

FORUM

DER PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER DES SAARLANDES

NOVEMBER 2017

67

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

Podiumsdiskussion vor der Bundestagswahl	3
Fachtagung „Trauma und Identität“	5
Expertenhearing Prävention	9
Soldatinnen und Soldaten in der psychotherapeutischen Praxis	11
Interview „Die Männer belügen nicht die anderen, sondern sich selbst“	13
Broschüre Schülerinnen und Schüler mit Fluchterfahrung	14
Interview Telefonseelsorge „Wir sind kein Callcenter“	15
Frauen in die Berufspolitik	18

MITTEILUNGEN DER KAMMER

Weiterbildung in Systemischer Therapie und Gesprächspsychotherapie	21
Preisanpassung für Beilagen im Forum	22
An- und Abmeldungen zu Veranstaltungen der PKS	23
Aktuelle Broschüren zur Befugnisserweiterung der Psychotherapierichtlinien	23
Veranstaltungsankündigung: Soziotherapie	24

INFORMATIONEN FÜR MITGLIEDER

Telematik	24
Psychotherapiehonorare – Enttäuschendes Urteil des Bundessozialgerichts	25
Möglichkeiten und Grenzen der Verbesserung der (ambulanten) neuropsychologischen Versorgung	26
„Drachenlord“ und „Drachengame“	31
Was ist mit den „neuen Befugnissen“?	34
Terminservicestelle TSS	35

MITGLIEDER

Wir gratulieren unseren Mitgliedern	36
Kleinanzeigen	37

RECHTLICHES

Fortbildung zur Berufsordnung	37
-------------------------------	----

PIA

12. PiA-Politik-Treffen und 17. Bundeskonferenz PiA in Berlin	38
---	----

BPTK

Demografiefaktor ohne Überprüfung unbefristet weiter gültig	39
Kinderschutzhotline von Fachleuten für Fachleute: 0800 19 210 00	40

Veranstaltungskalender	41
------------------------	----



EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zur Drucklegung der 67. Ausgabe des FORUM war noch nicht klar, ob die Koalitionäre es schaffen, eine Regierungsbildung hinzubekommen. Ebenso wenig war es abzusehen, wenn es denn dazu käme, ob die Parteien in ihrem Koalitionspapier die Reform des Psychotherapeutengesetzes wieder aufnehmen. Bis zuletzt haben die Landeskammern und die BPTK darum gerungen, dies zu erreichen. Wir haben Landes- und Bundespolitiker mehrfach kontaktiert, Gespräche und Diskussionen geführt und damit alles in der Macht der Profession stehende getan, die Notwendigkeit zur „Reform jetzt“ deutlich zu machen. Gleichwohl werden wir abwarten müssen, ob sich unsere Bemühungen gelohnt haben.

Der Kammervorstand hatte bereits im August eine Podiumsdiskussion mit den saarländischen Spitzenkandidatinnen und -kandidaten der Parteien zur Bundestagswahl 2017 veranstaltet. Unter dem Titel „Wie gelingt eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen und eine angemessene Gestaltung des psychotherapeutischen Berufes“ wurden neben den wichtigen Versorgungsfragen und den Fragen einer angemessenen Honorierung psychotherapeutischer Leistungen auch die Reform der Psychotherapeuten Aus- und Weiterbildung diskutiert. Lesen Sie dazu den Bericht gleich am Anfang des FORUM.

Es folgen Tagungsberichte zu Kooperationsveranstaltungen: Die Fortbildung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Saarlandheilstätten GmbH (SHG) zu Trauma und Identität sowie die gemeinsame Fortbildung der PKS mit den Landespsychotherapeutenkammern Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz mit der Bundeswehr in Köln zum Thema der speziellen Anforderungen bei der psychotherapeutischen Behandlung von Soldatinnen und Soldaten.

Wir berichten über die Einladung der Kammer zum Expertenhearing zum Thema Prävention, in welchem mit saarländischen Akteurinnen und Akteuren aus unterschiedlichen Institutionen diskutiert wurde, wie sich die Situation nach Abschluss der Landesrahmenvereinbarung Prävention im Februar diesen Jahres im Saarland darstellt und welchen konkreten Beitrag unsere Profession hier leisten kann. In einem ersten Zwischenbericht informiert sie Vizepräsidentin Inge Neiser als Frauenbeauftragte im Vorstand über den Stand der strategischen Überlegungen der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft „Frauen in der Berufspolitik“, wie eine Erhöhung des Frauenanteils in den Gremien der Kammern erreicht werden könnte.

Zwei Interviews zu sehr unterschiedlichen Themen haben wir aufgenommen: Einmal das Interview von Susanne Münnich-Hessel mit Herrn Markus Müller, Leiter der Selbsthilfegruppe „Schwule Väter und Ehemänner im Saarland“, welches unter der Überschrift steht „Die Männer belügen nicht die anderen, sondern sich selbst“. Zum anderen das Interview mit Kammermitglied Heidrun Mohren-Dörrenbächer, langjährige Mitarbeiterin bei der TelefonSeelsorge im Saarland, welches Vorstandsmitglied Irmgard Jochum geführt hat.

Das Thema Cybermobbing erfasst immer mehr Kinder und Jugendliche. Lesen Sie im Beitrag „Drachenlord und Drachengame“ über den Tatort Internet und die Zunahme und den Umgang mit Cybermobbingopfern in der psychotherapeutischen Sprechstunde.

Zuletzt noch ein Hinweis des Redaktionsteams: Da viele Themen Angestellte, Niedergelassene, PP und KJP gemeinsam betreffen, haben wir die ursprünglich unter diesen Bezeichnungen getrennten Rubriken und die

Rubrik „Fachthemen“ zusammengeführt in eine neue Rubrik „Information für Mitglieder“. Dort finden Sie nun Beiträge, die in der Regel für mehrere Mitgliedergruppen von Interesse sind: So sind etwa die Beiträge zu den neuen Befugnissen oder zur Terminservicestelle für niedergelassene und angestellte PP und KJP von Bedeutung. Auch der Artikel zur neuropsychologischen Versorgung betrifft Mitglieder, die selbstständig und nichtselbstständig tätig sind, ob als KJP oder PP.

Ich wünsche Ihnen in dieser letzten Ausgabe des FORUM 2017 angenehme Festtage, einen guten Jahreswechsel und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2018 für Sie alle und unseren ganzen Berufsstand.

*Ihr
Bernhard Morsch
Präsident*



AUS DER ARBEIT DER KAMMER

Podiumsdiskussion vor der Bundestagswahl

Unter dem Motto „Themen zur Bundestagswahl 2017“ hatte die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes am Mittwoch dem 30.08.2017 die saarländischen Spitzenkandidatinnen und -kandidaten der Parteien zur Bundestagswahl 2017 ins „kinoachteinhalf“ im Nauwieserviertel zu einer Podiumsdiskussion eingeladen. Nadine Schön (CDU), Esra Limbacher (SPD), Thomas Lutze (DIE LINKE), Kirsten Cortez (FDP) und Markus Tressel (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) diskutierten mit den zahlreichen Gästen, wie eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland gelingen kann, und wie dabei die berufliche Situation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und deren Einbindung in die Versorgung angemessen gestaltet werden kann.



(v.l.n.r.) Irmgard Jochum, Bernhard Morsch, Kirsten Cortez, Esra Limbacher, Nadine Schön, Thomas Lutze, Markus Tressel

Bereits in seiner Begrüßung machte Bernhard Morsch deutlich, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen, die psychisch erkrankt sind, in Deutschland weiterhin schlechter ist, als die Versorgung somatischer Erkrankungen. Besonders prekär sei die Versorgungslage für spezielle Patientengruppen wie z.B. psychisch erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung oder für erkrankte Flüchtlinge. Die noch immer unbefriedigende Versorgungslage drücke sich sowohl in gesellschaftlich fortbestehender Stigmatisierung psychischer Krankheit und der unzureichenden Behandlungsangebote, als auch in der eingeschränkten Wertschätzung des psychotherapeutischen Berufs aus.

Gerade in der stationären psychotherapeutischen Versorgung bestehe erheblicher Nachholbedarf, dass Psychotherapeutinnen und -thera-

peuten entsprechend ihres Kompetenzprofils als eigenständige Heilberufe Behandlungsverantwortung und selbstverständlich auch Leitungsfunktionen besetzen können. Wertschätzung drücke sich auch in der Höhe der Vergütung bzw. Honorierung der Behandlungsleistungen aus, beides sei dringend reformbedürftig: So würden angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten trotz ihrer hohen fachlichen Qualifikation (Facharztstandard) im Vergleich zu anderen akademischen Heilberufen tariflich benachteiligt. Ihre Vergütung liege sogar unter der eines Assistenzarztes, der im Krankenhaus erst seine fachärztliche Weiterbildung beginnt. Auch niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten (ärztliche gleichermaßen wie PP und KJP) erzielten nicht einmal die Hälfte des durchschnittlichen Fachgruppeneinkommens der somatisch tätigen KollegInnen.

Politik für psychisch kranke Menschen – Positionspapier der PKS

Die geladenen Spitzenkandidatinnen und -kandidaten der Parteien hatten mit der Einladung das Papier der Psychotherapeutenkammer „Politik für psychisch kranke Menschen 2017– 2021“ erhalten. In dem Grundsatzzpapier macht die Kammer insbesondere Vorschläge für die kommende Wahlperiode des Deutschen Bundestages im Hinblick auf die Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Behandlung, der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Rehabilitation und Inklusion. Das Positionspapier zeigt auf der anderen Seite auf, dass ein gewachsenes Aufgaben- und Anforderungsprofil an Psychotherapeutinnen und -therapeuten von einer reformierten Aus- und Weiterbildung flankiert werden und die Reform des Psychotherapeutengesetzes in der kommenden Legislatur abgeschlossen werden muss. Das gesamte Papier steht für Sie auf unserer Webseite zum Download bereit.

Grundsatzfragen zur Versorgung

Mit der Einladung zur Podiumsdiskussion hatten die Politikerinnen und Politiker auch einige Fragen erhalten, zu denen Statements abgegeben werden konnten:

- Wie sehen Sie die Versorgungssituation für psychisch Kranke im Saarland und in Deutschland?
- Wie schätzen Sie den Stand der psychotherapeutischen Versorgung der vielen nach Deutschland vor Gewalt und Folter Geflüchteten ein?
- Wie bewerten Sie die Rolle der beiden Heilberufe Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten fast 20 Jahre nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes?
- Wie bewerten Sie die gesellschaftliche Entwicklung im Hinblick auf die Akzeptanz psychischer Erkrankungen?

Da keine der Spitzenkandidatinnen und -kandidaten sich als ausgewiesene Gesundheitsexpertinnen und -experten outeten, stand die Diskussion eher im Zeichen „Wir Politiker informieren uns bei Euch Experten“. Über alle Parteien hinweg schlossen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Podiums der Einschätzung an, dass die Versorgung unzureichend sei. Auch die Forderung der Kammer, nach einer wirklich bedarfsgerechten Planung der Anzahl der Behandlungsplätze wurde geteilt. Thomas Lutze, Die Linke, ließ keinen Zweifel daran aufkommen, dass es eine gesellschaftliche Grundsatzentscheidung sei: Das Problem lasse sich nicht mit Kennziffern lösen, es gehe nichts daran vorbei, hier mehr Geld in die Hand zu nehmen.

Markus Tressel, Bündnis90/Die Grünen, kritisierte, dass Bedarfsplanung über Kosten geregelt werde und nicht über den tatsächlichen Bedarf. Er forderte, dass die Politik das Heft selbst in die Hand nehmen müsse und nicht allein dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Verantwortung für die Bedarfsplanung

überlassen dürfe. Damit begründete er auch die Forderung von Bündnis90/Die Grünen, nach der Einrichtung einer Expertenkommission zur Bedarfsplanung.

Auch Nadine Schön von der CDU sah im Saarland keine Überversorgung nach der heutigen Bedarfsplanung, im Gegenteil fülle die Kostenerstattung hier eine bestehende Unterversorgungs-Lücke. Sie nehme jedoch den G-BA eher als Treiber und Innovator wahr, der seine Aufgaben durchaus erfüllen könne.

Kirsten Cortez von den Freien Demokraten, studierte Sozialwissenschaftlerin und Ernährungspsychologin, die seit vielen Jahren im Saarland als selbständiger Ernährungscoach tätig ist, hatte von den Podiumsteilnehmerinnen und -teilnehmern noch den engsten beruflichen Bezug zum Thema Gesundheit. Sie wünschte sich eine Veränderung in der Versorgungssituation und in der Ausbildung. Sie wolle sich aktiv dafür einsetzen, dass die Reform in der nächsten Legislaturperiode schnellstmöglich angepackt werde, das gelte auch für die Problematik bei der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen, die sie insbesondere wegen der fehlenden Sprachmittlung als völlig unzureichend bezeichnete.

Diskussionsverlauf

Von Gästen der Veranstaltung wurde unter anderem das Thema Ökonomisierung im Gesundheitswesen problematisiert: Es wurde die Frage gestellt, weshalb die Politik die Verantwortung an den Markt abgebe: Sie lasse es zu, dass Großkonzerne, denen es weniger um eine qualitativ gute Versorgung als mehr um quantitative hohe Gewinn gehe, in erheblichem Umfang vor allem die Gesundheitsversorgung in der Akut- und Reha-Behandlung übernehmen. Eine klare Antwort gab es zu dieser Frage seitens des Podiums nicht, eher allgemeine Aussagen, die sich in der Spannweite bewegten zwischen



Statements, dass eine Entscheidung privat versus staatlich keine gute Lösung sei, es müsse gute Vorgaben seitens des Staates geben, dann sei eine Zusammenarbeit mit privaten Trägern durchaus sinnvoll. Auf der anderen Seite des Spektrums standen Aussagen, dass die Politik natürlich gegensteuern und der sog. „Gesundheitswirtschaft“ Grenzen setzen müsse.

Aus dem Publikum wurde die Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Bereich der Privaten Versicherungen heftig kritisiert: Es sei nicht hinnehmbar, dass psychische Erkrankungen weiterhin bei den meisten Versicherern Ausschlussgründe für den Abschluss von z.B. Berufsunfähigkeitsversicherungen seien; auch hier müsse die Politik endlich etwas tun, das Problem sei seit Jahren benannt und bekannt.

Weiteres Diskussionsthema war das Bundesteilhabegesetz, dessen Umsetzung in der Praxis sehr problematisch gesehen wurde.

Ein Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen bemängelte, dass die gute Reform der Psychiatrie im Saarland beim Thema Inklusion von psychisch Kranken in den Arbeitsmarkt gescheitert sei: Psychisch Kranke würden zunehmend, statt sie auf dem ersten Arbeitsmarkt an vernünftige Arbeitsplätze zu vermitteln, in Behindertenwerkstätten untergebracht. Hier müsse man doch mehr Anreize für Betriebe schaffen, psychisch Kranke zu integrieren und sowohl Attraktivität als auch eine auskömmliche Finanzierung sicherstellen, statt neue

Ghettos zu schaffen. Seitens einiger Podiumsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurde diese Sicht sehr unterstützt: Inklusion gehe nicht über Integration in Behindertenwerkstätten.

Ausblick zum Ende der Diskussion

Alle anwesenden Politikerinnen und Politiker bekräftigten die Notwendigkeit der Reform der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten und sicherten ihre Unterstützung der Reform zu, die in der auslaufenden Legislatur noch nicht umgesetzt wurde. In Anbetracht der Versorgungslücken müsse der psychotherapeutische Nachwuchs

auf die veränderten Herausforderungen in Form einer neu gestalteten Aus- und Weiterbildung vorbereitet werden. Es sei nicht weiter hinnehmbar, dass Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten anders als z.B. Ärzte, ihre Aus- und Weiterbildung komplett selbst finanzieren müssten und insbesondere im Rahmen der achtzehn Monate dauernden praktischen Tätigkeit in der Klinik mit einer durchschnittlichen Vergütung von fünfhundert Euro im Monat in finanzielle Notlagen gerieten.

Die jüngste Umfrage der Abgeordneten Klein-Schmeink, Bündnis90/Die

Grünen, vom Juni 2017, in der 3.500 PiA befragt wurden, hat diese Not-situation der PiA erneut eindrücklich bestätigt. In einem Positionspapier werden Forderungen an die Bundesregierung gemacht, die Ausbildungsreform nicht weiter zu verschleppen und die Missstände und gleichzeitige Ungleichbehandlung zur Aus- und Weiterbildung in anderen Heilberufen endlich zu beseitigen. Die Untersuchungsergebnisse und das Positionspapier sind auf unserer Website unter Aktuelles eingestellt (<http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/befragung-be.html>)

 *Der Vorstand*

Trauma und Identität – Suizidalität, Amok und Social Exclusion – Dazugehören als Basisbedürfnis

Eine gemeinsame Fachtagung der PKS und der SHG-Kliniken

Die PKS und die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Saarland-Heilstätten GmbH (SHG) luden gemeinsam zu der Fachtagung „Trauma und Identität“ ins Saarbrücker Schloss ein. Rund 250 MitarbeiterInnen vorwiegend aus ärztlichen, psychologischen oder sozialpädagogischen Berufsgruppen waren aus dem Saarland und umliegenden Bundesländern der Einladung zu dieser Tagung am 04.10.2017 mit den Themen „Suizidalität, Amok und Social Exclusion – Dazugehören als Basisbedürfnis“ gefolgt.

Anlass für die Tagung ist die zunehmend brisante emotionale Situation vieler Jugendlicher mit und ohne Migrationshintergrund. Dabei lag der Fokus auf dem Einfluss von Identität und Trauma auf extreme Verhaltensweisen bei Jugendlichen, die großen



v.l.n.r.: Dr. Martin Huppert, Andrea Dixius, Alfons Vogtel, Eva Möhler, Bernhard Morsch, Susanne Münnich-Hessel, Klaus Schmeck, Susanne Schlüter-Müller, Alexander Jatzko (Foto: Harald Kiefer, SHG)

emotionalen Belastungen ausgesetzt sind. Namhafte ReferentInnen aus Deutschland und der Schweiz wie Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Klaus

Schmeck, Dr. med. Alexander Jatzko, Dr. med. Susanne Schlüter-Müller und Dr. med. Friederike Vogel stellten ihre Untersuchungen und klinischen An-

sätze hinsichtlich Identität und Trauma vor und wurden ergänzt durch praxisnahe Anwendungsbeispiele von Prof. Dr. med. Eva Möhler aus der Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF). In deren Rahmen wurde das mittlerweile europaweit im Einsatz befindliche Programm „Stress-Traumasymptoms-Arousal-Regulation-Treatment“ (START) von Dipl. Psych. Andrea Dixius entwickelt, worauf diese Tagung ebenfalls ein Schlaglicht warf. Moderiert wurde die Veranstaltung von Vorstandsmitglied Dipl. Psych. Susanne Münnich-Hessel, die gemeinsam mit Prof. Dr. Eva Möhler und Dipl. Psych. Andrea Dixius (beide SHG) die Tagung vorbereitet hatte.



Alfons Vogtel

Alfons Vogtel, Geschäftsführer der SHG-Kliniken, und Kammerpräsident Dipl. Psych. Bernhard Morsch begrüßten die TeilnehmerInnen. Beide brachten in ihren Grußworten die Freude über die gelungene Kooperation zum Ausdruck und wünschten eine interessante Fachtagung.



Dipl. Psych. Bernhard Morsch

Den spannenden Einführungsvortrag zu Wirkungsweisen von Trauma auf die Entwicklung des Gehirns hielt Dr. Alexander Jatzko, Chefarzt der Klinik für Psychosomatik am Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern. Einleitend schilderte er mit anschaulichen Beispielen wie die menschliche Wahrnehmung und das Erinnerungsvermögen funktioniert. Er erläuterte welche hirnelektrischen Auswirkungen eine Traumatisierung hat, insbesondere welche Netzwerkstörungen im Gehirn durch traumatische Erlebnisse ausgelöst werden. Besonders Traumatisierungen in der frühen Kindheit behindern das Wachstum des sogenannten Hippocampus, einem Teil des Gehirns, dem bei der Einspeicherung neuer Gedächtnisinhalte eine besondere Bedeutung zukommt. Außerdem zeigte er anhand von Bildern Hirnvolumenveränderungen bei Kindern mit Traumatisierungen sowie mit funktionellen Störungen oder mit multiplen Persönlichkeiten. Begleitet wurden die interessanten Ausführungen zur Hirnphysiologie durch zahlreiche Beispiele aus seiner praktischen Arbeit mit traumatisierten Menschen. So wurde deutlich, was Traumatherapie hirnelektrisch bedeutet. Dr. Jatzko vermittelte den Tagungsteilnehmern eindrücklich die Wirkungsweise von traumatherapeutischen Verfahren wie EMDR und der kognitiven Traumakonfrontationstherapie.



Dr. Alexander Jatzko (Foto: Harald Kiefer, SHG)

Danach folgte der Vortrag „Identitätsentwicklung bei minderjährigen Flüchtlingen“ durch Prof. Dr. Klaus Schmeck, Arzt und Psychologe und



Prof. Dr. Klaus Schmeck

Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) zu Basel. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich Persönlichkeitsentwicklung. Er schilderte den TeilnehmerInnen anschaulich die Entwicklung der Identität neben der Autonomieentwicklung als die zentrale Aufgabe der Adoleszenz. Die therapeutische Arbeit müsse der Tatsache gerecht werden, dass sich in den vergangenen Jahren die Zahl der jugendlichen Migranten aus kollektiven Gesellschaftsformen, die andere Identitätsformen und -normen mitbringen, vergrößert hat. Diese Jugendlichen zeigten insbesondere im Bereich des Kontinuitätsaspekts Auffälligkeiten in Form einer angstvollen Antizipation der Zukunft (self across time). Die therapeutische Arbeit speziell mit den Flüchtlingen/Migranten aus diesen kollektiven Kulturen (wie z.B. Afghanistan, Afrika) müsse seiner Auffassung nach auf die Schwierigkeit der Betroffenen abzielen, eine ethnische Identität in einer Gesellschaft zu entwickeln, die unterschiedlich zu ihrer Herkunftskultur ist. Für die behandelnden PsychotherapeutInnen sind kultursensible Hilfen und kulturelles Verständnis entscheidend, um insbesondere mit der Gefahr von Falschdiagnosen, Schwierigkeiten des Perspektivenwechsels und spezieller Gegenübertragung angemessen umgehen zu können.

Prof. Dr. Eva Möhler, Chefarztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der SHG Idar-Oberstein und



Prof. Dr. Eva Möhler

Kleinblittersdorf, schloss in ihrem Vortrag "Partizipative Erstaufnahme-kontexte zum Schutz der Identität" an die Ausführungen Prof. Schmecks an und brachte den TeilnehmerInnen die Situation der geflüchteten Jugendlichen in den Aufnahmeeinrichtungen nahe.

Die Identität eines jungen Menschen könne durch Flucht Kontexte entscheidend beeinflusst werden. Als unbegleiteter minderjähriger Flüchtling fehle die Geborgenheit des Gewohnten. Ein Entwurzelungsgefühl ebenso wie die Ungewissheit des Schicksals und Ohnmachtsempfinden durch wenig Partizipation könne unter Umständen ungünstigen Einfluss auf das Selbstkonzept nehmen wenn der Jugendliche sich als jemand erlebe, der nirgendwo hingehört, sich auf nichts verlassen kann und auch eventuell nichts zu verlieren hat. Radikalisierung oder andere Formen der Selbstschädigung könnten die Folge sein. Deshalb betonte Prof. Dr. Möhler, dass es bei der Ankunft unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in Deutschland von großer Bedeutung sei, bereits in den ersten Clearing-Prozessen präventiv die kindlichen Basisbedürfnisse insbesondere nach Zugehörigkeit, Partizipation, Sicherheit und Bildung zu fokussieren. Zur Sicherheit gehörten nicht nur äußere sondern auch innere Sicherheit, die nach traumatischen Erfahrungen massiv gestört sein könne. Dies könne sich in emotionaler Labilität, Alpträumen und anderen PTSD-Symptomen manifestieren, die einer raschen Stabilisierung bedürften. Danach ging sie auf das

Modellprojekt der SHG ein, welches gemeinsam mit der Landesregierung umgesetzt als deutschlandweit einmaliges Projekt bewertet werden könne. In diesem Clearing-Modell, das mittlerweile europaweites Interesse gefunden habe, gehe man nicht nur auf die äußeren Bedürfnisse wie Kleidung, Nahrung usw. sondern auch auf die inneren Bedürfnisse dieser vulnerablen Jugendlichen wie Schutz, Akzeptanz und Gemeinschaft ein.

