

FORUM

DER PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER DES SAARLANDES

JANUAR 2018

68

AUS DER ARBEIT DER KAMMER

Informationsveranstaltungen zur Gutachtentätigkeit	3
Projekt HELP steht vor dem Aus – ein Interview mit Ansaf Ewaiwi	5
Bericht zur Fachtagung ver.di und BPtK zur tariflichen Einordnung von Psychotherapeuten	6

MITTEILUNGEN DER KAMMER

Vertreterversammlung verabschiedet Beitragshöhen und Haushalt für 2018	10
Bekanntmachung der Kammerbeiträge 2018	11
Frauen in der Berufspolitik	11
Neue Regelung in der Reisekostenordnung	12
Nationales Zentrum Frühe Hilfen initiiert Bündnis gegen Schütteltrauma	12
Einladung zur Veranstaltung „Kinder in Not“	16
Einladung zur Netzwerkveranstaltung „Yallah“	16
Einladung zum Klinischen Wochenende „Leib und Seele“	17
Der Gemeinsame Beirat der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes	17
Einladung zum ersten PTI-Come together-Abend	18
Jobsharing und die Abrechnungsobergrenze	19

PUBLIKATIONEN UNSERER MITGLIEDER

Rezension zu Rudolf Klein, Gunther Schmidt – Alkoholabhängigkeit	20
--	----

INFORMATIONEN FÜR MITGLIEDER

Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie	22
---	----

MITGLIEDER

Wir begrüßen unsere neuen Mitglieder im 2. Halbjahr 2017	24
Wir gratulieren unseren Mitgliedern	24

PIA

Saarländisches Konsenspapier	25
------------------------------	----

BPTK

Unzureichende Versorgung depressiver Patienten	28
--	----

Veranstaltungskalender	29
------------------------	----



EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2018 beginnt mindestens in einer Hinsicht wie das vorausgegangene geendet hat: Wir wissen zum Zeitpunkt der Drucklegung unseres FORUM noch immer nicht, wann eine neue Bundesregierung gebildet sein wird und welche Parteien ihr angehören werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer und die Landespsychotherapeutenkammern jedenfalls haben zwischen den Jahren ihre Lobbyarbeit fortgesetzt und den verhandelnden Politikern in den Sondierungsgesprächen die aus Sicht der Profession vorrangigen Aufgaben einer künftigen Bundesregierung im Hinblick auf eine Lösung der Versorgungsprobleme psychisch kranker Menschen übermittelt, zu denen zählen:

- den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragen, durch eine Reform der Bedarfsplanung den Abbau von Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie insbes. in ländlichen Regionen zu ermöglichen,
- eine Enquête-Kommission einzusetzen, die bis zur Mitte der Legislaturperiode einen gesetzlichen Rahmen für die Realisierung einer sektoren- und kostenträgerübergreifenden Versorgung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Leistungsbedarf vorschlagen soll, und
- das Psychotherapeutengesetz zu reformieren, um eine angemessene Qualifizierung von Psychotherapeuten sicherzustellen und die prekären Lebensverhältnisse zu beenden, unter denen Psychotherapeuten aktuell ihre Ausbildung absolvieren müssen.

Die Arbeiten zur Reform des Psychotherapeutengesetzes sind wie bereits mehrfach berichtet weit fortgeschritten und der Berufsstand wird alles

daran setzen, dass sie weitergehen und die Reform auch im Koalitionsvertrag einer zukünftigen Bundesregierung steht. Ende Januar wird die Profession im Rahmen einer Fachtagung diskutieren, wie sie sich im Hinblick auf den Vorschlag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Erprobung eines Modellstudiengangs Psychopharmakotherapie positionieren soll. Die Diskussion ist uns mit dem Arbeitsentwurf aus dem BMG sozusagen aufgezwungen und es scheint angebracht, hier mit Bedacht und Weitblick heranzugehen, versorgungs- und berufspolitische Argumente für oder gegen diesen Vorschlag nicht einseitig zu favorisieren.

Nun zur vorliegenden 1. Ausgabe des Jahres 2018 und einigen Beiträgen: Der Bericht zur Veranstaltung der Sachverständigenkommission gibt Ihnen Einblicke in die Arbeit der Kommission und ihre Beschäftigung mit der Gutachtentätigkeit in den Bereichen, die in der Verwaltungsvorschrift der PKS geregelt werden. Im Interview mit einer Mitarbeiterin des Projektes *HELP* des Psychosozialen Zentrums des DRK-Landesverbandes Saarland wird einmal mehr deutlich, wie prekär die Finanzierung von wichtigen Projekten in der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen ist. Lesen Sie einen ausführlichen Tagungsbericht der gemeinsamen Fachtagung der BPTK mit der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, in der es neben Fragen einer angemessenen Vergütung insbesondere um die Attraktivität von Arbeitsfeldern angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Notwendigkeit stärkerer betrieblicher Interessenvertretung ging.

Der schockierende Beitrag über die Gefahren des Schüttelns von Säuglingen und Kleinkindern berichtet über einen vom „Nationalen Zentrum frühe Hilfen (NZFH)“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

erstellten Aufklärungsflyer „Nerven liegen blank“, mit dem, so kann man nur hoffen, möglichst viele Eltern und werdende Eltern erreicht werden.

Sie finden in dieser FORUM-Ausgabe im Weiteren einen Beitrag zum wichtigen Thema Jobsharing und den seit 01.06.2017 geltenden neuen Bestimmungen, welche Jobsharing für Praxisinhaber und potentielle Nachfolger attraktiver machen. Außerdem einen Beitrag der sich mit interkulturellen Aspekten von Psychotherapie beschäftigt und konkrete Anmerkungen zu Behandlungsaspekten macht. Lesen sie die Buchrezension des zum Ende 2017 erschienen Buches „Alkoholabhängigkeit“ aus der Reihe „Störungen systemisch behandeln“ im Carl Auer Verlag, dem der namhafte Rezensent eine uneingeschränkte Leseempfehlung erteilt.

Last, not least drucken wir in dieser Ausgabe eine Checkliste zu den Arbeitsbedingungen während der praktischen Tätigkeit von PIA ab, die auf dem ebenfalls noch einmal veröffentlichten saarländischen Konsenspapier zu Standards für Ablauf und Betreuung der Praktischen Tätigkeit für PsychotherapeutInnen in Ausbildung basiert. Wir sind stets für Anmerkungen, Kritik oder Ergänzungen zu den Artikeln im FORUM offen und freuen uns über von unseren Leserinnen und Lesern eingereichte Beiträge, die Sie jeweils bis zu festgesetzten Daten einreichen sollten.

Im Namen des Redaktionsteams wünsche ich Ihnen eine angenehme und hoffentlich interessante Lektüre.

Ihr
Bernhard Morsch
Präsident



AUS DER ARBEIT DER KAMMER

Informationsveranstaltungen zur Gutachtentätigkeit

Am 16.02. und am 23.11.2017 führten Mitglieder der Sachverständigenkommission der PKS ins Thema Gutachtentätigkeit ein. Ziel der Veranstaltungen war es, den Kammermitgliedern einen **Einblick in die die forensische Sachverständigentätigkeit** zu bieten und Interesse dafür zu wecken. Beide Veranstaltungen fanden in der Geschäftsstelle der PKS statt, waren gut besucht und regten zu Nachfragen und Diskussionen an.

An beiden Tagen wurde zunächst auf die **„Verwaltungsvorschrift zur Eintragung in die Liste der behördlich und gerichtlich tätigen Sachverständigen“** der PKS hingewiesen, die auf der Kammerhomepage einsehbar ist und die Voraussetzungen für eine Listeneintragung regelt. Neben curricular organisierten Fortbildungen, bezogen auf Grundlagen der Gutachtentätigkeit und auf ausgewählte Spezialisierungsbereiche, müssen für jeden Spezialisierungsbereich drei supervidierte Gutachten eingereicht werden. Diese Listeneintragung kann einerseits als Qualitätskriterium für Behörden und Gerichte gelten, auf der anderen Seite geht es auch darum, die Kammermitglieder durch diese Fortbildung auf die speziellen Anforderungen der Sachverständigentätigkeit möglichst gut vorzubereiten. Akkreditierte Fortbildungen, die überregional angeboten werden, sind auf der Homepage der PKS aufgelistet. Als SupervisorInnen für die Gutachtenerstellung sind alle bundesweit eingetragenen Personen auf den Kammersachverständigenlisten anerkannt.

Bei der ersten Informationsveranstaltung am 16.02.2017 ging es um den Spezialisierungsbereich „Familienrecht und Kinder- und Jugendhil-



v.l.n.r. Milly Stanislawski, Joachim Reelitz, Irmgard Schmitt

fe“: Frau Dr. Anne Ullrich referierte zu Fragen der **Erziehungsfähigkeit** und ging auf Gefährdungen des Kindeswohls ein. Im Gutachten soll eingeschätzt werden, ob der betreffende Elternteil dazu fähig ist, die emotionalen und körperlichen Bedürfnisse des Kindes anzuerkennen, es angemessen zu versorgen, zu betreuen und entsprechend erzieherisch auf die vom Kind signalisierten Bedürfnisse einzugehen, auch unter Berücksichtigung der konkret vorliegenden Lebenssituation.

Beim Kindeswille geht es darum, im Gutachten die geäußerten Interessen, bedeutsame Beziehungstendenzen, Empfindungen, Bedürfnisse, Wünsche, Aversionen und Befürchtungen des Kindes herauszuarbeiten.

Frau Isabella Scheurer ging auf Fragestellungen des elterlichen **Sorge-rechts** ein, was dann zu einem Gutachtenauftrag führen kann, wenn

das Sorgerecht einem Elternteil zugesprochen werden soll. Der oder die Sachverständige muss sich dann mit dem Willen des Kindes, seinen Beziehungen und Bindungen, mit der Erziehungsfähigkeit der Eltern, mit deren Bindungstoleranz, der Kooperationsfähigkeit und –bereitschaft unter Beachtung des Kontinuitätsprinzips auseinandersetzen.

Gutachten zum **Umgangsrecht** müssen sich mit der Frage beschäftigen, ob der Umgang mit beiden Elternteilen nach erfolgter Trennung dem Kindeswohl widerspricht. Hierfür spielen kindgemäße Kontaktgestaltung, emotionale Nähe, Kindeswille, Stressresistenz des Kindes und Konfliktniveau in der Elternbeziehung eine Rolle.

Frau Milly Stanislawski ging in der Informationsveranstaltung am 23.11.2017 auf Begutachtungen zur **Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage**

in Strafverfahren ein. Während in der Vergangenheit mehr die Glaubwürdigkeit einer Person über eine größere Lebensspanne im Fokus stand, so geht es bei Glaubhaftigkeitsbegutachtungen heute vor allem darum, ob eine z. B. im Strafverfahren belastende Aussage als erlebnisbegründet beurteilt werden kann. Dazu wird im wissenschaftlichen Sinne eine Aussage mittels Nullhypothesen geprüft und systematisch werden Befunde erhoben, die diese Nullhypothesen evtl. verifizieren bzw. falsifizieren. Dabei ist es erforderlich, sich bei Gutachtenerstellung an die vom BGH festgelegten methodischen Kriterien zu halten und eine neutrale Haltung zu bewahren. Mit einer Methodenkritik (vielleicht gar einem Befangenheitsantrag) ist manchmal zu rechnen. Dies ist oft als prozesstaktisches Mittel zu werten, das dann Erfolg haben kann, wenn gravierende methodische Mängel festgestellt werden.

Frau Irmgard Schmitt gab einen Einblick in die **Schuldfähigkeitsbegutachtung** beim erkennenden Gericht. Eine dahingehende Begutachtung des Straftäters sollte dem Gericht bei der Beantwortung der Frage helfen, ob der Täter zum Zeitpunkt der Tatbegehung durch eine seelische Störung darin gehindert gewesen sein dürfte, das Unrecht seiner Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. Ist dies der Fall, so wird eine Schuldunfähigkeit zum Tatzeitpunkt angenommen. Ein Freiheitsentzug kommt dann bei angenommener weiterer Gefährlichkeit nur in der forensisch-psychiatrischen Klinik in Frage. Bei angenommener erheblich verminderter Schuldfähigkeit kann es zur Unterbringung und zur Freiheitsstrafe kommen. Psychische Störung, intellektuelle Beeinträchtigung und Sucht einerseits oder eine Affekttat andererseits müssen bei Vorhandensein im Gutachten einer der vier juristischen Eingangsmerkmale zugeordnet werden. Dann muss eingeschätzt werden, ob die Störung als schwerwiegend betrachtet werden muss. Als drittes muss dann die Beeinträchtigung der Einsichts- und der Steuerungsfähigkeit beurteilt

werden. Alle weiteren Beurteilungen sind normativ und unterliegen dem Richter.

Frau Irmgard Schmitt führte darüber hinaus in die Begutachtung zur strafrechtlichen **Entwicklungsreife** ein. Juristisch entscheidend ist, ob ein Jugendlicher zur Tatzeit nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen und danach zu handeln. Es geht bei der Begutachtung um die Erhebung entwicklungsabhängiger Kompetenzen und Defizite. Das Gericht muss dann über die Strafmündigkeit entscheiden. Davon unbenommen ist eine eventuelle forensisch-psychiatrische Unterbringung. Bei Heranwachsenden, also Tätern zwischen 18 und 21 Jahren, ist entscheidend, ob der Betreffende zum Zeitpunkt der Tat in seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstand und ob es sich nach der Art, den Umständen oder den Beweggründen der Tat um eine Jugendverfehlung handelt. Enthält das Gutachten hinreichende Anhaltspunkte für beides, so kann das erkennende Gericht das Jugendstrafrecht auf diesen Täter anwenden, obwohl er das Erwachsenenalter bereits erreicht hat.

In die Thematik der **Prognosebegutachtung** führte Herr Joachim Reelitz ein. Gutachten werden vor allem zur Frage der Gewährung von Lockerungen und zur Frage einer (bedingten) Entlassung eingeholt. Es geht um Probanden, die sich in der forensisch-psychiatrischen Unterbringung, im Strafvollzug oder in der Sicherungsverwahrung befinden. Bei der Frage der Lockerungsgewährung geht es vor allem darum, ob jemand die Lockerung dazu benutzen könnte, um sich entweder dem Vollzug zu entziehen oder um weitere Straftaten zu begehen. Bei Gutachten zur Frage einer etwaigen bedingten Entlassung geht es um die Frage, ob die bei der Anlasstat gezeigte Gefährlichkeit fortbesteht, welche Straftaten mit welcher Wahrscheinlichkeit zu erwarten wären und welche Maßnahmen im Falle einer Entlassung

zur Verbesserung der Sicherheit zu empfehlen wären. Für die Erstellung von Prognosegutachten gibt es sog. „Mindestvoraussetzungen“, die von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitet wurden und an denen man sich auch orientieren sollte. Lebensgeschichte, Persönlichkeit und Delinquenzgeschichte sollten beschrieben werden. Es sollte eine Theorie entwickelt werden, wie sich die individuelle Straffälligkeit entwickelt hat, bis zur Deliktdynamik bei der aktuellen Anlasstat. Neben den statischen, also in der Vergangenheit angesiedelten Aspekten, sollten aber auch die dynamischen Faktoren, wie z.B. das (veränderte) Nachtatverhalten, Einflüsse einer absolvierten Therapie, erarbeitete soziale Kompetenzen, Arbeitsverhalten, eine verbesserte psychische Stabilität, eine verbesserte Fähigkeit zur Suchtmittelabstinenz und die soziale Einbettung im Gesamtbild Berücksichtigung finden.

Insgesamt ist in vielen Bereichen ein verstärkter Bedarf an Gutachten festzustellen. Die Mitglieder der Sachverständigenkommission stehen gerne bei weiteren Fragen den Kammermitgliedern zur Verfügung, die Kontaktadressen sind über die Kammerhomepage auf der Sachverständigenliste einzusehen.

