

# Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologi- schen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten

## Folgen der Gesundheitsreform – Einsatz für Erhalt des Kollektivvertrages

Die von der Gesundheitsreform (insb. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz/WSG und Vertragsarztrechtsänderungsgesetz/VÄG) ausgelösten aktuellen Entwicklungen in Bayern und bundesweit waren und sind fortlaufend ein wichtiges Thema in der Vorstandsarbeit. Der Vorstand ist auch weiterhin der Auffassung, dass im Bereich der ambulanten Versorgung das Kollektivvertragssystem und damit die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Selbstverwaltungsorgan zu erhalten sind. Trotz aller großen Schwierigkeiten und Nachteile für die Psychotherapeut/inn/en stellt diese Form der Versorgungsstruktur insgesamt noch das relativ beste System für die Interessen der Psychotherapeut/inn/en und die Bedürfnisse unserer Patient/inn/en dar.

Der Vorstand hat sich zusammen mit Vertretern unserer Berufsgruppe in KV und Verbänden auf unterschiedlichen Ebenen bis hin zu führenden Politikern intensiv dafür eingesetzt, dass dieses System nicht weiter geschwächt bzw. in unserem Sinne gestärkt wird und dass es durch die geplanten Reformen nicht zu dem **befürchteten Mittelabfluss** sowohl auf der Einnahmeseite (Fondsmodell) als auch auf der Ausgabeseite (Neuordnung der ambulanten Vergütungsstruktur) kommt. Aus unserer Sicht muss die Vergütung und Erbringung psychotherapeutischer Leistungen in Praxen, Kliniken und Beratungsstellen einen besonderen Schutz erfahren. Auch wenn die weitere Entwicklung nicht genau abgeschätzt werden kann, können positive Signale

in dieser Richtung festgestellt werden. Darüber hinaus wurden an unterschiedlichen Stellen, z. B. im Kontakt mit den Krankenkassen (s.u.), immer wieder auf die besondere Rolle, die der Versorgung psychisch kranker Menschen durch Psychotherapie und der psychotherapeutischen Einzelpraxis als Versorgungstyp auch in veränderten Versorgungsstrukturen zukommen muss, hingewiesen.

Den größten Wirbel hat in den letzten Monaten wohl die **Aktion des bay. Hausärzterverbandes mit der geplanten kollektiven Rückgabe der Zulassungen** bayerischer Hausärzte (sog. Korbmodell) verursacht. Ziel der Aktion war/ist es, gut honorierte Verträge für die Hausärzte direkt mit den Krankenkassen zu erhalten. Kritisiert wird außerdem u.a. noch eine Reihe weiterer Missstände wie das Übermaß an Bürokratie und Verwaltungstätigkeit, der zunehmende Einfluss großer Gesundheitskonzerne und die Übernahme von Case-Management-Aufgaben durch die Krankenkassen. Ein Teil der Kritikpunkte ist nachvollziehbar.

Der Vorstand der PTK Bayern sieht in der Zulassungsrückgabe durch eine einzelne Fachgruppe mit dem Ziel der Direktverträge eine Form der Vertretung von Einzelinteressen, die auf Kosten der anderen Gruppen und der Patient/inn/en geht. Nach derzeitigem Recht werden die Mittel nur anders verteilt, d.h. die Mittel, die z. B. die Hausärzte zusätzlich erhalten würden, würde den anderen Gruppen und damit auch den Psychotherapeut/inn/en abgezogen. Dies ist derzeit auch schon bei Modellen der integrierten und der hausarztzentrierten Versorgung der Fall (vgl. aktuelle Initiativen der AOK

Baden-Württemberg). Hinzu kommt, dass das angestrebte Systemversagen auch zur Folge hätte, dass die Krankenkassen dann die Versorgung nach ihren Vorstellungen außerhalb der derzeitigen Bestimmungen regeln könnten.