Mit Ihrem Vortrag schloss der Vormittag. Das leibliche Wohl kam bei der Fachtagung in der Mittagspause nicht zu kurz.



Der Nachmittag der Tagung stand unter dem Zeichen der Hilfsangebote. Zunächst stellte Dipl. Psych. Andrea Dixius, leitende Psychologin

der SHG Kliniken Idar-Oberstein, Kleinblittersdorf und Schönbach die besondere Situation psychisch stark belasteter Kinder und Jugendlicher und besonders auch Jugendlicher mit Migrationshintergrund dar, mit den Erfordernissen von adaptierten und neuen Wegen in der psychotherapeutischen Versorgung. Dabei beschrieb sie den Teilnehmerinnen das Kurzzeitbehandlungskonzept START (Stress-Traumsymptoms-Arousal-Regulation-Treatment), welches von ihr in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Möhler auf dem Hintergrund der praktischen Arbeit mit minderjährigen Flüchtlingen und akut belasteten Jugendlichen in klinischen und Clearingkontexten entwickelt wurde. In diesem Programm werden Interventionen aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie und Traumatherapie kombiniert und adaptiert.

START zielt primär auf die rasche psychische Stabilisierung durch Stress- und Emotionsregulation. Aber auch die Stärkung von Resilienzfaktoren, Selbstwirksamkeit und die Prävention spielen in der kulturintegrativen Intervention eine zentrale Rolle, auch im Hinblick auf die Identitätsentwicklung in der Adoleszenz. Dabei stellte sie therapeutische Interventionen und erste Studienergebnisse vor. START wird auf nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt und erhielt auf dem Netzwerktreffen des Dachverbandes DBT e.V. 2017 den Innovationspreis. Nähere Informationen zu START www.startyourway.de



Dipl. Psych. Andrea Dixius



Dr. Friederike Vogel

Dr. Friederike Vogel, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin an den Psychiatrischen Kliniken Eltville und niedergelassen als ärztliche Psychotherapeutin in Privatpraxis, stellte aus ihrer Arbeit mit aggressiven Jugendlichen schematherapeutische Behandlungsmöglichkeiten vor. Als zertifizierte Schematherapeutin der Internationalen Schematherapie Gesellschaft und Co-Leiterin des Instituts für Psychotherapie im Mainz (ipsti-mainz) gab sie zunächst eine Einführung in die Schematherapie und das sogenannte Modusmodell. Aufgrund von Lern- und Interaktionserfahrungen bildeten sich entsprechende Schemata, die in verschiedenen Modi zusammengefasst würden. Dr. Vogel beschrieb dabei die verschiedenen Formen von Ärger und Wut im schematherapeutischen Persönlichkeitsmodell und wie durch angemessenen Umgang mit den unterschiedlichen Wut und Ärgermodi Jugendliche befähigt werden könnten, ihre dysfunktionalen Bewältigungsmodi zu verändern, ihre Bedürfnisse zu akzeptieren, angemessen zu versorgen und ihre abwertenden und emotional überfordernden Schemata zu verändern.

Dr. Susanne Schlüter-Müller, niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychiaterin und -Psychotherapeutin in Frankfurt, schilderte in ihrem Vortrag ihre kulturspezifische Arbeit mit Flüchtlingskindern in ihrer sozialpsychiatrischen Ambulanz. Schwerpunkt dieser Arbeit seien vorwiegend geflüchtete minderjährige aus Afghanistan. Dabei sei eine gute



Zusammenarbeit mit qualifizierter vertrauensvoller Sprach- und Kulturmittlung unabdingbar.

In sehr umfangreichem Maße würden in ihrer Einrichtung unbegleitete minderjährige Flüchtlinge betreut. Darüber hinaus supervidiere sie regelmäßig alle Jugendhilfeeinrichtungen in Frankfurt, die UMF betreuen, um die pädagogische Arbeit mit kultursensiblen Wissen und transkulturellen psychiatrischen Aspekten zu unterstützen. Diese kultursensiblen Hilfen, die seit 2001 von der WHO gefordert, nur sehr schleppend umgesetzt würden, erforderten eine vertiefte Auseinandersetzung mit fremdem Krankheitserleben und fremden Krankheitsmodellen. Über diese unterschiedlichen Krankheitsmodelle (z.B. „Der böse Blick“, „Der Neid der Nachbarn“, „Der verrutschte Bauchnabel“ etc.) konnte sie den TeilnehmerInnen anschaulich berichten.

Die TeilnehmerInnen erhielten am Ende noch einmal Gelegenheit zu



Dr. Susanne Schlüter-Müller

den Vorträgen ihre individuellen Fragen und Anliegen vorzubringen. Das Interesse an der Tagung war sehr groß und zeigt, wie groß der Bedarf an spezifischen und kultursensiblen Hilfen ist. Die Bewältigung einfacher Identitätskrisen gehört in der Adoleszenz zwar zu den normalen Entwicklungsaufgaben. Labilisierende und einschneidende Lebenserfahrungen wie Beziehungsabbrüche, Migrationserfahrungen, Entwurzelung, Vernachlässigung im Kindesalter, Misshandlung und andere Traumata können aber zur Identitätsdiffusion führen. Identitätsdiffusion gilt als Prädiktor für gravierende Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung, die mit dysfunktionalen bis hin zu extremen Verhaltensweisen einhergehen kann. Auch Zuschreibungen und Projektionen wie Tätereigenschaften prägen die Identität und somit auch das Verhalten von Jugendlichen unter Umständen langfristig. Für diese zentralen Aspekte ein erhöhtes Bewusstsein zu schaffen, war ein wichtiges gemeinsames Anliegen von PKS und SHG für diese Tagung.

Leider konnten nicht mehr alle Anmeldungen berücksichtigt werden, ein Workshop in Form einer Kondensation der beschriebenen Themen soll Ende des Jahres in der KJPP für diejenigen angeboten werden, deren Anmeldung nicht mehr berücksichtigt wurde.

▼ Prof. Dr. Eva Möhler
Dipl. Psych. Andrea Dixius
Dipl. Psych. Susanne Münnich-Hessel

Expertenhearing Prävention in der PKS

„Koordinieren Sie noch oder helfen Sie schon?“

Nicht immer vergehen drei Stunden so schnell und nicht immer sind sie so gehaltvoll, wenn ExpertInnen zu einem Thema wie z.B. Prävention an einem Tisch sitzen. Am 16. Oktober allerdings war beides der Fall, als Kammervorstand und der saarländische Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ VertreterInnen unterschiedlicher Institutionen und mögliche Kooperationspartner in Sachen Prävention zum Expertenhearing eingeladen hatten.

Neben VertreterInnen von Vorstand und PTI-Ausschuss waren Ärztekammer, Selbsthilfe, Gesundheitsämter, Krankenkassen, Agentur für Arbeit und das zuständige Ministerium sowie PUGIS e.V., der Nachfolgeorganisation der LAGS (Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung im Saarland) mit am Tisch.

Bernhard Morsch erläuterte einleitend den langwierigen Prozess, der schließlich 2015 zur Verabschiedung des Präventionsgesetzes auf Bundesebene geführt hat. Seit Februar 2017 liegt nun auch die Landesrahmenvereinbarung des Saarlandes dazu vor.

Erstaunlicherweise wird die klinische und empirische Expertise der Psychologie und Psychotherapie im Präventionsgesetz nicht berücksichtigt, ebenso wie PsychotherapeutInnen nicht als Akteure in der Prävention genannt werden. „Obwohl psychische Erkrankungen zu den Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts gehören, sollen Psychotherapeuten weder Gesundheitsuntersuchungen durchführen noch Präventionsempfehlungen ausstellen“, kritisiert Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer bereits im Juni 2015 anlässlich der Verabschiedung des Präventionsgesetzes durch den Deutschen Bundestag. „Hier wird ein großes Potenzial verschenkt, denn Prävention gehört zu den essenziellen Leistungen einer psycho-



therapeutischen Sprechstunde, wie sie mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführt wird.“

Der Ausschuss PTI Saar hatte dieses Defizit und seine mögliche Fortschreibung in der Saarländischen Präventionslandschaft – nicht zuletzt auch in der Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz – zum Anlass genommen, das Thema auf die Agenda zu setzen. Saarländische AkteureInnen wurden kontaktiert und eingeladen sich auszutauschen, zu vernetzen, vor allem aber mit uns zu hören und zu diskutieren, welchen konkreten Beitrag unsere Profession hier leisten kann.

Einführungsvortrag von Dr. phil. Petra Schuhler zur psychologischen Prävention

Der einleitende Vortrag von Dr. Petra Schuhler orientierte über die neue Ausrichtung des Präventionsgesetzes, über psychologische Präventionsmodelle und die besondere psychotherapeutische Expertise, wenn es um Prävention geht: Im Mittelpunkt präventiver Maßnahmen sollte eine dichtere Vernetzung der Versorgungssegmente Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege stehen, wobei Gesundheitsförderung und Prävention (Becker, 1997) als integraler Bestandteil der Gesamtversorgung aufzunehmen wäre. Psychologische Präventionsmodel-

le könnten dabei eine wegweisende Rolle spielen, wie das Health-Belief-Modell (Becker & Rosenstock, 1987), die Selbstwirksamkeits-Theorie von Bandura (1997) oder das Verhaltensänderungsmodell von Prochaska & Di Clemente (1983), das die Rückfall- und Rezidivprophylaxe in den Mittelpunkt stellt und damit die Nachhaltigkeit und langfristige Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen fördern könnte. Gut etablierte psychologische Ansätze der Ressourcen- und Schutzfaktorenstärkung sind darüber hinaus nahezu unverzichtbar. Dies gilt sowohl in der Verhaltensprävention wie z.B. bei Lebenskompetenzprogrammen, die die Steigerung von Selbstwertgefühl und Problemlösekompetenzen zum Ziel haben als auch, wenn es um gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung in Betrieben und Schulen geht.

Psychotherapie und Prävention haben vor diesem Hintergrund große historische, theoretische und methodische Gemeinsamkeiten, zum Beispiel ist das grundlegende psychotherapeutische bio-psycho-soziale Arbeitsmodell auch in den modernen präventiven Ansätzen gefordert und die psychologische Psychotherapie als Fach darf durchaus als Expertin für Einstellungs- und Verhaltensänderung, sowie Ressourcenaktivierung gelten.

Als entscheidend hemmender Faktor präventiver Maßnahmen wirkt sich allgemein ein niedriger sozio-öko-



nomischer Status aus: Arme Menschen mit wenig Bildung werden durch Präventionsprogramme nur unzulänglich erreicht. Deshalb ist die Stoßrichtung des neuen Präventionsgesetzes genau richtig, nämlich Prävention in den Lebenswelten zu betreiben, dort, wo Menschen leben und arbeiten. Auf dieser Basis wurde die Perspektive einer suchtpreventiven Vorgehensweise in der Arbeitswelt beschrieben, in der die Grenzen zwischen Prävention, Psychotherapie, Arbeitsschutz und Rehabilitation überwunden werden.

Vortrag von Dipl. Psych. Ullrich Böttiger, Präventionsnetzwerk Ortenaukreis

Der anschließende Vortrag von Dipl. Psych. Ullrich Böttiger, PP und Leiter des Amtes für Soziale und Psychologische Dienste sowie Vorstandsbeauftragter für Frühe Hilfen und Prävention der LPK Baden-Württemberg, stellte ein von der BzGA finanziertes Best-Practice-Modell des Präventionsnetzwerkes Ortenaukreis vor. Darin geht es um die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit und der sozialen Teilhabe für Kinder und ihre Familien im Alter von 3 bis 10 Jahren. Das Interesse daran war sehr groß, denn Vergleichbares gibt es bislang nirgendwo. Frühe Hilfen, die ein umfangreiches Angebot während der Schwangerschaft und bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres anbieten, sind auch im Saarland bereits seit 2007 gut etabliert in allen Landkreisen. Daran knüpfte man 2009 im Ortenaukreis

an mit der Fragestellung „Frühe Hilfen und was dann?“ und entwickelte eine kommunale Gesamtpräventionsstrategie. Sie setzt in den Lebenswelten Kita und Schule an mit dem Schwerpunkt gesundheitliche Chancengleichheit und berücksichtigt explizit sozial benachteiligte Stadtteile. Auf die Nachhaltigkeit der einzelnen Angebote wird dabei besonderen Wert gelegt. So entwickelte sich aus einer Maßnahme zur Schulentwicklung die Einführung einer regelmäßigen Unterrichtsstunde zur Resilienz im Rahmen der Leitbildentwicklung „Gestärkt durchs Leben gehen“ mit den drei Säulen Bewegung, Ernährung, Resilienz.

Nähere Informationen zu diesem Projekt findet man unter <http://www.pno-ortenau.de>

Und im Saarland?

Zu Recht wurde an dieser Stelle kritisiert, dass im Saarland selbst die Einführung einer 3. Sportstunde in der Schule ein unüberwindbares Hindernis zu sein scheint.

Die Gründung des Präventionsnetzwerkes „Das Saarland lebt gesund“, dem auch die PKS vor gut zwei Jahren beigetreten ist, blieb bisher weitestgehend folgenlos. Vergleichbare Aktivitäten auf Landes- oder Landkreisebene sind kaum erkennbar. „Koordinieren Sie noch oder helfen Sie schon?“ so der ironische Kommentar eines Teilnehmers zu diesem Beispiel eines Netzwerkes ohne Inhalte.

Dr. Lamberty, zuständiger Abteilungsleiter für Gesundheit im saarländischen Ministerium für Soziales,

Gesundheit, Frauen und Familie kritisierte die fehlende Struktur zur Umsetzung im Präventionsgesetz. So ermögliche das Gesetz, dass allein der Steuerungskreis aus GKV-VertreterInnen über den Präventionsetat von immerhin ca. 1,2 Mio. € jährlich im Saarland verfügen könne.

Dass es viele erfolgversprechende Ideen aus dem Bereich der Prävention gibt, deren Realisierung allerdings außerhalb des Wettbewerbsfeldes der Einzelkassen anzusiedeln wäre, wurde an mehreren Stellen deutlich. Ein Beispiel dafür ist die zahnärztliche Prophylaxe, die bundesweit in Schulen seit über 30 Jahren fest etabliert ist.

Im Februar 2018 soll eine Landespräventionskonferenz stattfinden, so Dr. Lamberty. PUGIS e.V. plant ein Projekt für Arbeitslose in Kooperation mit dem Jobcenter St. Wendel zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung. Beides sind gute Gelegenheiten vom Koordinieren zum Helfen überzugehen. Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes wird nun allerdings auch zu der Landespräventionskonferenz eingeladen, wie am Ende des Expertenhearings zu vernehmen war.

Literatur:

- Becker, P. (1997) Präventions- und Gesundheitsförderung. In: R. Schwarzer (Hrsg.) Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe, S, 517-534
Becker, M. & Rosenstock, I. (1987) Comparing social learning theory and the health belief model. In: Ward, W.B. (Ed.) Advances in Health Education and Promotion. Vol.2 Greenwich, CT: JAI, pp. 245-249
Bandura, A. (1997) Self-efficacy: The exercise of control. New York. Freeman
Prochaska, J. & DiClemente, C. (1998) The transtheoretical model of behaviour change. In: Shumaker, S. & Schron, E. (Eds.) The handbook of health behaviour change. New York: Springer, pp. 59-84



☑ Irmgard Jochum



☑ Dr. Petra Schuhler

Soldatinnen und Soldaten in der psychotherapeutischen Praxis

Informationen über die Vereinbarung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zwischen der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Bundesministerium für Verteidigung sowie ein Überblick über die Fortbildungsveranstaltung am 11. Oktober 2017 in Köln

Ebenso wie gesetzlich Krankenversicherte finden Soldatinnen und Soldaten häufig keine Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Kassenzulassung oder müssen unzumutbare Wartezeiten in Kauf nehmen, bis sie in Behandlung kommen. Um ihre psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, vereinbarten die Bundespsychotherapeutenkammer und das Bundesverteidigungsministerium im September 2013, dass Soldatinnen und Soldaten sich auch in psychotherapeutischen Privatpraxen behandeln lassen können. Bestandteil dieser Vereinbarung ist auch, dass Bundeswehr und Psychotherapeutenkammern gemeinsame Fortbildungen durchführen.

Demnach können sich Soldatinnen und Soldaten neben Vertragspsychotherapeuten, für die ausschließlich die Vereinbarung mit der KBV maßgeblich ist, mit einer entsprechenden Überweisung auch unmittelbar an einen Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung wenden.

Die Vereinbarung trägt zu einer besseren Versorgung von Soldatinnen und Soldaten bei und eröffnet gleichzeitig Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung ein Betätigungsfeld. Mit der Anpassung des Gebührensatzes ist sichergestellt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung zumindest eine mit der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Vergütung erhalten. Seit dem 1. März werden diese Leistungen im Rahmen der Vereinbarung mit dem 2,2-fachen Satz



der GÖÄ vergütet. Bislang galt der 2,0-fache Satz. Diese Anpassung der Vergütung konnte in Verhandlungen zwischen der BPTK und dem BMVg für die Behandlung von Soldatinnen und Soldaten durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung erreicht werden.

Download Vereinbarung:
http://www.bptk.de/uploads/media/2013-09-16_Hintergrundinformation_Vertrag_Soldaten_aktualisiert.pdf

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen von Bundeswehr und Landespsychotherapeutenkammern

Die Vereinbarung sieht weiterhin gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen von Bundeswehr und Landespsychotherapeutenkammern, die sich dazu bereit erklärt haben, vor. Diese sollen dazu dienen, die Sensibilisierung niedergelassener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Besonderheiten bei der Behandlung von Soldatinnen und Soldaten zu verstärken.

Mit der Veranstaltung „Soldatinnen und Soldaten in der Bundeswehr – Dienst, Einsatz und Belastungen“ der Landespsychotherapeutenkammern von Rheinland-Pfalz, Saarland und Nordrhein-Westfalen in Kooperation mit der Bundeswehr am 11. Oktober 2017 in Köln-Wahn, hat sich die PKS zum zweiten Mal an einer solchen Fortbildungsveranstaltung beteiligt. Über 250 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nahmen an der Fortbildung in der Luftwaffenkaserne in Köln-Wahn teil. Sie erhielten einen Einblick in den soldatischen Alltag, therapierelevante bundeswehrspezifische Themen und spezielle Symptom- und Belastungslagen von Soldaten-Patienten. Auch die Schnittstellen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurden deutlich.

Besonderheiten des Soldatenberufs

In seinem Referat erläuterte Oberstarzt Dr. Michael Alvarez-Brückmann, Leiter des Sanitätsversorgungszentrums Köln-Wahn die Organisation der Bundeswehr und informier-

te über Besonderheiten des Soldatenberufes. Er skizzierte das Auftrags- und Aufgabenspektrum der Bundeswehr und die Erwartungen an Soldatinnen und Soldaten, die Herausforderungen, denen sich Soldatinnen und Soldaten in einer modernen Bundeswehr stellen müssen, beispielsweise bei Auslandseinsätzen, der Wiedereingliederung in den Alltag oder hinsichtlich der geforderten räumlichen und zeitlichen Flexibilität im Dienst.

Psychosoziale Angebote der Bundeswehr

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, hält die Bundeswehr ein breites Spektrum psychosozialer Angebote vor zur Betreuung von Soldatinnen und Soldaten, ihren Angehörigen, zivilen Mitarbeitern, Hinterbliebenen von Gefallenen und ehemaligen Bundeswehrangehörigen.

Das „psychosoziale Netzwerk und das Interdisziplinäre Patientenzentrierte Rehabilitationsteam der Bundeswehr“ erläuterte Regierungsdirektorin Christiane Reitz, Leitende Truppenpsychologin des Luftwaffen-Truppenkommandos Köln-Wahn. Sie betonte den Stellenwert niedrigschwelliger Ansätze und präventiver Maßnahmen sowie die Zusammenarbeit mit fachärztlichen KollegInnen und PsychotherapeutInnen. Hierzu bestehen im psychosozialen Netzwerk Hilfestrukturen und Angebote, an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten andocken können.

Therapieansätze und Behandlungskonzepte

Einen praktischen Einblick in die Symptom- und Belastungslagen von Soldaten-Patienten und möglichen Schnittstellen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vermittelte Regierungsdirektorin Dr. Christina Alliger-Horn, Leitende Psychologin im Bundeswehrkrankenhaus Berlin. Ihren Angaben zufolge sind unabhängig von geleisteten

Einsätzen Ängste, Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen die häufigsten psychischen Probleme bei Soldatinnen und Soldaten. Es suchen jedoch nur 55 Prozent der Betroffenen psychosoziale Hilfe und wiederum nur 10-12 Prozent von ihnen erhalten eine fachgerechte Behandlung.

Am praktischen Beispiel einer PTBS eines jungen Soldaten nach einem Auslandseinsatz erläuterte die Referentin die therapeutischen Interventionen im stationären Bereich des Bundeswehrkrankenhauses und erfolgversprechende Weiterbehandlungsmöglichkeiten im ambulanten Therapiesetting.

Spezifische Belastungsfaktoren bei Auslandseinsätzen

Oberregierungsrat Alexander Varn, Truppenpsychologe im Kommando Sanitätseinsatzunterstützung in Weißfels, berichtete über aktuelle Einsatzgebiete, Belastungen während eines Einsatzes und das Aufgabenprofil der Truppenpsychologen. Hierbei nannte er als kritische Faktoren vor Ort insbesondere physische Belastungen durch extreme Temperaturen, Lärm oder ungewohnte Nahrung sowie psychische Belastungen beispielsweise durch das Erleben von Angst, Gewalt und Tod, die Trennung von Vertrautem, eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten und mangelnde Privatsphäre. Sein Aufgabenfeld in den einsatzvorbereitenden Maßnahmen bestehe vor allem in der Vermittlung von Stressmanagementtechniken und der Vorbereitung auf zu erwartende Stressoren vor Ort. Als eine weitere zentrale Aufgabe der Truppenpsychologen erläuterte er die Führungsberatung für Vorgesetzte, die Einzelfallberatungen für Soldatinnen und Soldaten sowie die psychologische Krisenintervention nach einem Einsatz.

Steigende Inanspruchnahme

Oberstarzt Dr. Matthias Baßler, Leiter der Unterabteilung Wehrmedizin,

Humanmedizin, Individualmedizin im Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr informierte über die steigende Inanspruchnahme des psychosozialen Versorgungssystems der Bundeswehr, dass von Soldatinnen und Soldaten aber auch ihren Angehörigen und Hinterbliebenen genutzt werde. Er begrüßte daher die Intention solcher Fortbildungsveranstaltungen zur Verbesserung der Informationen über die Besonderheiten der Bundeswehr und die für Soldatinnen und Soldaten spezifischen Belastungsfaktoren. Bei anstehenden Themen wie Wiedereingliederung, Teilhabe, die Einbindung von Familienangehörigen in den Therapieprozess sowie bei der gesamten psychosozialen Versorgung sei ein Zusammenwirken von wehrdienstlichen und zivilen Einrichtungen unabdingbar.

