

EDITORIAL

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

Gute und schlechte Nachrichten
Einkommenssteuer
Altersvorsorge
Ingwart Tauchert zu Besuch in der Geschäftsstelle

SCHWERPUNKTTHEMA: PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

BPtK fordert bessere Krankenhäuser für psychisch Kranke
Stationäre Psychiatrische Versorgung im Saarland
Ist die Kindheit wirklich bedroht
Kinder- und Jugendpsychiatrie im Saarland
Mutter-Kind-Station Homburg
Gerontopsychiatrie SHG-Kliniken Sonnenberg
Privatisierung MRV vom Tisch
Chance vertan BPtK zu MRV
PM MiJuGS Klage gegen Krankenhausplan zurückgewiesen
Richter rügen Krankenhausplan
Übergangsklinik Uniklinik Homburg
Psychosoziale Projekte Saarpfalz
Einsichtsrecht in Patientenakte

NIEDERGELASSENE

Gesundheitsmodernisierungsgesetz

22

Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes



EDITORIAL



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Zum ersten Mal haben wir in einer FORUM-Ausgabe ein Schwerpunkt-Thema gewählt. Die Vertreter der Angestellten KollegInnen im Vorstand, I. Jochum und B. Morsch beleuchten das Thema Psychiatrie im Saarland.

Ich hoffe Sie erkunden mit Interesse die saarländische Landschaft der **psychiatrischen Versorgung** und deren Entwicklung, die in dem Artikel von B. Morsch eindrücklich zusammengestellt ist. Einzelberichte bzw.-reportagen führen Ihnen die Arbeit von KollegInnen in den sehr unterschiedlichen psychiatrischen Arbeitsfeldern vor Augen: im Maßregelvollzug, in der Gerontopsychiatrie, in einer Mutter-Kind-Station, in der psychiatrischen Übergangsklinik, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

I. Jochum führt ein Interview mit einer Kollegin aus der komplementären psychiatrischen Versorgung. Quer durch das Saarland, von Merzig bis Homburg, arbeiten 34 PP / KJP in den unterschiedlichsten Einrichtungen der stationären psychiatrischen Versorgung. Von welchen gesundheitspolitischen Vorgaben auf Landes- und Bundesebene diese Arbeit abhängig ist- auch dieses Thema versuchen wir in mehreren Artikel und Pressemitteilungen anzureißen.

Natürlich finden Sie außerdem wie immer Verschiedenes aus der Arbeit der Kammer, Themen, die vor allem für die Niedergelassenen von Bedeutung sind und den Veranstaltungskalender.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Ilse Rohr

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

AKTUELLES ZU KAMMERFINANZEN UND VERSORGENSWERK



©Astrid Karger

... DIE GUTE NACHRICHT ZUERST

Im letzten Forum konnten Sie ausführliche Informationen zu den Kammerfinanzen und zu deren möglichen Entwicklungen in den kommenden beiden Jahren lesen. Unter anderem hatte ich in meinem Artikel geschrieben, dass wir an einer Beitragserhöhung nicht vorbeikommen würden.

Als ich diesen Artikel verfasst habe, das war Ende Juni, standen sowohl die Zwischenbilanz zur Jahresmitte als auch die Beratungen des Haushalts- und Finanzausschusses noch aus. Beides ist mittlerweile erfolgt, letzteres noch nicht abgeschlossen. Doch inzwischen deutet einiges darauf hin, dass wir die Mitgliedsbeiträge nun doch stabil halten können. Sehr wahrscheinlich sind also keine Beitragserhöhung erforderlich!

Für 2008 ist das bereits absehbar, für 2009 im Bereich des Möglichen. Unter anderem wird dazu eine nochmals vorgezogene Fälligkeit des Jahresbeitrages auf Anfang Januar erwogen. Das letzte Wort hat in dieser Frage wie immer die Vertreterversammlung, die am 22.Oktober die Punkte Haushalt und Beitragshöhe 2008 auf der Tagesordnung haben wird.

... UND NUN DIE SCHLECHTE NACHRICHT

Ebenfalls im Forum vom Juli konnten Sie unter der Überschrift „Das Versorgungswerk kommt – vielleicht schon sehr bald“ lesen, dass wir auf einen Beitritt zur Bayerischen Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung in 2007 gehofft haben. Der Entwurf des Staatsvertrages wurde von unserer Seite noch im Juli bearbeitet und zur Unterzeichnung freigegeben.

Tatsächlich hat sich jedoch mittlerweile herausgestellt, dass sich der recht umfangreiche Vorgang durch mehrere Instanzen in Verwaltung und Politik nicht in diesem Maße beschleunigen lässt. Nach Einschätzung des Verwaltungsrates der Bayerischen Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung, die uns erst kürzlich zugeht, ist bei zügiger Behandlung des Vorganges durch alle Beteiligten mit einem Abschluss bis Mitte 2008 zu rechnen.

Schade – wir hatten uns zu früh gefreut.

Irmgard Jochum

EINKOMMENSSTEUER 2007

Bisher konnte man sog. „geringwertige Wirtschaftsgüter“ bis zur Höhe von 410 EUR auf einen Schlag als Betriebsausgaben von den Steuern absetzen. Diese Regelung gilt nur bis Ende 2007. Ab 2008 wird dieser Höchstbetrag auf 150 EUR gesenkt. Für alle selbständigen KollegInnen kann es sich also lohnen, in diesem Jahr noch entsprechende Anschaffungen

zu tätigen, um sie unmittelbar steuerwirksam absetzen zu können. (Für Angestellte bleiben die Abschreibungsmöglichkeiten als Werbungskosten unverändert.)

Ilse Rohr

ALTERSVORSORGE – NEUE MÖGLICHKEITEN DANK RÜRUP

Mit staatlicher Stützung für das Alter vorsorgen – das geht jetzt auch für Selbständige Dank Rürup. Wie die Stiftung Warentest in FINANZTEST Nr. 2, Februar 2007, vorrechnet, ist ein Vertragsabschluss nach Rürup besonders für diejenigen lohnend, die kurz vor Erreichen des Rentenalters stehen. Bei einer Laufzeit von 3 Jahren bis zur Rente und voller Ausschöpfung der staatlichen Förderung werden bei einem Spitzensteuersatz von 30 Prozent 8,8 % Rendite, bei einem Spitzensteuersatz von 44 Prozent sogar 10 % Rendite erzielt. Bei 5 Jahren Laufzeit bis zur Rente beträgt die Rendite 7,1 % bzw. 7,7 %, bei 10 Jahren Laufzeit 5,5 % bzw. 5,6 %.

Diese neu geschaffene Möglichkeit der Altersvorsorge ist also für all diejenigen KollegInnen interessant, die

- bisher eine Versorgungslücke haben,
- für die der Beitritt zum Versorgungswerk wegen ihres Alters uninteressant oder
- gar nicht mehr möglich ist (d.h. wer bereits 60 Jahre alt ist, kann dem Versorgungswerk nicht mehr beitreten) und
- die jährlich die Mittel aufbringen können, um die damit verbundene Steuerersparnis voll auszuschöpfen.

Wer für 2007 die maximal 20.000 EUR Sonderausgaben für die Rürup-Rente noch steuerlich geltend machen will, sollte sich jetzt sofort informieren.

Ilse Rohr

INGWART TAUCHERT ZU BESUCH IN DER GESCHÄFTSSTELLE DER PKS

Am 12.09.2007 besuchte Ingwart Tauchert, Fachreferat für Psychiatrie beim Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales – MiJAGS unsere Geschäftsstelle. Die Kammer hatte anlässlich des Schwerpunktthemas Psychiatrie in diesem FORUM um einen Meinungsaustausch gebeten. In dem knapp zweistündigen Gespräch konnte der Vorstand mit dem Referatsleiter Fragen u. a. zur stationären psychiatrischen Versorgung, insbesondere zur Krankenhaus- und Psychiatrieplanung, zum Thema Versorgung psychosomatisch kranker Patienten sowie zur Entwicklung des Maßregelvollzugs besprechen. Ingwart Tauchert ist als Mitglied der AOLG (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden) Mitherausgeber des aktuell vorliegenden Berichtes „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) erstellt wurde. Eine kritische Stellungnahme der

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) dazu befasst sich insbesondere mit den Ausführungen zur Qualitätssicherung psychotherapeutischer Leistungen, der Darstellung der Versorgungsstrukturen und den Annahmen zum Nachwuchs bei Psychotherapeuten und Ärzten (die komplette Stellungnahme der BPTK und den Bericht der AOLG finden Sie auf unserer Website www.ptk-saar.de unter Aktuelles/Info).

Es konnten konkrete Möglichkeiten der Zusammenarbeit hinsichtlich des Psychiatrieberichtes sowie einer zukünftigen Kooperation mit dem seit wenigen Wochen um den Bereich Arbeit erweiterten Ministerium verabredet werden.

Irmgard Jochum, Ilse Rohr, Bernhard Morsch

SCHWERPUNKTTHEMA: PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

„BESSERE KRANKENHÄUSER FÜR PSYCHISCH KRANKE MENSCHEN“

PRESSEMITTEILUNG BPTK VOM 03.07.2007

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat im Zusammenhang mit dem Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Situation der Psychiatrie in Deutschland eine Pressemitteilung abgegeben. Am AOLG-Bericht wurde seitens der BPTK heftige Kritik geübt, eine Überarbeitung dringend empfohlen. Zur Einführung in unser Schwerpunktthema drucken wir die Pressemitteilung im Folgenden ab.

Pressemitteilung BPTK

„Planung und Finanzierung der Krankenhäuser für psychisch kranke Menschen muss dringend reformiert werden. Eine bettenzentrierte Krankenhausplanung ist nicht mehr zeit- und bedarfsgerecht. Die Psychiatrie-Perso-

nalverordnung und damit die Finanzierung der Krankenhäuser entspricht nicht mehr dem aktuellen diagnostischen und therapeutischen Wissen über psychische Krankheiten. Eine integrierte und qualitätsgesicherte Behandlung ist immer noch nicht überall Standard.

„Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland brauchen eine zweite große Reform“, betonte Prof. Dr. Rainer Richter anlässlich der 80. Gesundheitsministerkonferenz am 4. und 5. Juli 2007 in Ulm. „Wesentlich sind eine stärkere Patientenorientierung und eine integrierte, sektoren- und kostenträgerübergreifend gestaltete Versorgung.“

Die Finanzierung der Krankenhäuser und -abteilungen richtet sich seit Anfang der 90er Jahre an zwei ent-

scheidenden Fragen aus: Welche Behandlung brauchen welche Patienten? Wie ist diese Behandlung durch multiprofessionelle Teams zu gewährleisten? Die Antworten auf diese Fragen haben sich durch den Fortschritt des diagnostischen und therapeutischen Wissens über psychische Krankheiten in den vergangenen 20 Jahren erheblich verändert. Der Psychiatrie-Personalverordnung liegt jedoch noch ein therapeutisches Konzept zugrunde, das durch den wissenschaftlichen Erkenntnisstand der Jahre 1988/89 geprägt ist.

Die Stärke der Psychiatrie-Personalverordnung sind ihre definierten Qualitätsstandards für die Versorgung psychisch kranker Menschen. Sie berücksichtigt aber z. B. das Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1999 nicht. Damit fehlen Anpassungen an zentrale gesetzliche Qualitätsstandards.

„Psychisch kranke Menschen brauchen integrierte Versorgungsangebote“, betonte BPTK-Präsident Rainer Richter. Krankenhäuser und -abteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik haben mit ihren tagesklinischen und ambulanten Angeboten bereits wesentliche Schritte getan. Den ambulanten Leistungserbringern fällt eine berufsübergreifende, integrierte Versorgung noch bedeutend schwerer. Durch eine gezielte Förderung der Vernetzung von Ärzten, Psychotherapeuten, psychiatrischer Krankenpflege, Ergotherapeuten und Soziotherapeuten könnten im ambulanten Bereich niedrigschwellige, präventiv orientierte Angebote entste-

hen, mit denen sich stationäre Einweisungen vermeiden und die stationäre Behandlungsdauer verkürzen lassen.“

In einer ausführlichen Stellungnahme zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“ werden von der BPTK „Eckpunkte für die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen“ herausgearbeitet, die sich beziehen auf die:

1. Anpassung der Psychiatriepersonalverordnung
2. Schaffung von Anreizen für die Integrierte Versorgung
3. Neuausrichtung der Krankenhausplanung
4. Überprüfung der Investitionsförderung
5. Finanzierung der Krankenhausbehandlung
6. Verbesserte Qualitätssicherung in der Krankenhausbehandlung

Die komplette Pressemitteilung und die Stellungnahme der BPTK finden Sie auf unserer Website www.ptk-saar.de. Wir laden Sie ein, die nun folgenden Beiträge zur psychiatrischen Versorgung im Saarland auch aus dem Blickwinkel dieser Eckpunkte zu lesen.