Ein Versorgungssystem, in dem Einzelgruppen von sog. Leistungserbringern mit einzelnen Krankenkassen Verträge schließen, muss notgedrungen zu einem deutlichen Mehraufwand an Verwaltung für alle Beteiligten und damit auch zu höheren Kosten führen. Die kritisierte Abhängigkeit der einzelnen Fachgruppen von Krankenkassen ohne Einflussmöglichkeit würde nicht zurückgehen sondern sogar zunehmen. Die häufig geäußerte Vermutung, dass hausarztzentrierte Modelle zu Einsparungen führen, konnte bisher nicht belegt werden. Im Unterschied dazu wurden z.B. Kosteneinsparungen, eine Verringerung von Arztbesuchen und eine Abnahme der Medikamentenverordnung durch Psychotherapie erst kürzlich wieder durch eine Studie der Gmünder Ersatzkasse nachgewiesen (auch wenn zunächst die Kasse selbst die eigenen Daten falsch interpretiert hatte).

Neben der besonders öffentlichkeitswirksamen Aktion gibt es bekanntlich eine Vielzahl von weiteren Aktivitäten durch Krankenkassen, unterschiedliche Trägerinstitutionen, wie z.B. Kliniken, und auch verschiedene ärztliche Organisationen, die die nach der Gesundheitsreform gegebenen Möglichkeiten mit neuen Versorgungsformen und Verträgen umzusetzen versuchen. Beispielhaft wollen wir hierzu im Folgenden kurz unsere Auseinandersetzung und unseren Kontakt mit der Vertragsabteilung der DAK-Bayern darstellen.

## Psy-Case-Management: Gespräch mit der DAK

Der Vorstand hat die Leiterin des Vertragsbereiches der DAK in Bayern, Frau Schwab, in die Kammergeschäftsstelle eingeladen, damit diese zu dem DAK-Projekt „Psy-Case-Manager“ berichtet und weitere mögliche Perspektiven gemeinsam diskutiert werden können.

*Bei dem Konzept des Psy-Case-Managers bieten speziell geschulte Sachbearbeiter der Krankenkasse „so etwas wie die Versorgungskoordination über den Krankheitsverlauf hinweg“ an. Die zu betreuenden Fälle werden u.a. anhand folgender Kriterien ausgewählt: Diagnosen aus dem Bereich psychischer Störungen oder somatischer Störung mit häufig psychischen Anteilen, hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankenhausbehandlungen oder Psychotherapie in diesem Zusammenhang. Die Fälle werden daraufhin dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse vorgelegt mit der Bitte um Einschätzung und Vorschläge für den Versicherten, die anschließend vom Case-Manager vermittelt werden. Eine der wichtigsten Maßnahmen war in allen Fällen „das Gespräch des Case-Managers mit dem Versicherten“. Darüber hinaus war im Modellprojekt die häufigste Maßnahme die Weitervermittlung in eine ambulante Psychotherapie, gefolgt von der Weitervermittlung an einen Facharzt, stationäre Reha-Maßnahmen, Selbsthilfegruppen und andere Maßnahmen. Im Ergebnis seien durch diese Interventionen, die als Modellprojekt in Hessen und Rheinland-Pfalz erprobt worden sind, der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Zufriedenheit der Versicherten gesteigert worden. Mittelfristig rechnet die DAK auch mit deutlichen Kosteneinsparungen durch sinkende Behandlungskosten und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Zwischenzeitlich hat die DAK mit der flächendeckenden Umsetzung des Psy-Case-Manager-Konzepts deutschlandweit begonnen.*

*Frau Schwab stellte darüber hinaus dem Vorstand kurz zwei weitere Projekte vor, ein Projekt zur Betreuung bei Alkoholproblemen und ein Projekt für schwer psychisch kranke Menschen mit psychotischen Erkrankungen. Vergleichbare Case-Management-Projekte führt die DAK auch für andere chronische Krankheiten durch.*

Fr. Schwab gab dem Vorstand insgesamt eine umfangreiche Darstellung der Hintergründe und Motive der DAK für das neue System. Von Seiten der Vorstandsmitglieder wurde in Bezug auf das vorgestellte Konzept u.a. die Frage der fachlichen Grundlage auf Sachbearbeiterebene sowohl bei der Auswahl als auch bei der Umsetzung der weiteren Schritte angesprochen. Auch wurde problematisiert, wie der Umgang mit den sehr persönlichen (Diagnose) Daten durch die Krankenkasse sich mit Datenschutzbestimmungen vereinbaren lassen und ob bzw. wie durch die Case-Manager die Eigenverantwortung der Patient/innen gefördert werden kann.

Pläne, die den systematischen Einbezug oder die Vernetzung von Psychotherapeut/inn/en im Versorgungssystem beinhalten, verfolgt die DAK derzeit nicht. Die DAK sei jedoch für Vorschläge zu konkreten Konzepten für neue Kooperationsformen unter Einbeziehung der Psychotherapeuten gerne gesprächsbereit. Auch zum übergreifenden Thema Prävention sei die DAK an einem Austausch der Ideen interessiert.

Im allgemeinen Diskussionsteil machten die Vorstandsmitglieder die Position der Kammer (s.o.) in Bezug auf die derzeit möglichen Veränderungen durch die Gesundheitsreform deutlich und hier insb. die Bedeutung des Erhaltes des Kollektivvertrages als „Königsweg“ der Versorgung. Abschließend betonten sowohl die Vertreterin der DAK als auch der Kammervorstand die wechselseitige Bereitschaft zum weiteren fachlichen Austausch.

## Auswertung der repräsentativen Umfrage bei bayerischen Psychotherapeuten

Die Umfrage vom Herbst 2006 sollte der Kammer nähere Informationen über die Tätigkeitsstrukturen der Mitglieder und ihre Versorgungsangebote liefern, mit besonderem Schwerpunkt im Bereich Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie. Zu diesem Zweck wurde eine repräsentative Stichprobe der Kammermitglieder (geschichtet nach Altersgruppe, Geschlecht,

Status der Tätigkeit, Region der Tätigkeit und Art der Approbation) zu Merkmalen der Ausbildung, Arbeitstätigkeit sowie der Therapieangebote für Kinder und Jugendliche mittels eines speziell entwickelten Assessments befragt. (Zur Ausgangsstichprobe: Von den ca. 4.800 Kammermitgliedern sind knapp 700 KJP und knapp 200 Doppelapprobierte[DA])

Es wurden 1.600 Fragebögen verschickt, 586 Bögen wurden ausgefüllt zurückgeschickt, der Rücklauf lag damit bei 36%. Ein Vergleich mit den Schichtungsvariablen ergab, dass die Stichprobe repräsentativ ist für die bayerischen Kammermitglieder bezüglich Geschlechtsverteilung, Alter, Status der Berufstätigkeit (angestellt vs. freiberuflich vs. beides) und Region der Tätigkeit (ländlich vs. städtisch).

Der Anteil männlicher Psychotherapeuten liegt bei den PP bei rund 33%, bei den KJP bei 26% (ohne DA). Das Durchschnittsalter liegt bei knapp 50 Jahren. Verfahrensgrundlage der Approbation ist bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am häufigsten die analytische Psychotherapie (45%, ohne DA), bei den Psychologischen Psychotherapeuten die Verhaltenstherapie (50%). 10-15% aller Psychotherapeuten haben eine tätigkeitsbezogene Approbation (§ 12.4 PsychThG). Allerdings haben die weitaus Meisten mindestens ein psychotherapeutisches Verfahren erlernt, lediglich 2% geben an, keine psychotherapeutische Ausbildung bzw. Weiterbildung absolviert zu haben.

In Oberbayern, insbesondere in den Großstädten, arbeiten 57% der bayerischen KJP, rund 43% der bayerischen PP (ohne DA). 63% der befragten PP (KJP: 70%) sind (ausschließlich) in eigener Praxis tätig. 37% (KJP: 30%, ohne DA) sind angestellt tätig. Davon sind knapp 1/4, also 7% der Gesamtzahl (bei KJP 9%, ohne DA) neben der Anstellung noch selbstständig in der Versorgung tätig. Die angestellten KJP (ohne DA) arbeiten am häufigsten in Beratungsstellen (58%, darunter zumeist in Erziehungsberatungsstellen), teilstationären bzw. stationären Jugendhilfeeinrichtungen (10%) oder sozialpädiatrischen Einrichtungen (10%). Angestellte PP sind am häufigsten in

Kliniken (33%, v.a. Psychiatrie sowie Psychosomatik-, Sucht- und allg. Rehabilitation), Beratungsstellen (20,3%) sowie stationäre und teilstationäre Jugendhilfeeinrichtungen beschäftigt.

Angestellte arbeiten durchschnittlich rund 32 h/Woche (entspricht einem Stellenanteil von 80%), Niedergelassene im Mittel 38 h/Woche. Lediglich 3% arbeiten bis zu 13 Stunden pro Woche in der Praxis, knapp ein Drittel der Niedergelassenen arbeitet deutlich mehr als eine Vollzeittätigkeit (43-65 Stunden pro Woche: 31,5%).

Angestellte wenden rund 2/3 ihrer Arbeitszeit für Psychotherapie auf, 1/3 für Verwaltungstätigkeit. Bei Freiberuflern werden rund 75% der Arbeitszeit für Psychotherapie aufgewendet, 25% für Verwaltungstätigkeit. Übrigens arbeiten fast alle Psychoanalytiker (über 92%) niedergelassen in eigener Praxis, dagegen nur 67% der Tiefenpsychologen und Verhaltenstherapeuten (plus 11% niedergelassen plus angestellt). Von den Psychotherapeuten mit tätigkeitsbezogener Approbation arbeiten dagegen 63% als Angestellte (11% ang. + niedergel.).

**Die Untersuchung belegt die psychotherapeutische Unterversorgung im Kinder- und Jugendlicherbereich für Bayern.** Während die Befragten insgesamt eine allgemeine Unterversorgung und generell zu wenig Behandler beklagen, deuten die Einschätzungen vor allem auch auf Schnittstellenprobleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung hin (40% finden dies „sehr schwierig“, weitere 32% „schwierig“ auf einer 5-stufigen Skala von „überhaupt nicht schwierig“ bis „sehr schwierig“).

Nach einer Hochrechnung der Fallzahlen und dem Abgleich mit epidemiologischen Daten können etwa 54,5% der Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Störung psychotherapeutisch versorgt werden. Diese Schätzung ist eher als optimistisch zu interpretieren, da auch Doppelzählungen stationär – ambulant in Kauf genommen werden. Zudem liegt diesen Zahlen die Annahme zugrunde, dass nur etwa jeder 5. auch tatsächlich eine Behandlung aufsucht bzw. ein Behandlungs-

angebot erhält (Inanspruchnahmerate von 15-20%, Petermann, 2005). Bezogen auf die tatsächliche Prävalenzrate, also die Anzahl aller, die behandlungsbedürftig wären, werden durchschnittlich nur ca. 11% der Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Störung behandelt.

Diese Zahlen erscheinen bei Abgleich mit anderen Studien zur Versorgungslage hinreichend plausibel. In der Bella-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2007) wird ein Versorgungsgrad von 48,5% aus Elternbefragungen geschätzt, eine Studie in Baden-Württemberg (Nübling et al., 2006) errechnet einen Versorgungsgrad bis zu 35% basierend auf den Behandlungsplätzen im System. Bei den zitierten Untersuchungen wurden auch Behandlungen bei Ärzten und Anderen einbezogen, während sich die vorliegende Studie nur auf PP/KJP bezieht. Die vorliegende Erhebung kann insofern zwar einerseits zu einer Überschätzung der psychotherapeutischen Versorgungsmängel beitragen, sie kann andererseits aber auch für sich in Anspruch nehmen, dass psychotherapeutische Angebote in ihrer ganzen Breite, also nicht nur im SGB V-Bereich, d.h. im Gesundheitswesen, erfasst wurden, sondern auch im weiteren Sozialwesen, insbesondere in der Jugendhilfe (SGB VIII).

Insgesamt werden 71% der Kinder- und Jugendlichen-PT-Fälle werden mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet, 14% mit privaten Krankenkassen und Beihilfestellen, 7% über Kostenerstattung und 6% mit Selbstzahlern.

Die Wartezeit für Kinder und Jugendliche auf einen freien ambulanten Therapieplatz liegt im bayernweiten Durchschnitt bei 14,4 Wochen (sd=15,6) bei niedergelassenen Behandlern und 10,4 Wochen (sd=12,5) in Institutionen. Niedergelassene verhaltenstherapeutisch tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhalten besonders große Nachfrage, vermutlich dadurch bedingt, dass es deutlich weniger gibt als psychodynamisch orientierte KollegInnen.