Joachim Reelitz

Vorsitzender der
Sachverständigenkommission

„Schon jetzt fallen viele Kinder aus Flüchtlingsfamilien durchs Versorgungsnetz“

Projekt HELP steht vor dem Aus – ein Interview mit Ansaf Ewaiwi

Susanne Münnich-Hessel:

Frau Ewaiwi, Sie arbeiten als Psychologin M. Sc. im Projekt HELP des psychosozialen Zentrums des DRK-Landesverbandes Saarland in Saarbrücken-Burbach. Was bedeutet HELP? Was sind die Ziele von HELP?
Ansaf Ewaiwi:

HELP ist ein durch Amnesty International finanziertes Projekt zur Hilfe von Kindern und Jugendlichen im Saarland mit Fluchthintergrund. Es steht für Hilfe bei der Entwicklung in der neuen Lebenswelt durch Psychoedukation.

Kinder und Jugendliche sind in Kriegs-, Krisen- und Fluchtsituationen einer Vielzahl von psychischen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Sie sind in der Zeit nach der Bedrohung und Gewalt in besonderem Maße auf eine angemessene Unterstützung und Fürsorge im Aufnahmeland angewiesen. Wir machen es uns zur Aufgabe, individuelle Entwicklungsrisiken zu erkennen und psychische Belastungen frühzeitig aufzufangen, um ihnen gute Entwicklungschancen in der neuen Heimat zu ermöglichen.

Wie finden die Menschen zu Ihnen und wie gehen Sie dann im Einzelnen vor?

Die Anfragen erreichen uns meist über Lehrer oder Erzieher, die in ihrer Arbeit mit dem Kind/dem Jugendlichen auf Verhaltensauffälligkeiten oder Befindlichkeitsstörungen stoßen. Der Verdacht auf Traumafolgestörungen liegt dabei nahe. Wir stellen einen Kontakt zu den Eltern oder Betreuern her und laden das Kind mit den Eltern oder der Bezugsperson zu einem Erstgespräch zu uns ein und klären unter Berücksichtigung der individuellen Fluchtgeschichte den psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfebedarf. Ein Schwerpunkt liegt dabei auch in der Weitervermittlung ins Helfer-

system, bestehend aus Jugendhilfe, ambulanter und stationärer therapeutischer Regelversorgung, schulpsychologischen Diensten und anderen Beratungsangeboten. Vor Ort selbst findet Psychoedukation und Stabilisierung bei Traumafolge- und Anpassungsstörungen einzeln und in Gruppen statt, vorbereitend auf eine möglicherweise längerfristige Psychotherapie bei einer niedergelassenen Therapeutin/einem niedergelassenen Therapeuten.

Die Vermittlung ist sicher bei der so wieso schon sehr angespannten Versorgungslage nicht einfach. Wie lange besteht das Projekt schon?

Das Projekt gibt es seit Mitte Januar 2017 und ist zunächst für ein Jahr befristet. Ob und wie es weitergeht, ist im Moment unklar. Eine unmittelbare Fortsetzung ist leider so einfach nicht möglich, wir versuchen nun über andere Hilfsorganisationen Gelder für diese wichtige Arbeit zu bekommen. Notwendig wäre aber vor allem eine solide Sockelfinanzierung.

Ein Projekt wie HELP für diese sehr belasteten Kinder braucht natürlich eine langfristige Perspektive. Es ist sicher anstrengend, sich bei dieser Arbeit ständig mit der Finanzierung befassen zu müssen. Wie ist die Nachfrage? Denn es gibt ja kein vergleichbares Hilfsangebot dieser Art im Saarland.

Die Nachfrage ist immens, wir bekommen nahezu täglich Anfragen von Lehrern aller Schulformen, Erziehern von Kindergärten oder Wohngruppen hier im Saarland. Auch ergibt sich oft aus der Flucht- und Migrationsarbeit der Kollegen anderer Arbeitsbereiche psychotherapeutischer Hilfebedarf für die Kinder der betreuten Klienten, die einem hohen psychosozialen Belastungsgrad ausgesetzt sind. Es ist uns kaum mög-

lich, dieser zurzeit gerecht zu werden. Die Folge sind lange Wartezeiten und aufgrund der drohenden Beendigung dieses Hilfsprojektes drohen auch direkte Verweise ins jetzt schon überlastete Regelsystem.

Das Regelsystem wird eine angemessene psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung nicht ohne eine Vernetzung mit Projekten wie HELP leisten können. Was sind aus Ihrer Sicht die Hauptprobleme in der psychotherapeutischen Versorgung?

Allerdings ist der Zugang für Menschen mit Fluchthintergrund ins Gesundheitssystem aufgrund der sprachlichen Barriere extrem erschwert. Hinzu kommt ein großes Misstrauen gegenüber solchen Angeboten aufgrund der negativen Behaftung des Rufes von psychiatrischen Unterkünften im Heimatland sowie der Sorge, von dem Kind getrennt zu werden, aufgrund der oftmals verbreiteten Vorurteile gegenüber dem Jugendamt bspw. „Die wollen uns das Kind wegnehmen.“ Aber auch auf Seiten der Professionellen bestehen Unsicherheiten mit dieser Klientel zu arbeiten, aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten oder der kulturellen Unterschiede, die als Hemmnis wahrgenommen werden. Unsere Aufgabe sehen wir darin, auf beiden Seiten Unsicherheiten zu nehmen und Helfende zu ermutigen, sich dieser bereichernden Arbeit zuzuwenden.

Was wünschen Sie sich für Ihr Projekt? Wie könnten die Probleme doch noch gelöst werden?

Das Hauptproblem besteht darin, dass die Finanzierung für dieses Hilfsangebot nicht (dauerhaft) gesichert ist, sondern von Spenden lebt. Das macht ein langfristiges Planen unmöglich. Aktuell wird das Projekt durch die Hilfsorganisation Amnesty

International finanziert. Gespräche mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie finden derzeit statt, wir wünschen uns eine Sockelfinanzierung, die zumindest die Arbeitsplätze sicherstellt. Es ist schwierig, dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit und Stabilität zu vermitteln, wenn der eigene Arbeitsplatz immer wieder gefährdet ist.

Das hört sich nicht sehr ermutigend an, weshalb die Kammer ja auch intensiv beim saarländischen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie für eine Sockelfinanzierung des Projektes geworben hat. Es wäre für die Versorgung der Kinder eine Katastrophe, wenn HELP wegfällt. Da kann man nur hoffen, dass Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden.

Schon jetzt fallen viele belastete Kinder aus Flüchtlingsfamilien durchs Versorgungsnetz, die Überforderung an Schulen und anderen Institutionen ist deutlich spürbar. Wenn es solche Projekte wie HELP nicht gibt und damit der Zugang zur psychischen Versorgung der Flüchtlinge nicht aktiv unterstützt wird, ist das Gelingen einer Integration für diese Kinder gefährdet. Zudem kann es bei Nichtbehandlung der Folgen traumatischer Ereignisse zu langanhaltenden psychischen Beeinträchtigungen kommen, die psychische Folgeerkrankungen nach sich ziehen.

Was haben Sie für Wünsche an unsere Kammer?

Wir wünschen uns von der Kammer, dass sie uns auf dem Weg zu einer gesicherten Finanzierung weiter

unterstützt und gemeinsam mit uns für die Arbeit mit der Klientel wirbt.

Das werden wir sicher tun und in unseren Bemühungen nicht nachlassen. Danke für das Interview, Frau Ewaiwi, und hoffen wir, dass unsere gemeinsamen Bemühungen doch noch Früchte tragen!

Das Interview führte Susanne Münich-Hessel



PP & KJP: Eine tarifliche Einordnung analog zu Fachärzten hängt von unserem gewerkschaftlichen Engagement und berufsrechtlichen Selbstverständnis ab

Bericht¹ über die Fachtagung von ver.di in Zusammenarbeit mit der Bundespsychotherapeutenkammer am 07.12.2017 in Berlin

Im Rahmen einer Fachtagung mit dem Thema "Arbeitsfelder angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – attraktiv für die Zukunft? Gestaltungsspielräume für die betriebliche Interessenvertretung" trafen sich angestellte Psychotherapeuten², Arbeitnehmervertreter unterschiedlicher Institutionen, ver.di-Vertreter und aktive Kollegen aus

der Kammerarbeit. Im Rahmen von Vorträgen, Workshops und einer abschließende Podiumsdiskussion wurden vielfältige Positionen von Psychotherapeuten unterschiedlicher institutioneller Rahmenbedingungen erörtert.

Die Zukunft der Psychotherapeuten im Gesundheitswesen aus der Sicht der Gewerkschaft

In einem Beitrag zur drängenden Frage der Gleichstellung von uns Psychotherapeuten mit Fachärzten auch in Angestelltenverhältnissen

stellte Sylvia Bühler (ver.di-Bundesvorstand, Leiterin Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen) heraus, dass nicht die sachliche Argumentation und das Bedürfnis nach Gerechtigkeit die Entscheidungsprozesse im Rahmen von Tarifverhandlungen bestimmt. Vielmehr stellten Tarifabschlüsse immer Kompromisse dar, zu der sich auch die unterschiedlichen Verhandlungspartner auf der Arbeitnehmerseite miteinander durchringen müssten, um Verhandlungsziele vorrangig zu verfolgen. Sylvia Bühler betonte, dass die Facharztgleichstellung von Psychotherapeuten im ver.di-Forde-

¹ Ein Dank an Bernhard Morsch für die konstruktiven Rückmeldungen zu diesem Beitrag.

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



rungskatalog festgeschrieben stehe. Den Erfolg des Tarifabschlusses 2017 mit für die Psychotherapeuten erstmalig eigenen Tätigkeitsmerkmalen, die die KJPLer einschließen, bewertete die ver.di-Vertreterin als groß. „Damit verlassen alle KJPLer die Fallgruppe 6, welche mit der heutigen EG11 vergleichbar ist, und erhalten ein monatliches Plus von etwa 800 €.“ Für weiterreichende Forderungen fehlten bislang gewerkschaftliche Druckmittel. Die vielen Mails von nicht-gewerkschaftlich organisierten Kollegen auf die nicht-erreichte EG15-Einstufung seien beeindruckend gewesen, ohne jedoch als gewichtiges Argument in der Auseinandersetzung nutzbar zu sein. „Die Arbeitgeber wissen auch um den gewerkschaftlichen Organisationsgrad der Psychotherapeuten und sehen sich in der Position: Wir haben keine Probleme unsere Stellen zu besetzen.“ Vor diesem Hintergrund hätte ein starres Festhalten an der EG15-Forderung auch die Einbindung der KJPLer in die Entgeltordnung gefährden können. Sylvia Bühler bezeichnete Tarifforderungen als Machtfragen. Diese würden gleichermaßen über die Anzahl psychotherapeutischer Gewerkschaftsmitglieder und die engagierte Mitarbeit in berufsübergreifenden Bündnissen für Arbeitnehmerinteressen verwirklicht.

Die Zukunft der Psychotherapeuten im Gesundheitswesen aus der Sicht der BPTK

Auf tarifpolitische Aspekte für eine angemessene Würdigung der Psychotherapeuten in Kliniken ging Dr.

Dietrich Munz (BPTK-Präsident und langjähriger Betriebsrat in einer Klinik) in seinen Ausführungen ein. Aus psychotherapeutischer Sicht beklagte Dietrich Munz einen der Geburtsfehler unseres Berufsstandes im Rahmen der Konstruktion des Psychotherapeutengesetzes [PsychThG]: Im Vordergrund stand die ambulante Versorgung und weniger die Vielzahl stationärer Behandlungsleistungen. Das PsychThG werde somit den stationären Versorgungssituationen nicht gerecht. Die Approbation befuge zwar zu eigenverantwortlichem diagnostischem und therapeutischem Handeln, ohne jedoch das Tarifrecht und die Organisationsstruktur in Krankenhäusern ausreichend berücksichtigt zu haben. Mittlerweile seien Psychotherapeuten in den Kliniken entsprechend stark vertreten, wie sogenannte „P-Ärzte“ (Ärzte mit Facharzt oder Zusatztitel Psychotherapie und Psychiatrie), fänden aber mangels ihres Organisationsgrads nicht auch nur annähernd so viel Gehör.

In den bald zwanzig Jahren PP & KJP hätten die Psychotherapeuten sich durch ihr Engagement in Kammern, Gewerkschaften und in den Betriebsräten Vorort etabliert. Der Stellenwert psychotherapeutischer Leistungen werde mittlerweile in den zentralen Codiersystemen unseres Gesundheitssystems den „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ [OPS] und dem „Katalog Therapeutischer Leistungen“ [KTL] abgebildet. Eine erstmalige Einbindung dieses jungen Heilberufs in einen großen Flächentarifvertrag, den TVöD, stelle den Ausgangspunkt für eine zukünftige

Anerkennung der Gleichwertigkeit zur Facharztqualifikation auch im stationären Alltag dar.

Berufs-, Arbeits- und Sozialrecht und Folgen für die betriebliche Mitbestimmung

Für die Bewertung und die Umsetzung des Berufs „Psychotherapeut“ als Heilberuf in unserem Gesundheitswesen, sind gesetzliche Vorgaben und nachgeordnete Vorschriften wichtig. Der Jurist Johann Rautschka-Rücker (ehemaliger Ass. jur. der Landespsychotherapeutenkammer Hessen) verwies auf unterschiedliche Gesetze wie das Psychotherapeutengesetz [PsychThG], das Arbeitsrecht, Berufsrecht, die Sozialgesetze (vor allem V und VII) und die Landeskrankenhausesetze, die vor dem Hintergrund der bundesdeutschen Verfassung zu sehen sind. An einem Fallbeispiel legte Johann Rautschka-Rücker dar, dass Rechtsbegriffe (z.B. Attest) in unterschiedlichen Rechtsbereichen unterschiedliche Bedeutung haben können. Solche Spannungsfelder blieben auch dann bestehen, wenn das Bundesverfassungsgericht [BVerfG] eine harmonisierende Interpretation in Konfliktfällen zwischen verschiedenen Gesetzen verlangt.

Ein häufig sich stellendes Thema seien unterschiedliche Ansprüche, die aus der Berufsordnung eines freien Berufs und dem Direktionsrecht der Arbeitgeber erwachsen. Johann Rautschka-Rücker beschrieb das Direktionsrecht mit der Weisungsho-



Zwischen den Beiträgern (Foto: Astrid Sauermann)

heit des Arbeitgebers auf der Grundlage des Arbeitsvertrags, begrenzt durch Betriebsvereinbarungen und weitere Gesetze. Bei Konflikten könnten die Mechanismen der betrieblichen Mitbestimmung (vgl. BetrVG § 84, 85, 87) hilfreich sein.

Fachliche Weisungen oblägen dem Fachvorgesetzten und könnten nicht von anderen medizinischen Mitarbeitern oder gar Verwaltungskräften vorgenommen werden. Somit müsse ein Fachvorgesetzter für PP & KJP immer ein Psychotherapeut sein. Im Falle weiterer Qualifikationen (z.B. Systemische Therapie, Neuropsychologie) könne ein Vorgesetzter nur dann die Fachaufsicht führen, wenn er zumindest entsprechende Qualifikationen vorweise.

Bernhard Morsch mit einem Beitrag
(Foto: Astrid Sauermann)

Dem gegenüber dienen strukturelle Abläufe in einer Organisation der wirtschaftlichen Optimierung und seien keine fachlichen Vorgaben, son-

dern führten zu organisatorischen Weisungen. Entsprechend seien Konzepte in Institutionen keine fachlichen Weisungen, sondern inhaltliche Ausarbeitungen, um beispielsweise Vertragsabschlüsse mit Kostenträgern zu untermauern oder Patienten über eine Institution zu informieren. Der Disziplinar-Vorgesetzte eines Psychotherapeuten müsse nicht über einen Fachbezug verfügen. Eine Konkretisierung der vertraglichen Abrede stelle ebenfalls keine fachliche Weisung dar. Fachliche Weisungen betreffen immer "nur" konkret einen Einzelfall. Diese könnten durch die medizinische Letztverantwortung begrenzt werden. In einem solchen Konflikt sei eine Demonstration des fachlichen Dissenses gegenüber dem nicht-fachaufsichtsfähigen medizinischen Letztverantwortlichen wichtig.

Eine weitere organisatorische Weisung stelle das Führen der Berufsbezeichnung dar. Entsprechend dem Beschluss des Landesarbeitsgericht Hessen (20.01.2006 – 3 Sa 951/05) ist eine Institution nicht berechtigt, dem Psychotherapeuten die Führung der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ im Berufsalltag zu untersagen. Die namentliche Nennung des Psychotherapeuten unter dem relevanten Abschnitt des Abschlussberichts hingegen sei sozialrechtlich nicht abgesichert und bestenfalls im Rahmen einer Gleichbehandlung zu anderen eingefügten Namen zu fordern. Werde beispielsweise der Facharztstandard des Psy-

chotherapeuten vom Chefarzt einer Klinik negiert, so stelle dies ebenfalls keine Weisung dar, sondern eine Aussage mit Relevanz im Bereich Haftungsfragen und zu Positionen in den Vertragsverhandlungen mit Kostenträgern. Eine Terminplanung durch Nicht-Approbierte sei eine organisatorische Maßnahme und keine fachliche Weisung. Offen blieb, ob zu enge Zeitvorgaben eine fachliche Weisung darstellen oder sie nur eine betriebsorganisatorische Vorgabe zur finanziellen Optimierung (Direktionsrecht) sind. Wahrscheinlich gibt es einen Übergang im Sinne einer Grauzone.

Johann Rautschka-Rücker führte aus, dass Psychotherapie eine nicht-delegierbare Tätigkeit ist. Analog dazu könne ein Chefarzt auch nicht die Gabe von Medikamenten an Nicht-Ärzte delegieren, selbst wenn er dafür die Verantwortung übernehmen wolle. Auch wenn Dipl.-Psychologen oder Psychologen mit Masterabschluss über eine Heilpraktikerzulassung verfügen, könnten an sie keine psychotherapeutischen Leistungen delegiert werden. Die Zulassung als Heilpraktiker diene anderen Rechtsbereichen wie dem Straf-/Haftungsrecht oder der Niederlassung in einer Privatpraxis. Bestätigt durch die Kollegin Dr. Ulrike Worringer (Itd. PP der Deutschen Rentenversicherung Bund) dürfen auch gemäß dem "Katalog therapeutischer Leistungen" [KTL] nur approbierte Psychotherapeuten psychotherapeutische Leistungen erbringen. Immer wieder fänden sich Ausschreibungen zu Psychologenstellen, die explizit psychotherapeutische Tätigkeitsfelder beschreiben. Gemäß Johann Rautschka-Rücker dürfen psychotherapeutische Tätigkeitsfelder im Prinzip nicht für nicht-approbierte "Nur-Psychologen" ausgeschrieben werden. Gegen diese Ausschreibungen gebe es jedoch keine rechtliche Handhabe. Erst der Betriebsrat könne einer solchen Stellenbesetzung gemäß §99 Abs. 1 BetrVerfG (Betriebsverfassungsgesetz) mangels Rechtskonformität beispielsweise mit dem PsychThG oder SGB widersprechen. Im nächsten Schritt könne



Podiumsdiskussion (Foto: Astrid Saueremann)

nur nach bereits erfolgter Besetzung einer Psychotherapiestelle mit einem nicht-approbierten Psychologen per Anzeige gegen diesen Psychologen selbst vorgegangen werden. Der Arbeitgeber könnte lediglich im Falle eines bereits eingetretenen konkreten Schadens im Rahmen der Haftung belangt werden. Alternativ wäre es der Kammer möglich, die Arbeitgeber auf diesen Missstand und die Gefahr für den künftigen Arbeitnehmer hinzuweisen, wenn ihr solche Stellenausschreibungen bekannt gemacht würden.

Empfehlenswert sei es, die Arbeitsverträge für PP & KJP als „Psychotherapeutenverträge“ zu formulieren. Nur bei diesen Verträgen greifen die Berufsordnung und weitere berufsrechtliche Normen. Falls man bestehende Verträge nicht umschreiben könne, so ließen sich manche Probleme über auf PP & KJP zugeschnittene Stellenbeschreibungen vermeiden. Ohne solche Vereinbarungen müsste im Konfliktfall ein Mitarbeiter ansonsten zuerst nachweisen, überwiegend in psychotherapeutischen Arbeitsfeldern tätig zu sein.

Eingruppierung angestellter Psychotherapeuten

In ihrem Beitrag zur zukünftigen tariflichen Eingruppierung von PP & KJP berichtete Frau Heike von Gradolewski-Ballin (ver.di Bereichsleiterin Tarifpolitik) von grundsätzlichen Veränderungen in der Tariflandschaft

der Bundesrepublik Deutschland. Gegenüber einem Verbreitungsgrad von Flächentarifverträgen vor 30 Jahren von etwa 90%, hätten derzeit nur etwa 30% aller Einrichtungen einen solchen abgeschlossen. Ver.di strebe grundsätzlich Flächentarifverträge an, weil die aktuell etwa 3.000 Haustarifverträge mit steigender Tendenz als eine die Tariflandschaft zersplitternde Minimallösung zu bewerten seien. Der fortschreitende Neo-Liberalismus im Gesundheitswesen forcieren diese Schwierigkeiten. Heike von Gradolewski-Ballin stellte kurz den Ablauf des Zustandekommens von Tarifabschlüssen dar:

Entsprechend dem in der ver.di-Satzung festgeschriebenen Vorgehen (Satzung § 68) entscheide die Tarifkommission über die in die Verhandlung einzubringenden Tarifforderungen, aber auch über ein mögliches Scheitern der Verhandlungen. Die Bundesfachbereichskonferenz PP/KJP (vgl. Satzung § 57) beschloss bereits in 2007 und erneut in 2011, die Gleichstellung von PP & KJP mit den Fachärzten zu fordern, und bringe dieses Anliegen seither ein. In den Verhandlungen zur EGO TVöD-2017 habe eine zentrale Forderung der Vereinigung kommunaler Arbeitgeber [VKA] darin bestanden, nur einen kostenneutralen Abschluss zu akzeptieren. Der VKA habe dazu die Lohnniveaus einiger Berufe absenken wollen, was ver.di verhindern konnte. Gleichzeitig habe für die Psychotherapeuten keine EG15-Einordnung,

für die Physio- und Ergotherapeuten sowie die Logopäden keine Verbesserung ihrer Entgeltsituationen erzielt werden können.

In ersten Haustarifverträgen gibt es mittlerweile die Gleichstellung von Psychotherapeuten mit Fachärzten – analog zur EG15: Uni-Klinik Halle, HELIOS-Klinik Bad Salzdetfurth und Altonaer Kinderkrankenhaus [AKK]. Dies sei ein Erfolg der Solidarität zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen. Dringend empfahl Heike von Gradolewski-Ballin, dass sich auch die Psychotherapeuten stärker an Tarifauseinandersetzungen in den Kliniken beteiligen. Nur von dort aus könnten Forderungen nachhaltig in die Tarifkommission getragen werden.

Aktive Psychotherapeuten in der betrieblichen Mitbestimmung

Die Kollegen Dr. Raphael Niebler (PIA-AG / Klinikum Tübingen) und Dr. Harry de Maddalena (ver.di-Bundesfachkommission / Klinikum Tübingen) berichteten von ihren gewerkschaftlichen Aktivitäten und dem Erfolg mit einer Tarifeinbindung der Psychotherapeuten in Ausbildung [PIA] zu etwa mtl. 1.090,00 € für 26 Wochenstunden. Aktuell stehen die Verhandlungen des TV-L für die vier Universitätskliniken in Baden-Württemberg an. Raphael Niebler und Harry de Maddalena zeigten sich solidarisch mit den Nöten anderer Berufsgruppen. Die EG15 für PP & KJP steht nun im gemeinsamen getragenen Forderungskatalog von ver.di für die Verhandlung im Januar 2018.

Abschließende Bewertung und Ausblick

Die zurückliegende Tagung bot einen guten Einblick, wie es unserem Berufsstand gelingen kann, seine längst überfällige Anerkennung als akademischer Heilberuf in den Tarifwerken zu erreichen. Dazu ist es zwingend notwendig, dass sich mehr Psychotherapeuten in Angestelltenverhältnissen gewerkschaftlich organisieren. Daneben ist es unabdingbar,

die rechtlichen Rahmenbedingungen in den Sozialgesetzbüchern sowie den Krankenhausgesetzgebungen hin zu einer Gleichstellung des jungen Heilberufs anzupassen. Es ist ein Unding, dass PP & KJP wegen überkommener Formulierungen z.B. Leitungsfunktionen in Kliniken, in denen psychisch Kranke behandelt werden, versagt werden. Nur über vermehrtes berufspolitisches Engagement verbessern sich an unseren Arbeitsplätzen und in unseren Entgeltordnungen die Rahmenbedingungen hin zu einer Anerkennung als freier Heilberuf auch in Beschäftigungsverhältnissen.

Als Verfasser dieses Berichts wünsche ich mir mehr Mut, Zuversicht und Tatkraft der angestellten Kollegen, um im Saarland einen starken Rückhalt in den Arbeitsnehmervertretungen zu erreichen. Jeder einzelne ist gefragt, sich in seiner Rolle als Psychotherapeut zu zeigen. Nach der Tarifeinigung ist immer auch vor der Tarifeinigung. Der Erfolg einer Gleichstellung mit den ärztlichen Kollegen wird ein Erfolg unseres Engagements sein.

Weitere Berichte zu der Veranstaltung finden Sie unter:
<http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/angestellte-1.html>
[https://gesundheit-soziales.verdi.](https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++82abc87c-e00e-11e7-8916-525400423e78)

de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++82abc87c-e00e-11e7-8916-525400423e78



Dipl.-Psych. & Dipl.-Päd.
Ludger Neumann-Zielke

SHG-Kliniken-Sonnenberg
Neurologische Klinik mit Zentrum für Neuropsychologie
Saarbrücken

MITTEILUNGEN DER KAMMER

Vertreterversammlung verabschiedet Beitragshöhen und Haushalt für 2018

Wie jedes Jahr befasste sich die Vertreterversammlung am 13. November 2017 in ihrer letzten Sitzung mit den Kammerfinanzen. Ohne Gegenstimmen wurden sowohl der vorgelegte Haushaltsentwurf für 2018 als auch die Beitragshöhen für das kommende Jahr beschlossen.

Beitragsstabilität war und ist weiterhin ein wichtiges Ziel. Es konnte zum **achten Mal** in Folge seit der Änderung von Beitragsordnung und -höhen in 2010 erneut erreicht werden.

Auch der kammerinterne Frieden bezüglich Beitragsakzeptanz und Zahlungsmoral ist nach wie vor geradezu vorbildlich: fast **99 Prozent** der Beiträge für 2017 sind problem-

los eingegangen. Davon wurde ein wachsender Anteil durch Einzugsermächtigung beglichen, was für die stetig wachsenden Aufgaben in der Geschäftsstelle von großem Vorteil ist, da es den Verwaltungsaufwand in Grenzen hält.

Die Mitgliederzahl steigt weiterhin, übrigens bundesweit: Hatten wir 2016 noch 548 Mitglieder, so liegt der Haushaltsplanung für 2018 eine geschätzte Mitgliederzahl von 570 zugrunde. Das bedeutet u.a., dass sich nach der Wahl Ende dieses Jahres auch die Vertreterversammlung erneut vergrößern wird, und zwar von derzeit 24 auf möglicherweise 28 oder 29 Mitglieder.

Innerhalb der einzelnen Beitragsklassen gab es einen deutlichen Anstieg in der ermäßigten Beitragsklasse III: in 2014 und in den Vorjahren lag der Anteil der Mitglieder, die nur 50% des Regelbeitrages zu zahlen hatten, bei rund 20%. In 2017 liegt er bei 26%.

Wie jedes Jahr muss auch für 2018 die Einstufung in die ermäßigten Beitragsklassen 3 und 4 neu und auch rechtzeitig beantragt werden.

Hauptsächlich wegen der alle fünf Jahre anstehenden Neuwahl der Vertreterversammlung hat sich der Haushaltsansatz für 2018 um ca. 5 % erhöht, ein Ausgabenanstieg, der aus den Rücklagen problemlos bestritten werden kann, und der in den

Folgejahren größtenteils wieder entfallen kann.

Die finanzielle Situation unserer Kammer ist also unterm Strich sehr zufriedenstellend, sie ist stabil und belastbar. Es bleibt zu hoffen, dass wir die zunehmenden Anforderungen, die auf alle Landespsychothe-

rapeutenkammern zukommen, u.a. ab sofort auch die Aufgaben im Bereich der neu anerkannten Weiterbildungsmöglichkeiten, weiterhin im Rahmen unserer vergleichsweise doch sehr bescheidenen finanziellen und personellen Ausstattung bewältigen können.

☑ *Irmgard Jochum*



Bekanntmachung der Kammerbeiträge 2018

Die von der Vertreterversammlung in ihrer Sitzung vom 13. November 2017 beschlossene und von der Aufsichtsbehörde genehmigte Höhe der Beiträge für das Jahr 2018 setzen sich zusammen wie folgt:

Beitragsklasse I: 560 €
Beitragsklasse II: 490 €
Beitragsklasse III: 280 €
Beitragsklasse IV: 100 €

Der Beitrag ist innerhalb eines Mo-

nats nach der öffentlichen Zahlungsaufforderung zu entrichten.

Wir weisen darauf hin, dass ein Antrag auf Einstufung in Beitragsklasse III (Beitragsermäßigung) gemäß § 4 (1), (2) oder (3) oder in Beitragsklasse IV (freiwillige Mitgliedschaft) **jährlich** gestellt werden muss. Beitragsermäßigungen können **nur auf Antrag** gewährt werden.

Vordrucke zur Beitragserklärung und zur Antragstellung sowie ausführli-

che Informationen zur Einstufung in die Beitragsklassen sind allen Kammermitgliedern bereits auf dem Postweg zugegangen. Alle Vordrucke zur Antragstellung finden Sie auch auf unserer Website (<https://www.ptk-saar.de/mitglieder/kammerbeitrag/>).

Diese Bekanntmachung gilt als **öffentliche Zahlungsaufforderung**.

Bernhard Morsch
Präsident

Frauen in der Berufspolitik

Diskussion und Abstimmung zu den Anträgen der Quotierung auf den DPT im April 2018 vertagt

Die Anträge zur Gleichstellung der Geschlechter in den Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer, die die „Bund-Länder- AG Frauen in der Berufspolitik“ zur Diskussion und Abstimmung beim Deutschen Psychotherapeutentag im November eingebracht hat (s. hierzu auch Arti-

kel im letzten FORUM), wurden aus Zeitmangel auf den nächsten DPT, der im April 2018 in Bremen stattfindet, vertagt.

Insofern können wir in diesem FORUM keine weiteren Informationen weitergeben und warten auf die Ab-

stimmungsergebnisse des nächsten DPT's.

☑ *Inge Neiser*

Neue Regelung in der Reisekostenordnung zur Entschädigung für notwendige Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen

Die Vertreterversammlung hat folgende Ergänzung der Reisekostenordnung beschlossen:

5. - neu - Entschädigung für die notwendige Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen

1. Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Vertreterversammlung und Mitglieder von Ausschüssen und Kommissionen erhalten eine Entschädigung für die Kosten einer notwendigen Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, die zu ihrem Haushalt gehören, in Höhe von 15,00 Euro pro Stunde, maximal 150,00 Euro pro Tag. Satz 1 gilt entsprechend für die Kosten einer notwendigen Betreuung von Angehörigen, die nach dem SGB XI anerkannt pflegebedürftig sind.

2. Die Betreuung ist notwendig, wenn der Antragsteller aufgrund der Teilnahme an Sitzungen des Vorstandes, der Vertreterversammlung, der

Ausschüsse und Kommissionen oder des Deutschen Psychotherapeutentages an der Betreuung verhindert war und deshalb eine Betreuung des Kindes oder pflegebedürftigen Angehörigen beauftragt hat.

3. Die Entschädigung für die notwendige Betreuung nach Absatz 1 wird nur gewährt, wenn vor der Sitzung, die die Betreuung notwendig macht, ein Antrag beim Kammervorstand gestellt worden ist. Dem Antrag ist eine Selbsterklärung beizufügen, in der die Notwendigkeit der Betreuung glaubhaft zu machen ist. Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen (Geburtsurkunde, Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit). Es sind die voraussichtliche Sitzungszeit sowie die voraussichtliche Dauer der Betreuung anzugeben. Ist der Antragsteller Mitglied des Kammervorstandes, so ist der Antrag abweichend von Satz 1 dem Haushaltsausschuss vorzulegen.

Diese Erweiterung der Reiskostenordnung soll dazu dienen, aktive Kammermitglieder, die durch die Be-

treuung von Kindern oder pflegebedürftige Angehörige besondere Aufwendungen erbringen müssen, eine kleine Unterstützung zu gewähren.

Desweiteren soll diese Regelung auch ein politisches Signal an junge Kolleginnen und Kollegen sein, sich leichter aktiv in der Kammerarbeit engagieren zu können, da nun die Aufwendungen für die Betreuung ihrer Kinder oder pflegebedürftigen Angehörigen abgedeckt werden können.



Inge Neiser

Nationales Zentrum Frühe Hilfen initiiert Bündnis gegen Schütteltrauma

Mit einem breiten bundesweiten Bündnis klärt das Nationale Zentrum frühe Hilfen (NZFH) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) seit Oktober 2017 über die Gefahren des Schüttelns von Säuglingen und

Kleinkindern auf und vereint damit bundesweite und regionale Präventionsmaßnahmen gegen Schütteltrauma. Ziel ist es, mit diesem Engagement alle Eltern und werdende Eltern zu erreichen. Dem „Bündnis gegen Schütteltrauma“ haben sich

bisher 23 Verbände, Vereine und Institutionen aus dem Gesundheitswesen, dem Kinderschutz und der Kinder- und Jugendhilfe angeschlossen, unter anderem der Berufsverband der Frauenärzte, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

Hirnverletzungen mit schweren Folgen

Misshandlungsbedingte Kopfverletzungen, zu denen in erster Linie das Schütteltrauma zählt, sind bei Säuglingen und Kleinkindern die häufigste nicht natürliche Todesursache. Jährlich werden schätzungsweise zwischen 100 und 200 Säuglinge und Kleinkinder mit Schütteltraumata in deutsche Kliniken gebracht. Durch das unkontrollierte Schütteln eines Kleinkindes entstehen irreparable Schäden des Gehirns. Unter anderem löst das Aufprallen des Hirns im Schädelinneren Prellungen und Quetschungen aus, was wiederum zu Ödemen führt. Die so entstehenden Schwellungen, Wassereinlagerungen und Blutungen, bewirken irreparable Zerstörungen von Zellgewebe und können sogar zum Tod des Kindes führen. 10 bis 30 Prozent der geschüttelten Kinder, die in eine Klinik gebracht werden, sterben. Rund zwei Drittel der Babys, die ein diagnostiziertes Schütteltrauma überleben, erleiden verzögerte bzw. chronische Schäden wie: z.B. Seh- und Sprachstörungen, Lern- und Entwicklungsverzögerungen, Krampfanfälle bis hin zu schwersten körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen. Nur schätzungsweise 10 bis 20 Prozent der Säuglinge überleben ein diagnostiziertes Schütteltrauma ohne bleibende Schäden. Die Symptome nach einem Schütteltrauma können vielfältig sein. Neben Schreckhaftigkeit, Trinkschwäche, Schläfrigkeit, verstärktem Unwohlsein und Unruhe können die Hirnverletzungen zu Apathie, epileptischen Anfällen, Erbrechen sowie Herzrhythmusstörungen und Atemstörungen bis hin zu Atemnot und zum Tod führen. Selbst wenn es direkt nach dem Schütteln nicht zu sichtbaren Symptomen kommt, kann das Trauma zu neurologischen Langzeitschäden führen, die sich erst einige Zeit später äußern.

Schütteltrauma

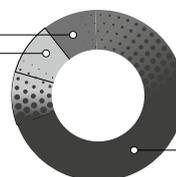
Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

Das sagt die Forschung¹

Gesundheitliche Folgen von Schütteltrauma

10 bis 30 Prozent der Babys sterben an den Folgen eines Schütteltraumas.

10 bis 20 Prozent der Babys überleben ein Schütteltrauma ohne bleibende Schäden.



50 bis 70 Prozent der Babys überleben ein Schütteltrauma mit lebenslangen geistigen/körperlichen Behinderungen und Krampfleiden.

NZFH-Umfrage²

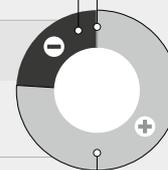
Wissen in der Bevölkerung über Folgen von Schütteln

„Wenn man ein anhaltend schreiendes Baby schüttelt, ...“

... ist das vielleicht nicht so schön für das Baby, aber es schadet ihm auch nicht.“

⊖ irrtümliche Einschätzung
⊕ richtige Einschätzung

24 Prozent stimmen zu
1 Prozent weiß nicht



75 Prozent stimmen nicht zu

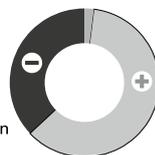
NZFH-Umfrage²

Wissen in der Bevölkerung über Strategie vor möglichem Kontrollverlust

„Was sollte eine Person tun, wenn sie merkt, wegen des anhaltenden Babyschreiens die Nerven zu verlieren?“

37%

stimmen der Strategie zu:
Das Baby unter keinen Umständen alleine lassen



⊖ irrtümliche Einschätzung
⊕ richtige Einschätzung

61%

stimmen der Strategie zu:
Den Raum verlassen, um sich zu beruhigen

Das raten Expertinnen und Experten vor einem möglichem Kontrollverlust³:

- ⊕ Das Baby sicher ablegen.
- ⊕ Den Raum kurz verlassen.
- ⊕ Durchatmen.
- ⊕ Wenn nötig, sich Unterstützung holen.

Quellen: ¹Herrmann, B. 2008; ²NZFH-Repräsentativbefragung zu Schütteltrauma 2017; ³Deutscher Hebammenverband e.V.; ©Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) 2017
www.fruehehilfen.de

Babyschreien als Hauptauslöser

Die tägliche Schreidauer ist bei Babys ab der 2. Lebenswoche bis zur 6. Lebenswoche mit über zwei Stunden im Durchschnitt am höchsten und sinkt danach deutlich auf durchschnittlich unter eine Stunde nach der 12. Lebenswoche. Nach der Definition der Dreierregel von Wessel (1954) schreit ein Säugling exzessiv, wenn die tägliche Schreidauer über drei Wochen an mindestens drei Tagen einer Woche bei mindestens drei Stunden liegt. Je nach angewandter Definition schreien zwischen 5 und 19 Prozent der Säuglinge exzessiv.

Exzessives Schreien wird zu den frühkindlichen Regulationsstörungen gezählt. Dies kann insbesondere bei belasteten und nicht informierten Eltern Gefühle der Hilflosigkeit, Frustration und Wut auslösen und schließlich zum Schütteln des Kindes im Affekt führen. Anhaltendes Babyschreien gilt als Hauptauslöser für das Schütteln. Der Hauptzeitraum für ein Schütteltrauma liegt zwischen zwei und fünf Monaten und überlappt sich mit dem Hauptschreialter. Geständige Täterinnen und Täter geben übereinstimmend das Schreien des Kindes als auslösenden Faktor an. Die Anspannung und Erregung

Frühkindliches Schreien



NZFH-Umfrage¹ Wissen in der Bevölkerung über frühkindliches Schreien

Wenn ein gesundes, gut versorgtes Baby mehr als zwei Stunden am Tag schreit, ...

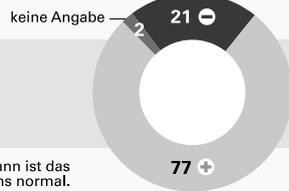
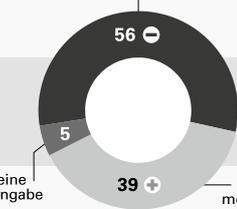
„Wenn gesunde, gut versorgte Babys sehr viel schreien, dann machen Eltern etwas falsch.“

„Manchmal schreien Babys nur, um zu ärgern.“

... dann ist das meistens ein Zeichen dafür, dass etwas nicht stimmt.

(eher) ja

(eher) ja



⊖ irritümliche Einschätzung
⊕ richtige Einschätzung

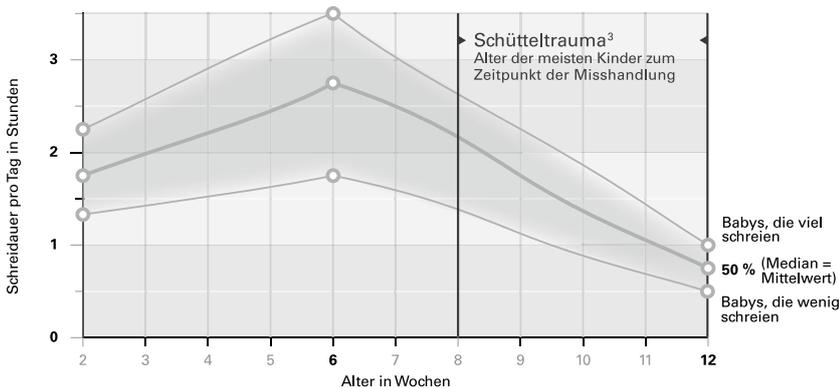
Angaben in Prozent (%)

i Gesunde und gut versorgte Babys können mehrere Stunden am Tag schreien.

Das sagt die Forschung

i Babyschreien ist häufig der Auslöser für das Schütteln von Babys.

Schreidauer von gesunden Säuglingen von 2 bis 12 Wochen²



Quellen: ¹NZFH-Repräsentativbefragung zu Schütteltrauma 2017; ²Grafik nach Brazelton, T. B. 1962; ³Herrmann, B., ESPED-Studie 2006-2009; © Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) 2017 www.fruehehilfen.de

der Eltern überträgt sich auf das Kind und die vielen verschiedenen Beruhigungsversuche können zu einer weiteren Überreizung des Säuglings führen: Es entsteht ein Teufelskreis und die Beziehung zwischen Säugling und Bezugsperson wird immer mehr gestört.

Repräsentativbefragung mit erschreckenden Ergebnissen

Um den Wissensstand in der Bevölkerung zum Thema Schütteltrauma und Babyschreien zu erheben, hat das NZFH eine bundesweite Reprä-

sentativbefragung in Auftrag gegeben. Die telefonische Befragung wurde im Mai 2017 mit 1.009 Frauen und Männern zwischen 16 und 49 Jahren durchgeführt und zeigt einen großen Aufklärungsbedarf sowohl über die Gefahren des Schüttelns als auch über frühkindliches Schreiverhalten. Die Ergebnisse machen betroffen. 42 Prozent der Befragten haben noch nie den Begriff Schütteltrauma gehört. 24 Prozent der Befragten unterliegen dem Irrtum, dass Schütteln für ein Baby »vielleicht nicht so schön sei, ihm aber auch nicht schade«. Zwei Drittel der Befragten weiß nicht, dass es im ersten Lebensjahr

eines Babys eine besondere Schreiphase gibt. 21 Prozent der Befragten meinen, dass Eltern etwas falsch machen, wenn Kinder im Säuglingsalter sehr viel schreien. 18 Prozent der Befragten können sich vorstellen, dass „Babys manchmal nur schreien, um zu ärgern“. Als Hauptauslöser für das Schütteln von Säuglingen gelten frühkindliche Schreiphasen, in Folge dessen Erwachsene die Nerven verlieren und die Babys heftig schütteln. Laut einer Repräsentativbefragung des NZFH ist das Wissen über frühkindliche Schreiphasen in der Bevölkerung erschreckend gering. „Zwei Drittel der Befragten sind nicht darüber informiert, dass es intensive Schreiphasen im Säuglingsalter geben kann.“

Aufklärung dringend notwendig

Im Rahmen der Aufklärungskampagne des NZFH sollen neue Informationsmaterialien Eltern Wege aufzeigen, wie sie mit der Situation besser umgehen können. Wichtige Anlaufstellen für Eltern, deren Babys viel schreien, sind vor allem die niedergelassenen Kinderärzte, Kinderpsychiater, Kliniken, frühe Hilfen in den Kommunen sowie Hebammen, Schreiambulanzen aber natürlich auch niedergelassene PP oder KJP. In Kooperation mit den Bündnispartnerinnen und -partnern informiert das NZFH Eltern über die gesundheitlichen Folgen des Schüttelns und zeigt auf, wie sie mit einem schreienden Baby umgehen und einen möglichen Kontrollverlust verhindern können. Eltern, die vom Schreien ihres Kindes stark verunsichert sind, sich erschöpft fühlen und in Folge dessen ihrem Kind gegenüber negative Gefühle empfinden, wird empfohlen, frühzeitig professionelle Hilfe zu suchen. Zur Elternansprache wurde u.a. der Flyer „Ihre Nerven liegen blank“, der sich an Eltern von sogenannten Schreibabys richtet, erstellt.

Kinderschutz und Prävention bei Schütteltrauma – eine Aufgabe unserer Profession

Unserer Profession kommt im Rahmen des Kinderschutzes auch bei dieser Thematik im Hinblick auf Prävention, Beratung und Vermittlung von Hilfsmaßnahmen eine große Bedeutung zu. Seit 01. Januar 2012 ist in Deutschland das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) in Kraft. Für die psychotherapeutische Praxis ist insbesondere § 4 KKG als zentrale, wenn auch nicht einzige relevante Regelung des BKisSchG zu nennen. Mit dem abgestuften Verfahren nach § 4 KKG ist der Gesetzgeber der Forderung nach einer bundeseinheitlichen Regelungen zum Vorgehen und zum Einbezug des Jugendamtes für Berufsheimnisträger nachgekommen, wenn diese gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen. Denn in Familien mit psychisch kranken Eltern besteht ein erheblich erhöhtes Gefährdungspotential für das Kindeswohl. Dies konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (Lenz 2014). Weitere Studien bestätigen erhebliche Unterschiede zwischen misshandelnden oder vernachlässigenden Eltern im Hinblick auf ihre Erwartungen an die Kinder. Es zeigen sich u.a. ein eingeschränkteres Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse des Kindes und überdurchschnittlich ausgeprägte Gefühle der Belastung durch das Kind. Ebenso werden problematische Verhaltensweisen wie Schreien als feindselig interpretiert. (Bender & Lösel 2016)

Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer an der Kinderschutzleitlinie

Am 15.04.15 wurde die S3 Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie) bei der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) angemeldet. Sie entspricht in ihrem Entwicklungs-



stand den höchsten wissenschaftlichen Ansprüchen. Ziel ist die Erstellung einer „Kinderschutzleitlinie“ unter Einbindung der Jugendhilfe und der Pädagogik gemäß der Empfehlung im Abschlussbericht des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch vom 30.11.2011. Die Fertigstellung ist für Ende 2018 geplant. Thema der Kinderschutzleitlinie sind das Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung unter Einbeziehung der Jugendhilfe und der Pädagogik. Neben dem rein medizinischen Inhalt werden in der Leitlinie insbesondere evidenzbasierte Empfehlungen für die Kommunikation und Kooperation der beteiligten Versorgungsbereiche Medizin/Psychologie, Jugendhilfe, Pädagogik, Soziale Arbeit et al. gegeben. An der Entstehung der Leitlinie sind 66 Fachgesellschaften und Organisationen (dabei auch die Bundespsychotherapeutenkammer) und 4 Bundesministerien, 3 Bundesbeauftragte und die Ständige Konferenz der Kultusminister beteiligt.

Die PKS wird anregen, dass die BPtK auch dem Bündnis gegen Schütteltrauma beiträgt.

Der Flyer „Nerven liegen blank“ kann unter Order@bzga.de bestellt werden. Unter <https://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehehilfen/kommunale-netzwerk> ist ein Informationsfilm für Eltern abrufbar.

hilfen/kommunale-netzwerk ist ein Informationsfilm für Eltern abrufbar.

Quellen:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/86816/Traumatisierungen-durch-Schuettern-von-Babys-werden-unterschaetzt>

<https://www.fruehehilfen.de/>

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/027-069.html>

zur Vertiefung:

Bender & Lösel 2016, Risikofaktoren, Schutzfaktoren und Resilienz bei Misshandlungen und Vernachlässigung in U. Egle et al, Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen (S. 77 bis 103) Stuttgart, Schattauer.

Lenz 2014, Kinder psychisch kranker Eltern, Göttingen, Hogrefe .

✉ *Susanne Münnich-Hessel*

VERANSTALTUNG

22. Februar 2018, 8.30 bis 16.30 Uhr • Bildungszentrum der Arbeitskammer in Kirkel

Einladung zur Veranstaltung „Kinder in Not“

Der Deutsche Kinderschutzbund Landesverband Saarland e.V. lädt zu einer Fachtagung „Kinder in Not“ am 22.02.2018 im Bildungszentrum der Arbeitskammer in Kirkel ein.

Kinder und Jugendliche psychisch kranker oder suchtkranker Eltern leiden oft unter den Auswirkungen der Krankheit der Eltern. Häufig erfahren sie nicht nur unzureichende emotionale Unterstützung und Fürsorge, sondern sind auch elterlichem Verhalten ausgesetzt, das sich kritisch auf ihre Entwicklung auswirken kann. Aus Scham, Angst vor Konsequenzen oder aus Loyalität gegenüber der Familie wagen

es viele betroffene Kinder nicht, sich Dritten anzuvertrauen.

Die PKS möchte mit dieser Kooperationsveranstaltung auf die Not der Kinder aufmerksam machen und sich für eine flächendeckende, frühzeitige und niedrigschwellige Versorgung dieser Kinder und ihrer Familien hier im Saarland und eine Vernetzung der Hilfen einsetzen.

Den Flyer zur Veranstaltung finden Sie unter: https://www.ptk-saar.de/fileadmin/user_upload/Veranstaltungen/2016/Einladung_Kinder_in_Not.pdf



Wenn Eltern suchtkrank, schwer psychisch oder körperlich erkrankt sind

VERANSTALTUNG

9. März 2018, 10.00 bis 12.15 Uhr • Geschäftsstelle der PKS

Einladung zur Netzwerkveranstaltung der PKS mit „Yallah, Fach- und Vernetzungsstelle gegen Salafismus im Saarland“**Mehr Schutz vor Radikalisierung**

Ende 2016 wurden etwa 9.700 Personen durch das Bundesamt für Verfassungsschutz der salafistischen Szene zugeordnet. Für das Saarland wurde eine Zahl von 200 erfassten Personen angegeben. Ein Thema, welches uns in unserer beruflichen Tätigkeit vor allem im Kontakt mit Jugendlichen direkt berühren kann, denn die salafistische Szene ist die am schnellsten wachsende Strömung des radikalen Islam in Deutschland.

Was ist Salafismus überhaupt? Was macht Salafismus so attraktiv gerade für Jugendliche? Warum ist Salafismus problematisch? Wohin kann ich mich wenden, wenn ich bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen Radikalisierungstendenzen befürchte? Um diese Fragen zu beantworten haben wir zu unserem nächsten KJP-Netzwerktreffen als Referenten den Islamwissenschaftler Zakariyya Meißner, Leiter, der Fach- und Vernetzungsstelle gegen Salafismus im Saarland „Yallah!“ (arabisch für: Los geht's!) eingeladen.

In seinem Vortrag wird er über den Salafismus aufklären, Präventionsprogramme vorstellen und für die Gefahren sensibilisieren.

Die Veranstaltung findet am **Freitag, den 09.03.2018 von 10.00 bis 12.15 Uhr** in der Geschäftsstelle der PKS, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken statt.

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten akkreditiert.

Bitte melden Sie sich bis zum 23.02.2018 verbindlich an per E-Mail an kontakt@ptk-saar.de oder telefonisch unter 0681-9 54 55 56.

VERANSTALTUNG

3. März 2018, 9.00 bis 13.00 Uhr • Ärztehaus Saarbrücken



„Leib und Seele“ – zurück zum Anfang?

Bekannte und weniger bekannte Perspektiven
und Forschungsergebnisse

Der Gemeinsame Beirat beider Kammern lädt ein zum **3. Gemeinsamen Klinischen Wochenende** am Samstag, den 3. März 2018, von 9.00 bis 13.00 Uhr, Ärztehaus Saarbrücken, Faktoreistr. 4, 66111 Saarbrücken,

Begrüßung:

San. Rat Dr. Josef Mischo, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes
Dipl. Psych. Bernhard Morsch, Präsident der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Prof. Dr. med. Wolfgang Senf, Essen:

Leib und Seele. Kritische Betrachtungen zum Bereich der Medizin

Als wichtiger Gegenstand vieler Wissenschaften geht es in der *Heilkunde* bei der *Leib-Seele-Thematik* um die *Dynamik der wechselseitigen Beziehungen* zwischen den psychischen, körperlichen und sozialen Vorgängen in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Krankheit. Die Geschichte der *Leib-Seele-The-*

matik in der Medizin ist insgesamt wechselhaft und kontrovers. In dem Vortrag erfolgt eine kritische Betrachtung der Entwicklung im 20ten Jahrhundert.

Dipl.-Psych. Thomas Lehmann, Neunkirchen:

Schmerz und Schmerzempfinden in der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Die Leitlinie der VAKJP (Vereinigung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten e.V.) zum Symptom „Schmerz“, die zusammengefasst vorgestellt wird, befasst sich mit Krankheitsphänomenen, deren gemeinsamer Kern die enge Verbindung zwischen seelischen und körperlichen Prozessen darstellt. Der chronische Schmerz wird im Hinblick auf seine Bedeutung für die therapeutische Arbeit hinterfragt und Rahmenbedingungen, Behandlungsvoraussetzungen und Interventionsmöglichkeiten anhand von Fallbeispielen aufgezeigt.

Prof. Dr. phil. Ulla Wessels, Saarbrücken und Prof. Dr. phil. W. Pfannkuche, Kassel:

Das Leib-Seele-Dilemma in der Philosophie – ein Dialog

Die wechselseitige Beeinflussung von Bewusstsein und Körper ist der Kern des berüchtigten »Leib-Seele-Problems«, das Schopenhauer treffend als den »Weltknoten« bezeichnet hat. Ausgehend vom Leib-Seele-Problem werden die Vortragenden in einem Dialog die philosophische Kontroverse um das Bewusstsein entfalten und versuchen, einen Überblick über die Grundpositionen und deren jeweilige Stärken und Schwächen zu geben.

Moderation:

Dr. med. Michael Käfer, Dipl.-Psych.
Andrea Maas-Tannchen

Die Veranstaltung ist mit 5 Fortbildungspunkten von der Saarländischen Ärztekammer zertifiziert.

Der Gemeinsame Beirat der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Die Bildung des Gemeinsamen Beirates (GB) beider Kammern ist im Saarländischen Heilberufekammergesetz SHKG in §4, Abs. 9 als eine der Aufgaben der Kammern verankert: „Die Ärztekammer des Saarlandes und die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes bilden zur Erörterung berufsübergreifender Angelegenheiten, insbesondere in den Bereichen der Berufsordnung, der

Weiterbildung und der Qualitätssicherung, einen gemeinsamen Beirat. Dieser hat die Aufgabe, die Zusammenarbeit der Berufsgruppen zu fördern, bei Interessenkonflikten ausgleichend zu wirken und die Organe der Kammern bei der Aufgabenerfüllung zu unterstützen und zu beraten. Der Beirat ist paritätisch besetzt und besteht aus mindestens sechs und höchstens zwölf Mitgliedern; für je-

des Mitglied ist ein stellvertretendes Mitglied zu berufen. Dem Beirat gehört mindestens ein Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut / eine Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin an. Die Beiratsmitglieder werden von den jeweiligen Kammervorständen auf Vorschlag der jeweiligen Vertreterversammlung berufen. Die Zusammensetzung und die Anzahl der Mitglieder werden einver-

nehmlich festgelegt. Mindestens die Hälfte der von der Ärztekammer des Saarlandes entsandten Mitglieder muss überwiegend psychotherapeutisch tätig sein.“

Die Geschäftsordnung des GB sieht einen Wechsel im Vorsitz in zweijährigem Turnus vor. Derzeit liegt der Vorsitz bei der Psychotherapeutenkammer.

Derzeitige Mitglieder:

Ärztekammer des Saarlandes: Dr. med. Josefa Garson, San. Rätin Eva Groterath (Stellvertr. Vorsitz), Dr. med. Jochen Maus, Dr. med. Bernhard Leyking,

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes: Oliver John, Andrea Maas-Tannchen (Vorsitz), Dr. phil. Petra Schuhler, Michael Schwindling

In den zurückliegenden Perioden hat sich der GB vornehmlich dem kollegialen Austausch gewidmet und



v.l.n.r.: B. Leyking, J. Maus, E. Groterath, M. Käfer, A. Maas-Tannchen, P. Schuhler, J. Garson, O. John, M. Schwindling

Fortbildungsveranstaltungen konzipiert, die für beide Berufsgruppen von Relevanz sind. So fanden die Klinischen Wochenenden zu den Themen „Kinder schwerstkranker Eltern“ 2015 und „Adipositas“ 2016 große Resonanz.

Der nächste gemeinsame Klinische Samstag wird am 3. März 2018 stattfinden (siehe Einladung auf Seite 17).

📌 *Andrea Maas-Tannchen*

VERANSTALTUNG

19. März 2018, 18.00 bis ca. 21.00 Uhr • Geschäftsstelle der PKS

Einladung zum ersten PTI-Come together-Abend

Psychotherapie in Institutionen ist ein wichtiger Sektor der Gesundheitsversorgung. In unserer saarländischen Kammer beschäftigt sich seit deren Gründung ein Arbeitsausschuss mit den spezifischen Frage- und Problemstellungen, die sich in den Institutionen erheben, in denen sie psychotherapeutisch tätig sind: Dies reicht von der Reha-Klinik über Beratungsstellen bis zum betreuten Wohnen und von Tarif-Eingruppierungen über schulpsychologische Fragen bis zu Präventionsansätzen – um nur einige Praxisfelder und inhaltliche Themen zu nennen. In der Vergangenheit wurden auf dieser Basis sowohl wichtige Aspekte der psychotherapeutischen Arbeit in Institutionen, als auch die Kooperationsbedingungen und die Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen u.a. in zahlreichen

Veranstaltungen erörtert und wichtige Entwicklungen eingesteuert.

Die Vernetzung der saarländischen PsychotherapeutInnen, die in so unterschiedlichen Institutionen mit einer aber dennoch großen inhaltlichen Schnittmenge arbeiten, soll nun im Mittelpunkt einer Veranstaltung stehen. Diese soll der Auftakt eines wichtigen Arbeitsschwerpunkts des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ im neuen Jahr sein und eine gute Grundlage werden für eine künftig noch engere Zusammenarbeit der KollegInnen in den Einrichtungen.

Die Kammer lädt alle in Institutionen tätigen KollegInnen herzlich ein zu einem

Come together-Abend am Montag, den 19.03.2018 von 18 bis ca. 21.00 Uhr in der Geschäftsstelle der PKS,

Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken.

Die Mitglieder des Ausschusses Psychotherapie in Institutionen werden an diesem Abend kurz die Arbeitsbereiche von angestellten Kammermitgliedern vorstellen und sich mit Ihnen darüber austauschen, in welchen Bereichen der fachliche und institutionelle Austausch der angestellten KollegInnen bereits gut funktioniert, und wie dieser noch verbessert werden kann.

Die Veranstaltung ist mit 5 Fortbildungspunkten akkreditiert.

Bitte melden Sie sich bis zum 10.03.2018 verbindlich an per E-Mail an kontakt@ptk-saar.de oder telefonisch unter 0681-9 54 55 56.

JOBSHARING und die Abrechnungsobergrenze

Seit 1998 (also noch vor dem Psychotherapeutengesetz) sind bundesweit für alle Arztgruppen, und ab 1999 auch für die Psychotherapeuten, Regelungen geschaffen worden, um Ärzten und Psychotherapeuten zu ermöglichen, an der Kassenärztlichen Versorgung auch in gesperrten Gebieten auf dem Weg des Jobsharings teilzunehmen und zwar **unter bestimmten Bedingungen:**

1. Ein Praxisinhaber, „Seniorpartner“, ist bereit, eine fachgleiche Kollegin zum Jobsharing in die Praxis aufzunehmen.
2. Diese muss alle Zulassungsvoraussetzungen erfüllen. D.h. für uns PP und KJP Approbation + Fachkunde + Eintrag ins Arztregister. VT oder tp oder PA spielen dabei keine Rolle.
3. Für alle Arztgruppen und alle Psychotherapeuten galt außerdem bis zum 01.06.2017: Jobsharing erlaubt **keine Leistungsausweitung: der mögliche Leistungsumfang wird vom Zulassungsausschuss festgeschrieben**, und zwar dahin gehend, dass durch die Jobsharingpraxis das bisherige Abrechnungsvolumen des Seniorpartners pro Jahr nur um maximal 3% gesteigert werden kann.

Sinn dieser Bestimmung war und ist, dass die Bedarfsplanung, also die Vorgabe, wie viele Allgemeinärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten zur Versorgung der Bevölkerung zu Lasten der Krankenkassen zuzulassen sind – dass diese Vorgaben nicht durch das Jobsharing unterlaufen werden können sollten.

Seit dem 01.06.2017 gibt es neue Bestimmungen nur für uns Psychotherapeuten

Bundesweit gibt es kaum ein paar psychotherapeutische Praxen, die

dauerhaft „voll ausgelastet“ arbeiten. D.h. nach einer fiktiven Maximalberechnung des Bundessozialgerichts (BSG) vom August 1999 ist die maximale Auslastung einer psychotherapeutischen Einzelpraxis mit 35 bewilligten Therapiestunden pro Woche plus weitere Leistungen (probatorische Sitzungen, Anträge, usw.) definiert, und zwar über das ganze Jahr abzgl. Urlaub.

Gemessen an dieser Vorgabe arbeiten wir alle viel zu wenig. Da die Nachfrage der Bevölkerung nach Psychotherapie unser Angebot und unsere dauerhafte Leistungsfähigkeit deutlich übersteigt, wurde in der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie folgendes ausschließlich für die Psychotherapeuten festgelegt:

- Auch gering abrechnende Praxen, selbst wenn sie weit unter dem Abrechnungsdurchschnitt aller Praxen liegen, können sich seit dem 01.06.2017 als Jobsharingpraxis leistungsmäßig ausdehnen, und zwar bis zum Fachgruppenschnitt plus 25%. Der durchschnittliche Umsatz pro Praxis liegt pro Quartal bei rund 30TEUR. Plus 25 % sind + 7.500 EUR, also kann die Jobsharingpraxis bis zur Obergrenze von 37.500 EUR im Quartal Umsatz machen. (Die Zahlen sind pauschaliert und müssen im Einzelfall auf konkrete Quartale usw. bezogen werden. Hier als Anhaltspunkt gedacht.) Dies ist ein starker Anreiz vor allem für Geringabrechner, die psychotherapeutische Versorgung via Jobsharing zu verbessern.
- Schwierig ist der Fall allerdings für Vielabrechner. Wer bereits über dem Fachgruppenschnitt abrechnet, hat nach derzeitiger Handhabung wenig Chancen, sich über das Jobsharing weiter auszudehnen. Dies ist aber durchaus eine Frage, die im Einzelfall zu bewerten ist.

Fazit

Durch die neuen Bestimmungen zur Abrechnungsobergrenze ist das Jobsharing für Psychotherapeuten erheblich attraktiver geworden.

Weitere Vorteile für die „Juniorpartner“, die es schon länger gibt:

1. Nach 3 Jahren Jobsharing werden die Juniorpartner bei der Praxisabgabe des Seniorpartners vom Zulassungsausschuss als Nachfolger bevorzugt.
2. Nach 10 Jahren haben sie das Recht sich selbständig in eigener Praxis niederzulassen.
3. Wird die Sperrung eines Niederlassungsgebiets aufgehoben, so haben Juniorpartner in absteigender Folge ihrer Jobsharingzeiten bevorzugtes Anrecht auf eigene Niederlassung.

Macht Ihnen das Mut? Das wäre schön!



Ilse Rohr
Vorsitzende des Ausschusses
Ambulante Versorgung

PUBLIKATIONEN UNSERER MITGLIEDER

**Rezension zu Rudolf Klein, Gunther Schmidt –
Alkoholabhängigkeit**

Heidelberg: Carl Auer Systeme, 220 S. 2017

Der 10. Band der Reihe „Störungen systemisch behandeln“ im Carl Auer Verlag ist einer Sucht gewidmet, die in unserer Kultur weit verbreitet ist, die Grenzlinien zwischen sozialem Trinken und Abhängigkeit sind schwer zu bestimmen. Die Autoren sind als Spezialisten in dem Themenfeld bekannt, sie arbeiten zugleich schwerpunktmäßig in unterschiedlichen Kontexten (ambulant und stationär), eine Kombination, die Erwartungen erzeugt. Sie werden nicht enttäuscht: Das Buch informiert umfassend über das „Störungsbild“ (inklusive einer kritischen Reflexion), über die Historie, über klassische Behandlungskonzepte und über systemische Therapieformen der Kybernetik 1. und 2. Ordnung in verschiedenen Auftragskonstellationen.

Gerade in einer Reihe, die sich der systemischen Praxis über die „Behandlung“ von „Störungen“ nähert, also „nicht-systemisch“, ist es wichtig, konsequent zu reflektieren, dass man sich ständig in konstruierten Welten bewegt. Wir haben es mit Phänomenen zu tun, die von Beobachtern erzeugt, jedoch meist Einzelpersonen zugeschrieben („Herr X. hat ...“) und im Gesundheitssystem als objektive Realität verhandelt werden, ohne dass dieser Prozess ausreichend reflektiert wird. Da, wo zu personenbezogenen Zuschreibungen eingeladen wird, gilt es, dekonstruktiv unterwegs zu sein - und zugleich handlungsfähig zu bleiben und nicht in erkenntnistheoretischer Reflexion zu versinken. Das 1. Kapitel gibt hier einen klaren Rahmen

vor: Diagnosen sind Zusammenfassungen, die von einer Person aus Berichten erstellt werden, die ihr eine andere Person erzählt. Die so erzeugte Beschreibung darf sich nicht verselbständigen und verdinglichen, zugleich werden die positiven Möglichkeiten gezeigt, sich durch Diagnosen zu verständigen und zu orientieren. Die kritische Reflexion ist jedoch immer wieder mitzuführen.

Das 2. Kapitel führt in klassische Erklärungs- und Behandlungskonzepte ein, danach wirft das Folgekapitel einen Blick auf die Anfänge der Systemtherapie. Im Stil der Kybernetik 1. Ordnung wurde die „Homöostase der Familie“ in Bezug auf das Symptom beobachtet. Entsprechend galt es vielfach als Aufgabe des Therapeuten, das Heft in der Hand zu halten, die „Funktion des Symptoms“ zu verändern und aus einer „nassen Alkoholikerfamilie“ eine „trockene“ zu machen. Dieser Logik folgen allerdings nicht alle Ansätze der ersten Generation, die mehrgenerationalen Überlegungen der frühen Heidelberger Schule etwa sind bis heute aktuell.

Nach ziemlich genau einem Viertel des Buchs geht es dann ab dem 4. Kapitel nur noch um die moderne systemische Praxis im Kontext Abhängigkeit. Klar ist: es geht nicht mehr um „den“ Kranken und „seine“ Familie, nicht mehr um die Objektivität und Diagnosen, sondern um gleichberechtigtes Verhandeln: „Der Vorgang des Beobachtens lässt sich nicht mehr länger als das passive Aufnehmen von objektiv gegebenen



Außenreizen verstehen ... Was ein zu behandelndes Problem ‚ist‘ und welches Ziel in der Therapie angestrebt werden soll, muss ... mit den Klienten und den relevanten Bezugssystemen abgesprochen werden“ (S. 54).

Ein explizit systemtherapeutisches Störungsverständnis wird dann im 5. Kapitel ausgearbeitet. Die selbstorganisierenden Dynamiken zwischen Suchtstoff, biologischen, psychischen und sozialen Systemebenen werden genauer untersucht. Abhängigkeit wird als Form von „Selbstregulationsmanagement“ verstanden, also weniger als problemerzeugende, sondern vielmehr problembewältigende Dynamik (S. 72). Sie wird unter ritualtheoretischen, biografischen und familienbiografischen Gesichtspunkten diskutiert und als Muster rekonstruiert. Spezifische therapeutische Haltungen werden

genannt, nämlich eine Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Lage anzuregen und allen Akteuren Respekt für ihre bisherigen Bewältigungsversuche zu zollen. Es wird zur Erforschung von Alternativen eingeladen und nicht auf Entscheidungen gedrungen, im Gegenteil, diese werden sie „gegebenenfalls verzögert“ - ein „Kontext legitimierten Zauderns“ eröffnet (S. 95).

Mit dem 6. und 7. Kapitel wird systemische Praxis als „Übergangsritual“ im ambulanten und stationären Kontext vorgestellt. Durchgängig vermitteln die Autoren eine Haltung gegenüber dem herkömmlichen Umgang mit Trinken, die gewohnten Erwartungen zuwiderläuft: Es geht nicht in erster Linie um Abstinenz, sondern auf der Basis einer Wertschätzung der Symptomatik um die Erfahrung von Wahlmöglichkeiten. Damit wird der Gefahr einer symmetrischen Beziehung entgegengewirkt, in der ein Therapeut gegen den zunehmend „widerständigen“ Klienten das Ziel durchsetzt, dass niemals wieder getrunken werde. Auch geht es um die positive Beschreibung von Rückfällen – hierzu als Beispiel einer der vielen eingestreuten methodischen „Baukästen“, mit denen Fragen bzw. Interventionen illustriert werden:

- „Ich rechne aufgrund meiner therapeutischen Erfahrung damit, dass Sie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit und über eine gewisse Zeitspanne hinweg, vielleicht aber auch nur gelegentlich, mehr trinken werden, als Sie sich das selbst vorgenommen haben. [Pause]
- Manche Klienten sind dann enttäuscht und schämen sich so sehr vor sich selbst oder vor ihren Angehörigen oder auch vor den Therapeuten, dass sie die Therapie frühzeitig beenden. [Pause]
- Sie müssen sogar damit rechnen, dass dieses Verhalten Sie von Ihrem angestrebten Ziel abhalten und die Zielerreichung gänzlich verhindern könnte. [Pause]

- Dennoch ist es aus therapeutischer Sicht gar nicht so schlecht, wenn es passiert. [Pause]

- Und das mag komisch klingen. [Pause]

Dieses Trinken gibt uns nämlich, Ihnen und mir, die Möglichkeit, genau zu prüfen, welche Bedingungen dazu führen, dass Sie trinken und wofür das Trinken einen Lösungsversuch dargestellt hat bzw. darstellt. [Pause] Und das ist für den Erfolg einer Therapie wichtig. Ohne Rückfälle könnte man wesentliche und wichtige Einflussfaktoren übersehen“ (S. 104f).

Immer wieder ist erkennbar, dass in der therapeutischen Beziehung auf Augenhöhe gearbeitet wird, auch im stationären Kontext. Klienten werden angeregt, sich und die Muster, die sich in ihrem sozialen Feld entwickelt haben (sei es biografisch oder im Kontext aktueller Beziehungen), auf neue Weise zu beobachten. Probleme werden als Lösungen, Lösungen als Problem hinterfragt. In der stationären Therapie geht es zudem darum, zu verstehen, welche Selbstentwertung ein Klinikaufenthalt bedeutet (und wie wichtig daher der Frame einer „Übergangssituation“ ist). Gruppentherapie, Angehörigenarbeit und die Vorbereitung auf die Entlassung in Transfer-Reflexionsgruppen sind spezifisch für die stationäre Arbeit. Abgesehen davon ist das Vorgehen recht ähnlich, was die abschließend noch im 8. Kapitel vorgestellten übergreifenden methodischen Überlegungen unterstreichen. Ein sehr knappes Kapitel befasst sich zum Ende mit Evaluation.

Die einzige Kritik: ich hätte mir für dieses ausgezeichnete Buch noch eine bessere eine Abrundung gewünscht, so taucht man etwas abrupt aus der Lektüre auf: „Oh, schon zu Ende?“ Denn insgesamt haben beide Autoren ein ausgezeichnet lesbares, ja geradezu spannendes Buch geschrieben, das eine Fülle von grundlegenden und weiterführenden Informationen über die Arbeit im Kontext von Alkohol- und vergleichbaren

Suchtdynamiken bietet, und damit über ein Phänomen, das auf vielen Ebenen menschlicher Existenz bedeutsam ist – und das oft vorschnell auf die Forderung nach Abstinenz reduziert wird. Zahlreiche, im Text grau unterlegte Fallbeispiele und Interventionsbaukästen lassen das Buch besonders lebendig und prägnant werden. Eine uneingeschränkte Empfehlung von mir!



Prof. Dr. Arist von Schlippe
Universität Witten/Herdecke

INFORMATIONEN FÜR MITGLIEDER

Einige Bemerkungen zu interkulturellen Aspekten in der Psychotherapie

Eine gelingende Beziehung ist die Grundvoraussetzung für eine gelingende Therapie. Wenn Therapeut und Klient sich hinsichtlich ihrer kulturellen Herkunft unterscheiden ist eine interkulturelle Orientierung in der Psychotherapie Voraussetzung für eine gute Beziehung. Bei der Behandlung von Geflüchteten sind dafür interkulturelle Sensibilität und interkulturelle Neugier gefordert. Im Folgenden sind einige Aspekte genannt. Dabei handelt es sich um unsystematische Beobachtungen aus der Praxis, die im Arbeitskreis interkulturelle Psychologie und Psychotherapie ausgetauscht wurden.

Umgang mit Belastungen.

Interkulturelle Offenheit macht es möglich, kulturell anders biographisch erworbene Ressourcen zu erkennen und in der therapeutischen Arbeit zu nutzen. Im therapeutischen Prozess sollte man eingehen auf stressreduzierende Methoden, die der/die Einzelne bereits verwendet. Einiges wird spontan berichtet, anderes kann gezielt erfragt werden: „Was tut man bei Ihnen zuhause, wenn es zu belastenden Situationen kommt? Was tun sie persönlich?“ Therapeutisch können diese individuellen Methoden genutzt und ermutigt werden. Sie stellen eine Ressource des Patienten dar. Beispiele für eine Stress-Verarbeitung bei Geflüchteten wurden sowohl auf der Verhaltens-ebene, als auch kognitiv und affektiv berichtet.

Verhalten: Affektregulierung, Ritualisierung

Stressminderung wird gesucht durch Rauchen und Alkohol als Selbstbehandlung, z.T. in Form einer Selbstverschreibung in einem kontrollierten Ausmaß (eine Flasche Bier einmal die Woche oder einmal am Tag), aber auch unkontrollierter Tablettenkonsum. Stressminderung und Aufbau von Ressourcen sind kombiniert bei sportlicher Betätigung. Geflüchtete berichten auch, dass sie Verhaltensweisen wählen, die in der Religion verwurzelt sind. Bei Geflüchteten mit islamischem Hintergrund ist es zum Beispiel die entlastende Lektüre von Suren aus dem Koran, regelmäßig vor dem Einschlafen oder nach dem Aufwachen. Auch gibt es spezielle Rituale, etwa bei der Trauer um umgekommene Verwandte, zum Beispiel das Verteilen von Datteln beim Zusammensein in einer Gruppe, z.B. am Freitag als wöchentlichen Gebetstag. Geflüchtete müssen sich in der neuen Normalität in Deutschland zurechtfinden. Das ist mit akkulturativem Stress (Kulturschock) verbunden. Viele Patienten nehmen an einem Integrationskurs teil. Sie empfinden das auch als Ablenkung. Die Erfolgserlebnisse im Kurs führen zusätzlich zur Stärkung des Gefühls eigener Handlungsfähigkeit: Ich habe zwar eine traumatische Belastung, aber sie macht mich nicht ganz aus.

Kognition

Es gibt auch Beispiele für eine kognitiven Verarbeitung, z.B. wenn traumatische Erfahrungen als Schicksal

gedeutet und hingenommen werden. Das Ereignis wird „kleingere-det“. Das macht manchmal den Eindruck, als ob man sich einrichtet in einer Opferrolle. Manchmal wird eine schweres traumatisches Ereignis hingenommen, in der Annahme es habe nach Gottes Willen vor einer noch schwereren geschützt (arabisch Mazlahat). Geflüchtete sind individuell betroffen, teilen aber mit vielen anderen ein gemeinsames Schicksal. Sie erfahren oft Entlastung indem sie sich mit anderen vergleichen, denen es schlechter geht, oder von denen sie lernen können. Dies wird besonders deutlich in der Gruppentherapie.

Familie

Die Familie ist immer Thema bei der Therapie von Geflüchteten. Wenn die Familie zuhause geblieben ist, fehlt ein Rückhalt, ohne den zu leben man nicht gewohnt ist. Geflüchtete fühlen sich ohne Familie unvollständig. Wenn die Familie nicht da ist, ist man schutzlos. Die Betroffenen beschreiben es so: „ohne eine Familie zu sein ist, als ob die schützende Wand hinter dem Rücken weggefallen ist“. Zugleich besteht regelmäßig die Sorge um zurückgelassene Familienmitglieder, eine „existentielle Schuld“ darüber selbst gerettet zu sein. Daraus folgt oft, dass der Patient es sich nicht erlaubt, glücklich zu sein. Familienbeziehungen, insbesondere auch in der Großfamilie, bestehen zum einen in wechselseitigen Verpflichtungen, zum anderen in dem Gefühl affektiver Zusammengehörigkeit. So besteht die Verpflichtung beim Familiennachzug zu helfen.

Diese Verpflichtung wird zum Teil nachdrücklich eingefordert und bildet eine weitere Belastung. Familiäre Verpflichtungen, etwa für Ehepartner und Kinder können auch entlastend sein. Sie „lenken ab“ von eigenen Belastungen und man gewinnt man das Gefühl der Selbstwirksamkeit zurück und das Gefühl der Zusammengehörigkeit.

Krankheitstheorien

Geflüchtete haben eigene Vorstellungen zur Bedeutung ihrer Symptome. Bedeutsam ist zum Beispiel der Glaube an eine gerechte Welt. Dieser Glaube ist bei Geflüchteten oft zusammengebrochen. Individuell glauben Betroffene oft, dass eine anständige bzw. gottgefällige Lebensführung ein gutes Leben sicherstellt. Diese Annahme wird durch die traumatische Erfahrung zuhause und auf der Flucht zerstört. Sie wird auch in Deutschland durch die als ungerecht empfundene Entscheidungen im Rahmen des Asylverfahrens erschüttert. Es gibt häufig nachträgliches Grübeln, was man falsch gemacht haben könnte. Selbstvorwürfe können die Folge sein, aber auch ein Glaubenszweifel, der als großes Unglück empfunden wird. Religiöse Rituale können mit gebotener Vorsicht in die Therapie eingebaut werden.

Therapietheorien und Selbsttherapie

Menschen haben ihre eigenen Vorstellungen darüber, was im Krankheitsfall hilft. Diese Theorien können zum Teil integriert werden in das therapeutische Vorgehen. Bewegung hilft gegen Stress und wird oft beim auch beim posttraumatischen Stress empfohlen. Kognitive Bewertung des traumatischen Geschehens und eine nachträgliche Sinngebung gehören zum therapeutischen Vorgehen. Die Frage stellt sich dann nicht danach, wodurch die Traumatisierung verursacht ist, sondern danach welche Bedeutung die Störung für das Leben hat oder haben kann. Die

schon erwähnte Teilnahme am Integrationskurs ist zum einen eine gern genutzte Ablenkung von Traumafolgestörungen, sondern ist gleichzeitig geeignet, sich der eigenen Ich-Stärke und seiner Ressourcen bewusst zu werden und eine neue Lebensperspektive aufzubauen.

Bewältigungsstrategien als Ressource und Behinderung in der Therapie

Wenn Geflüchtete in die Therapie kommen, suchen sie Hilfe. Sie haben oft ihre Bewältigungsstrategien schon angewandt, ohne dass es ihnen besser ging. In der Therapie muss man sich dessen bewusst sein. Die Bewältigungsstrategien können therapeutisch ermuntert werden. Therapeut und Patient sollten gemeinsam sich aber auch deren Grenzen bewusst werden. Dann kann der Patient die therapeutische Hilfe aktiv annehmen.

Das gilt besonders, wenn die Selbstfürsorge und der eigene therapeutische Anspruch vernachlässigt werden.

So kann etwa das traumatische Ereignis als schicksalhaft gedeutet und verarbeitet werden. Die darauffolgende Depression und Belastungsstörung sollte dennoch nicht in gleicher Weise hingenommen werden, sondern bedarf der therapeutischen Behandlung.

Ein Integrationskurs kann auch eine Überforderung sein. Die dort gemachten Erfahrungen, u.a. Wiederbelebung von früheren Belastungen müssen in die Therapie integriert werden.

