den heute älteren Menschen kaum in Anspruch genommen. Der gesellschaftliche Wandel hat jedoch dazu geführt, dass heute insbesondere jüngere Menschen einen offeneren Umgang mit psychischen Krankheiten gelernt haben. „Die Bereitschaft dieser Menschen, sich aufgrund einer psychischen Krankheit behandeln zu lassen, wird auch im Alter deutlich höher sein“, stellt BPTK-Präsident Richter fest. „Der Demografiefaktor des G-BA unterstellt aber, dass der Bedarf an Psychotherapie im Alter nicht wächst.“ Die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme auf die Defizite des Demografiefaktors hingewiesen und vorgeschlagen, bis zu einer grundsätzlichen Reform der Bedarfsplanung den notwendigen Mehrbedarf an Psychotherapeuten und Ärzten über das Instrument der Sonderbedarfszulassung zu regeln.

Auch das Bundesministerium für Gesundheit hatte zunächst Zweifel, ob der Demografiefaktor zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung geeignet ist und das Inkrafttreten des Beschlusses mit Schreiben vom 9. August 2010 vorläufig verhindert. Der Beschluss konnte deshalb auch jetzt nur mit der Auflage in Kraft treten, über den Stand der Umsetzung bis zum 30. Juni 2011 zu berichten.

Die Mängel des Demografiefaktors zeigen, wie dringend eine umfassende Reform der heutigen Bedarfsplanung ist. In Zukunft sollte die tatsächliche Krankheitshäufigkeit (Morbidität) der Bevölkerung die Zahl der Praxissitze für Psychotherapeuten und Ärzte bestimmen. Die Planung sollte auf breiter Datengrundlage prospektiv und sektorenübergreifend erfolgen. Die Fortschreibung des Status quo mittels Demografiefaktor vergrößert dagegen die Unterversorgung in der Psychotherapie.

Quelle: www.bptk.de

! VERANSTALTUNG

PSYCHOTHERAPIE IN EUROPA

BPTK-Konferenz am 23. Februar 2011 in Berlin

Die psychotherapeutische Versorgung hat sich in Deutschland im vergangenen Jahrzehnt deutlich verbessert. Auch zahlreiche andere Länder in Europa entwickeln ihre Versorgungsstrukturen weiter, verbessern den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung, regeln die Qualität der angewandten Verfahren und stimmen eine leitliniengerechte Therapie ab. Die Konferenz soll einen Überblick über die psychotherapeutische Versorgung in verschiedenen europäischen Systemen anhand beispielhafter Versorgungskonzepte vermitteln. Schwerpunkt ist die Versorgung depressiv kranker Menschen, deren Zahl europaweit zunimmt.

Dazu referieren Vertreter verschiedener Länder, außerdem haben alle Konferenzteilnehmer die Möglichkeit, ihr System in einem Papier zu präsentieren. Thema der Tagung ist auch das Projekt eines europäischen „Netzwerks Psychotherapie“, die den Austausch unter den Beteiligten verstetigen und die Qualität der psychotherapeutischen Ausbildung und Versorgung in Europa auf einem hohen Niveau etablieren und sichern soll.

Programm und Anmeldung: <http://www.bptk.de/show/4303562.html>

IN EIGENER SACHE



Vielen ist es bereits aufgefallen, manche mussten warten, waren verwundert oder irritiert: Es gab im vergangenen Jahr erhebliche Engpässe in unserer Geschäftsstelle, und es gibt nun einige Veränderungen:

Frau Rosemarie Werle, die seit 2004 in der Geschäftsstelle gearbeitet hat, wird uns zum 31. Januar 2011 verlassen. Wir danken ihr für ihre jahrelange engagierte Mitarbeit und ihren großen Einsatz im Interesse unserer Mitglieder und der Kammer.

Frau Sophie Kennedy steht uns seit Juli 2010 als Aushilfe zur Verfügung. Sie wurde zunächst zur Unterstützung und Entlastung von Frau Werle eingestellt und hat in hohem Maße dazu beigetragen, dass der laufende Betrieb aufrechterhal-

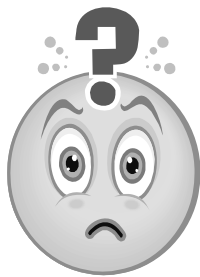
ten werden konnte. Frau Christiane Schier hat als weitere Aushilfskraft von November bis Januar zusätzlich einen Teil der laufenden und notwendigen Arbeiten in der Geschäftsstelle übernommen.

Bei Beiden möchten wir uns an dieser Stelle für ihren kurzfristigen und engagierten Einsatz bedanken.

Frau Maike Paritong wird ab März ihre Arbeit in der Geschäftsstelle aufnehmen. Sie soll in der nächsten Ausgabe des Forum vorgestellt werden.

Die aktuellen Sprechzeiten in der Geschäftsstelle entnehmen Sie bitte der Ansage auf dem Anrufbeantworter.

Der Vorstand



Frage: Wie viele Psychotherapeuten braucht man, um eine Glühbirne zu wechseln?

Antwort: Einen.
Aber die Glühbirne muss es auch wollen.

*Aufgeschnappt bei
Eckhard von Hirschhausen
in der Saarlandhalle am 8.12.2010*

IMPRESSUM
FORUM der Psychotherapeutenkam-
mer des Saarlandes

Herausgeber:
Kammer der Psychologischen
Psychotherapeuten sowie der Kinder-
und Jugendlichenpsychotherapeuten
des Saarlandes – Psychothera-
peutenkammer des Saarlandes

Verantwortlich im Sinne des
Presserechts:
Bernhard Morsch

Für die Mitglieder der Psychothera-
peutenkammer des Saarlandes ist der
Bezugspreis durch den Mitgliedsbei-
trag abgegolten.

Psychotherapeutenkammer des
Saarlandes
Scheidter Straße 124,
66123 Saarbrücken
Tel.: (06 81) 9 54 55 56
Fax: (06 81) 9 54 55 58
Homepage: www.ptk-saar.de
E-Mail: kontakt@ptk-saar.de

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

Anzeigen und Beilagen im FORUM

Folgende Tarife und Zahlungsmodali-
täten 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



ADRESSE DER KAMMER

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken

Alle weiteren Kontaktdaten bleiben unverändert:

Telefon: (06 81) 9 54 55 56

Fax: (06 81) 954 55 58

Website: www.ptk-saar.de

E-Mail: kontakt@ptk-saar.de



pkS

Psychologische Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes