

Psychotherapeuten journal

- **Schwerpunkt: Psychotherapeutische Unterstützung bei chronischen Schmerzerkrankungen**
 - Neuklassifikation chronischer Schmerzerkrankungen nach der ICD-11
 - Schmerzpsychotherapie
 - Schmerzedukation
- Erschweren „Mythen“ der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung?
- Videospiele und Psychotherapie
- „Psychotherapeut*innen in Ausbeutung“? Zu den PiA-Streiks an den Unikliniken in Baden-Württemberg

Geschlechtersensible Sprache

Das Psychotherapeutenjournal empfiehlt im Sinne eines geschlechtersensiblen Sprachgebrauchs für die Bezeichnung von Personen oder Gruppen, die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind, die Verwendung des sog. Gendersternchens (z. B. „Psychotherapeut*innen“, „ein*e Psychotherapeut*in“), sofern es keine sprachlich etablierte geschlechtsneutrale Formulierung gibt. Alternativ besteht die Möglichkeit, texteinheitlich die Paarschreibweise mit männlicher und weiblicher Form (z. B. „Psychotherapeutinnen und -therapeuten“, „eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut“) heranzuziehen. Bitte beachten Sie, dass auch in diesem Fall Personen mit non-binärer Geschlechtsidentität immer ausdrücklich mitgemeint und angesprochen sind. Zur Begründung dieser Sprachregelung lesen Sie bitte das Editorial in Ausgabe 4/2021.

Editorial

Liebe Kolleg*innen,

einleiten möchte ich dieses Editorial mit einem Zitat des berühmten deutschen Gelehrten Wilhelm von Humboldt (1767–1835):

„Es ist unglaublich, wie viel Kraft die Seele dem Körper zu leihen vermag.“

Anlass dieser Würdigung der Kraft der Seele war eine Parkinson-Erkrankung, unter der Wilhelm von Humboldt in seinen letzten Lebensjahren litt. Er beschrieb damit in den bekannten „Briefen an eine Freundin“ sein Krankheitserleben. Ursächlich für seine Erkrankung erschien ihm dabei die Trauer über den Tod seiner Frau Caroline im Jahr 1829, er führte also sein somatisches Leiden auf einen psychischen Auslöser zurück.

Dies verweist auf eine sehr alte und nichtsdestoweniger aktuelle Frage: Welche Beziehung besteht zwischen dem Leib (dem belebten Körper, insbesondere dem Gehirn) und der Seele (Geist, Bewusstsein)? Wie lässt sich dieses Verhältnis jenseits eines einfachen Körper-Seele-Dualismus näher verstehen? Solche philosophischen Überlegungen fließen in verschiedene wissenschaftliche Disziplinen ein. Virulent werden sie jedoch v. a. im Feld von Medizin, Psychologie und Psychotherapie, wenn der Kern des Verständnisses von Krankheit berührt wird.

Die Schwierigkeit einer Grenzziehung zwischen körperlicher und psychischer Sphäre zeigt sich in besonderer Weise bei Schmerzpatient*innen. Diese sind häufig im Entweder-oder gefangen, was dazu führt, dass sie sich und den Signalen ihres Körpers immer weniger vertrauen. Im Rahmen eines Schwerpunkts wollen wir in drei Artikeln einen

Überblick über diese Thematik bieten. Weitreichende Veränderungen gehen auf den erheblichen Wissenszuwachs bei Schmerz u. a. durch Neurobiologie, Genetik und Psychologie, aber auch die erfolgreichen interdisziplinären Behandlungskonzepte zurück. Dass sich die Diagnose und Behandlung chronischer Schmerzkrankungen zunehmend als selbstständiger Forschungs- und Therapiebereich etabliert haben, schlägt sich u. a. in der ICD-11 nieder, die diese nun in einem eigenen Kapitel führt, wie auch in der Verankerung der „Speziellen Schmerzpsychotherapie“ in „alten“ und „neuen“ Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern.

Ein ganz anderes brandaktuelles Thema führt häufig zu Entweder-oder-Diskursen: Computerspiele sind aus dem Lebensalltag von Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht mehr wegzudenken. Zumeist werden im klinischen Kontext jedoch Gefahren und negative Aspekte betont. In einem Artikel dieser Ausgabe wird demgegenüber eine bewusst unvoreingenommene Beschreibung und ressourcenorientierte Vorstellung populärer Computerspiele vorgenommen und dazu eingeladen, diesbezügliche digitale Kompetenzen auch in der Psychotherapie nutzbar zu machen.

Eine polarisierende Entweder-oder-Diskussion hat durchaus auch in einem Fachjournal seine Berechtigung. Dass manchmal auch eine gewisse Zuspitzung und Einseitigkeit in der Argumentation dazu beitragen kann, eine notwendige Debatte zu entfachen, haben wir bei mehreren Beiträgen in der Vergangenheit erleben können. Dass die Leser- und Autorenschaft auch ohne re-



daktionellen Warnhinweis einen solchen Denkanstoß für eine kontroverse Auseinandersetzung dankbar aufgreift, zeigt sich – wie in dieser Ausgabe – etwa in der Leserbrief-Sektion. Es steht zu erwarten, dass auch der Beitrag mit dem auf Provokation angelegten Titel „Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren“ gleichermaßen zustimmende und kritische Zuschriften hervorrufen wird.

Abschließend wollen wir auch dem Nachwuchs unseres Berufsstands Gehör verschaffen. Wie empfinden die PiA die Situation in der Vergütung? Welche Ziele lagen den Streiks an Baden-Württembergs Unikliniken zugrunde? Was konnte mit den Mitteln des Arbeitskampfs dort bewirkt werden? Welche Herausforderungen bringt hier die neue Weiterbildung mit sich?

Ich hoffe, ich habe Sie auf dieses PTJ neugierig gemacht! Mir bleibt nur noch, Sie herzlich aus dem Saarland zu grüßen und eine spannende Lektüre zu wünschen.

*Susanne Münnich-Hessel (Saarland)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Schwerpunkt: Psychotherapeutische Unterstützung bei chronischen Schmerzerkrankungen

- 4** *Antonia Barke, Beatrice Korwisi, Paul Nilges, Winfried Rief & Rolf-Detlef Treede*
Alles anders? Chronische Schmerzen sind in der ICD-11 keine psychische Störung mehr!

Die ICD-11 enthält nun ein eigenes Kapitel für chronischen Schmerz; eigenständige Schmerzdiagnosen unter den bisherigen F-Diagnosen entfallen. In einem kurzen Abriss werden die unterschiedlichen Schmerzdiagnosen und ihre historische Entwicklung dargestellt. Die für die jeweiligen Diagnosen geltenden Kriterien und die aufwendige Überprüfung der Reliabilität und Validität der neuen Diagnosen werden im Artikel näher betrachtet.

- 13** *Ulrike Kaiser, Anne Gärtner & Paul Nilges*
Schmerzpsychotherapie – psychologische und psychotherapeutische Aufgaben im Kontext eines biopsychosozialen und interdisziplinären Forschungs- und Versorgungsfeldes

Schmerzpsychologische und -psychotherapeutische Ansätze haben eine lange Geschichte und sind eng mit den Entwicklungen der Psychotherapie (hier: besonders der Verhaltenstherapie) verknüpft. Dennoch gehen sie aufgrund des biopsychosozialen Charakters ihres Behandlungsgegenstandes Schmerz darüber hinaus. Die wesentlichsten Entwicklungen, Konzepte und therapeutischen Ansätze werden in diesem Artikel kurz dargestellt.

- 21** *Bernd Kappis, Martin von Wachter, Silas P. Pfeiffer, Judith Kappesser & Christiane Hermann*
Chronische Schmerzen verstehen und erklären: Schmerzedukation als wesentlicher Baustein für die Therapie

Schmerzedukation ist nicht nur zu Therapiebeginn ein wesentlicher Therapiebaustein. Durch sie wird das Krankheitsverständnis in Richtung eines biopsychosozialen Schmerzmodells erweitert. Eine gelungene Schmerzedukation fördert zudem die aktive Mitarbeit der Betroffenen in der Therapie. In diesem Beitrag werden Ziele und Möglichkeiten erläutert, chronische Schmerzen aus einer biopsychosozialen Sichtweise zu erklären. Das Vorgehen wird anhand praktischer Beispiele illustriert.

- 30** *Philipp Herzog, Tim Kaiser & Ad de Jongh*
Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren: Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland

Der Artikel beleuchtet Mythen traumafokussierter Psychotherapie im Zusammenhang mit der mangelnden Implementierung evidenzbasierter Verfahren zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Aktuelle Befunde dieser Verfahren, Probleme bei der Implementierung in Deutschland und zugrunde liegende Mythen werden präsentiert, bevor Empfehlungen für die Praxis und bessere Implementierung gegeben werden und die Zukunft der traumafokussierten Psychotherapie diskutiert wird.

37 *Michael Wöste*
Let's play ... Video Games. Aktuelle Trends und Möglichkeiten einer ressourcenorientierten Betrachtung von kommerziellen Computerspielen

Computerspiele sind aus der heutigen Zeit nicht mehr wegzudenken. Zumeist werden im klinischen Kontext jedoch Gefahren und negative Aspekte betont. In diesem Artikel soll eine bewusst ressourcenorientierte Vorstellung und Beschreibung populärer Computerspiele vorgenommen werden.

Nachruf

46 *Christina Hunger-Schoppe, Bernhard Strauß & Gereon Heuft*
Heilung als Gemeinschaftsaufgabe. Ein Nachruf auf Jochen Schweitzer-Rothers (1954–2022)

Interview

47 *Heiner Vogel & Jens J. Müller im Gespräch mit Annika Rohrmoser & Anne Scholz*
„Psychotherapeut*innen in Ausbeutung“? Zu den PiA-Streiks an den Unikliniken in Baden-Württemberg

**Mitteilungen der
Psychotherapeuten-
kammern**

60 Bundespsychotherapeutenkammer

64 Baden-Württemberg

68 Bayern

74 Berlin

78 Bremen

81 Hamburg

85 Hessen

88 Niedersachsen

91 Nordrhein-Westfalen

95 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

98 Rheinland-Pfalz

102 Saarland

105 Schleswig-Holstein

1 Editorial

53 Leserbrief und Replik

109 Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

110 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A18 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

Diese Ausgabe können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite www.psychotherapeutenjournal.de herunterladen.

Alles anders? Chronische Schmerzen sind in der ICD-11 keine psychische Störung mehr!

Antonia Barke, Beatrice Korwisi, Paul Nilges, Winfried Rief & Rolf-Detlef Treede

Zusammenfassung: Die ICD-11 enthält ein eigenes Kapitel für chronischen Schmerz. Eigenständige Schmerzdiagnosen unter den bisherigen F-Diagnosen entfallen (z. B. somatoforme Schmerzstörung). Diese weitreichenden Veränderungen gehen auf den erheblichen Wissenszuwachs bei Schmerz u. a. durch Neurobiologie, Genetik und Psychologie, aber auch die erfolgreichen interdisziplinären Behandlungskonzepte zurück, die in unserem Versorgungssystem etabliert sind. In einem kurzen Abriss werden die unterschiedlichen Schmerzdiagnosen und ihre historische Entwicklung dargestellt. Während somatisch nicht erklärbare Schmerzen lange als vorwiegend psychisch bedingt galten, ist inzwischen ein biopsychosoziales Konzept die akzeptierte Grundlage in Wissenschaft, Diagnostik und Behandlung aller chronischen Schmerzen. Unterschieden wird in der ICD-11 zwischen „chronischen primären Schmerzen“ als eigenständiger Erkrankung und „chronischen sekundären Schmerzen“, die sich zumindest zu Beginn als Symptom einer organischen Grunderkrankung (z. B. rheumatoide Erkrankung, Krebs, Schlaganfall) oder einer Schädigung (Operation, Verletzung) entwickelt haben. Die für die jeweiligen Diagnosen geltenden Kriterien und die aufwendige Überprüfung der Reliabilität und Validität der neuen Diagnosen werden berichtet.¹

Einführung

„In der Schmerzforschung herrschte für Jahrzehnte ein Kampf der Ideen zu den Entstehungsmechanismen von chronischen Schmerzen. Dabei schwang das Pendel hin und her zwischen peripher und zentral oder zwischen somatisch und psychisch“ (Schmelz, 2017, S. 551). Dieser wissenschaftliche, diagnostische und klinische Dualismus führte zu klaren Zuständigkeiten: Betroffene mit somatischer Pathologie wurden – erwartungsgemäß – medizinisch behandelt. Fehlten medizinische Erklärungen, wurde die Ursache im Psychischen vermutet und die Betroffenen wurden an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verwiesen. Dies war häufig eine bei den Patientinnen und Patienten wenig beliebte Alternative, zu der sie sich oft erst nach verschiedenen erfolglosen somatischen Therapieversuchen durchringen konnten.

Schmerz als psychische Störung wurde erst 1965 in der ICD-8 eingeführt. Bereits vorher waren psychodynamische Konzepte entwickelt worden, die chronischen Schmerz in die damals geltenden Störungsmodelle integrierten. Ein lange Zeit einflussreiches Konzept war die „Schmerzpersönlichkeit“ (Engel, 1951), eine Merkmalskonstellation, die nur für wenige der von Schmerz betroffenen Menschen zutraf. Engel selbst führte angesichts dieser Defizite später das biopsychosoziale Modell in die Medizin ein (Engel, 1977).

Diese Situation war (und ist noch immer) für alle Beteiligten problematisch: Primär somatisch behandelnde Ärztinnen und Ärzte stießen bei der Behandlung von chronischen Schmerzerkrankungen oftmals an ihre Grenzen. Die Relevanz somatischer Diagnosen und die Erfolge rein medizinischer Schmerztherapie waren insbesondere beim häufigsten chronischen Schmerz (nicht-spezifischer Rückenschmerz) bescheiden. Bei chronischen Schmerzen führten die für akuten Schmerz bewährten Strategien (z. B. Schonung des betroffenen Körperteils) oft zu einer Verschlechterung statt zu einer Verbesserung des klinischen Zustands; diese Erkenntnis ist inzwischen in die Nationale Versorgungsleitlinie nicht-spezifischer Kreuzschmerz eingeflossen (Bundesärztekammer et al., 2017). Wie auch bei anderen chronischen Erkrankungen stehen stattdessen die Symptomlinderung und Verringerung von Belastungen im Vordergrund – eine komplexe Anforderung für Betroffene und Behandelnde. Die Interaktion mit Menschen „ohne Befund“ spielt in der ärztlichen Ausbildung nur eine untergeordnete Rolle und auch der 2016 in der medizinischen Ausbildung eingeführte Querschnittsbereich Schmerzmedizin hat nur ein geringes Stundenkontingent. Für die Patientinnen und Patienten bedeutete die lange Phase medizinischer Heilungsversuche, dass sie die mit der – meist späten – Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung einhergehende Verschiebung des Behandlungsziels von Schmerzfreiheit zu Belastungsminderung oft nur schwer ak-

¹ Die Redaktion dankt Herrn Dr. Paul Nilges und Frau Prof. Dr. Christiane Hermann recht herzlich für ihre Koordination und die Kooperation beim Zusammenstellen der Beiträge für diesen Themenschwerpunkt.

zeptieren konnten. Zunehmend setzen sich erfreulicherweise auch frühzeitige interdisziplinäre multimodale Behandlungsprogramme durch, bei denen psychotherapeutische Komponenten integriert sind.

In diesem Artikel soll die Entwicklung der wissenschaftlichen Schmerzkonzepte und diagnostischen Klassifikation bis hin zur ICD-11 und die daraus resultierenden Implikationen für die stationäre, teilstationäre und ambulante Schmerz(psycho)therapie dargestellt werden.

Schmerzdiagnosen im „F-Kapitel“ der ICD-10: Unsicherheit, fehlende Akzeptanz und fehlende Diagnosen

Obschon Psychotherapeutinnen und -therapeuten genau für Anforderungen wie den Umgang mit Krisen und Belastungen vorbereitet und kompetent sind, wurde chronischer Schmerz lange als in der Regel somatisches Problem gewertet. Psychotherapeutinnen und -therapeuten waren für dieses fachübergreifende Problem oft nicht ausreichend ausgebildet. Das führte in der Praxis zu anhaltenden Zweifeln und Selbstzweifeln: Ist die somatische Diagnostik für meine Patientinnen und Patienten tatsächlich abgeschlossen, eine somatische Krankheit ausgeschlossen? Und warum ist es regelmäßig für Betroffene so schwer, Psychotherapie als Weg zu akzeptieren?

Die Akzeptanz von Schmerzdiagnosen im F-Kapitel war sowohl bei Behandelnden als auch bei Patientinnen und Patienten gering. Die Diagnose „psychogener Schmerz“ (bis 1990 in der ICD-9) und danach in der ICD-10-GM („GM=German Modification“: deutschsprachige Fassung der ICD) die „anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)“ bildeten nicht nur unzureichend die komplexen Faktoren und unseren wissenschaftlichen Kenntnisstand eines multifaktoriellen, biopsychosozialen Schmerzmodells ab. Sie stigmatisierten auch das Erleben der Betroffenen (Bundesärztekammer et al., 2017; Crombez et al., 2009; De Ruddere & Craig, 2016). Konzepte wie somatoforme Störung, psychosomatisches Syndrom und ähnliche „kranken“ nicht nur an der mangelnden Evidenz, sondern auch an der fehlenden Akzeptanz im medizinischen System, bei Behandelnden und Betroffenen (Merskey, 2009). Aus diesem Grund wurde in den USA die Diagnose „somatoform“ schlichtweg gar nicht verwendet (Levenson, 2011).

Patientinnen und Patienten mit primär somatischen und komorbiden psychosozialen Faktoren waren häufig psychotherapeutisch unterversorgt. Umgekehrt bestand bei erkennbar hohen psychosozialen Belastungen die Gefahr einer vorschnellen Kategorisierung in „psychisch bedingt/überlagert“ und eine Vernachlässigung körperlicher Faktoren.

Weiterhin herrschte in der ICD-10 als Folge der Klassifikation nach einzelnen medizinischen Fächern und Organsystemen große Unordnung im Hinblick auf Diagnosen für ein übergreifendes Phänomen wie chronische Schmerzen (Rief et al., 2010; Rief et al., 2012).² Neben den beschriebenen Diagnosen F45.41, F45.40 und dem hilfswise 2004 in der ICD-10-GM eingeführten Diagnosecode F62.80 (Lindena et al., 2005) waren weitere Diagnosen auf verschiedene Kapitel verteilt – z. B. G43 „Migräne“ im Kapitel für Krankheiten des Nervensystems oder M54 „Rückenschmerz“ im Kapitel für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Dies machte es schwierig, den Überblick über alle zur Verfügung stehenden Diagnosen zu behalten. Anderen Diagnosen fehlten Kriterien. So wurden viele verschiedene Schmerzarten unter R52.2 „Sonstiger chronischer Schmerz“ subsumiert. Für chronische neuropathische Schmerzen, chronische krebsassoziierte Schmerzen und chronische Schmerzen nach Operationen standen in der ICD-10 gar keine spezifischen Diagnosen zur Verfügung (Rief et al., 2012). Diese klinisch und wissenschaftlich inakzeptable Situation führte zur klaren Forderung: „Letztlich gehört in die ICD-11 ein eigenes Kapitel zum Schmerz“ (Treede, 2010; S. 384).

Fehlende Validität somatischer Konzepte für chronische Schmerzen

Welche Bedeutung haben somatische und psychosoziale Faktoren jeweils für die am weitesten verbreiteten „typischen“ Schmerzen? Schmerz gilt für viele Betroffene noch immer primär als Schadensmelder, als kausale Folge einer körperlichen Schädigung. Diskrepanzen zwischen Befund und Befinden gelten noch immer als „nicht normal“ (Roenneberg et al., 2020). Patrick Wall, ein Arzt und Grundlagenforscher stellt dazu fest: „Die geballte Macht der klassischen Medizin be-

_____ **Für ein übergreifendes Phänomen wie chronische Schmerzen herrschte in der ICD-10 durch die Klassifikation nach einzelnen medizinischen Fächern und Organsystemen große Unordnung im Hinblick auf Diagnosen.**_____

schloss, dass bei der Mehrzahl der Patienten mit chronischen Schmerzen organisch ‚alles in Ordnung‘ ist, dass es sich um einen Programmierfehler bei der mentalen Verarbeitung handelt, der zu übertriebenen Schmerzen führt [...]. Psychologen waren verpflichtet, diese Störung zu finden“ (Wall, 1994; S. 4). Dagegen stellte bereits Beecher (1956; S. 1609) fest: „Stärke und Dauer von Schmerzen durch eine Verwundung sind im Wesentlichen unvorhersehbar“.

² Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Rückenschmerzen und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule gehören nach allgemeinem Verständnis zusammen. Die Suche nach solchen kausalen „organischen Ursachen“ ergibt verwirrende Resultate. Nach ihrem radiologischen Befund haben einerseits weniger als 3 % von über 10.000 untersuchten jungen Männern – alle schmerzfrei – eine „gesunde“ Wirbelsäule (Hald et al., 1995). Auch in Kernspins (MRTs) der Wirbelsäule zeigen sich bei schmerzfreien Personen überwiegend „pathologische“ Normvarianten ohne Relevanz für Schmerz – ähnlich wie Falten im Gesicht mit zunehmendem Alter (Brinjikji et al., 2015). Andererseits – so eine Vermutung – könnte „ein Befund“ aktuell asymptomatisch sein, im weiteren Verlauf jedoch zu Schmerz führen. Diese zunächst plausible Annahme wurde in einer prospektiven Studie untersucht, mit eindeutigem Ergebnis: Bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe mit über 3.000 Teilnehmenden wurden Veränderungen der Wirbelsäule im MRT sowohl auf ihre aktuelle klinische Relevanz als auch auf mögliche Langzeitfolgen hin überprüft. Nach sechs Jahren lautete das Ergebnis: „Weder für sich genommen noch in Kombination besteht ein klinisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Degeneration der Lendenwirbelsäule und Rückenschmerz“ (Kasch et al., 2022). Bei den meisten Kreuzschmerzen, akuten und chronischen, ist weder eine spezifische Pathologie noch eine exakte anatomische Struktur als Schmerzursache identifizierbar (Waddell, 1991a; 1991b). Diese Rückenschmerzen wurden bislang als „nicht-spezifisch“ bezeichnet. Auch heute, im 21. Jahrhundert, sind weiterhin für über 90 % der Kreuzschmerzen keine pathologischen Faktoren an Knochen oder Gelenken erkennbar. „In der Grundversorgung sieht man eine spezifische Pathologie bei weniger als 1 % der Patienten mit Kreuzschmerzen“ (Bundesärztekammer et al., 2017; van Tulder & Koes, 2013). Auch bei Kopfschmerzen liegt der somatisch eindeutig erklärbare Anteil unter 10 % (Klaus et al., 2013). Für die häufigsten und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung wichtigsten Schmerzformen – Kreuz- und Kopfschmerzen – sind somatische Ursachen weniger relevant als üblicherweise vermutet.

Weiterentwicklung der diagnostischen Klassifikation als Konsequenz der therapeutischen Praxis

Kausale Konzepte – insbesondere dichotome – sind der Komplexität chronischer Schmerzen und vieler chronischen Erkrankungen nicht mehr angemessen. Dies gilt auch für die „klassischen“ psychosomatischen Störungen der Vergangenheit: So werden beispielsweise Magengeschwüre heute nicht mehr vorwiegend mit Stress assoziiert, sondern auf ein komplexes Zusammenspiel von Infektionen mit *Helicobacter pylori*, Lebensstilfaktoren, Belastungen und die Einnahme verschiedener Medikamente zurückgeführt (Périco et al., 2020). Auch die entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa gelten inzwischen als körperliche Krankheiten mit psychischen Einflussfaktoren (Degenhardt & Franke, 2017).

Fortschritte in Genetik, Hirnforschung und Epidemiologie haben zum wachsenden Verständnis der Komplexität von Schmerz und seiner Chronifizierung beigetragen und die wechselseitigen Einflüsse innerhalb des biopsychosozialen Konzeptes deutlich werden lassen (Braun et al., 2020). Dadurch wurden holzschnittartige Charakterisierungen von Patientinnen und Patienten obsolet und die wissenschaftliche Basis für das inzwischen weitgehend akzeptierte biopsychosoziale Modell gelegt.

Konsequenz dieser Entwicklung war in der ICD-10-GM 2009 die Aufteilung der Schmerzdiagnose F45.4 in die F45.40, wie bisher die „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“, und F45.41 als „chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ (Nilges & Rief, 2010). Tatsächlich ist bereits seit 1994 der inhaltlich vergleichbare Diagnose-Code 307.89 „Schmerzstörung mit sowohl Psychischen Faktoren wie einem Medizinischen Krankheitsfaktor“ (Saß et al., 1996) in der deutschen Übersetzung des DSM-IV vorhanden. Die hohe Akzeptanz der F45.41 zeigt sich an der Häufigkeit, mit der sie seit ihrer Einführung vergeben wurde (Grobe et al., 2016). Die Erfolgsgeschichte der F45.41 ist – obwohl weiterhin im F-Kapitel für psychische Störungen verortet – wesentlich auf ihre Funktion als „Brückendiagnose“ zurückzuführen, denn in der klinischen Praxis funktionieren weder monokausale somatische (z. B. M54 Rückenschmerz) noch monokausal psychische Diagnosen (F45.4, F62.80). Mit der F45.41 wurde erstmals in der ICD für Schmerz auf kausale Annahmen verzichtet und beide Aspekte deskriptiv als relevant integriert. Diese Entwicklung wurde mit der MG30 in der ICD-11 konsequent fortgesetzt.

„Man könnte [...] behaupten, dass in diesem Fall die Klinik im praktischen Umgang mit dieser Codierung der Forschung in gewisser Weise eine Nasenlänge voraus war“ (Schmelz, 2017; S. 551). Dazu gehört auch der Abschied von vagen Kausalhypothesen zur Psychogenese von Schmerz. In der ICD-11 werden die Schmerzdiagnosen deskriptiv und entsprechend dem biopsychosozialen Konzept formuliert.

Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie – die Umsetzung des biopsychosozialen Konzeptes

Auf der Grundlage des biopsychosozialen Konzeptes entwickelte sich die Schmerztherapie in Deutschland zu einem nahezu flächendeckenden Versorgungsangebot in allen Bundesländern. Zunehmend zum Goldstandard für die Behandlung chronischer Schmerzen wurde dabei die Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST; Thoma, 2018). Diese Behandlungsform wurde als IMST im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) als Komplexziffer 8–918 eingeführt und ist mit klaren Kriterien hinterlegt (Arnold et al., 2017). Voraussetzung für die Übernahme der Kosten durch die Leistungsträger ist nicht zuletzt die zutreffende Indikation, die sich aus der diagnostischen Klassifikation und Kodierung ableitet.

Das ICD-10-Konzept der somatoformen Störung war nicht nur wissenschaftlich fragwürdig. Auch für die Indikationsstellung zur interdisziplinären Behandlung psychischer, somatischer und sozialer Faktoren war es nicht hilfreich. Schmelz stellt in seinem Kommentar zur F45.41 fest: „Zum Glück setzt sich mehr und mehr das Konzept durch, dass sich periphere und zentrale Schmerzmechanismen gegenseitig beeinflussen und so gemeinsam – mit unterschiedlicher Gewichtung bei einzelnen Patienten – das Schmerzgeschehen bestimmen“ (Schmelz, 2017; S. 551). Mit der Einführung der F45.41 wird eine differenzierte und deskriptive Basis für die im klinischen Alltag – stationär und teilstationär – bereits langjährig praktizierte Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie geschaffen. Für die Therapie bedeutet dies eine Öffnung für die Zusammenarbeit der beteiligten Disziplinen. Die Rahmenbedingungen dafür wurden bereits 1999 beschrieben (Kasten 1)

Warum brauchen wir Diagnosen?

Fortschritte in der Behandlung von Krankheiten sind nur möglich, wenn spezifische Klassifikationen und somit Diagnosen vorliegen. Zuverlässige Diagnosen sind eine Grundlage für wissenschaftlichen Fortschritt: Studien setzen voraus, dass die untersuchten Patientengruppen korrekt klassifiziert werden können und hinsichtlich ihrer Symptomatik vergleichbar sind.

Voraussetzung für jede Therapie ist eine Diagnose, die nach möglichst eindeutigen Kriterien gestellt wird, mit denen die entscheidenden Merkmale einer Erkrankung oder Störung er-

Kriterien „echter“ Interdisziplinarität

- Gemeinsame Verantwortung
- Gemeinsame Untersuchung
- Gemeinsame Erhebung von Befunden
- Transparenter Kommunikationsprozess
- Integration der Informationen innerhalb des Teams
- Keine diagnostischen oder therapeutischen „Auftragsarbeiten“

(Strumpf et al., 1999)

Kasten 1: Kriterien „echter“ Interdisziplinarität

fasst sind. Diagnosen resultieren aus dem jeweiligen wissenschaftlichen Konsens über Ätiologie und Symptomatik. Die Entwicklung der Schmerzdiagnosen in den verschiedenen Versionen der ICD ist in Tabelle 1 dargestellt.

Diagnosen sind darüber hinaus notwendige Voraussetzungen für eine adäquate Behandlung (z. B. diagnosespezifische Leitlinien, Definition von Behandlungspfaden). Diagnosen sind zudem für Kliniken und die ambulante Versorgung erlösrelevant. Für stationäre und teilstationäre Leistungen gilt das Abrechnungssystem „German Diagnosis Related Groups-System (G-DRG)“. Die Vergabe eines diagnostischen Codes, der zu den Behandlungsmethoden und -zielen passt, ist eine Bedingung für die Kostenübernahme. Die Kriterien für die Indikationsstellung und die Inhalte der Behandlung sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel festgelegt und werden ggf. dadurch für die Medizinischen Dienste (MD; früher MDK,

Jahr	ICD-Fassung	Bezeichnung	DSM-Fassung	Bezeichnung
1965	ICD-8	Psychalgie 306.9		
1980			DSM-III	Psychogenes Schmerzsyndrom 307.8
1986	ICD-9	Psychogenes Schmerzsyndrom 307.8		
1987			DSM-III-R	Somatoforme Schmerzstörung 307.8
1990	ICD-10	Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung F45.4		
1994			DSM-IV	Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren 307.80 Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie einem medizinischen Krankheitsfaktor 307.89
2004	ICD-10 GM	Persönlichkeitsveränderung aufgrund chronischer Schmerzen F62.80		
2009	ICD-10 GM	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41		
2013			DSM-5	Somatische Belastungsstörung 300.82
2019	ICD-11	Chronischer Schmerz MG30.xx -primär -sekundär		

Tabelle 1: Schmerzdiagnosen im Zeitverlauf

Medizinischen Dienste der Krankenkassen) überprüfbar. In der ICD-10-GM waren für chronische Schmerzen keine angemessenen Kodiermöglichkeiten vorhanden und die diagnostische Einordnung des Schmerzerlebens der Patientinnen und Patienten als multidimensionales Geschehen war unmöglich. Stattdessen wurden einseitig entweder biologische oder psychologische Schmerzkonzepte überbetont. Daraus resultierten erhebliche Defizite bei der Versorgung: Viele Betroffene litten unter chronischen Schmerzsyndromen, ohne dass eine adäquate Diagnose dieses Leiden sowie den schmerzspezifischen Behandlungsbedarf abgebildet hätte. Auch der hilfswise 2004 eingeführte Diagnosecode F62.80 (Persönlichkeitsveränderung aufgrund chronischer Schmerzen) war dafür ungeeignet. Erst die Diagnose F45.41 ermöglichte es, somatische und psychologische Faktoren als gleichermaßen behandlungsrelevant in einer Diagnose zu dokumentieren. Für die Anwendung im klinischen Alltag wurden inzwischen Kodierhilfen und Checklisten veröffentlicht (Arnold et al., 2017).

Auch nach einer Reform des gegenwärtigen Erlössystems (wie im Koalitionsvertrag von 2021 avisiert) werden Diagnosen in Zukunft sowohl über die Behandlungswahl als auch über die Vergütung von Gesundheitsleistungen hinausgehend eine zentrale Steuerungsfunktion haben. Außerdem sind sie essenziell, um in der Forschung Stichproben zu definieren, um gesundheitspolitische Entscheidungen zu treffen und epidemiologische Daten zu gewinnen (Jakob, 2018a; 2018b).

Chronische Schmerzen in der ICD-11

Die Klassifikation chronischer Schmerzen in der ICD-11 wurde von einer internationalen und interdisziplinären Arbeitsgruppe der *International Association for the Study of Pain* (IASP) in enger Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt (Treede et al., 2019; Treede et al., 2015). Die ICD-11 wurde 2019 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet und trat im Januar 2022 für statistische Erhebungen der Mortalität in Kraft. Anders als die ICD-10 ist die ICD-11 kein Buch mehr, sondern eine frei verfügbare digitale Ressource, die online aufgerufen werden kann [https://icd.who.int/browse11/l-m/en]. In Deutschland arbeitet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aktuell an einer deutschen Übersetzung der ICD-11 sowie an der Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen. Der genaue Zeitpunkt der Einführung in Deutschland steht noch nicht fest. Allerdings wird die Einführung der ICD-11 in Deutschland zur Kodierung von Erkrankungen noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022*).

Mit der ICD-11 wurde erstmalig die biopsychosoziale Definition chronischer Schmerzen in die ICD aufgenommen: „Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit einer tatsächlichen oder möglichen Gewebeschädigung verbunden ist oder ihr ähnelt“ (Raja et al., 2020, S. 1977; Übersetzung BfArM). Chronische Schmerzen

Chronische primäre Schmerzen:
MG30.0 Chronische primäre Schmerzen
MG30.00 Chronische primäre viszerale Schmerzen
MG30.01 Das chronische ausgedehnte Schmerzsyndrom
MG30.02 Chronische primäre muskuloskeletale Schmerzen
MG30.03 Chronische primäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen
MG30.04 Komplexes regionales Schmerzsyndrom.
Chronische sekundäre Schmerzen:
MG30.1 Chronische krebsassoziierte Schmerzen
MG30.2 Chronische postoperative oder posttraumatische Schmerzen
MG30.3 Chronische sekundäre muskuloskeletale Schmerzen
MG30.4 Chronische sekundäre viszerale Schmerzen
MG30.5 Chronische neuropathische Schmerzen
MG30.6 Chronische sekundäre Kopfschmerzen oder orofaziale Schmerzen

Tabelle 2: ICD-11-Diagnosen Chronische Schmerzen

werden definiert als Schmerzen, die länger als drei Monate anhalten oder wiederkehren (Treede et al., 2015). Die ICD-11-Diagnosen chronischer Schmerzen finden sich im Kapitel 21 „Symptome oder klinische Befunde, anderenorts nicht klassifiziert“ und sind somit nicht mehr Bestandteil des Kapitels für psychische Erkrankungen. Die Klassifikation enthält die Hauptdiagnose „Chronische primäre Schmerzen“ und weitere sechs Hauptdiagnosen für „Chronische sekundäre Schmerzen“, insgesamt also sieben Hauptkategorien (s. Tab. 2).

Für jede Hauptdiagnose stehen zusätzlich spezifische Unterdiagnosen auf weiteren Ebenen zur Verfügung. Für die Hauptdiagnose „MG30.0 Chronische primäre Schmerzen“ z. B. die Unterdiagnose „MG30.00 Chronische primäre viszerale Schmerzen“ und weitere vier Unterdiagnosen (s. Tab. 2). Dies setzt sich für die chronischen sekundären Schmerzen fort. Die Hauptdiagnose „MG30.1 Chronische krebsassoziierte Schmerzen“ enthält (sinnvollerweise) die Unterdiagnosen „MG30.10 Chronische Krebsschmerzen“ und „MG30.11 Chronische Schmerzen nach Krebsbehandlung“. Der Übersichtlichkeit wegen wurden nur die Unterdiagnosen für chronische primäre Schmerzen in der Tabelle aufgeführt. Insgesamt umfasst die Klassifikation ca. 100 Diagnosen mit unterschiedlichem Spezifitätsgrad.

Alle Diagnosen sind klar definiert und durch mehrere Beschreibungskriterien näher operationalisiert, so wie es aus dem „F-Kapitel“ der ICD-10 für psychische Erkrankungen bekannt ist. Für alle Diagnosen sind Schmerzintensität, emotionale Belastung (z. B. Ärger oder Niedergeschlagenheit im Kontext der Schmerzen) und die funktionelle Beeinträchtigung (z. B. Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schmerzen) optional kodierbar

und damit auch Behandlungsindikationen dokumentierbar. Dies soll hier beispielhaft veranschaulicht werden:

Ein Patient mit chronischen Krebsschmerzen schätzt die Intensität seiner Schmerzen als 7/10 ein. Er berichtet Wut über die Schmerzen sowie Frustration über die damit einhergehenden Beeinträchtigungen. Diese emotionale Belastung schätzt er als 6/10 ein. Weiterhin kann er aufgrund der Schmerzen seinen Haushaltspflichten nicht nachkommen und zieht sich sozial zurück. Diese funktionelle Beeinträchtigung schätzt er als 8/10 ein. Die jeweiligen Ratings können in die WHO-Schweregrade „mild“ (NRS jeweils 1–3/10), „mäßig“ (NRS 4–6/10) und „stark“ (NRS 7–10) übersetzt werden. Unser Beispielpatient erhält damit den Diagnosecode MG30.10&XS2E&XS7C&XS2U. Hier steht MG30.10 für die chronischen Krebsschmerzen, XS2E für die ernste Schmerzintensität, XS7C für mäßige emotionale Belastung und XS2U für ernste funktionelle Beeinträchtigung.

Es ist zu betonen, dass die erste Ziffer „M“ der Diagnosen keinen Bezug zum „M-Kapitel“ (Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes) in der ICD-10 hat. Für die gesamte ICD-11 wurden die Buchstaben und Ziffern der Kapitel neu geordnet. So wird z. B. auch aus dem „F-Kapitel“ das „Kapitel 6“.

Im Kapitel 6 ist die Diagnose Somatische Belastungsstörung (Code: 6C20) enthalten. Schmerz ist hier allerdings lediglich als „Subspezifizier“ kodierbar und damit nicht angemessen differenziert diagnostizierbar.

Chronische primäre Schmerzen

Chronische primäre Schmerzen werden definiert als chronische Schmerzen in einer oder in mehreren Körperregionen, die für die betroffene Person eine erhebliche emotionale Belastung (z. B. Frustration, Niedergeschlagenheit, Wut) oder eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung (z. B. bei der Arbeit oder bei Alltagsaktivitäten) zur Folge hat (Nicholas et al., 2019). Hierbei ist besonders hervorzuheben, dass die Diagnose rein deskriptiv festgelegt wird und die vermutete Ursache des Schmerzsyndroms keine Rolle spielt: Das Vorliegen somatischer Faktoren wird nicht ausgeschlossen. Gleichzeitig wird nicht vorgeschrieben, dass psychische Faktoren allein oder hauptsächlich die Schmerzen verursachen. Hierin ähnelt die Kategorie der Diagnose F45.41 – ohne jedoch bei den psychischen Störungen angesiedelt zu sein.

Chronische sekundäre Schmerzen

Für chronische Schmerzen, die auf eine klar definierte und diagnostisch bestätigte Grunderkrankung (z. B. rheumatoide Arthritis, Polyneuropathie) zurückzuführen sind, stehen mit den chronischen sekundären Schmerzen sechs weitere diagnostische Kategorien zur Verfügung (Treede et al., 2019).

Während chronische primäre Schmerzen das Schmerzsyndrom als eigenständige Erkrankung verstehen, haben sich chronische sekundäre Schmerzen zumindest zu Beginn als Symptom einer Grunderkrankung (z. B. rheumatoide Erkrankung, Operation, Krebs, Schlaganfall) entwickelt (Treede et al., 2019). Liegt die Grunderkrankung weiterhin vor, werden beide Diagnosen (die für die Grunderkrankung und die jeweils für den chronischen Schmerz zutreffende Diagnose) gemeinsam vergeben. Die Schmerzen haben auch hier einen spezifischen Behandlungsbedarf, stehen nicht unbedingt in einem linearen Verhältnis zur Ausprägung der Grunderkrankung und können auch über die erfolgreiche Behandlung dieser hinweg weiter bestehen bleiben (Treede et al., 2019). Hier finden sich auch Diagnosen für chronische Schmerzen, die mit der ICD-10 nicht abgebildet werden konnten: „MG30.1 Chronische krebsassoziierte Schmerzen“, „MG30.2 Chronische postoperative oder posttraumatische Schmerzen“ und „MG30.5 Chronische neuropathische Schmerzen“. Diese Formen chronischer Schmerzen waren bisher auf der Kodierebene „unsichtbar“ was schwerwiegende Auswirkungen auf den Zugang zu multimodaler Schmerzbehandlung für die Betroffenen hatte.

Schmerzintensität, emotionale Belastung und funktionelle Beeinträchtigung

Selbstverständlich spielen emotionale Belastung, funktionelle Beeinträchtigung und psychosoziale Faktoren im Sinne des biopsychosozialen Schmerzmodells nicht nur bei den chronischen primären Schmerzen, sondern auch bei den chronischen sekundären Schmerzen eine wichtige Rolle und müssen in der Schmerztherapie immer berücksichtigt werden. Optionale Zusatzcodes können verwendet werden, um den Schmerzschweregrad auf diesen Ebenen neben dem eigentlichen Diagnosecode sichtbar zu machen (Treede et al., 2019). Dabei gehört zum Schweregrad neben der Schmerzintensität auch die emotionale Belastung und die funktionelle Beeinträchtigung (von Korff et al., 1992). Die Zusatzcodes können für chronische primäre und chronische sekundäre Schmerzen gleichermaßen genutzt werden. Die Behandelnden sollten die drei Dimensionen des Schweregrads (Schmerzintensität, emotionale Belastung, funktionelle Beeinträchtigung) von den Patientinnen und Patienten auf einer numerischen Ratingskala (NRS) von 0 bis 10 einschätzen lassen. Diese können dann in die WHO-Schweregrade „mild“ (NRS 1–3), „mäßig“ (NRS 4–6) und „stark“ (NRS 7–10) eingeteilt werden. Auch das Vorliegen spezifischer psychosozialer Faktoren wie beispielsweise Schmerzvermeidung oder schmerzbedingte andauernde Arbeitsunfähigkeit, kann mit einem Zusatzcode neben der Diagnose dokumentiert werden. Das Vorliegen der psychosozialen Faktoren soll dabei strukturiert erfasst werden. In Frage kommen dafür neben einer ausführlichen Anamnese vor allem validierte Fragebögen.

Empirische Befunde zu der neuen Klassifikation

Die WHO fordert für neue Definitionen Evidenz und Konsens. Entsprechend basiert die Klassifikation chronischer Schmerzen auf aggregierten empirischen Erkenntnissen und dem Konsens der internationalen Expertengruppe der IASP. Auch die Klassifikation und ihre Umsetzung selbst wurden ersten empirischen Evaluationen unterzogen. Wichtige Ziele der WHO bei der Revision der ICD waren ihr klinischer Nutzen und ihre internationale Anwendbarkeit (Jakob, 2018b). Hohe klinische Nützlichkeit bedeutet, dass die Klassifikation in der Routinepraxis gut anwendbar ist, dass sie die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen erleichtert, dass die Diagnosen gut dokumentiert werden können und – im Idealfall – prädiktiv für die Behandlungsergebnisse bzw. nützlich für die Indikationsstellung sind (First et al., 2004; Keeley et al., 2016).

Eine wichtige Voraussetzung für den Nutzen einer Klassifikation ist, dass die diagnostischen Kategorien klare Grenzen haben und sich möglichst wenig überschneiden. Gemeinsam sollten die Diagnosen den Bereich chronischer Schmerzen möglichst lückenlos abdecken und nur ein kleiner Rest chronischer Schmerzen als „nicht einzuordnen“ übrigbleiben. Diese Aspekte wurden in Feldtests untersucht, die die Entwicklung der Klassifikation begleiteten (Barke et al., 2018). In einer Stichprobe nicht ausgelesener Patientinnen und Patienten zeigten die Kategorien kaum Überlappung und nur 3 % der Schmerzen konnten keiner der Hauptkategorien zugeordnet

— Menschen mit chronischen Schmerzen bewerten die neuen Diagnosen als hilfreich für die Kommunikation mit medizinischen Fachkräften, ihren Familien und anderen Personen. —

werden und landeten in einer Residualkategorie. Dieses gute Ergebnis wurde inzwischen durch eine dokumentationsbasierte retrospektive Kodierungsstudie bestätigt (Zinboonyahoon et al., 2021).

Eine weitere Voraussetzung für den klinischen Nutzen ist die Reliabilität der Codezuweisungen. Die WHO führte umfangreiche Feldtests zu Kodierungsaspekten der gesamten ICD-11 durch. Die Ergebnisse für chronische Schmerzen zeigten, dass die Reliabilitätskoeffizienten der ICD-11-Diagnosen die der ICD-10-Diagnosen in allen Punkten übertrafen. Dies galt auch für weitere psychometrische Gütemaße, wie die Einfachheit der Anwendung, Eindeutigkeit der Kriterien und ebenso die Anzahl der korrekten Codezuweisungen (Barke et al., 2022). Als nächster Schritt wurde in einer internationalen Feldstudie die Interraterreliabilität von Klinikerinnen und Klinikern bei der Diagnosevergabe für reale Patientinnen und

Patienten getestet. Dabei fanden sich gerade auch im Vergleich zum Beispiel zu DSM-5 Diagnosen sehr gute Interraterreliabilitäten mit Kappa-Koeffizienten von 0,60 bis 0,78 (Korwisi et al., 2022).

In allen Studien wurden die Klinikerinnen und Kliniker auch gebeten, den klinischen Nutzen der Diagnosen zu bewerten. Dieser wurde in allen Studien als hoch eingestuft (Barke et al., 2018; Barke et al., 2022; Korwisi et al., 2022). Darüber hinaus deuteten die Ergebnisse einer Umfrage unter Menschen mit chronischen Schmerzen darauf hin, dass sie die neuen Diagnosen als hilfreich für die Kommunikation mit medizinischen Fachkräften, ihren Familien und anderen Personen erachteten (Korwisi et al., 2019) und insbesondere die Verortung außerhalb des Kapitels für psychische Störungen begrüßten. Die detaillierten Kategorien erhöhten die Sichtbarkeit der chronischen Schmerzdiagnosen im Vergleich zu ICD-10-Diagnosen (Zinboonyahoon et al., 2021).

Um die Reliabilität der Diagnosestellung weiter zu verbessern, wurde ein Klassifikationsalgorithmus (CAL-CP) entwickelt (Korwisi et al., 2021), der die Benutzerinnen und Benutzer mit einem binären Entscheidungsbaum durch die Kriterien führt. Ein PDF dieses Algorithmus ist hier verfügbar (<http://links.lww.com/PAIN/B277>).

Die nächsten Schritte und ein Ausblick

Auch wenn der genaue Zeitpunkt noch nicht bekanntgegeben wurde, steht fest, dass die ICD-11 in den nächsten Jahren im deutschen Gesundheitssystem zunehmend größere Bedeutung erhalten wird. Dies ergibt sich allein schon aus der Tatsache, dass die WHO die ICD-10 auf dem Stand von 2019 eingefroren hat und nur noch mit Notfalldiagnosen (U...) neue Entitäten wie COVID-19 einbeziehen kann. Im

Bereich der Schmerzforschung wird bereits jetzt empfohlen, die neuen Diagnosen mit ihren verbesserten Diagnosekriterien sowie die Zusatzcodes zu verwenden (Barke et al., 2020; Treede et al., 2019), damit die untersuchten Populationen klarer und einheitlicher charakterisiert werden können als bisher.

Die Einführung der ICD-11 erfordert erhebliche Anpassungen in der Verwaltung, der Informationstechnologie und in der Erstattungspraxis. Darüber hinaus ist eine gründliche Schulung von Klinikerinnen und Klinikern, Verwaltungs- und Kodierpersonal erforderlich. Dieser Aufwand lohnt sich nur, wenn er durch entsprechende Vorteile aufgewogen wird; erste Schritte zur Analyse sind getan, aber noch nicht abgeschlossen. Unabhängig davon, wann ein offizieller Umstieg von der ICD-10 auf die ICD-11 erfolgen wird, muss frühzeitig auf nationaler Ebene sichergestellt werden, dass die bisher erfolgreichen Konzepte der Behandlung von Menschen mit chronischen

Schmerzen mit der ICD-11 gesichert sind und ausgebaut werden. Dazu zählen stationäre und teilstationäre interdisziplinäre multimodale Therapieprogramme, die nach Kriterien des OPS 8–918 durchgeführt werden.

Auch die derzeit noch defizitäre ambulante Versorgung ist davon betroffen. Bei einem vom BfArM veranstalteten Workshop im März 2020 wurde diese Frage diskutiert. Die anwesenden Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, Ärzteverbände, MD und eingeladenen Expertinnen und Experten der Schmerzgesellschaften waren sich einig, dass nach Einführung der ICD-11 sichergestellt sein muss, dass die Codes für chronischen Schmerz auch den Zugang zu ambulanten ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungen ermöglichen und die Zusammenarbeit erleichtern.

Chronischer Schmerz ist ein weiteres Beispiel dafür, dass die diagnostischen und therapeutischen Tätigkeitsbereiche von Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht auf die bisherigen „F-Diagnosen“ limitiert sind. Für eine zunehmende Zahl von Gesundheitsproblemen ist Psychotherapie keine optionale Ergänzung, sondern als (Mit-)Behandlung Bestandteil von Leitlinien. Dies ist etwa bei chronischen Schlafstörungen (Insomnien), in Onkologie, Kardiologie und Diabetologie der Fall. Hier wie auch bei chronischem Schmerz ist ein freier Zugang zu diesen Behandlungsmöglichkeiten, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und damit eine leitlinienorientierte Behandlung und Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen.

Dafür ist ein frühzeitiges Engagement der psychotherapeutischen Kammern und Verbände wünschenswert und notwendig, um die Behandlungskompetenz und Abrechnungsberechtigung von Psychotherapie für diese Diagnosegruppe weiterhin zu gewährleisten.

Schon jetzt sollten die Weichen dafür in der Ausbildung der Studierenden gestellt werden, um frühzeitig das Interesse für somatische Tätigkeitsfelder, wie beispielsweise Schmerz, zu wecken und erste Kompetenzen zu vermitteln. Mit der Einführung der Weiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ in die Musterweiterbildungsordnung der BPtK wurde diesem Ziel Rechnung getragen. Die Übernahme in die Weiterbildungsordnungen der Länderkammern ist ein nächster wichtiger Schritt auf diesem wissenschaftlich und gesundheitspolitisch langen Weg.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Arnold, B., Lutz, J., Nilges, P., Pflingsten, M., Rief, W., Böger, A. et al. (2017). Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). *Der Schmerz*, 31 (6), 555–558.

Barke, A., Korwisi, B., Jakob, R., Konstanjsek, N., Rief, W. & Treede, R. D. (2022). Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization field testing. *Pain*, 163 (2), e310–e318.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022). ICD-11 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision. Verfügbar unter: www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html (30.01.2023).

Korwisi, B., Garrido Suarez, B. B., Goswami, S., Gunapati, N. R., Hay, G., Hernandez Arteaga, M. A. et al. (2022). Reliability and clinical utility of the chronic pain classification in the 11th Revision of the International Classification of Diseases from a global perspective: results from India, Cuba, and New Zealand. *Pain*, 163 (3), e453–e462.

Nilges, P. & Rief, W. (2010). F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren: Eine Kodierhilfe. *Der Schmerz*, 24, 209–212.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S. et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, 161 (9), 1976–1982.

Rief, W., Kaasa, S., Jensen, R., Perrot, S., Vlaeyen, J. W. S., Treede, R.-D. et al. (2010). The need to revise pain diagnoses in ICD-11. *Pain* (149), 169–170.

Thoma, R. (2018). Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie 2020. *Schmerz*, 32 (1), 1–4.

Treede, R.-D. (2010). Der neue Code F45. 41. *Der Schmerz*, 24 (4), 383–384.

Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R. et al. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160 (1), 19–27.



Prof. Dr. Antonia Barke

Prof. Dr. Antonia Barke ist Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin (VT). Sie hat die Professur für Klinisch-Psychologische Intervention an der Universität Duisburg-Essen inne und forscht unter anderem zu chronischen Schmerzen und Noceboeffekten.



Prof. Dr. Winfried Rief

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Winfried Rief ist Leiter der AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, der Hochschulambulanz und des Ausbildungsgangs Psychologische Psychotherapie an der Universität Marburg. Nach langjähriger Tätigkeit in verschiedenen Kliniken liegen seine wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkte in der Psychologie und Psychotherapie bei somatischen Beschwerden.



Dr. Beatrice Korwisi

Dr. Beatrice Korwisi befindet sich in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT) und forscht an der Universität Duisburg-Essen zu chronischen Schmerzen. Ihr inhaltlicher Schwerpunkt ist hierbei die Klassifikation chronischer Schmerzen.



Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede

Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede forscht an der Universität Heidelberg zum Thema Pathophysiologie des Schmerzes. Er berät verschiedene nationale (KKG am BfArM) und internationale Gremien (MSAC der WHO) zu Fragen der Klassifikation von Krankheiten. Er ist Präsident der AWMF.



Dr. Paul Nilges

nilges@uni-mainz.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Paul Nilges war über 30 Jahre klinisch und wissenschaftlich als leitender Psychotherapeut am DRK-Schmerz-Zentrum Mainz tätig. Aktuell ist er Dozent und Supervisor in Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Kolleginnen und Kollegen in Psychotherapie, Medizin, Pflege und Physiotherapie. Er ist Mitglied in verschiedenen Kommissionen und mit der Ausarbeitung und Aktualisierung von Leitlinien, u. a. der NVL nichtspezifischer Kreuzschmerz, befasst.

Schmerzpsychotherapie – psychologische und psychotherapeutische Aufgaben im Kontext eines biopsychosozialen und interdisziplinären Forschungs- und Versorgungsfeldes

Ulrike Kaiser, Anne Gärtner & Paul Nilges

Zusammenfassung: Schmerzpsychologische und -psychotherapeutische Ansätze haben eine lange Geschichte und sind eng mit den Entwicklungen der Psychotherapie (hier: Verhaltenstherapie) verknüpft. Dennoch gehen sie aufgrund des biopsychosozialen Charakters ihres Behandlungsgegenstandes Schmerz darüber hinaus. Die wesentlichsten Entwicklungen, Konzepte und therapeutischen Ansätze werden in diesem Artikel kurz dargestellt. Sie alle haben gemeinsam, dass psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen sowohl körperliche als auch soziale Aspekte neben den psychologischen berücksichtigen. Dies erfordert sowohl in der ambulanten als auch in der (teil-)stationären Versorgung eine integrative, interdisziplinäre Versorgungsform. Bisherige Ansätze haben sich vor allem in Bezug auf die Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzen entwickelt- neuere Behandlungsformen adressieren Betroffene mit wiederkehrenden Schmerzen und Chronifizierungsrisiko zur Vermeidung einer Chronifizierung.

Bedeutung spezifischer schmerzbezogener psychologischer und psychotherapeutischer Interventionen in der Schmerztherapie

Betroffene mit chronischen Schmerzen erleiden im Falle einer Fehl- bzw. Unterversorgung zunehmende körperliche und seelische Beeinträchtigungen, fortschreitende soziale Isolation, erhöhtes Belastungserleben und beanspruchen das Gesundheitswesen mit geringem intrapsychischen Benefit (Blyth et al., 2005). Diese Fehl- und Unterversorgung insbesondere hinsichtlich früh- bzw. rechtzeitig psychologischer bzw. psychotherapeutischer Angebote wurde bereits vor mehr als zehn Jahren konstatiert (Dietl et al., 2011). Demgegenüber steht eine Überversorgung in einseitig somatisch orientierter Diagnostik und Therapie (Medikamente, invasive oder unimodale, medizinische Behandlung) (Dietl et al., 2011). Obgleich in Leitlinien (z. B. Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz) eine frühzeitige psychologische bzw. psychotherapeutische Versorgung von Betroffenen mit wiederkehrenden Schmerzen gefordert wird, hat sich daran bisher wenig geändert.

Dabei existieren sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie bereits differenzierte und teilweise evidenzbasierte psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen, die diesen Menschen helfen könnten.

Psychotherapeutische Interventionen, vorrangig für chronische Schmerzen, kommen aus allen Richtungen der Psychotherapie, von denen jedoch die Verhaltenstherapie die am häufigsten angewendete Form darstellt. Wie die Verhaltenstherapie hat daher auch die Schmerzpsychotherapie in den letzten Jahrzehnten verschiedene Entwicklungen durchlaufen. Auch sie begann mit der operanten Therapieform. Als Erweiterung dieser primär auf Verhalten bezogenen „ersten Welle“ setzten sich die kognitiv-behavioralen Ansätze durch. Diese beiden sogenannten „lösungsorientierten“ Konzepte ergänzt nun die dritte Welle: Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass sich bestimmte Störungsmuster umso mehr verfestigen, je stärker die Anstrengungen im Fokus stehen, sie zu verändern. Akzeptanz und Achtsamkeit sind die zentralen Begriffe, die mit dieser Therapierichtung verbunden sind. Diese Entwicklungen sind jedoch nicht getrennt voneinander zu sehen. Vielmehr sind operante und kognitive Konzepte weiterhin wichtige Behandlungsansätze, wenn auch in abgewandelter Form oder in Weiterentwicklungen. Aus der anfangs biologischen Sicht entstand eine komplexere Auffassung über die Berücksichtigung verhaltensbezogener, später kognitiv-emotionaler Merkmale bis hin zu der heutigen Ergänzung durch kontextuelle bzw. Umgebungsmerkmale.

Schmerzpsychotherapeutische Interventionen charakterisieren sich durch drei wesentliche Kernaspekte:

- Sie haben diagnostische Zugänge und therapeutische Ansätze für psychologische Faktoren zur Schmerzentstehung, -verstärkung und -aufrechterhaltung entwickelt, wie

beispielsweise Schmerz- und Vermeidungsverhalten, kognitive Schemata, wie Katastrophisierung und Durchhalten, sowie emotionale Faktoren, wie schmerzbezogene Angst, deren Begrifflichkeiten sich durch alle Bereiche der verhaltenstherapeutischen Ansätze ziehen und in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen chronischer Schmerz bis heute zentral sind.

- Die Zielstellung schmerzpsychotherapeutischer Interventionen besteht im Bemühen, die körperliche und seelische Funktionsfähigkeit zu verbessern. Es geht *nicht primär* um die Reduktion der Schmerzen selbst.
- Schmerzpsychotherapeutinnen und -therapeuten verstehen sich entsprechend des biopsychosozialen Modells als Mit-Diagnostizierende und Mit-Behandelnde in einem biopsychosozialen Kontext, d. h. sie berücksichtigen körperliche und psychische Prozesse in ihren Wechselwirkungen. Aus diesem Grund sind sie meist in ein interdisziplinäres multimodales Behandlungssetting eingebunden.

Schmerzpsychotherapie und die Evidenz ihrer Modelle und Interventionen bei chronischen Schmerzen

Operante Modelle und Therapieansätze in der Schmerzpsychotherapie

Der erste umfassende Ansatz zu psychologischen Modellen in der Schmerztherapie geht auf Fordyce zurück (Fordyce, 1976).¹ Er löste sich von der Vorstellung, dass Schmerzerle-

Die Zielstellung schmerzpsychotherapeutischer Interventionen besteht nicht primär in der Reduktion der Schmerzen, sondern im Bemühen, die körperliche und seelische Funktionsfähigkeit zu verbessern.

ben und Schmerzverhalten ausschließlich eine direkte Folge der zugrundeliegenden Schädigung sind. Zentral für seinen Ansatz sind der Begriff des Schmerzverhaltens sowie die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, die dieses Schmerzverhalten beeinflussen. Schmerzverhalten wird definiert als die Kommunikation darüber, dass ein Mensch Schmerzen und Leiden erfährt. Wie jede Kommunikationsform kann dies verbal, nonverbal und paralingual erfolgen. Dabei wird zwischen einer beobachtbaren, einer nozizeptiven und einer subjektiven Schmerzerfahrung unterschieden (Fordyce, 1976).

Fordyce griff auf das Konzept der operanten Lernmechanismen zurück. Er formulierte die Beobachtung, dass ein ursprünglich auf einen nozizeptiven Reiz hin gezeigtes Schmerzverhalten durch kontingente (also auf diesen Reiz zuverlässig immer wieder auftretende bedeutsame Konsequenzen) Ver-

stärkung zunehmend vom Reiz löst. Das Verhalten wird unabhängig vom eigentlichen Ursprung weiterhin aufrechterhalten und übernimmt in der Folge u. a. auch instrumentelle Funktionen in der Regulation intrapsychischer Bedürfnisse.

Der Begriff des Schmerzverhaltens hat sich über die Jahre deutlich gewandelt. Die von Fordyce ursprünglich eingeführte Version, bestehend aus motorischer, verbaler und physiologischer Komponente, wurde um die kognitive Dimension erweitert. Heute gilt die Unterscheidung von kommunikativem und protektivem Schmerzverhalten als sinnvoll (Hadjistavropoulos & Craig, 2002; Sullivan, 2008).

Fordyce verwies bereits auf die Rolle von Vermeidungsverhalten und Emotionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen sowie die Rolle von Angehörigen in diesem Prozess. Vor allem das Vermeidungsverhalten wird häufig bei Betroffenen mit chronischen Schmerzen beobachtet, ist in der Regel überdauernd und kann mit erheblicher Beeinträchtigung und Leiden einhergehen (McCracken, 2005).

In empirischen Untersuchungen mit Bezugspersonen hat sich ihre Reaktion auf Schmerzverhalten als bedeutsam belegen lassen. Schmerzverhalten kann als (vermeintliche) Konfliktlösung dienen, weil sich durch sein Auftreten wesentliche Bereiche der partnerschaftlichen Kommunikation reduzieren lassen, wenn sie negativ erlebt werden (Schwarz et al., 1994; Roy, 1984; Faucett & Levine, 1991). Dadurch erfolgt eine negative Verstärkung des Schmerzverhaltens. Konsistent zeigt sich, dass zum einen viel positive Aufmerksamkeit und fürsorgliche Reaktionen der Partnerin oder des Partners auf das Schmerzverhalten mit einer stärkeren Aktivitätseinschränkung der Patientin oder des Patienten einhergehen (u. a. Stroud et al., 2006), zum anderen Bestrafung zur Reduktion von Schmerzverhalten führt (u. a. Romano et al., 2000). Bestrafende Reaktionen auf Schmerzverhalten gehen allerdings häufig mit einer Verstärkung anderer Symptome (wie Schmerzen und Beeinträchtigungserleben) einher (u. a. Cano et al., 2000).

Folge von Vermeidungs- und Schmerzverhalten sind u. U. körperliche (z. B. Verspannungen, muskuläre Dekonditionierung) und psychische Belastungen (verstärkte Angstreaktionen, depressive Reaktionen), die wiederum Ausgangspunkt für erneute Schmerzimpulse im Krankheitsgeschehen sein können. Vom Patienten bzw. von der Patientin werden sie zwar als Folge der ursprünglichen Erkrankung verstanden, resultieren aber vor allem aus der körperlichen und psychischen Inaktivität bzw. Vermeidung (Pfungsten et al., 2013). Es konnte mehrfach gezeigt werden, dass eine Veränderung des

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Schmerzverhaltens das Beeinträchtigungserleben der Patienten und Patientinnen verringern kann (u. a. Sullivan et al., 2006; Thibault et al., 2008; Keefe et al., 2004).

Aufgrund der Erkenntnis, dass Schmerzverhalten ohne identifizierbare Pathologie auftreten und fortbestehen kann, zielt die Behandlung auf seine direkte Beeinflussung bzw. das Erlernen funktionaler Schmerzbewältigungsstrategien (Nilges & Brinkmann, 2003).

In der operanten Therapie werden daher vor allem drei Bereiche adressiert (Flor & Turk, 2011):

- die Reduktion sichtbaren Schmerzverhaltens und der Aufbau von Aktivitäten im häuslichen, beruflichen, sozialen und Freizeitbereich,
- die Veränderung weiteren Krankheitsverhaltens (unangemessener Schmerzmittelgebrauch, häufige Arztbesuche etc.) und
- die Schulung der Angehörigen zur Bedeutung von Reaktionen auf Schmerz- und auf Gesundheitsverhalten.

Wesentliche Bausteine operanter therapeutischer Interventionen gehen auf die folgenden Überlegungen zurück:

- Die Gabe von Medikamenten soll (wenn indiziert) zeitkontingent erfolgen – anstelle einer Einnahme „nach Bedarf“.
- Die Optimierung von Ruhe und Übungsabläufen: Statt schmerzkontingenter Ruhepausen („aufhören, wenn es nicht mehr geht“) werden ausgehend von der aktuellen Leistungsfähigkeit Ziele und Schritte bzw. Quoten vereinbart. Nach Erreichen des Trainingszieles, jedoch nicht als Reaktion auf eine Schmerzverstärkung, wird eine Pause eingelegt; eine Steigerung der Quote erfolgt langsam anhand der aktuellen Belastungsgrenzen der Patientinnen und Patienten (Nilges & Brinkmann, 2003).
- Aufmerksamkeit und soziale Rückmeldungen („Belohnungen“) erfolgen primär auf Gesundheitsverhalten, Schmerzverhalten dagegen soll ignoriert werden.

Empirische Belege lassen sich in Interventionsstudien bei Patienten mit chronischen Schmerzen und experimentellen Studien finden (z. B. Keefe et al., 2004). So bleiben bei experimentell erzeugtem Schmerz die Schmerzäußerungen der Probandinnen und Probanden gleich oder nehmen sogar zu, wenn sie verbal verstärkt werden, obwohl die Intensität des verabreichten Schmerzreizes gleichzeitig gesenkt wurde (u. a. Jolliffe & Nicholas, 2004). *Flor et al. (2002)* fanden zwar keine Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und gesunden Probandinnen und Probanden hinsichtlich ihrer psychophysiologischen Reaktionen unter körperlicher Belastung. Allerdings dauerte es bei Betroffenen mit chronischen Schmerzen länger, bis eine konditionierte Reaktion wieder gelöscht war. Das Autorenteam schlussfolgert daraus, dass Patientinnen und Patienten mit

chronischen Rückenschmerzen durch operante Konditionierungsprozesse leichter zu beeinflussen sind als gesunde Kontrollpersonen. Darüber hinaus hat sich das Schmerzverhalten als ausgesprochen stabil (Sullivan et al., 2004) und kontextabhängig gezeigt (Asghari & Nicholas, 2001), wobei ein Zusammenhang zwischen Schmerzverhalten und Selbstwirksamkeitsüberzeugung, aber nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht, Depression und Katastrophisierung gefunden wurde.

Kognitiv-behaviorale Modelle und Therapieansätze in der Schmerzpsychotherapie

In Auseinandersetzung mit den Limitationen des operanten Modells entstanden alternative Konzepte des kognitiv-behavioralen Ansatzes. Seine Vertreter befassten sich mit den Inhalten des sozialen Lernens, der Emotionen und Kognitionen (Sharp, 2001) in ihrem Zusammenhang mit Schmerzerleben und Schmerzverhalten, aber auch in Bezug auf das subjektive Beeinträchtigungserleben der Betroffenen mit chronischen Schmerzen.

Kognitive Faktoren, wie Erwartungen, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Selbstbeurteilung, Katastrophisieren, haben eine hohe Relevanz für Schmerzverhalten und Schmerzempfindungen (Flor & Hermann, 1999). Ziel für schmerzpsychologische und -psychotherapeutische Veränderungen sind dysfunktionale Gedanken und Überzeugungen sowie ungünstige emotionale Reaktionen auf Schmerz und Beeinträchtigung (Turk et al., 1983). Im Zentrum der Therapie und damit auch der Modelle stehen neben Vermeidungs- und Schmerzverhalten vor allem spezifische Kognitionen wie Katastrophisierung oder Schmerzmythen (Pain Beliefs), sowie maladaptive Bewältigungsstrategien (z. B. Durchhalten), die mit ungünstigen Verhaltensweisen und emotionalen Belastungen verbunden sind.

Linton et al. (1994) beschreiben passives Vermeidungsverhalten als geringes Ausmaß an körperlicher und sozialer Aktivität, häufiges Äußern vielfältiger körperlicher Beschwerden, passive Bewältigungsanstrengungen, vermehrter Medikamentengebrauch sowie erhöhte Inanspruchnahme von Behandlungen. Dieses Verhalten ist häufig assoziiert mit Mustern maladaptiver kognitiver Schemata, wie zum Beispiel Katastrophisierung. Hinsichtlich der Kernbegriffe wie Angst, Katastrophisierung und Schmerzmythen wurden verschiedene schmerzpsychologische und -psychotherapeutische Ansätze entwickelt. Eines der Kernkonzepte ist das Modell der Angst-Vermeidung (Fear-Avoidance). Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass Angst, die auf irrationale Überzeugung der Bedeutung von Schmerz zurückgeht (Malec et al., 1977), in ein Verhaltensmuster führt, das nicht den biologischen Befunden entspricht, sondern diesen Überzeugungen bzw. Ängsten folgt und zu einer erhöhten Wahrnehmung von Schmerzen sowie zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten führt (Philips, 1987; zur Kinesiophobie als irrationale Angst vor Verletzung und Bewegung als Ursache von Schmerz siehe Kori et al., 1990). Dies wiederum resultiert erneut in physiologi-

schen Prozessen und mittelfristig im Verlust von körperlicher Leistungsfähigkeit im Sinne des Disuse-Syndroms (Bortz, 1984) und eröffnet damit einen Kreislauf, an dessen Ende über somatische Defizite hinaus Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie Depressivität, Angst und erhöhte Schmerzen stehen (Vlaeyen & Linton, 2012; Vlaeyen et al. 2000; Vlaeyen et al., 1995).

Katastrophisierung selbst steht in vielen schmerzpsychologischen und -psychotherapeutischen Ansätzen häufig im Mittelpunkt und wird definiert als ein übergreifendes kognitives Muster, das von anhaltendem Grübeln über den Schmerz, von einer Überschätzung der bedrohlichen Aspekte sowie von einer Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten zur erfolgreichen Bewältigung gekennzeichnet ist. Sie ist in den letzten Jahren intensiv in unterschiedlichen Situationen und Zusammenhängen untersucht worden (Quartana et al., 2009; Seminowicz & Davis, 2006; Boothby et al., 2004; Jensen et al., 2001). Es haben sich problematische konzeptuelle Überlappungen zum einen zu Depression gezeigt, zum anderen aber auch zu Schmerzangst und Hilflosigkeit (Sullivan & d'Eon, 1990). Sullivan et al (2001) zeigten interindividuelle Unterschiede, die

Unter „Katastrophisierung“ versteht man ein übergreifendes kognitives Muster, das von anhaltendem Grübeln über den Schmerz, von einer Überschätzung der bedrohlichen Aspekte sowie von einer Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten zur erfolgreichen Bewältigung gekennzeichnet ist.

sie auf Lernumfeld und kulturellen Hintergrund zurückführen. Quartana et al. (2009) fassen zusammen, dass ein hohes Maß an Katastrophisierung ein „Risikoanzeiger“ für langfristige Schmerzaufrechterhaltung zu sein scheint und damit ein wesentliches Therapieziel in Therapieansätzen sein sollte.

Das ursprüngliche Modell der Fear-Avoidance wurde von Hasenbring weiterentwickelt, weil nur ein Teil der Betroffenen mit chronischen Schmerzen primär Vermeidungsverhalten zeigen (Vlaeyen & Linton, 2012). Ein Versuch, zwischen den verschiedenen Bewältigungsformen von Vermeidung über Überforderung bis hin zu angemessenem Verhalten zu differenzieren, führte zum Avoidance-Endurance-Modell (Hasenbring, 1993; Hasenbring et al., 1994; Hasenbring et al., 2001). Der Begriff des Durchhaltens meint darin ein exzessives Überforderungsverhalten mit der Tendenz, eine Arbeit trotz größter Schmerzen zu Ende zu bringen sowie die Unfähigkeit, schmerzbedingte Pausen einzulegen.

Untersuchungen der Beziehungen zwischen Angst und Schmerz im Rahmen des Angst-Vermeidungs-Konzeptes erbrachten inkonsistente Ergebnisse. Zwar wird vermutet, dass allgemeine Formen der Angst wie Angstsensitivität (be-

schreibt die Neigung, angstnahe körperliche Sensationen als bedrohlich zu interpretieren und daher mit Angst auf diese an sich harmlosen Empfindungen zu reagieren (Taylor, 1995)) oder Trait-Angst (die generelle Disposition zu ängstlicher Reaktion) mit den schmerzspezifischen Angstformen zusammenhängen (Asmundson et al., 1999). Allerdings zeigen sich die konsistenteren Zusammenhänge mit Schmerzstärke und Beeinträchtigung eher bei den schmerzspezifischen Formen (Pincus et al., 2010).

In den letzten Jahren sind Elemente des Angst-Vermeidungsmodells wie Mythen und Überzeugungen zu Schmerzen (Pain Beliefs) sowie Katastrophisierung kritisch diskutiert worden, weil sie nicht, wie ursprünglich angenommen, pathologischer Natur und „typisch“ für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen sind, sondern sich ebenso bei Gesunden und Behandelnden finden. Sie sind vor allem kulturell und regional geprägt (Crombez et al., 2012; Bishop et al., 2008; Coudeyre et al., 2006; Goubert et al., 2004).

Ausgangspunkt der Therapie nach diesen konzeptuellen Überlegungen ist die Auffassung, dass vom Ausmaß „maladaptiver“ Bewertungen der eigenen Selbstwirksamkeit, der verfügbaren sozialen Unterstützung und der erhaltenen Verstärkung auf sein Verhalten abhängt, wie stark die Patientin bzw. der Patient seine Schmerzen erlebt und emotional beeinträchtigt ist (Turk et al., 1983). Im Zentrum steht daher die Wiedererlangung von Kontroll erleben über den Schmerz durch aktive Bewältigung unter Anwen-

dung kognitiver Ansätze zur Veränderung von Stimmung und Verhalten. Die Bestandteile der operanten Therapie (Entspannung, Biofeedback, Angehörigenschulung, Reduktion von Schmerzverhalten, Quotenpläne etc.) wurden ergänzt durch weitere Ansätze, wie die kognitive Umstrukturierung von Hilflosigkeit gegen den Schmerz bzw. die Lenkung der Aufmerksamkeit auf angenehme Dinge, aber auch Imagination als Bewältigungsform und Ansätze zum Selbstmanagement. Neuere Ansätze legen den Fokus auf die Konfrontation von Schmerzangst (in Anlehnung an Konfrontationsansätze in der Psychotherapie von Angststörungen). Sie haben sich gerade im Hinblick auf mittelgradig ausgeprägte Angst-Vermeidung bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen als effektiv erwiesen (Linton et al., 2008; Leeuw et al., 2008; Boersma et al., 2004).

Die Ergebnisse der therapeutischen Ansätze haben, nach einigen Metaanalysen zu urteilen, gute bis sehr gute Therapieeffekte in kontrollierten Studien gezeigt (u. a. Eccleston et al., 2013; Morley et al., 1999). Vor allem in Bezug auf Schmerzverhalten, Stimmung, Bewältigungsansätze und Schmerzwahrnehmung waren sie Kontrollgruppen überlegen und auch gegenüber üblichen Therapieansätzen effektiver. Bis

heute prägen diese Ansätze die verhaltenstherapeutischen Interventionen bei chronischen Schmerzen, auch wenn zunehmend deutlich wird, dass nicht jede Patientin oder jeder Patient gleichermaßen von solchen Ansätzen profitiert.

Gerade im Hinblick auf Diagnostik und Therapieplanung hat sich das Modell bewährt und kann den Patientinnen und Patienten gut vermittelt werden. Einschränkend ist anzuführen, dass sich kein einheitlicher Zusammenhang zwischen Veränderungen der Schmerzstärke und Veränderungen in kognitiven Faktoren wie Katastrophisierung hat finden lassen, allerdings zeigte er sich konsistent bezogen auf das Beeinträchtigungserleben (Gheldof et al., 2010; Woby et al., 2004).

Sowohl die Erkenntnisse zu den kulturellen Prägungen von Schmerzverhalten als auch die Erkenntnisse zu den Angstkonzeptionen führen aktuell dazu, dass die Autoren des Fear-Avoidance-Modells eine Erweiterung anstreben, die gerade auch kontextuelle Faktoren (wie Biographie, Umgebung, gesellschaftliche Einflüsse) stärker in den Fokus der Forschung rücken (Crombez et al., 2014).

Weitere Kritik an kognitiv-behavioralen Ansätzen findet vor allem im Hinblick auf ihre eingeschränkte Reichweite statt (Frede, 2011; McCracken, 2005): es profitieren längst nicht alle Patientinnen und Patienten. Sowohl die grundlegenden Wirkungsweisen als auch die Charakteristik der Patientinnen und Patienten, die sich verbessern können, sind noch weitgehend unbekannt. Zudem gilt es, die einmal erzielten Effekte dieser Therapien aufrechtzuerhalten, was sich in der Praxis als eine enorme Herausforderung erweist. Darüber hinaus scheinen die angenommenen Zusammenhänge zwischen kognitiven Variablen und den Veränderungen im Rahmen einer Schmerztherapie sich nicht durchweg zu bestätigen (McCracken, 2005). Daraus resultiert die Forderung, althergebrachte Perspektiven auf den Kontext, der Verhalten und Erleben bestimmt, auszuweiten (Vlaeyen et al., 2012; McCracken, 2005). Dies entspricht den Ansätzen der dritten Welle, die sich McCracken zufolge durch empirischen Bezug, durch sensiblen Umgang mit Kontext und Funktion psychischer Inhalte im Rahmen der Lebensgestaltung von Patientinnen und Patienten sowie durch den Fokus auszeichnen, flexible und allgemein anwendbare Verhaltensweisen zu erarbeiten.

Modelle kognitiver Flexibilität und Akzeptanz sowie Achtsamkeit und deren therapeutische Ansätze in der Schmerzpsychotherapie

Schmerzbewältigungsprogramme auf der Grundlage der KVT zielen auf die Veränderung ungünstiger schmerzbezogener Kognitionen und Coping-Stile, sie betonen die aktive Rolle der Patientinnen und Patienten und deren Eigenverantwortung. Die langfristigen Ergebnisse Anstrengungen von Patientinnen und Patienten, Schmerz zu bewältigen, widersprechen gelegentlich unseren Annahmen. In einer wegweisenden Studie

finden McCracken und Eccleston (2003) scheinbar paradoxe Zusammenhänge zwischen der Ausprägung von Coping-Strategien und den Resultaten für die Patientinnen und Patienten. „Mehr und besseres“ Coping ist danach nicht automatisch mit einer reduzierten Belastung verbunden. Intensive Anstrengungen, „den Schmerz wegzukriegen“, aktives Handeln und ausgeprägte Eigenverantwortung können dabei selbst zum Teil des Problems werden. Wiederholte Therapieversuche führen nicht selten zur Eskalation des Kampfes gegen den Schmerz. Die daraus resultierenden ungünstigen Konsequenzen für alle Lebensbereiche sind dann das eigentliche Problem der Patientinnen und Patienten (Keefe, 2005). „Immer wieder neu habe ich versucht, bis zum Ohnmachtschmerz aufzubleiben – immer in der Hoffnung auf langfristig positive Folgen, wenn ich nur lange genug in der Situation ausharren würde“ (Frede, 2004). Tatsächlich nimmt die Angst vor Schmerz mit wiederholten starken Schmerzerfahrungen zu. Notwendig werden für die Betroffenen immer längere Ruhezeiten, die wiederum zu körperlicher Dekonditionierung (Disuse-Syndrom, siehe oben) führen. Wiederholte Misserfolge treiben schließlich in die Resignation.

Schmerz kann mit anhaltenden Einschränkungen verbunden sein: Verlust von Gesundheit, Selbstachtung, Vertrauen in den eigenen Körper, befriedigenden Aktivitäten in Beruf und Freizeit sowie von Respekt im Angehörigen- und Freundeskreis (Dersh et al., 2004).

Alternativ zu Durchhaltestrategien oder Vermeidungsverhalten ist Akzeptanz eine Möglichkeit, auf diese Einschränkungen zu reagieren, die nicht unmittelbar kontrollierbar sind. Menschen setzen Coping-Strategien ein, wenn persönliche Ziele subjektiv blockiert oder bedroht sind. Nach dem bewältigungstheoretischen Ansatz nach Brandtstädter (1992) werden zwei Bewältigungsformen unterschieden: Beharrliche Zielverfolgung (assimilative Bewältigung) bezeichnet Versuche, die Situation so zu verändern, dass Diskrepanzen zu persönlichen Zielen und Wünschen beseitigt werden (z. B. durch das Aufsuchen einer Ärztin oder eines Arztes, Krafttraining für die Rückenmuskulatur, das Benutzen von Hilfsmitteln). Demgegenüber zielt Flexibilität (akkommodative Bewältigung) auf eine Verringerung der Diskrepanzen zwischen „Wollen und Können“ durch eine Anpassung von Zielen und Wünschen an den gegebenen Kontext. Möglich ist das durch eine Änderung des Anspruchsniveaus und/oder die Überprüfung und Neuorientierung der übergeordneten Ziele (Schmitz et al., 1996).

Der Schwerpunkt lag bei Schmerzbewältigungstrainings lange auf der Vermittlung aktiver Strategien, wie Ablenkung, Konfrontation oder Problemlösung, die zum assimilativen Modus gezählt werden. Die Vermittlung von Flexibilität, also Akzeptanz, Umbewertung der Situation und die Orientierung auf erreichbare Ziele, sind dem akkommodativen Modus zuzurechnen (Rothermund et al., 2002).

Ziel schmerzpsychologischer und -psychotherapeutischer Ansätze ist entsprechend nicht die direkte Beeinflussung

der Schmerzen selbst, sondern die Veränderung von Erwartungen und Bewertungen (McCracken & Eccleston, 2003; Brandtstädter, 1992). Differenziert wird zwischen „Schmerzakzeptanz“ („pain acceptance“) als dem akkomodativen Modus zuzuordnende Form des Umgangs mit chronischen Schmerzen („Schmerzen gehören zum Leben“) und „Aktivitätsbereitschaft“ („activity engagement“) als gewohnte Fortführung der täglichen Aufgaben und Freizeitaktivitäten trotz Schmerzen. Dabei geht es um eine flexible Abwägung vorhandener Ressourcen zur zielführenden Anpassung an das Schmerzerleben und die damit einhergehende Beeinträchtigung. Nicht die aktive Auseinandersetzung mit Schmerz steht im Mittelpunkt, sondern das Bemühen, das eigene Funktionsniveau trotz bestehender Einschränkungen zu erhalten, sowie die Tendenz, Schmerzen nicht um jeden Preis vermeiden zu wollen.

Dementsprechend werden therapeutische Verfahren und Techniken angewandt, die auch in anderen Bereichen der Verhaltenstherapie inzwischen etabliert und überprüft sind.

— Der gegenwärtige Trend zu schnellen Lösungen durch Operationen und voreilige Medikamentengabe steht im klaren Widerspruch zu den therapeutischen Grundsätzen und Zielen von akzeptanz- und achtsamkeitsbasierten Behandlungskonzepten. —

Unter dem Stichwort „Achtsamkeit“ (Mindfulness) hat Kabat-Zinn bereits vor mehr als 30 Jahren ein Verfahren entwickelt und bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen angewandt (Kabat-Zinn et al., 1985). Ziel dieser Verfahren ist die Vermittlung einer akzeptierenden Haltung gegenüber unangenehmen Wahrnehmungen, also auch gegenüber Schmerz. Anstelle permanenter und erfolgloser Bemühungen, „ihn“ zu beeinflussen und zu reduzieren, steht die Vermittlung einer „würdevollen Haltung“ und eines „nicht bewertenden Kontaktes mit der Realität“ (Diezemann, 2013).

Flexible Bewältigungsstrategien erwiesen sich als protektiver Faktor sowohl hinsichtlich Depressivität als auch Behinderung im Alltag. Flexibilität moderiert die Beziehung zwischen aktiver Bewältigung und schmerzbedingter Behinderung: Bei geringer Flexibilität waren Patientinnen und Patienten paradoxerweise umso stärker beeinträchtigt, je intensiver ihre Bewältigungsanstrengungen waren; war die Flexibilität dagegen hoch, waren auch die aktiven Bewältigungsstrategien effektiv (Schmitz et al., 1996). In mehreren Studien konnten McCracken et al. und andere Autoren (McCracken et al., 2005; McCracken & Eccleston, 2003; Viane et al., 2003) nachweisen, dass mit mehr Akzeptanz geringere körperliche Behinderung, weniger Inaktivität, geringere Depression sowie reduzierte schmerzbezogene Ängste und letztlich auch eine niedrigere Schmerzintensität verbunden sind. In einer ersten Metaanalyse konnten die Autoren im Vergleich zu

„konventionellen“ Verfahren der KVT zwar keine „Überlegenheit“ hinsichtlich der Wirksamkeit finden, wiesen aber darauf hin, dass es sich für einige Patientinnen und Patienten um sinnvolle Alternativen handelt (Veerhof et al., 2011).

Das Konzept „Schmerzakzeptanz“ beschreibt Prozesse, denen innerhalb der kognitiv-behavioralen Tradition zwar eine wichtige theoretische Rolle zukommt, die in der praktischen Arbeit zugleich jedoch lange vernachlässigt wurden. Entscheidende Konsequenz ist eine differenzierte und kontextabhängige Anwendung von Aktivitätsförderung in der Schmerztherapie (McCracken, 2005). Bei Schmerz sind zentrale Aspekte des Lebens betroffen: Gesundheit, Vertrauen in den eigenen Körper, berufliche Leistungsfähigkeit und Beziehungen zu anderen Menschen können durch chronische Schmerzen bedroht sein.

Weder passives angstvermeidendes noch Durchhalte-Verhalten sind langfristig erfolgreich. Das Konzept der Schmerzakzeptanz ist ein Schlüssel zu einem den eigenen Möglichkeiten angepassten aktiven Lebensstil. Der Fokus der Aufmerksamkeit orientiert sich weg vom Schmerz hin auf den Lebenskontext der Patientinnen und Patienten, auf die vorhandenen Möglichkeiten, am privaten, sozialen und beruflichen Leben aktiv teilzunehmen. Diese Situation ist für alle betroffenen Menschen jeweils anders; sie unter-

terscheiden sich erheblich hinsichtlich ihres privaten und beruflichen Kontextes, das bedeutet, dass mit der Behandlung hohe Ansprüche an Individualisierung und Differenzierung verbunden sind. Die Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren führt zu einer angemessenen im eigentlichen Sinne biosychosozialen Perspektive: Mit Schmerz verbundene Probleme werden weniger als individuelle Defizite der Patientin bzw. des Patienten verstanden, sondern als Ergebnis vielfältiger Einflüsse – die auch einer therapeutischen Beeinflussung zugänglich sind.

Noch nicht ausreichend erforscht ist, zu welchem Zeitpunkt dieses Konzept eine sinnvolle Behandlungsoption darstellt. Zu Beginn eines Schmerzproblems ist tatsächlich die aktive Auseinandersetzung, d. h. die Klärung diagnostischer Fragen und die Suche nach wirksamen Behandlungsoptionen, eine angemessene und günstige Haltung. Ab wann dieser Suchprozess zum eigentlichen Problem und damit ungünstig für die Patientin bzw. den Patienten wird, hängt auch von den Schmerzsyndromen, den jeweiligen Ausgangsbedingungen und nicht zuletzt den Konzepten der Behandelnden ab. Der gegenwärtige Trend zu invasiven und schnellen Lösungen durch Operationen und voreilige Medikamentengabe steht im klaren Widerspruch zu den therapeutischen Grundsätzen und Zielen von akzeptanz- und achtsamkeitsbasierten Behandlungskonzepten.

Zusammenfassung und Ausblick zur Schmerzpsychotherapie

Bisherige Modelle und therapeutische Ansätze lassen sich in Kürze wie folgt charakterisieren:

- Sie sind eng mit den Entwicklungen der Verhaltenstherapie verbunden; Impulse aus anderen Störungskreisen, wie bspw. die Angst-Therapie oder die Achtsamkeits- bzw. Akzeptanztherapie, werden aufgegriffen und für das Feld der Schmerztherapie angepasst.
- Die vorgestellten Modelle und therapeutischen Ansätze überschneiden sich mit anderen psychotherapeutischen Modellen und Ansätzen, sie gehen aber in Bezug auf die Besonderheiten über diese Modelle und Ansätze hinaus – d. h. es erfordert eine Spezifikation der Modelle und Ansätze, um sie in der Schmerztherapie anzuwenden.
- Schmerzpsychologische und -psychotherapeutische Modelle und Ansätze nehmen konsistent die Wechselwirkungen von körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten in den Fokus. Sie orientieren sich an einem biopsychosozialen Modell für die Erklärung der Entstehung, Verstärkung und Aufrechterhaltung von Schmerzen.
- Sie bilden inzwischen ein eigenständiges Forschungsgebiet.
- Sie haben sich im Wesentlichen in Bezug auf die Diagnostik und Behandlung von chronischen Schmerzen entwickelt.

Aktuell existieren Bestrebungen, schmerzpsychologische Ansätze auch in die Prävention von chronischen Schmerzen (zur sog. Sekundärprävention siehe *Kaiser et al., 2020*) zu implementieren (bspw. *Preissler et al., 2022; Kaiser et al., 2021*). Es geht hier um die Zielgruppe von Betroffenen mit wiederkehrenden Schmerzen und Chronifizierungsrisiko bzw. um die frühzeitige Betreuung von postoperativ Versorgten mit Risikofaktoren für eine Chronifizierung (weiterführende Informationen finden Sie unter www.schmerzgesellschaft.de/wissenschaft).

Die in den Jahren sowohl wissenschaftlich als auch klinisch etablierte Erfahrung und Erkenntnis erfordert eine Qualifikation für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die sich den dargestellten Besonderheiten der Schmerztherapie widmet. Diese Qualifikation wird durch Fachgesellschaften und einige Psychotherapeutenkammern angeboten. Die Spezielle Schmerzpsychotherapie (SSPT) ist Bestandteil der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer. Leider besteht vor allem in Bezug auf die Verfügbarkeit qualifizierter ambulant praktizierender Schmerzpsychotherapeutinnen und -therapeuten ein Mangel, der auch auf die bisher nicht durchgängig geklärte finanzielle Vergütung zurückgeht.

Schmerzpsychotherapie: Das biopsychosoziale Modell bestimmt den Kontext des Wirkungsspektrums

Darüber hinaus – und dies als wichtigstes Merkmal zum Schluss – ist die Schmerzpsychotherapie aufgrund ihres Behandlungsgegenstandes an ein biopsychosoziales Behandlungsfeld gebunden. Wesentliche diagnostische und therapeutische Interventionen für Schmerzerkrankungen finden in Deutschland im interdisziplinären Kontext statt und folgen dem biopsychosozialen Schmerzverständnis (*Kaiser et al., 2020*).

Dies erfordert eine Öffnung fachpsychologischer bzw. -psychotherapeutischer Methoden in der Diagnostik sowie in der Behandlung hin zu einer integrationsfähigen, ständig konsistenten und konsequenten Zusammenarbeit mit anderen Fachberufen. Die fortwährende Berücksichtigung biologischer (bspw. funktioneller, sensorischer) und sozialer Aspekte in allen Bereichen der Versorgung erfordert ein multidisziplinäres Team oder eine vergleichbare Form interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Entsprechende Empfehlungen für den (teil-)stationären Kontext existieren bereits seit längerer Zeit (u. a. *Arnold et al., 2009, 2014*). Sie enthalten psychologische bzw. psychotherapeutische Angebote als zentralen Bestandteil. Wesentliche Merkmale dieser interdisziplinären Versorgungsformen bei (bisher noch vorrangig chronischen Schmerzen) ist ein multidisziplinärer Ansatz in einem integrativen Team, das mithilfe eines gemeinsamen Krankheitsmodells gemeinsame diagnostische Entscheidungen fällt bzw. gemeinsame Therapieziele vereinbart, an denen integrativ zusammen mit den Betroffenen gearbeitet wird (*Arnold et al., 2009, 2014*).

Aus Sicht tätiger Schmerzpsychotherapeutinnen und -therapeuten ist eine Berücksichtigung der Erfordernisse interdisziplinärer Zusammenarbeit bereits im Studium, aber auch später in der beruflichen Qualifikation zur Psychotherapie wünschenswert. Interdisziplinäre Ansätze sind inzwischen in vielen weiteren medizinischen Versorgungsfeldern, beispielsweise der Palliativmedizin, der Diabetologie und anderen chronischen Erkrankungen, bereits selbstverständlich.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Arnold, B., Brinkschmidt, T., Casser, H. R., Diezemann, A., Gralow, I., Irnich, D. et al. (2014). Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. *Schmerz*, 28 (5), 459–472.

Flor, H., Knost, B. & Birbaumer, N. (2002). The role of operant conditioning in chronic pain – an experimental investigation. *Pain*, 95, 111–118.

Fordyce, W. E. (1976). Behavioral methods for chronic pain and illness. Mosby: St. Louis.

Frede, U. (2011) Praxis psychologischer Schmerztherapie – kritische Reflexion aus der Patientenperspektive. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 637–653). Heidelberg: Springer.

Hasenbring, M., Hallner, D. & Klasen, B. (2001). Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. *Schmerz*, 15, 442–447.

Kabat-Zinn, J., Leslie, L. & Robert, B. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med*, 8, 163–190.

Kaiser, U., de C Williams, A. C. & Kappesser, J. (2020). The biopsychosocial understanding of pain and chronicity: History and implications. In B. Fritzsche (Hrsg.) & E. Pogatzki-Zahn/H. G. Schaible (Volume Editors), *The Senses: A Comprehensive Reference* (Bd. 5; S. 58–67). Elsevier: Academic Press.

McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197–204.

Pfingsten, M., Korb, J., Hasenbring, M. (2013). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung- Konsequenzen für die Prävention. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 115–134). Heidelberg: Springer.

Vlaeyen, J. W., Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153 (6), 1144–1147.



Dr. Anne Gärtner

Dr. rer. medic. Anne Gärtner ist in ihrer Privatpraxis für Psychotherapie tätig; sie ist wissenschaftliche Projektleitung für PAIN2.0 und hat viele Jahre in einer interdisziplinären multimodalen Schmerztagessklinik als Psychotherapeutin und zuletzt als leitende Psychotherapeutin gearbeitet.



PD Dr. Ulrike Kaiser

ulrike.kaiser@uksh.de

PD Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ulrike Kaiser ist aktuell leitende Psychotherapeutin (PP/VT) und Projektleitung am USKH Lübeck; sie leitete seit 2014 verschiedene multizentrische Projekte zu Schmerzen, Schmerzprävention und interdisziplinären Versorgungsangeboten. Aktuell ist sie wissenschaftliche Projektleitung für PAIN2.0 (01NVF20023). Sie ist Referentin an Ausbildungsinstituten für Psychotherapie und Vizepräsidentin der DGPSF e. V.



Dr. Paul Nilges

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Paul Nilges war über 30 Jahre klinisch und wissenschaftlich als leitender Psychotherapeut am DRK-Schmerz-Zentrum Mainz tätig. Aktuell ist er Dozent und Supervisor in Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Kolleginnen und Kollegen in Psychotherapie, Medizin, Pflege und Physiotherapie. Er ist Mitglied in verschiedenen Kommissionen und mit der Ausarbeitung und Aktualisierung von Leitlinien, u. a. der NVL nichtspezifischer Kreuzschmerz, befasst.

Chronische Schmerzen verstehen und erklären: Schmerzedukation als wesentlicher Baustein für die Therapie

Bernd Kappis, Martin von Wachter, Silas P. Pfeiffer, Judith Kappesser & Christiane Hermann

Zusammenfassung: Viele Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen haben enttäuschende Vorerfahrungen im Gesundheitssystem gemacht. Das Verständnis für den Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Schmerzen ist oft gering. Schmerzedukation ist nicht nur zu Therapiebeginn ein wesentlicher Therapiebaustein. Durch sie wird das Krankheitsverständnis in Richtung eines biopsychosozialen Schmerzmodells erweitert. Psychosoziale Faktoren werden als wesentlich für Verstärkung und Aufrechterhaltung der Schmerzen anerkannt, ohne somatische Faktoren (z. B. Sensitivierung) zu negieren. Im Gegenteil: Ein Schwerpunkt der Schmerzedukation stellt ausdrücklich die neurobiologisch fundierte Erklärung des Schmerzerlebens dar. Eine gelungene Schmerzedukation fördert die aktive Mitarbeit der Betroffenen in der Therapie. In diesem Beitrag werden Ziele und Möglichkeiten erläutert, chronische Schmerzen aus einer biopsychosozialen Sichtweise zu erklären. Das Vorgehen wird anhand praktischer Beispiele illustriert.

Chronische Schmerzen und Psychotherapie?

Patientinnen und Patienten, die wegen psychischer Probleme eine Psychotherapie aufsuchen, berichten selten oder gar nicht über körperliche Schmerzen, wenn sie nicht explizit danach gefragt werden. So haben wir 472 Patientinnen und Patienten, die sich 2021 und 2022 in der Verhaltenstherapeutischen Ambulanz der Universität Gießen primär aufgrund von affektiven und Angststörungen vorstellten, gefragt, ob sie Schmerzen haben und durch diese in ihrem Alltag beeinträchtigt seien. 64 % der Befragten gaben auf unsere Nachfrage an, in den vorangegangenen drei Monaten regelmäßig Schmerzen gehabt zu haben, davon 42 % sogar mehrmals pro Woche. Von denjenigen, die Schmerzen hatten, erlebten sich 36 % durch diese Schmerzen stark bis sehr stark in ihrem Alltag beeinträchtigt (Kappesser et al., in Vorbereitung).

Diejenigen Patientinnen und Patienten, die sich primär wegen ihrer chronischen Schmerzen in der psychotherapeutischen Praxis vorstellen, haben oft bereits viele, meist negative Erfahrungen im größtenteils somatisch orientierten Gesundheitssystem gemacht. Neben Unverständnis („Sie haben nichts, es ist alles in Ordnung.“) und Zurückweisung („Bei mir sind Sie da falsch.“) haben die Betroffenen oft auch Hoffnungs-Enttäuschungs-Schleifen erlebt („Ich kann nichts [mehr] für Sie tun.“). Daraus folgen möglicherweise Hilflosigkeit und Ohnmacht gegenüber der Erkrankung und Zurückhaltung und Misstrauen gegenüber neuen Therapeutinnen und Therapeuten sowie Therapien. Die Bereitschaft auf Patientenseite für

eine psychotherapeutische (Mit-)Behandlung der Schmerzerkrankung hängt anfangs sehr von diesen Vorerfahrungen ab. Entsprechend sollte die bisherige Behandlungsanamnese berücksichtigt werden.

Welche Beschwerden Patientinnen und Patienten primär angeben und was sie erwarten, ist natürlich kontextabhängig. So berichten diejenigen, die sich in einer psychosomatischen Ambulanz vorstellen, meist zunächst von Schmerzen und körperlichen Beschwerden und erst auf Nachfrage über psychische Symptome. Unabhängig von der primären Diagnose gilt es, bei den Betroffenen ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass auch chronische Schmerzen erfolgreich psychotherapeutisch behandelt werden können.

Der psychotherapeutische Zugang zu Personen mit chronischen Schmerzen kann aus verschiedenen Gründen erschwert sein. Hierzu zählen vor allem enttäuschende oder erfolglose Behandlungsversuche, streng somatische Kausalattributionen („Ich hab's im Rücken, nicht im Kopf.“), passive Behandlungserwartungen oder Sorgen vor Stigmatisierung. Neben den somatischen Ursachenzuschreibungen (Schmerz = Hinweis auf Schädigung oder Defekt) gibt es weitere typische Krankheitsvorstellungen von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen. So wird Schmerz meist als rein lokales Problem angesehen, das es am jeweiligen Ort auch zu behandeln gilt. Folge ist die Erwartung – manchmal ausschließlich – medizinischer Diagnostik und Behandlung. Die eigene erlebte Hilflosigkeit („Ich kann machen, was ich will, nichts hilft.“) und die angenommene Expertise der Behandler („Sie sind doch die Expertin/der Experte.“) verstärken dann die passiven Behandlungserwartungen.

Die Krankheitsvorstellungen können das Resultat bisheriger Behandlungserfahrungen oder durch andere Lernprozesse erworben worden sein. Diese subjektiven Modelle bestimmen größtenteils das Gesundheitsverhalten. Sie sind der jeweilige Ausgangspunkt edukativer Maßnahmen und müssen daher sorgfältig exploriert werden. Zusätzlich kann natürlich einfach auch ein allgemeines Informationsdefizit über biopsychosoziale Zusammenhänge bestehen. Dieses Defizit, aber auch Ablehnung, Skepsis oder Ängste hinsichtlich psychosozialer Einflussfaktoren auf die chronischen Schmerzen können mit passenden edukativen Maßnahmen gut beeinflusst werden. So können Wissenslücken geschlossen, Ablehnung und Skepsis aufgeweicht und eine Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung geschaffen werden. Gleichzeitig wird durch edukative Maßnahmen der Wunsch von Betroffenen ernst genommen, besser zu verstehen, was zu den Schmerzen beiträgt (Petrie et al., 2005).

Was ist Schmerz(psycho)edukation?

Edukation meint die Information der Patientinnen und Patienten über die Erkrankung und die Behandlung. *Psychoedukation* geht in der Bedeutung darüber hinaus. Pischl-Walz und Bäuml (2016) betonen, dass zusätzlich zur reinen Informationsvermittlung bei der Psychoedukation durch „systematisch-didaktische Maßnahmen das Krankheitsverständnis und der selbstverantwortliche Umgang mit der Erkrankung gefördert werden und die Krankheitsbewältigung unterstützt wird“ (S. 3).

Unabhängig von Therapieschulen ist Edukation in allen Behandlungsansätzen und -programmen bei chronischen Schmerzen schon lange ein wesentliches Therapieelement (z. B. Basler & Kröner-Herwig, 1995; Nickel & Egle, 1999; Glier, 2014; Dobe & Zernikow, 2019)¹. Dabei werden in der Literatur und den einschlägigen Leitlinien unterschiedliche Begriffe für edukative Maßnahmen verwendet, wie z. B. „Aufklärung“, „Information“ oder „Schulung“. Empfohlen wird Edukation als Therapieelement in vielen Leitlinien, z. B. zum Fibromyalgiesyndrom (Deutsche Schmerzgesellschaft, 2017), zum Kreuzschmerz (Bundesärztekammer, 2017), zu neuropathischen Schmerzen (Schlereth et al., 2019) oder zu funktionellen Körperbeschwerden (DGPM, 2018).

Im Bereich der Schmerztherapie ist Edukation nicht beschränkt auf die Vermittlung von Informationen, zum Beispiel durch Vorträge, Texte oder Videos. Ein patientenorientiertes und themenzentriertes Vorgehen bezieht die Erfahrungen und das Vorwissen der Patientinnen und Patienten ein und fördert deren aktive Mitarbeit in der Therapie. Zentral und spezifisch für die Schmerzedukation sind hierbei zwei Aspekte: Erstens gilt es, das meist somatische oder biologische Erklärungsmodell der Betroffenen (Beispiel: „Schmerzen bedeuten, dass etwas kaputt ist.“) mit aktuellen neurophysiologischen Forschungsergebnissen zu erweitern. Hierbei können beispielsweise Erkenntnisse zu Sensitivierungsvorgängen, abstei-

1	Das therapeutische Bündnis ist durch ein gemeinsames biopsychosoziales Schmerz- oder Störungsmodell gestärkt.
2	Das Krankheitsverständnis der Betroffenen ist verbessert, die Diagnose wird verstanden, die Krankheitsentstehung kann nachvollzogen werden und psychosoziale Faktoren werden anerkannt. Dabei sind die bisherigen subjektiven Krankheitsvorstellungen hinreichend gewürdigt und berücksichtigt.
3	Die Unsicherheit, Angst, Schuld oder Beschämung sind reduziert („Ich weiß jetzt, was mit mir los ist und was eine Rolle für meine Schmerzen spielt – und was nicht.“).
4	Das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten ist erweitert. Dadurch wird die Motivation gestärkt, weitere Behandlungsmöglichkeiten auszuprobieren, wie z. B. Entspannungsverfahren oder körperliche Aktivität.
5	Therapieziele können realistisch und konkret formuliert werden.
6	Es besteht weniger Angst vor Schmerzen und vor Bewegung und damit eine höhere Motivation zur körperlichen Aktivität.
7	Die Selbsthilfekompetenz ist verbessert, sodass konkrete, individuelle und flexible Bewältigungsstrategien entwickelt und eingesetzt werden können.
8	Die Akzeptanz der chronischen Schmerzen ist verbessert.
9	Wirkung, Nebenwirkungen und Wirkmechanismen der Medikamente sind verstanden und Medikamente werden verantwortungsvoll eingesetzt.

Kasten 1: Ziele von Schmerzedukation

gender Schmerzhemmung oder Aufmerksamkeitseffekten ebenso besprochen werden wie die Konstrukte „Schmerzgedächtnis“ oder „sozialer Schmerz“. Zweitens kann dann das Störungsmodell – ausgehend von einem differenzierten somatischen Verständnis – um individuelle psychosoziale Aspekte ergänzt werden. Die Wechselwirkungen innerhalb des jetzt biopsychosozialen Modells sollten betont werden.

Von Wachter und Hendrichke (2016) verglichen Schmerzedukation mit einem Katalysator. Ein Katalysator ermöglicht, beschleunigt oder verbessert eine chemische Reaktion. Entsprechend kann eine erfolgreiche Schmerzedukation andere therapeutische Maßnahmen erleichtern oder erst möglich machen. Im Bereich der Psychotherapie sind „Edukation“ und „Therapie“ nicht voneinander zu trennen. In jeder diagnostischen oder therapeutischen Intervention ist immer auch ein Teil Informationsvermittlung enthalten (Beispiel: „Was passiert mit Ihrer Schmerzwahrnehmung, wenn Sie abgelenkt sind?“). Und jede Art der Edukation ist immer auch therapeutisch (Beispiel: „Bei chronischen Schmerzen ist es oft zu einer Veränderung des Nervensystems gekommen.“). Zusammenfassend formulieren *Nobis & Pielsticker (2016)*: Psychoedukation ist eine pädagogische Herausforderung mit therapeutischer Wirkung.

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Welche Ziele und Inhalte sollte Schmerzedukation haben?

Wie bei anderen chronischen Erkrankungen sollen Betroffene durch gute und gelungene Edukation zu Experten ihrer Erkrankung werden. So entsteht ein Verständnis für weitergehende Therapieelemente, eine Voraussetzung für die Schmerzbehandlung. Die Motivation für die aktive Teilnahme an der Therapie wird gestärkt. Durch die Erweiterung des anfänglich oft rein somatischen Störungsmodells hin zu einer biopsychosozialen („ganzheitlichen“) Sicht chronischer Schmerzen kann der eigenverantwortliche Umgang mit der Erkrankung und den Krankheitsfolgen verbessert werden. Kasten 1 fasst die Ziele von Schmerzedukation zusammen.

Die Inhalte der Schmerzedukation sind vielfältig, können aber grob in drei Bereiche eingeteilt werden:

1. neurobiologisch/physiologisch (statt biomechanisch) orientierte Erklärungen von Schmerzentstehung und Schmerzerleben,
2. das biopsychosoziale Modell (chronischer) Schmerzen,
3. Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Bewegung, Entspannung, Medikamente).

In Kasten 2 sind die Inhalte edukativer Maßnahmen mit schmerzbezogenen und für Patienten geeigneten beispielhaft

ten Informationsquellen aufgeführt (Kappis & von Wachter, 2020). Weitere hilfreiche Informationsquellen sind:

www.schmerzedukation.de

Hier finden sich für die Psychoedukation gut geeignete Schaubilder.

www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen

Seiten der Deutschen Schmerzgesellschaft, dort finden sich unter dem Menüpunkt „Nützliche Links und Literatur“ Internetadressen, Buchtipps und Links zu Videos.

www.dgpsf.de/fuerpatienten

Seiten der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V.

www.dmkg.de/patienten

Informationen über Kopfschmerzen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e. V.

Wie wird Schmerzedukation praktisch umgesetzt?

Vor Beginn edukativer Maßnahmen hat es sich bewährt, das bisherige Wissen der Betroffenen zu erkunden („Was wissen Sie schon über Schmerzen? Woher haben Sie Ihre Informationen?“). Dann ist es sinnvoll, die Neugier zu wecken und das Einverständnis einzuholen („Schmerzen sind etwas Ner-

Inhalt	Beispiele für Informationsquellen	Kosten	Internetquelle
Grundlagen, allgemeine Informationen			
■ Grundwissen über Schmerz Wahrnehmung und -verarbeitung	Buch: Butler und Moseley (2016). Schmerzen verstehen. Heidelberg: Springer.	ja	
	Video „Tame the Beast“, deutsche Untertitel verfügbar	nein	www.youtube.com/watch?v=ikUzvSph7Z4 tamethebeast.org
	Allgemeine Informationen zu chronischen Schmerzen, Flyer „Schmerzen verstehen“ der Deutschen Schmerzgesellschaft	PDF-Dateien kostenfrei, Papierversion gegen Gebühr,	https://bit.ly/3uWVN5d schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen
■ Unterscheidung von akutem und chronischem Schmerz	Buch: Arbeitsblatt 18 „Akute und chronische Schmerzen: finde den Unterschied“ (von Wachter & Kappis (2019), S. 56–58).	ja	
	Video des Deutschen Kinderschmerzzentrums „Den Schmerz verstehen – und was zu tun ist in 10 Minuten!“	nein	www.youtube.com/watch?v=KpJfixYgBrw deutsches-kinderschmerzzentrum.de
■ Mit Schmerz assoziierte Symptome, Folgen chronischer Schmerzen (chronischer Schmerz als eigenständige Krankheit)	Text „Schmerz und Psyche“, Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und Forschung e. V.	nein	https://bit.ly/3FCXj11 dgpfs.de/fuerpatienten

Kasten 2: Inhalte von Schmerzedukation

Kasten 2 (Fortsetzung)

Inhalt	Beispiele für Informationsquellen	Kosten	Internetquelle
Spezifische krankheitsbezogene Informationen			
<ul style="list-style-type: none"> Spezifische Informationen zu Erkrankungen (z. B. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, neuropathische Schmerzen, stressassoziierte Schmerzen) 	Kopfschmerzen: Flyer „Kopfschmerzen verstehen“ der Deutschen Schmerzgesellschaft	PDF-Dateien kostenfrei, Papierversion gegen Gebühr	https://bit.ly/3BJ4Vhs schmerzgesellschaft.de/ patienteninformationen
	Chronische Kreuzschmerzen: Informationsblatt des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	PDF-Datei kostenfrei	https://bit.ly/3FYhnfV patienten-information.de
Schmerz und Psychologie			
<ul style="list-style-type: none"> Biopsychosoziales Modell chronischer Schmerzen 	Video „Das Biopsychosoziale Modell – Erklärung chronischer Schmerzerkrankungen“ des Deutschen Kinderschmerzzentrums	nein	www.youtube.com/watch?v=u7bfnuPVKQ deutsches-kinderschmerzzentrum.de
<ul style="list-style-type: none"> Schmerz als Stressor 	Buch: Arbeitsblatt 15 „Schmerzen und die Folgen“ (von Wachter & Kappis (2019), S. 51–52).	ja	
<ul style="list-style-type: none"> Stress als Schmerzmodulator oder -Auslöser 	AWMF-Leitlinie 051–001 „Funktionelle Körperbeschwerden“, verschiedene Dokumente, auch als Patientenleitlinie	PDF-Dateien kostenfrei	https://bit.ly/3Yw8txm register.awmf.org/de/ leitlinien/detail/051–001
<ul style="list-style-type: none"> Risikofaktoren und Schutzfaktoren für eine Schmerzerkrankung und Chronifizierung 	Buch: Arbeitsblatt 19 „Risiko- und Schutzfaktoren: Wieso werden Schmerzen chronisch?“ (von Wachter & Kappis (2019), S. 59–60).	ja	
<ul style="list-style-type: none"> Schmerzen als Folge von Verlust, Ausgrenzungserfahrung oder Traumatisierung 	Buch: von Wachter (2021). Chronische Schmerzen. Selbsthilfe, Tipps und Fallbeispiele für Betroffene. Berlin: Springer.	ja	
<ul style="list-style-type: none"> Unterscheidung und Interaktion von Emotion, Kognition, Verhalten 	Buch: Kapitel 9 „Gedanken und Überzeugungen“ (von Wachter & Kappis (2019), S. 164–183). Buch: Kapitel 1 aus „Psychoedukation – Emotionen“ (Eismann & Lammers (2017), S. 12–51) und Arbeitsblätter 72, 91 und 92 dieses Buches.	ja	
<ul style="list-style-type: none"> Teufelskreismodelle: Schmerz und Verhalten, Schmerz und Gedanken, Schmerz und Schlaf 	Kapitel „Schmerz und Schlaf“, Homepage der Deutschen Schmerzgesellschaft	nein	https://bit.ly/3GaMN2T schmerzgesellschaft.de/ patienteninformationen
Aktive Bewältigung			
<ul style="list-style-type: none"> Informationen zu Möglichkeiten der aktiven Schmerzbewältigung 	Buch: Richter, J. (2021). Schmerzen verlernen. Berlin: Springer.	ja	
	Umfangreiche Informationen bei der „Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland UVSD SchmerzLOS e. V.“	nein	uvsd.schmerzlos.de
	„Schmerz-Kompass“ des Uniklinikums Erlangen, kurze informative Texte	Informationen und PDF-Dateien kostenfrei	https://bit.ly/3HOz2rF schmerzzentrum.uk-erlangen.de/ patienten/schmerz-kompass
<ul style="list-style-type: none"> Bedeutung körperlicher Aktivität 	Buch: Kapitel „Pacing oder Wie Sie die Auswirkungen chronischer Schmerzen auf Ihre Leistungsfähigkeit überwinden können“ aus dem Buch von Nicholas et al. (2014).	Ja	
	Video „Bewegung tut gut“ von SchmerzTV	nein	www.youtube.com/watch?v=9j_axVofEEA Youtube-Kanal „SchmerzTV“

Inhalt	Beispiele für Informationsquellen	Kosten	Internetquelle
■ Informationen zum Medikamentengebrauch	Video „Schmerzen verstehen: Brainman stoppt seine Opiate“	nein	www.youtube.com/watch?v=QUKeeAqclLs Youtube-Kanal „SchmerzTV“
	A. G. Schneider (2022). Schmerzmittel: Welches hilft wann? Apotheken-Umschau.	nein	https://bit.ly/3jfmP57 apotheken-umschau.de/medikamente/basiswissen

Kasten 2: Inhalte von Schmerzeducation

viges, aber auch ziemlich erstaunlich/bemerkenswert. Möchten Sie mehr darüber erfahren?“).

Meist findet die Vermittlung von schmerzbezogenem Wissen durch mündliche Erklärung statt, sei es in einem Vortrag oder in einem persönlichen Gespräch. Dabei können aufgeschriebene oder aufgemalte Informationen wichtige Ergänzungen darstellen, z. B. einfache Wechselwirkungen oder komplexere und individuellere Modelle. Es reicht dafür ein einfaches Blatt Papier oder ein Flipchart, besondere Zeichenkünste sind nicht notwendig. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen Beispiele.

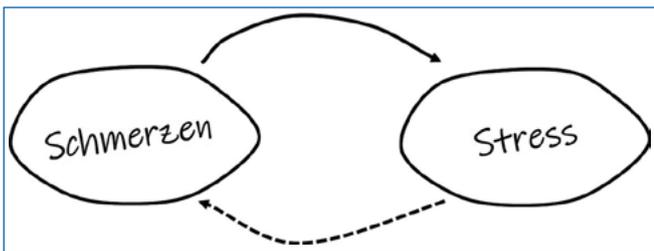


Abbildung 1: Ein einfaches Modell, das die Wechselwirkung zwischen Schmerzen und Stress illustriert.

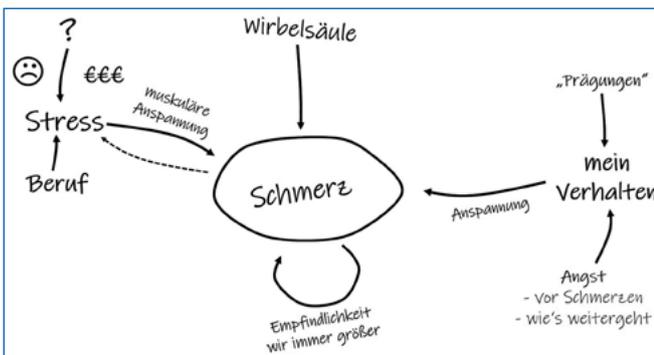


Abbildung 2: Beispiel für ein komplexeres Modell, das neben den biologischen auch psychosoziale Faktoren umfasst

Wesentlich ist es, dass die Edukationsinhalte so ausgewählt werden, dass sie die jeweiligen Patientenerfahrungen aufgreifen („Kennen Sie das von sich?“, „Haben Sie so eine Erfahrung auch schon mal gemacht?“). Edukation ist kein Selbstzweck, sondern ist immer mit einem klaren therapeutischen Ziel verbunden. Sie orientiert sich an den verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses. Die Dosis der edukativen Elemente soll individualisiert sein. Wiederholungen können sehr hilfreich sein und den Lernprozess fördern. Allerdings führen zu viele Informationen, die eventuell auch

noch irrelevant, abstrakt oder unverständlich sind, eher zu Verwirrung. Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen wegen ihrer Schmerzen oder Nebenwirkungen von Medikamenten kognitiv eingeschränkt sein können.

Bildhafte Beschreibungen wie „die Angst sitzt im Nacken“, „unter Strom stehen“, „verspannt sein“, „Verlustschmerz“ oder „Stress schlägt auf den Magen“ erleichtern ein psychosomatisches Verständnis. Um die Patientinnen und Patienten in ihrer Erlebniswelt zu erreichen, haben sich Metaphern aus dem jeweiligen Alltag bewährt. Bei technisch interessierten Patientinnen und Patienten kann man zum Beispiel von einem „defekten Spamfilter“ sprechen, der zu viel Mails (Nervenimpulse, die als Schmerz erlebt werden) durchlässt oder von „gestörter Informationsverarbeitung im Nervensystem“. Wir verwenden auch häufig die Bilder von einer überempfindlich eingestellten Alarmanlage, die Fehlalarme produziert oder eines „aufgedrehten Verstärkers“. So kann das Phänomen der zentralen Sensitivierung veranschaulicht werden. Für funktionelle Störungen kann man z. B. bei handwerklich tätigen Patientinnen und Patienten als Bild eines Vergasers nutzen, den man neu einstellen muss statt ihn auszutauschen. Schmitt und Heidenreich (2020) ergänzen das Beispiel einer Ingenieurin, die „seit einiger Zeit wohl nur auf zwei Zylindern läuft“.

Vor allem multifaktorielle Modelle oder Teufelskreismodelle lassen sich gut Schritt für Schritt erarbeiten, in der Gruppe an dem Flipchart oder im Einzelkontakt auf einem Papier, das am Ende kopiert und den Patientinnen und Patienten mitgegeben oder mit der Handykamera abfotografiert wird. Biopsychosoziale Modelle erarbeitet man typischerweise gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten. Durch Fragen zu eigenen Erfahrungen mit Schmerzen und deren Bewältigung sollten die Patientinnen und Patienten im Dialog immer wieder mit einbezogen werden. Therapeutinnen und Therapeuten erhalten so Rückmeldung, was bei Patientinnen und Patienten wie angekommen ist und wie sie diese Informationen für ihr individuelles Modell nutzen können. So gelingt schrittweise eine Erweiterung der subjektiven Krankheitstheorie. Hier eignen sich einfache Schlagwörter („Stress“, „Angst“, „Elend“, „Hoffnung“, „Bewegung“, „Mut“) und Symbole (Smileys oder Herz für Gefühle, Gedankenblasen mit Inhalt für Kognitionen, Strichmännchen für Beziehungen oder soziale Faktoren usw.). Abbildung 3 zeigt ein Beispiel.



Abbildung 3: Einflussfaktoren auf den Schmerz und ihre Wechselwirkungen an einem Beispiel

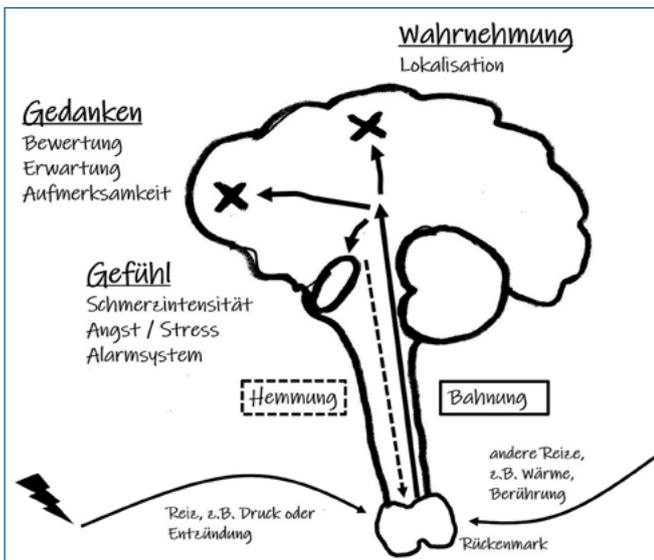


Abbildung 4: Einfache Darstellung von Nozizeptoren, der Reizweiterleitung über das Rückenmark ins Gehirn: Aufsteigende „Schmerzbahnung“ und absteigende Bahnen der „Schmerzhemmung“

Kreative Anregungen zum Zeichnen edukativer Inhalte mit Hilfe von Sketchnotes finden sich bei Höfel (2022). Innerhalb des biopsychosozialen Krankheitsmodells sind auch verständliche neurobiologische Erklärungen erforderlich. Eine einfache Grafik zeigt, wie ein Reiz über das Rückenmark zum Kortex geleitet wird. Anhand eines einfachen Gehirnschaubildes können die sensorische („wo Sie den Schmerz wahrnehmen“) und affektive Schmerzwahrnehmung („wie Sie den Schmerz wahrnehmen“, „ob er als stark, quälend, bohrend oder scheußlich erlebt wird“, „der Gefühlsanteil des Schmerzes“) unterschieden werden. Kortikale Verarbeitungsprozesse wie Schmerzerinnerung und Schmerzerwartung sowie das Alarmsystem („Kennt der Körper den Schmerz? Ist er gefährlich?“) können mit einem Gehirnbild anschaulich erklärt werden.

Auch die zentrale Schmerzverstärkung (Sensitivierung, Hyperalgesie, „Schmerzbahnung“) und Ausbreitung der Schmerzen lassen sich so aufzeigen. Abbildung 4 zeigt ein einfaches neurobiologisches Modell.

Auf Grundlage der neurophysiologisch begründeten Gate-Control-Theorie kann die Umschaltstelle auf Ebene des Rückenmarks erläutert werden: Je nachdem, wie weit das „Tor“ (d. h. die Hinterhornneurone) im Rückenmark geöffnet ist, kann der Reiz mehr oder weniger leicht zum Gehirn weitergeleitet werden. Dies begründet auch, warum Berührung, Kälte- und Wärmeanwendungen schmerzlindernd wirken, denn diese verschiedenen Reize konkurrieren um die Weiterleitung zum Gehirn.

Die von Mittelhirn (periaquäduktales Grau) und Kernen des Hirnstammes ausgehenden absteigenden hemmenden Bahnen werden gerne als „Antischmerzsystem“ oder „Schmerzbremse“ bezeichnet, und es wird betont, dass diese Schmerzhemmung bereits auf Ebene des Rückenmarks stattfinden kann. Schließlich kann anhand der Grafik der (angenommene) Wirkort und Wirkmechanismus der verschiedenen Medikamente verdeutlicht werden.

Edukation ist ein fortlaufender Prozess. Entsprechend werden im Verlauf der Therapie die jeweiligen Modelle oder Komponenten daraus immer wieder aufgegriffen, erweitert und angepasst.

Beispiele aus verschiedenen Settings

Die Ziele und Inhalte von Schmerzedukation unterscheiden sich nicht zwischen verschiedenen Settings, wie z. B. Einzel- oder Gruppensitzungen im ambulanten, tagesklinischen oder stationären Bereich. Schmerzedukation ist immer eine Grundvoraussetzung für die weiteren therapeutischen Interventionen, die darauf aufbauen. Soll beispielsweise eine Person mit chronischen Rückenschmerzen beim Abbau von Vermeidungsverhalten und Schonhaltung unterstützt werden, ist es wichtig, diese Verhaltensweisen zuvor gemeinsam mit den Betroffenen in das individuelle Krankheitsmodell einzuführen. Mit Hilfe der Edukation sollen Patientinnen und Patienten also zunächst Expertinnen und Experten ihrer eigenen Schmerzgeschichte werden, bevor sie dann dabei unterstützt werden, die aufgedeckten Denk- und Verhaltensmuster zu verändern.

In der Psychosomatischen Klinik

In der Klinik hat sich die Schmerzedukation in der Gruppe als effektiver Weg bewährt. Durch das Konzept der offenen Gruppen profitieren neue von schon erfahrenen Patientinnen und Patienten. Im Ostalb-Klinikum Aalen verteilen wir die Schmerzedukation auf sechs Termine à 75–100 Min. mit einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche. Die Inhalte der Edukation lehnen sich an die 12 Module des Manuals „Psychoedukation bei chronischen Schmerzen“ (von Wachter & Hendrichske, 2021) an. In diesem Manual gibt es eine Vielzahl von Folien und Arbeitsblättern zu jedem Modul, die auf der Website www.schmerzedukation.de abrufbar sind. Diese Folien sind auch Grundlage der Vorträge einer Youtube-Schmerzedukation, die ebenfalls über das genannte Internetangebot

verfügbar sind. Als therapiebegleitende Lektüre eignet sich das Buch „Chronische Schmerzen“ (von Wachter, 2021), das wir den Patientinnen und Patienten leihweise für die Dauer ihres (teil-)stationären Aufenthaltes zur Verfügung stellen.

Die allgemeine Einführung in der Gruppe beinhaltet Ursachen chronischer Schmerzkrankheiten vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Modells und legt den Schwerpunkt auf neurophysiologische Erklärungen. In der zweiten Sitzung werden die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten beleuchtet, einschließlich z. B. der Konfrontation mit schmerzbezogenen Ängsten. Wir erfragen hierbei auch schon individuelle Therapieziele, die dann exemplarisch in der Gruppe besprochen werden. Daran schließen sich weitere schmerzrelevante Themenblöcke zu Bewegung, Entspannung, somatoformen und funktionellen Störungen und Schlafstörungen an. In allen Sitzungen dienen die bereits erwähnten Edukationsfolien als Anregung zu Diskussionen mit den Betroffenen bzw. zur Erarbeitung spezifischer Themen. Die Inhalte werden dann sowohl im Dialog als auch am Flipchart gemeinsam erarbeitet, und es wird jeweils auf einen konkreten Alltagsbezug geachtet. Passende Arbeitsblätter können in der Gruppe ausgeteilt und erläutert werden. Dort werden sie innerhalb der Edukation in Kleingruppen bearbeitet oder alternativ als Hausaufgabe mitgegeben und später in der Einzelpsychotherapie vertieft. Da im Klinikalltag zumeist offene Edukationsgruppen stattfinden, können Patientinnen und Patienten, die den allgemeinen Teil versäumt haben, diesen über DVD, Internetvortrag oder am PC nachholen. Im ambulanten Setting können Edukationsfilme als Hausaufgabe zwischen den Sitzungen empfohlen werden.

In der psychotherapeutischen Ambulanz

In der Verhaltenstherapeutischen Ambulanz der Universität Gießen bieten wir seit 2019 ambulante Schmerzbewältigungsgruppen an. Ein zentraler Bestandteil dieser Gruppen ist eine ausführliche Schmerzedukation. In Kleingruppen von vier bis sieben Patientinnen und Patienten lernen die Teilnehmenden in sechs aufeinander aufbauenden Sitzungen à 100 Minuten (meist eine Sitzung pro Woche), wie chronische Schmerzen entstehen, wie die Schmerzempfindung beeinflusst wird und wie die Schmerzen aufrechterhalten werden. Das mit den Patientinnen und Patienten vereinbarte Therapieziel ist dabei nicht primär die Schmerzreduktion, sondern das Expertentum für die eigenen Schmerzerkrankung und, darauf aufbauend, einen besseren Umgang mit den Beschwerden zu finden. Die Schmerzedukation ist also bereits wichtiger Teil des gemeinsam festgelegten Therapieziels.

Anschließend wird das Wissen, das wir zu chronischen Schmerzen vermitteln wollen, möglichst aktiv und spielerisch erarbeitet. Wir stellen z. B. die Aufgabe, ein Puzzle zu akutem und chronischem Schmerz zusammensetzen, wodurch die wichtigen Unterschiede dieser Arten von Schmerz kennengelernt werden. Beim gemeinsamen Zusammensetzen der etwa DIN A4 großen Puzzleteile bleiben die Patientinnen und

Patienten darüber hinaus in Bewegung. Um die Schmerzverarbeitung im zentralen Nervensystem zu verstehen, spielen wir in den Gruppen „Schaubild-Karaoke“. Dazu werden unbeschriftete Elemente eines Schaubilds präsentiert, aus denen jeweils ein stimmiges Modell gebastelt werden soll. Dabei versuchen wir v. a. den Einfluss absteigender Bahnen bei der Weiterleitung von Schmerzreizen auf Rückenmarksebene (Stichwort: Gate-Control-Theorie) zu verdeutlichen. Weitere Themen, die wir im Rahmen der Schmerzedukation erarbeiten, sind die Bedeutung von Bewegung und das Wahrnehmen eigener Belastungsgrenzen, Schlaf oder auch die Bedeutung schmerzbezogener Angst für die Schmerzwahrnehmung und die Chronifizierung von Schmerz.

Therapeutinnen und Therapeuten vermitteln in der Edukation nicht nur Wissen, sondern sind auch Modelle für Patientinnen und Patienten. Diese können auf Grund ihrer Schmerzen oft nicht lange sitzen. Daher sollten Therapeutinnen und Therapeuten darauf achten, die Edukation, egal in welchem Setting, durch kurze Pausen zu unterbrechen. Statt Pausen im engeren Sinne oder zusätzlich können auch passende kleine Bewegungsübungen angeboten werden.

Einbezug von Partnern, Eltern und weiteren Angehörigen

Patientinnen und Patienten sind nicht alleine krank, sondern ihre Angehörigen leiden ebenso oft unter den Auswirkungen der Schmerzen und den damit verbundenen Einschränkungen. Der Verlust von vertrauter Kommunikation, emotionaler oder körperlicher Nähe, aber auch der Verlust gemeinsamer Interessen sind häufige Folgen chronischer Schmerzen (von Wachter, 2003). Daher laden wir interessierte Partnerinnen und Partner sowie Familienangehörige regelmäßig zur Edukation mit ein. Bei acht Patientinnen und Patienten in einer Gruppe bringen erfahrungsgemäß 3–4 Betroffene Angehörige mit.

Durch den Einbezug von Angehörigen kann nicht nur das Verständnis für die Erkrankung deutlich verbessert, sondern auch ein Austausch über deren Auswirkung auf Familie und Partnerschaft gebahnt werden. So stehen in den Sitzungen Fragen im Vordergrund, die die Art des Umgangs mit der chronischen Schmerzkrankheit im familiären Umfeld betreffen. Unsicherheiten oder Hilflosigkeit nahestehender Personen im Umgang mit der Erkrankung sind in dieser gemeinsamen Edukation daher ebenso Thema wie der Umgang mit Belastungsgrenzen und die Balance zwischen Über- und Unterforderung. Dabei zeigen Angehörige zur Überraschung der Betroffenen häufig ein größeres Interesse an der Schmerzerkrankung, als diese erwartet hatten. Entsprechend stark sind alle Beteiligten daran interessiert, sich über konkrete Hilfestellungen für einen besseren alltäglichen Umgang miteinander zu informieren. Ermutigung brauchen Angehörige auch, um zu verstehen, dass Zuwendung nicht an die Schmerzen an sich gekoppelt sein sollte, sondern an eine aktive Krankheitsbewältigung trotz bestehender Schmerzen. Auch Patientinnen und Patienten, deren Angehörige nicht teilnehmen konnten

oder wollten, profitieren von der multifamiliären Diskussion (Hendrischke & von Wachter, 2016).

Unerlässlich in der Edukation für Kinder mit chronischen Schmerzen ist der Einbezug von Eltern oder Erziehungsberechtigten (Hechler et al., 2015). Hier ist wichtig, dass in der Edukation neben den Krankheitsvorstellungen der Kinder gleichermaßen die der Eltern und weiterer Bezugspersonen berücksichtigt werden, insbesondere auch weil chronische Schmerzen familiär gehäuft auftreten (Palermo et al., 2014). Wie oft und häufig Eltern in die Behandlung ihrer Kinder einbezogen werden, ist stark vom Alter der Kinder abhängig und variiert entsprechend in den vorhandenen Behandlungsprogrammen (Denecke & Kröner-Herwig, 2000; Gerber et al., 2010; Groß & Warschburger, 2011). Gute Beispiele und Materialien für Schmerzedukation speziell für Kinder und Jugendliche finden sich in den Büchern von *Dobe und Zernikow* (2019; 2021) und Höfel (2022) sowie auf der Homepage des Deutschen Kinderschmerzentrums (www.deutsches-kinderschmerzzentrum.de).

Welche Effekte hat Schmerz(psycho)edukation?

Auch wenn im Allgemeinen von einer hinreichenden oder sogar guten Evidenz von Schmerzedukation ausgegangen wird, können Studienergebnisse diese Erwartung nicht immer bestätigen.

Das hat unterschiedliche Gründe. Edukative Maßnahmen können sich hinsichtlich vieler Aspekte unterscheiden: Vor allem der Inhalt der Edukation kann stark variieren. In einer aktuellen Übersicht haben Roesner et al. (2022) anhand von 90 Publikationen zu Edukation bei Rückenschmerzen zehn Inhaltskategorien gebildet und dabei über 200 unterschiedliche Inhalte identifiziert. Außerdem unterscheiden sich Dosierung, Zeitpunkt des Einsatzes, Setting, Methode, Erkrankungen oder Störungen, Passung zu den erlebten Beschwerden und Problemen, Patientenmerkmale, Therapeutenmerkmale und situative Faktoren. In Studien zu Edukation werden auch unterschiedliche Zielgrößen betrachtet, wie Schmerzreduktion, Funktionsfähigkeit oder lediglich Wissenszuwachs. Edukation ist in Studien anderer Interventionen oft die Kontrollbedingung und deshalb ist der Effekt nicht immer als eigenständige Maßnahme gut abschätzbar.

Manche Studien zeigen nahezu keinen Effekt von Edukation, wie ein Review zu Edukation bei Nackenschmerzen (Gross et al., 2012). Eine andere Meta-Analyse fand ebenfalls nur geringe Effekte, wies aber schon auf die Wichtigkeit hin, Edukation nicht alleine einzusetzen (Geneen et al., 2015). Ein systematisches Literatur-Review konnte zeigen, dass die Kombination von neurophysiologisch orientierter Edukation und bewegungsorientierten Interventionen die besten Effekte auf Schmerz, Beeinträchtigung und schmerzbezogenes Verhalten hatte (Louw et al., 2016).

Fazit

Schmerzedukation ist ein wichtiger – aus unserer Sicht essentieller – Bestandteil jeder Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Edukation sollte so früh wie möglich im Behandlungsablauf einsetzen. Das erfordert Aufmerksamkeit der Behandlerinnen und Behandler für Schmerzprobleme auch bei Patientinnen und Patienten, die in der psychotherapeutischen Praxis zunächst nicht davon berichten.

Schmerzedukation reduziert Unsicherheit und klärt Missverständnisse auf, die möglicherweise aus vorhergehenden Behandlungen stammen („Sie haben nichts“ oder „Schmerzen können auch vom Kopf/Stress kommen.“).

Eine biopsychosozial orientierte, neurobiologisch fundierte und individualisierte Edukation schafft die Voraussetzungen für eine multimodale Behandlung. Betroffene „verstehen“ ihre Schmerzen und die Therapiemaßnahmen. Sie werden zu Experten ihrer Erkrankung und können in der Therapie aktiv mitarbeiten.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

- Butler, D. & Moseley, L. (2016). *Schmerzen verstehen* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Dobe, M. & Zernikow, B. (2021). Rote Karte für den Schmerz. Wie Kinder und ihre Eltern aus dem Teufelskreis chronischer Schmerzen ausbrechen. Heidelberg: Carl-Auer.
- Glier, B. (2014). *Chronischen Schmerz bewältigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kappis, B. & von Wachter, M. (2020). Schmerz(psycho)edukation zwischen Anspruch und Wirklichkeit. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 41 (3), 244–255.
- Nicholas, M., Molloy, A., Tonkin, L. & Beeston, L. (2014). Den Schmerz in den Griff bekommen. Die Strategie des aktiven Umgangs mit chronischen Schmerzen. Bern: Hans Huber
- Nobis, H. G. & Pielsticker, A. (2016). Information und Edukation des Patienten. In H. R. Casser, M. Hasenbring, A. Becker, A. & R. Baron (Hrsg.), *Rückenschmerzen und Nackenschmerzen* (S. 177–193). Berlin: Springer.
- Richter, J. (2021). *Schmerzen verlernen*. Berlin: Springer.
- von Wachter, M. (2021). *Chronische Schmerzen. Selbsthilfe, Tipps und Fallbeispiele für Betroffene*. Berlin: Springer.
- von Wachter, M. & Hendrischke, A. (2021). *Psychoedukation bei chronischen Schmerzkrankungen. Manual und Materialien*. Berlin: Springer.
- von Wachter, M. & Kappis, B. (2019). *Therapie-Tools Schmerzstörungen*. Weinheim: Beltz.



Dipl.-Psych. Bernd Kappis

Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz
Klinik für Anästhesiologie
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz
Bernd.Kappis@unimedizin-mainz.de

Dipl.-Psych. Bernd Kappis ist Psychologischer Psychotherapeut (VT, spezielle Schmerzpsychotherapie) an der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsmedizin Mainz. Er ist Sprecher des AK Patienteninformation der Deutschen Schmerzgesellschaft und stv. Vorsitzender der Interdisziplinären Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie IGPS.



Dr. Judith Kappesser

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Judith Kappesser forscht und lehrt als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität. Sie ist dort weiterhin im Behandlungsschwerpunkt für chronische Schmerzen tätig.



Dr. med. Martin von Wachter

Dr. med. Martin von Wachter ist als Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Ltd. Oberarzt an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Ostalbklinikum Aalen tätig. Seine klinischen Schwerpunkte sind: Psychosomatische Schmerztherapie, Weiterentwicklung psychosomatischer Versorgungskonzepte für Schmerzpatienten. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen zum Thema psychosomatische Schmerztherapie und Schmerzedukation.



Prof. Dr. Christiane Hermann

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Christiane Hermann ist Professorin für Klinische Psychologie and Justus-Liebig-Universität und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und Schmerzforschung. Sie leitet den Behandlungsschwerpunkt für chronische Schmerzen der Verhaltenstherapeutischen Ambulanz an der JLU.



Silas P. Pfeiffer, M. Sc.

Silas Pfeiffer, M. Sc., forscht und lehrt als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität. Er ist dort weiterhin im Behandlungsschwerpunkt für chronische Schmerzen tätig.

Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren

Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland

Philipp Herzog¹, Tim Kaiser¹ & Ad de Jongh

Zusammenfassung: Das Ziel des Artikels ist es, die Mythen von traumafokussierter Psychotherapie näher zu beleuchten, die im Zusammenhang mit der mangelnden Implementierung evidenzbasierter Verfahren zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stehen. Dazu werden im ersten Teil ausgewählte aktuelle Befunde der evidenzbasierten Psychotherapien zur Traumabehandlung vorgestellt sowie Probleme bei der Implementierung dieser Verfahren in Deutschland aufgezeigt. Dabei zeigt sich, dass trotz der immer stärker werdenden Evidenzlage insbesondere für die Prolongierte Expositionstherapie, kognitive Verarbeitungstherapie und EMDR diese zu selten eingesetzt werden. Anschließend werden zugrundeliegende Mythen, die in Zusammenhang mit dem aufgezeigten Versorgungsproblem stehen dürften, dargestellt und in Bezug zu aktuellen Forschungsarbeiten gestellt. Letztlich werden noch Empfehlungen für die Praxis und besseren Implementierung der Leitlinien gegeben und die Zukunft der traumafokussierten Psychotherapie diskutiert.

Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Psychotherapie gilt als ein hoch wirksames Verfahren in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entsprechend der Befunde aus Meta-Analysen (Bisson et al., 2013; Cusack et al., 2016; Lewis et al., 2020). Neuere randomisiert-kontrollierte Studien mit großer Fallzahl (Schnurr et al., 2022)² und Evaluationen naturalistischer Daten (Herzog et al., 2020) deuten auf die Robustheit der Therapieerfolge hin. Die breiteste Evidenzbasis haben hierbei die traumafokussierten Psychotherapien wie traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapien (TF-KVT) und expositionsbasierte Ansätze. Darunter fallen die Prolongierte Expositionstherapie (PE; Foa et al., 2014), die kognitive Verarbeitungstherapie – engl.: „Cognitive Processing Therapy“ – (CPT; König et al., 2012), die kognitive Therapie für PTBS (CT-PTSD; Ehlers, 1999), die narrative Expositionstherapie (NET; Schauer et al., 2011) und Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro & Maxfield, 2002; de Jongh et al., 2019). Neuere therapeutische Methoden wie Imagery Rescripting (IR) zeigen zudem vielversprechende Effekte in der Behandlung von PTBS nach Kindheitstraumata in ersten klinischen Studien mit ausreichender methodischer Qualität (Boterhoven De Haan et al., 2020; Raabe et al., 2022). Meta-analytische Vergleiche mit nicht-traumafokussierten Therapien zeigen klar die größere Wirksamkeit und Langzeitstabilität der traumafokussierten und expositionsbasierten Methoden (McLean et al., 2022). Aufgrund der starken Evidenz empfehlen sowohl nationale

(Schäfer et al., 2019) als auch internationale Leitlinien (z. B. National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2018) daher bei Vorliegen einer PTBS die Durchführung einer individuellen traumafokussierten Psychotherapie als Behandlung der ersten Wahl.

Lücke zwischen Forschung und Praxis

Trotz der starken Evidenzbasis für TF-KVT – insbesondere PE, aber auch CPT und CT-PTSD – und EMDR zur Behandlung von PTBS besteht eine große Lücke zwischen den Empfehlungen der Leitlinien und der Umsetzung in der klinischen Praxis in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Diese Lücke zwischen Forschung und Praxis wird durch Zahlen im Zusammenhang mit der Verwendung von Expositionstherapie bei PTBS untermauert: die Expositionstherapie ist ein unzureichend genutzter Ansatz von Traumatherapeut*innen und die meisten Fachkräfte sind in dieser Technik nicht ausreichend geschult (Lindauer et al., 2022; Pittig et al., 2019; van Minnen et al., 2010). Faktoren auf Seiten der Patient*innen beeinflussen die Wahl der Therapie durch die Expert*innen: Im Falle einer komorbiden Depression wurde die Expositionstherapie deutlich weniger bevorzugt als eine medikamentöse Behandlung (van Minnen et al., 2010). Außerdem wurde die Expositionstherapie mit höherer Wahrscheinlichkeit angeboten, wenn die Patient*innen eine traumafokussierte Behandlung präferieren

¹ Geteilte Erstautorenschaft.

² Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

ten. Wie vermutlich bei anderen Behandlungsmethoden auch, so zeigte sich hier, dass die Faktoren der Therapeut*innen in einem wichtigen Zusammenhang mit den Behandlungspräferenzen stehen, wobei eine hohe Glaubwürdigkeit der Technik positiv mit der Präferenz der Psychotherapeut*innen für die Expositionstherapie verbunden war. Wahrgenommene Hindernisse für die Expositionstherapie, wie z. B. die Angst vor einer Verschlimmerung der Symptome und vor einem Abbruch, standen in einem negativen Zusammenhang mit der wahrgenommenen Eignung der Behandlung, wenn die Patient*innen in der Kindheit mehrere Traumata erlitten hatten (*van Minnen et al., 2010*).

Eine aktuelle störungsübergreifende Studie mit Psychotherapeut*innen zeigt, dass die Praktikabilität in der ambulanten Versorgung, negative Überzeugungen über Exposition und der hervorgerufene Distress seitens der Therapeut*innen die größten Barrieren zur Dissemination von expositionsbasierten Interventionen im Generellen darstellen, wobei insbesondere die ersten beiden Bereiche signifikant mit der Verwendungsrate zusammenhängen (*Pittig et al., 2019*). In dieser Studie waren die am häufigsten genannten Gründe: ein unvorhersehbares Zeitmanagement, das Risiko der unkompenzierten Abwesenheit sowie Dekompensation der Patient*innen, die oberflächliche Wirksamkeit oder eine für die Therapeut*in sehr anstrengende Exposition (*Pittig et al., 2019*).

Nicht zuletzt wird die weitreichende Implementation in Deutschland auch durch Probleme bei der Dissemination erschwert, beispielsweise dadurch, dass das Handbuch der PE (*Foa et al., 2014*) – der traumafokussierten Psychotherapie mit den meisten Wirksamkeitsnachweisen – beim auflegenden Verlag vergriffen ist und aufgrund der geringen Nachfrage keine Neuauflage geplant ist (Stand: Januar 2023). In anderen Ländern (z. B. Großbritannien) wird hingegen die Dissemination aktiv gefördert: Zum Beispiel findet man kostenlose Ressourcen zur kognitiven Therapie für PTBS auf www.oxcadatresources.com (die Registrierung und unbegrenzte Nutzung ist kostenlos), einschließlich Schulungsvideos für Psychotherapeut*innen. Dieser Aspekt verdeutlicht, dass eine notwendige Bedingung für die Anwendung in der Praxis die kompetenzorientierte Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen in diesen Methoden darstellt und daher in diesen Bereichen entsprechende Berücksichtigung finden sollte.

Ein Update zur Effektivität von traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie

Neben den bereits erwähnten allgemeinen Wirksamkeitsnachweisen sind vor allem Innovationen der traumafokus-

sierten Psychotherapie von großer Relevanz. Hier wären zunächst einmal systematische Untersuchungen der Behandlungsdauer zu nennen. Ursprünglich als 90-minütige Sitzungen konzipiert, konnte eine aktuelle klinische Studie zeigen, dass 60-minütige Sitzungen mit PE der ursprünglich konzipierten Durchführung mit 90-minütigen Sitzungen nicht unterlegen ist (*Foa et al., 2022*). Dieser Befund sollte die Implementierung in der Routineversorgung erleichtern, da wichtige bisherige Barrieren (z. B. Praktikabilität in der ambulanten Versorgung wie Terminplanung und Rechnungsstellung) abgebaut werden können (*Pittig et al., 2019*). Darüber hinaus stellen Kurzzeitinterventionen wie die Writen Exposure Therapy (WET) – eine expositionsbasierte Behandlung in fünf Sitzungen, die sich der CPT nicht unterlegen zeigte und eine geringere Dropoutrate im Gegensatz zu PE und CPT (*Schnurr et al., 2022*) aufwies (Sloan et al., 2018; 2022) –, neue Versorgungsmöglichkeiten in Aussicht.

— Trotz der starken Evidenzbasis für traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie und EMDR zur Behandlung einer PTBS besteht in Deutschland eine große Lücke zwischen den Empfehlungen der Leitlinien und der Umsetzung in der klinischen Praxis. —

Von besonderer versorgungstechnischer Relevanz sind Untersuchungen zur Intensivierung der traumafokussierten Psychotherapie. Aktuelle Befunde zeigen, dass zwei zeitlich komprimierte Formen der ambulanten PE, eine massierte Form der PE mit 15 Sitzungen à 90 Minuten über drei Wochen und ein intensives ambulantes PE-Programm mit 15 ganztägigen Therapiesitzungen über drei Wochen mit acht Behandlungserweiterungen, schnelle und effektive Behandlungsalternativen darstellen (Peterson et al., 2023). Zuvor konnte bereits gezeigt werden, dass eine massierte Form der PE mit zehn Sitzungen über zehn Wochen einer PE mit zehn Sitzungen über acht Wochen nicht unterlegen ist (*Foa et al., 2018*). In den Niederlanden werden für Erwachsene und Jugendliche intensive teilstationäre oder tagesklinische Angebote für schwere und komplexe PTBS angeboten, die EMDR, PE und körperliche Aktivität kombinieren und innerhalb von zwei Wochen zu Remissionsraten von um die 70 % im Hinblick auf den PTBS-Diagnosestatus führen (van Pelt et al., 2021; van Woudenberg et al., 2018; Voorendonk et al., 2020). Van Woudenberg et al. (2018) weisen darauf hin, dass diese Ansätze entwickelt wurden, um die erfahrungsgemäß hohen Therapieabbruchraten zu reduzieren, die bei der Behandlung komplexer PTBS auftreten. Die Abbruchraten bewegten sich entsprechend im einstelligen Prozentbereich. Zum Vergleich: Die durchschnittliche Dauer einer stationären Psychotherapie für PTBS liegt in Deutschland bei $M = 54.3$ Tagen ($SD = 15.5$) (*Herzog et al., 2020*), ambulante Behandlungen komplexer PTBS dürften deutlich länger dauern.

Fortschritte wurden auch bei der Durchführung von Psychotherapie über das Internet gemacht (Kuester et al., 2016). So wurden über Videochat abgehaltene Formate intensiver Therapie der komplexen PTBS evaluiert und zeigten ähnliche Erfolge (Bongaerts et al., 2021; 2022). In diesen Untersuchungen, die unter Bedingungen der Routineversorgung durchgeführt wurden, wiesen 20 % der eingeschlossenen Patient*innen eine Online-Behandlung zurück, weswegen nicht davon auszugehen ist, dass eine solche Behandlung die ambulante Psychotherapie vollständig ersetzen können. Diese neuen Versorgungswege können dennoch eine Chance für die deutsche Traumatherapielandschaft darstellen, welche das Versorgungssystem kurzfristig entlasten und langfristig zu einer verbesserten Allokation von weiterhin anhaltend begrenzten Ressourcen und reduzierten Wartezeiten führen. Gleichzeitig bleibt weiterhin noch offen, wie hoch die Raten zur Therapieverweigerung bzw. -ablehnung („Refusal-Rate“) der PTBS-Patient*innen gegenüber diesen neuen Versorgungswegen ist.

Insgesamt wird klar, dass intensive, traumafokussierte Psychotherapie für Patient*innen schnell, sicher, effektiv und, falls erwünscht, über moderne technische Kommunikationsmittel durchführbar ist. Die Implikationen dieser Ansätze

— Durch die der Exposition vorgeschalteten Stabilisierungsphasen vergehen oft Monate, bis das eigentliche Problem behandelt wird – und das ohne nachweisbaren Zusatznutzen. —

sind weitreichend und stellen den aktuell geltenden Standard wöchentlicher ambulanter Therapiesitzungen infrage, zeigen aber auch bisher ungenutzte Möglichkeiten der Versorgung schwerer Traumafolgestörungen auf. Angesichts der bereits mehrfach festgestellten Unterversorgung insbesondere komplex traumatisierter Patient*innen (Pawils et al., 2017; Sommer, 2016) müsste eigentlich jede Möglichkeit genutzt werden, die derartige Erfolge zeigen können.

Drei Mythen der traumafokussierten Psychotherapie

In Deutschland erhalten etwa 40 % der PTBS-Patient*innen eine Richtlinienpsychotherapie (Bachmann et al., 2021). Davon dürfte, Auswertungen von Krankenkassendaten zufolge, ungefähr die Hälfte eine kognitive Verhaltenstherapie durchlaufen (Epping et al., 2018). In Auswertungen von Fallberichten zeigte sich, dass bei nur ca. 47 % aller PTBS-Patient*innen eine der zuvor genannten traumafokussierten Methoden angewandt wurden (Lindauer et al., 2022). Dies ist im Einklang mit den Ergebnissen der Befragung von Pittig et al. (2019), in der nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Verhaltenstherapeut*innen sich selbst Kom-

petenzen zur expositionsbasierten Behandlung der PTBS zuschreiben.

Eine Erklärung für diesen geringen Anteil evidenzbasierter Techniken könnte sein, dass in der psychotherapeutischen Praxis viele Mythen über traumafokussierte Psychotherapie kursieren, die die Anwendung dieser Techniken verzögern oder sogar verhindern (Murray et al., 2022). Dadurch erhalten viele Patient*innen nicht die Therapieformen, die mit der größten Sicherheit die gewünschten Erfolge bringen können.

Mythos 1: Traumafokussierte Behandlungen sind nicht für komplexe und mehrfache Traumata geeignet.

Pittig et al. (2019) berichten, dass nur eine Minderheit (30,6 %) der befragten Psychotherapeut*innen der Aussage „Expositionstherapie wirkt bei komplexen Fällen schlecht“ widerspricht. Dies steht in deutlichem Kontrast zu empirischen Befunden. Zum Beispiel bleibt die kognitive Therapie für PTBS wirksam, wenn die Patient*innen mehrere Traumata erlebt haben, mit nur einer kleineren Verringerung der Symptomreduktion der PTBS-Kernsymptomatik im Vergleich zu einem einmaligen Trauma (Ehlers et al., 2013). Auch sind traumafokussierte Psychotherapien in der Behandlung von PTBS nach Kindesmissbrauch – häufig als komplexe Fälle eingestuft – hoch wirksam (Ehring et al., 2014) und die Wirksamkeit einer traumafokussierten Behandlung, die auf Traumata in der frühen Kindheit abzielt, scheint sich nicht von der

im Erwachsenenalter zu unterscheiden (Wagenmans et al., 2018). Weitere Untersuchungen zeigen zudem, dass sich durch traumafokussierte Behandlungen nicht nur die PTBS-Kernsymptomatik reduziert, sondern die mit der komplexen PTBS verbundenen Probleme, wie zum Beispiel dissoziative Zustände, negative Grundannahmen oder interpersonelle Probleme, reduzieren (Kolthof et al., 2022; van Vliet et al., 2021; Zoet et al., 2021).

im Erwachsenenalter zu unterscheiden (Wagenmans et al., 2018). Weitere Untersuchungen zeigen zudem, dass sich durch traumafokussierte Behandlungen nicht nur die PTBS-Kernsymptomatik reduziert, sondern die mit der komplexen PTBS verbundenen Probleme, wie zum Beispiel dissoziative Zustände, negative Grundannahmen oder interpersonelle Probleme, reduzieren (Kolthof et al., 2022; van Vliet et al., 2021; Zoet et al., 2021).

Mythos 2: Vor einer traumafokussierten Behandlung ist eine Stabilisierung notwendig.

Insbesondere für multipel und komplex traumatisierte Personen sei, der Meinung einiger Autor*innen zufolge, vor der traumafokussierten Intervention eine stabilisierende Behandlung durchzuführen. Diese dienen der emotionalen Stabilisierung und dem Aufbau interpersoneller Fertigkeiten, die auf eine Verbesserung des Funktionsniveaus abzielen und ein Empfinden von Kontrolle und Kompetenz erwirken sollen (Levitt & Cloitre, 2005). Ein phasenbasierter Ansatz, bei dem Stabilisierung und traumafokussierte Methoden nacheinander durchgeführt werden, hat eine hohe Augenscheinvalidität und liegt wirksamen Behandlungspaketen zugrunde wie die

für PTBS modifizierte Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-PTSD; Bohus et al., 2020) und Skills-Training zur affektiven und interpersonellen Selbstregulation / Narrative Therapie (STAIR/NT; Cloitre et al., 2002).

Es war jedoch lange unklar, ob Stabilisierungsphasen tatsächlich den vermuteten therapeutischen Nutzen haben. Von Befürworter*innen wurden zunächst Studien angeführt, die entweder stabilisierende Behandlungen als alleinige Intervention oder phasenbasierte Ansätze mit Kontrollbedingungen vergleichen. In einer offen ausgetragenen Debatte um die Notwendigkeit stabilisierender Interventionen (Cloitre, 2016; de Jongh et al., 2016) wurde deutlich, dass die Datenlage zum behaupteten Nutzen der Stabilisierung unbefriedigend ist. Untersuchungen, die eine direkte traumafokussierte Behandlung mit einem phasenbasierten Vorgehen vergleichen, lagen noch nicht vor. Auch die S3-Leitlinien zur PTBS-Behandlung verwiesen zurecht auf die fehlende Evidenz stabilisierender Methoden (Schäfer et al., 2019, S. 42). Mittlerweile liegt gleich eine Reihe solcher Studien vor (Bækkelund et al., 2021; Oprel et al., 2021; Raabe et al., 2022; van Vliet et al., 2021). Es wurde eine traumafokussierte Behandlung (PE, EMDR oder IR) entweder ohne vorherige Stabilisierung eingesetzt oder mit vorgeschalteter STAIR-Intervention kombiniert. Die Wirksamkeit wurde auf einer Reihe verschiedener Messinstrumente verglichen, die ein sehr breites Spektrum klinisch relevanter Phänomene abdeckten. Es zeigten sich durchgehend keine Unterschiede in der akuten Wirksamkeit, der Stabilität der Effekte in Katamneseerhebungen, der Abbruchraten oder unerwünschter Nebenwirkungen. Klinisch interpretiert: es vergingen – ohne nachweisbaren Zusatznutzen – in der Regel mehrere Monate, bis das eigentliche Problem wirksam behandelt wurde. Eine monatelange Verzögerung der wirksamen Behandlung ist keineswegs harmlos. Wie Rosner et al. (2010) zeigten, wird nach einer rein stabilisierenden, stationären Behandlung häufig keine adäquate traumafokussierte Nachbehandlung durchgeführt.

Bemerkenswert ist, dass Befürworter*innen der Stabilisierung mitunter Analogien zur somatischen Medizin aufstellen, in der es schließlich auch unerlässlich sei, dass eine Patient*in vor einem operativen Eingriff „stabil“ sein müsse (Reddemann & Piedfort-Marin, 2017). Der klinische Erfahrungsschatz erfahrener Therapeut*innen wird angeführt, um die Notwendigkeit der Stabilisierung zu begründen. Sicher ist es zulässig, zu klinischen Fragen, für die bislang keine empirische Evidenz vorliegt, auf die klinische Erfahrung zurück zu greifen. Es bedarf jedoch, wie vom erfahrenen Psychoanalytiker und Wissenschaftstheoretiker Meehl (1997) ausgeführt, der wissenschaftlichen Methode, um ihren Wahrheitsgehalt zu prüfen und von Irrtümern zu trennen.

Mythos 3: Expositionsbasierte Behandlungen sind potenziell „retraumatisierend“

Ein weiterer häufiger Mythos besagt, dass das Sprechen über Traumaerinnerungen „retraumatisierend“ sei, insbe-

sondere wenn keine Stabilisierung durchgeführt wurde. Diese Behauptung wird unseres Wissens nach, meist ohne weitere Belege anzuführen, aufgestellt (Fischer et al., 2003; Kahn, 2008; Reddemann, 2003) und es ist davon auszugehen, dass die Basis dieser Behauptung anekdotisch ist. Dort, wo sie empirisch geprüft wurde, zeigte sich das Gegenteil: nur sehr wenige Patient*innen, die in der klinischen Routineversorgung behandelt wurden, zeigen im Laufe einer TF-KVT eine Verschlechterung (1.2 % bei Ehlers et al., 2013; 0 % bei Gillespie et al., 2002). Tatsächlich zeigen mehr Patient*innen unter den Bedingungen der Warteliste eine Verschlechterung der Symptome als unter traumafokussierten Behandlungen (Ehlers et al., 2014; Jayawickreme et al., 2014). Auch Patient*innen, die nach dem Wiedererleben im Rahmen der TF-KVT befragt wurden, berichteten in einer qualitativen Studie, dass es „die Schmerzen wert“ gewesen sei (Shearing et al., 2011). Eng verbunden hält sich die Annahme, dass Dissoziationen die Arbeit an Traumaerinnerungen ausschließen. Obwohl diese Annahme empirisch untersucht wurde, fanden sich bisher keine Hinweise darauf, dass die Dissoziation vor der Behandlung die Wirksamkeit von traumafokussierten Behandlungen moderiert (Halvorsen et al., 2014; Hoeboer et al., 2020). Selbst die zuvor aufgeführten Untersuchungen zu hoch intensiven Konfrontationstherapien, die explizit ohne Stabilisierung durchgeführt wurden, berichteten weder negative Auswirkungen noch vorzeitige Therapieabbrüche wegen aversiver Erfahrungen, zudem zeigte sich eine starke Reduktion dissoziativer Erfahrungen (van Vliet et al., 2021; Zoet et al., 2021). Fallberichte demonstrieren die Machbarkeit einer leicht modifizierten traumafokussierten Behandlung von PTBS mit komorbider Dissoziativer Identitätsstörung (van Minnen & Tibben, 2021). Obwohl diese ersten Untersuchungen Anlass für Optimismus bieten, sind weitere Studien nötig, die die Rolle der Dissoziation in der traumafokussierten Therapie genauer betrachten.

Somit ist davon auszugehen, dass Retraumatisierungen in der traumafokussierten Psychotherapie nicht auf die verwendete Methode zurückgehen. Aus unserer Sicht wird der Begriff der „Retraumatisierung“ zu locker gehandhabt, obwohl er recht unscharf definiert ist. Autor*innen, die Versuche einer begrifflichen Bestimmung des Phänomens unternommen haben (z. B. Schock et al., 2010) weisen darauf hin, dass therapeutische Traumakonfrontation begrifflich klar von einer Retraumatisierung zu trennen ist. Zudem sei der Begriff nur bei einer langfristigen Verschlechterung der auf das Ursprungstrauma bezogenen intrusiven Symptomatik angemessen. Wie bereits erwähnt, fehlen empirische Belege dafür, dass dies in der traumafokussierten Psychotherapie in nennenswerter Häufigkeit auftritt.

All diese Mythen lassen auf den zuvor beschriebenen „Research-Practice-Gap“ schließen, der zulasten von Patient*innen geht, da im Zweifel keine evidenzbasierten Therapien angeboten werden, sondern lange Stabilisierungsphasen stattfinden und stattdessen vermeintlich schonende Verfahren eingesetzt werden. Hierdurch lässt sich womöglich

auch die weite Verbreitung von Methoden wie der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT; Lampe et al., 2008) im deutschsprachigen Bereich erklären, für die keine überzeugende Evidenz vorliegt. Die Darstellung dieser Methoden legt großen Wert darauf, dass es sich um besonders „schonende“ Interventionen handelt (bei PITT: z. B. Gahlleitner, 2020), mittlerweile liegen Monographien zur „schonenden Traumatherapie“ vor (Sack, 2020). Die vorgeschlagenen Modifikationen der konfrontativen Traumabearbeitung – wie zum Beispiel Ressourcenmobilisierung vor der Konfrontation, Techniken zur Distanzierung vom Traumainhalt oder die Veränderung des traumatischen Narrativs – wären zunächst in Dismantling-Studien auf ihren zusätzlichen Beitrag zur Verträglichkeit und Wirksamkeit zu prüfen, was ebenso die Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT; Smucker et al., 2008) betrifft. Auf der anderen Seite können, wie bereits Rosner et al. (2010) zeigten, auf lange Stabilisierung bedachte Ansätze eine wirksame Traumabehandlung deutlich verzögern.

Empfehlungen für die Praxis und Zukunft der traumafokussierten Psychotherapie

Nach unserer Einschätzung wird der Zugang zu nachweislich wirksamer, traumafokussierter Psychotherapie für Patient*innen erschwert. Diese erfolgt in Deutschland häufig nicht auf der Basis der besten Evidenz, was zumindest zum Teil auf Fehlannahmen über traumafokussierte Methoden zurückgeht, aber auch die Versorgungsplanung betrifft. Aus

— Nach unserer Einschätzung wird in Deutschland der Zugang zu nachweislich wirksamer, traumafokussierter Psychotherapie auch aufgrund von nach wie vor einflussreichen Fehlannahmen erschwert.

unserer Sicht lassen sich aus den empirischen Befunden und Behandlungsleitlinien klare nächste Schritte ableiten, die die Verbesserung der Versorgung von PTBS-Patient*innen zur Folge hätten.

Erstens: die Behandlungsleitlinien der PTBS sollten hinsichtlich der Bewertung der Rolle von Stabilisierung aktualisiert und konsequenter in der Praxis umgesetzt werden. Dabei sollten insbesondere die negativen Überzeugungen gegenüber expositionsbasierter Traumatherapie (z. B. PE) auf Seiten der Therapeut*innen (Pittig et al., 2019) gezielter in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen adressiert werden, um die Glaubwürdigkeit sowie Verwendung zu erhöhen (van Minnen et al., 2010). Der Umstand, dass erwiesenermaßen effektive traumafokussierte Behandlungen nur von der Hälfte der Psychotherapeut*innen eingesetzt wer-

den, ist angesichts der schwierigen Versorgungslage nicht hinzunehmen.

Zweitens: es muss eine deutliche Flexibilisierung der Traumabehandlung erwirkt werden. Die Zukunft wird auch aufgrund von begrenzten Ressourcen und damit verbundenen langen Wartezeiten neue Versorgungsmodelle der psychischen Gesundheit mitdenken müssen. Die hier vorgestellten intensiven Kurzzeitinterventionen sind hoch effektiv, über das Internet durchführbar und weisen eine verringerte Abbruchrate auf – ein häufiges Problem bei PE und CPT insbesondere in Populationen mit starkem Hang zur Stigmatisierung (z. B. Veteranen; Schnurr et al., 2022). Wie in anderen Bereichen gehört das, was in Deutschland noch als „Innovation“ angepriesen werden muss, in anderen Ländern zum Versorgungsalltag. Bei der Umsetzung einer ausschließlichen Fernbehandlungen wäre jedoch berufspolitisch darauf zu achten, dass internetbasiert durchgeführte Psychotherapie nicht zu Einbußen bei der Vergütung führt. Weitere Studien dazu, für welche Patient*innen dieses Therapieformat in Frage kommt, dürften bei der Indikationsstellung helfen.

Die „EXPRESS“-Behandlungen der PSYTREC-Behandlungszentren³ können hier ein Vorbild sein. Von den Patient*innen der PSYTREC-Kliniken wird bei 65 % eine komplexe PTBS diagnostiziert und bei 25 % eine komplexe PTBS mit dissoziativen Symptomen. Je nach Indikation erhalten sie eine vollständig internetbasierte Behandlung an zwei Tagen oder eine kombinierte Behandlung (zwei Tage Klinikaufenthalt und zwei Tage internetbasierte Therapie). Bei der Behandlung handelt es sich um eine Kombination von Psychoedukation, PE, EMDR und einem Sport- und Bewegungsprogramm, das die Effekte der Psychotherapie durch eine Förderung der Rekonsolidierungsprozesse im Gedächtnis verstärken soll. Die Kliniken zeichnet aus, dass die therapeutische Praxis durch kontinuierliche Forschung begleitet und weiterentwickelt wird. Dazu gehört eine psychometrische Qualitätssicherung, mit der sich die hohen Remissionsraten (über 70 % bei PTBS, 85 % bei komplexer PTBS, 75 % bei PTBS vom dissoziativen Subtyp) reliabel und valide abbilden lassen. Weniger als 5 % der Patient*innen brechen ihre Behandlung ab, was beträchtlich unterhalb der üblichen Abbruchraten ambulanter Behandlungen liegt. Die Kliniken werden von Psycholog*innen geleitet und die Therapeut*innen vor Ort laufend fortgebildet. Dieses kurze und intensive Behandlungsprogramm zeigt auf vielfältige Art und Weise, wie Forschung und Praxis ineinandergreifen, um den Patient*innen bestmöglich zu helfen. Solche Angebote könnten in Deutschland aufzeigen, wie vielfältig Psychotherapie jenseits der üblichen Aufteilung in ambulante und (teil-)stationäre Formate auch bei schweren psychischen Störungen helfen kann, und somit den Berufsstand stärken.

³ <https://www.psyttrec.nl/>

Drittens: die Methoden der datengestützten, personalisierten Auswahl der besten Psychotherapie für individuelle Patient*innen sollten auch in Deutschland besser exploriert werden. Internationale Studien demonstrierten bereits eine personalisierte Behandlungszuweisung von evidenzbasierten traumafokussierten Psychotherapien. Da Patient*innen auch auf die verfügbaren evidenzbasierten Methoden unterschiedlich ansprechen (Herzog & Kaiser, 2022), ist davon auszugehen, dass eine optimierte Auswahl die Erfolge noch weiter steigern kann. Erste Befunde zeigen hier vielversprechende Ergebnisse im Hinblick auf einen besseren Therapieerfolg bei personalisierter Zuweisung zu EMDR vs. TF-KVT (Deisenhofer et al., 2018), PE vs. nicht-traumafokussierter Therapie (Stirman et al., 2021) oder PE vs. Pharmakotherapie (Bredemeier et al., 2022) für PTBS. Solche Methoden lassen sich durchaus auch in der Routineversorgung umsetzen, erfordern jedoch eine gewissenhafte Erfassung prognostischer Variablen und psychometrischer Daten zum Therapieergebnis. Dass dies nicht unmöglich ist, konnten unlängst Schwartz et al. (2020) zeigen, indem Sie eine datengestützte personalisierte Auswahl von kognitiver Verhaltenstherapie oder psychodynamischer Therapie in der ambulanten Versorgung durchführten. Bevor jedoch nicht die evidenzbasierten Verfahren implementiert sind und somit zuverlässig zur Auswahl stehen, sodass Patient*innen Zugang dazu erhalten, scheitern solche wichtigen Forschungsbemühungen noch an der Versorgungsrealität.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

- Bachmann, C. J., Czwikla, J., Jacobs, H., Fegert, J. M. & Hoffmann, F. (2021). Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017. *Psychiatrische Praxis*, 48 (6), 316–323.
- Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A., Rozendaal, L., Telkamp, B. S. D. & de Jongh, A. (2022). Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (2), 2103287.
- de Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M. et al. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33 (5), 359–369.
- Foa, E. B., Bredemeier, K., Acierno, R., Rosenfield, D., Muzzy, W., Tuerk, P. W. et al. (2022). The efficacy of 90-min versus 60-min sessions of prolonged exposure for PTSD: A randomized controlled trial in active-duty military personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90 (6), 503–512.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., Kierdorf, T. & Höhr, H. (2014). *Handbuch der Prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung – eine Anleitung für Therapeuten*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Yadin, E., Yarvis, J. S. et al. (2018). Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel: A Randomized Clinical Trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 319 (4), 354–364.
- Herzog, P. & Kaiser, T. (2022). Is it worth it to personalize the treatment of PTSD? – A variance-ratio meta-analysis and estimation of treatment effect heterogeneity in RCTs of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 102611.
- Herzog, P., Voderholzer, U., Gärtner, T., Osen, B., Svitak, M., Doerr, R. et al. (2020). Predictors of outcome during inpatient psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A single-treatment, multi-site, practice-based study. *Psychotherapy Research*, 31 (4), 468–482.
- Lindauer, M., Linden, M. & Muschalla, B. (2022). Verständnis ambulanter Verhaltenstherapeuten von Belastungsreaktionen und PTBS. *Verhaltenstherapie*, 32 (4), 186–195.
- McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L. & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 102115.
- Murray, H., Grey, N., Warnock-Parkes, E., Kerr, A., Wild, J., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2022). Ten misconceptions about trauma-focused CBT for PTSD. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e33.
- Pittig, A., Kotter, R. & Hoyer, J. (2019). The Struggle of Behavioral Therapists With Exposure: Self-Reported Practicability, Negative Beliefs, and Therapist Distress About Exposure-Based Interventions. *Behavior Therapy*, 50 (2), 353–366.
- Schnurr, P. P., Chard, K. M., Ruzek, J. I., Chow, B. K., Resick, P. A., Foa, E. B. et al. (2022). Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans. *JAMA Network Open*, 5 (1), e2136921.
- van Minnen, A., Hendriks, L. & Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (4), 312–320.



Dr. Philipp Herzog

Rheinland-Pfälzische Technische
Universität Kaiserslautern-Landau
Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Ostbahnstraße 10
76829 Landau
philipp.herzog@rptu.de

Dr. Philipp Herzog, Dipl.-Psych., PP (VT), ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der AE Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters der Rheinland-Pfälzischen Technischen Universität Kaiserslautern-Landau (RPTU) und Gastwissenschaftler an der Harvard University. Nach mehrjähriger praktischer Tätigkeit in verschiedenen Ambulanzen und Kliniken liegen seine wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkte vor allem in der Psychopathologie und Psychotherapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.



Dr. Tim Kaiser

Universität Greifswald
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Franz-Mehring-Straße 47
17489 Greifswald
tim.kaiser@uni-greifswald.de

Dr. Tim Kaiser, M. Sc. Psych., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Greifswald. Als wissenschaftlicher Leiter der psychotherapeutischen Hochschulambulanz betreut er das integrierte Forschungsprogramm zu Prozessen und Ergebnissen von kognitiver Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Evaluation und psychometrischen Qualitätssicherung, bei internetbasierten Interventionen und Forschungsmethoden.



Prof. Dr. Ad de Jongh

Prof. Dr. Ad de Jongh ist klinischer Psychologe und Professor für Angst- und Verhaltensstörungen an der Universität Amsterdam, sowie Honorarprofessor an der School of Health Sciences der Salford University, Manchester, der University of Worcester und der Queen's University in Belfast. Er ist spezialisiert auf die Behandlung von Traumafolgestörungen und führte 1993 die Behandlungsmethode EMDR in den Niederlanden ein. Auch sein wissenschaftlicher Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung neuer evidenzbasierte Behandlungen für Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Er ist zudem Mitbegründer der PSYTREC-Kliniken und dort Leiter für das wissenschaftliche Forschungsprogramm.