Die Sorge um die Familie, speziell um Kinder können eine Aufgabe sein, die es leichter macht, die eigene Belastung zu verarbeiten; die eigene Lebensperspektive sollte aber nicht aufgegeben wird zugunsten der Kinder. Sonst kann man auch der Familie nicht gerecht werden.

Generell gilt, dass diese Methoden im Umgang mit Widrigkeiten ihre Grenzen bei schwerer Traumatisierung haben. Therapeutisch müs-

sen Patienten in der Bewältigung des Alltags ermutigt werden, aber auch darauf hingeführt werden, professionelle Hilfe ergänzend in Anspruch zu nehmen.

Therapeutische Verschreibung als interkulturelle Aktion

Ein oft berichtetes Problem bei der Therapie von Zuwanderern besteht darin, dass sich die wechselseitigen Erwartungen unterscheiden: die Patienten sehen im Therapeuten den Fachmann, der besser über sie Bescheid weiß als sie selbst. Sie erwarten vom Therapeuten einen Rat, den sie befolgen. Dem gegenüber erwartet der Therapeut in der Regel eine höhere Selbststeuerung vom Klienten. Je mehr der Therapeut über kulturell verankerte Bewältigungsstrategien weiß, desto mehr kann er diese Selbstverschreibung in seine therapeutische Verschreibung aufnehmen. Er fördert damit die Selbstregulation des Patienten selbst, erarbeitet gemeinsam die Grenzen der Bewältigungsmethoden, schafft so eine Beziehung und verankert sein therapeutisches Vorgehen und entspricht den Erwartungen des Patienten auf konkrete Anweisung.

- Wolf B. Emminghaus, PP, PSZ des DRK in SB-Burbach/Lebach (bis 11/2015) www.emminghaus-sb.de
- Emminghaus, W.B. (2002) Krisenintervention und Therapie bei Traumatisierten und Opfern politisch motivierter Gewalt, insbesondere bei Flüchtlingen aus Bosnien-Herzegowina und dem Kosovo. In: Bericht über die 8. Brixener Tage für Psychologen 1.-2. Juni 2000. Bonn: dpv; S. 92-106
- Emminghaus, W.B. (2005) Groepstherapie met asielzoekers in Duitsland. In H.Rohlof & t.Haans (Eds.) Groepstherapie met vluchtelingen. Transculturele praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pp.107-118.

 Wolf B.
Emminghaus

Ressourcen und Barrieren, die Geflüchtete aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds mitbringen sind auch Inhalt von psychoedukativen Gruppenmaßnahmen, die das Psychosoziale Zentrum des DRK für Flüchtlinge im Rahmen des von der Europäischen Union und der UNO-Flüchtlingshilfe geförderten Projektes HOPE anbietet. Bei den Gruppenveranstaltungen werden die Flüchtlinge ermutigt, sich bio-

graphisch zu erinnern, welche Methoden zur Reduzierung von Alltagsbelastungen sie kennen und mit Erfolg angewendet haben. Jeder zweite Flüchtling leidet an einer Traumafolgestörung, an posttraumatischer Belastungsstörung oder Depression, außerdem an den Folgen der Belastungen in Deutschland, dem Kulturschock, der zu den Anpassungsstörungen zählt. Viele benötigen therapeutische Unterstützung, alle

anderen brauchen eine psychologische präventive Begleitung, die bei einer Manifestation von Symptomen später auch zur Therapie hinführen kann. Der AK interkulturelle Psychologie und Psychotherapie dient dem Erfahrungsaustausch über solche Fragen. Der AK traf sich in der interkulturellen Woche am 26.09.2017

✎ *Wolf B. Emminghaus*

MITGLIEDER

Wir begrüßen unsere neuen Mitglieder im 2. Halbjahr 2017

Dipl. Psych.
Frauke Feyerabend, PP

M. Sc.
Lisa Fromkorth-Schneider, PP

Dipl. Psych.
Elisabeth Gagel, PP

Dipl. Psych.
Sandra Grewenig, PP

Dipl. Psych.
Olga Grünberg, PP

Dipl. Psych.
Cornelia Herzig, PP

Dipl. Psych., Dipl. Soz.
Sabine Hesidens-Lion, PP

Dipl. Psych.
Laura Kielinger, PP

Dipl. Psych.
Annegret Kirsch, PP

Dipl. Psych.
Simone Klemm, PP

Dr. rer. nat. Dipl. Psych.
Katharina Krause, PP

Dipl. Psych.
Isabel Kügler, PP

Dipl. Psych.
Julika Lang, PP

Dipl. Psych.
Maike Maurer, PP

Dipl. Psych.
Hanna Mayer, PP

Dr. phil. Dipl. Psych.
Alisha Rosenthal, PP

Dipl. Psych.
Nina Sonnenberg, PP

Dipl. Psych.
Nadine Thielen, PP

Dipl. Psych.
Prisca Wagner, PP



Wir gratulieren unseren Mitgliedern ...

... zum runden Geburtstag im 1. Quartal 2018

Dr. phil. Dipl. Psych.
Pierrette Müller
zum 70. Geburtstag
am 03.02.2018

Dipl. Pädagogin
Anne Huwig-Gross
zum 65. Geburtstag
am 23.01.2018

Dipl. Psych.
Eva Benpreiks
zum 60. Geburtstag
am 21.01.2018

Saarländisches Konsenspapier

Die Ausbildungsreform hat in den letzten Jahren viel Zeit, Mühe und Kosten in der Berufspolitik in Anspruch genommen. Dabei scheinen die Bemühungen zur Verminderung der mehr oder weniger schwierigen Bedingungen (u. a. schlechte Bezahlung, keine Anleitung) während der „Praktischen Tätigkeit“ abge-

nommen zu haben und sogar vergessen worden zu sein. Auch das „Saarländische Konsenspapier“ aus dem Jahr 2013, das einen konkreten Lösungsversuch darstellt(e), geriet in Vergessenheit und soll hiermit in komprimierter Form wieder ins Bewusstsein gerufen werden.



☑ *Serkan Sertkaya*
PiA-Ausschuss

PiA- Checkliste zu den Arbeitsbedingungen während der Praktischen Tätigkeit

auf Basis des Saarländischen Konsenspapiers zu Standards für Ablauf und Betreuung der Praktischen Tätigkeit für PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA)

Liebe PiA,

unsere Arbeitsbedingungen während der Praktischen Tätigkeit sind oft nicht optimal. Wir als PiA-SprecherInnen der saarländischen Ausbildungsinstitute möchten Euch deswegen ermutigen, mit den Verantwortlichen vor Ort das Gespräch zu suchen. Dabei soll Euch die folgende Checkliste helfen, anhand derer Ihr Punkt für Punkt überprüfen könnt, inwiefern Eure PiA-Stelle den im saarländischen Konsenspapier empfohlenen Standards entspricht. Das Konsenspapier wurde 2013 vom PiA-Ausschuss der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes gemeinsam mit PraxisanleiterInnen vieler saarländischer Kliniken entwickelt. Sprecht es an, wenn Eure Stelle nicht den Empfehlungen entspricht!

Die PiA-VertreterInnen der Institute IVV, SIAP, SITP und WIPS (Stand: Oktober 2017)

1. Mein Vertrag

- Mein Vertrag beinhaltet alle Rechte einer/eines regulären Arbeitnehmerin/Arbeitnehmers mit einem Zeitvertrag.
- Mein Vertrag enthält eine Stellenbeschreibung mit Definition meiner Aufgaben und Verantwortlichkeiten.
- In meinem Vertrag ist klar definiert, wer mir gegenüber weisungsbefugt ist und wem ich gegebenenfalls weisungsbefugt bin.

2. Mein Arbeitsplatz

- An meinem Arbeitsplatz steht mir ein Zimmer mit PC-Anschluss, Freischaltung für das Patientendokumentationssystem, E-Mail- und Internet-Zugang zur Verfügung.
- In diesem Raum kann ich ungestört Therapien und andere Arbeiten durchführen.

3. Meine Tätigkeit

- Meine Einarbeitungszeit ist/war angemessen und dauert/dauerte mindestens vier Wochen (zu Beginn: Einführung in Strukturen und Abläufe sowie Dokumentation in der Klinik sowie Vorstellung auf den verschiedenen Stationen oder in den verschiedenen Bereichen der Klinik).
- Die Übernahme von Verantwortung für Behandlungen erfolgt/erfolgte schrittweise und individuell angepasst in Absprache mit den AnleiterInnen.
- Ich habe die Möglichkeit eines Abteilungs- bzw. Schwerpunktwechsels innerhalb der Institution/Klinik und lerne so ein großes Spektrum an Störungsbildern kennen.
- Ich habe ausreichend Zeit für Vor- und Nachbereitung, Supervision, Intervision, Fortbildung und Dokumentation (mindestens ein Drittel meiner Arbeitszeit).

4. Meine Weiter- und Fortbildung

- Ich kann an ausbildungsrelevanten bzw. vom Ausbildungs-Institut vorgegebenen Seminaren, Veranstaltungen und Fortbildungen, die in meine Arbeitszeit fallen, teilnehmen.
 - Ich kann dies als Arbeitszeit anrechnen.
- Die Teilnahme an externen bzw. nicht vom Ausbildungs-Institut vorgegebenen Fortbildungen ist möglich und wird – falls für die Durchführung der Arbeit in der Klinik als erforderlich angesehen – bezahlt.

5. Betreuung und Interessenvertretung

- Als AnsprechpartnerInnen, AnleiterInnen, BetreuerInnen und/oder SupervisorInnen stehen mir festangestellte, approbierte PsychotherapeutInnen und psychotherapeutische, psychiatrische bzw. psychosomatische FachärztInnen zur Verfügung.
 - Es handelt sich um eine 1:1-Betreuung.
- Meine Anleitung beinhaltet eine engmaschige Betreuung (u.a. Gelesen, Unterstützung und Rückmeldung bzgl. Antragstellungen und Berichten).
- Meine Anleitung umfasst regelmäßige Supervision von mindestens einer Stunde pro Woche.
 - Hierzu stehen auch externe SupervisorInnen zur Verfügung.
- Es gibt in meiner Institution/Klinik eine/n AnsprechpartnerIn für die PiA-Angelegenheiten, die/der gemeinsame Treffen der PiAs zur Klärung organisatorischer Fragen oder Reflexion über die Praktische Tätigkeit ermöglicht.
 - Es besteht die Möglichkeit, eine/n PiA-SprecherIn zu wählen.

Saarländisches Konsenspapier zu Standards für Ablauf und Betreuung der Praktischen Tätigkeit für PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA)

Ziele dieses Konsenspapiers sind die klarere Strukturierung und die Verbesserung der Qualität des Ausbildungsabschnitts der Praktischen Tätigkeit.

An der Erstellung dieses Papiers waren folgende Personen und Institutionen beteiligt: PiA-AnleiterInnen der meisten an der Ausbildung beteiligten saarländischen Kliniken, LeiterInnen aller vier saarländischen Ausbildungsinstitute (IVV, SIAP, SIPP, SITP), PiA-VertreterInnen aller vier Ausbildungsinstitute,

PiA-Ausschuss der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische PsychotherapeutInnen bzw. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV) sieht im Rahmen der Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Jugendlichenpsychotherapeuten eine mindestens

1800 Stunden umfassende Praktische Tätigkeit vor. Wenig differenzierte Vorgaben zur Durchführung der Praktischen Tätigkeit finden sich jeweils in §2 der PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV.

1) Zeitdauer:

Die Dauer von mindestens einem Jahr in einer psychiatrischen klinischen Einrichtung sowie von einem halben Jahr an einer Ein-

richtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung ist gesetzlich festgelegt. Den AusbildungskandidatInnen sollen keine reduzierten PiA-ähnlichen Anschlussverträge nach Abschluss der Praktischen Tätigkeit angeboten werden. Wenn eine Anstellung nach der Praktischen Tätigkeit erfolgt, dann nur zu tariflich festgelegten Konditionen.

2) Anforderungen an die Institution:

In der Einrichtung werden verschiedene Krankheitsbilder behandelt. Den PiA sollte das Kennenlernen eines großen Spektrums an Störungsbildern ermöglicht werden, gegebenenfalls auch durch einen Abteilungs-/Schwerpunktwechsel während der PiA-Zeit.

Es muss gewährleistet sein, dass den PiA aufgrund des Ausbildungszwecks der Praktischen Tätigkeit neben der Erfüllung der Dienstaufgaben ausreichend Zeit für Vor- und Nachbereitung, Supervision, Intervision, Fortbildung und Dokumentation zur Verfügung steht.

Als Richtgröße soll eine Arbeitsbelastung von maximal 2/3 einer regulären Arbeitsstelle genommen werden. Die Möglichkeit der individuellen Anpassung des Arbeitsvolumens sollte gegeben sein, d. h. eine Flexibilität der möglichen Anpassung der Anforderungen ist wichtig. Als Richtgröße für das Verhältnis anleitender, fest angestellter, approbierter PsychotherapeutInnen und psychotherapeutischer/psychiatrischer bzw. psychosomatischer FachärztInnen zu PiA sollte mindestens ein Verhältnis von Eins zu Eins bestehen.

Für die Ausbildung ist die doppelte Besetzung aller psychotherapeutischen Gruppen mit einer/einem erfahrenen TherapeutIn und einer/einem PiA anzustreben.

Es soll auf eine angemessene Stei-

gerung der Anforderungen an die PiA geachtet werden: Z. B. zuerst Übernahme eher standardisierter bzw. psychoedukativer Gruppen und später stärker

interaktionell orientierter Gruppen. Ähnliches gilt für die Schwere und Komplexität der Störungsbilder in den Einzeltherapien, die nach dem Ausbildungsstand der PiA selektiert werden sollten.

3) Vertrag:

Mit der Klinik wird ein Arbeitsvertrag abgeschlossen, der alle Rechte einer/eines regulären Arbeitnehmerin/Arbeitnehmers mit einem Zeitvertrag beinhaltet sowie eine der Tätigkeit angemessene Vergütung festlegt. Notwendig ist eine Stellenbeschreibung mit Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten und mit klar definiertem Unter- bzw. Überstellungsverhältnis.

4) Zeugnis:

Zum Abschluss wird ein qualifiziertes Arbeitszeugnis ausgestellt.

5) Einarbeitung:

Die PiA haben Anspruch auf eine angemessene Einarbeitungszeit, welche auch bei Wechsel des Arbeitsbereichs oder bei Rotation zu gewährleisten ist. Bezüglich der Einarbeitungszeit soll ein bestimmter Mindestzeitraum zugesichert werden. Die Dauer der Einarbeitung sollte als Richtgröße mindestens 4 Wochen betragen, normalerweise 4-8 Wochen dauern, in denen die PiA schrittweise in Absprache mit den Anleitern reguläre Arbeit übernehmen. Der Zeitraum sollte in individueller Absprache und je nach Kenntnisstand der/des PiA variierbar sein. Nach Beendigung der Einarbeitung soll ein orientierendes Feed-Back-Gespräch erfolgen. Formaler Anlass

dafür könnte z. B. das Ende der Probezeit sein.

Erforderlich ist eine nach Absprache individuelle Anpassung der schrittweisen Übernahme von Verantwortung in Gruppen- und Einzelbehandlungen. Für das multiprofessionelle Arbeiten ist das Kennenlernen möglichst vieler Therapiebereiche der Institution anzustreben, wozu auch die Hospitation in z. B. Ergotherapie, Sporttherapie, Sozialtherapie und Kreativtherapien gehören kann.

Obligatorisch ist zu Beginn eine Einführung in die Strukturen und Abläufe der Klinik, in die Dokumentation sowie eine Vorstellung auf den Stationen bzw. in den verschiedenen Bereichen (siehe auch übliche Einarbeitungskonzepte der Kliniken für alle neuen Mitarbeiter).

Die AnleiterInnen sorgen für eine Balance zwischen dem Erhalt von Hilfe und Unterstützung und der Verfügbarkeit von Modellen für Therapie einerseits und direktem Erfahrungslernen durch selbstständiges Arbeiten andererseits. Neben dem Lernen durch erfahrene KollegInnen kann das Peer-Lernen eine Rolle spielen.

Für die AnleiterInnen ist durch die Institution für die Betreuung und Supervision der PiA eine angemessene Zeit ihrer Arbeitszeit einzuräumen.