Bernhard Morsch

DIE STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNGSSITUATION IM SAARLAND – EINE BESTANDSAUFNAHME –



1. EINFÜHRUNG

Die saarländische Psychiatrielandschaft hat sich in den letzten 30 Jahren extrem gewandelt. Vorausgegangen waren dem Veränderungsprozess u.a. europäische Entwicklungen von denen exemplarisch hier die radikale Reformpsychiatrie von Basaglia (Basaglia, F. 1978) mit der Auflösung der öffentlichen psychiatrischen Kliniken in Italien genannt werden soll. Dies löste in vielen anderen europäischen Ländern so auch in Deutschland die sog. „antipsychiatrische Bewegung“ aus und beschleunigte die Prozesse der radikalen Reformen, wie sie die Expertenkommission bereits 1975 in ihrem Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland in Anbetracht der katastrophalen Missstände gefordert hatte (Psychiatrie-Enquete 1975). Im Folgenden möchte ich nach der Bestimmung des Begriffes Psychiatrie einen kurzen geschichtlichen Abriss geben, bevor ich über die saarländische Psychiatriereform und ihre spürbaren Veränderungen zur Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation gelange.

Psychiatrie – Begriffsbestimmung

Der Begriff „Psychiatrie“ wurde 1808 vom Arzt Johannes Christian Reil in Halle geprägt (Kittel, I. W. 1981). Etymologisch aus griechisch „Psyche“ – „die Seele“ und „iatrós“

– „der Arzt“ zusammengesetzt, bedeutet „Psychiatrie“ übersetzt etwa „Seelenheilkunde“.

Kurzer geschichtlicher Abriss

Bereits im 12. Jh. hatte man z.B. in Ägypten spezielle Einrichtungen für Geisteskranke mit besonderer Pflege und Fürsorge eingerichtet, während in Europa überwiegend „Verwahranstalten“ wie in Frankfurt („Stocke“) oder London (Bethlehem Hospital – „Bedlam“) existierten. Im späten Mittelalter wurden Krankheitssymptome als Teufelswerk eingestuft und Geisteskranke bis ins 17. Jahrhundert als Hexen oder Zauberer von der Inquisition verfolgt. Auch im 18. Jahrhundert noch ließ man Betroffene in Zucht- oder Narrenhäusern vegetieren (z.B. Paris das „Hôpital général“, in England die „Workhouses“, in Deutschland die „Zuchthäuser“). Erst im 19. Jahrhundert verbesserte sich die Situation für psychisch Kranke in Europa.

Philippe Pinel (1745–1826), französischer Arzt und Psychiater, gilt als einer der Wegbereiter der gewaltfreien Behandlung. Er befreite die „Irren“ in den französischen Revolutionszeiten von ihren Ketten und führte mit dem sog. „traitement moral“, eine Behandlungsform ein, welche gekennzeichnet war durch Zuwendung, Milde und Geduld (v. Engelhardt D., Hartmann F, 1991). In Deutschland wurden im ausgehenden 19. Jahrhundert vielerorts wie auch im saarländischen Mer-

zig, das damals noch Rheinprovinz war, großzügige Heilanstalten gebaut, in denen neue Behandlungskonzepte erprobt wurden.

Der Nationalsozialismus erstickte auf grausamste Art mit der Einführung von Rassengesetzen alle Reformansätze. Tausende wurden in medizinischen Versuchen gequält, Zwangssterilisiert und in mit der „Aktion T 4“ der so genannten wilden Euthanasie, schließlich als „unwertes“ Leben vernichtet. Während des 2. Weltkrieges wurden etwa 100.000 psychisch Erkrankte (insbesondere chronisch Kranke) in deutschen Anstalten ermordet. Aus dem Saarland überlebten 1945 nur 80 von ursprünglich rund 1500 Personen die sog. „rassenhygienischen Maßnahmen“ (Braß C. 2004).



Wachsaal LKH Merzig um 1970

Psychiatrie-Enquête

Nach Kriegsende entwickelte sich die Psychiatrie als medizinische Fachdisziplin in Deutschland im Hinblick auf die Behandlung der Patienten nur langsam. Die sog. Enquête-Kommission berichtete 1975 von schwersten Missständen der Psychiatrie in der BRD, die gezeichnet waren von Zwangsunterbringung, Brutalität und unzureichenden Behandlungsformen bei eklatantem Personalmangel (Psychiatrie-Enquete 1975)

Mit der **Psychiatrie-Personalverordnung** (PsychPV) (Kunze H, Kaltenbach L. 1996) wurde 1990 das bis heute gültige Gesetz verabschiedet, welches die personelle Ausstattung vorschreibt – sowohl für alle psychiatrischen Krankenhäuser wie psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Darüber hinaus wurden mit der PsychPV wichtige Impulse für den Aufbau eines personen- statt institutionszentrierten Versorgungsansatzes (Kauder V., Kruckenberg P. 1997) und für die Umsetzung einer wohnortnahen Behandlung (Eikelmann B. 1997) gegeben.

2. SAARLÄNDISCHE PSYCHIATRIEREFORM

Im Geiste der strukturellen Impulse die von der Enquête ausgingen hat das Saarland 1999 mit der Schließung seines ehemaligen Landeskrankenhauses in Merzig in einem bundesweit einmaligen Prozess seine psychiatrische Großklinik aufgelöst (Werner, W. 1998). 1975 waren in Merzig noch über 1400 Betten, in denen Patienten aus dem ganzen Land behandelt wurden.

In Homburg versorgte bereits vor dem Krieg zunächst die Landesnervenklinik ab 1947 die Nervenambulanz an der Uniklinik

Homburg v.a. Patienten aus dem Saar-Pfalz-Kreis. In der 1970 unter Leitung von Walter Schmitt gegründeten Sozialpsychiatrischen Klinik Sonnenberg (später Zentrum für Psychologische Medizin) wurden vor allem psychisch Kranke aus Stadt- und Stadtverband Saarbrücken behandelt. Seit den späten 80er Jahren waren u.a. durch die Trennung der Finanzierung von Pflege- und Krankenbehandlung fast 1000 Betten in Merzig abgebaut worden. 1990 verfügte das Landeskrankenhaus noch über 440 Betten, deren Auslagerung in die Landkreise ab 1994 politisch konsequent verfolgt wurde. Dabei beinhaltete die saarländische Psychiatriereform die Umsetzung der wohnortnahen psychiatrischen Versorgung mit folgenden **Grundzügen der Behandlung**:

Versorgungsverpflichtung:

Aufnahmepflicht aller Patienten eines Landkreises für die dortige Klinik; davon unberührt bleibt dem Patienten das Recht der freien Arzt- und Krankenhauswahl (Kunze H., Kaltenbach L. 1996).

Regionalisierung:

Die Dezentralisierung nutzte die Landkreise als Einheiten für die Sektoren mit Versorgungsverpflichtung (Werner, W. 1998). Sie können wenn sie im Versorgungskonzept in kleinere Einheiten subsektoriert werden (z.B. Stationen mit Versorgungsauftrag für ca. 30.000 Einwohner) eine gemeindenahe Versorgung gewährleisten (Mosher L. R., Burti L. 1989). Die wohnortnahe Versorgung fördert die Qualität der Behandlung durch Verbesserung der Behandlungskontinuität (Morsch 2003) und die erleichterte Koordination der Behandlung durch die Vernetzung der stationären und ambulanten Behandlungssektoren mit dem komplementären Bereich (Morsch 2003).

Freiwillige- vs. Zwangsbehandlung:

Regelfall ist die freiwillige Aufnahme ohne Unterbringung (Wunn 2003): durchschnittlich werden im Saarland nur ca. 5-7 % aller Patienten vorübergehend wegen Eigen- oder Fremdgefährdung nach dem Polizeigesetz (SPoLG) oder dem Unterbringungsgesetz (UBG) aufgenommen. Die Kliniken behandeln fast ausnahmslos alle Patienten auf **offenen Stationen** (Bernardi 2000). Lediglich zwei der sieben Kliniken halten für Patienten in akuten psychischen Krisen geschlossene Behandlungsplätze vor.

3. AKTUELLE ZAHLEN ZUR STATIONÄR-/TEILSTATIONÄREN UND AMBULANTEN PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNGSSITUATION IM SAARLAND

Die bis 1999 abgeschlossene Dezentralisierung schreibt für jeden Landkreis die stationäre und teilstationäre Behandlung in einer eigenen kleineren psychiatrischen Klinik oder Abteilung am Allgemeinkrankenhaus vor (zw. 50 und 180 Betten). Neben der vollstationären Behandlung sind Tageskliniken (mit 10-25 Plätzen) und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) bindend. Eine psychiatrische Behandlung ohne das sog. komplementäre psychosoziale Netz aus Tagesstätten, betreuten Wohn-, Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten ist nicht denkbar. Es wurde deshalb politisch gefordert und unterstützt, dass jeder Landkreis ein entsprechendes Netz aufbauen kann (siehe auch Interview in dieser Ausgabe zum PSP Homburg).

Tab. 1 Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in saarländischen Krankenhäusern mit psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)

Versorgung Krankenhaus	Anzahl Standorte	Anzahl Betten	Anzahl teilstationäre Plätze	Anzahl PP/KJP in stat. Versorgung	Anzahl Psychiatr. Institutsambulanzen (PIA)
				PP	KJP
stationär					
Psychiatrie Erwachsene	7	585	197	14	1
K.- u. Jugendpsychiatrie	4	46	31	7	2
Gerontopsychiatrie	1	66	12	1	-
Psychosomatik	3	33	1	6	-
Allgemeinkrankenhaus	1	-	-	1	-
Forensische Psychiatrie	1	160	-	3	-
					1 (FPN *)

* FPN = Forensisch psychiatrische Nachsorge – ambulantes Behandlungsangebot für forensische Patienten

Erwachsenenpsychiatrie:

Die alltagspsychiatrischen Kliniken für erwachsene psychisch Kranke in den Landkreisen verfügen nach Umsetzung des Krankenhausplanes ab 01.01.2007 insgesamt über 585 stationäre Betten, 197 teilstationäre Plätze, 7 Institutsambulanzen.

Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie:

findet sich an drei Standorten (SB und HOM) und an zwei Standorten (MZG und SB) Tageskliniken und 2 Ambulanzen.

Gerontopsychiatrie:

Für ältere meist schwer- und mehrfach psychisch kranke Patienten (Alterspatienten) existiert eine **gerontopsychiatrische Fachabteilung** in SB auf dem Sonnenberg (siehe Artikel in dieser Ausgabe) und eine Tagesklinik. Ansonsten werden gerontopsychiatrische Patienten innerhalb der Psychiatrien mitbehandelt.

Forensische Psychiatrie:

Mit der Psychiatriereform wurde 1998 für die Versorgung psychisch Kranker Straftäter (Maßregelvollzug) eine eigenständige Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie (SKFP) auf dem ehemaligen Gelände des Landeskrankenhauses in Merzig eröffnet (siehe Artikel zum MRV).

Komplementäre psychiatrische Versorgung

Der sog. komplementäre psychiatrische Bereich umfasst alle psychosozialen Hilfen für chronisch psychisch Erkrankte im Bereich Wohnen, Arbeit und Freizeitgestaltung. Hier existiert im Saarland innerhalb jedes Pflichtversorgungsbereichs durch unterschiedliche Träger und Verbände ein breites Angebot stationärer und ambulanter Betreuung. Kostenträger der über die Eingliederungshilfen für psychisch Behinderte finanzierten Maßnahmen ist i.d.R. das Landesamt für Jugend, Soziales und Verbraucherschutz. Aktuell hat das Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (MiJAGS) einen Plan zum Umbau der Eingliederungshilfen und der Angebotsstrukturen auf den Weg gebracht („Heimreform“). Im Rahmen dessen sollen bis 2012 ambulante vor stationären Hilfen stark ausgebaut werden (I. Jochum FORUM 22, 2007).

Beratungsangebote

Die Beratungsstellen sind ebenfalls wichtiger Bestandteil des komplementären Bereichs der psychiatrischen Versorgung. Sie tragen u.a. im Vorfeld der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen innerhalb des komplexen psychosozialen Feldes mit ihrem kostenfreien, niedrigschwiligen Zugang für die Hilfesuchenden einen großen Anteil der Prävention (Information, Beratung, konkrete Hilfsangebote)

und der Nachsorge (Beratung in Bereichen wie u.a. in den Bereichen Abhängigkeit, Familie, Finanzen oder Organisation von Selbsthilfe). Im Saarland verfügen wir über ein breites Netz psychosozialer Beratungsstellen, in denen mehr als 50 PP/KJP tätig sind.

Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation bietet einen exzellenten Rahmen für die stationäre psychotherapeutische Versorgung vor allem mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Im Saarland verfügen wir über insgesamt 11 Rehakliniken mit unterschiedlichen medizinisch-psychotherapeutischen Versorgungsschwerpunkten. Wie Sie unter Punkt 4. lesen können sind hier deutlich mehr PP und KJP beschäftigt als in der kompletten stationären psychiatrischen Versorgung.

ambulante Psychotherapie

Tabelle 2 zeigt in Vervollständigung der Darstellung des Versorgungsangebotes die außerhalb der Kliniken für die **ambulante psychiatrische Behandlung und die ambulante psychotherapeutische Versorgung** zur Verfügung stehenden niedergelassenen Nervenärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychiater und Psychotherapeuten (ärztliche P, PP und KJP).

Tab. 2 ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ambulant	Praxis-sitze
Psychiater / Nervenärzte	69
Kinder- und Jugendpsychiater	9
Psychologische Psychotherapeuten	160
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	10
Ärztliche Psychotherapeuten	42

4. PP UND KJP IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG IM KRANKENHAUS

Der Anteil der approbierten Kollegen in der stationären psychotherapeutischen Versorgung in den 26 saarländischen Krankenhäusern ist vergleichsweise gering. Die Auswertung der aktuellen Meldedaten der PKS ergibt dass insgesamt 35 PP und 3 KJP an 17 Standorten beschäftigt sind (siehe auch Tab. 1). Für die insgesamt 922 Betten/Plätze in der stationär/teilstationären psychiatrischen Versorgung im Land

(ohne Forensik) stehen lediglich 22 approbierte KollegInnen zur Verfügung. Auf 100 psychiatrische Patienten im Krankenhaus kommen damit etwa 2 PP/KJP.

Hintergrund: Die **PsychPV** als Personalgesetzgebung im SGB V ist veraltet. Sie wurde bereits vor dem PsychTG aufgelegt und schreibt nur die Personalisierung von Diplompsychologen, nicht die von PP/KJP vor. In der medizinischen Rehabilitation ist die psychotherapeutische Kompetenz in der Gesetzgebung der Rentenversicherungsträger hingegen festgelegt. Zum Vergleich: in den 11 Reha-Kliniken des Landes sind 52 PP und 4 KJP beschäftigt. Außerdem ist in der Personalpolitik der psychiatrischen Kliniken zu beobachten, dass neben der Beschäftigung von nicht-approbierten Kollegen ein wachsender Anteil von Psychotherapeuten im Praktikum (PIP) kostengünstig die Versorgung mit übernimmt (Morsch 2006, FORUM 15). Hinzu kommt, dass die PsychPV nicht für die ambulante Behandlung der Kliniken gilt: Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) haben u.a. aufgrund der immens gesunkenen Verweildauer in der stationären Behandlung hohe Fallzahlen: Viele der schwer und chronisch Kranken bedürfen nach ihrer Entlassung weiter der ambulanten psychiatrischen Komplexbehandlung. Sie erfolgt i.d.R. durch die Mitarbeiter der Klinik und ergänzt das Behandlungsangebot der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten für diese Patientengruppe (§ 118 SGB V, 2007).

5. ECKDATEN DER BEHANDLUNG SAARLAND/BUND IM VERGLEICH

Versorgungsangebot:

Im Bereich Psychiatrie verfügt das Saarland im Bundesvergleich über 20% weniger Betten

Inanspruchnahme des Angebotes:

Sie setzt sich zusammen aus der Krankenhaushäufigkeit, dem Nutzungsgrad (Bettenauslastung) und der Verweildauer im Krankenhaus:

- Die Häufigkeit der Inanspruchnahme liegt um 20% über dem Mittelwert aller BL.
- Dabei ist die Auslastung der Betten um 10% höher als der Bundesdurchschnitt.
- Die durchschnittliche Verweildauer eines Krankenhausaufenthaltes in der Psychiatrie liegt mit 18,8 Tagen 25% unter dem Bundesdurchschnitt.

Tab. 3 Psychiatrie: Versorgungsangebot und Inanspruchnahme - Vergleich Saarland : Bund

Parameter	Saarland	Bund	Differenz
Bettenindex (Betten je 10.000 EW)	5,3	6,6	- 20 %
Krankenhaushäufigkeit (Tage im KH je 10.000 EW)	101,8	84,7	+ 20 %
Nutzungsgrad (Bettenauslastung in % Belegung)	99,7 %	89,6 %	+ 10 %
Verweildauer (durchschnittliche Tage im KH)	18,8	25,3	- 25 %

(Quellen: Krankenhausplan Saarland 2006-2010, Qualitätsbericht KVS 2006).

6. FOLGERUNGEN AUS DEN VERSORGUNGSDATEN

Für den psychiatrischen Versorgungsalltag im Saarland zeigen die Zahlen des Gutachtens zur Vorbereitung des Krankenhausplanes 2006-2010 (Borges P. 2005) eindrücklich, dass im Vergleich zum Bund das Saarland mit **weniger psychiatrischen** Betten seine Patienten bei einer sehr **kurzen Verweildauer häufiger im Krankenhaus** behandeln muss. Wegen der dadurch bedingten **hohen Auslastung** müssen die Patienten obendrein stets in voll belegten Fachabteilungen behandelt werden. Deshalb hatte der Gutachter dem Ministerium eine Aufstockung der psychiatrischen Betten um 10% (57) und teilstationären Plätze um 30% (59) empfohlen. Leider hat sich das Ministerium nicht an die Empfehlungen des Gutachters gehalten und im stationären Bereich nur die Hälfte (26 Betten) und im teilstationären lediglich ein sechstel (11 Plätze) aufgestockt. In der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie wurden von den empfohlenen 7 stationären Betten lediglich 2 und den 2 teilstationären Plätzen nur einer umgesetzt. Die Begründungen für diese Schritte waren aus Kammersicht wenig stichhaltig (Morsch 2006, FORUM 15). Wie Sie dem in dieser Ausgabe abgedruckten Artikel aus der SZ entnehmen können hat eine Klinik den Klageweg vor dem Verwaltungsgericht Saarlouis beschritten und einen Teilerfolg erreicht. Auch wenn das Ministerium die richterliche Entscheidung anders interpretiert (siehe abgedruckte Pressemitteilung) wird eine Änderung des Krankenhausplanes im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik unumgänglich sein.

7. PSYCHOSOMATIK

Die stationäre Behandlung psychosomatisch Kranker Patienten findet im Saarland nicht über bettenführende Fachabteilungen statt. In Stadt- und Stadtverband Saarbrücken werden an drei Kliniken sog. psychosomatisch-psychotherapeutische Sektionen innerhalb internistischer und chirurgischer Fachabteilungen ausgewiesen (siehe Tab 1). Laut Krankenhausplan soll dies eine „Querschnittsaufgabe“ der Medizin sein, die „vorrangig durch den Einsatz psychosomatischer Kompetenz in den bestehenden somatischen Fachabteilungen“ (Krankenhausplan 2006-2010, S. 9) sichergestellt werde (siehe auch Pressemitteilung MiJAGS und SZ-Artikel). An den drei genannten Standorten sind neben den Fachärzten 6 PP beschäftigt. Welche Psychotherapeuten (ärztliche und psychologische) in den übrigen 16 Krankenhäusern diese Kompetenz sicherstellen geht aus dem Krankenhausplan nicht hervor. Wenn man aber auf bettenführende Abteilungen für Psychosomatik verzichten möchte, muss man ein „alternatives“ Versorgungsangebot vorhalten. Denkbar wären hier wie wir in der SKHK (saarl. Krankenhauskonferenz) bereits vorschlugen, **Liäsondienste** (eigens finanzierte psychosomatisch-psychotherapeutische Fachdienste) an allen Krankenhäusern einzurichten, welche über qualifizierte Mitarbeiter (Fachärzte, Psychotherapeuten) verfügen müssten. Es kann m. E. nicht alleine Aufgabe der ausgewiesenen „Sektionen“ und der stationären psychiatrischen Kliniken sein, den gewachsenen Anteil von

Patienten mit **akuten psychosomatischen** Beschwerden zu behandeln. Dazu sind die Psychiatrien personell auch nicht ausgestattet (siehe Ausführungen in 3. Tab. 1 und unter 4.). Das Gutachten zum Krankenhausplan weist das Erfordernis hoher Zuwächse in der stationären psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung aus, die nicht umgesetzt wurden (siehe unter 6.). Im Gegensatz zur Akutversorgung psychosomatischer Erkrankungen ist das bestehende Angebot für **postakuter Erkrankungen** in der **medizinischer Rehabilitation** für diese Patientengruppe in den Fachkliniken im Saarland vergleichsweise hoch. Aufgabe der psychosomatischen Fachkliniken ist jedoch ausdrücklich nicht die Akutversorgung von Patienten sondern deren Rehabilitation.

8. AUSBLICK

- Die Standortbeschreibung der **psychiatrischen Versorgung** zeigt, dass die Psychiatriereform im Saarland durch die Dezentralisierung eine Reihe positiver und begrüßenswerter struktureller Veränderungen erbracht hat. Hinsichtlich der Inhalte der stationären psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen und von Kindern und Jugendlichen sind jedoch die Reformen nicht auf dem neusten Stand der Entwicklung. Wie die BPTK in ihrer Stellungnahme zur Zukunft der Krankenhausversorgung aufzeigt, haben viele, mittlerweile gut abgesicherte Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung bislang keinen Einzug in die Behandlung gefunden.
- Die Forderung der BPTK nach Anpassung der **Psychiatrie-Personalverordnung** (PsychPV) ist begründet und oft erhoben worden. Ob und wie jedoch eine grundsätzlich veränderten Finanzierung aussehen könnte um Vorteile für die Behandlung zu bringen ist völlig unklar. Lange Zeit stand die Frage der Novellierung der PsychPV im Raum. Mittlerweile scheint allerdings sicher, dass die Zukunft der Finanzierung der stationären Psychiatrie nicht in einer überarbeiteten PsychPV sondern in einem tagesbezogenen pauschalierten Entgeltsystem liegen wird. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat ihren Fachgremien zur Erarbeitung eines Entwurfes bis 2009 einen klaren Auftrag gegeben.
- Die Verbesserung der Versorgung an den Schnittstellen stationär zu ambulant und Krankenhaus zu Rehabilitation steht im Mittelpunkt der sog. **Integrierten Versorgung** nach § 140 b SGB V. Ob die integrierten Versorgungskonzepte im Bereich der Psychiatrie/Psychotherapie eine wichtige Lücke schließen können, wird u.a. von der Ausgestaltung der Verträge und einer soliden und dauerhaften Finanzierung abhängen (Morsch, FORUM 14 - 2006). Der Einschätzung der BPTK, dass die Rolle der Psychiatrischen Institutsambulanzen als Anbieter integrierter, komplexer und berufsgruppenübergreifender Behandlungsleistungen unterschätzt wird, kann ich mich aus meiner Erfahrung anschließen. Sowohl die Finanzierung (niedrige Quartalspauschalen) als auch die zurückhaltende Personalisierung (anteilige Mitversorgung aus dem stationären Personaltableau) bremsen das Versorgungspotential das Institutsambulanzen speziell für die schwer und chronisch psychisch Kranken innewohnt.
- Auf die Gefahr die sich aus der „**Heimreform**“ für die Versorgung ergibt wurde bereits hingewiesen (Jochum FORUM 20). In Anbetracht steigender Zahlen von psychisch kranken Menschen, die dauerhaft auf psychosoziale Hilfen angewie-

sen sind, darf die beschlossene Umschichtung „ambulant vor stationär“, die den Abbau stationärer Hilfen beinhaltet, nicht auf Kosten der Betroffenen gehen. Eine stationäre psychiatrische Versorgung kann nur dann erfolgreich arbeiten, wenn ein suffizientes komplementäres Versorgungsnetz wohnortnah vorgehalten wird.

• Handlungsbedarf besteht außerdem im Hinblick auf die Schaffung eines vernünftigen stationären Versorgungsangebotes v.a. für die akut **psychosomatisch kranken Patienten**. Es bleibt zu hoffen, dass der Krankenhausplan hier auf Druck der Gerichte doch noch in Richtung eines verbesserten Angebotes geändert wird.

Literatur:

- Franco Basaglia: Antipsychiatrie, das neue Verständnis psychischer Krankheit, Hamburg 1978
- Bernardi O. (2000). Psychiatrie mit Offenen Türen. Offene stationäre Psychiatrie mit Pflichtversorgung. Georg Thieme Verlag.
- Borges P. et al. Gutachten zur Erstellung des saarl. Krankenhausplanes 2006-2010, GEBERA, Köln, September 2005
- Braß C. Psychiatrie im Nationalsozialismus Zwangssterilisation und ‚Euthanasie‘ im Saarland 1935-1945. Paderborn: Ferdinand Schöningh. 2004
- Eikemann B (1997). Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen u. Praxis. Stuttgart: Enke Verlag.
- I. Jochum (2007) - Heimreform im Saarland: Ambulant vor stationär. Oder billig vor teuer? FORUM 20, S. 15, PKS, 2007
- Kauder V, Kruckenberg P (1997). Personenzentrierte Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung, Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Kittel, I. W. (1981). Systematische Überlegungen zum Begriff „krank“ in der Medizin im allgemeinen und in der Seelenheilkunde im besonderen. In: Degkwitz, R. & H. Siedow (Hrsg.): Standorte der Psychiatrie. Urban & Schwarzenberg, München.
- Krankenhausplan für das Saarland 2006-2010, Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales, 2006
- Kunze H., Kaltenbach L. (1996). Psychiatrie-Personalverordnung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Morsch, B. (2003). Behandlungskontinuität. In: Werner W. (Hrsg.); Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. S. 178-195. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Morsch, B. (2003). Die Notwendigkeit und Praxis der Koordination. In: Werner W. (Hrsg.); Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. S. 210-222. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Morsch, B (2006)- Integrierte Versorgung – Chance oder Gefahr für PP und KJP?: FORUM 14, S. 1, PKS, 2006
- Morsch, B (2006)- Krankenhaus für das Saarland 2006-2010: Ministerium verpasst Chance. FORUM 15, S. 3-5, PKS, 2006
- Morsch, B (2006)- Psychiatriejahr noch immer unentgeltlich.: FORUM 15, S. 5, PKS, 2006
- Mosher LR, Burti L (1989). Psychiatrie in der Gemeinde. New York, London: Psychiatrie-Verlag.
- Psychiatrie-Enquete: Anhang. Teil A, Dtsch. Bundestag, 7. Wahlperiode, 1975, Drucksache 7/4201, 47 ff., 457, 793.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung Stand: Zuletzt geändert durch Art. 6 Abs. 11 G v. 19.8.2007
- Qualitätsbericht 2006 der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes v. Engelhardt D., Hartmann F.: Klassiker der Medizin II. Von Philippe Pinel bis Viktor von Weizsäcker In Beck C.H., 1991
- Werner W. (1998). Auflösung ist machbar. Vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wunn B. (2003) Der Freiheitsentzug. In: Werner W. (Hrsg.); Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. S. 226-234. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Bernhard Morsch

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum Merzig

IST DIE KINDHEIT UND JUGEND WIRKLICH BEDROHT – ODER GEHT ES DEN KINDERN IN UNSERER GESELLSCHAFT SO GUT WIE NOCH NIE?

AUSWIRKUNGEN AUF DIE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

ALLGEMEINE SITUATION

Ohne die Frage vorab beantworten zu wollen, stellen wir fest, daß sich die Entwicklungsbedingungen für viele Kinder durch die veränderte Erziehungshaltung der Bezugspersonen, durch die globale Wettbewerbswirtschaft, die Migration, durch neue Medien etc. stark verändert haben. Auch die Morbidität hat sich gewandelt. Welche Auswirkungen zeigen sich in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung? Wie müssen Diagnostik und Therapie sich verändern?

Fast 22% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren in Deutschland zeigen psychische Auffälligkeiten. Dies ist eines der Ergebnisse, die die 2007 veröffentlichte sogenannte KIGGS – Studie, die im Auftrag der Bundesregierung von Forschern des Berliner Robert- Koch- Institutes durchgeführt wurde, erbrachte. Es wurden in 167 Orten fast 18 000 Kinder untersucht. Der Studie zufolge leiden etwa 10% der Kinder in Deutschland an Ängsten, 7,6% an Störungen des Sozialverhaltens, 5,4% an Depressionen und mit 28,9% leidet fast ein Drittel aller Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren an Essstörungen. Etwa jeder 10. Junge und jedes 20. Mädchen zeigen Anzeichen von Hyperaktivität.

In ihrem Bericht: „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken – Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ zeigen Frau Prof. Renate Schepka und Frau Dr. Christa Schaff den erschreckenden Anstieg des kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbedarfs auf (Abschlussbericht kjp-qualität 2006). Beschrieben werden u.a. komplexe Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen:

- Mehr als **50%** der Kinder haben **umschriebene Entwicklungsstörungen** wie motorische oder sprachliche Entwicklungsrückstände
- **22,5%** hatten neben psychischen Auffälligkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten auch eine **körperliche Krankheit**
- Ca. **60%** der Kinder und Jugendlichen zeigen **psychosoziale Belastungen** in Familie und Umfeld
- **Etwa die Hälfte der Kinder zeigt eine mäßige bis deutliche Beeinträchtigung der sozialen Anpassung**

Die o. g. Autorinnen vertreten die Meinung, dass eine frühzeitige Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, ggf. auch ein stationärer Aufent-

halt, zwar kurzfristig zu Kosten führt, diese aber auf lange Sicht senkt. Sie schlagen für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie u.a. folgende Maßnahmen vor:

- Angemessene Finanzierung der personalintensiven psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen-komplexen Leistungen in Praxen und Kliniken
- Gezielte Angebote für Risikokinder mit u.a. Entwicklungsstörungen, Traumatisierungen, Sucht oder Heimkarrieren durch Vernetzung der Sektoren,
- und das nicht nur in Modellprogrammen oder im Rahmen Integrierter Versorgung, sondern in der **Regelversorgung** für alle Kinder und Jugendlichen!

SITUATION IM SAARLAND

In unserer 16-jährigen Tätigkeit im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowohl im vollstationären Bereich wie auch in Tagesklinik und Institutsambulanz, haben wir einen ständig steigenden Behandlungsbedarf miterlebt. Mit dem Anstieg der Fallzahlen einher gingen auch eine Aggravierung von Problematiken, denen oft rückläufige Ressourcen zur Bewältigung in den jeweiligen Bezugssystemen gegenüberstehen.

Die Niederlassungssituation, sowohl im psychologisch-psychotherapeutischen Bereich als auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, hat sich im letzten Jahrzehnt im Saarland deutlich verbessert, ohne aber wirklich den Bedarf decken zu können. In unserem Arbeitsalltag erleben wir neben dem großen Nachfragedruck, unter dem wir andauernd stehen, ein hohes Maß an Anerkennung in unserer Arbeit als KJP und PP durch alle KollegenInnen unseres multiprofessionellen Teams wie auch durch die kooperierenden niedergelassenen KollegenInnen. Wohltuend hervorzuheben ist, dass es bei der vorhandenen gegenseitigen Wertschätzung im Hinblick auf unsere Erfahrung und Fachkompetenz keine Rolle spielt, ob die jeweiligen Gesprächspartner, einen psychologischen Hintergrund haben, oder ob sie aus medizinischen, pädagogischen oder anderen Fachbereichen stammen.

*Gabriele Ries-Adelberger, KJP und Roman Faas, PP
Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum Merzig*

STANDORTE KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE IM SAARLAND

Im Saarland erfolgt die psychiatrische Krankenhausbehandlung von Kindern und Jugendlichen durch zwei Krankenhausträger an vier Standorten:

- In Homburg: stationäre Behandlung und Institutsambulanz (IA) - Unikliniken des Saarlandes
- in Saarbrücken: stationäre Behandlung in Kleinblitters-

- dorf, Tagesklinik und IA in Schönbach –SHG-Kliniken
 - in Merzig: Tagesklinik und Institutsambulanz – SHG-Kliniken
 - in St. Wendel: Tagesklinik – SHG-Kliniken
- Insgesamt stehen im Saarland für die stationäre Versorgung 46 Betten und für die teilstationäre Behandlung 31 Plätze in

4 Tageskliniken zur Verfügung. Im Gutachten zum Krankenhausplan 2006–2010 wurde ein Anstieg des Bedarfes im Bereich KJP bis 2010 prognostiziert und eine Aufstockung um 5 stationäre Betten und 4 teilstationäre Plätze empfohlen. Umgesetzt wurde – wie auch in der Erwachsenenpsychiatrie – weniger, nämlich 2 stationäre Betten und 1 teilstationärer Platz. Die stationäre Akutversorgung im Saarland kann im Krisenfall vollstationär nur in Homburg oder Kleinblittersdorf erfolgen. Kinder und Jugendliche aus den entfernter liegenden nördlichen und westlichen Regionen des Landes

müssen in akuten psychischen Notsituationen häufiger auch in der Erwachsenenpsychiatrie aufgenommen werden.

(Datenquellen: Krankenhausplan 2006-2010, Gutachten zum KH-Plan, Websites der Unikliniken Homburg und der SHG-Kliniken)

————— Bernhard Morsch

ZWEIFINHALB JAHRE MUTTER-KIND-MODELLSTATION DER UNIKLINIK HOMBURG – EIN ERFOLGREICHES UNTERNEHMEN?



Bereits die räumliche Anordnung betont das Konzept. Die „Mutter-Kind-Station“ der Uniklinik Homburg soll „Schnittstelle“ sein. Schnittstelle zwischen der Erwachsenenpsychiatrie mit ihrem Angebot für die Mütter und der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ihrem Angebot für die Kinder. Beide Abteilungen sind formal leitend und verantwortlich für die kleine Abteilung, die aus 4 Belegzimmern besteht. Dieses zweifache

Therapieangebot – nämlich sowohl Mütter als auch Kinder im Alter von 0–5 Jahren gleichzeitig aufnehmen und behandeln zu können ist denn auch das Besondere. Offenbar einzigartig unter den Mutter-Kind-Stationen die es ja auch in anderen Kliniken gibt. Dies betont Dipl.-Psych. Pia Fuhrmann, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, die unter Prof. von Gontard die Abteilung eingerichtet und bis vor kurzem geführt hat. Als im Februar 2005 die Eröffnung einer Mutter-Kind-Station in der Uniklinik Homburg in der Presse angekündigt wurde, berichteten wir bereits im Forum. Nun wollten wir wissen, wie sich dieses Projekt entwickelt hat und interviewten Frau Fuhrmann dazu.

BEHANDLUNGSANGEBOTE UND KONZEPT

Behandlungsangebote richten sich an psychisch erkrankte Mütter mit Kleinkindern – frühe Trennungen durch krankheitsbedingte Stationierung sollen so verhindert, bereits vorhandene Verhaltens- und Entwicklungsstörungen der Kinder parallel zur Behandlung der Mutter kuriert werden. Klingt gut! Verwunderlich nur, dass es offenbar wenig regionale Nachfrage nach diesem Angebot gibt. Frau Fuhrmann erläutert, dass die Nachfrage oft überregional gedeckt wird. Das Konzept ist im Wesentlichen verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Frau Fuhrmann erwähnt die Untersuchungen von Frau Papousek als Grundlage, auch die Münchner Station von Hofackers habe sie besonders beeindruckt, als sie sich im Vorhinein andere Stationen angeschaut habe. Besonders stolz ist meine Interview-Partnerin auf die eingerichtete Videoanlage, die sie für Interaktionsanalysen i.S. der Video-Feedback-Methode nutzt. Die Beratungsgespräche mit den Müttern seien so meist sehr produktiv, auch das mit Einwegscheibe eingerichtete Beratungszimmer wird häufig genutzt und erhelle oft die Erkenntnis über die gestörten Interaktions-Abläufe von Mutter und Kind.

Bei den Kindern werden erfolgreich meist Fütter- oder Schlafstörungen behandelt. Soziale Anpassungsstörungen

und „oppositionelles Verhalten“ erfordern oft eine längerfristige Behandlung. Auch andere Störungen, wie depressive, posttraumatische Belastungs- und Bindungsstörungen kommen im Vorschulalter vor.

Bei den Müttern sind Depressionen und Wochenbettpsychosen Haupteinweisungsgründe, aber in der Regel sind alle diagnostischen Störungskategorien außer Suchtproblemen indiziert. Stationsabsprachen sind dabei wichtig. Die Zusammenarbeit sei durch eine wöchentliche stationsübergreifende Fallbesprechung gewährleistet.

MITARBEITERINNEN

Neben einer Chefarzt- und einer Oberarztvisite wöchentlich wird die Station täglich medizinisch vom Stationsarzt der Erwachsenenpsychiatrie und psychotherapeutisch von Frau Fuhrmann betreut. Seit kurzem ist die Psychotherapeutin in die Ambulanz gewechselt und leitet eigenverantwortlich dort die Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder. Zusätzlich wird sie eine Stationsärztin supervidieren, die sowohl in der Kinderpsychiatrie sowie in der Erwachsenenpsychosomatik ausgebildet ist. Neben den Ärzten stehen zudem 2 Krankenschwestern der KJ-Psychiatrie zur Betreuung zur Verfügung. Diese setzen auch viele der verhaltenstherapeutischen Trainings um, wie man im Vortrag zum II. Symposium der Uni-Klinken im Juni hören konnte.

Die Verweildauer ist mit 4–6 Wochen angegeben. Was wird an therapeutischem Setting angeboten? Für die Kinder eine intensive störungsspezifische Verhaltenstherapie. Mütter erhalten mindestens ein psychotherapeutisches Gespräch pro Woche und ergotherapeutische und psychoedukative Gruppen. Zur Bearbeitung der Paarproblematik werden Paargespräche angeboten. Für ältere Kinder gibt es „spieltherapeutische“ Angebote (personenzentriert und tiefenpsychologisch fundiert). Für jüngere Kinder bietet sich die videogestützte Interaktionstherapie mit ihren Müttern an. Für viele Familien sind zusätzlich Jugendhilfemaßnahmen entscheidend. Die Mutter-Kind-Station und die Spezialambulanz für Kinder und Säuglinge, die von Frau Fuhrmann geleitet wird, stehen in enger Verbindung. So ist eine optimale Vor- und Nachbehandlung gewährleistet. Eine intensivere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten wird ausdrücklich gewünscht.

————— Andrea Maas-Tannchen

DIE GERONTOPSYCHIATRISCHE KLINIK AUF DEM SAARBRÜCKER SONNENBERG

Die Saarland Heilstätten GmbH betreibt innerhalb der Saarbrücker Sonnenberg-Kliniken unter der Leitung von Chefarztin Frau Dr. R. A. Fehrenbach die einzige alterspsychiatrische Fachabteilung im Saarland. Diese besteht seit 1989, sie wurde damals an der Schnittstelle zwischen der Allgemeinpsychiatrie und der somatischen Geriatrie gegründet. Auf drei Stationen mit insgesamt 66 Betten, in einer in das SHG-Krankenhaus Halberg (Saarbrücken-Brebach) ausgelagerten Tagesklinik mit 12 Behandlungsplätzen und in der angeschlossenen Institutsambulanz werden psychisch kranke Menschen ab etwa dem 60. Lebensjahr diagnostiziert und behandelt. Zuständigkeitsbereich ist der Stadtverband Saarbrücken mit seinen 10 Städten und Gemeinden und ca. 360 000 Einwohner. Die drei Stationen sind unterschiedlich spezialisiert: Eine spezielle Demenzstation, eine beschützende Station für akut schwerst Kranke und eine psychotherapeutisch ausgerichtete Station. Behandelt werden alle psychiatrischen Krankheitsbilder, die auch in jüngeren Jahren vorkommen. Die hauptsächlichen Diagnosegruppen sind affektive Störungen (Depressionen, aber auch Manien und bipolare Störungen) und Angsterkrankungen, Demenzen, Psychosen, Suchterkrankungen und Anpassungsstörungen.

Das erste Fachbuch, das sich ausschließlich mit der Alterspsychiatrie beschäftigt stammt von dem Schweizer Christian Müller und wurde 1967 veröffentlicht. Im folgenden Jahrzehnt entstanden in Deutschland die ersten gerontopsychiatrischen Fachabteilungen, die in den 80er Jahren im Rahmen der damaligen Krankenhausreformen zu eigenständigen Kliniken wurden. Das Spezifische an der Alterspsychiatrie ist, dass sich das Klientel nicht mehr im Erwerbsleben, sondern im Ruhestand befindet, meist auch multimorbid körperlich beeinträchtigt ist, oft unter gehäuft erlebten Verlusterlebnissen leidet und das nahende Lebensende vor Augen hat. Hinzu kommen als typische Alterserkrankungen kognitive Hirnleistungsstörungen, die andere psychische Störungen begleiten können, aber auch als eigenständige Haupterkrankung auftreten. Erfahrungsgemäß stehen bei der psychotherapeutischen Behandlung speziell depressionskranker Älterer, die den weitaus größten Anteil der Patienten ausmachen, fast immer mindestens einer der folgenden Themenbereiche im Vordergrund:

- Ausgeprägte Trauerreaktionen aufgrund von verschiedenartigen Verlusterlebnissen (z.B. Tod des Partners; Verlust körperlicher Fähigkeiten und Kräfte und damit auch der Selbständigkeit; Hobbys bzw. Autofahren aufgeben müssen)
- Lebens- und Todesängste (zunehmende Konfrontation mit dem nahenden eigenen Lebensende; Angst vor Pflegebedürftigkeit, vorm Altersheim, vorm Sterben; aber auch Angst vor neuen technischen Entwicklungen, wie Fahrkarten- und Geldautomaten, Haushaltsgeräten, und vor Stürzen oder sonstigen Unfällen bei der Teilnahme am öffentlichen Leben)
- Schlecht verarbeiteter altersbedingter Rollenwechsel (in der Familie, Berentung, „vom Hilfe Gebenden zum Unterstützung Benötigenden werden“)

- Ausgeprägte Sinnkrisen durch den zunehmenden Verlust von sinnstiftenden Aufgaben bis hin zur Selbstaufgabe und Selbsttötungsgedanken
- Tiefsitzende, oft unausgesprochene zwischenmenschliche Konflikte (v. a. mit den Kindern, aber auch mit Partnern bzw. Geschwistern)
- Unzureichende soziale Fertigkeiten zur Bewältigung neuer Lebenssituationen (z. B. Konflikt austragen; neue Kontakte knüpfen; Wohnungswechsel; Umgang mit Ämtern oder sonstigen Institutionen).

Neben der in einem Krankenhaus selbstverständlichen ärztlichen und pflegerischen Personalpräsenz ist in unserer Klinik auf jeder Station mindestens ein Ergotherapeut mit voller Stelle tätig, in der Tagesklinik eine Halbtagskraft. Stundenweise werden je nach Indikation auch Musik- und Physiotherapie angeboten. Pro Station ist außerdem ein Sozialarbeiter mit etwa 20 Wochenstunden tätig.

Zur psychologisch/psychotherapeutischen Betreuung stehen z. Zt. eine Vollstelle für einen approbierten Psychotherapeuten (PP) sowie 1,5 Stellen für Psychotherapeuten im Praktikum (PIP) zur Verfügung. PP und PIP sind personell den verschiedenen Stationen zugeordnet. Sie sind in das jeweilige multiprofessionelle Stationsteam voll integriert, nehmen an Visiten, Team- und Fallbesprechungen und an Supervisionsitzungen teil. Im diagnostischen Bereich sind sie auf Anforderung durch die Ärzte an der Aufnahme- und Verlaufsdagnostik beteiligt. Die Fragestellungen sind i. d. R. das Vorhandensein und der Schweregrad von kognitiven Hirnleistungs- bzw. affektiven Befindlichkeitsstörungen, aber auch Persönlichkeitsdiagnostik. Psychotherapie findet indikativ im Gruppen- und Einzelsetting statt. Es werden thematisch offene Psychotherapiegruppen angeboten, aber auch themenzentrierte Gruppen (z. B. Angstbewältigung, Psychoedukation) und Entspannungstraining. Einzeltherapie finden sowohl auf Gesprächsebene als auch in Form von in-vivo-Übungen (etwa zur Angstbewältigung) statt. Außerdem werden Angehörigengespräche geführt und auch Hausbesuche gemacht.

Weitere Informationen können dem unten angegebenen Artikel entnommen werden bzw. bei mir persönlich angefragt werden (Telefon 0681/889-2720 bzw. -274; Email H.Buchholz@sb.shg-kliniken.de).

H. Buchholz, PP

SHG-Kliniken Sonnenberg, Abteilung Gerontopsychiatrie

Buchholz, H. (1999). Psychologie in einer gerontopsychiatrischen Klinik. In: Pulverich, G. (Hrsg.): „Altwerden: Lust oder Frust?“ – Eine Herausforderung für die Psychologie. (S. 80-85) Deutscher Psychologen Verlag.

MASSREGELVOLLZUG IM SAARLAND



Wie Justiz- und Gesundheitsminister Hecken gegenüber der SZ bekräftigte, soll die Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie (SKFP) in Merzig in vollem Umfang als Landesbetrieb weiter geführt werden (SZ 21.08.2007). Laut SZ-Redakteur Christian Becker erteilte Justiz- und Gesundheitsminister Hecken Bestrebungen in anderen Bundesländern eine Absage, wo solche Einrichtungen teilweise oder ganz privatisiert worden waren – wie zum Beispiel in Niedersachsen, das vor wenigen Monaten seine Landeskrankenhäuser an private Träger verkauft hatte, oder in Schleswig-Holstein. „Die forensische Psychiatrie ist ein Kernbereich staatlicher Tätigkeit“, sagte Hecken im Interview zur Begründung. Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes begrüßt die Entscheidung des Minister ausdrücklich. Führen doch in vielen Fällen Privatisierungen immer wieder zu Einsparungen insbesondere über Personalabbau. Und qualifiziertes Personal wird in der forensischen Psychiatrie mit ihren besonderen Aufgaben in der Behandlung psychisch Kranker Straftäter dringend gebraucht.

AUF EINEN BLICK

In Merzig werden 160 Patienten auf sieben Stationen versorgt, davon nur 12 Frauen. Es gibt 30 Prozent Psychose-Patienten, 30 Prozent persönlichkeitsgestörte Patienten, 30 Prozent Suchtpatienten und Minderbegabte. Die Verweildauer liegt bei ca. 6 bis 8 Jahren. Das häufigste Delikt ist Körperverletzung (34 Prozent), Mord: 4 Prozent, Totschlag 7,3 Prozent, Sexualdelikte (Kinder): 9,3 Prozent, Sexualdelikte (Erwachsene): 14 Prozent.

Ce Saarbrücker Zeitung:
22./23.09.2007

SAARLÄNDISCHE KLINIK FÜR FORENSISCHE PSYCHIATRIE (SKFP)

In der forensischen Psychiatrie, dem sog. Maßregelvollzug, werden psychisch Kranke Straftäter behandelt. Sie kommen nach einer begangenen Straftat nicht in den Strafvollzug, sondern werden vom Gericht in die forensische Psychiatrie eingewiesen. Voraussetzung ist, dass gutachterlich Schuldunfähigkeit oder erheblich verminderte Schuldfähigkeit festgestellt wurde. Das heißt, dass bei Begehung der Straftat in Folge der vorliegenden psychischen Störung die Einsichtsfähigkeit und/oder die Steuerungsfähigkeit zum Tatzeitpunkt gravierend betroffen gewesen sein muss. Außerdem müssen aufgrund der vorhandenen psychischen Störung weitere erhebliche Straftaten zu erwarten sein. Bei der Behandlung der Patienten im Maßregelvollzug

geht es also sowohl um die Behandlung der Erkrankung, als auch um die Sicherung und den Schutz der Allgemeinbevölkerung vor weiteren Straftaten.

PERSONELLE SITUATION

Minister Hecken zeigt sich laut o.g. SZ-Bericht zufrieden mit der Entwicklung in der Merziger Forensik. Nach seiner Ein-



schätzung hat sich die Situation in der Einrichtung in den vergangenen Jahren verbessert. Die Belegungszahlen seien bei etwa 160 Patienten stabil, das Personal spürbar aufgestockt worden. Mittlerweile komme auf einen Patienten im Durchschnitt ein Mitarbeiter, so der Minister, wobei sich die Zahl der Beschäftigten seit 1999 von 145 auf aktuell 196 erhöht habe. Was bei genauerer Analyse der Mitarbeiterzahlen jedoch auffällt ist, dass die Anzahl der neu eingestellten Mitarbeiter nicht zu der Anzahl der im gleichen Zeitraum behandelten Patienten ins Verhältnis gesetzt wird: Im Beobachtungszeitraum ist die Belegung von 100 Patienten im Jahre 1998 auf aktuell 160 gestiegen ist (Quelle: Website der SKFP (www.forensik.saarland.de)). Das entspricht einer Steigerung der Belegung zwischen 1998 und 2007 von 60%. Die Aufstockung des Personals im gleichen Zeitraum beträgt lediglich 35% und hat mit der gestiegenen Patientenzahl nicht Schritt gehalten. Laut Zeitungsbericht wurde besonders in den Ausbau eines Begleit- und Sicherheitsdienstes investiert, was knapp einem Drittel des gesamten Personalzuwachses entspreche. Die Anzahl der Mitarbeiter der therapeutischen Berufsgruppen sind jedoch nicht proportional zur gestiegenen Belegung gewachsen – also definitiv keine Verbesserung. Wie sollen die Herausforderungen in der alltäglichen Arbeit mit dem sehr schwierigen Klientel bei nicht Schritt haltender Personalaufstockung, insbes. auch im Bereich des psychotherapeutischen Fachpersonals, gestemmt werden? Es muss die Frage erlaubt sein, ob die Investitionen in die Sicherheit wie die Etablierung eines Sicherheitsbegleitdienstes sowie in Sicherungsanlagen (allein 2005–2006 wurden hierfür 800.000 ausgegeben) vor Investitionen in die Behandlung der in Folge ihrer psychischen Erkrankung straffällig gewordenen Patienten gehen dürfen? Selbst wenn, wie sich abzeichnet, die Belegungssituation nun wirklich stabil bleibt, sollte nach Einschätzung der PKS die Zahl der psychotherapeutischen Fachkräfte entsprechend der gestiegenen Belegung im Hinblick auf eine vernünftige und qualifizierte Behandlung ausgeglichen werden.

STABILITÄT DER BELEGUNG

Regulativ für die Stabilität der Belegung ist die Steuerung der Zuweisung, die Behandlung selbst und die Sicherung einer geeigneten Nachsorge.

- Steuerung der Zuweisung: Wie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) bemängelt, berücksichtigt die neue Gesetzgebung zum Maßregelrecht die bedarfsgerechtere Zuweisung von Straftätern in den Maßregelvollzug (MRV) nicht ausreichend, da der erforderliche Sachverstand bei Begutachtungen nicht festgeschrieben wurde (siehe Pressemitteilung der BPTK in dieser Ausgabe).

- Behandlung: Die qualifizierte psychiatrischpsychotherapeutische Behandlung erfordert ausreichendes Fachpersonal. Für die Behandlung stehen in der SKFP gegenwärtig 3 Psychologische Psychotherapeuten und 5 Fachärzte für Psychiatrie zur Verfügung. Unterstützt werden die Psychotherapeuten durch 2 Psychologen und 2 Pädagogen. Regelszahlen wie in der psychiatrischen Versorgung (PsychPV) gibt es im MRV nicht. Allerdings ist aus fachlicher Sicht davon

auszugehen, dass die Behandlung forensischer Patienten wohl kaum mit weniger psychotherapeutischen Fachkräften als die akutenpsychiatrische Behandlung auskommt. Nach den Anhaltszahlen der PsychPV käme man in der Akutpsychiatrie bei 160 Patienten eines gemischten Patientenkontingents wie es auch in der Forensik vorherrscht auf ca. 24 fachlich besonders qualifizierte Vollkräfte (Ärzte und Fachärzte für Psychiatrie, psychologische Psychotherapeuten und Dipl. Psychologen). Laut Zeitungsbericht verfügt die Forensik aktuell über 10 Ärzte, 5 Psychologen und 2 Pädagogen, wobei nicht klar wird, ob es sich bei den genannten Zahlen um die Anzahl der Mitarbeiter oder die Anzahl der Vollzeitkräfte handelt. Hier gibt es also trotz der beschriebenen verbesserten Situation sicherlich noch Handlungsbedarf.

- **Nachsorge:** Die ambulante Nachbehandlung nach Entlassung aus dem „stationären“ Aufenthalt in der Forensik ist für einige psychisch kranke Straftäter dringend erforderlich. Sie muss im Interesse der bruchlosen Fortführung der Behandlung sowie der Verhütung erneuter Straftaten im Verantwortungsbereich des Maßregelvollzugs und der dortigen besonders qualifizierten Mitarbeiter verbleiben. Die PKS begrüßt, dass man im Saarland Ende 2004 mit der Einrichtung der FPN in Merzig (Forensischpsychiatrische Nachsorge) diese Aufgabe ernst genommen hat. Im Hinblick auf die Stabilität der Belegung kann die qualifizierte Nachbehandlung regulierende Wirkung entfalten. Der wachsenden Zahl der „nachzusorgenden“ Patienten (Patienten nach Entlassung aus dem MRV) muss aus unserer Sicht auch eine angepasste

Zahl fachlich hoch qualifizierter Mitarbeiter im Nachsorgeteam gegenüberstehen.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Situation der forensischen Psychiatrie im Saarland insgesamt durchaus positiv bewertet werden kann. Sowohl die Wahrnehmung der „hoheitlichen“ Aufgabe der forensischen Versorgung durch das Land (keine Privatisierung, Einrichtung Forensisch psychiatrischer Nachsorge) als auch die in Teilen umgesetzte personelle Verbesserung stimmen optimistisch. Hinsichtlich der Fachkompetenz der Mitarbeiter sollte aus Kammersicht eine weitere personelle Aufstockung angestrebt werden. Dabei ist zu beachten, dass zur forensischen Fachkompetenz neben der beruflichen Qualifikation ein spezielles forensisches Know-how sowie vor allem die Erfahrung in der Risiko- bzw. Prognoseeinschätzung gehören. Über diese Kompetenz verfügen ausschließlich Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeuten mit den genannten Zusatzqualifikationen. In einer der nächsten Ausgaben des FORUM können sie einen ausführlicheren Bericht zur Forensik lesen. Nach Auskunft von Ingwart Tauchert, zuständiges Fachreferat für Psychiatrie beim Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales (MiJAGS), läuft gegenwärtig eine Untersuchung zur FPN, über deren Ergebnisse dann vielleicht ebenfalls schon berichtet werden kann.

— Bernhard Morsch

CHANCE VERTAN: REFORM DES MASSREGELRECHTS VERABSCHIEDET

— PRESSEMITTEILUNG BPTK 13. 06.07

Die Qualitätssicherung im neuen Maßregelrecht bleibt unzureichend. Damit hat der Gesetzgeber eine große Chance für eine bedarfsgerechtere Zuweisung von Straftätern im Maßregelvollzug verpasst. Nach dem Bundestag hat auch der Bundesrat der Reform des Maßregelrechts zugestimmt. Damit kann das „Gesetz zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt“ in der Fassung vom 27. April 2007 (BR-Drs. 318/07) in Kraft treten. Die Gesetzesreform sieht Änderungen bei der Einweisung und der Entlassung im Maßregelvollzug vor mit dem Ziel, die Belegungszahlen in den entsprechenden Einrichtungen deutlich zu reduzieren. Bei Diagnose und Prognose von psychisch kranken Straftätern

stellte der Gesetzgeber jedoch nicht sicher, dass der erforderliche Sachverstand bei Begutachtungen eingeholt wird. Die BPTK hatte kritisiert, dass gerade die fehlende Qualität von Prognosegutachten mitverantwortlich für die vielen Fehlzuweisungen und damit auch Fehlbelegungen sei. Die Mehrzahl der Patienten im psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt wird psychotherapeutisch behandelt. Psychotherapeuten mit Erfahrungen im Maßregelvollzug sollten deshalb künftig deutlich mehr an der Begutachtung beteiligt werden.

Gesetzestext und ausführliche Stellungnahme der BPTK unter: www.bptk.de/aktuelles/news/617119.html.

PRESSE – INFO MIJAGS VOM 12.07.2007 – AUSZUG

Zwei Klagen gegen saarländischen Krankenhausplan weitgehend abgewiesen

Bedarfsanalyse des Ministeriums und Verweildauern wurde nicht beanstandet

Auswahlentscheidungen ebenfalls sachgerecht

„Der saarländische Krankenhausplan 2006 bis 2010 ist nicht zu beanstanden. Sowohl das den Planungen zugrunde liegende Gutachten, als auch die Auswahlentscheidungen des Ministeriums wurden für sachgerecht und nicht rechtlich an-

greifbar gehalten. Die Entscheidung zeigt, dass die Ausweisung der Bettenkapazitäten und der Hauptfachabteilungen im wesentlichen nicht angreifbar sind“, so Gesundheitsminister Josef Hecken anlässlich zweier Entscheidungen, die das Verwaltungsgericht des Saarlandes jüngst erlassen hat. Zwei Klagen der Caritas-Trägersgesellschaft Saarbrücken(cts) auf Änderung des saarländischen Krankenhausplanes waren weitestgehend von dem Gericht zurückgewiesen worden. „Das Gericht hat deutlich gemacht, dass die Caritas-Trägersgesellschaft Saarbrücken für das St. Josefs Krankenhaus in

Dudweiler keinen Anspruch hat auf die Ausweisung einer Hauptfachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit 50 Planbetten und 15 teilstationären Betten. Das Krankenhaus könne nicht den gesamten Bedarf für das Saarland einfordern.

Auch die Klage der Caritas-Trägergesellschaft Saarbrücken für das Krankenhaus St. Theresia in Saarbrücken auf Ausweisung einer Hauptfachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 20 Planbetten und 5 tagesklinischen Plätzen im Krankenhausplan wurde weitestgehend zurückgewiesen. Zwar sahen die Richter die Notwendigkeit,

dass eine Abteilung für Psychosomatische Medizin im Saarland eingerichtet werden müsse, jedoch habe die CTS keinen Anspruch auf Ausweisung einer entsprechenden Abteilung für ihr Krankenhaus im Krankenhausplan. In welchem oder in welchen Krankenhäusern eine solche Fachabteilung eingerichtet werde, liege im Verantwortungsbereich des Ministeriums auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse.

Stephan Kolling
Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales

RICHTER RÜGEN KRANKENHAUSPLAN

VERWALTUNGSGERICHT SIEHT UNTERVERSORGUNG BEI PSYCHOSOMATIK UND PSYCHIATRIE

Das Verwaltungsgericht Saarlouis hat festgestellt, dass es in der saarländischen Krankenhauslandschaft eine Unterversorgung in der Psychosomatik und der Psychiatrie gibt. Diese soll nun geschlossen werden.

Saarbrücken. In der saarländischen Kliniklandschaft gibt es nach Ansicht des Verwaltungsgerichts Saarlouis zu wenig stationäre Behandlungsangebote für Patienten mit psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen. Minister Josef Hecken (CDU) soll nun seinen Krankenhausplan für die Jahre 2006 bis 2010 ändern, um diese Lücke zu schließen. In einem gestern veröffentlichten Urteil gab das Gericht in diesem Punkt zwei Klagen der Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken (CTS) gegen Heckens Krankenhausplan statt. Die CTS wollte erreichen, dass sie in der Saarbrücker Caritasklinik St. Theresia eine Hauptfachabteilung für Psychosomatik und in ihrem Krankenhaus St. Josef in Dudweiler eine Hauptfachabteilung für Psychiatrie einrichten darf. Das Gericht erkannte zwar den von der CTS reklamierten landesweiten Mehrbedarf in diesen Bereichen an, stellte es jedoch grundsätzlich ins Ermessen des Ministers, ob diese Versorgungslücke von der CTS oder von einem anderen Träger an einem anderen Ort zu schließen ist. Ferner hatte die CTS die geplante Schließung der Abteilung Kinder- und Jugendmedizin in ihren beiden Kliniken und deren Verlagerung ans Winterberg-Klinikum Saarbrücken verhindern wollen. Damit

scheiterte sie jedoch ebenso wie mit weiteren Einwänden gegen den Krankenhausplan. Die CTS behält sich deshalb vor, in die Berufung zu gehen.

Hecken hatte seinen Krankenhausplan im vergangenen Jahr vor allem damit begründet, dass das Vorhalten einer größeren „Bettenreserve“ dem Sparsamkeitsgebot widerspräche. Die Richter griffen nun jedoch Heckens Annahme an, dass es sich bei der Psychosomatik – also der Behandlung körperlicher Erkrankungen im Hinblick auf deren psychische Ursachen – um eine „Querschnittsaufgabe“ handle, die keine gesonderte Hauptfachabteilung erfordere. Sie verwiesen darauf, dass das Saarland das einzige Bundesland außer Thüringen und Brandenburg sei, das keine Hauptfachabteilung hierfür habe. Das Gericht rügte zugleich, dass Hecken den Bedarf in diesem Bereich überhaupt nicht ermittelt habe. Im Hinblick auf die Psychiatrie monierten die Richter, dass Hecken hier den von ihm selbst bestellten Gutachtern nicht gefolgt sei. Dort gebe es bereits jetzt ein „erhebliches Versorgungsdefizit“, und die Gutachter hätten zudem bis zum Jahr 2010 einen um über zehn Prozent steigenden Bedarf im stationären Bereich und sogar einen um über 30 Prozent zunehmenden Bedarf bei tagesklinischen Plätzen vorhergesagt.

SZ 13.7.2007 von SZ-Redakteur Norbert Freund

DIE ÜBERGANGSKLINIK DER KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE UNIKLINIKUM HOMBURG

Die Übergangsklinik ist Teil der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums. Sie ist eine teilstationäre Einrichtung für psychisch kranke Menschen, die eine längere Zeit der Behandlung benötigen, um wieder mit den Alltagsanforderungen zurechtzukommen.

Die Behandlung in der Übergangsklinik ist für solche Patienten geeignet, bei denen eine vollstationäre Behandlung nicht mehr dringend indiziert ist, die aber mit einem tagesklinischen oder ambulanten Setting noch überfordert wären. Der überwiegende Teil der 15 Patienten der Übergangsklinik leidet an psychotischen Erkrankungen.

Die Übergangsklinik entstand im Jahre 1982 im Rahmen eines Modellprogramms der Bundesregierung. Sie wurde als teilstationäre Einrichtung konzipiert, damit chronisch psychisch kranke Patienten nach der Entlassung aus dem vollstationären Bereich unter intensiver therapeutischer Begleitung beruflich und sozial wieder eingegliedert werden können. In dieser Konzeption ist die Übergangsklinik einzigartig im regionalen psychiatrischen Versorgungssystem.

Die Patienten leben als therapeutische Gemeinschaft in einem Haus, in dem sie sich unter pflegerischer Anleitung so weit wie möglich selbst versorgen. Zum Beispiel werden

Mittag- und Abendessen von den Patienten selbst zubereitet, auch die Kosten hierfür müssen sie selbst tragen; nur das Frühstück wird von der Klinik gestellt und ist durch den Pflegesatz gedeckt.

Im Behandlungs-Team der Übergangsklinik sind folgende Berufsgruppen vertreten:

- Ärztin
- Psychologischer Psychotherapeut
- Sozialpädagogin
- Ergotherapeutin
- Hauswirtschafterin
- Werkstattleiter
- Krankenpflegepersonal

Neben der medikamentösen Behandlung erfolgen Einzelgespräche und auch Einzelpsychotherapie. Zum weiteren Angebot der Klinik gehören allgemeine und indikative Therapiegruppen, Ergotherapie, Gymnastik, Sport, Fitness und Bewegungstherapie. Einen besonderen Schwerpunkt hat die Tagesstruktur mit Üben von Alltagsfertigkeiten. Über den Sozialdienst werden viele Nachsorgemaßnahmen eingeleitet und auch Arbeitstrainings vermittelt zur Vorbereitung auf eine berufliche Rehabilitation.

Meist schließt sich die Behandlung in der Übergangsklinik an eine Akutbehandlung im vollstationären Bereich an.



Auch wenn die Übergangsklinik zur Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Homburg gehört, ist auch die Aufnahme von Patienten aus einer anderen Psychiatrischen Klinik möglich. Eher selten ist die ebenfalls mögliche direkte Einweisung von Patienten durch einen niedergelassenen Arzt.

*Werner Kremp, PP
Universitätsklinikum Homburg*

„IM SOZIALPSYCHIATRISCHEN BEREICH IM SAARLAND SIND SOWOHL DIE PSYCHOLOGISCHEN ALS AUCH DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHEN KOMPETENZEN VIEL ZU WENIG EINGEBUNDEN.“

Annette Labouvie-Rausch arbeitet seit 1988 für die Psychosozialen Projekte Saarpfalz gGmbH (PSP). Mit über 30 MitarbeiterInnen halten die PSP im Saarpfalz-Kreis ein umfangreiches sozial-psychiatrisches Leistungsangebot vor, das sowohl stationäres Wohnen als auch ambulante Hilfen enthält, und das von Freizeitangeboten über ein Tageszentrum bis hin zu beruflichen Integrationsmaßnahmen, gruppen- und einzeltherapeutischen Angeboten, Hilfen für Demenzerkrankte wie auch einer Projektgruppe für Kinder und Jugendliche eine enorme Bandbreite hat.

Als Mutter von 3 Kindern ist Frau Labouvie-Rausch nie ganz aus ihrem Beruf ausgestiegen, kennt aus eigener Anschauung die unterschiedlichsten Modelle zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigung und hat – wie so viele – ihren eigenen Weg in Sachen Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefunden. Derzeit hat sie eine halbe Stelle mit einem umfangreichen Aufgaben- und Verantwortungsbereich.



Frau Labouvie-Rausch, Sie sind im Saarland eine der wenigen approbierten PsychotherapeutInnen, die in der sogenannten komplexen sozialpsychiatrischen Versorgung arbeiten. Wie war ihr beruflicher Werdegang dahin?



Ich habe mein Psychologiestudium in Saarbrücken begonnen, dann aber zur FU Berlin gewechselt, weil ich schon im Studium Interesse an gemeindepsychiatrischen Ansätzen hatte und es dort zu dieser Zeit einen Studienschwerpunkt Gemeindepsychologie bei Prof. Bergold und Zaumseil mit integrierten familientherapeutischen Inhalten gab. Nachdem ich mein Studium dort abgeschlossen hatte, bin ich zurück ins Saarland und habe in verschiedenen Bereichen gearbeitet, z.B. ein Jahr bei der Lebenshilfe in Saarwellingen, habe eine psychotherapeutische Ausbildung begonnen und bin seit 1988 bei den PSP. Die PSP hatten sich zunächst als Trägerverein aus Angehörigen und Professionellen gegründet und aus diesem ist später die gGmbH hervorgegangen. Der Saarpfalz-Kreis war damals Bundesmodellregion im Modellverbund Psychiatrie, zunächst mit der Tages- und Übergangsklinik, später war das Projekt der beruflichen Integration ein Bundesmodell. Anfang der 90er Jahre habe ich im Münchener IFT meine psychotherapeutische Ausbildung abgeschlossen und bis 2000 neben der Arbeit bei den PSP auch im Kostenerstattungsverfahren gearbeitet. Ich habe es sehr bedauert, dass ich mich damals für das eine oder das andere entscheiden musste.

Wie bewerten Sie diese Entscheidung aus heutiger Sicht?

Die selbständige psychotherapeutische Arbeit nach dem Kostenerstattungsverfahren war für mich damals eine sinnvolle, und für die Patienten eine sehr hilfreiche Ergänzung zu den Angeboten der komplementären Versorgung, die sie z.B. über die Psychosozialen Projekte erhalten haben.

Es gibt im Prinzip zwei Parallelsysteme in der psychotherapeutischen Versorgung: die Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Psychosekranken



oder Menschen mit einem chronischen Krankheitsverlauf, tauchen in den Praxen der niedergelassenen KollegInnen kaum auf, und umge-

kehrt werden sie bei der Behandlung in Kliniken und anderen Institutionen auch selten auf diese Möglichkeit hingewiesen. Ich bedauere dies sehr, zumal die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern längst hinreichend nachgewiesen werden konnte. Insgesamt sind im sozialpsychiatrischen Bereich im Saarland sowohl die psychologischen als auch die psychotherapeutischen Kompetenzen viel zu wenig eingebunden. Das ist in Berlin z.B. viel besser.

Welchen Schwerpunkt hat Ihre psychotherapeutische Tätigkeit heute und was gehört zu Ihrem Aufgabenbereich?

Ich habe mich auf psychoedukative Verfahren und auf die Psychotherapie von Psychosen spezialisiert, leite auch Workshops zu diesem Themenbereich und bin als Dozentin tätig. Neben psychotherapeutischen Einzelgesprächen führe ich im Bereich berufliche Integration psychologische Diagnostik und Beratung bei den Integrationsmaßnahmen durch, außerdem leite ich Gruppen zu den Themen ‚soziale Kompetenz‘, zu Problemlöseverfahren oder zu bestimmten Krankheitsbildern.

Um eine hohe fachliche Qualität der Angebote der Einrichtung zu gewährleisten, lege ich ein besonderes Augenmerk auf interne und externe Mitarbeiterfortbildungen und ich mache regelmäßig Teambesprechungen und Supervision. Ich war und bin maßgeblich für die Konzeptentwicklung bei den PSP mitverantwortlich, hier stellen sich immer wieder neue Aufgaben – das macht die Arbeit in diesem Bereich besonders interessant. Unser jüngstes Projekt ist ein Angebot für De-



menzkranken und ihre Angehörigen. Hier besteht insofern ein enormer Bedarf, als viel zu wenig „niedrigschwellige“ ambulante Angebote existieren, die die pflegenden Angehörigen oder die Patienten selbst dabei unterstützt, z.B. eine stationäre Versorgung zu vermeiden. Wir kooperieren hier mit pro Mensch (Betreuungsverein Saarland e.V.).



Wer sind Ihre Kooperationspartner innerhalb und außerhalb der PSP?

Meine Aufgabe ist die fachliche Leitung der Einrichtung und ich stehe daher allen Bereichen und Mitarbeitern der PSP zur Verfügung. Wir arbeiten natürlich eng mit dem Universitätsklinikum Homburg, insbesondere mit den psychiatrischen/psychotherapeutischen Stationen und den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten zusammen.

Seit Anfang 2006 sind wir als Weiterbildungsträger nach der AZWV zertifiziert, was eine Voraussetzung dafür war, dass wir auch weiterhin in Kooperation mit den Argen, den Agenturen für Arbeit und den Rentenversicherungsträgern Reha-Maßnahmen durchführen können. Die Einrichtung ist seit über 20 Jahren in der Region tätig und ist im gesamten Landkreis sehr gut mit den anderen Diensten der gemeindepsychiatrischen Versorgung vernetzt.

Wie beurteilen Sie die aktuellen Reformbemühungen in der komplementären psychiatrischen Versorgung im Saarland, die unter dem Stichwort „ambulant vor stationär“ diskutiert werden?

Für die Psychosozialen Projekte stand dieser Grundsatz von Anfang im Vordergrund: Etwa 200 psychisch erkrankte Menschen aus der Region nutzen unsere Angebote ambulant. Im Wohnbereich haben wir derzeit 15 stationäre Plätze mit einer durchschnittlichen Fluktuation 3 bis 4 BewohnerInnen pro Jahr und daneben etwa 40 ambulante Maßnahmen. Ich halte die höhere Betreuungsintensität, die jetzt in der ambulanten Versorgung möglich ist, für sehr begrüßenswert und bin sicher, dass dadurch mehr Menschen im ambulanten Bereich bleiben können, die unter den früher geltenden Bedingungen in eine stationäre Versorgung hätten wechseln müssen. Problematisch ist in meinen Augen, dass die Koordination der einzelnen Leistungselemente des Versorgungssystems (noch) nicht geregelt ist.

Weitere Informationen, unter anderem zur Chronologie der Einrichtung, zu den verschiedenen Angeboten, Aktivitäten u.v.m. finden Sie auf der homepage unter www.psp-homburg.de

Das Gespräch mit Annette Labouvie-Rausch führte Irmgard Jochum.

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT STELLT RECHT AUF UNEINGESCHRÄNKTE AKTENEINSICHT FEST

Künftig werden alle Formen der psychiatrischen Krankenakten von den Patienten eingesehen werden dürfen. Bislang hatte der Bundesgerichtshof (BGH) das Einsichtsrecht der Patienten in psychiatrische Krankenakten auf objektive Befunde beschränkt und einen therapeutischen Vorbehalt anerkannt. Bereits im August 2006 meldete das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) verfassungsrechtliche Zweifel an diesen Einschränkungen an. Künftig ist bei der psychiatrischen Dokumentation davon auszugehen, dass Patienten auch Einsicht in die subjektiven Teile der Krankenakte erhalten. Bislang hat der BGH diese Grenze dort gezogen, wo sich Aufzeichnungen nicht auf objektive Befunde, sondern auf subjektive Wertungen und Einschätzungen des Arztes beziehen haben. Ein therapeutischer Vorbehalt, der ein Einsichtsrecht dort verneint, wo therapeutische Bedenken gegen eine

Offenlegung der Befunde bestehen, wurde anerkannt. Vor dem Hintergrund eines aktuellen Falles durch einen gemäß §63 Strafgesetzbuch in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Patienten stellt das BVerfG in seinem Beschluss das Recht auf uneingeschränkte Akteneinsicht fest. Dies gilt analog wohl auch für psychotherapeutische Akten. Der Patient muß allerdings beweisen können, dass der Therapeut eine subjektive Dokumentation über ihn angelegt hat. Wenn er das nicht beweisen kann, wird eine Klage abgewiesen.

*Quellen: DNP – Der Neurologe & Psychiater, 21.06.07
– BVVP Newsletter Ausgabe Nr. 06/07*

NIEDERGELASSENE

GESUNDHEITSMODERNISIERUNGSGESETZ – WETTBEWERBSSTÄR- KUNGSGESETZ – VERTRAGSARZTRECHTSÄNDERUNGSGESETZ NEUE MÖGLICHKEITEN FÜR PP UND KJP?

Die neue Gesetzgebung enthält eine Reihe neuer Möglichkeiten, die vor allem den Ärzten – niedergelassen oder an der Schnittstelle von stationär zu ambulant – zugute kommt. Welche Chancen oder auch Risiken sich daraus für PP und KJP ergeben – das wollten wir in einem Interview mit dem in der KV für Niederlassungsfragen und für Praxisberatung zuständigen Mitarbeiter, Herrn Feit, klären. Weitere Ansprechpartnerin ist Frau Otto.

Herr Feit, Sie sind seit dem PsychThG zuständig auch für die Niederlassungs- und Praxisberatung von PP und KJP. Wenden sich unsere KollegInnen häufig an Sie?

In der Tat haben sich seit dem PsychThG sehr viele PP und KJP an uns mit der Bitte um Beratung gewandt. Anfangs betrafen die Fragen vor allem Unklarheiten mit dem Nachweis der Fachkunde, dem Eintrag ins Arztregister, der Vereinbarkeit einer möglichen Niederlassung mit dem bis dahin bestehenden festen Anstellungsverhältnis. Mittlerweile werden vor allem Fragen nach der Bedarfsplanung, also nach frei werdenden Niederlassungsmöglichkeiten und deren möglichen Änderung in der Zukunft an uns herangetragen.

BEDARFSPLANUNG

Im PsychThG ist ja festgeschrieben, dass die Ärztlichen Psychotherapeuten einerseits und die PP / KJP andererseits jeweils ein Anrecht auf zumindest 40 % der psychotherapeutischen Versorgung haben. Diese Regelung läuft nun 2008 aus. Werden dann zusätzliche KV-Sitze für PP und KJP frei werden?

Diese Frage wird uns oft gestellt. Hierzu ist derzeit noch keine Aussage möglich. Die entsprechenden Entscheidungen werden natürlich nicht im Saarland getroffen.

Es ist auch immer wieder zu hören, dass nach dem WSG die gesamte Bedarfsplanung ab 2011 wegfallen soll. Ist da was dran?

Das kann man so nicht sagen. Es gibt eine Formulierung im WSG, die verschiedentlich so interpretiert wird. Aber da besteht noch Klärungsbedarf. Vermutlich werden die Prinzipien der Bedarfsplanung überarbeitet werden. Aber da steht noch nichts fest.

ZULASSUNG ALS VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTIN

Wenn wir uns den derzeit gültigen Regelungen zuwenden: Was hat sich bzgl. der Niederlassungsmöglichkeit für PP und KJP geändert?

Es gibt keine altersmäßige Zugangsgrenze mehr. Bisher konnte man sich nur bis zum Alter von 55 Jahren neu niederlassen. Jetzt kann sich jeder um eine KV-Zulassung bewerben, der unter 68 Jahre alt ist. Dann endet die Zulassung generell – ausgenommen in unterversorgten Gebieten.

Wie ist es mit der Vereinbarkeit von angestellter Tätigkeit und Niederlassung: hat sich da etwas geändert? Es soll doch jetzt auch halbe Zulassungen geben?

Seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes – VÄG – besteht die Möglichkeit, dass ein zugelassener PP / KJP seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränken kann. Hieraus resultiert auch eine verringerte Verpflichtung zum Vorhalten von Sprechstundenzeiten. Konkrete Angaben hierzu enthält der zum 1. Juni diesen Jahres formulierte Mantelvertrag.



Bezüglich der Vereinbarkeit von angestellter Tätigkeit und Niederlassung haben sich Änderungen insofern ergeben, dass diese in Zukunft nicht mehr grundsätzlich ausgeschlossen ist. Nach derzeitiger Rechtsprechung wäre bei einer Vollzeitpraxis allenfalls eine angestellte Beschäftigung von bis zu 13 Wochenstunden zulässig. Theoretisch könnte man daraus schließen, dass die Niederlassung mit einem hälftigen Versorgungsauftrag ein Beschäftigungsverhältnis von maximal 26 Wochenstunden ermöglicht. Erfahrungen hierzu liegen bisher nicht vor.

Müsste es dann nicht möglich sein, dass 2 BewerberInnen sich auf eine gemeinsame ganze Zulassung, d.h. also auf je eine halbe Zulassung bewerben?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV – und die KV Saarland vertreten derzeit die Auffassung, dass es „halbe Zulassungen“ nicht gibt. D.h. es ist momentan nicht möglich, dass zwei Bewerber sich für eine volle Zulassung bewerben.

Wenn ein/e niedergelassene/r Kollege/in sicher ist, dass sie oder er dauerhaft nicht mehr als z.B. 10 Stunden arbeiten möchte, ist es dann nach dem neuen Gesetz möglich, eine halbe Zulassung an eine/n Kollegin/en abzugeben?

Hierzu wird zunächst auf die vorherige Antwort verwiesen. Aber es steht schon bisher der Weg offen, entweder als Gemeinschaftspraxis mit einer/m Kollegin/en zusammenzuarbeiten (das setzt aber die volle Zulassung beider PartnerInnen voraus) oder nach dem Modell des Jobsharing. In diesem Fall hat der ursprüngliche Praxisinhaber eine volle, der neu hinzugekommene eine eingeschränkte Zulassung. Im Falle des Jobsharing ist es der Praxis untersagt, den bisherigen Leistungsumfang der Praxis auszudehnen.

PP / KJP denken oft „ich arbeite sowieso nicht so viel – dann könnte ich auch jemand dazunehmen“. Müsste man nicht gerade anders denken: „ich will eine/n Kollegin/en mit in die Praxis nehmen, also arbeite ich ein Jahr lang so viel wie möglich, und dann habe ich die Basis zum Teilen“?

Es ist aus betriebswirtschaftlichen Gründen erst dann sinnvoll, eine Kooperation einzugehen, wenn der Praxisumfang dies zulässt.

Wer über mehrere Quartale hinweg z.B. nur 10 Stunden pro Woche arbeitet – muss der oder die fürchten, eine halbe Zulassung entzogen zu bekommen?

In der KV Saarland gibt es bisher keine Überlegungen in diese Richtung.

ZWEIGPRAXIS

Bisher durfte man nur an dem Niederlassungsort bzw. in dem Zulassungsbereich, für den man eine Zulassung hatte, seine Praxis betreiben. Eröffnet die Möglichkeit von Zweigpraxen neue Perspektiven?

In der Tat ist es nach der Zulassungsverordnung jetzt möglich, Zweigpraxen zu eröffnen. Dabei wird geprüft, ob dadurch eine Verbesserung der Versorgung herbeigeführt wird, ohne dass die Versorgung am Sitz der Hauptpraxis darunter leidet. Wer z.B. auf dem Land wohnt und eine Zulassung in der Stadt hat könnte mit diesem Argument durchaus eine Zweigpraxis an seinem Wohnsitz begründen. Handelt es sich um eine Zweigpraxis im gleichen Zulassungsbereich, dann

ist der Antrag vom Vorstand der KV zu bescheiden; liegt die angestrebte Zweigpraxis in einem anderen KV-Bereich, dann ist für Genehmigung der dortige Zulassungsausschuss zuständig.

An der Grenze zur Pfalz kann das ja durchaus Perspektiven für einige unserer KollegInnen eröffnen.

Es liegen der KVS bisher keine Anfragen diesbezüglich vor.

ANSTELLUNG IN EINER PRAXIS

Gibt es neue Möglichkeiten, bei einer/m niedergelassenen PP / KJP als Angestellte/r mitzuarbeiten?

Die gibt es tatsächlich. Nach den neuen rechtlichen Bestimmungen ist eine Anstellung nicht nur im Jobsharing – d.h. mit Leistungsbeschränkung – möglich. Jetzt geht es auch mit voller bedarfsplanerischer Stelle. Wenn z.B. ein PP eine Zulassung hat, die er nicht weiter als Selbständiger ausfüllen will, so kann er sich bei einem anderen Kollegen anstellen lassen. Angenommen, dieser neu angestellte Kollege hört nun nach einiger Zeit mit seiner Tätigkeit auf, dann kann der anstellende Kollege die frei werdende Stelle nach seiner Wahl besetzen. D.h. die Anstellungsgenehmigung bleibt dem anstellenden Kollegen dauerhaft erhalten – mit dem dazugehörigen Abrechnungskontingent.

Das klingt ja sehr interessant. Auf diese Weise könnten „abgebende“ KollegInnen ja ein weiches Auslaufen ihrer Praxis vorbereiten, ohne dass das, was sie abzugeben haben, dadurch an Wert verlöre. Und „anstellende“ KollegInnen könnten so mit viel größerer Planungssicherheit zukünftige Zusammenarbeit mit anderen anvisieren. Habe ich das richtig verstanden?

Bei Arztpraxen gibt es hier schon einige Erfahrungen diesbezüglich. Bei PP / KJP bisher noch nicht. Aber man kann sich die Anwendung so vorstellen.

Gibt es Beschränkungen, wie viel Anstellungsgenehmigungen pro Praxis zulässig sind?

Gemäß Bundesmantelvertrag können bis zu 3 vollzeitbeschäftigte PP / KJP in einer Praxis angestellt sein. Teilzeitbeschäftigung ist entsprechend auch möglich. Die Leistungen müssen bei der Abrechnung gekennzeichnet sein, so dass sie dem jeweiligen Leistungserbringer zugeordnet werden können. Dadurch entfällt auch die Bindung an ein einheitliches Psychotherapieverfahren.

Herr Feit, ich danke Ihnen sehr für das Gespräch und die Zeit, die Sie sich dafür genommen haben. Wie mir scheint, gibt es doch einige interessante neue Möglichkeiten auch für PP und KJP! Freut es Sie, wenn sich auf unsere Veröffentlichung hin auf einmal viele KollegInnen bei Ihnen melden würden?

Die KV Saarland steht mit ihrem Beratungsangebot jederzeit gerne zur Verfügung. Wir haben auch eine sog. „Vermittlungsbörse“ geschaffen, wo sich potentielle Abgeber von Praxen und potentielle Interessenten für Praxisübernahmen treffen können. Dabei können natürlich auch alle möglichen Varianten durchgesprochen werden.

Telefonisch erreichen Sie den Beratungsservice der KV Saarland wie folgt:

0681 4003-213 (Herr Feit), 0681 4003-381 (Frau Otto)

Das Gespräch mit Herrn Feit führte Ilse Rohr

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)



3. Okt. in Bernried/Starnb. See **Höhenrieder Borderline- Symposium**, Psychodynamische Psychotherapie von Borderline-Störungen im ambulanten und stationären setting, Klinik Höhenried, Info: philipp.martius@hoehenried.de
3. bis 5. Oktober in Köln **Intern. Kongress: Psychotherapie als geisteswissenschaftliche Disziplin**, Info: s.grieger@psychotraumatologie.de
13. bis. 14. Oktober in Bremen **44. Kinder- Verhaltenstherapietage**, info: todisco@uni-bremen.de
15. bis 18. Oktober in Lübeck **36. Norddeutsche Psychotherapietage: Liebe und andere Leidenschaften**, info: maday@muk.de
19. bis 21. Okt. in Frankf./Main **Traumatische Erfahrungen in Gruppe/ Organisationen und Gesellschaften**
Sigmund-Freud- Institut, Info: SFI-J.Kuhlewey@t-online.de
20. Oktober in Heidelberg **20. Gruppenanalytisches Symposium, Entbindung-Verbinden. Die Entwicklung vom Säugling zum jungen Erwachsenen.**, Institut für Gruppenanalyse, Info: Tel: 06221-162689
25. bis 28. Oktober in Mainz **DGIP- Jahrestagung 2007: Der phantastische Raum- Phantasie, Realität, Kreativität**, www.dgip.de
25. Oktober in Düsseldorf **Was Kinder stärkt- Neue Erkenntnisse der Resilienzforschung**
Fachtagung des Ev. Vereins für Adoptions- und Pflegekinder-Vermittlung, Info: fffz@fffz.de
27. Oktober in Saarbrücken **workshop: Psychoanalytische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche- Ausbildungs- und Berufssituation im Saarland**, VAKJP- LV und SIPP e.V., 10.00h bis 15.00h, Info: www.sipp.de
27. Oktober in Saarbrücken **PTK Saar und SIAP: Transkulturelle Psychotherapie- Faktor Kultur als essentieller Bestandteil therapeutischer Intervention**, 9.00h bis 16.00h, SIAP Scheidter Straße, info: www.ptk-saar.de
1. bis 4. Nov. in London(GB) **4th European Psychoanalytic Film Festival**, info: www.pschoanalysis.org.uk/epff4
6. November in Berus **Prof. Dr. med. Bette: Vortrag: Zur Soziologie des Abenteuer- und Risikosportes**, Info: www.ahg.de/Berus
14. Nov. in Merzig/Hilbringen **Fachtagung: Internet- Faszination und Risiken- Onlinesucht im Jugendalter**
9.00h bis 17.00h , CEB- Akademie-AK gemeindenahe Suchtprävention im Saarland
21. bis 24. Nov. in Bad Homburg **DPV- Herbsttagung**, Info: www.dpv-psa.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 Ärztebank
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

22

www.ptk-saar.de

WEBSITE DER KAMMER

Alle Interessenten finden im Veranstaltungskalender Themen und Termine der Psychotherapie, regional und überregional

Alle Mitglieder erhalten hier:

Informationen über aktuelle Themen

Informationen über die Arbeit des Vorstandes

Einsicht in Protokolle der Vertreterversammlung

Außerdem können Sie sich über das „Schwarze Brett“ austauschen

Um Zugang zum Mitgliederbereich zu erhalten, senden Sie bitte eine Mail mit der Bitte um einen Zugangscode an die Geschäftsstelle (kontakt@ptk-saar.de). Nach Überprüfung Ihrer Mitgliedschaft werden Ihre Angaben weitergeleitet an den Systemadministrator, der Sie über die Freischaltung des Zugangs benachrichtigt.



FORUM PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER DES SAARLANDES