Weitere Informationen erhalten Sie unter folgenden Downloads:

- Dr. Michael Alvarez-Brückmann: Organisation der Bundeswehr / Besonderheiten des Soldatenberufes [PDF-Dokument, 1.6 MB]
- Christiane Reitz: Psychosoziale Unterstützung in der Bundeswehr [PDF-Dokument, 1.1 MB]
- Heilbehandlung für die Bundeswehr / Beantragung, Verlängerung, Abrechnung [PDF-Dokument, 3.1 MB]
- Behandlung von Soldaten in Privatpraxen - Informationen für Psychotherapeuten [PDF-Dokument, 1.6 MB]

Quelle: Psychotherapeutenkammer NRW

 **Inge Neiser**

„Die Männer belügen nicht die anderen, sondern sich selbst“

Ein Interview mit Markus Müller, Leiter der Selbsthilfegruppe „Schwule Väter und Ehemänner im Saarland“

S. Münnich-Hessel: Herr Müller, wie kamen sie auf die Idee, eine Gruppe für schwule/bisexuelle Väter und Ehemänner zu gründen?

M. Müller: Vor über 23 Jahren habe ich mich von meiner damaligen Frau getrennt. Mein Sohn war gerade erst ein Jahr alt. Die Situation hat mich in der Folgezeit oft überfordert und vor sehr große Herausforderungen gestellt. Ich hatte das starke Gefühl, mit der Situation besser fertig zu werden, wenn ich mich mit anderen schwulen Vätern oder Ehemännern austausche. Ich habe mich dann 6 Jahre später an den LSVD (Lesben- und Schwulenverband Deutschland) im Saarland gewendet und so kam es, dass ich mit einem Vater gemeinsam im Mai 2001 die Gruppe gegründet habe. Mit anderen Betroffenen zu reden, war eine große Befreiung für mich! Umso wichtiger ist es mir heute, meine Erfahrung an andere weiterzugeben.

Worum geht es in ihrer Gruppe?

Viele Männer entdecken erst als Ehemänner oder Familienväter, dass sie schwul oder bisexuell sind. Diese neue Situation bringt oft Ängste und viele Fragen mit sich, mit denen man sich oft allein gelassen fühlt. Das Gefühl des „Nicht allein seins“ ist für viele in unserer Gruppe das Wichtigste! Wir pflegen einen offenen Erfahrungsaustausch. Die schwulen oder bisexuellen Männer in unserer Gruppe haben auf ganz unterschiedliche Weise ihr persönliches Coming-out erlebt oder befinden sich noch mitten im Prozess. Prinzipiell ist zu unterscheiden zwischen einem inneren Coming-out, das heißt es sich selbst gegenüber einzugestehen, homosexuell zu sein und einem äußeren Coming-out, nämlich dies auch öffentlich zu machen und zu leben. Oft ist das ein längerer Prozess.



Manche sind immer noch verheiratet, wenn sie zu uns kommen und leben ihre Sexualität nur heimlich. Andere gehen damit sehr offen um. Und es gibt auch Väter und Ehemänner, die trotz Outing weiter in ihrer Familie bleiben.

Wie ist die Gruppe zusammengesetzt?

Wir haben etwa 15 Mitglieder, die alle eine Beziehung zu einer Frau hatten oder Co-Väter sind. Wir treffen uns in der Regel jeden 2. Dienstag im Monat um 19.30 Uhr im LSVD-Checkpoint in der Mainzer Straße 44 in Saarbrücken. Aktuell nehmen etwa acht bis zehn Teilnehmer regelmäßig an unserem Erfahrungsaustausch teil. Das Alter reicht von 34 bis 65 Jahren. Einige kommen aus einem zusätzlich religiösen und/oder konservativen Kontext, was es Ihnen noch schwerer macht zuzulassen, dass sie homosexuell sind. Die Kontaktaufnahme erfolgt meistens über das Internet.

Welche Probleme werden in der Gruppe thematisiert?

Zusammengefasst geht es am häu-

figsten um die Themen Schuldgefühle, Trennung und Neuanfang und natürlich Coming-out. Viele Väter haben ein schlechtes Gewissen und starke Schuldgefühle gegenüber ihren Angehörigen. Es ist ja oft nicht so, dass man die Frau, mit der man Kinder großgezogen hat, nicht mehr mag. Häufig entsteht zusätzlich eine große Belastung, je nachdem wie die jeweiligen Ehefrauen mit der Tatsache des Schwul Seins des Ehemannes umgehen. Es ist oft ein großer Schock für sie. Verständlicherweise ist auch die Frau mit der Situation überfordert, ebenso wie später die Kinder, vor allem wenn sie schon älter sind. Es gibt leider immer wieder Fälle, in denen die Frauen starken Druck ausüben, auch auf die Kinder.

Wodurch ist Ihrer Meinung nach eine Selbsthilfegruppe hilfreich?

Ein sehr wichtiger Aspekt ist, dass wir uns auf Augenhöhe begegnen. Hier in der Selbsthilfegruppe können die Männer Halt und Unterstützung bekommen. Auf Wunsch bieten wir neben der Gruppe auch Einzeltermine an.

Wir begleiten die Männer u. a. bei

ihrem Coming-out, ihrer Trennung und dem Neuanfang. Da immer schon erfahrenere Teilnehmer in der Gruppe sind, können diese durch das Reflektieren der eigenen Situation den Neulingen ihre Ängste nehmen. Der Aspekt der Prophylaxe vor psychischen Erkrankungen, ist auch nicht zu unterschätzen. Viele Betroffene leiden unter psychischen Problemen und brauchen zusätzlich (phasenweise) therapeutische Hilfe.

Der Neuanfang ist wohl nicht immer nur positiv. Da tauchen sicher Hindernisse auf. Es sind ja dann nicht alle Probleme plötzlich gelöst.

Ganz im Gegenteil! Der Anfang in einer „neuen Welt“ ist sehr oft schwierig. Es ist schon eine sehr große Herausforderung, den Umgang mit Frau und Kind(ern) hinzubekommen, gleichzeitig eine Beziehung zu einem Mann zu leben oder auf Partnersuche zu gehen. Zumal das erwähnte schlechte Gewissen sehr oft im Weg steht. Gerade am Anfang stellt sich die Frage, wie die Verbindung zum „alten Leben“ überhaupt noch gelebt werden kann und wie man mit dessen Verlust umgeht.

Das ist sicher nicht einfach.

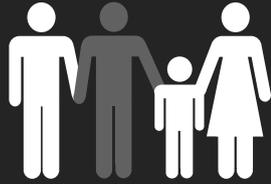
Es tauchen viele Fragen auf. Wie erklärt ein Vater seinen Kindern oder der Frau dass er homosexuell ist? Verheimlichen oder nicht? Häufig werfen auch die Ehefrauen vor, dass sie sich belogen fühlen und betrogen. Jedoch wollen die Männer sie nicht belügen. Männer belügen nicht die anderen, sondern vorrangig sich selbst.

Gibt es noch weitere Angebote?

In der Akademie Waldschlösschen in Rheinhausen bei Göttingen (www.waldschloesschen.org) werden zwei Mal im Jahr Treffen angeboten unter dem passenden Titel „Zwischen den Welten“. Diese Treffen werden immer von einer anderen der deutschlandweiten Regionalgruppen ausgerichtet. Der Austausch dort ist sehr intensiv und auch für mich heute noch sehr bereichernd.

Herr Müller, vielen Dank für das Interview!

Herr Müller ist Gründer und Leiter der Selbsthilfegruppe, 45 Jahre alt, lebt seit 18 Jahren mit seinem Mann zusammen, den er vor über 4 Jahren



**Schwule Väter
und Ehemänner Saarland**

Viele Männer entdecken erst als Ehemann oder Familienvater, dass sie schwul oder bisexuell sind. Diese neue Situation bringt oft Ängste und vielen Fragen mit sich, da sich vertraute Lebenszusammenhänge plötzlich verändern können.

Wir sind eine Gruppe schwuler bzw. bisexueller Väter und Ehemänner, die auf ganz unterschiedliche Weise ihr persönliches Coming out erlebt haben oder sich noch mitten in diesem Prozess befinden.

Du bist bei uns herzlich willkommen!
In angenehmer und offener Atmosphäre kannst du hier deine Themen besprechen und anderen zuhören. Auf Wunsch sind natürlich auch Einzelkontakte möglich.

Jeden 2. Dienstag im Monat, 19.30 Uhr
in ungeraden Monaten im LSVD Checkpoint,
in geraden Monaten finden Aktivitäten auch außerhalb statt.

LSVD Landesverband Saar
LSVD Checkpoint, Mainzer Str. 44, 66121 Saarbrücken
Tel.: 06 81 - 39 88 33
Kontakt SVS: SVSaar@gmx.de • svsaar.wordpress.com

geheiratet hat. Das Interview führte Susanne Münnich-Hessel

Kontakt:

Schwule Väter und Ehemänner im Saarland

LSVD Checkpoint

Mainzer Str.44

66121 Saarbrücken

Tel:0681/39 88 33

Mail: SVSaar(at)gmx.de

svsaar.wordpress.com

Broschüre „Schülerinnen und Schüler mit Fluchterfahrung“ unter Mitarbeit der PKS erschienen

Geflüchtete Kinder, die im Saarland ankommen, sind von ihrem ersten Ankunftstag an schulpflichtig. Dies bedeutet für die Integration und die Bildungsteilnahme der Kinder eine große Chance. Schule als „sicherer Ort“ ist für sie ein wichtiger stabilisierender Faktor und gleichzeitig ein Ort, an dem es Personen gibt, denen sie vertrauen können, die ihnen zuhören und die bei Schwierigkeiten Lösungen finden.

Pädagoginnen und Pädagogen sind damit vertraut, genau hinzusehen und Schülerinnen und Schüler in ihrer Persönlichkeit ganzheitlich zu erfassen.

Aber Lehrerinnen und Lehrer stehen angesichts der geflüchteten Kinder im Unterricht auch vor Herausforderungen. Fehlende Sprachkenntnisse, unbekannte Vorbildung und unklare Lernvoraussetzungen erschwe-

ren die didaktische Planung. Noch gravierender ist für Lehrkräfte die Vorstellung bzw. das Wissen, dass einige der Kinder und Jugendlichen möglicherweise traumatisiert sind.

Erstellt durch die Schulpsychologischen Dienste der Landkreise des Saarlandes, der Landeshauptstadt Saarbrücken und des Regionalverbandes Saarbrücken in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer



des Saarlandes und dem Ministerium für Bildung und Kultur will die Broschüre bei dieser Aufgabe ermutigen und unterstützen.

Sie richtet sich dabei mit dem Anliegen an Lehrerinnen und Lehrer und an die Menschen, die an Schule, Unterricht und Betreuung beteiligt sind. Sie informiert über die Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen und macht bewusst, dass bestehende Strukturen in der Schule der Entwicklung einer PTBS entgegenwirken können. Außerdem enthält sie konkrete Hinweise zum Umgang mit Schülerinnen und Schülern in verschiedenen Situationen. Eine Liste der saarländischen Bera-

tungsstellen und Hilfsangebote, die für diese Thematik spezifische Kompetenzen aufweisen, bietet den Lehrkräften kompetente Ansprechpartner für belastende Situationen. Herausgeber ist das saarländische Ministerium für Bildung und Kultur.

Die Broschüre ist auf der Homepage der PKS abrufbar unter <http://www.ptk-saar.de/patienteninfo/fluechtlinge-und-migranten/>. Eine Printversion ist geplant.

✎ *Susanne Münnich-Hessel*

„Wir sind kein Callcenter“

Interview von Irmgard Jochum mit Heidrun Mohren-Dörrenbächer zur Arbeit der TelefonSeelsorge im Saarland

Der Anlass für diesen Artikel und das Interview ist bemerkenswert: Bei der TelefonSeelsorge im Saarland hat die Anzahl der Anrufe deutlich zugenommen, die sich dort auf „Empfehlung“ von KollegInnen aus der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung melden, z.B. weil gerade ein Wochenende oder der Urlaub anstehen.

Mit Heidrun Mohren-Dörrenbächer und Friederike Walla gibt es zwei approbierte Psychotherapeutinnen bei der TelefonSeelsorge im Saarland. Ihre Aufgabe ist es nicht, die Nöte und Engpässe in der ambulanten Versorgung zu kompensieren. Wie die TelefonSeelsorge im Saarland arbeitet, welche Aufgaben sie hat, für welche Zielgruppe sie da ist und was sie anbietet, soll hier verdeutlicht werden.

Zunächst ein paar Zahlen und Fakten:

In 2016 klingelte das Telefon fast 14.000 Mal. Der Anteil der klar missbräuchlichen Anrufe (Test- und Sexanrufe) lag bei 9 %. Der Anteil der Seelsorge- und Beratungsgespräche lag bei 62 %. Einsamkeit war mit 22 % der häufigste Anrufanlass. Neben dem Thema Einsamkeit waren Depressive Störungen, die Körperliche Befindlichkeit und Ängste am häufigsten vertreten.

Die Vorstellungen darüber, wie die TelefonSeelsorge im Saarland arbeitet, sind meist sehr unrealistisch. „Wir sind kein Callcenter“ sagt Heidrun Mohren-Dörrenbächer, und räumt mit einem wohl weit verbreiteten Missverständnis auf, während sie mir den Arbeitsplatz des einen ehrenamtlichen Mitarbeiters zeigt



Heidrun Mohren-Dörrenbächer

der gerade Dienst hat, als ich die TelefonSeelsorge im Saarland besuche: Ein Büro unter dem Dach mit

Schreibtisch, Telefon, PC und mit einem Bett für die seltenen ruhigen Phasen während der Nachtdienste.

I. Jochum: Wie ist die TelefonSeelsorge im Saarland organisiert?

H. Mohren-Dörrenbächer: Wir gehören als TelefonSeelsorge Saar zum Netzwerk der 105 TelefonSeelsorgestellen im Bundesgebiet, die sich den Standards der Anonymität, Kostenfreiheit, kompetenter Ausbildung der Ehrenamtlichen, der Verschwiegenheit und der 24-Stundenerreichbarkeit verpflichtet haben.

In Saarbrücken, das vorrangig für die Anrufenden aus dem Saarland zuständig ist, arbeiten wir - die 80 Ehrenamtlichen und vier Hauptamtlichen - nicht nur am Telefon, sondern auch in der Mail- und Chatberatung. Das Besondere in Saarbrücken: Die Hauptamtlichen, die alle auch therapeutische Zusatzausbildungen haben, beraten auch im direkten Kontakt in der Beratungsstelle. Die Menschen, die zunächst also über das Telefon kommen, können auch einen Termin in der Beratungsstelle bekommen, wenn dies sinnvoll erscheint und dort begleitet werden. Oftmals geht es dabei um einen ersten Krisentermin aber auch um Seelsorge im engeren Sinne oder auch um Beratungen, wenn andere Angebote nicht verfügbar sind oder überbrückt werden muss, bis diese zur Verfügung stehen.

Träger unserer Einrichtung sind die Evangelischen Kirchenkreise an der Saar und das Bistum Trier. Darüber hinaus finanzieren wir unseren Sachhaushalt auch aus Spenden, auf die wir angewiesen sind.

Wir arbeiten eng mit den Nachbarstellen zusammen um möglichst gut für Ratsuchende erreichbar zu sein. Ist bei uns z.B. die Leitung belegt, so kann ein saarländischer Ratsuchender auch auf eine freie Leitung etwa in Trier, Kaiserslautern, Koblenz oder Bad Kreuznach geleitet werden.

In der Mail- und Chatberatung gibt es diese Regionalisierung nicht. Da werden uns Anfragen aus dem

ganzen Bundesgebiet zugeteilt. Alle unsere Angebote für Menschen in schwierigen Lebenssituationen sind zunächst einmal nicht therapeutisch angelegt. Wir wollen unterstützen, klären, ein Gegenüber anbieten und wenn es gut geht, den oder die Ratsuchende/n befähigen eigene Ressourcen zu entdecken, erste Schritte zu gehen oder einen neuen Blickwinkel einnehmen zu können.

Seit wann gibt es dieses Angebot?

Die TelefonSeelsorge Saar hat den Telefondienst im März 1975 aufgenommen. Die ersten Ehrenamtlichen hatten ihre Ausbildung abgeschlossen und haben die Telefonberatung im 24-Stundendienst aufgenommen. Schon damals bestand auch die persönliche Beratungsstelle als sinnvolle Ergänzung zum Telefonangebot. Anfang der 50er Jahre entstanden in England Telefonangebote mit dem Gedanken, durch Telefonate Menschen mit Suizidabsichten von der Selbsttötung abzuhalten. Die Wurzeln der TelefonSeelsorge liegen also in der Suizidprävention, die bis heute zu unseren wichtigsten Aufgaben gehört. Etwa 2 Gespräche am Tag werden mit Menschen geführt, die Suizidabsichten oder zumindest konkretere Suizidgedanken haben.

Die Mailberatung ergänzte 2003 unser Angebot und seit 2010 gehört auch die Chatberatung dazu. Wir machen dabei die Erfahrung, dass die unterschiedlichen Zugangswege nicht zufällig gewählt werden, sondern ganz bewusst entschieden wird, ob sich jemand per Telefon, Mail oder Chat an uns wendet. Die Personengruppen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des Alters aber auch hinsichtlich der Themen.

Wer berät?

Wie schon vorhin anklang, treffen Ratsuchende am Telefon und im Mail- und Chatbereich in Saarbrücken mehrheitlich auf gut ausgebildete 80 Ehrenamtliche. Sie alle haben ca. 150 Stunden Ausbildung im Laufe etwa eines Jahres erhalten. Sie haben Selbsterfahrung als Grundlage für die Ausbildung durchlaufen und eine Gesprächsschulung

erhalten und wurden natürlich auf verschiedene Situationen am Telefon vorbereitet. Auch während ihres aktiven Dienstes machen sie Fortbildungen und nehmen regelmäßig an Supervisionen teil. Schon bevor die Ausbildung beginnt, gibt es ein Gespräch mit den Bewerbern zum Kennenlernen aber auch zur Abklärung, ob eine Ausbildung als TelefonSeelsorger für beide Seiten vorstellbar und sinnvoll erscheint. Unter den Ehrenamtlichen sind viele Berufsgruppen mit ganz unterschiedlichen Hintergründen und Lebenswegen vertreten. Etwa 2/3 sind Frauen. Die Männer sind also etwas unterrepräsentiert.

In der persönlichen Beratung arbeiten nur wir Hauptamtlichen: drei Psychologen/innen und ein Pfarrer, die selbstverständlich auch Zusatzqualifikationen im therapeutischen und supervisorischen Bereich mitbringen.

Wie sind die Nachfrage und die Auslastung? Wie haben sie sich entwickelt?

Wir haben etwa 14.000 Anrufe am Telefon im Jahr. Damit sind wir mehr als ausgelastet. Immer wieder mal kommt es vor, dass jemand mehrmals versuchen muss, eine freie Leitung zu erreichen um einen Gesprächspartner zu bekommen. Im Mail- und Chatbereich ist es ebenfalls so, dass der Bedarf deutlich größer ist, als wir ihn abdecken können. Im Chatbereich etwa sind freie Termine innerhalb weniger Minuten bereits vergeben. Im Mailbereich können wir Erstanfragen bisweilen nicht so schnell beantworten, wie wir das eigentlich wollen. Die Nachfrage nach medialer Seelsorge hat auf jeden Fall zugenommen und wir müssen schauen in den TelefonSeelsorgestellen, wie wir diesem Bedarf gerecht werden können. Da wir mit den medialen Angeboten neue Arbeitsfelder erschlossen haben, um auch diese Möglichkeiten einer niedrigschwelligen Hilfe zu nutzen, aber gleichzeitig die Nachfrage am Telefon nicht wirklich geringer geworden ist, kommen wir da an Grenzen. Auch die Personaldecke ist ja nicht ge-

wachsen. Wir sind bundesweit seit Jahren etwa 7.500 Ehrenamtliche und ca. 250 Hauptamtliche, die versuchen, diese Aufgaben zu bewältigen und die Entwicklung der Medienlandschaft bleibt ja nicht stehen. Längst geht es auch um Apps und weitere digitale Zugänge für Ratsuchende. Mit diesen Entwicklungen müssen wir uns auseinandersetzen, weil jüngere Menschen in Notlagen natürlich die Wege nutzen, die Ihnen auch in ihrem Alltag vertraut sind. Das Telefon steht da nicht mehr an erster Stelle.

Sind Schwerpunkte erkennbar, zeitlich, inhaltlich?

Die Themen sind über die Jahre je nach Medium anders geworden. Das Thema „Einsamkeit“ ist das häufigste Thema am Telefon. Da suchen Menschen ein Gegenüber, das mit ihnen direkt spricht. Besonders angefragt sind wir deshalb auch am Wochenende oder in den Abendstunden.

Außerdem beobachten wir, wie schon angesprochen, eine stetige Zunahme von Menschen mit Ängsten und Depressionen und wenig Ressourcen im sozialen Umfeld. Oftmals hängen diese Probleme natürlich auch zusammen. Wenn jemand chronisch psychisch krank ist und dies schon eine lange Zeit, dann zieht sich häufiger auch der Familien- und Freundeskreis zurück. Erwerbsunfähigkeit führt dann bisweilen auch dazu, dass Kontaktmöglichkeiten weniger werden und natürlich führt diese auch noch zu finanziellen Einschränkungen. Wir haben also oft Multiproblemlagen und können in einem Gespräch auch nur einen kleinen Ausschnitt des Lebensumfeldes und des Alltags des Anrufenden genauer miteinander betrachten.

Im Chat- und Mailbereich machen wir die Erfahrung, dass die Niedrigschwelligkeit dazu führt, dass Menschen sehr schnell Tabuthemen ansprechen, wie Missbrauch, Gewalt und psychische Erkrankungen, die z.B. mit Selbstverletzungen einhergehen. Natürlich erreichen wir auf diese Weise auch Menschen, die gar

nicht mehr in der Lage sind, sich aktiv Hilfen zu organisieren oder andere Hilfsmöglichkeiten aufzusuchen. In der persönlichen Beratung dominieren die Familien- und Beziehungsthemen aber auch Themen rund um das Selbstbild.

Kann man von besonderen „Indikationen“ sprechen, für die ein Kontakt zur TelefonSeelsorge mehr oder weniger geeignet ist?

Grundsätzlich ist es möglich mit uns über alle Themen zu sprechen, zu mailen oder zu chatten. Es sind also weniger die Themen, die die Indikation ausmachen.

Eher sind es die Erwartungen, die nicht dem entsprechen, was wir anbieten können. So sind wir z.B. keine aufsuchende Hilfe. Wer praktische Hilfen sucht, ist bei uns an der falschen Stelle, da wir nicht aktiv werden und auch nicht alle praktischen Hilfsmöglichkeiten im Blick haben können. Es ist ja auch nicht unsere Aufgabe, eine Lösung zu präsentieren. Dafür ist der Einblick in das fremde Leben viel zu kurz.

Ganz wichtig auch, dass wir keinen Ersatz für eine Therapie anbieten können. Dafür sind unsere Ehrenamtlichen nicht ausgebildet. Sie können in Krisensituationen stützen und auch bisweilen an Coping-Strategien erinnern, die in der Therapie schon erarbeitet wurden, aber in die Aufarbeitung von Konflikten und Lebensthemen werden sie nicht einsteigen. Diese Erwartungen müssten wir enttäuschen.

Wenn jemand aber einen Gesprächspartner sucht, um seine aktuelle Lebenslage zu teilen, um nicht alleine in einer schwierigen Situation zu sein, die ihn oder sie belastet oder wenn jemand vor lauter Chaos und Problemen im Augenblick nicht mehr weiß, wie der nächste Schritt aussehen kann oder wenn die eigenen Gedanken zum Gefängnis werden und deshalb eigene Möglichkeiten nicht mehr gesehen werden können, dann können wir stabilisieren, Verständnis zeigen, neue Blickwinkel ermöglichen. Ganz wichtig ist sicher auch, dass bei uns Themen angesprochen werden, die häufig tabuisiert sind

oder für Freunde und Angehörige zur Belastung werden könnten, wie dies z.B. bei Suizidgedanken oder gar -absichten der Fall ist.

Die Frage nach dem in der TelefonSeelsorge Leistbaren und nach richtigen bzw. falschen Erwartungen an Ihre Arbeit war der eigentliche Anlass für unser Gespräch. Können Sie das bitte abschließend erläutern?

In den letzten Jahren ist der Anteil der Ratsuchenden, die sich bei uns am Telefon melden und die von sich sagen, dass Sie unter einer psychischen Erkrankung leiden, stetig gestiegen. Etwa 41 % unserer Anrufenden benennt am Telefon eine entsprechende Diagnose oder spricht von Therapeuten, bei denen sie in Therapie sind oder gibt an, in einer Klinik zu sein oder bald dorthin zu gehen oder von dort zu kommen. Noch vor 15 Jahren lag der Anteil der psychisch kranken Ratsuchenden etwa bei der Hälfte. Ein nicht unerheblicher Teil dieser Anrufer leidet an einer chronischen psychischen Erkrankung. Wir sind bei der TelefonSeelsorge Saar also auch zu einem Teil des begleitenden Netzwerkes von psychisch erkrankten Menschen geworden und sollten deshalb zu den anderen Teilen dieses Netzwerkes im Gesundheitswesen – und dazu gehören auch die Psychologischen Psychotherapeuten – in einem guten Kontakt stehen. Gut begleiten und unterstützend tätig sein können wir nur, wenn wir jeweils unser Angebot kennen und dann auch wissen, wenn wir aufeinander verweisen, wie die anderen Institutionen arbeiten.

In diesem Zusammenhang fiel den Beraterinnen und Beratern an unserem Telefon immer häufiger auf, dass Ratsuchende benannten, dass ihre Therapeuten ihnen geraten hatten, doch die TelefonSeelsorge anzurufen, wenn sie in einer Krise sind. Diese Empfehlungen wurden nach Angaben der Ratsuchenden vor allem für die Wochenenden und auch für eventuelle längere Urlaubszeiten von Therapeuten ausgesprochen. Das aber ist sicher nicht die Aufgabe von ehrenamtlichen Seelsorgern und Seelsorgern, die zwar

gründlich über ein Jahr ausgebildet werden aber ganz sicher weder therapeutisch am Telefon intervenieren können noch sollen. Da entsteht der Eindruck, dass wir für Lücken in der Versorgung genutzt werden, die anderweitig geschlossen werden müssten, um nicht für Frust bei den Anrufern und für Überforderung bei den Beratern zu sorgen.

Vielen Dank für Ihre Initiative und für das Gespräch!

Heidrun Mohren-Dörrenbächer arbeitet seit 2001 für die TelefonSeelsorge im Saarland. Bereits während des Studiums hat sie sich dort ehrenamtlich engagiert, insgesamt für acht Jahre. Seit 2007 ist sie die katholische Leiterin und außerdem Mitglied des

Katholischen Vorstandes der TelefonSeelsorge in Deutschland.

 Irmgard Jochum

Frauen in die Berufspolitik

Ergebnisse der strategischen Überlegungen der Bund Länder AG „Frauen in der Berufspolitik“ zur Erhöhung des Frauenanteils in den Gremien der Kammern.

Gendergerechtigkeit ist seit Jahren ein Thema politischer Diskussion in Politik und Wirtschaft. Einigkeit besteht darüber, dass im Vergleich zum Anteil an der Bevölkerung, der Arbeitnehmerschaft, der Berufszugehörigkeit oder der Mitgliedschaft in Parteien und Organisationen Frauen in oberen und obersten Entscheidungsgremien unterproportional vertreten sind. Zur Behebung dieses Misstandes werden als wirksames Instrument Quotenregelungen genutzt. Auch in der Psychotherapeutenchaft wird dieses Thema diskutiert und die seit 2016 bestehende Bund Länder Arbeitsgruppe „Frauen in der Berufspolitik“ (Bund-Länder-AG) hat nun für den kommenden Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) Anträge formuliert, die diesen Misstand beheben sollen.

Psychotherapie wird überwiegend von Frauen ausgeübt. 72 Prozent der Kammermitglieder sind weiblich, bei den unter 35-Jährigen beträgt der Frauenanteil sogar über 90 Prozent. Dieser Anteil spiegelt sich nicht in

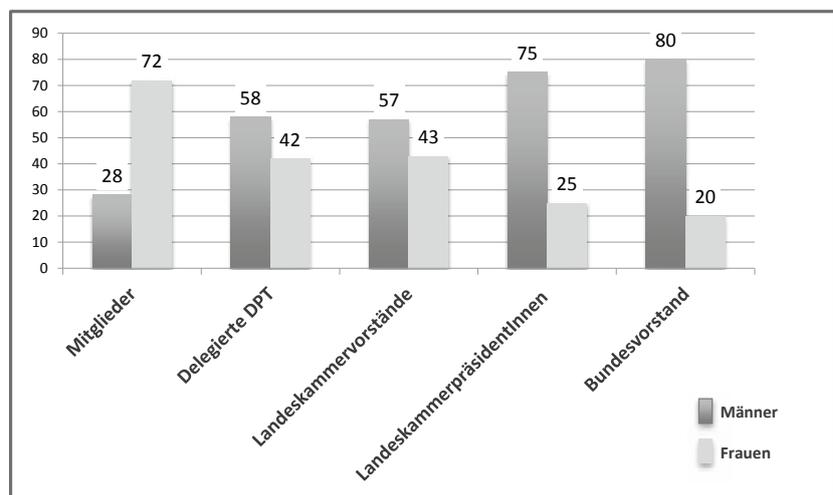
den Gremien der Psychotherapeutenkammern der Länder und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wieder.

Wie die Tabelle zeigt, sind Frauen insbesondere in den Kammervorständen; 57 % Präsidenten, 42 % Präsidentinnen und im Bundesvorstand 20% Präsidentinnen; 80% Präsi-

den im Verhältnis zum Mitgliederanteil deutlich unterrepräsentiert.

In den Kammerversammlungen der Länder sind Frauen bereits knapp mit über 50% vertreten, wobei sich Frauen in Ausschüssen und Kommissionen proportional zur Besetzung der Versammlungen mehr engagieren. Allerdings ist der Frauenanteil in den Landeskammern sehr unterschied-

Geschlechterverteilung in der Mitgliedschaft und den Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer



lich. Die Ausschüsse für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen bilden in den meisten Länderkammern eine Ausnahme, hier sind weibliche Ausschussmitglieder in der Mehrzahl vertreten.

gendlichen und der Haushalts- und Finanz-Ausschuss, hier sind Männer mit 75% vertreten, der Ausschuss Transitions und der Ausschuss Psychotherapeuten in Ausbildung bieten das gegenteilige Bild (75% Frauen).

In der Saarländischen Psychotherapeutenkammer stellt sich die Geschlechterverteilung wie folgt dar:

Auf Grund dieser Diskrepanz zwischen Mitgliederanteil und Repräsentanz von Frauen in den unter-

schiedliche Unterstützungsangebote oder strukturelle Veränderungen, die geeignet sein könnten dieses Ungleichverhältnis zu verändern wurden diskutiert. So könnten z.B. Mentoringprogramme den Einstieg in die Berufspolitik für Kolleginnen erleichtern, die Einführung von Redelisten bei Kammerversammlungen, die alternierend Redner und Rednerinnen berücksichtigen, könnte dazu beitragen, dass Frauen schneller positives Engagement erfahren und auch Kinderbetreuung für die Zeit wichtiger Versammlungen könnte die Teilnahme von Frauen hierbei erleichtern. Hilfreiche Ansätze, die allerdings aus den zurückliegenden Erfahrungen in Politik und Wirtschaft allein nicht ausreichend sind, den Frauenanteil in Gremien nachhaltig und gesichert zu etablieren. Hier hat sich als wirksames Steuerungselement nur die Einführung einer Quotenregelung erwiesen.

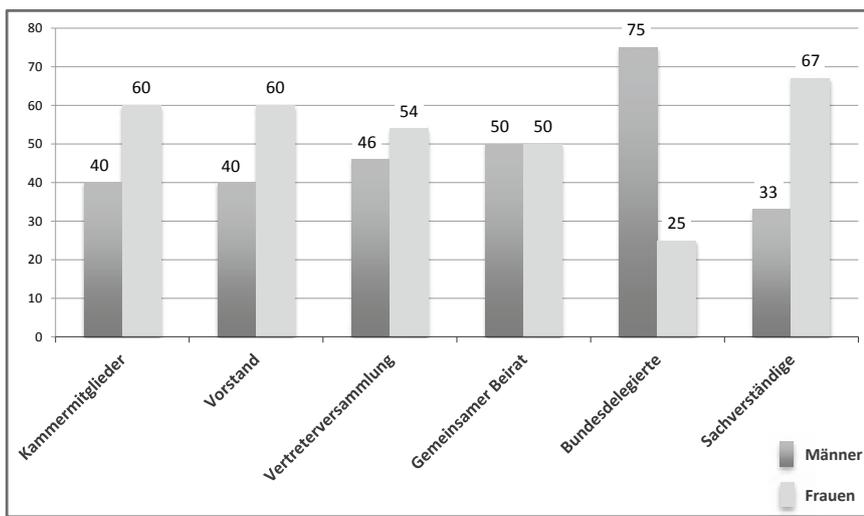
Nach intensiver Diskussion über verschiedene Quotenregelungsmodelle, die die Repräsentanz von Frauen in ausreichendem Maß sicherstellen, hat sich die AG darauf verständigt, dem kommenden DPT im November 2017 ein Modell vorzuschlagen, das die Gleichstellung der Geschlechter in allen Gremien der BPtK sicherstellt und nicht nur Frauen mit einer festen Quotenregelung berücksichtigt werden. Das Ergebnis dieser Diskussion in der AG sind nun die eingereichten Anträge zur Satzungsänderung. Diese beinhalten unterschiedliche Festlegungen bezüglich einer „Kann“ Regelung oder einer „Soll“ Regelung.

Die Anträge im Einzelnen:

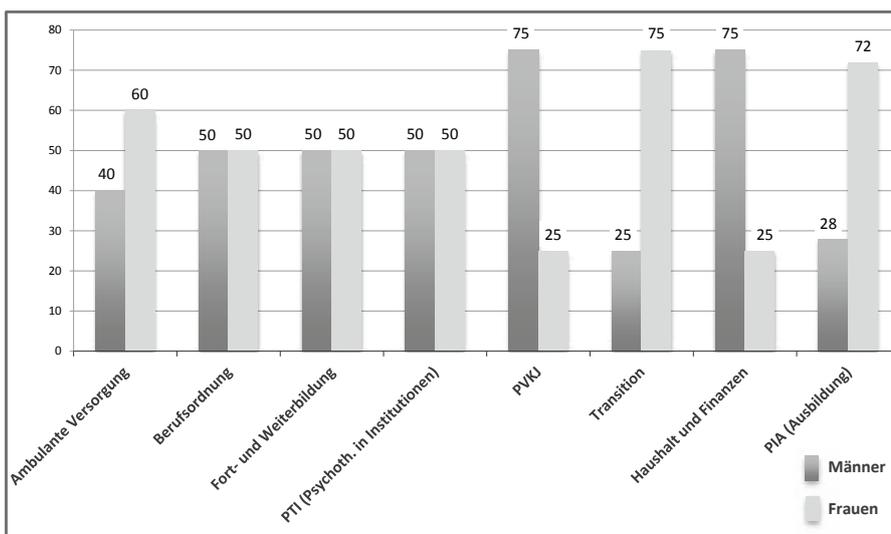
Begründung für alle Anträge (Kurzform)

„Der Frauenanteil in der Profession steigt stetig an. 72 % der Kammermitglieder sind Frauen. Bei den unter 35-jährigen Kammermitgliedern liegt der Frauenanteil bei über 90 %. In den Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer bildet sich das nicht ab. Frauen sind in den Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer deutlich unterrepräsentiert.“

Geschlechterverteilung in der Mitgliedschaft und den Organen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (1)



Geschlechterverteilung in der Mitgliedschaft und den Organen der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (2) - Ausschüsse -



Wie diese Tabelle zeigt, ist in unserer Kammer die Geschlechterverteilung in den meisten Gremien fast gleichmäßig verteilt. Ausnahme bilden der Ausschuss psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Ju-

schiedlichen Gremien der BPtK und den Länderkammern hat sich die Bund-Länder-AG mit den Gründen dieses Missstandes beschäftigt und Lösungsstrategien hierzu entwickelt. Flankierende Maßnahmen, unter-

Antrag Nr. 1 Quote Vorstand:

„Der DPT möge beschließen:

§ 10 Absatz 2 der Satzung der BPtK wird wie folgt **neu** gefasst:

(2) Ein Vorstandmitglied muss eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein, der/die zum Zeitpunkt der Wahl mindestens zu $\frac{3}{4}$ auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig ist. Dem Vorstand sollen mindestens ein in einem Beschäftigungsverhältnis tätiges Kammermitglied und mindestens ein selbstständig tätiges Kammermitglied angehören. **Dem Vorstand gehören mindestens zwei Frauen und mindestens zwei Männer an. Unter den drei Positionen der Präsidentin/des Präsidenten und der zwei Vizepräsidentinnen/Vizepräsidenten müssen beide Geschlechter vertreten sein. Abweichend von Satz 3 und Satz 4 gilt für die Zusammensetzung des Vorstandes die bis zum 18. November 2017 geltende Fassung des § 10 Absatz 2 so lange fort, bis die laufende Amtszeit des gesamten Vorstandes erstmalig nach dem 18. November 2017 ordentlich oder außerordentlich endet.**“

Antrag Nr. 2 Quote Versammlungsleitung :

„Der DPT möge beschließen:

§ 8 Absatz 2 der Satzung der BPtK wird wie folgt **neu** gefasst:

„(2) Hierzu wählt die Bundesdelegiertenversammlung aus dem Kreis der anwesenden Bundesdelegierten eine/n Versammlungsleiter/in und zwei stellvertretende Versammlungsleiter/innen. **Der Versammlungsleitung gehören mindestens eine Frau und mindestens ein Mann an.** Eine/r der drei Versammlungsleiter/innen muss ein/e Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in sein. Diese/r muss mindestens zu $\frac{3}{4}$ auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig sein. Die Amtszeit der Versammlungsleitung beträgt vier Jahre. Nach Beendigung der Amtszeit führt sie die Geschäfte bis zur Wahl einer neuen Versammlungsleitung, die in der darauffolgenden Bundesdelegierten-

versammlung erfolgt, weiter.“

Antrag Nr. 3 Quote Wahlausschuss:

„Der DPT möge beschließen:

§ 12 Absatz 4 der Satzung der BPtK wird wie folgt **neu** gefasst:

„(4) Die Wahl wird durch einen Wahlausschuss durchgeführt. Er besteht aus drei von der Bundesdelegiertenversammlung gewählten Bundesdelegierten. **Dem Wahlausschuss gehören mindestens eine Frau und mindestens ein Mann an.**“

Antrag Nr. 4 Quote Sonstige Ausschüsse:

„Der DPT möge beschließen:

§ 20 Absatz 2 der Satzung der BPtK wird wie folgt **neu** gefasst:

„(2) Die Ausschüsse bestehen aus mindestens 3 und höchstens 9 Mitgliedern. Mitglieder eines Ausschusses müssen Mitglied einer Landespsychotherapeutenkammer sein, die Mitglied der Bundespsychotherapeutenkammer ist. **In den Ausschüssen sollen Frauen und Männer in gleichem Maße vertreten sein. Sie Die Ausschussmitglieder** werden von der Bundesdelegiertenversammlung gewählt und ggf. abberufen. Auf Antrag der Mehrheit der Bundesdelegierten aus der Berufsgruppe der KJP ist in einen Ausschuss ein/e Vertreter/in dieser Berufsgruppe zu wählen. Diese/r Vertreter/in muss mindestens zu $\frac{3}{4}$ auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig sein. **Abweichend von Satz 2 gilt für die Zusammensetzung der Ausschüsse die bis zum 18. November 2017 geltende Fassung des § 20 Absatz 2 so lange fort, bis erstmalig nach dem 18. November 2017 die laufende Amtszeit des gesamten Ausschusses ordentlich oder außerordentlich endet.**“

Antrag Nr. 5 Quote Kommissionen:

„Der DPT möge beschließen:

§ 21 der Satzung der BPtK wird wie folgt **neu** gefasst:

„Sowohl der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer als auch die Bundesdelegiertenversammlung können zu Sachthemen und Arbeitsgebieten Kommissionen bilden und Beauftragte berufen. In die Kommissionen können auch Sachverständi-

ge berufen werden, die nicht Mitglied einer Psychotherapeutenkammer sind. Als Beauftragte können nur Mitglieder einer Psychotherapeutenkammer berufen werden, die Mitglied der Bundespsychotherapeutenkammer ist. Protokolle und Arbeitsergebnisse der Kommissionen werden dem Bundesvorstand vorgelegt. Die Bundesdelegiertenversammlung ist darüber zu informieren. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die als Vertreter der Berufsgruppe der KJP in die Kommission berufen werden, müssen mindestens zu $\frac{3}{4}$ auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig sein. **In den Kommissionen sollen Frauen und Männer in gleichem Maße vertreten sein. Abweichend von Satz 6 gilt für im Zeitpunkt des 18. November 2017 bestehende Kommissionen jeweils die bis zum 18. November 2017 geltende Fassung des § 21 so lange fort, bis erstmalig nach dem 18. November 2017 die jeweilige Kommission neu zusammengesetzt wird.**“

Antrag Nr. 6 Quote Finanzausschuss:

„Der DPT möge beschließen:

§ 19 Absatz 1 und Absatz 2 der Satzung der BPtK werden wie folgt **neu** gefasst:

„(1) Jede Mitgliedskammer benennt ein Mitglied und **eine/n** Stellvertreter/in für den Finanzausschuss. **Unter diesen zwei Personen sollen beide Geschlechter vertreten sein. Abweichend von Satz 2 gilt für die Benennung nach Satz 1 die bis zum 18. November 2017 geltende Fassung des § 19 Absatz 1 so lange fort, bis erstmalig nach dem 18. November 2017 eine Mitgliedskammer ein neues Mitglied oder eine/n neue/n Stellvertreter/in benennt.**“

(2) Der Finanzausschuss wählt eine/n Vorsitzende/n aus seiner Mitte. **Ihr/ Sein Amt endet durch Verzicht, durch Beschluss der Mehrheit des Finanzausschusses oder durch Abberufung aus dem Finanzausschuss.**“

Antrag Nr. 7 Quote KJP- Vertreterinnen/ KJP- Vertreter im Länderrat:

„Der DPT möge beschließen:
§ 15 Absatz 2 der Satzung der BPTK
wird wie folgt **neu** gefasst:

„(2) Zeitgleich mit der Wahl des Vorstands und für die gleiche Amtszeit wählt die Bundesdelegiertenversammlung auf Vorschlag der anwesenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten zwei Vertreter/innen und deren Stellvertreter/innen aus deren Mitte, die mit beratender Stimme an den Sitzungen des Länderrates teilnehmen. **Unter den Vertretern/innen und deren Stellvertretern/innen sollen Frauen und Männer in gleichem Maße vertreten sein.** Diese Vertreter/innen müssen zum Zeitpunkt der Wahl mindestens zu $\frac{3}{4}$ auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig sein. Die Mandate der Vertreterinnen und

Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Länderrat enden bei Verzicht, mit eigenem Ausscheiden aus der Bundesdelegiertenversammlung oder der Neuwahl des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer. § 12 Abs. 3 Satz 3 gilt entsprechend.“

Aus der Begründung der Anträge:

Es ist an der Zeit, dass sich der DPT mit dem Thema der gendergerechten Gestaltung berufspolitischer Verhältnisse beschäftigt. Eine Ablehnung der vorgelegten Beschlüsse zur Quotenregelung wäre für den gesamten Berufsstand inakzeptabel und kaum sachlich und inhaltlich begründbar. Eine weitere Diskussion über Instrumente der Gleichstellung und der Repräsentanz von Frauen in den Län-

derkammern und auf Bundesebene ist notwendig. Daher wird die AG auch den Antrag auf die Einrichtung einer Gleichstellungskommission stellen, die sich mit den erforderlichen Maßnahmen für die Umsetzung der Beschlüsse beschäftigt und weitere gendergerechte Implementierungsaktivitäten erarbeitet.



☑ **Inge Neiser**

Mitglied für die PKS in der Bundesländer AG „Frauen in der Berufspolitik“

MITTEILUNGEN DER KAMMER

Weiterbildung in Systemischer Therapie und Gesprächspsychotherapie

Vertreterversammlung beruft Mitglieder der Prüfungsausschüsse

Nachdem die Weiterbildungsordnung mit der Veröffentlichung im FORUM Nr. 66 zum 01.09.2017 in Kraft getreten ist, hat die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 13.11.2017 für die beiden Weiterbildungsbereiche folgende Mitglieder für die Prüfungsausschüsse bestimmt:

Prüfungsausschuss Gesprächspsychotherapie:

Sylvia Hübschen, Jochen Jentner, Sabine Leonhardt, Susanne Münich-Hessel, Michael Schwindling

Prüfungsausschuss Systemische Therapie:

Irina Bayer, Bettina Fladung-Köhler, Peter Michael Glatzel, Dr. Rudolf Klein.

Mindestens zwei Mitglieder des jeweiligen Prüfungsausschusses müssen über eine Weiterbildungsbefugnis für den zu prüfenden Bereich (Gesprächspsychotherapie/Systemische Therapie) verfügen (§ 11 Abs. 3 WBO). Da die Weiterbildungsbereiche neu eingeführt wurden, erfolgte die erstmalige Bestimmung der Mitglieder der Prüfungskommissionen nach § 15 (5) der Übergangsregelungen der Weiterbildungsordnung (WBO). Danach ist es ausreichend, wenn mindestens zwei Mitglieder des Prüfungsausschusses für den zu prüfenden Bereich über eine nach Inhalt und Umfang gleichwertige Qualifikation verfügen wie nach den

Anforderungen der WBO für Weiterbildungsbefugte dieses Bereiches erforderlich ist.

Vorgehen bei der Antragstellung auf Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnungen

Im letzten FORUM war angekündigt, dass es Formulare zur Antragstellung geben soll, um Antragstellung und Bearbeitung möglichst einfach zu gestalten. Diese Absicht hätte aber mit sich gebracht, Qualifikationen bereits teilweise mit der Antragstellung anzuerkennen. Dem standen letztlich rechtliche Einwände entgegen, nach

denen den Entscheidungen der Kammer nicht vorgegriffen werden darf. Im Unterschied zur Ankündigung im letzten FORUM wurden daher keine Antragsformulare erstellt.

Der Antrag auf Führung der Zusatzbezeichnungen kann formlos an die Kammer gestellt werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, welche Anforderungen die WBO für die jeweiligen Verfahren in den Abschnitten B II (Systemische Therapie) und B III (Gesprächspsychotherapie) im Hinblick auf die nachzuweisenden Bestandteile der Weiterbildung (Nr. 3 und Nr. 4 der Abschnitte B II/B III) stellt. Entsprechende Belege sind einzureichen.

Übergangsregelungen

Innerhalb von Übergangsfristen können Anträge auf Führung einer Zusatzbezeichnung gemäß Paragraph 5 WBO gestellt werden. Die Übergangsregelung nach § 15 Abs. 1 besagt, dass Kammermitglieder, die vor Inkrafttreten der WBO einen Weiterbildungsgang in Systemischer Therapie oder Gesprächspsychotherapie absolviert und eine in Inhalt

und Umfang den Anforderungen in Abschnitt B entsprechende Qualifikation erworben haben, auf Antrag die Anerkennung der Kammer erhalten können, wenn die Weiterbildung gleichwertig ist. Den Anforderungen der jeweiligen Weiterbildungen gleichwertige Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Weitere Übergangsregelungen sind in § 15 Abs. 2 - 6 definiert und betreffen z.B. bereits begonnene, aber noch nicht abgeschlossene Weiterbildungsgänge (Abs. 2) oder die Anerkennung von Weiterbildungsgängen, die in Weiterbildungsstätten stattgefunden haben, die noch nicht von der Kammer anerkannt sind (Abs. 4). Die letzte Regelung wird zunächst die meisten Anträge betreffen, da die PKS nach Änderung der WBO bislang weder Weiterbildungsstätten in Systemischer Therapie noch in Gesprächspsychotherapie anerkannt hat.

Gebühren

Die Ausstellung eines Weiterbildungszertifikats ist gebührenpflichtig. Die PKS hat hierfür keine spezielle Gebührenposition schaffen

wollen. Unter Anwendung der bestehenden Gebührenordnung bleibt die Gebühr deutlich unter denen anderer Kammern: die Mindestgebühr beträgt 40 EUR und erhöht sich je nach Bearbeitungsaufwand um 40 EUR/Stunde.

Zertifikat

Nach Prüfung des Antrags eines Mitglieds und Anerkennung der Führung zur jeweiligen Zusatzbezeichnung erstellt die Kammer ein Zertifikat in Form einer Urkunde. Diese Urkunde wird dem Antragsteller zusammen mit seinen Unterlagen zugesendet.



Michael Schwindling

In eigener Sache

Preisanpassung für Beilagen im FORUM

Werbebeilagen im FORUM sind sehr beliebt, bedeuten aber für die Geschäftsstelle einen enormen Aufwand. Auch die kontinuierlich gestiegenen Produktions- und Versandkosten des FORUM sind ein Grund dafür, die gestiegenen Kosten ab Januar 2018 teilweise an Werbekunden weiterzugeben.

Ab 1. Januar 2018 gelten daher folgende Preise für Beilagen im FORUM:

- bis 20 g: 200 €
- 21 bis 60 g: 250 €
- ab 61 g: nach Vereinbarung

Beilagen müssen dem Vorstand bis spätestens zum jeweiligen Redaktionsschluss digital oder in gedruckter Form vorliegen. Die Anzahl der kostenpflichtigen Beilagen pro Ausgabe wird auf maximal fünf beschränkt. Hier gilt das Eingangsdatum.

Die Möglichkeit einer Anzeigenschaltung wird bislang seltener genutzt. Die Preise für Anzeigen bleiben gleich:

- ganzseitig: 200 €
- halbseitig: 100 €
- Kleinanzeigen:
für Nichtmitglieder: 30 €;
für Kammermitglieder: kostenlos

Irmgard Jochum

An- und Abmeldungen zu Veranstaltungen der PKS

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes lädt regelmäßig zu kostenlosen Veranstaltungen ein, zu welchen sich meist viele Mitglieder und Interessierte anmelden. Die maximale Teilnehmerzahl wird oftmals schnell erreicht und vielen Anfragenden kann die Teilnahme nicht bestätigt werden.

In letzter Zeit passierte es häufig, dass bei ausgebuchten Veranstaltungen TeilnehmerInnen angemeldet, aber nicht erschienen sind, und

somit viele Interessierte trotz freier Plätze nicht teilnehmen konnten.

Die Organisation und Durchführung solcher Veranstaltungen bedeutet für alle ehrenamtlich Tätigen und für die Geschäftsstelle einen großen Aufwand. Es ist bedauerlich, wenn die Veranstaltung trotz großem Interesse nur von wenigen Teilnehmern besucht wird.

Bitte geben Sie uns daher Bescheid, wenn Sie sich zu einer Veranstaltung angemeldet haben aber nicht teil-

nehmen können – so geben Sie anderen Interessierten die Möglichkeit zu einer Teilnahme.



☑ Sonja Werner

Aktuelle Broschüren zur Befugnisserweiterung der Psychotherapierichtlinien

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wichtige Befugnisse erhalten, die ihre Versorgerrolle für psychisch kranke Menschen stärken. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können nun Krankenfahrten und Krankentransporte sowie Soziotherapie und medizinische Rehabilitation verordnen und Patienten wegen ihrer psychischen Erkrankung zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus einweisen. Damit können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nun umfassender als vorher koordinieren.

Die BPtK hat hierzu Informationsbroschüren aufgelegt, die zu den Themen der Befugnisserweiterung auf der Website der BPtK abgerufen werden können.

Praxis-Info Krankentransport

Seit dem 27.05.2017 ist die neue Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft.

Damit können jetzt Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten neben einer Krankenhauseinweisung auch den Krankentransport verordnen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Dies gilt sowohl für die Einweisung in ein Krankenhaus im Notfall als auch für die geplante stationäre Krankenhausbehandlung. Es können auch für Patienten mit Schwerbehinderung Krankenfahrten verordnet werden, damit sie Behandlungstermine in der ambulanten Psychotherapie wahrnehmen können.

Die vorliegende Praxis-Info gibt einen Überblick darüber, was bei einer Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransporten zu beachten ist und welche Formalitäten hierfür zu erledigen sind.

Praxis-Info Krankenhauseinweisung

Seit dem 7. Juni 2017 ist die neue Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft. Sie regelt die Details der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung.

Damit können jetzt Notfalleinweisungen aufgrund von akuter Selbst- und Fremdgefährdung als auch geplante Einweisungen, weil die ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichen direkt und unmittelbar durch die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen. Die vorliegende Praxis-Info gibt auch hierzu umfassende und praxisnahe Informationen, was bei einer Krankenhauseinweisung alles zu beachten ist und welche Formalitäten hierfür zu erledigen sind.

Praxis-Info Soziotherapie

Mit der Verordnungsfähigkeit der Soziotherapie wird Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein hilfreicher Baustein für die ambulante psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen an die Hand gegeben. Durch eine soziotherapeutische Unterstützung ist es schwer psychisch kranken Menschen manchmal überhaupt erst möglich, eine/n niedergelassene/n Psychotherapeut/in aufzusuchen.

Die Broschüre erläutert anhand von Praxisbeispielen, wie Psychotherapie und Soziotherapie sich ergänzen und aufeinander aufbauen können und was bei der Verordnung von Soziotherapie zu beachten ist. Am 13. Dezember veranstaltet die Kammer eine Fortbildung zur Verordnung von Soziotherapie (siehe gesonderte Ver-

anstaltungsankündigung in dieser Ausgabe).

Die Broschüre zur Verordnung von **medizinischer Rehabilitation** bei psychischen und psychosomatischen Störungen ist gegenwärtig in der Endbearbeitung. Die PKS stellt alle Infobroschüren auf ihrer Website zur Verfügung.

Praxis-Info Psychotherapierichtlinie neu aufgelegt

Überarbeitet und auf den neusten Stand gebracht wurde die Praxis-Info Psychotherapierichtlinie, die umfassende Informationen zu den neuen Psychotherapierichtlinien beinhaltet.

 *Inge Neiser*

VERANSTALTUNG

13. Dezember 2017, 19.00 bis 21.15 Uhr • Geschäftsstelle der PKS

Einladung zur Infoveranstaltung zur Soziotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit seinem Beschluss vom 16. März 2017 die Verordnungsmöglichkeiten von Leistungen durch Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen neu geregelt. Zu den Befugnisserweiterungen für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gehört nun auch das Ordnungsrecht für Soziotherapie. Neben vielen anderen Indikationen kann Soziotherapie auch dazu dienen, die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen zu ermöglichen. Wir la-

den Sie deshalb ein zu einer Infoveranstaltung zum Thema

Soziotherapie – was ist das? Wer bietet das an und für wen?

Antworten auf diese und andere Fragen erhalten Sie am

Mittwoch, den 13. Dezember 2017 von 19 bis 21.15 Uhr

in der Geschäftsstelle der PKS, Scheidter Straße 124, 66123 Saarbrücken.

Mit Diana Dintinger und Christian Geiger, Leiterin bzw. stellvertretender Leiter der ambulanten Eingliederungshilfeangebote der sozio-

therapeutischen Angebote beim saarländischen Schwesternverband, stehen uns zwei kompetente und erfahrene AnsprechpartnerInnen zur Verfügung. Sie werden in das Thema einführen, aus ihrer soziotherapeutischen Arbeit im Saarland berichten und Ihre Fragen zum Thema beantworten.

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten akkreditiert.

Bitte melden Sie sich zur besseren Planung bis zum 06.12.2017 verbindlich an per E-Mail an kontakt@ptk-saar.de oder telefonisch unter 0681-9 54 55 56.

INFORMATIONEN FÜR MITGLIEDER

Telematik

Wann? Wie? Was? – Oder viel Lärm um nichts?

Die **Telematik**infrastruktur (TI) ist ein fast schon Jahrzehnte altes Mammon-fressendes Mammut-Projekt: Alle Beteiligten im Gesundheits-

wesen, Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen sollen sich miteinander vernetzen. Die Kommunikation der

einzelnen Akteure - wie elektronische Arztbriefe oder Telekonsile - soll nur noch online über die TI laufen.

Die Geburt dieses teuren Wunderkindes ist allerdings schon vielfach vertagt worden. Zuletzt sollten bis zum 1. Juli 2018 alle Praxen an die TI angeschlossen sein und als erste Anwendung das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchführen können.

Strafen, wenn man in seiner eigenen Zeitplanung ebenso unzuverlässig ist wie das Projekt selbst, stehen natürlich unverrückbar fest: Nach dem Gesetz droht Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten eine Hono-

rarkürzung von pauschal 1 %, wenn sie nicht ab dem 1. Juli 2018 VSDM durchführen.

Aber Entwarnung: Inzwischen hat der Gesetzgeber signalisiert, diese Frist auf den 31.12.2018 zu verschieben.

Unsere KV ist bemüht, alle Informationen zu diesem in jeder Hinsicht schwierigen und kostenintensiven Thema zusammenzustellen und zu erklären. Schauen Sie auf die Homepage <https://www.kvsaarland.de>,

Suchwort Telematik. Dort finden Sie alles, was Sie zu diesem Thema brauchen.



Ilse Rohr

Vorsitzende des Ausschusses
Ambulante Versorgung

Psychotherapiehonorare – Enttäuschendes Urteil des Bundessozialgerichts

In den Urteilen vom 11.10.2017 hat das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen grundsätzlich bestätigt. Insbesondere hält das Gericht die willkürliche Systematik der „Strukturzuschläge“ für rechtens, die die Kosten für die Einstellung von Personal nur Praxen mit einem überdurchschnittlichen Umsatz zuerkennt. Auch dass Praxen mit einer hälftigen Zulassung die Strukturzuschläge schon ab der 9. Sitzung und nicht wie bei Praxen mit voller Zulassung ab der 19. Sitzung pro Woche erhalten, wurde bestätigt. Einer voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis sei nunmehr die Beschäftigung einer Sprechstundenhilfe möglich. Es sei auch zulässig gewesen, dies mit Anreizen für eine Vollauslastung durch die o.g. Systematik der Strukturzuschläge zu verbinden.

Um was ging es?

Die Urteile ergingen in vier Revisionsverfahren zur Honorierung

der psychotherapeutischen Leistungen der ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen aus den Jahren 2011, 2012 und folgende, die als Musterklagen vor den Sozialgerichten gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen Schleswig-Holstein und Hessen geführt worden waren.

Klagegrund war der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. September 2015, der den Hauptanteil der Personalkosten in einen Strukturzuschlag verlagert, der anteilmäßig nur an die Praxen ausgezahlt wird, die genehmigungspflichtige Psychotherapie in einem bestimmten Umfang erbringen. Strukturzuschläge werden danach erst ab einer Punktmenge für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen zugesetzt, die einer hälftigen Vollaustattung entspricht. Der Personalkostenanteil wird also seitdem bei den PsychotherapeutInnen nicht, wie es ansonsten in jeder Arztgruppe üblich ist, in die EBM Leistung einbezogen. Damit werden glei-

che Leistungen jedoch nicht mehr gleich vergütet.

BSG weicht von seiner bisherigen Rechtsprechung ab

Bisher ging das BSG davon aus, dass jeder Praxis, unabhängig von ihrem Umsatz, eine Mindestvergütung pro Sitzung zusteht, in die eine bestimmte Mindestausstattung an Personal eingerechnet ist.

Die mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neu eingeführten Leistungen wie die telefonische Erreichbarkeit, die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung erfordern aber von jeder Praxis neue Praxisstrukturen mit einem erhöhten Einsatz von Personal. Wenngleich das Gericht einen geringen Korrekturbedarf bei der Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen 2011 und ab 2012 rückwirkend zugestanden und dem Bewertungsausschuss die Neubewertung dieser Leistungen prospektiv verord-

net hat, überrascht und enttäuscht diese Auffassung des BSG.

Fazit:

Die schriftliche Urteilsbegründung stand zum Zeitpunkt der Drucklegung noch aus. Diese wird genau zu analysieren sein. Fest steht jedoch, dass die gesetzlichen Voraussetzungen zur Vergütung der Psychotherapie dringend verbessert werden müssen. Die bisherige Vorschrift zur

„angemessenen Vergütung“ psychotherapeutischer Leistungen in § 87 Abs. 2c Sozialgesetzbuch V (SGB V) erscheint unzureichend. Nach dem Zi-Praxis-Panel 2015, das die Kosten- und Versorgungsstrukturen in den Praxen niedergelassener ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen untersucht, sind ärztliche, psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen wieder trauriges Schlusslicht in der Vergütung.

https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2015.pdf

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/81842/Strukturzuschlag-nur-fuer-stark-ausgelastete-psychotherapeutische-Praxen>

. Aktenzeichen : B 6 KA 8/16 R; B 6 KA 35/17 R; B 6 KA 36/17 R; B 6 KA 37/17 R)

✎ *Susanne Münnich-Hessel*

Möglichkeiten und Grenzen der Verbesserung der (ambulanten) neuropsychologischen Versorgung

Zur Notwendigkeit von Änderungen der Weiterbildungsordnung „Neuropsychologie“ und weiterer Initiativen

Neumann-Zielke, L., Borchers, S., Eisele, V., Emering, M., Grahneis, R., Kirsch, A., Kuhn, C., Ross, S. & Weicherding, H.¹

Einleitung

Die ambulante neuropsychologische Versorgung hirngeschädigter Patienten ist in vielen Regionen der Bundesrepublik Deutschland nicht zufriedenstellend. Mohr & John (2017) problematisieren in ihrem Beitrag aufgrund ihrer Erfahrungen die aktuelle Versorgung im Saarland. Um die Versorgungsbedingungen verbessern zu können, bedarf es einer Beschreibung und Bewertung der Rahmenbedingungen und Ursachen dieses eklatanten Missstandes. Nach einer solchen Analyse der aktuellen Situation sollen abschließend Lösungsvorschläge aufgezeigt und diskutiert werden.

Neuropsychologen im deutschen Gesundheitswesen

Im Jahr 1986 gründete sich in Deutschland die Gesellschaft für Neuropsychologie [GNP]. In dieser Zeit war die bereits mehrere Jahrzehnte dauernde Diskussion um die Konstituierung eines psychotherapeutischen Heilberufs im vollen Gange. Der vielschichtige und langjährige Prozess, der zur Einbindung der Neuropsychologie in die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in die Aufnahme des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenkassen führte, findet sich ausführlich bei Neumann-Zielke (2012) zusammengefasst. Seit 2011 ist die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Händen eines nicht-ärztlichen Heilberufs. Diese Integration der Neuropsychologie in die Psychotherapie sichert die Stellung der Neuropsychologie sowohl gegenüber den

ärztlichen Kolleginnen², wie auch gegenüber den Heilhilfsberufen und hier vor allem der Ergotherapie ab. Das Tätigkeitsfeld „Neuropsychologie“ steht den Approbationsberufen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten in der Weise gleichsam offen, dass sie über klar definierte Qualifikationen verfügen müssen. Ärztlicherseits war der „Verhaltensneurologe“ eine Konzeption für eine dem Neuropsychologen analoge Weiterbildungsanforderung, welche sich nicht durchsetzen konnte.

Im stationären Bereich finden sich weiterhin approbierte und nicht approbierte Kolleginnen, wenn auch ein erheblicher Teil approbierter Neuropsychologen seit 2011 die Kliniken verlassen hat, um sich niederzulassen, ohne dass dazu genaue Daten vorliegen. Nicht-approbierte Neuropsychologen des Fachverbandes

¹ Der Kreis der Autoren setzt sich weitgehend aus Neuropsychologinnen zusammen, die Mitglieder der kammeranerkannten Interventionsgruppe „GNP-Regionalgruppe Saar“ sind.

² Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichten Lesbarkeit die weibliche oder männliche Form Verwendung findet.

des GNP erfüllen über das von ihnen absolvierte Curriculum entsprechende Voraussetzungen (vgl. GNP 2007), wie sie die approbierten Neuropsychologen auf der Basis der Musterweiterbildungsordnung (vgl. BPtK 2017) absolvieren. Das Miteinander approbierter und nicht-approbierter Neuropsychologen spiegelt sich in der Zusammensetzung der Mitglieder des neuropsychologischen Fachverbandes wider (vgl. GNP 2016). Die GNP vertritt gut 1.500 Mitglieder von denen 55,78 % über das Zertifikat „Klinischer Neuropsychologe (GNP)“ verfügen. Die Verteilung approbierter und nicht approbierter Verbandsmitglieder mit dieser Qualifikation ist in etwa paritätisch (27,09 % zu 28,69 %). 98,49 % der approbierten GNP-Mitglieder sind als „Klinische Neuropsychologen (GNP)“ zertifiziert, während 43,64 % der nicht-approbierten GNP-Mitglieder über das Zertifikat verfügen. Weitere 12 % dieser nicht-approbierte GNP-Mitglieder streben den Abschluss als „Klinische Neuropsychologen (GNP)“ an.

80,09 % aller bislang durch den Fachverband zertifizierten Neuropsychologen sind derzeit Mitglied in der GNP. Mit den aktuell in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen ist eine Vergrößerung der Gruppe zertifizierter und nicht-approbierte Kolleginnen zu erwarten, so dass in den nächsten drei Jahren die Anzahl Klinischer Neuropsychologen (GNP), welche nur den Kliniken und nicht für die ambulante Versorgung über die Gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung stehen, bundesweit von derzeit gut 600 auf über 800 Neuropsychologen ansteigen kann. Die Anzahl der gleichzeitig die Approbation anstrebenden Kolleginnen ist bei der Datenlage nicht abschätzbar.

Weiterbildung „Neuropsychologie“ und ambulante Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung [GKV]

Die Anerkennung als eine im deutschen Gesundheitswesen regulär abrechnungsfähige diagnostische und

therapeutische Leistung begann mit der Einstufung der Neuropsychologie als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren (vgl. Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie [WBPt] 2000, 2008). Dies stellte gleichzeitig eine Voraussetzung dar, neuropsychologische Leistungen einem akademischen Heilberuf zuzuordnen. Zur Festlegung von Qualifikationsanforderungen für neuropsychologische Behandler im psychotherapeutischen Heilberuf legte die Bundespsychotherapeutenkammer 2006 erstmals in der Musterweiterbildungsordnung die erforderlichen Kriterien fest, welche in den folgenden Jahren von Landespsychotherapeutenkammern in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen aufgegriffen wurden. Die Saarländische Psychotherapeutenkammer [PKS] regelte in 2010 die Grundlagen für die Weiterbildung im Bereich Neuropsychologie mit der entsprechenden Weiterbildungsordnung [WBO]. Am 24.11.2011 erfolgte schließlich die formale Einbindung neuropsychologischer Leistungen in die Gesetzliche Krankenversicherung (vgl. GBA 2011). Die neuropsychologische Behandlung gilt seither als „Kassenleistung“.

Die saarländische Weiterbildungsordnung sieht entsprechend der damals gültigen Musterweiterbildungsordnung neben einem theoretischen Ausbildungsblock über mindestens 400 Stunden auch eine zweijährige klinische Tätigkeit vor. Diese „... ist mindestens ein Jahr in zur Weiterbildung befugten stationären Einrichtungen der Neurologie oder Neurologischen Rehabilitation abzuleisten“ (PKS 2010, S. 10). Die Erfahrungen in der Umsetzung der WBO bestätigten bereits frühere kritische Diskussionen darüber, dass die klinische Zeit ein Nadelöhr in der Qualifizierung von jungen Kolleginnen für die Neuropsychologie darstellt. Vor diesem Hintergrund weichte die Bundespsychotherapeutenkammer die Anforderungen im Jahr 2014 hin zu folgender Formulierung auf: „Während dieser zwei Jahre soll ein breites Spektrum von Erkrankungen und Verletzungen behandelt werden,

die Hirnfunktionsstörungen zur Folge haben“ (BPtK 2014).

2017 – Aktueller Stand der neuropsychologischen Versorgung

Die Behandlung neuropsychologischer Patienten unter einer Vielzahl neurologischer Störungsbilder erfolgt in Deutschland nach der Akutphase (Phase A) in unterschiedlichen Reha-Phasen (vgl. BAR 1995, Anlage 1, S. 16). An diese Phasen B-E schließt sich, falls notwendig, eine ambulante Therapie an. Je nach Störungsausmaß können Phasen übersprungen oder aufgrund fehlender Reha-Potenziale nicht erreicht werden, so dass die rehabilitative Förderung abgebrochen wird. Diese Patienten werden schließlich zumeist durch Angehörige oder in Pflegeheimen weiter versorgt.

Klinische Neuropsychologen arbeiten in allen neurologischen Phasen und in der ambulanten Versorgung. In den stationären Phasen A bis D erfolgt die Behandlung der Patienten interdisziplinär in Teams aus Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern, Pflegekräften und Ärzten. Die Wechselspiele zwischen körperlichen, motorischen und (neuro-) psychologischen Prozessen beim Patienten und systemischen Abläufen zwischen dem Hirngeschädigten, den Angehörigen und dem Behandlungsteam stellen täglich neue Herausforderungen. Die Vielfalt innerhalb der unterschiedlichen neuropsychologischen Störungsbilder ist über die Spanne von der Akutklinik oder Frühreha bis zur ambulanten Behandlung so groß, dass ausschließliche Kenntnisse über Störungsprofile unter ambulanten Bedingungen keine ausreichenden Kompetenzen in der Behandlung früher Störungsmuster vermitteln. Bis heute ist die Nachfrage an approbierten wie auch nicht approbierten Neuropsychologen in den Kliniken ungebrochen groß. An der durch die Gesetzliche Krankenversicherung getragenen ambulanten Versorgung

können aufgrund der beschriebenen rechtlichen Rahmenbedingungen nur approbiert weitergebildete Neuropsychologen teilnehmen.

Wie Mohr & John (2017) in ihrem Beitrag zur ambulanten neuropsychologischen Therapie ausführen, liegen aktuelle Engpässe in der Versorgung hirngeschädigter Patienten vor allem in einem Mangel an Nachwuchs approbierter Neuropsychologen begründet. Die Autoren diskutieren über das Potenzial nicht-approbierter in den Kliniken arbeitender „gut ausgebildeter“ Neuropsychologen, als hätten diese den aktuellen Notstand in der ambulanten Versorgung verhindern können. Gemäß der oben dargelegten Zahlen zu den nicht-approbierten Neuropsychologen hätte jedoch ein Wechsel von Kolleginnen aus dem stationären Bereich in die Ambulanz, einen Mangel in den Kliniken zur Folge. Ungeachtet unterschiedlicher Bewertungen des steinigen Weges zur Entwicklung der Neuropsychologie in Deutschland bleibt eine massive Unterversorgung hirngeschädigter Patienten vor allem im ambulanten Bereich zu beklagen.

Gründe für den Nachwuchsmangel im Bereich Neuropsychologie

Informiertheit über berufliche Perspektiven

Zumindest seit dem Ende der 90er Jahre besteht ein Mangel an Transparenz gegenüber dem studentischen Nachwuchs, was es gesundheitspolitisch bedeutet, als nicht-approbierter Neuropsychologe tätig zu sein. Im Vergleich zum Weg über die Approbation ist die Entscheidung, ein Zertifikat der Gesellschaft für Neuropsychologie zu erwerben, deutlich kostengünstiger. Doch engt dieser Weg die späteren beruflichen Entscheidungsmöglichkeiten dieser Kolleginnen wesentlich ein (vgl. Tab. 1 „Arbeitsformen von Diplom-Psychologen in der Klinischen Neuropsychologie“, Neumann-Zielke 2012). Die schlechte Informationslage an den Universitäten hinsichtlich der Be-

rufschancen von Studierenden der Psychologie im Anschluss an ihr Studium betrifft in ähnlicher Weise alle klinischen Berufsfelder und damit auch die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten.