Es fällt auf, dass im Kinder- und Jugendlicherbereich angestellt tätige Psychotherapeuten (unabhängig von der Art der

Tätigkeit) einen leicht geringeren Tätigkeitsumfang angeben als der Durchschnitt aller Therapeuten (im KJP-Bereich angestellte arbeiten durchschnittlich 28 h/Woche, während der Tätigkeitsumfang über alle Psychotherapeuten bei 32 h/Woche liegt).

Die Studie ergibt weitere Belege auf die schlechtere Versorgung in ländlichen Regionen: mehr Kostenerstattung, mehr Selbstzahler sowie längere Wartelisten und mehr Anfragen nach Therapieplätzen belegen dies. Allerdings findet sich kein konsistentes Muster, nachdem beispielsweise die Situation in Oberpfalz besonders dramatisch oder die Situation in Oberbayern besonders gut wäre.

Die Schwerpunkte der psychotherapeutischen Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich zwischen angestellter und selbstständiger Tätigkeit: Bei einem angestellten Psychotherapeuten, der mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, kommen auf jede Sitzung mit einem Kind oder einem Jugendlichen ungefähr 1/2 Sitzung mit einer Bezugsperson, 1/2 Sitzung Diagnostik sowie 1/4 Sitzung Gruppenbehandlung. Bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dagegen kommt auf jede 5. Sitzung mit Kindern und Jugendlichen eine Sitzung mit Bezugspersonen, Gruppentherapien spielen kaum eine Rolle. Ein freiberuflich tätiger Psychologischer Psychotherapeut mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche (rund 13% der PP in der Untersuchung) verwendet ca. 1/4 seiner Arbeitszeit für Kinder und Jugendliche. Ist er doppelapprobiert, macht dieser Anteil immerhin 50% aus. Rund 70% der doppelapprobierten niedergelassenen tätigen Psychotherapeuten in der Untersuchung behandeln Kinder und Jugendliche.

Gruppenpsychotherapie wird bayernweit eher von angestellten Psychotherapeuten durchgeführt, unter den niedergelassenen nimmt es einen sehr geringen Zeitanteil ein.

Die Kammer wird die Ergebnisse der Studie, die hier nur skizziert werden können, in die politischen Diskussionen einbringen, um auf eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinzuwirken.

## Kurznachrichten

### **Palliativversorgung: Symposium der PTK Bayern**

Am 24.11.07 veranstaltete die PTK Bayern in München ihr erstes Symposium zur Palliativversorgung. Bei der Eröffnung des Symposiums führte Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel aus, dass „sich nicht nur die körperlichen Beeinträchtigungen und Schmerzen auf das psychische Erleben auswirken, sondern dass sich umgekehrt zum Beispiel das Sinn- und Beziehungserleben auf die Wahrnehmung der körperlichen Beeinträchtigungen und des Schmerzes auswirken und zentrale Elemente der erlebten Lebensqualität sind“. Die anschließenden Vorträge vermittelten einen Überblick über die Palliativversorgung. In vertiefenden Workshops wurden u. a. folgende Themen bearbeitet und reflektiert: Bereicherung und Belastung in der Arbeit mit Palliativpatienten, Lebenssinn, Trauer, Palliativversorgung von Kindern. In einer anschließend herausgegebenen Pressemitteilung forderte die PTK Bayern anlässlich der damals erwarteten Verabschiedung der Richtlinie zur Palliativversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, psychotherapeutischen Sachverständigen und Psychotherapeuten in die Betreuung und Begleitung Sterbender und schwer chronisch erkrankter Menschen mit einzubeziehen. Nach Redaktionsschluss wurde das Palliativ-Symposium am 15.03.08 in Nürnberg wiederholt.

### **Erste Bayerische landesweite Kinderschutzkonferenz**

Am 26. November 2007 fand auf Einladung des Bayerischen Sozialministeriums die erste landesweite Kinderschutzkonferenz in München statt. Eingeladen waren alle, die im Gesundheitswesen, dem Schulwesen, der Jugendhilfe und im Sozialwesen Verantwortung tragen, um gemeinsam zu diskutieren, wie Kinder und Jugendliche besser vor Kindestötung, Misshandlung und Vernachlässigung geschützt werden können. Die PTK Bayern hatte zuvor eine Stellungnahme eingereicht, in der v.a. auf die Notwendigkeit der Früherkennung von psychischen Auffällig-