Let's play ... Video Games

Aktuelle Trends und Möglichkeiten einer ressourcenorientierten Betrachtung von kommerziellen Computerspielen

Michael Wöste

Computerspiele und damit verbundene Suchtgefahren sind aktuell sehr präsent im wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs. Mit Einführung der neuen Diagnose der Gaming Disorder in der ICD-11 wird die Wahrnehmung und mediale Präsenz weiter an Bedeutung zunehmen. Um die Gefahr von falsch-positiven Diagnosen zu verringern, ist es notwendig, aktuelle Trends im Gaming-Bereich zu kennen sowie über motivationale Faktoren informiert zu sein, die junge Menschen zum Spielen animieren. Nur mit einer umfassenden Kenntnis negativer und positiver Aspekte kann eine ausgewogene Beratung gesichert werden. In diesem Artikel werden aktuelle Gaming-Trends vorgestellt und wichtige Spielmechaniken erläutert. Zudem werden Analyseseiten und Informationsportale aufgezeigt, die eine weitergehende Auseinandersetzung ermöglichen. Es wird ersichtlich, dass der Bereich der Computerspiele nicht als singuläres Konstrukt zu betrachten ist, sondern vielfältige unterschiedliche Mechaniken und Anforderungen vorliegen. Weiterhin werden Anregungen zu einer ressourcenorientierten Betrachtung gegeben, die auch im therapeutischen Kontext gewinnbringend genutzt werden können.

Einleitung

„Selbst auf Fachvorträgen treffen wir immer wieder auf Vortragende, die beispielsweise ein Echtzeitstrategiespiel als Ego-Shooter bezeichnen, weil darin geschossen wird. (...) Betroffene reagieren sehr empfindlich darauf, wenn man den Eindruck vermittelt, sich in ihrem Gebiet nicht auszukennen“ (Illy, 2021, S. 146).

Digitale Medien sind fester Bestandteil der heutigen Gesellschaft, sie sind aus dem Leben, insbesondere der jungen Generation, nicht mehr wegzudenken. Computerspiele wiederum nehmen einen großen Platz innerhalb dieser digitalen Welten ein und sind häufig Gegenstand von Kontroversen, insbesondere unter dem Aspekt einer möglichen Abhängigkeit. Mit Einführung der neuen Diagnosen „Internet Gaming Disorder“ (DSM-5) bzw. „Gaming Disorder“ (ICD-11) soll betroffenen Personen zukünftig der Zugang zu spezialisierten Therapieinterventionen erleichtert sowie weitere Forschung initiiert werden (Leo & Lindenberg, 2021). Im Vorwege gab es hierbei in der Wissenschaftsgemeinde durchaus hitzig geführte Debatten (Kuss et al. 2017), in denen entweder für (Müller & Wölfling, 2017; Rumpf et al., 2018) oder gegen (Aarseth et al., 2017; van Rooij et al., 2018) die Einführung einer solchen Diagnose argumentiert wurde.

Doch nicht nur in der wissenschaftlichen Gemeinschaft ist dieses Themenfeld von großer Bedeutung, auch Kinder und Eltern selbst wünschen sich mehr Aufklärung und Informationsvermittlung zum Thema Medien und „Mediensucht“, haben gleichzeitig aber wenig persönliche Erfahrungen in die-

sem Bereich, insbesondere auf Seiten der Eltern (Deutsches Kinderhilfswerk e. V., 2021). Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass mit diesem eigenständig klassifizierten Störungsbild nach Inkrafttreten der ICD-11, vor allem bei entsprechender medialer Berichterstattung, das öffentliche Bewusstsein für den Bereich der Computerspielabhängigkeiten weiter zunimmt. So bieten erste Krankenkassen bereits ein „Mediensuchtscreening“ (Pressestelle DAK-Gesundheit, 2020) durch Kinder- und Jugendärzt*innen an. Hierzu sollte, wie im Eingangszitat festgestellt, im Beratungs- und Therapiekontext umfassendes Hintergrundwissen und Expertise zum Themenbereich „Gaming“ vorliegen, welches nicht nur auf mögliche negative Folgen fokussiert, sondern auch potentiell positive Aspekte beinhaltet. Dies erscheint besonders im Kontext der Arbeit mit Jugendlichen wichtig, da hier spezifische Kompetenzen und Kenntnisse hinsichtlich kontextueller Rahmenbedingungen der aktuellen Lebenswelten erforderlich sind (Borg-Laufs, 2015; Michels & Borg-Laufs, 2003). Nur wer umfassend über aktuelle Trends und Gefahren sowie Positiva informiert ist, kann **Hilfe initiieren, wo nötig, und entpathologisieren, wo möglich**. Bei einer einseitig auf die negative Aspekte von Gaming ausgerichteten Betrachtung besteht die Gefahr von falsch-positiven Diagnosen mit entsprechenden ökonomischen und sozialen Folgen (van Rooij et al., 2018).

Was aber sind die aktuellen Trends im Bereich der kommerziellen Computerspiele, welche Forschungsbefunde zu möglicherweise sogar positiven Auswirkungen von „Gaming“ liegen vor und wie könnte eine ressourcenorientierte Betrachtung von Videospiele im psychotherapeutischen Kon-



Abbildung 1: Primäre Cluster für die Unterteilung von Computerspielen (in Anlehnung an Besombes, 2018)

text aussehen? Im vorliegenden Artikel soll ein Überblick zu diesen drei Leitfragen gegeben werden, weiterhin werden Internetseiten und Institutionen vorgestellt, die für die interessierte Leserschaft weitergehende Informationen für die praktische Arbeit bieten. Weitgehend ausgeklammert wird hierbei die Diagnose und Behandlung der Gaming Disorder selbst. Hierzu finden sich bereits zahlreiche Publikationen (zur Übersicht siehe etwa *Leo & Lindenberg, 2021*).¹ Ebenfalls nur am Rande wird auf psychotherapeutische „Serious Games“ (Computerspiele, die speziell für einen therapeutischen Nutzen entwickelt worden sind) eingegangen, um den Fokus explizit auf den Bereich der kommerziellen Computerspiele zu legen. Durch diesen Fokus soll zum einen grundlegendes Wissen um aktuelle Spiele und Spielmechaniken vermittelt werden. Zum anderen soll durch die Darstellung positiver Aspekte die Möglichkeit einer eigenen, abgewogenen Entscheidungsbildung zum Umgang mit Computerspielen im therapeutischen Kontext angeregt werden.

Trends aktueller Computerspiele

Zunächst ist festzuhalten, dass es nicht „DAS“ Computerspiel als singuläres Konstrukt gibt, wenngleich häufig verallgemeinernd über Computerspiele gesprochen wird, ohne die jeweiligen Spezifika und Spielmechaniken zu beachten (*Bavelier et al., 2011*). Abbildung 1 zeigt eine erste Annäherung an Typen kommerzieller Videospiele.

Jeder Teilbereich wird dabei weiter untergliedert und verschiedene Spiele unter zentralen Gemeinsamkeiten in der Spielmechanik geclustert. In Abbildung 2 wird beispielsweise der Bereich der „Shooting Games“ noch einmal weiter unterteilt in „First Person vs. Third Person“ sowie „Class Based vs. Fast Paced“, auch die Handlungsausrichtung der Spiele kann



Abbildung 2: Cluster für die Unterteilung von Computerspielen im Bereich von Shooting Games (in Anlehnung an Besombes, 2018)

unterschieden werden in „Tactical“, „War Sim“ und „Battle Royal“. Unter diese Bereiche können dann einzelne Spieletitel eingeordnet werden. Ein bekannter taktischer First-Person Shooter ist etwa Counter Strike, ein anderer bekannter Third-Person Battle-Royal Shooter ist Fortnite (wer in einer KJP-Praxis arbeitet, wird an Fortnite vermutlich nicht vorbeigekommen sein). Einzelne spezifische Charakteristika werden im weiteren Verlauf vorgestellt, es soll an dieser Stelle jedoch bereits verdeutlicht werden, dass selbst zwei genreähnliche „Shooter“ wie Counter Strike und Fortnite bei genauerer Betrachtung deutliche Unterschiede in der Spielmechanik aufweisen.

Um eine Analyse der aktuellen Trends im Gaming-Bereich vorzunehmen, kann man sich aufgrund der raschen Dynamik nicht nur auf klassische akademische Verfahren wie etwa systematische Übersichtsarbeiten stützen – zumal hier, wie beschrieben, nur wenige Arbeiten aus dem klinischen Bereich vorliegen, die einer solchen Fragestellung überhaupt nachgehen.

Es können jedoch zahlreiche hilfreiche Plattformen und Informationsangebote herangezogen werden, die Daten und Übersichten zur Verfügung stellen (siehe Tabelle 1 auf S. 41). Abbildung 3 zeigt hierbei die über Streaming-Plattformen meistgesehenen Games im Oktober 2022, um ein aktuelles Bild der derzeit beliebtesten Spiele zu vermitteln.

Je nach Operationalisierung bieten sich auch andere Zusammenstellungen an. Der Esports Observer, eine Online-Nachrichtenplattform zum Thema, weist beispielsweise regelmäßig einen aktuellen PC Games Impact Index aus, der

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

die derzeitige Relevanz und Popularität von Computerspielen veranschaulichen soll. In die Ermittlung der Werte fließen hierbei etwa die Anzahl der monatlich aktiven Spieler*innen, die Häufigkeit von ausgetragenen Wettkämpfen sowie die Gesamtdauer von Online-Übertragungen in die Bewertung ein. Je nach Akzentsetzung entsteht somit eine unterschiedliche Rangliste der aktuell „relevantesten“ Videospiele.

Kurzdarstellung unterschiedlicher Spielmechaniken

Welche Spielmechaniken verbergen sich hinter den aufgeführten Spielen? Um diese zu verdeutlichen, werden kurz einige (auch in der Langzeitbetrachtung der letzten Jahre) sehr verbreitete Spiele vorgestellt: League of Legends (LoL), Counter-Strike: Global Offensive (CS:GO), Fortnite, Grand Theft Auto V (GTA V), Minecraft sowie World of Warcraft (WoW).

League of Legends (LoL) (Platz 1 in Abbildung 3) ist dem Spielkonzept der Multiplayer Online Battle Arena (**MOBA**) zuzurechnen. Als MOBA ist LoL dem übergeordneten Konzept der Echtzeitstrategiespiele (Real Time Strategy – RTS) zuzuordnen, die zumeist aus einer isometrischen Perspektive heraus gespielt werden, d. h. das Spielgeschehen wird aus einem Blickwinkel von schräg oben gezeigt. Steuerungsbefehle werden dabei nicht rundenbasiert, sondern in Echtzeit in Interaktionen der Spielfiguren umgewandelt. In einem MOBA findet im Unterschied zu klassischen RTS-Spielen (Beispiele: StarCraft, Warcraft, Command & Conquer) kein vorausgehender Basenbau und keine Ressourcensammlung statt, auch wird in einem MOBA nur eine einzelne Spielfigur anstelle von mehreren Einheiten (wie in klassischen RTS üblich) gesteuert. Im Spiel treten zwei Teams gegeneinander an. Ziel ist es, die gegnerische Hauptbasis zu zerstören. Es können unterschiedliche Spielfiguren (Helden) ausgewählt werden, die jeweils unterschiedliche Eigenschaften und Fähigkeiten aufweisen. Zu Beginn starten alle Spieler*innen auf einem gleichen Level mit geringen Fähigkeiten sowie Lebens- und Angriffspunkten. Durch taktisches Agieren auf der Spielkarte werden computergenerierte Einheiten und Gebäude zerstört sowie gegnerische Held*innen im Kampf in ihrer Lebenskraft gemindert bzw. getötet. Infolge solcher erfolgreicher Aktionen erzielt das jeweilige Team einen Zuwachs an sog. Erfahrungspunkten. Hierdurch steigen die Held*innen in höhere Level auf, die wiederum verbunden sind mit erhöhten Lebens- und Angriffswerten sowie der Freischaltung neuer Fähigkeiten. Sieger ist das Team, welches zuerst die gegnerische Basis zerstört hat.



Abbildung 3: Übersicht der meistgestreamten Computerspiele im Oktober 2022 (Stream Hatchet, 2022, Daten mit freundlicher Genehmigung)

Legende der aufgeführten Spiele, in Klammern die jeweilige Spielmechanik:

- 1 – League of Legends (MOBA)
- 2 – Overwatch 2 (Taktischer Class-Based First-Person Shooter)
- 3 – Grand Theft Auto V (Open-World Action, hier v. a. in der Rollenspielvariante, siehe Text)
- 4 – DOTA 2 (MOBA)
- 5 – Valorant (Taktischer Class-Based First-Person Shooter)
- 6 – FIFA 23 (Fußball-Simulation)
- 7 – Minecraft (Open-World Sandbox-Survival)
- 8 – Counter Strike: Global Offensive (Taktischer First-Person Shooter)
- 9 – Mobile Legends (MOBA, Besonderheit: Smartphone als Plattform)
- 10 – APEX Legends (First-Person Battle-Royal Shooter)

Counter Strike (CS:GO) ist ein bekannter taktischer First-Person bzw. Ego-Shooter. Die Spielfigur wird also aus Sicht ihrer selbst gesteuert, sodass lediglich die Waffe bzw. die Hände auf dem Bildschirm zu sehen sind. Auch in CS:GO treten zwei Teams gegeneinander an, die entsprechend der Gruppenzuordnung entweder als „Terroristen“ oder „Counter-Terroristen“ agieren. Je nach Szenario muss auf einer begrenzten Karte eine Bombe gelegt bzw. entschärft werden oder eine Geiselnbefreiung durchgeführt werden. Zu Beginn einer jeden Spielrunde müssen dabei Waffen gekauft werden, die jeweils unterschiedlichen Schaden verursachen sowie eine andere Schussrate, Reichweite oder Rückstoß haben. Um die jeweilige Mission erfolgreich ausführen zu können, kommt neben den individuellen Fähigkeiten (Reaktionszeit, Hand-Augen-Koordination, räumliches Vorstellungsvermögen) vor allem dem gemeinsamen taktischen Vorgehen und der Absprache innerhalb des Teams eine zentrale Rolle zu.

Fortnite (nicht in Abbildung 3 enthalten, dennoch in der Praxis weiterhin sehr präsent) ist ebenfalls den Shootern zuzuordnen, jedoch mit deutlich anderer Spielmechanik. Fortnite ist ein Third-Person-Shooter, die Spielfigur wird also als Ganzes betrachtet und aus einer hinter dem Rücken der Figur liegenden Beobachterperspektive gesteuert. Das Spielprinzip ist dabei weniger taktisch geprägt, sondern ist im „**Battle-Royal**“-Genre anzusiedeln. In diesem Genre treten die Spielenden alleine oder in kleinen Teams auf einer großen Spielkarte gegeneinander an. Alle Spieler*innen starten zu Beginn unbewaffnet und müssen auf der Karte nach willkürlich ver-

teilten Waffen und Ausrüstungsgegenständen Ausschau halten, der Zufallsfaktor spielt hierbei folglich eine größere Rolle als bei den zuvor dargestellten Spielen. Eliminiert man eine*n Gegner*in, so kann man dessen Ausrüstung übernehmen. Die beispielbare Fläche wird dabei zunehmend kleiner, was die Häufigkeit von kämpferischen Konfrontationen und somit die Spielintensität bis zum Ende einer Runde dermaßen steigert und so weit zuspitzt, bis nur noch ein*e Spieler*in bzw. ein Team überlebt. Dieses Prinzip mag hierbei aus Romanen und Filmen wie etwa „Die Tribute von Panem“ („The Hunger Games“) bekannt sein.

Ein eigenes Genre bilden sog. **Open-World-Spiele**. In diesen wird dem*der Spieler*in ein hoher Grad an Bewegungs- und Entscheidungsfreiheit zugebilligt. Er*sie kann die in dem Spiel eröffnete Welt zumeist nach eigenem Ermessen erkunden und ist dabei nicht zwingend an eine feste Reihenfolge von zu absolvierenden Leveln gebunden. Bei dem meistgesehenen Open-World-Spiel **Grand Theft Auto V (GTA V)** (Platz 3 in Abbildung 3) handelt es sich übrigens nicht um das ursprüngliche Spiel (Third-Person Action Game mit Elementen aus Shooter- und Racing-Spielen), sondern um eine aktuell beliebte Modifikation in Form einer Rollenspielvariante. Hierbei wird die Game-Engine (Spielmechanik, Grafik usw.) primär als Vehikel für die Entwicklung eigener Geschichten genutzt, in denen die Spieler*innen in eine Figur schlüpfen und in dieser Rolle interagieren. Entscheidet man sich beispielsweise, eine Karriere bei der Polizei zu beginnen, muss die Figur zunächst eine Ausbildung absolvieren und sich anschließend Schritt für Schritt hocharbeiten. Die Kommunikation und Kreativität nimmt in dieser Spielvariante die zentrale Rolle ein, da im Spiel keinerlei Story vorgegeben ist, sondern durch die Spieler*innen gemeinsam selbst erschaffen wird.

Minecraft ist ein Open-World-Sandbox-Videospiel. In diesem Genre können die Spielenden sehr frei und ohne Spielvorgaben („Sandkasten-Prinzip“) virtuelle Welten erkunden und mit ihnen interagieren. Diese Welten bestehen hierbei ausschließlich aus Blöcken mit unterschiedlichen Eigenschaften. In Minecraft können die Spielenden Ressourcen sammeln, Gegenstände herstellen und Strukturen unterschiedlicher Komplexität bauen, um einzigartige Umgebungen zu schaffen. Das Spiel bietet mehrere Modi, darunter den Überlebensmodus, den Kreativmodus und den Abenteuermodus, in denen die Spieler*innen Aktivitäten wie Ackerbau, Bergbau und Kampf ausüben können.

Als letztes bisher nicht beschriebenes, aber immer noch sehr bekanntes Computerspiel soll **World of Warcraft (WoW)** vorgestellt werden. WoW ist ein vergleichsweise altes (Veröffentlichung 2004) und bekanntes Massive Multiplayer Online Role Playing Game (MMORPG), in dem viele Charaktere (Spielfiguren) miteinander interagieren können. Diese Figuren werden teils von anderen Spieler*innen gespielt, teils auch vom Computer gesteuert. Bei WoW kann der Spielende einen Charakter auswählen und diesen individuell gestalten. Innerhalb des Spieles wird sich einer von zwei großen Frak-

tionen angeschlossen, durch die Erfüllung verschiedenartiger Missionen (Quests) gewinnt man Erfahrungspunkte und kann seinen Charakter weiterentwickeln und ausstatten. Innerhalb der Fraktionen können sich mehrere Spieler*innen zu Gilden zusammenschließen, so entsteht eine engere Verbindung und Interaktion zwischen den Gildenmitgliedern.

Diese Darstellungen sollen anhand grober Kurzbeschreibungen ausgewählter populärer Videospiele einen ersten Überblick über unterschiedliche Typen von Spielen bieten. Dabei muss eine noch differenziertere Aufschlüsselung nach Spielvarianten und Spielmechaniken notwendig ausbleiben. Zugleich bieten die bisher exemplarisch aufgezeigten Spieltypen bereits ein grobes Raster, um andere Games ggf. auch durch eine Kombination aus verschiedenen Genre-Charakteristiken einordnen zu können. So können viele der weiteren Spiele aus Abbildung 3 den soeben kurz vorgestellten Spielvarianten in unterschiedlicher Iteration gemäß Abbildung 1 und 2 zugeteilt werden, zum Beispiel Apex Legends (First-Person Battle-Royal Shooter), Valorant oder Overwatch 2 (beides taktische Class-Based First-Person Shooter).

Die zahlreichen benannten und unter Insidern gebräuchlichen Abkürzungen und Begrifflichkeiten können schnell erschlagend wirken. Sie sollen auch nicht als „Namedropping“ missverstanden werden. Vielmehr soll ein Eindruck davon vermittelt werden, wie **unterschiedlich und vielfältig** die Gaming-Landschaft ist. Dieser erste Überblick über die zahlreichen Facetten von Videospiele soll zugleich der eingangs erwähnten unterkomplexen Annahme eines singulären Konstruktes entgegenwirken.

Wer sich eingehender über Statistiken und Analysen informieren möchte, findet in Tabelle 1 einige weiterführende Internetseiten, zudem sind hier Seiten gelistet, auf denen aktuelle Informationen rund um den Bereich Gaming einzusehen sind, die für die praktische psychotherapeutische Arbeit durchaus hilfreich sein können.

Motivationale Aspekte sowie positive Effekte von Computerspielen

Welche Motivation bringt Spieler*innen eigentlich dazu, Zeit in diese Games zu investieren, und welche positiven Effekte könnten damit verbunden sein? Computerspiele werden nicht primär aufgrund ihres Suchtpotentials gespielt, Spieler*innen verbinden mit ihnen unterschiedliche motivationale Bestrebungen. *Demetrovics et al. (2011)* identifizierten **sieben motivationale Faktoren** (Escape, Coping, Fantasy, Skill Development, Recreation, Competition, Social), die mittels des „Motives for Online Gaming Questionnaire“ (MOGQ) erhoben werden können. Games, auch im kompetitiven E-Sport Bereich, können dabei auch unter dem Gesichtspunkt einer positiven (Persönlichkeits-)Entwicklung betrachtet werden (*Adachi & Willoughby, 2013; Carbonie et al., 2018; Granic et al., 2014*). Abbildung 4 zeigt vor diesem Hintergrund eine

	Internetadresse	Kurzbeschreibung
Statistik- und Analyseseiten für die Ermittlung aktueller Gaming- und Streamingtrends		
The Essports Observer	www.sportsbusinessjournal.com/ /Esports.aspx	Aktuelle News sowie Erstellung aktueller Übersichten zu Trends im Bereich Gaming
Stream Hatchet	https://streamhatchet.com/	Umfangreiche Datenanalysen und Trends im Bereich Gaming, E-Sport und Streaming
SullyGnome	https://sullygnome.com/	Umfangreiche Analysemöglichkeiten für Twitch (Streaming-Plattform für Gaming)
Weitere Seiten mit Informationen zum Thema E-Sport und Gaming		
Game	www.game.de/	Verband der deutschen Games-Branchen
Stiftung digitale Spielekultur	www.stiftung-digitale-spielekultur.de/	Vermittlung zwischen digitalen Angeboten und zivilgesellschaftlichen und politischen Institutionen
Spielbar	www.spielbar.de/	Plattform Bundeszentrale für politische Bildung, Informationen und Ratschläge zu Gaming
Esports Research Network	https://esportsresearch.net/	Interdisziplinäres Forschungsnetzwerk zum Themenbereich E-Sport
Netzwerkes Serious Games und Gamification for Health	https://serious-gamification4health.net/	Überblick über Entwicklungen im Bereich Serious Games und Gamification for Health
Nico Besombes (Esports & Social Research)	https://medium.com/@nicolas.besombes	Übersichten und Grafiken für E-Sport und kompetitives Gaming

Tabelle 1: Übersicht weiterführender Internetauftritte für Statistiken, Analysen sowie Informationen zum Themenbereich Computerspiele

konzeptuelle Übersicht verschiedener Games auf den beiden Basisdimensionen der Komplexität und sozialen Interaktion.

Interessant hierbei ist, dass die Spiele/Spielmechaniken, die am häufigsten aufgrund ihrer Gewaltdarstellung bzw. Suchtgefahren in der Kritik stehen, die **höchsten Ausprägungen hinsichtlich der Komplexität und notwendigen sozialen Interaktion** aufweisen: MMORPG (bspw. World of Warcraft) und Multiplayer-Shooter (bspw. Counter Strike). Auf Basis dieses Befunds könnte gleichermaßen argumentiert werden, dass diese Spiele nicht aufgrund ihres Suchtpotentials oder der mehr oder weniger expliziten Gewaltdarstellung gespielt werden, sondern vor allem wegen der in dem Spiel gebotenen Herausforderungen, sich in komplexen Situation zu beweisen und weiterzuentwickeln, sowie dem sozialen Austausch. Diese Betrachtungsweise deckt sich mit den bereits aufgeführten motivationalen Faktoren. Die soziale Komponente zeigt sich besonders in aktuellen Spielertrends: die beiden Spiele „Among Us“ (Multiplayer-Deduktionsspiel) sowie „Fall Guys“ (Jump'n'Run Battle-Royal) genießen große Beliebtheit bei sehr einfacher Grafik und technisch simplen In-Game-Mechaniken. Die Popularität ergibt sich hier zum einen aus der Niederschwelligkeit der Spiele, die einen schnellen Einstieg ermöglichen, zum anderen – und vor allem – aus der sozialen Interaktion, ähnlich wie es bereits bei der aktuell beliebtesten Modifikation von GTA V beschrieben wurde.

Positive Befunde

Zumeist wird auf Gefahren von Computerspielen hingewiesen (zur kurzen Übersicht siehe etwa Leo & Lindenberg, 2021; Messner & Friese, 2019), Forschungsarbeiten haben

dementsprechend häufig einen Fokus auf eben jene negativen Aspekte. Es gibt demgegenüber jedoch auch Befunde zu positiven Auswirkungen, die zugleich zur Kenntnis genommen werden sollten: Durch das Spielen kommerzieller Action-Games konnten Kinder mit einer Lese- und Rechtschreibstörung ihre Lesefähigkeiten steigern, ebenso ihre räumliche Aufmerksamkeit (Franceschini et al., 2013). Personen, die Action-Games spielten, zeigten zudem eine im Vergleich bessere Performance in ihrer Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Reaktionszeit und Entscheidungsfindung (Bavelier & Davidson, 2013; Bavelier et al., 2012). Vor allem das Spielen von

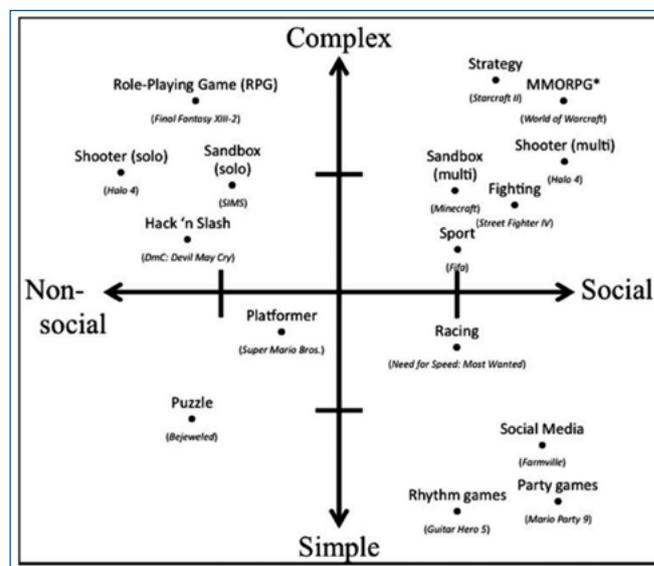


Abbildung 4: Konzeptionelle Übersichtskarte verschiedener Computerspiele auf den Basisdimensionen sozialer Interaktion und Komplexität (Granic et al., 2014).

Shootern zeigt hierbei robuste Effekte (*Granic et al., 2014*). Dies spricht erneut für den Sachverhalt, dass Computerspiele nicht einheitlich abgewertet werden, sondern differenziert nach Spieltyp beurteilt werden sollten. Insgesamt betrachtet können über den Erwerb einzelner Fähigkeiten hinaus vor allem grundlegende Problemlösefertigkeiten durch das Spielen von Games gefördert werden: sich in neue Welten mit ihren je eigenen vorgegebenen Regeln einzufinden, relevante und irrelevante Informationen unterscheiden und sich grundsätzlich flexibel an neue Herausforderungen anpassen zu können. So wird ein zentraler Mechanismus gefördert: „learning to learn“ (*Bavelier et al., 2012, S. 392*).

Neben kommerziellen Computerspielen gibt es noch eine Reihe von Spielen, die explizit für einen (therapeutischen) Nutzen konzipiert sind. „Serious Games“ sind Computerspiele, die über das Prinzip der „Gamification“ Spielelemente auf außerspielerische Kontexte übertragen (Krüger-Brand, 2013; Raczkowski, 2020). So wird beispielsweise das Serious Game „Re-Mission“² in der Krebstherapie von Kindern eingesetzt, um Psychoedukation, Behandlungsadhärenz und Selbstwirksamkeit zu vermitteln bzw. zu steigern (*Granic et al., 2014*; Knop, 2013). Der Einsatz psychotherapeutischer Serious Games wurde von Kindern gut angenommen, auch auf therapeutischer Seite wurden solche Spiele als hilfreich zur Unterstützung und Verstärkung der Therapiemotivation angesehen (*Brezinka, 2011*; Schneider & In-Albon, 2010). Für eine Übersicht explizit psychotherapeutisch konzeptualisierter Serious Games sei auf *Brezinka (2016)* verwiesen.

Einerseits können diese Spiele eine innovative Ergänzung in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen darstellen (*Zayeni et al. 2020*), ähnlich dem Potential von Virtual-Reality-Umgebungen (*Wechsler et al., 2019*). Andererseits bieten Serious Games häufig wenig Anreizpotential, sehr schlichte Grafik und geringe Gameplay-Möglichkeiten, sodass oftmals das Problem des „chocolate-covered broccoli“ (*Granic et al., 2014, S. 74*) vorliegt. Darüber hinaus zeigt sich, dass vor allem im deutschsprachigen Raum die Entwicklung therapeutischer Games nur sehr langsam verläuft (*Brezinka, 2016*). Dies kann das Resultat einer, vor allem im klinischen Kontext, primär negativen Konnotation von Games und der Betonung von (Verhaltens-)Süchten und anderen Gefahren sein, durch die eine Ausschöpfung des Potentials von Computerspielen unmöglich gemacht wird.