Kosten für Träger von Weiterbildungsstellen

Für eine Qualifikation von Neuropsychologen auf einem angemessenen Niveau sind praktische Erfahrungen in Kliniken dringend erforderlich. Dafür fehlt es an qualifizierten Einrichtungen, die bereit sind, regelmäßig entsprechende Stellen mit Weiterbildungskandidaten zu besetzen. Die Vorhaltung von Weiterbildungsstellen ist aufgrund der hohen Kosten für die Kliniken nicht attraktiv: Gehalt zuzüglich Kostenzuschüsse und Dienstfreistellung für die Theorieveranstaltungen, Zeiten für die Praxisanleitung und Supervision.

Die Absolvierung der Weiterbildung im ambulanten Sektor etablierte sich nicht besser als im stationären Bereich und stellt neuropsychologische Praxen vor ähnliche Probleme wie Kliniken, weil die Einnahmenseite für die Einstellung von Kolleginnen in Weiterbildung nicht geregelt und die Kostenseite entsprechend den Ausführungen zuvor deutlich erhöht ist.

Zeitaufwand nach dem Studium

Wie Mohr & John (2017) treffend darstellen, ist der Zeitaufwand für junge Berufseinsteiger, um später nach der Approbation neuropsychologisch arbeiten zu dürfen, nicht zumutbar. Das saarländische Heilberufekammergesetz [SHKG] engt die Anerkennungsmöglichkeiten der vor der Approbation erbrachten Weiterbildungsleistungen stark ein. Damit kumulieren die Zeiten der unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungsabschnitte.

Entgelt für die Weiterbildungskandidaten

Zur Entkräftung des finanziellen Arguments für Entscheidungen gegen den Weg in die Neuropsychologie mit Approbation sind grundsätzlich, d.h. in Kliniken und im ambulanten Bereich, ausreichend gut bezahlte Stel-

len erforderlich. In tariflich gebundenen Institutionen ist dies bislang nur schwer möglich, eine faire Bezahlung zu erhalten, weil ein Weiterbildungskandidat nach der Approbation mit beginnender Weiterbildung entsprechend wie ein Psychologischer Psychotherapeut bezahlt werden muss. Da Heilberufekammergesetze eine Approbation als absolute Voraussetzung vor dem Start der Weiterbildung fordern, verschärfen sie in der Wechselwirkung mit Tarifverträgen (z.B. TVöD) die Situation, so dass Kliniken sich schwer tun, entsprechende Stellen einzurichten.

Wenn auch das weiter unten beschriebene „rheinlandpfälzische Modell“ Synergieeffekte innerhalb der praktischen Aus- und Weiterbildungsabschnitte erreicht und damit die jungen Kolleginnen zeitlich entlastet, so sichert es diese finanziell nicht ab. Vielmehr können die Kliniken solche Weiterbildungsstellen für zu diesem Zeitpunkt noch „nicht approbierte“ Kolleginnen sehr niedrig dotieren, was die Entscheidung für die Neuropsychologie auf der Basis der Approbation gleichzeitig weniger attraktiv macht.

Modelle finanzieller Absicherungen der Weiterbildung in Neuropsychologie

Wie im Abschnitt zuvor dargestellt, ist die unzureichende finanzielle Einnahmesituation von jungen psychotherapeutischen Kolleginnen, die sich für eine Weiterbildung in Neuropsychologie auf der Basis der Approbation entscheiden wollen, wesentlich mitverantwortlich für die Versorgungsengpässe hirngeschädigter Patienten im ambulanten Bereich. Der neuropsychologische Nachwuchs muss sich in seiner Klinikzeit mit reduzierten Gehältern bis hin zum Mindestlohn zufrieden geben bei gleichzeitig hohen Kosten für die Weiterbildung. Ein Weiterbildungsstellenmangel und die nicht tragbaren finanziellen Bedingungen für die Berufsanfänger tragen wesentlich dazu bei, dass sich nicht genügend Nachwuchs für die

Niederlassung als Neuropsychologin entscheidet.

Im Rahmen der in den letzten Jahren forciert vorangetriebenen Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (vgl. Bundesministerium für Gesundheit [BMG] 2017) wird auch die Notwendigkeit zur Regelung der zukünftigen Finanzierung des Weiterbildungsabschnitts nach dem wahrscheinlich mit der Approbation verbundenen Masterstudienabschluss diskutiert. Dies kann eine Chance sein, gleichzeitig auf die Missstände in der ambulanten neuropsychologischen Versorgung und den Weiterbildungsbedingungen hinzuweisen, um entsprechend die Weiterbildungsstrukturen für die Neuropsychologie zu verbessern.

Die wichtigsten dabei in Frage kommenden bereits bekannten finanziellen Möglichkeiten seien hier kurz dargestellt (vgl. Walendzik & Wasem 2017):

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz fügte den §75a in das SGB V ein. Dies sieht bereits für Ärzte eine Förderung ambulanter Weiterbildungen (sog. WB-Assistenz, vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayern 2017) vor. Fördermittel können demnach gewährt werden, wenn die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen eine Vereinbarung getroffen haben, auf welchem Gebiet und für welche Arztgruppe Förderbedarf besteht (vgl. Hartmannbund 2016). Dies hat gemäß § 75a SGB V die Grundlage in einer Vereinbarung (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016a) zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft [DKG], der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [KBV] und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen [GKV-Spitzenverband] auf Bundesebene. Den Autoren sind mehrere Fälle bekannt, in denen Weiterbildungskandidatinnen im Bereich Neuropsychologie durch die Kassenärztliche Vereinigung entsprechende Fördermittel erhalten. Vor dem Hintergrund der beschriebenen gravierenden ambulanten Unterversorgung sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen

ihres Sicherstellungsauftrags gegenüber ihren Versicherten (SGBV §75) stärker in die Verantwortung genommen werden, diese Förderprogramme auch für Neuropsychologen zu öffnen. Ferner könnte in der Phase der ambulanten Weiterbildung eine Finanzierung über die analoge Nutzung der Abrechnungsmöglichkeiten von Ambulanzen an Ausbildungsstätten gemäß §117 Abs. 3 und §120 Abs. 2 SGB V erfolgen (vgl. Walendzik & Wasem 2017, S. 72).

Dringend ist die Integration der Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Tarifverträgen einzufordern. Dabei könnte die Finanzierung von Neuropsychologen in Weiterbildung analog zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016b) erfolgen und entsprechend den dort politisch derzeit geforderten Verbesserungen über die Krankenkassen finanzierbar sein. So fördern Krankenkassen die ärztliche Weiterbildung auf der Basis des §75a SGB V in zugelassenen Krankenhäusern (vgl. Walendzik & Wasem 2017, S. 75).

Die Entwicklung günstigerer Standards zur Durchführung von Weiterbildung in Neuropsychologie könnte über die Einbeziehung der unterschiedlichen Vertragspartner im Gesundheitswesen, wie der Kassenärztlichen Vereinigung [KV], der Saarländischen Krankenhausgesellschaft [SKG], dem Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen [GKV] oder dem Verband der Ersatzkassen [vdek] erfolgen.

Strukturelle Erleichterungen hinsichtlich der Organisation der Weiterbildung

Die Attraktivität, eine Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie zu absolvieren, ließe sich auch über Anpassungen in der Weiterbildungsordnung steigern. Dabei sollte die praktische Umsetzung der bestehenden Anforderungen für junge Kolleginnen erleichtert werden, ohne die

Qualität zu senken.

Verkürzung der Weiterbildungszeit durch Synergieeffekte

Nach dem Diplom- oder Masterstudium in Psychologie fordert die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mindestens drei Jahre in Vollzeit. Davon sind 1,5 Jahre als sog. praktische Tätigkeit³ (vgl. Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 2016) zu erbringen. Eine anschließende neuropsychologische Weiterbildung erfordert in praktischer Hinsicht mindestens einen Zeitraum von zwei Jahren und schließt mit der Erlaubnis ab, eine entsprechende Zusatzbezeichnung zu führen.

Ein Blick in das benachbarte Bundesland Rheinland-Pfalz zeigt, wie sich Synergieeffekte erzielen lassen (vgl. Albs-Fichtenberg et al. 2008): Die 600 Stunden an einer „von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung“ können in einer neurologischen Schwerpunktambulanz erbracht werden, so dass mindestens ein halbes Jahr Weiterbildungszeit eingespart werden kann. (In der mittlerweile wiederholt überarbeiteten rheinlandpfälzischen Weiterbildungsordnung ist dafür §4 Abs. 7⁴

3 § 2 Praktische Tätigkeit

...

(2) Die praktische Tätigkeit umfasst mindestens 1.800 Stunden und ist in Abschnitten von jeweils mindestens drei Monaten abzuleisten. Hiervon sind 1. mindestens 1.200 Stunden an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung, die im Sinne des ärztlichen Weiterbildungsrechts zur Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie zugelassen ist oder die von der nach § 10 Abs. 4 Psychotherapeutengesetz zuständigen Behörde als gleichwertige Einrichtung zugelassen wird, und 2. mindestens 600 Stunden an einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung, in der Praxis eines Arztes mit einer ärztlichen Weiterbildung in der Psychotherapie oder eines Psychologischen Psychotherapeuten

4 WBO der PTK-RLP (2016): § 4 Abs. 7: „Hat ein Psychotherapeut Tätigkeitszeiten und/oder Tätigkeitsinhalte während seiner Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten vom 18. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3749) bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 18. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3761) an einer von einer Psychotherapeutenkammer anerkannten entsprechenden Weiterbildungsstätte

verantwortlich, der entsprechend in die saarländische Weiterbildungsordnung übernommen werden könnte. Die WBO der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes macht auch ohne eine solche Änderung eine teilweise Anerkennung von Ausbildungszeiten auf die Weiterbildung möglich.

In der Diskussion um die Angemessenheit dieses Vorschlags ist folgender Hintergrund maßgeblich: Ärztliche Kolleginnen haben die Möglichkeit, *eine* Weiterbildungszeit für unterschiedliche Facharztabschlüsse nutzen zu können. Dieses Recht sollte entsprechend den beiden jungen psychotherapeutischen Heilberufen eingeräumt werden, weil sie auch mit der Fachkunde auf Facharzniveau abschließen (Eintragung in das Arztreregister), was nach ärztlichem Verständnis das Ende einer „Weiterbildung“ darstellt. Dass bei Psychotherapeuten dieser Qualifikationsschritt als „Ausbildung“ bezeichnet wird, liegt in den mit der ärztlichen Laufbahn nicht-vergleichbaren Studien-, Ausbildungs- und Weiterbildungsgängen begründet. Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung erhalten bislang von ihrer jeweiligen Ausbildungsleitung des Instituts eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis, damit diese Kolleginnen ihre praktischen Fälle über die Gesetzliche Krankenversicherung ambulant abrechnen können. Von diesem Zeitpunkt an sollte zumindest die Praxiszeit der Ausbildung bei entsprechendem Tätigkeitsfeld auch für eine Weiterbildung anrechenbar sein.

Flexibilisierung in der Anerkennung von Weiterbildungsstätten

Für die Erlangung einer fundierten Ausbildung in Klinischer Neuropsychologie spielen die besonderen Anforderungen im Rahmen einer Klinik-tätigkeit eine wesentliche Rolle. Der Tatsache, dass zu wenige Weiterbildungsstellen in Kliniken angeboten werden, hat die Bundespsychothe-

rapeutenkammer im Jahr 2014 mit ihrer Änderung des Passus' 4 im Abschnitt B zum Bereich Klinische Neuropsychologie Rechnung getragen. Damit rücken die Anforderungen von einer Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Weiterbildungsstätten ab und stellen stärker qualitative Ansprüche in den Vordergrund (vgl. BPtK 2017, S.16).

Darüber hinaus stärkte die Bundespsychotherapeutenkammer die Möglichkeiten der Weiterbildungskandidatinnen, im Verlauf der zwei Jahre zwischen unterschiedlichen Weiterbildungsstätten zu wechseln. Sie regelt in §3 Abs. 7 die Anerkennungsfähigkeit bislang erlangter Qualifikationen (vgl. BPtK 2017, S. 6).

Zusammenfassung, was es zu tun gilt:

- Universität, Fach- und Berufsverbände sowie die Psychotherapeutenkammern haben die dringende Aufgabe, junge Kolleginnen über die Perspektiven des neuropsychologischen Tätigkeitsfelds umfassend zu informieren. Das könnte in Informationsveranstaltungen für Studierende an der Universität geschehen, zu denen Neuropsychologen aus unterschiedlichen Bereichen der klinischen Praxis eingeladen werden. Für dort bereits motivierte Interessenten, könnten Kolleginnen aus der Praxis ein Coaching anbieten: Ein Mentor-Mentee-System würde den Nachwuchs auf seinem langen Weg von der Universität über die Approbation zum Zusatztitel stützen.

- Bündnisse mit Betroffenen und Angehörigen in entsprechenden Gruppierungen/Verbänden schaffen und an die für die Gesundheitsversorgung maßgeblichen Politiker herantreten. Im Saarland und darüber hinaus den gesundheitspolitischen Druck erhöhen: Unterversorgung im Bereich der Neuropsychologie herausstellen und die Gründe publik machen. Gleichzeitig die gut qualifizierten Master-

studierenden beschreiben, welche aufgrund struktureller Missstände nicht zum Zuge kommen.

- Änderung der Weiterbildungsordnung, um eine übermäßige Kumulation von Aus- und Weiterbildungszeiten zu verhindern und eine flexiblere Auswahl an Weiterbildungsstellen zu ermöglichen.

- Die Möglichkeiten einer Anerkennung von Weiterbildungsinhalten aus der Zeit vor der Approbation sollten im Interesse unseres Nachwuchses geprüft und - falls hilfreich und möglich - in einer gesonderten Rechtsverordnung geregelt werden.

- Bei der Anerkennung neuropsychologischer Weiterbildungsleistungen aus der Zeit vor der Approbation bestehen für die Kammern Interpretationsspielräume. Nicht approbierte Neuropsychologen sollten sich auch nach dem Ablauf der Übergangsregelungen nicht abschrecken lassen, die Approbation anzustreben und Antrag auf Anerkennung bereits erworbener neuropsychologischer Qualifikationen zu stellen.

- Alle angestellten Kolleginnen sollten im Kontakt mit ihren Chefarzten und ihren Verwaltungen ein Verständnis für den Nachwuchsmangel wecken. Ihnen obliegt es, für die erforderlichen Strukturen in den Kliniken zu sorgen und gegebenenfalls Hilfestellungen durch ihre Verbände (z.B. Saarländische Krankenhausgesellschaft), die Kostenträger und die Kammern einzufordern.

- Dies alles ist von Einzelpersonen nicht zu leisten, sondern setzt auf der Psychotherapeutenseite zumindest ein engagiertes Zusammenwirken mehrerer Landeskammern oder der Bundespsychotherapeutenkammer mit Berufs- und Fachverbänden voraus.

- Bildung einer Task-Force, die bei der Psychotherapeutenkammer angesiedelt sein sollte/könnte, um mit

nachgewiesen, die den formalen und inhaltlichen Anforderungen dieser Weiterbildungsordnung genügen, so können diese auf die Weiterbildung angerechnet werden.“

Verantwortlichen und Verbänden im Gesundheitswesen zu verhandeln.

Literatur

Albs-Fichtenberg, B., Benecke, A., Gönner, S., Heinrich, B., Kammler-Kaerlin, J., Naumann, D. & Scheuch, A. (2008). Zeit gewinnen in Aus- und Weiterbildung: Zukunftsprojekt Neuropsychologie startet 2008. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 306-309. URL: https://www.gnp.de/files/user_files/content/pdf/downloads/aw-FAQ-ptj2008-3.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [BAR] (1995). Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. Frankfurt/M.: Eigendruck. URL: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf

Bundesministerium für Gesundheit [BmFG] (23.02.2012). Bekanntmachung eines Beschlusses des GBA über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Neuropsychologische Therapie. *Bundesanzeiger*, 31, S. 747. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1415/2011-11-24_MVV-RL_NeuroPsych_BAnz.pdf

Bundesministerium für Gesundheit [BmFG] (2017). Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz – PsychThGAusbRefG). URL: www.bptk.de/uploads/media/Arbeitsentwurf_Stand_20072017.pdf

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2016). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/psychth-aprv/PsychTh-APrV.pdf>

Bundespsychotherapeutenkammer [BPTK] (2006). Muster-Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20060513_musterweiterbildungsordnung.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer [BPTK] (2014). Muster-Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. URL: laut Mitteilung der BPTK nicht verfügbar.

Bundespsychotherapeutenkammer [BPTK] (2017). Muster-Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. URL: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Recht/Satzungen_und_Ordnungen/Muster-Weiterbildungsordnung_BPTK.pdf

Gemeinsamer Beratender Ausschuss [GBA] (2011). Ambulante neuropsychologische Therapie künftig GKV-Leistung. URL: <http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/418/>

Gesellschaft für Neuropsychologie [GNP] (2007). Curriculum Klinische Neuropsychologie. URL: https://www.gnp.de/files/user_files/content/pdf/downloads/aw-WBKNP-Informationenmaterial.pdf

Gesellschaft für Neuropsychologie [GNP] (2016). Rechenschaftsbericht des Vorstands. Mitgliederbereich der Homepage. URL: <http://www.gnp.de/Hartmannbund> (2016). Förderung der ambulanten Weiterbildung für fachärztliche Gebiete. URL: <http://www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/foerdermittel/>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016a). Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016b). Förderung der Weiterbildung - § 75a SGB V - Vereinbarung zwischen KBV, GKV-SV, DKG im Einvernehmen mit dem PKV-Verband im Benehmen mit der Bundesärztekammer. URL: http://www.kbv.de/media/sp/2016_06_10_PK_Foerderung_Weiterbildung_Pressemappe.pdf

Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2017). Allgemeine Informationen zum Thema Weiterbildungsassistent. URL: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Praxisfuehrung/Zulassung/KVB-Merkblatt-Weiterbildungsassistent.pdf>

Mohr, G. & John, O. (2017). Fünf Jahre ambulante neuropsychologische Therapie - Nach der schweren Geburt eine schwierige Kindheit. *Forum*, 66, 21 - 23.

Neumann-Zielke, L. (2012). Aus- und Weiterbildung in der Geschichte der Klinischen Neuropsychologie in Deutschland. *Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes*, 44, 26-31. URL: http://www.ptk-saar.de/fileadmin/user_upload/Forum/2012/Forum_44_201201.pdf

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes [pks] (2010). Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. URL: http://www.ptk-saar.de/fileadmin/user_upload/satzungen/Weiterbildungsordnung.pdf

Psychotherapeutenkammer Rheinlandpfalz (2016). Weiterbildungsordnung der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz [WBO LPK RLP]. URL: https://www.lpk-rlp.de/fileadmin/user_upload/Microsoft_Word_-_2016Weiterbildungsordnung_N.docx.pdf

Saarländisches Heilberufekammergesetz <https://www.aerztekammer-saarland.de/files/15A02D10656/GV-0001%20Saarlaendisches%20Heilberufekammergesetz.pdf>

Saarländische Krankenhausgesellschaft e.V. [SKG]. URL: <http://www.skgv.de>

Sozialgesetzbuch. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_75.html

Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. URL: <https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/gkv-spitzenverband.jsp>

Verband der Ersatzkassen. URL: https://www.vdek.com/LVen/SAA/Ueber_uns.html

Walendzik, A. & Wasem, J. (2017). Organisations- und Finanzierungsmodell für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbildung nach einem Approbationsstudium. URL: http://www.bptk.de/uploads/media/EsFoMed_Bericht_0317.pdf

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie [WBPT] (2000). Gutachten zur Neuropsychologie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. URL: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.126>

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie [WBPT] (2008). Gutachtenergänzung Neuropsychologie vom 31.01.2008. URL: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.126>



Ansprechpartner für die Autorengruppe:

Dipl.-Psych. & Dipl.-Päd. Ludger Neumann-Zielke
SHG-Kliniken-Sonnenberg,
Neurologische Klinik mit
Zentrum für Neuropsychologie,
Saarbrücken

„Drachenlord“ und „Drachengame“ Cybermobbingopfer in der psychotherapeutischen Sprechstunde

Am 16. Juli 2015 findet in dem beschaulichen Dorf Altschauerberg in der Nähe von Nürnberg ein Großesinsatz von Feuerwehr, Polizei und Rettungskräften statt. Über 110 Feuerwehrleute sind mit 20 Fahrzeugen vor Ort, um einen vermeintlichen

Wohnhausbrand zu bekämpfen. Doch in Wahrheit liegt kein Notfall, sondern ein sogenannter Swatting-Angriff vor. Diese Form von Cybermobbing bezeichnet den Versuch eines Angreifers mit Hilfe eines falschen Notrufs einen Einsatz der Poli-

zei oder Feuerwehr bei seinem Opfer auszulösen. Ziel des Angreifers ist es dabei, seinem Opfer durch den Einsatz Schaden zuzufügen. Während in den USA Menschen durch die anrückenden Einsatzkräfte schon schwer verletzt wurden, wird der Youtuber



„Drachenlord“, dem der Angriff vom 16. Juli gilt, lediglich öffentlich bloßgestellt. Aus dieser Situation heraus entspinnt sich um ihn der bisher wohl größte Cybermobbing-Fall in Deutschland. Teil des Falles „Drachenlord“ ist auch das sog. Drachengame. Ziel dieses vermeintlichen Spiels ist es das Haus des Youtubers, das als „Drachenschanze“ bezeichnet wird, aufzusuchen, diesen zu provozieren und ein Video der Aktion online zustellen. Dieses Gamification-Element sorgt dafür, dass sich hunderte Jugendliche nach Altschauerberg begeben und dort nicht nur den Youtuber sondern den gesamten Ort terrorisieren.

Tatort Internet

Die Digitalisierung der Gesellschaft ist nicht mehr weg zu denken und hat längst auch das Leben von Kindern und Jugendlichen erreicht. Die digitale Welt dient Kindern und Jugendlichen nicht nur zum Lernen und zum Sammeln von Informationen, sondern auch zur Unterhaltung. Soziale Netzwerke und Messenger haben bisher nie dagewesene Möglichkeiten zur schnellen und spontanen Kommunikation geschaffen. Fotos, Videos und andere Inhalte können über das Medium geteilt und ausgetauscht werden. Immer mehr bezieht also die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung als Teil der Ausei-

nersetzung mit der Umwelt das Internet und seine Kommunikationsmittel mit ein.

Doch leider hat die Digitalisierung der kindlichen Lebenswelt nicht nur diese durchaus positiven Seiten. Neben ungeeigneten Inhalten, Belästigung in Chats und zahlreichen anderen Problemen zählt zu den negativen Seiten auch das Phänomen Cybermobbing.

Cybermobbing

Cybermobbing ist eine Form des Mobbings, bei der die Beleidigung, Bedrohung, Bloßstellung oder Belästigung von Personen mithilfe elektronischer Kommunikationsmittel erfolgt. Aktuelle Untersuchungen (siehe zur Quelle unten) zu Folge sind davon etwa 8 % der Altersgruppe der Zwölf- bis 19-Jährigen betroffen, wobei die Zahl der Mädchen mit neun Prozent etwas höher ist als bei Jungen (7 %)

Auch wenn das Cybermobbing des „Drachenlords“ sicher ein außergewöhnliches Ausmaß erreicht, ist es eine häufige Erfahrung von Kindern und Jugendlichen im Netz beleidigt, bloßgestellt, bedroht oder verleumdet zu werden. Oft wird das alles zusätzlich mit dem Smartphone dokumentiert und online gestellt. Laut einer aktuellen Studie des Bündnis gegen Cybermobbing sind 14-Jährige am häufigsten betroffen, aber

auch 7-Jährige machen schon Erfahrungen mit Cybermobbing. Jeder zehnte Lehrer sagte, er habe regelmäßig damit zu tun, jeder zweite Lehrer habe es schon einmal erlebt. Die meisten Cybermobbingopfer finden sich also in der psychisch besonders vulnerablen Phase der Pubertät.