keiten und Entwicklungsstörungen hingewiesen wurde. Sozialministerin Stewens nahm dies zum Anlass in ihrer Begrüßung und Einführung darauf hinzuweisen, dass innerhalb der Vorsorgeuntersuchungen auch auf die psychische Entwicklung von Kindern zu achten ist. Sie stellte das Konzept der Bayerischen Staatsregierung und die entsprechenden Gesetzesänderungen vor, nach denen eine Verpflichtung zur Teilnahme der Kinder an Vorsorgeuntersuchungen und eine Meldepflicht von Ärzten und Hebammen an das Jugendamt vorgesehen ist, falls Anzeichen einer Misshandlung entdeckt werden. Damit soll die Kooperation von SGB V (Gesundheitswesen) und SGB VIII (Jugendhilfe) verbessert werden. Auf Nachfrage wurde mitgeteilt, dass diese Meldepflicht derzeit für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht gelte. Diese müssten nach wie vor eine sorgfältige Güterabwägung vornehmen, was das Einhalten der Schweigepflicht auf der einen bzw. die Meldung an das Jugendamt auf der anderen Seite anbelangt. Dabei müsse das Wohl des Kindes immer im Zentrum der Überlegungen stehen. Die erste bayerische landesweite Kinderschutzkonferenz ist der Auftakt zur Gründung regionaler Kinderschutzkonferenzen, die das Ziel haben, vor Ort Netzwerke von Helfern, Pädagogen, Ärzten, Psychotherapeuten zu bilden. Weitere Informationen erhalten Sie unter: <http://www.stmas.bayern.de/kinderschutz/index.htm>

### **Ausbildungsinstitute-Treffen**

Am 15.11.07 trafen sich in der Kammerngeschäftsstelle wieder Vertreter der bayerischen Ausbildungsinstitute mit Vertretern des Kammervorstands. Themen waren u.a. aktuelle Informationen aus der Gesundheitspolitik, die Zukunft der Ausbildung im Zusammenhang mit dem Forschungsgutachten des Bundesgesundheitsministeriums, Probleme von Ausbildungskandidat/innen insb. in Bezug auf fehlende Plätze für KJP-Kandidat/innen in psychiatrischen Kliniken und Möglichkeiten zur Integration von Notfallpsychotherapeutischen Fragestellungen in die Ausbildungskurse.

### **Ausbildungsinstitute in der Kammer-DV – Wahl der Vertreterin**

Die Wahl des/der Vertreters/in der Institute in der Kammer-DV wurde bei dem bayerischen Institutetreffen (SAAP-Treffen) durchgeführt. Gewählt wurde Susanne Färber als Vertreterin (auch bisher in dieser Funktion).

### **Gespräche mit bayerischen Politikern**

Insbesondere nach den personellen Veränderungen in der bayerischen Politik boten sich bei verschiedenen Anlässen in den letzten Monaten erneut Gelegenheiten, mit führenden bayerischen Politikern in ihren neuen Funktionen Gespräche zu führen (u.a. mit Ministerpräsident Beckstein, Finanzminister und CSU-Vorsitzenden Huber, Gesundheitsminister Bernhard, Sozialministerin Stewens, Staatsminister Sinner, Europaminister Söder, Wissenschaftsminister Goppel, Innenminister Hermann, Bezirkstagsvorsitzenden Hölzlein, bay. Bundestagsabgeordneten und Vertretern der politischen Parteien). Insbesondere angesichts der anstehenden Landtagswahlen ist bei der Politik eine besondere Offenheit und Zugänglichkeit vorhanden. Gesundheitspolitische Themen werden voraussichtlich auch in den kommenden Monaten eine wichtige Rolle spielen.

### **Vorstand der Kammer:**

Nikolaus Melcop, Peter Lehndorfer, Bruno Waldvogel, Gerda B. Gradl, Heiner Vogel, Angelika Wagner-Link, Benedikt Waldherr.

### **Geschäftsstelle**

80336 München, St.-Paul-Str. 9  
Post: Postfach 151506, 80049 München  
Tel.: 089/515555 – 0, Fax: – 25  
Mo – Do 9.00 – 15.30,  
Fr 9.00 – 13.00 Uhr  
[info@ptk-bayern.de](mailto:info@ptk-bayern.de)  
[www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de)