6) Arbeitsplatz:

Zur Durchführung der Arbeit gehört ein angemessener Arbeitsplatz, der die Ungestörtheit der Durchführung von Therapien und von therapeutischen Abläufen (Diagnostik, Dokumentation, Telefonate, Absprachen) ermöglicht. Wünschenswert wäre, unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation einer Institution, pro Vollzeit-Stelle ein eigenes Zimmer (d. h. für zwei halbe Stellen mindestens ein gemeinsames Zimmer).

Notwendig ist ein PC-Anschluss pro Zimmer, die Freischaltung für das Patientendokumentationssystem der Bereiche, in denen die PiA arbeiten, sowie E-Mail und, wenn möglich, ein Internet-Zugang pro Zimmer.

7) Betreuung/Supervision/Intervision:

Die Anleitung umfasst eine engmaschige Betreuung und Supervision durch eine/einen Psychologischen PsychotherapeutIn, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn oder eine/einen auf dem Fachgebiet qualifizierten Facharzt/ qualifizierte Fachärztin. Minimum für die Supervision ist eine Stunde Supervision pro Woche pro PiA (als Gruppen- oder Einzelsupervision). In die Supervision sollen mehrere der approbierten PsychotherapeutInnen (bzw. Fachärztinnen/Fachärzte) der Institution einbezogen werden. Für deren Urlaubszeiten muss eine

Vertretung sichergestellt sein. Anzustreben ist bei ausreichend langer Zugehörigkeit zum Team auch der Einbezug der PiA in externe Supervision. Zur Betreuung gehört neben dem Gegenlesen auch Unterstützung und Rückmeldung bzgl. Antragstellungen (z. B. Reha-Anträge) und Berichten.

Jede Klinik (oder Zusammenschluss von Kliniken bei geringerer PiA-Zahl) benennt eine/einen KoordinatorIn/ AnsprechpartnerIn für die PiA-Angelegenheiten. Mit dieser/diesem sollen gemeinsame Treffen der PiA der Institution stattfinden, in denen auch organisatorische Fragen geklärt werden können und eine begleitende Reflexion der Praktischen Tätigkeit stattfinden kann. Es besteht für die PiA einer Institution auch die Möglichkeit, eine/einen PiA-SprecherIn zu wählen.

8) Fort- und Ausbildung:

Die Teilnahme an Fortbildungen, die während der Arbeitszeit in der Ins-

titution stattfinden, ist zu ermöglichen. Wenn (einzelne) Seminare und Veranstaltungen des Ausbildungs-Instituts zum Teil in die Regelarbeitszeit hineinreichen, sollen sie anteilig auch auf die Arbeitszeit angerechnet werden.

Es sollte auch die Möglichkeit geben, dass Fortbildungen (außerhalb der Richtlinienausbildung) bezahlt werden, wenn sie für die Durchführung der Arbeit in der Klinik erforderlich sind (dann in der Regel auf „Anordnung“ der/des verantwortlichen Bereichsleiterin/ Bereichsleiters).

Saarbrücken, 15. 02. 2013

Erstellt von:

PiA-AnleiterInnen saarländischer Kliniken, den saarländischen Ausbildungsinstituten (IVV, SIAP, SIPP, SITP), PiA-VertreterInnen aller vier Ausbildungsinstitute, PiA-Ausschuss der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

BPTK

Pressemeldung vom 09.01.2018

Unzureichende Versorgung depressiver Patienten

RKI-Studie zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen

Psychotherapeuten oder Psychiater werden von Patienten insbesondere dann um Rat gefragt, wenn sie akute psychische Beschwerden haben. Das ist ein Ergebnis der aktuellen Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Inanspruchnahme von Psychotherapeuten und Psychiatern in Deutschland (GEDA 2014/2015-EHIS). In Regionen mit vielen Psychotherapeuten je Einwohner suchen Menschen mit akuten depressiven Beschwerden

um 15 Prozent häufiger einen Psychotherapeuten als in Regionen mit wenigen Psychotherapeuten je Einwohner. Litten sie jedoch nicht unter depressiven Beschwerden, blieb der Prozentsatz der Patienten, die zu einem Psychotherapeuten gingen, gleich niedrig (rund 5 bis 10 Prozent), unabhängig davon, ob es in der Region viele oder wenige Psychotherapeuten gab. Die RKI-Studie zeigt außerdem, dass immer noch zwei

Drittel der Menschen mit depressiven Beschwerden keinen Psychotherapeuten oder Psychiater aufsuchen, obwohl zumindest eine professionelle Beratung notwendig wäre.

„Viel zu viele Menschen mit psychischen Beschwerden bekommen immer noch nicht die Beratung und Behandlung, die sie benötigen. Dies liegt daran, dass es vielerorts zu wenig Psychotherapeuten gibt“, stellt Dr.

Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), fest. „Die RKI-Studie belegt außerdem, dass psychotherapeutischer Rat vor allem dann von Menschen eingeholt wird, wenn akute psychische Beschwerden vorliegen.“ Die RKI-Studie widerspricht damit der These der Krankenkassen, wonach mehr Menschen einen Psychotherapeuten aufsuchen, wenn es mehr Psychotherapeuten gibt, auch wenn sie keine Hilfe benötigen (angebotsinduzierte Nachfrage).

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts ist eine bundesweite Befragung der erwachsenen Bevölkerung, die regelmäßig im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführt wird. In der GEDA-Studie 2014/2015 wurden die Menschen unter anderem dazu befragt, ob sie im vergangenen Jahr psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen haben. Im Fokus stand die Frage, welche sozialen, demografischen, ökonomischen und

regionalen Faktoren die Inanspruchnahme beeinflussen. Die Ergebnisse wurden im Dezember 2017 veröffentlicht.

Link zur Studie:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JoHM_04_2017_Psychiatrische_Psychotherapeutische_Leistungen.html

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, E-Mail: tanstadt@macnews.de
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, E-Mail: 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, E-Mail: ivvberus@median-kliniken.de
09.02.2018 17.15-20.45 Uhr	Dipl. Psych. Sylvia Hübschen: „Das innere Erleben sichtbar machen“ , Dipl. Psych. Christine le Coutre, Dipl. Psych. Sylvia Hübschen	Dialogica GmbH, Schulungsraum, Pascalschacht 1, 66125 Saarbrücken	Dipl. Psych. Sylvia Hübschen, www.praxis-huebschen.de
09.02.2018 15-20 Uhr, 10.02.2018 10-17 Uhr, 11.02.2018 10-14 Uhr	Dipl. Psych. Michael Antes: „Hypnotherapie mit Symbolisierungen“	Zentrum für Angewandte Hypnose, Bereich Süd- deutschland, Pavillionstr. 10, 66740 Saarlouis	Dipl. Psych. Michael Antes, Viktoria- Luisen-Str. 17, 66740 Saarlouis, E- Mail: info@hypnose-sueddeutschland.de
22.02.2018 9-16.30 Uhr	Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Saarland: Gemeinsame Fachtagung mit der PKS „Kinder in Not – Wenn Eltern suchtkrank, schwer psychisch oder körperlich erkrankt sind“	Bildungszentrum der Arbeitskammer des Saar- landes, Am Tannenwald 1, 66459 Kirkel	E-Mail: hampp-hoening@kinder-schutzbund-saarland.de
23./24.02.2018 9-18 Uhr	AGKB und SITP: „Weiterbildungsreihe Partnerschaft Modul 5“ , Dr. Leonore Kottje-Birnbacher, Düsseldorf, Dipl. Psych. Maria-Elisabeth Wollschläger, Blieskastel-Mimbach	Seminarhaus Wollschläger, Mühlgasse 30, 66440 Blieskastel	E-Mail: agkb.goettingen@t-online.de
02.-03.03.2018	Dipl. Psych. Michael Antes: „Hypnotherapie EMDR und Trauma“	Zentrum für Angewandte Hypnose, Bereich Süd- deutschland, Pavillionstr. 10, 66740 Saarlouis	Dipl. Psych. Michael Antes, Viktoria- Luisen-Str. 17, 66740 Saarlouis, E- Mail: info@hypnose-sueddeutschland.de

03.03.2018 9-13 Uhr	Gem. Beirat ÄKS / PKS: 3. Gemeinsames Klinisches Wochenende „ Leib und Seele “ - zurück zum Anfang? Bekannte und weniger bekannte Perspektiven und Forschungsergebnisse“, Prof. Dr. med. Wolfgang Senf, Essen, Dipl.-Psych. Thomas Lehmann, Neunkirchen, Prof. Dr. phil. Ulla Wessels, Saarbrücken, Prof. Dr. phil. W. Pfannkuche, Kassel	Ärztehaus Saarbrücken, Faktoreistr. 4, 66111 Saarbrücken	Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.
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, E-Mail: berus-kontakt@median-kliniken.de, Tel.: 06836 39-186
09.03.2018 10-12.15 Uhr	PKS: Netzwerkveranstaltung der PKS mit „Yallah, Fach- und Vernetzungsstelle gegen Salafismus im Saarland“ , Zakariyya Meißner, Islamwissenschaftler, Leiter, der Fach- und Vernetzungsstelle gegen Salafismus im Saarland	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken	PKS, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken, E-Mail: kontakt@ptk-saar.de, Tel. 0681-9545556, Fax 0681-9545558
14.03.2018 9.15-16.30 Uhr	Lebensberatung Saarlouis, Workshop „ Schwierige Situationen mit Paaren – Schematherapeutische Methoden in der Paartherapie “, Dipl. Psych. Julia Hinrichs	Familienbildungsstätte Saarlouis, Ludwig-Karl-Balzer-Allee 3, 66740 Saarlouis	Dipl. Psych. Kai Götzinger, E-Mail: kai.goetzinger@bgv-treier.de
16.03.2018 15-20 Uhr	Dipl. Psych. Michael Antes: „ Hypnotherapiekurs - Anwendungskurs 4 “	Zentrum für Angewandte Hypnose, Pavillionstr. 10, 66740 Saarlouis	Dipl. Psych. Michael Antes, Viktoria-Luisen-Str. 17, 66740 Saarlouis, E-Mail: info@hypnose-sueddeutschland.de
16.03.2018 15-20 Uhr, 17.03.2018 10-17 Uhr	Dipl. Psych. Michael Antes: „ Hypnotherapeutische Therapieplanung “	Zentrum für Angewandte Hypnose, Pavillionstr. 10, 66740 Saarlouis	Dipl. Psych. Michael Antes, Viktoria-Luisen-Str. 17, 66740 Saarlouis, E-Mail: info@hypnose-sueddeutschland.de
17.03.2018 10-17.30 Uhr 18.03.2018 9.30-12.30 Uhr	ZHENGYI DAO Seminare: „ Qi Gong in der Psychotherapie “, Fortbildungsreihe, Dipl. Psych. Rita B. Pabst, PP; Katrin Blumenberg, Qi Gong-Lehrerin	Esplanade, Nauwieserstr. 5, 66111 Saarbrücken	ZHENGYI DAO Seminare, info@qigong-vier-jahreszeiten.de, Tel. 06865-180878
19.03.2018 18-21.00 Uhr	PKS: „ PTI - Come together – Abend “, Ausschuss Psychotherapie in Institutionen (PTI) der PKS	PKS, Geschäftsstelle, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken	PKS, Scheidter Str. 124, 66123 Saarbrücken, E-Mail: kontakt@ptk-saar.de, Tel. 0681-9545556, Fax 0681-9545558
23.03.- 11.08.2018	Dipl. Psych. Sylvia Hübschen: „ Focusing Aufbaukurs 2018 “, Dipl. Psych. Sylvia Hübschen	Focusing Saarland, Lessingstr. 12, 66265 Heusweiler	E-Mail: www.praxis-huebschen.de/focusing#anmeldung
18.04.2018 ab 19.30 Uhr	PKS: Ankündigung der Veranstaltung „ Wie komme ich an einen Kassensitz “, Ausschuss Ambulante Versorgung	KV Saarland, Europaallee 7-9, 66113 Saarbrücken	(weitere Informationen folgen per Newsletter

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
Intervision und Fallbesprechung im Schulpsychologischen Dienst, Saarbrücken	Dipl.-Psych. Claudia Eckert-Tag Elsir, Elstersteinstr. 9, 66386 St. Ingbert
Intervision Fuchs	Dipl. Psych. Julia Fuchs, Bismarckstr. 59, 66121 Saarbrücken
Intervision „ Geib/Sandhöfer “	Dipl. Psych. Melanie Geib, Am Steinbruch 9, 66793 Schwarzenholz
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
Intervision Landesweite kollegiale Intervision von Schulpsycholog/innen	Dipl. Psych. Stefanie Wilhelm, Schulpsychologischer Dienst des Landkreises Saarlouis, Prof.-Nottom-Str. 5, 66740 Saarlouis
Intervisionsgruppe Landwehrplatz	Dipl.-Psych. Wiebke Bortchen, Großherzog-Friedrich-Str. 47, 66111 Saarbrücken
Intervisionsgruppe Lörsch, Halemba, Ruland	Dipl. Psych. Philipp Ruland, Saarstr. 154, 662654 Heusweiler
Intervisionsgruppe Mallick	Dipl.-Psych. Heiko Mallick, Lessingstr. 22, 66121 Saarbrücken

Interventionsgruppe „Meiser und KollegInnen“	Dipl. Sozialarb. Rudolf Meiser, St. Ingberter Str. 1, 66583 Spiesen-Elversberg
Intervision „Praxisgemeinschaft“	Dipl. Soz. Päd. / Dipl. Sozialarbeiterin Susanne Glimm, St. Wilhelm-Heinrich-Str. 26, 66117 Saarbrücken
Interventionsgruppe „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
Interventionsgruppe Psychoanalyse Dr. Horst Gansert	Dr. Horst Gansert, Ring am Gottwill 49, 66117 Saarbrücken
Interventionsgruppe „Psychologische Schmerztherapie“	Dr. Jutta Ringling, Friedrich-Ebert-Str. 9, 66564 Ottweiler
Intervision „Psychotherapie der Sucht“	Dipl. Psych. Thomas Reuland, Am Wingertsbach 22, 66564 Ottweiler
Intervision Reiner Büch	Dipl. Psych. Reiner Büch, Schenkelbergstr. 22, 66119 Saarbrücken
Interventionsgruppe „Ringling“	Dr. Jutta Ringling, Friedrich-Ebert-Str. 9, 66564 Ottweiler
Interventionsgruppe „Sandhöfer“	Dipl.-Psych. Marita Sandhöfer, Pickardstr. 1, 66822 Lebach
Intervision Scholz, Anstadt, Heene-Anstadt	Dipl.-Psych. Hildegard Heene-Anstadt, Waldhausweg 10, 66123 Saarbrücken
Interventionsgruppe Seltenreich – EMDR	Dipl. Psych. Iris Seltenreich, Alleestr. 64, 66292 Riegelsberg
Interventionsgruppe „Tiefenpsychologisch – Wilhelm-Heinrich-Straße“	Dipl. Soz. Päd. / Dipl. Sozialarbeiterin Susanne Glimm, St. Wilhelm-Heinrich-Str. 26, 66117 Saarbrücken
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
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

Redaktionsschluss für FORUM Nr. 69

Der Redaktionsschluss für das nächste FORUM Nr. 69, Erscheinung im April 2018, ist für Mittwoch, den 04.04.2018 festgesetzt. Alle Artikel müssen zu diesem Termin der Geschäftsstelle in digitaler Form vorliegen.

Impressum des Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Herausgeber: Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des Saarlandes – Psychotherapeutenkammer des Saarlandes	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	Anzeigen und Beilagen im FORUM	ANZEIGEN
Verantwortlich im Sinne des Presserechts: Bernhard Morsch	Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank Konto 583 47 32 • BLZ 590 906 26 IBAN DE31 3006 0601 0005 8347 32 BIC DAAEDEDXXX	Folgende Preise für Anzeigen und Beilagen gelten ab dem 01. Januar 2018:	ganzseitig: 200,00 € halbseitig: 100,00 € Kleinanzeige für Nicht-Kammermitglieder: 30€ Kleinanzeige für Kammermitglieder: kostenlos
Für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.		BEILAGEN bis 20 g: 200,00 € 21g bis 60 g: 250,00 € ab 61 g: nach Vereinbarung	



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