Kategorien und Formen des Cybermobbings

Grundsätzlich lassen sich einfache verbale Formen des Cybermobbings (z.B. Beleidigen oder Beschimpfen) von psychischem Cybermobbing unterscheiden. Dazu gehören Lügen über das Opfer im Netz zu verbreiten, aber auch manipulierte Fotos oder bloßstellende Videos hochzuladen. Eine weitere Variante ist der Identitätsdiebstahl, bei dem vom Täter ein Profil mit den echten Daten des Opfers erstellt wird. Dieses Profil wird dann beispielsweise auf Pornoseiten verlinkt, um das Opfer so zu kompromittieren.

Nach verschiedenen Untersuchungen wird die Schwere der vielfältigen Folgen über das Ausmaß, die Häufigkeit und Dauer des Cybermobbings, sowie die Schutzfaktoren der Betroffenen bestimmt, wozu auch die Unterstützung durch das soziale Umfeld zählt.

Hilfsmöglichkeiten in der psychotherapeutischen Sprechstunde

Angesichts der Häufigkeit von Cybermobbing gerade im Jugendlichenalter begegnen wir in der psychotherapeutischen Sprechstunde immer wieder Patienten und Patientinnen mit Problemen hinsichtlich Internetnutzung und Mobbing Erfahrungen. Hier kommt unserer Profession neben der Einleitung einer gegebenenfalls notwendigen Psychotherapie auch die Aufgabe der Vermittlung von kompetenten Hilfs- und Präventionsangeboten und Beratung für Betroffene und ihre Familien zu. Als Risikofaktoren für Cybermobbing gelten in den meisten Untersuchun-

gen ein negatives Selbstbild, mangelnde Beliebtheit unter Gleichaltrigen und eine negative Beziehung zu den Eltern. Risikojugendliche haben keine Begleitung beim Erlernen des Umgangs mit dem Internet und zeigen risikoreiches Verhalten im Internet (z.B. Besuchen von pornographischen Seiten, Angeben von Namen und Adresse). Zu berücksichtigen ist auch, dass Cybermobbingopfer auch selbst Täter sein können und dies entweder Ursache oder auch Folge des Mobbings sein kann. Prinzipiell gilt aber natürlich, dass jedes Kind oder Jugendliche/r zum Opfer werden kann.

Die Mobbing-Situation stellt für die Betroffenen eine sehr große Belastung dar. Entsprechend vielfältig und schwerwiegend sind die Folgen. Typische physische und psychische Symptome sind Schlafstörungen, depressives Rückzugsverhalten, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Versagensangst und Konzentrationsstörungen, sowie Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen, die insbesondere in der Anfangsphase des Mobbings auftreten. Eskalieren die Feindseligkeiten weiter, werden die Beschwerden extremer und können sich zu psychischen und somatischen Krankheitsbildern entwickeln. Durch die langanhaltenden Angriffe fallen die Opfer im weiteren Verlauf durch eine depressive oder teilweise besonders aggressive Verteidigungshaltung auf. Ihre „Querulanz“ wird dann als vermeintliche Ursache der Konflikte gesehen und dient den Mobbern als Rechtfertigung für weitere Mobbingattacken. Langfristige Konsequenz kann auch der Verlust des Vertrauens in zwischenmenschliche Beziehungen sein. Da sich die im Internet eingestellten Informationen kaum mehr entfernen lassen, besteht für die Betroffenen das Problem der ständigen weiteren anonymen Bedrohung, die in einer großen Öffentlichkeit stattfindet.

Technische Aspekte

Aus technischer Sicht ist ein wesentlicher Bestandteil der Abwehr von Cybermobbing der Schutz der eigenen



Privatsphäre. Da Cybermobbing-Angriffe in der Regel kein hohes technisches Niveau aufweisen, reichen oft schon einfache Maßnahmen zur Abwehr aus. So sollten Kinder und Jugendliche, die sich im Netz bewegen, allgemein möglichst wenige Informationen zugänglich machen. Zum Schutz vor Swatting und ähnlichen Angriffen ist es insbesondere sinnvoll, die eigene Adresse geheim zu halten. Die allgemeinen Regeln der IT-Sicherheit, wie die Wahl von sicheren Passwörtern und das regelmäßige Einspielen von Sicherheitsupdates, bieten auch im Kontext von Cybermobbing Schutz vor Identitätsdiebstahl und dem Ausspähen von privaten Informationen. Im Übrigen stehen den Anbietern der jeweiligen Plattformen schon jetzt Mittel, wie das Löschen identischer oder sehr ähnlicher Inhalte an mehreren Stellen, zur Verfügung, die aber bisher im Kampf gegen Cybermobbing kaum zum Einsatz kommen. Doch neben präventiven Aspekten kann eine technische Betrachtung eines Cybermobbing-Netzwerkes auch die Aufdeckung des Täterkreises erleichtern und ein Verständnis der Abläufe in diesem schaffen.

Der rechtliche Rahmen

In Deutschland gibt es bisher keine eigenständige Regelung, die Cybermobbing unter Strafe stellt. Allerdings werden einzelne Handlungen im Rahmen von Cybermobbing durch das Strafrecht erfasst. In Betracht kommen dabei z.B. Beleidigungsdelikte wie die Verleumdung nach § 187 StGB, aber auch die für Stalking geschaffene Regelung des § 238 StGB (Nachstellung). Grundsätzlich ist das deutsche Strafrecht also durchaus geeignet, gegen Mobbingtäter vorzugehen. Rechtliche Hürden bestehen jedoch, wenn es sich um mehrere Täter handelt oder sich Handlungen im Einzelnen nicht nachweisen lassen. Hier ist oft fraglich, ob eine einzelne Handlung überhaupt einen Straftatbestand erfüllt, oder es bestehen Probleme die Straftat einem Einzelnen zuzuordnen. Auch eine Bestrafung von Tätern unter vierzehn Jahren ist wegen der Schuldunfähigkeit des Kindes nach § 19 StGB ausgeschlossen. Allerdings kann das Familiengericht je nach Schwere der Taten Maßnahmen der Jugendhilfe anordnen. Schließlich kann auch die Strafverfolgung problematisch sein, denn gerade bei Cybermobbing ist die Tätersuche oft kompliziert. Die zu Weilen hohe Anzahl von Tätern oder Täterinnen kann darüber hinaus auch die Kapazitäten der Behörden erschöpfen und Verfahren so in die Länge ziehen. Neben strafrechtlichen Möglichkeiten können Betroffene auch auf zivilrechtlichen Wege mit Unterlassungs- und Schadensersatzansprüchen gegen Täter und auch Anbieter von Plattformen vorgehen. Für die Praxis kann es insbesondere in schweren Fällen von Cybermobbing sinnvoll sein mit Hilfe eines Rechtsanwalts auch juristische Schritte in Erwägung zu ziehen.

Fazit

Wie der Fall „Drachenlord“ zeigt handelt es sich bei Cybermobbing nicht um einen harmlosen Spaß unter Kindern und Jugendlichen, sondern um ein ernstzunehmendes Problem. Die psychotherapeutische Sprechstunde kann dazu dienen, den betroffenen Kindern und Jugendlichen kompetente psychologische und medizinische Hilfsmöglichkeiten zu vermitteln und die Eltern zu beraten. Daneben müssen aber auch technische und rechtliche Aspekte in Prävention und Abwehr von Cybermobbing einbezogen werden. Insofern muss Cybermobbing als Problem betrachtet werden, dem nur mit Hilfe von interdisziplinärem Austausch und übergreifender Zusammenarbeit zwi-

schen den relevanten Berufsgruppen begegnet werden kann.

Zur Vertiefung:

Feierabend/ Plankenhorn/ Rathgeb: „Jugend, Information, (Multi-) Media, Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland“, Stuttgart, November 2016.

Leest/ Schneider: „Cyberlife II – Spannungsfeld zwischen Faszination und Gefahr“, Studie im Auftrag des Bündnis gegen Cybermobbing e.V., Karlsruhe, Mai 2017.

Katzer: „Cybermobbing - Wenn das Internet zur Waffe wird“, Springer, 2014.

Online-Hilfesangebote

Webseite der HypoChart GmbH: <http://www.cybermobbing-hilfe.de/> – zuletzt abgerufen am 09.10.2017.

Kotzulla: „Cybermobbing: Erste Hilfe“, unicum.de, 17.07.2015, <https://abi.unicum.de/schule-z/mobbing/cybermobbing-erste-hilfe> – zuletzt abgerufen am 09.10.2017.

Themenbereich „Cybermobbing“ auf der Webseite der EU-Initiative klicksafe: <http://www.klicksafe.de/themen/kommunizieren/cyber-mobbing/> – zuletzt abgerufen am 09.10.2017.



☑ **Susanne Münnich-Hessel**



☑ **Stefan Hessel**

(cand. Iur.), akademischer Mitarbeiter bei der juris-Stiftungsprofessur für Rechtsinformatik und dem Center for IT-Security, Privacy and Accountability (CISPA) an der Universität des Saarlandes.

Was ist mit den „neuen Befugnissen“?

Verordnung von

1. Krankenhausbehandlung
2. Krankenförderung
3. psychotherapeutischer Rehabilitation
4. Soziotherapie

Zu 1. und 2.

Seit Juni 2017 haben alle Vertrags-PP und Vertrags-KJP (KV-Mitglieder) die Befugnis, Krankenhausbehandlung und Krankenförderung zu verordnen – **unter bestimmten Voraussetzungen**.

Bei Notfällen darf schon immer jedermann jederzeit über Notruf Hilfe holen. Auf die Praxis bezogen z.B. wenn ein Patient in unserer Praxis kollabiert oder einen „Nervenzusammenbruch“ hat.

Eine planmäßige Krankenhauseinweisung können wir nur verordnen, wenn ein Patient **aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen**

stationär behandelt werden muss. Allerdings muss dies nachvollziehbar indiziert sein und dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgen, d.h. es muss ausreichend sein (im Gegensatz zum best Wünschenswertem), zweckmäßig (auf die Indikation bezogen), wirtschaftlich (auf die Kosten bezogen: welche Einrichtung, welche Dauer) und darf, zusammengefasst, das notwendige Maß nicht überschreiten. Wir, die wir bisher bei unseren bewilligten Therapieleistungen nie Sorgen um Wirtschaftlichkeitsprüfungen und in deren Folge u.U. Regressforderungen durch die Krankenkassen fürchten mussten (dafür sorgte unser Bericht an den Gutachter und dessen Empfehlung der Kostenübernahme) – wir sind mit den neuen Befugnissen (und das trifft auch auf die Akuttherapie zu) im Gesundheitssystem angekommen, wo die Überprüfung der Notwendigkeit von Leistungen durch die Krankenkassen üblich ist und u.U. zu Honorarkürzungen oder

Regressforderungen führen kann. Verordnung von stationärer Behandlung und Krankenförderung zur ambulanten Behandlung unterliegen grundsätzlich der Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse. Mit diesen neuen Befugnissen geht auch die Pflicht einher, entsprechend tätig zu werden, wenn es indiziert ist. D.h., wenn wir z.B. langfristig ambulant behandeln, obwohl eine stationäre Behandlung notwendig wäre, könnten wir u.U. wegen Behandlungsfehlern belangt werden. Diese beiden Befugnisse sind Teil unseres Berufsbildes als VertragspsychotherapeutenInnen und müssen nicht eigens beantragt werden.

Zu 3. (Verordnung von Reha):

Für die Verordnung von psychotherapeutischer Rehabilitation ist ebenfalls **keine gesonderte Abrechnungsgeheimigung** erforderlich. Allerdings

erfordern „die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .. unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ...Diese Kenntnisse sollten in mindestens einmal jährlich anzubietenden Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und vertieft oder erlangt werden.“ (Rehabilitationsrichtlinie des G-BA; https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1418/RL-Reha_2017-03-16_iK-2017-06-09.pdf)

Vertragspsychotherapeuten dürfen ausschließlich Leistungen zur psychotherapeutischen, d.h. psychosomatischen und/oder psychiatrischen

Rehabilitation verordnen – und nur für Patienten, die an einer psychischen Erkrankung oder einer Verhaltensstörung leiden.

Nähere Ausführungen finden Sie unter http://www.kbv.de/html/1150_27652.php

Zu 4.

Für die **Berechtigung zur Verordnung und Abrechnung von Soziotherapie** ist ein entsprechender Antrag bei der KV zu stellen. Um die Genehmigung zu erhalten muss u.a. eine Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen abgegeben werden. Erst wenn

die Genehmigung der KV vorliegt, darf Soziotherapie verordnet und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Ehe die Verordnung von **Soziotherapie** und Maßnahmen der medizinischen / psychotherapeutischen **Rehabilitation** umgesetzt werden können, müssen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss zunächst noch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab anpassen. Hierfür haben sie sechs Monate Zeit, so dass mit einer Anpassung bis spätestens Ende des Jahres 2017 zu rechnen ist.

Ilse Rohr

Vorsitzende des Ausschusses
Ambulante Versorgung

Terminservicestelle TSS

Die Einrichtung einer TSS ist seit 2016 – dem GKV Versorgungsgesetz – verpflichtende Aufgabe für alle KVen. So soll gewährleistet werden, dass GKV-Versicherte in dringenden Fällen innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten, wenn dies mit Hilfe eines überweisenden Arztes oder in Eigeninitiative im Vorfeld nicht gelungen ist.

Seit dem 1. April 2017 gehört auch die Vermittlung von Terminen bei Psychotherapeuten (PP, KJP und ärztliche Psychotherapeuten) zu den Aufgaben der TSS. Dass unsere Berufsgruppe erst später „erfasst“ wurde lag daran, dass „psychotherapeutische Sprechstunde“ als neue EBM-Leistung definiert (25 Minuten, bis zu 6-mal, mit dem Ziel einer vorläufigen Diagnose und Behandlungsempfehlung) und mit Punkten bzw. EURO bewertet werden musste.

Hier die Zahlen der TSS der KV Saarland:

(Anzahl der Anrufe: Eine Person kann mehrmals anrufen, manche Anrufer wünschen keine Vermittlung)

Q 1/2017, d.h. letztes Quartal vor der Vermittlung für Psychotherapiesuchende:

Gesamtzahl der Anrufe: **701**
90% der Anrufer hatten eine tel. Wartezeit von: maximal 30 Sek.
10% der Anrufer hatten eine tel. Wartezeit von: maximal 10 Min.

Q 2/2017, erstes Quartal mit Vermittlung für Psychotherapiesuchende

Gesamtzahl der Anrufe: **1.221**
75% der Anrufer hatten eine tel. Wartezeit von: maximal 30 Sek.
25% der Anrufer hatten eine tel. Wartezeit von: maximal 17 Min.

Die MitarbeiterInnen der TSS berichten von einem hohen Gesprächsbedarf der AnruferInnen mit Vermittlungswünschen Psychotherapie. Diese Gespräche seien oft belastend. Der Anstieg der telefonischen Wartezeiten verdeutlicht diese doppelte Mehrbelastung (mehr und deutlich längere Anrufe).

Q 3/2017
Gesamtzahl der Anrufe: **1.357**

Der Anstieg der Anrufe ist eindeutig der Nachfrage nach Therapie zuzuordnen. Dazu gibt es folgende Zahlen:

Für Q 2/2017 und Q 3/2017 (in Klammern)
401 (438) Vermittlungswünsche Psychotherapie
336 (375) termingerechte Vermittlungen
49 (39) Absagen bei der TSS

Was bedeuten diese Zahlen für unsere Berufsgruppe?

1. Hatten wir bisher hier und da mit Vorurteilen zu kämpfen, wir behandelten nur „Befindlichkeitsstörungen“ und die Nachfrage nach Psychotherapie sei eine Modeerscheinung → die Zahlen der TSS, völlig unabhängig und unverdächtig, belegen etwas ganz anderes.

2. Auch dass unsere telefonische Erreichbarkeit nicht gleichzusetzen ist und viel mehr erfordert als beispielsweise ein Anruf bei einem HNO-Arzt oder Orthopäden wegen eines dringenden Termins → auch das unterstreicht die TSS mit eigener Erfahrung.

3. Das Problem nicht wahrgenommener, kurzfristig oder gar nicht abgesagter Termine besonders bei neuen PatientInnen wird ebenfalls zum ersten Mal „amtlich dokumentiert“

Daraus folgt

4. Dass wir unsere Zusammenarbeit mit der TSS ernst nehmen sollen und nicht wahrgenommene Termine – ob abgesagt oder ohne Absage nicht erschienen – der TSS melden.

Die TSS bittet darum, Termine für das kommende Jahr schon jetzt zu melden. Serientermine werden automatisch für das nächste Jahr weitergeschrieben. **Urlaub**, auch wenn kürzer als 8 Tage, bitte eben-

falls der TSS melden (unabhängig von Meldung an andere Stellen der KV).

Wie die Terminservicestelle den Patientinnen und Patienten ihre Tätigkeit erklärt finden Sie unter <https://www.kvsaarland.de/terminservicestelle> .

Außerdem noch mal zur Erinnerung: Die Tel.-Nr. der TSS gilt ausschließlich für Patienten. Für Fragen und Rückmeldungen unsererseits bitte Frau Crauser anrufen unter der Tel.-Nr. der KV Saarland.

 **Ilse Rohr**

Vorsitzende des Ausschusses
Ambulante Versorgung

MITGLIEDER

Wir gratulieren unseren Mitgliedern ...

... zum runden Geburtstag im 4. Quartal 2017



**Prof. Dr. phil., Dipl. Psych.
Rainer Krause**
zum 75. Geburtstag
am 05.10.2017



**Dipl.-Psych.
Thomas Böhme**
zum 70. Geburtstag
am 15.12.2017

**Dipl.-Psych.
Susanne Cremer**
zum 65. Geburtstag
am 04.10.2017



**Dipl.-Psych.
Reiner Schmitt**
zum 65. Geburtstag
am 09.12.2017



**Dipl.-Psych.
Dietmar Seel**
zum 65. Geburtstag
am 23.12.2017



**Dipl.-Psych.
Michael Schwindling**
zum 60. Geburtstag
am 14.11.2017



Anzeigen

Hinweis: Der Abdruck von Kleinanzeigen im FORUM ist für Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes kostenlos. Bitte schicken Sie Ihren Anzeigentext an kontakt@ptk-saar.de.

**Psychologischer Psychotherapeut
sucht Nebentätigkeit**

Psychologischer Psychotherapeut, tiefenpsychologisch orientiert, im Ruhestand, sucht Nebentätigkeit in Praxis o. freier Wirtschaft. Kontakt: Tel. 0033 387825200.

**Approbierte/n Kolleg/in
zur Anstellung gesucht**

Suche approbierte/n Kollegen/in zur Anstellung, evtl. als Juniorpartner/in (Jobsharing) für psychotherapeutische Praxis (VT) bei Neunkirchen zum 01.01.2018 bzw. 01.04.2018 für ca. 20 Std./Woche. Evtl. spätere Übernahme eines halben Versorgungsauftrages möglich. Kontakt: Tel. 06821-740563 oder E-Mail sabinemeiser@gmx.de.

RECHTLICHES

Fortbildung zur Berufsordnung

Am 18. Oktober lud die Kammer für dieses Jahr zur zweiten Fortbildungsveranstaltung Berufsordnung mit dem Thema „Patientenakte: Dokumentation - Einsichtnahme - Aufbewahrung“ ein. Die Fortbildung war mit über vierzig Anmeldungen ausgebucht, wenngleich einige Teilnehmer am Ende fernblieben und sich wohl wegen des lauen Herbstabends für die Natur entschieden. Ärgerlich nur für die, denen wegen fehlender Plätze im Vorfeld abgesagt werden musste.

Rechtsanwalt Manuel Schauer führte in die gesetzlichen Grundlagen zum Thema ein. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013, in Kraft getreten am 26.02.2013, wurden einige Vorschriften in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt, die über die Berufsordnungen der Heilberufskammern hinaus, Rechte und Pflichten des Therapeuten regeln und dem Schutz des Patienten dienen. Die BPTK und die Landeskammern waren bzgl. der

Präzisierungen im Patientenrechtsgesetz gezwungen gewesen, einige Passagen, so auch die zur Dokumentation und Einsichtnahme in die Aufzeichnungen, in den Berufsordnungen anzupassen. Aber auch andere Rechtsgrundlagen aus dem Vertragsarztrecht (z.B. Bundesmantelvertrag-Ärzte, Psychotherapievereinbarung, Psychotherapierichtlinie) oder dem Sozialrecht (z.B. Qualitätsmanagement-Richtlinie) machen Vorschriften, die bei Führung der Patientenakte beachtet werden müssen.

Die Teilnehmer diskutierten nach den rechtlichen Ausführungen anschließend mit Mitgliedern des Ausschusses Berufsordnung ausführlich Fragen aus dem Praxisalltag zur Führung der Patientenakte, den Grundlagen der Dokumentation und der Einsichtnahme in die Aufzeichnungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen. Auch das Thema Aufbewahrung stand auf der Agenda: Hier waren viele überrascht, welche



Konsequenzen sich aus dem BGB und der Berufsordnung für die Aufbewahrung der Patientenakten insbesondere auch für Fälle einer Praxisweitergabe oder bei Ausscheiden aus der Berufspraxis durch Tod der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben.

Für alle die nicht teilnehmen konnten und/oder sich für Fragen zur Berufsordnung interessieren haben wir die Präsentation aus der Veranstaltung online gestellt.

✉ *Bernhard Morsch*

12. PiA-Politik-Treffen und 17. Bundeskonferenz PiA in Berlin

Am 11. und 12.09.2017 fanden das 12. PiA-Politik-Treffen im DGB-Gewerkschaftshaus und die 13. Bundeskonferenz der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (BuKo PiA) in den Räumen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in Berlin statt. An beiden Treffen nahm ein Vertreter der Saarländischen PsychotherapeutInnen in Ausbildung teil. Vielen Dank an Vorstand und Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes für die finanzielle Unterstützung der Teilnahme des Autors dieses Artikels.

Im Zentrum der Diskussionen stand auf beiden Treffen der jetzige Stand der Ausbildungsreform, insbesondere der am 25.07.2017 veröffentlichte Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

12. PiA-Politik-Treffen

Auf dem 12. PiA-Politik-Treffen, einer durch verschiedene Berufsverbände organisierten offenen Veranstaltung für alle an der Diskussion um die Ausbildungsreform und andere Aspekte der Berufspolitik Interessierten, stellte zunächst Dr. Johannes Klein-Heßling das Reformmodell der BPtK sowie die Ergebnisse der Gutachten zur Finanzierung der Weiterbildung vor (siehe auch https://piapolitik.de/wp-content/uploads/2017/09/BPtK_Klein-Hessling.pdf). Das Modell der BPtK sehe für das Approbationsstudium zwei Studienabschnitte vor, die u. a. offen für die Integration von Bachelor- und Masterstudiengängen sein und Praktika von mindestens drei

Monaten und ein abschließendes Praxissemester von sechs bis neun Monaten enthalten sollen. Die Weiterbildung sehe eine altersgruppenspezifische Vertiefung mindestens eines Psychotherapieverfahrens vor. Sie soll fünf Jahre dauern und hinreichend für ambulante Leistungen im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien sowie für Psychotherapie im stationären Bereich und in Einrichtungen der komplementären Versorgung qualifizieren. Die von der BPtK vorgeschlagenen Mindestanforderungen für die Weiterbildung wurden von den Teilnehmern teilweise kritisch betrachtet. Insbesondere die Mindestanforderungen für ambulante Versorgungsleistungen, die in zwei Jahren 1.600 Stunden für ambulante Diagnostik und Behandlung vorsehen würden, wurden hinsichtlich der Umsetzbarkeit und Notwendigkeit hinterfragt.

Des Weiteren stellte Herr Dr. Klein-Heßling Vorschläge zur Finanzierung der Weiterbildung vor. Diese würden auf den Ergebnissen der von der BPtK in Auftrag gegebenen zwei Studien beruhen (siehe auch <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/bptk-veroeffe.html>), und zwar den Gutachten vom Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) und dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI). Während das EsFoMed die Organisation und Finanzierung der ambulanten Weiterbildung untersucht habe, habe sich das DKI mit der Organisation und Finanzierung der stationären Weiterbildung beschäftigt. In beiden Studien seien Deckungslücken in Millionenhöhe festgestellt worden, wobei deren Finanzierung noch

offen sei und diskutiert werde. So gebe es im Bereich der ambulanten Weiterbildung den Vorschlag eines staatlich unterstützten Fondsmodells zur Deckung der jährlich anfallenden Lücke von 191 Millionen Euro.

Am Ende seiner Präsentation ging Herr Dr. Klein-Heßling kurz auf den Arbeitsentwurf des BMG ein (siehe auch http://www.bptk.de/uploads/media/Arbeitsentwurf_Stand_20072017.pdf) und betonte als Reaktion auf die sehr kritische Haltung der Teilnehmer hin, dass dies der „erste“ und nicht „der“ Arbeitsentwurf sei. In diesem seien noch wichtige Punkte offen wie die Berufsbezeichnung, Details des Studiums bzw. die Approbationsordnung und sozialrechtliche Regelungen der Weiterbildung.

Am Nachmittag beschäftigte sich das PiA-Politik-Treffen unter dem Titel „Was ist der Lohn der Approbation?“ mit der aktuellen Situation von neu Approbierten, deren Anzahl jährlich steige und im Jahr 2016 bei 2.717 Absolventen gelegen habe. Hierzu wurden Workshop-Kleingruppen angeboten, in denen die Teilnehmer über Möglichkeiten (u. a. Anstellung in der Klinik, Niederlassung, Kostenersatzung) informiert wurden.

17. Bundeskonferenz PiA

In der 17. BuKo PiA waren 14 Bundesländer durch mindestens eine/n SprecherIn vertreten. Während des anfänglichen Austauschs wurden im Besonderen die teilweise schlechte bzw. kaum vorhandene Vernetzung der PiA untereinander und ihre unter-

schiedliche Einbindung in den einzelnen Landeskammern betrachtet. Die Möglichkeit der berufspolitischen Partizipation für PiA scheint von keiner Mitgliedschaft bzw. keinem Wahlrecht (z. B. Bayern) bis zur Vollmitgliedschaft mit aktivem und passivem Wahlrecht (z. B. Hessen) zu reichen. In der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) ist für die PiA ab der praktischen Ausbildung die freiwillige Mitgliedschaft möglich, jedoch sind sie „weder wahlberechtigt noch wählbar zu den Organen der Kammer“ (vgl. Saarländisches Heilberufekammergesetz - SHKG, §2). In der BuKo PiA bestehen bereits Arbeitsgruppen, die sich mit den Problemen und möglichen Lösungen bei der berufspolitischen Einbindung der PiA (AG Nachwuchsförderung) und bei der Vernetzung der PiA (AG Vernetzung) beschäftigt. So wurde das Sprecherteam - bestehend aus Anja Hildebrand (PiA-Landessprecherin Berlin), Mechthild Leidl (PiA-Landessprecherin Bayern) und Carl Henning von Plate Stralenheim (PiA-Landessprecher Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer) - beauftragt, eine Stellungnahme zur Nachwuchsförderung zu verfassen und auf dem nächsten Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) vorzustellen.

Ferner wurden der Arbeitsentwurf des BMG und Stellungnahmen verschiedener Verbände vorgestellt (für

eine Übersicht siehe auch <https://piapolitik.de/treffen/ausbildungsreform/>). Die BuKo PiA diskutierte insbesondere die Frage der Zugangsvoraussetzungen für ein Approbationsstudium und mögliche „Flaschenhalse“, die sich dabei ergeben könnten. Es wurden Ideen und Alternativen gesammelt, die der BPtK zur weiteren Diskussion auf der berufspolitischen Ebene weitergegeben werden sollen.

Als Gastredner stellte Herr Dr. phil. Nikolaus Melcop (Vizepräsident des Vorstandes der BPtK) die Themen dar, mit denen sich die BPtK momentan beschäftigt. Diese seien die neue Psychotherapie-Richtlinie, die neuen Befugnisse für Psychotherapeuten, die Reform der Bedarfsplanung, Internet in der Psychotherapie (hierzu der Standpunkt der BPtK http://www.bptk.de/uploads/media/BPtK-Standpunkt_-_Internet_in_der_Psychotherapie.pdf), die Personalausstattung der Krankenhäuser, die Praxisbewertung und die Reform des Psychotherapeutengesetzes. Bezüglich der Bedarfsplanung berichtete er, dass durch ein von der BPtK in Auftrag gegebenes Gutachten (siehe http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/News/BPtK/2016/20161117_1/IGES_Bericht_Bedarfsplanung_Psychotherapeuten.pdf) gute Zahlen für eine Reform vorhanden seien. So müssten ca. 7.000 neue Sitze, v. a. in ländlichen

Gebieten, geschaffen werden. Im Moment seien Gutachten für alle Arztgruppen vorgesehen. Bezüglich der Personalausstattung der Krankenhäuser sei eine Studie in Auftrag gegeben worden, in der auch PiA erfasst werden sollen. Ziel sei es, den Status quo festzulegen, wie viele Psychotherapeuten nötig seien, um Patienten den Leitlinien entsprechend behandeln zu können. Bezüglich der Reform des Psychotherapeutengesetzes berichtete er, dass die BPtK sich mit dem Arbeitsentwurf des BMG und weiteren Punkte wie die Zugangsvoraussetzungen beschäftige. Auch die prekäre Lage der PiA sei immer noch ein Thema. Gemeinsam wurde überlegt, ob und wie über die Landeskammern Druck auf die Kliniken gemacht werden könnten. Herr Dr. phil. Melcop erklärte sich bereit, die Überlegungen im Länderrat einzubringen, wies allerdings darauf hin, dass die Institute für die Klinikplätze verantwortlich seien.



☑ **Serkan Sertkaya**

PiA-Vertreter SIAP und Mitglied des PiA-Ausschusses der PKS

BPTK

Pressemeldung vom 20.10.2017

Demografiefaktor ohne Überprüfung unbefristet weiter gültig

G-BA benachteiligt ältere Menschen auf dem Land

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Oktober entschieden, den Demografiefaktor unbefristet und für alle Arztgruppen weiter

zur Berechnung der notwendigen Anzahl von Praxissitzen einzusetzen. „Damit kommt der G-BA erneut einer ihm gestellten Aufgabe nicht nach“,

kritisiert Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Der G-BA hatte sich 2012 selbst verpflichtet, den Demografie-

faktor innerhalb von 5 Jahren daraufhin zu überprüfen, bei welcher Arztgruppe er sinnvoll ist und deshalb fortgeführt werden kann. „Diese Prüfung hat jetzt gar nicht stattgefunden“, stellt BPtK-Präsident Munz fest. „Ohne eine sachliche Begründung benachteiligt der G-BA damit weiterhin ländliche Regionen mit vielen älteren Menschen, in denen ohnehin schon viele psychotherapeutische Praxen fehlen.“

Der G-BA verschiebt damit dringend notwendige Korrekturen an der psychotherapeutischen Bedarfsplanung. Er hatte bereits den gesetzlichen Auftrag, bis Ende 2016 die Bedarfsplanung grundlegend zu überarbeiten und insbesondere für die unzurei-

chende psychotherapeutische Versorgung eine angemessene Lösung zu finden. Schon diesen Auftrag hat der G-BA nicht erledigt. Stattdessen hat er erst Anfang 2017 ein Gutachten in Auftrag gegeben, mit dessen Ergebnissen frühestens im Laufe des nächsten Jahres zu rechnen ist. „Beim Demografiefaktor ist der G-BA bereits an der Differenzierung zwischen den Arztgruppen gescheitert“, kritisiert Munz.

Aktuelle Daten des Robert Koch-Instituts zeigen eindeutig, dass der Demografiefaktor in der psychotherapeutischen Versorgung ungeeignet ist, Unterschiede in der Morbidität der Bevölkerung abzubilden. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen

bei den Über-65-Jährigen fällt nur um den Faktor 1,5 geringer aus als bei den Unter-65-Jährigen. Der Demografiefaktor setzt jedoch den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bei älteren Menschen mit einem Bedarf an, der um den Faktor 7,4 niedriger liegt. Der Demografiefaktor führt jetzt jedoch weiterhin dazu, dass für die Über-65-Jährigen nur 13,5 Prozent des Behandlungsbedarfs angenommen wird wie für die Unter-65-Jährigen. Die BPtK hatte gefordert, den Demografiefaktor für die Arztgruppe der Psychotherapeuten aufzuheben.

Quelle: www.bptk.de

Pressemeldung vom 23.10.2017

Kinderschutzhotline von Fachleuten für Fachleute: 0800 19 210 00

Kostenlose telefonische Beratung rund um die Uhr und bundesweit

Hat ein Psychotherapeut den Verdacht, dass ein Kind misshandelt, vernachlässigt oder sexuell missbraucht wird, kann er sich seit Juli 2017 von der „Medizinischen Kinderschutzhotline“ beraten lassen. Die Hotline bietet eine praxisnahe und kollegiale Beratung durch Experten in Kinderschutzfragen, z. B. bei Fragen, wie ein angemessenes Verhalten bei einem Verdacht aussehen kann. Die kostenlose telefonische Beratung wendet sich an Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegekräfte und Rettungsdienste, nicht aber an Angehörige und andere Berufsgruppen. Sie ist rund um die Uhr und bundesweit zu erreichen unter: 0800 19 210 00.

Die beratenden Ärzte bieten Antworten auf Fragen wie:

– Was sind die gesetzlichen Vorga-

ben in Bezug auf Schweigepflicht und Handeln?

- Welche Schritte kann oder muss ich in einem Kinderschutzfall einleiten?
- Was muss ich bei der klinischen Abklärung und Dokumentation eines Kinderschutzfalles beachten?
- Wie spreche ich Begleitpersonen auf einen Misshandlungsverdacht an?
- Wo gibt es Hilfe vor Ort?

Die Kinderschutzhotline will die bestehenden Hilfestrukturen vor Ort ergänzen, aber nicht ersetzen. Die Verantwortung für den konkreten Kinderschutzfall bleibt beim Anrufenden. Sie leistet keine Rechtsberatung und kann nicht abschließend und eindeutig klären, ob im konkreten Fall tatsächlich eine Form von Misshandlung vorliegt.

**MEDIZINISCHE
KINDERSCHUTZHOTLINE**
0800 19 210 00

**24 STUNDEN ERREICHBAR
KOSTENLOS
DEUTSCHLANDWEIT**

Ein telefonisches Beratungsangebot
für medizinisches Fachpersonal bei
Kinderschutzfragen

Die „Medizinische Kinderschutzhotline“ ist ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördertes Projekt. Die Pro-

jektleitung liegt bei Prof. Dr. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm. Das Projekt wird in Kooperation mit den DRK

Kliniken Westend durchgeführt. Die BPTK ist im wissenschaftlichen Beirat des Projekts vertreten.

Quelle: www.bptk.de

Veranstaltungskalender

Informationen über von der PKS akkreditierte Interventionsgruppen, Supervisionsgruppen und Qualitätszirkel veröffentlichen wir nur, wenn das ausdrückliche Einverständnis auf dem Akkreditierungsantrag gegeben wurde über den gesamten Akkreditierungszeitraum. Natürlich können Sie uns Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung auch nachträglich mitteilen.

Bitte wenden Sie sich an die Geschäftsstelle unter Tel. 0681-9545556, Fax 0681-9545558 oder kontakt@ptk-saar.de, wenn Sie Hinweise in unserem Veranstaltungskalender veröffentlichen möchten oder sonstige Anregungen haben.

Datum	Veranstalter, Titel	Veranstaltungsort	Anmeldung, Informationen
Monatlich je 1,5 Stunden	Thomas Anstadt: Seminar „Traumwerkstatt“	SIPP, Bleichstr. 14, 66111 Saarbrücken	Thomas Anstadt, tanstadt@mac-news.de
05.12.2017 19-20.30 Uhr	Median Klinik Berus: „Religion und Spiritualität in der Psychotherapie. Tabu oder Ressource“ , Prof. Dr. Henning Freund, Heidelberg	MEDIAN Klinik Berus Orannastr. 55, 66802 Überherrn-Berus	MEDIAN Klinik Berus, berus-kontakt@median-kliniken.de Tel.: 06836 39-186
13.12.2017 19-21.15 Uhr	PKS: „Soziotherapie – was ist das? Wer bietet das an und für wen?“ , Diana Dintinger, Christian Geiger, Saarländischer Schwesternverband	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken, E-Mail: kontakt@ptk-saar.de , Tel. 0681-9545556, Fax 0681-9545558
12.01.2018 13-19 Uhr 13.01.2018 9-18 Uhr	Sylvia Hübschen: „Focusing Basistraining“ , Dipl. Psych. Sylvia Hübschen, PP, Focusing-Trainering (DFG); Dipl. Psych. Dieter Müller, PP, Leitung FZK Weingarten	Dipl. Psych. Sylvia Hübschen, Lessingstr. 12, 66265 Heusweiler	Dipl. Psych. Sylvia Hübschen, www.praxis-huebschen.de
27.01.2018 10-17.30 Uhr 28.01.2018 9.30-12.30 Uhr	Peter Neidhardt, ZHENG YI DAO Seminare: „Qi Gong in der Psychotherapie“ , Fortbildungsreihe, Dipl. Psych. Peter Neidhardt, PP; Katrin Blumenberg, Qi Gong-Lehrerin	Esplanade, Nauwieserstr. 5, 66111 Saarbrücken	ZHENG YI DAO Seminare, info@qigong-vier-jahreszeiten.de , Tel. 06865-180878
06.02.2018 19-20.30 Uhr	Median Klinik Berus: „Paartherapie auf der Basis der Verhaltenstherapie - Möglichkeiten und Fallen“ , Prof. Dr. Dirk Zimmer, TAVT – Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie	MEDIAN Klinik Berus Orannastr. 55, 66802 Überherrn-Berus	MEDIAN Klinik Berus, berus-kontakt@median-kliniken.de Tel.: 06836 39-186
07.02.2018 9.00-16.15 Uhr	IVV e. V.: „Einführung in die Paartherapie“ , Prof. Dr. Dirk Zimmer, Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie gGmbH	Aula der Median Klinik Berus, Orannastr. 55, 66802 Überherrn-Berus	IVV e. V., Orannastr. 55 66802 Überherrn-Berus, Tel. 06836-39162, ivvberus@median-kliniken.de
22.02.2018 9-16.30 Uhr	Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Saarland: Fachtag „Kinder in Not – Wenn Eltern suchtkrank, schwer psychisch oder körperlich erkrankt sind“ , gemeinsame Fachtagung mit der PKS	Bildungszentrum der Arbeitskammer des Saarlandes, Am Tannenwald 1, 66459 Kirkel	E-Mail: hampp-hoening@kinder-schutzbund-saarland.de
06.03.2018 19-20.30 Uhr	Median Klinik Berus: „Psychokardiologie – Eine Herausforderung für Herz und Seele“ , Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Denise Lenski, PP, Dr. Matthias Lenski, Marienhausklinikum Saarlouis	MEDIAN Klinik Berus Orannastr. 55, 66802 Überherrn-Berus	MEDIAN Klinik Berus, berus-kontakt@median-kliniken.de Tel.: 06836 39-186

Intervisionsgruppen, Supervisionsgruppen und Qualitätszirkel

Titel	Leitung / Ansprechpartner
Arbeitskreis „Interkulturelle Psychologie in Beratung und Therapie“	DRK Beratungszentrum, Vollweidstr. 2, 66115 Saarbrücken-Burbach
Intervisionsgruppe	Dipl. Psych. Winfried Sutor, Lessingstr. 24, 66121 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „Analytische KJP“	M.A., Sozialpäd. grad. Judith Zepf, Narzissenstr. 5, 66119 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „Eckert, KJP“	Psychotherapeutische Praxis, Dipl. Psych. Susanne Eckert, Marktstr. 24, 66822 Lebach
Intervisionsgruppe „Fallbesprechungen“	Dipl. Psych. Stephanie Tomor-Kraus, Finkenweg 8, 66453 Rubenheim
Intervision und Fallbesprechung im Schulpsychologischen Dienst, Saarbrücken	Dipl.-Psych. Claudia Eckert-Tag Elsir, Elstersteinstr. 9, 66386 St. Ingbert
Intervision „Geib/Sandhöfer“	Dipl. Psych. Melanie Geib, Am Steinbruch 9, 66793 Schwarzenholz
Intervisionszirkel „Hafner“	Dipl. Psych. Susanne Hafner, Robert-Koch-Str. 25, 66740 Saarlouis
Intervisionsgruppe Katathym Imaginative Psychotherapie KIP/TP	Dipl. Psych. Gaby Conrad-Müller, Gerberstr. 44, 66111 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „KJP WND“	Dipl.-Päd. Philipp Köhler, Am Kappelberg 6, 66646 Marpingen
Kollegiale Intervision und Fallbesprechung	Dipl.-Psych. Gerald Bohl, Großherzog-Friedrich-Str. 137, 66121 Saarbrücken
Intervisionsgruppe Landwehrplatz	Dipl.-Psych. Wiebke Bortchen, Großherzog-Friedrich-Str. 47, 66111 Saarbrücken
Intervisionsgruppe Mallick	Dipl.-Psych. Heiko Mallick, Lessingstr. 22, 66121 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „Meiser und KollegInnen“	Dipl. Sozialarb. Rudolf Meiser, St. Ingberter Str. 1, 66583 Spiesen-Elversberg
Intervisionsgruppe „Neuropsychologie, Praxis Mohr und KollegInnen“	Dipl. Psych. Margit Mohr, Im Flürchen 66, 66133 Saarbrücken
Intervision „Praxismgemeinschaft“	Dipl. Soz. Päd. / Dipl. Sozialarbeiterin Susanne Glimm, Wilhelm-Heinrich-Str. 26, 66117 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „Psychologen in leitenden Funktionen“	Dr. phil., Dipl.-Psych. Caroline Kuhn, UdS, Fb Psychologie, Campus Saarbrücken Gebäude A 1.3
Intervision „Psychoanalytischer Arbeitskreis“	Dipl. Psych. Beatrice Hertrich, Am Bahnhof 4, 66822 Lebach
Intervisionsgruppe Psychoanalyse Dr. Horst Gansert	Dr. Horst Gansert, Ring am Gottwill 49, 66117 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „Psychologische Schmerztherapie“	Dr. Jutta Ringling, Friedrich-Ebert-Str. 9, 66564 Ottweiler
Intervision „Psychoonkologische Zusammenarbeit im Tumorzentrum“	Dipl. Psych. Christine Müller, Hechlertalstr. 3, 66440 Blieskastel
Intervision „Psychotherapie der Sucht“	Dipl. Psych. Thomas Reuland, Am Wingertsbach 22, 66564 Ottweiler
Intervisionsgruppe „Ringling“	Dr. Jutta Ringling, Friedrich-Ebert-Str. 9, 66564 Ottweiler
Intervisionsgruppe „Sandhöfer“	Dipl.-Psych. Marita Sandhöfer, Pickardstr. 1, 66822 Lebach
Intervision Scholz, Anstadt, Heene-Anstadt	Dipl.-Psych. Hildegard Heene-Anstadt, Waldhausweg 10, 66123 Saarbrücken
Intervisionsgruppe Seltenreich – EMDR	Dipl. Psych. Iris Seltenreich, Alleestr. 64, 66292 Riegelsberg
Intervisionsgruppe „Tiefenpsychologisch – Wilhelm-Heinrich-Straße“	Dipl. Soz. Päd. / Dipl. Sozialarbeiterin Susanne Glimm, Wilhelm-Heinrich-Str. 26, 66117 Saarbrücken
Intervisionsgruppe „VAKJP Saar“	VAKJP Saar, c/o Dipl. Psych. Christine Lohmann, Moltkestr. 22, 66333 Völklingen
Intervision „Wallerfangen (Fallbesprechung)“	Dipl. Psych. Jörg Collet, Wendalinusstr. 8, 66606 St. Wendel
Fallsupervision Barth / Hellenbrand“	Dipl. Psych. Monika Barth, Alte Bergstr. 33, 66113 Saarbrücken
Fallsupervision „Barth / Mischo“	Dipl. Psych. Monika Barth, Alte Bergstr. 33, 66113 Saarbrücken
Fallbezogene Supervision	Dipl. Psych. Nicole Berger-Becker, Feldmannstr. 89, 66119 Saarbrücken
Supervision Arbeit mit imaginativen Verfahren	Dipl. Psych. Nicole Berger-Becker, Feldmannstr. 89, 66119 Saarbrücken
QM in der Praxis für KJP und PP	Dipl. Sozialarb. Rudolf Meiser, St. Ingberter Str. 1, 66583 Spiesen-Elversberg
Qualitätszirkel KJP	Dipl. Musikth. Uwe Weiler, Saarbrücker Str. 8, 66679 Losheim am See
Qualitätszirkel „Kinder und Jugendliche – Beratung und Therapie“	Dipl. Psych. Stefanie Nehren, Schulpsychologischer Dienst, Werschweilerstr. 40, 66606 St. Wendel
Qualitätszirkel QEP-orientiertes Qualitätsmanagement für AKJP	Dipl. Psych. Christine Lohmann, Hofstattstr.15, 66333 Völklingen

Qualitätszirkel Saar-Pfalz	Dipl. Psych. Ferah Aksoy-Burkert, Rickertstr. 17, 66386 St. Ingbert
Qualitätszirkel „Systemische Traumatherapie und EMDR“	Dipl. Psych. Theresa Weismüller-Hensel, Im Oberdorf 42, 66646 Marpingen
Qualitätszirkel „Zusammenarbeit der niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen, -psychotherapeutInnen und der Schulpsychol. Dienste der Landkreise Saarlouis und Merzig-Wadern“	Dipl. Psych. Roland Waltner, Schulpsychologischer Dienst des Landkreises Saarlouis, Prof.-Nottom-Str. 5, 66740 Saarlouis

Impressum des Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Herausgeber:
 Kammer der Psychologischen
 Psychotherapeuten sowie der
 Kinder- und Jugendlichenpsy-
 chotherapeuten des Saarlandes
 – Psychotherapeutenkammer des
 Saarlandes

Verantwortlich im Sinne des
 Presserechts:
 Bernhard Morsch

Für die Mitglieder der Psychothe-
 rapeutenkammer des Saarlandes
 ist der Bezugspreis durch den
 Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Psychotherapeutenkammer des
 Saarlandes
 Scheidter Straße 124,
 66123 Saarbrücken
 Tel.: (0681) 9545556
 Fax: (0681) 9545558
 Homepage: www.ptk-saar.de
 E-Mail: kontakt@ptk-saar.de

Bankverbindung:
 Deutsche Apotheker-
 und Ärztebank
 Konto 583 47 32 • BLZ 590 906 26
 IBAN DE31 3006 0601 0005 8347 32
 BIC DAAEEDDDXXX

Anzeigen und Beilagen im FORUM

Folgende Preise für Anzeigen
 und Beilagen gelten ab dem
 01. Januar 2018:

BEILAGEN
 bis 20 g: 200,00 €
 21g bis 60 g: 250,00 €
 ab 61 g: nach Vereinbarung

ANZEIGEN

ganzseitig: 200,00 €
 halbseitig: 100,00 €
 Kleinanzeige für Nicht-Kammermit-
 glieder: 30€
 Kleinanzeige für Kammermitglie-
 der: kostenlos



pkS

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken

Telefon: (0681) 9545556

Fax: (0681) 9545558

Website: www.ptk-saar.de

E-Mail: kontakt@ptk-saar.de