Kontroverse um Nutzen und Schaden von Computerspielen

Aus den kurzen Ausführungen ist ersichtlich, dass es extrem vielfältige Spielvariationen gibt, die jeweils unterschiedliche Fähig- und Fertigkeiten aufseiten der Spieler*innen erfordern und gleichfalls unterschiedlich starke Sogwirkungen und suchtfördernde Effekte zeigen. Die wissenschaftliche Prädiktionskraft hinsichtlich etwa der Sucht- oder Aggressionsgefahren von Spielen bleibt daher zwangsläufig einge-

schränkt, solange Videospiele als homogenes Konstrukt aufgefasst werden (*Bavelier et al., 2011*). Gleichwohl sind nach wie vor Veröffentlichungen zu finden, die, manchmal auch auf Basis einer bestenfalls oberflächlichen Kenntnis der kritisierten Spiele, ausschließlich eine negative Konnotation einzelner Spiele transportieren und in denen nach wie vor von „Killerspielen“ gesprochen wird (*Spitzer, 2019*). Die Operationalisierung dieses Terminus bleibt dabei häufig unscharf, das „Auslösen“ von Gegner*innen bzw. Spielfiguren ist als Spielprinzip primär Mittel zum Zweck, ähnlich wie es auch bei Brennball oder Schach der Fall ist (zur Killerspiel-Debatte sei hierbei etwa auf *Garbe, 2020*, sowie *Dittmayer, 2014*, verwiesen). Zum Einfluss von Videospiele auf die Gewaltbereitschaft und Aggression gibt es zudem unterschiedliche theoretische Modelle (*Messner & Friese, 2019*). Bei der Interpretation von Zusammenhängen zwischen Gaming/Medienkonsum und psychischer Gesundheit sollte außerdem stets die damit verbundene äußerst geringe Varianzaufklärung berücksichtigt werden, die nach aktuellen Daten weniger als 1 % (*Odggers & Jensen, 2020*; *Orben & Przybylski, 2019*) ausmacht. Auch longitudinale Daten zeigen differenzierte Verläufe, die Coping-Mechanismen hinter dem Konsum gewalthaltiger Computerspiele vermuten lassen (*Coyne & Stockdale, 2021*). Die Definition von Gewalt muss zudem immer im gesellschaftlichen Diskurs und Kontext betrachtet werden. So wurde beispielsweise das Spiel „River Raid“ im Jahr 1984 als „aggressionssteigernd“ und „kriegsverherrlichend“ eingestuft und war bis ins Jahr 2003 indiziert (*Portz, 2013*). Bei der heutigen Betrachtung dieses grob-pixeligen Arcade-Games³ würde vermutlich kaum jemand auf die Idee kommen, diesem Spiel die soeben benannten Attribute zuzuschreiben. Die Faszination und Rezeption gewalthaltiger Inhalte sind zudem seit jeher Gegenstand künstlerischer Auseinandersetzungen, etwa in Bildern, Gedichten oder Romanen (*Brincken, 2020*), von der jahrhundertealten negativistischen Betrachtung jüngerer Generationen durch die Älteren ganz zu schweigen. So richtete bereits Platon seine Kritik an das „neue Medium“ Theater, in „Don Quijote“ wurde die Gefahr eines Realitätsverlusts durch die Lektüre fiktionaler Bücher thematisiert und in den 1950er-Jahren fürchtete man die Gefahren für die Jugend durch das neue Medium der Comic-Bücher (*Andree, 2020*).

Dies soll die existierenden Befunde zur Aggressionssteigerung und zum Abhängigkeitspotential von Computerspielen keinesfalls negieren. Auch sind viele Elemente von Computerspielen dazu designt, Personen an das Spiel zu binden, z. B. durch einfache, schnelle Fortschritte zu Beginn eines Spieles (Belohnung durch z. B. ein höheres Level oder bessere Ausrüstung). Im Verlauf muss jedoch immer mehr Zeit investiert werden, um weiter aufzusteigen oder seine Ausrüstung noch ein wenig mehr zu verbessern (Konzept des „Grindings“).

Eine im Vorhinein negative, monokausale Ursachenzuschreibung sollte in der Praxis aufgrund der beschriebenen Aspekte jedoch vermieden werden. Wie bei anderen psychischen Er-

² <https://hopelab.org/product/re-mission/>

Computerspiel (Genre)	Ressourcenorientierte Beschreibung des Spieles	Mögliche Anknüpfungspunkte für Kompetenzbereiche und Fertigkeiten
*World of Warcraft (MMORPG)	Spielende erkunden komplexe und sich ändernde Welten, passen ihre Charaktere und Fähigkeiten an und kämpfen gemeinsam gegen andere Spieler*innen und Spielcharaktere.	Zielstrebigkeit, Multitasking, Pflege sozialer Beziehungen, Verlässlichkeit bei Terminabsprachen
*Starcraft (RTS)	Komplexes Strategiespiel, das ständiges Multitasking zwischen Ressourcensammlung, Aufbau von Basen und Einheiten und dem Kampf gegen Gegner*innen erfordert.	Multitasking, Priorisierung von Handlungen, Entscheidungsfindung
League of Legends (MOBA)	Strategiespiel, in dem schon zuvor auf einer Meta-Ebene entschieden wird, welche Held*innen in welcher Kombination gegen welche Gegner am effektivsten sind. Im Spiel ist taktisches Vorgehen und permanente Absprache über die nächsten Schritte unabdingbar.	Entscheidungsfindung, Absprache- und Teamfähigkeit, Multitasking
*Minecraft (Open-World Sandbox)	Konstruktion von eigenen einzigartigen Strukturen und Mechanismen, Umsetzung von Ideen in einem freien, dreidimensionalen Raum.	Mental Rotation, Orientierung, Kreativität
Counter-Strike (Tactical-Shooter)	Zwei Teams treten gegeneinander an. Das Spiel ist bestimmt durch enge Absprache, taktische Positionierung und Vorgehen auf der Karte. Alle Spieler*innen müssen wissen, wo man sich befindet und welches die nächsten Schritte sind.	Orientierung, Hand-Augen-Koordination, Konzentration, Reaktionszeit, Absprache- und Teamfähigkeit
Fortnite (Battle-Royal)	Zahlreiche Spielende treten auf einer großen Karte gegeneinander an. Waffen müssen gefunden, Ressourcen genutzt werden. Im Spiel muss nicht nur geschossen werden, sondern es müssen parallel Konstruktionen gebaut werden, um in eine gute Position zu gelangen und sich vor Gegner*innenn zu schützen.	Orientierung, Multitasking, Priorisierung, Hand-Augen-Koordination

Tabelle 2: Ressourcenorientierte Beschreibung aktueller Computerspiele sowie damit verbundene mögliche Anknüpfungspunkte an Kompetenzbereiche (* Beschreibung angelehnt an Granic et al. (2014))

krankungen auch, sollte immer ein individuelles, multifaktorielles biopsychosoziales Störungsmodell erarbeitet werden, in dem Computerspiele ein möglicher Faktor sein können. Und dies muss nicht zwingend nur ein reiner Problemfaktor sein, sondern kann auch ressourcenorientiert betrachtet werden.

Möglichkeiten für eine ressourcenorientierte Betrachtung in der Psychotherapie

Neben dem Wissen um aktuelle Trends der Gaming-Szene stellt sich nun also die Frage, wie man kommerzielle Computerspiele ressourcenorientiert betrachten und in der Psychotherapie einsetzen kann. Hierbei verhält es sich ähnlich wie beim Umgang mit dem Themenbereich der sozialen Medien (Borg-Laufs, 2015). Wie könnten die 95 % der Kinder und Jugendlichen, die nicht in den Bereich einer Gaming Disorder fallen (bei einer angenommenen Prävalenz von 5 %, siehe etwa Leo & Lindenberg, 2021), von einem Einbezug profitieren?

Durch eine vorurteilsfreie Thematisierung und zweckdienliche Einbindung von Games können die Motivation gesteigert und Fähigkeiten (weiter)entwickelt werden (Annema et al., 2013). Hier bedarf es keiner eigens für den therapeutischen Gebrauch entwickelten Spiele, es kann vielmehr auf den von den Kindern und Jugendlichen in ihrem Alltag genutzten Games aufgebaut werden. Indem über die aktuell gespielten Games gesprochen wird, kann der*die Patient*in als Expert*in von ihm wichtigen Freizeitbeschäftigungen berichten, dies kann vor allem zu Beginn einer Therapie für die Etablierung ei-

ner tragfähigen therapeutischen Beziehung förderlich sein. Der*die Therapeut*in sollte hier aufrichtiges Interesse zeigen und versuchen, die Faszination des Lieblingsspiels aus den Augen der Patient*innen zu betrachten. Ein solches Vorgehen knüpft zudem an Kommunikationsformen erfolgreicher Psychotherapie an (Krause et al., 2015). Es ist in der Praxis immer wieder faszinierend zu sehen, wie Patient*innen reagieren, wenn sie ehrlich und neugierig nach ihren Hobbys gefragt werden. Wenn sie dann mit „zocken“ antworten, schwingt fast immer die Erwartungsangst mit, gleich belächelt zu werden oder gefragt zu werden, ob man denn auch noch „richtige“ Hobbys habe. Wenn jedoch interessiert und ohne Wertung weiter nachgefragt wird, können auch zunächst sehr schüchterne oder ablehnende Personen „aufblühen“ und in einen vollkommen anderen Modus wechseln.

Bei sehr herausfordernden Patient*innengruppen (z. B. bei aggressivem und oppositionellem Verhalten mit ungünstiger Prognose, siehe etwa Petermann & Petermann, 2018), die bereits häufige Therapieabbrüche hinter sich haben, könnte der Einbezug, das gemeinsame Spielen und das „beiläufige“ Gespräch während des Spielens hilfreich für Motivation und Beziehungsaufbau sein (Ceranoglu, 2010). In-Game-Fähigkeiten können herausgearbeitet werden und in außerspielerische Kontexte übertragen werden. Tabelle 2 gibt Anregungen, wie eine positive, ressourcenorientierte Betrachtung aussehen kann und welche Fähigkeiten über die Games abgebildet werden könnten.

3 https://www.retrogames.cz/play_036-Atari2600.php

Spezifische In-Game-Fähigkeiten können gemeinsam erarbeitet werden, anschließend kann hierauf aufbauend überlegt werden, wie diese Fähigkeiten auch im außerspielerischen Kontext eingesetzt und trainiert werden können. Durch das Gespräch über eine In-Game-Figur kann eine Externalisierung vorgenommen werden, durch die ebenfalls ein Zugang etabliert werden kann („Was macht denn einen guten Pokémon-Trainer aus? Wie muss er sich verhalten, damit die Pokémon ihm vertrauen?“). Auch für die Durchführung therapeutischer Hausaufgaben lassen sich Games und damit assoziierte Begrifflichkeiten nutzen. Solche Hausaufgaben sind häufig mit Problemen und einer mangelnden Umsetzung auf Patient*innenseite verbunden (Helbig-Lang & Fehm, 2017). Durch Übernahme der Sprache kann die Compliance zur Durchführung solcher Aufgaben erhöht werden (von „Die Hausaufgabe ist ...“ zu „Es gibt bis nächste Woche eine Hauptquest und zwei Nebenquests ...“); dabei sollte jedoch stets vermieden werden, sich anzubiedern und eine inkongruente Rolle einzunehmen.

Professionelle E-Sportler*innen, die mit dem Gaming über ihre Leistung, ihre Bekanntheit und die Größe ihrer Fangemeinde ihren Lebensunterhalt bestreiten, können zusätzlich als Vorbilder fungieren, mit denen sich Patient*innen identifizieren können. Über einen Einbezug kann vermittelt werden, dass eine Tagesstruktur wichtig ist und verschiedene, abwechslungsreiche Aktivitäten in den Tag bzw. die Freizeitplanung integriert werden sollten. Dies kann klassischerweise etwa über die Erstellung eines „Freizeitrades“ (Görlitz, 2015) erfolgen. Der Blick in den Alltag eines*iner E-Sportler*in zeigt jedoch ebenfalls strukturierte, abwechslungsreiche Betätigungen, bei denen körperlicher Sport als Ausgleich eine wichtige Rolle einnimmt (siehe etwa Jahic, 2019). Dies kann als Vorbild und lebensnaher Anreiz („Von den Profis lernen“) genutzt werden, um Motivation und Veränderungsbereitschaft zu steigern. Dies bietet sich insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene an, bei denen häufig hohe Abbruchquoten und schlechte weitere Verläufe vorliegen (Maur, 2017), um hier innovative Wege zur Etablierung von Therapie- und Änderungsmotivation zu beschreiten. Auch sollte vermieden werden, die häufig genannten Berufswünsche „Profi-Gamer*in/E-Sportler*in“ oder „Streamer*in“ (man spielt – und kommentiert zugleich – ein Computerspiel und teilt dabei seinen Bildschirm, sodass andere Personen im Internet zuschauen können) direkt abzutun oder wegzulächeln. Die Anziehungskraft dieser Vorbilder und auch die real vorhandenen Einkommensmöglichkeiten im absoluten Profibereich sollten zunächst einmal erstgenommen werden⁴. Hier bietet sich zumeist gut ein Vergleich zum Fußball an. Auch hier verdienen die Topstars Millionen und sind Stars; die Chancen, ein neuer „Messi“ oder „Ronaldo“ zu werden, sind jedoch sehr gering. Hier würde man vermutlich empfehlen, einerseits das Talent und den Spaß eines Kindes zu fördern, dabei gleichzeitig jedoch eine alternative Option immer mit zu berücksichtigen, indem etwa ein Schulabschluss fest vereinbart wird. Ein ähnliches Vorgehen kann auch bei den gaming-assoziierten Berufswünschen hilfreich sein, um die Vorstellungen der Kin-

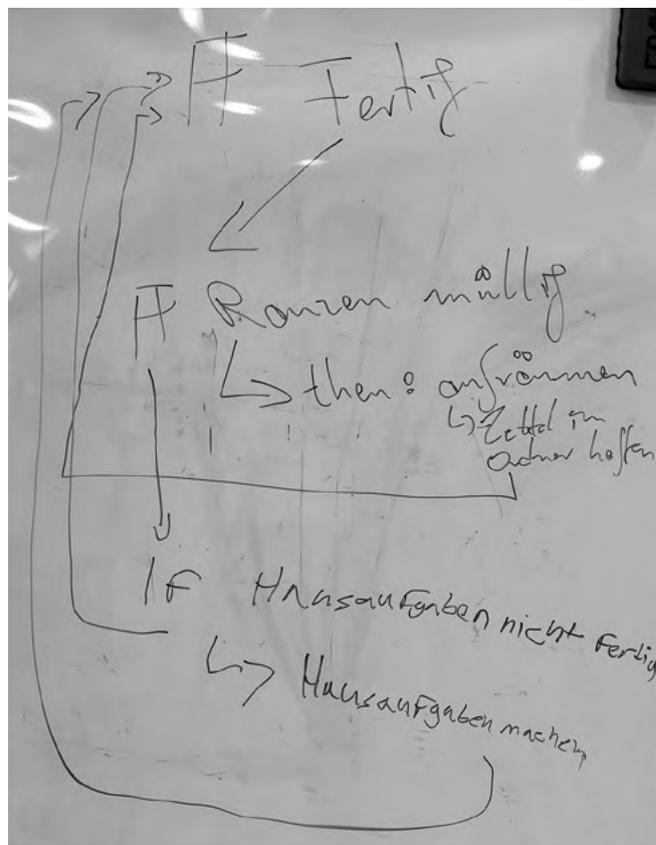


Abbildung 5: ungefähre Erarbeitung einer Sequenz auf Basis von „Programmiersprache“ zur Selbststrukturierung im schulischen Rahmen

```

scolplan.py
1 #!/bin/bash
2
3 import sys
4
5 def new():
6     print('\n')
7
8 while(True):
9
10     tasksToDo = 0
11     backpackIsClean = 0
12     homeworkToDo = 0
13
14     print(">please answer with yes or no!")
15
16     tasksToDoInput = input("Do you have tasks to do?write here:")
17
18     new()
19
20     backpackIsCleanInput = input("Is your Backpack clean?write here:")
21     new()
22
23     homeworkToDoInput = input("Do you've got Homework to do?write here:")
24
25     new()
26
27     if(tasksToDoInput == "yes" or tasksToDo == "yes"):
28         tasksToDo += 1
29         new()
30     if(backpackIsCleanInput == "yes" or backpackIsClean == "yes"):
31         backpackIsClean += 1
32         new()
33     if(homeworkToDoInput == "yes" or homeworkToDo == "yes"):
34         homeworkToDo += 1
35         new()
36
37     if(tasksToDo == 1):
38         print("Do your tasks!\nif you're done please answer again.")
39
40     elif(backpackIsClean == 1):
41         print("Clean your Backpack!\nif you're done please answer again.")
42
43     elif(homeworkToDo == 1):
44         print("You've got time now! do it so you've got time for scripting at home.\nif you're done please answer again.")
45
46     elif(tasksToDo == 0 and backpackIsClean == 1 and homeworkToDo == 0):
47         print("You have nothing to do, great!")
48         sys.exit()
49
50

```

Abbildung 6: Programmcode des vom Patienten erstellten Programms zur Selbststrukturierung

der und Jugendlichen nicht zu entwerten, sondern ernst zu nehmen.

Ein konkretes Beispiel aus der Praxis soll zum Abschluss noch kurz vorgestellt werden. Ein jugendlicher Patient berichtete

im Verlauf einer Langzeittherapie von Problemen in der Selbstorganisation, auch für die Lehrer*innen und Eltern war dies ein wiederkehrender Grund von Konflikten. Ein Hauptproblem hierbei war die Organisation in der Schule, da aufgrund der nicht vorhandenen Strukturierung des Schulrhythmus häufig Schulaufgaben vergessen und nicht erledigt wurden. Arbeit mit Auszügen aus Manualen und hierauf aufbauendes Selbstinstruktions- sowie Selbstmanagementtraining hatten kaum Erfolge erzielt, da vor allem die Motivation in der Umsetzung aufgrund von „langweiligen“ Materialien wenig gegeben war. Der Patient war computeraffin und „zockte“ sowie programmierte gerne in seiner Freizeit. Über die ressourcenorientierte Betrachtung der Kompetenzen, die ihn erfolgreich sein ließen im RTS-Spiel „Starcraft“, konnte eine gute therapeutische Beziehung etabliert werden. Weiterhin wurde gemeinsam überlegt, wie er seine computerbezogenen Fähigkeiten auch für die Schule nutzen könnte. Daher wurde in einer Stunde kreativ überlegt, wie denn ein Computerprogramm für die Organisation seines Schulrhythmus aussehen müsste. Diese Überlegungen wurden an einem Flipchart in „Programmiersprache“ als *IF – THEN*-Verknüpfungen visualisiert, Abbildung 5 zeigt das Ergebnis der Stunde.

In der folgenden Stunde dann brachte der Patient ganz stolz seinen Laptop mit und wollte unbedingt etwas zeigen. Er hatte sich tatsächlich zwischen den beiden Stunden zu Hause ein Programm auf Basis der Flipchart-Überlegungen geschrieben. Den Screenshot des Programmcodes zeigt Abbildung 6.

So hat sich der Patient auch zwischen den Therapiestunden aktiv mit Aspekten der Sitzung beschäftigt. Als letzter Punkt im Programm findet sich zudem dieser Output: „You have nothing to do, great!“. Hier wurde also zusätzlich noch mit einer positiven Selbstbestärkung auf Patientenseite gearbeitet.

Schlussfolgerungen für die klinische Praxis

Mit dieser kurzen Übersicht soll ein **bewusst ressourcenorientierter Gegenentwurf** zur überwiegend negativen Sichtweise konzipiert werden. Natürlich müssen in einer Gesamtbetrachtung auch vorhandene Suchtpotentiale, toxische Communities, In-Game-Flaming (Provokationen und Beleidigungen), Sexismus und weitere Gefahren berücksichtigt werden. Eine ausschließlich hierauf fokussierte Diskussion wird dem Potential jedoch gleichfalls nicht gerecht. Zumal auch innerhalb der Gaming-Community Aspekte der Gleichberechtigung und Inklusion immer mehr an Bedeutung gewinnen (siehe etwa Rizzo, 2021). So bilden sich gesamtgesellschaftliche Diskussionen und Strömungen auch im Gaming-Kontext spiegelt sich ab.

Wie deutlich gemacht wurde, sollte „das Computerspiel“ nicht als singuläres Konstrukt aufgefasst werden, es gibt zahlreiche unterschiedliche Spielvariationen und -mechaniken. Viele Games zeigen dabei einen hohen Komplexitätsgrad, der hohe

Anforderungen an die Spieler*innen stellt. Überdies stellt die soziale Interaktion und Team-Absprache in vielen Spielen ein zentrales Element dar. Neben Serious Games, welche explizit einen (psychotherapeutischen) Nutzen verfolgen, können auch kommerzielle Spiele eine gewinnbringende Ressource im psychotherapeutischen Kontext darstellen. Die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind hierbei die Expert*innen für ihre Spiele. Dieses Expertentum sollte genutzt werden.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Bavelier, D. & Davidson, R. J. (2013). Games to do you good. *Nature* (494), 425–426.

Bavelier, D., Green, C. S., Han, D. H., Renshaw, P. F., Merzenich, M. M. & Gentile, D. A. (2011). Brains on video games. *Nature reviews. Neuroscience*, 12 (12), 763–768.

Bavelier, D., Green, C. S., Pouget, A. & Schrater, P. (2012). Brain plasticity through the life span: learning to learn and action video games. *Annual review of neuroscience*, 35, 391–416.

Brezinka, V. (2016). Computerspiele in der Psychotherapie – neue Entwicklungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65, 82–96.

Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Zilahy, D., Mervó, B. et al. (2011). Why do you play? The development of the motives for online gaming questionnaire (MOGQ). *Behavior research methods*, 43 (3), 814–825.

Dittmayer, M. (2014). stigma-videospiele: Hintergründe und Verlauf der Diskussion über gewaltdarstellende Videospiele in Deutschland. Verfügbar unter: www.stigma-videospiele.de/ (30.01.2023).

Granic, I., Lobel, A. & Engels, R. C. M. E. (2014). The benefits of playing video games. *The American psychologist*, 69 (1), 66–78.

Leo, K. & Lindenberg, K. (2021). Gaming Disorder: Diagnostik und Psychotherapie der neuen ICD-11-Diagnose. *Psychotherapeutenjournal*, 20 (1), 6–13.

Ogden, C. L. & Jensen, M. R. (2020). Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61 (3), 336–348.

Orben, A. & Przybylski, A. K. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nature human behaviour*, 3 (2), 173–182.



Dr. Michael Wöste

Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
Holsteiner Chaussee 10
22523 Hamburg
praxis@woeste-kjp.de

Dr. Michael Wöste ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und niedergelassen in eigener Praxis in Hamburg. Er interessiert sich für kreative Einsatzmöglichkeiten moderner Medien (Computerspiele, Memes) in der Psychotherapie.

4 Um einen Eindruck über die dortigen Summen und Möglichkeiten zu bekommen, ein Beispiel:

Der Streamer „Ninja“ wechselte 2019 von der Streamingplattform „Twitch“ (im Besitz von Amazon) zur Konkurrenzplattform „Mixer“ (im Besitz von Microsoft). Grundlage hierfür war ein Vertrag, der festlegte, dass Ninja exklusiv und ausschließlich auf Mixer streamte. Dieser Deal brachte Ninja zwischen 20 und 30 Millionen Dollar ein.

Heilung als Gemeinschaftsleistung

Ein Nachruf auf Jochen Schweitzer-Rothers (1954–2022)

Jochen Schweitzer-Rothers wurde am 23. Januar 1954 in Göttingen geboren und starb am 31. Oktober 2022 mit 68 Jahren in Heidelberg im Kreis seiner Familie, der unser besonderes Mitgefühl gilt.

Er studierte in den 1970er-Jahren Psychologie und Jura im Nebenfach in Gießen, wo ihn die dortigen dichten sozialen Beziehungen und das sozialpolitische Engagement der Studierenden begeisterte.

Beeinflusst von Horst-Eberhard Richter ging er postgradual nach Amerika an das Boston Family Institute zu Fred sowie Bernice Duhl und an die Child Guidance Clinic zu Salvador Minuchin, danach zu Helm Stierlin an das Heidelberger Familieninstitut. Mit Gunthard Weber und der Mailänder Gruppe entwickelte er seinen therapeutischen Stil: stets neugierig, offenherzig, aktionsorientiert, wertschätzend-provokativ interagierend. Gern stellte er das scheinbar Festgelegte infrage, verstand Gesundheit sowie Krankheit als (ungewollte) Gemeinschaftsleistung und arbeitete, wann immer möglich, unter Einbezug aller wichtigen Netzwerkmitglieder. Klient*innen begegnete er stets auf Augenhöhe in gemeinsamer Suche nach den vielen (un-)erwarteten und (un-)erwünschten Wirkungen menschlichen sowie organisationalen Handelns.

Geprägt von den Auseinandersetzungen der 1980er-Jahre rund um die Kybernetik 1. und 2. Ordnung wurde ihm früh die Unmöglichkeit klar, nur einer einzigen Theorie oder Methodik zu folgen. Vielmehr lebte er schon früh das, was ihn später stets auszeichnete: die Wertschätzung der Vielfalt bei gleichzeitiger Offenheit für das gemeinsam Verbindende.

Ab den 1990er-Jahren sensibilisierte er die Leserschaft der Fachzeitschrift „Familiendynamik“ dafür, wie unser Denken und Sprechen über die Welt ihre (Weiter-)Entwicklung beeinflusst. Ähnlich kritisch setzte er sich als Mitherausgebender der Psychotherapie im Dialog (PiD) in den 2000er-Jahren mit der Diversität der Psychotherapieverfahren auseinander. Er war zunächst Lehrtherapeut an der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie (IGST) und daraus erwachsend Mitbegründer des Helm Stierlin Instituts (HSI). Als stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Psychotherapie in Heidelberg und nach zwei abgelehnten Rufen auf Universitätsprofessuren in Jena und Kassel erhielt er 2003 eine apl. Professur für Medizinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg und leitete seit 2006 die Sektion Medizinische Organisationspsychologie.

Das im Prozess der wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie zunehmend eingeforderte störungsspezifische Denken und Handeln, in ausgeprägtem Widerspruch zum radikalen Konstruktivismus, fiel ihm in seiner Nähe zur medizinischen Fachwelt weniger schwer als anderen Systemiker*innen. Dabei gelang es ihm, auch diese Ansätze als Wirklichkeitskonstruktionen zu interpretieren, und sie nicht allzu ernst zu nehmen. Er habilitierte zur systemischen Beratung bei Dissozialität, Delinquenz und Gewalt im Kindes- und Jugendalter, setzte sich mit den möglicherweise unbeabsichtigten Chronifizierungsprozessen psychiatrienaher Theorien und Praktiken in der Familientherapie junger Erwachsener mit Schizophrenie auseinander und konzipierte eine systemische Therapie bei sozialen Angststörungen mit, deren Wirksamkeit er in einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) mituntersuchte. Die Mitte der 1990er-Jahre in Kooperation mit Arist von Schlippe erschienenen Lehrbücher der Systemischen Therapie und Beratung gehören heute zu den Standardwerken der Systemischen Therapie und sind in neun Sprachen übersetzt.

Neue Perspektiven der von ihm vielfach postulierten Heilung als Gemeinschaftsleistung eröffnete die Systemische Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen (SYMPA), die den intensiven Einbezug der wichtigsten Familien- und Netzwerkmitglieder von Patient*innen anstrebte: als Mitleidende und gleichfalls kundige Systemmitglieder.

Er engagierte sich für die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie 2008 seitens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) und ihre sozialrechtliche Anerkennung 2018. Im WBP war er selbst von 2012 bis 2017 ein sehr geschätztes stellvertretendes Mitglied. Als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie fungierte er von 2007 bis 2013.

Jochen Schweitzer-Rothers verkörperte eine dem Leben und den Menschen sehr zugewandte Persönlichkeit. Er war ein warmherziger, stets spielerisch provokativer und kreativer, loyaler, andere stets willkommen heißender und unorthodoxer Wissenschaftler sowie Praktiker. Es bleibt eine Lücke, die nur schwer zu füllen ist.

Für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) der Bundesärzte- und der Bundespsychotherapeutenkammer

Christina Hunger-Schoppe (Witten/Herdecke),
Bernhard Strauß (Jena) & Gereon Heuft (Münster)

Interview

„Psychotherapeut*innen in Ausbeutung“?

Zu den PiA-Streiks an den Unikliniken in Baden-Württemberg

Heiner Vogel & Jens J. Müller im Gespräch mit Annika Rohmoser & Anne Scholz

Heiner Vogel/Jens J. Müller (PTJ): Liebe Frau Scholz, liebe Frau Rohmoser, von April bis Dezember des letzten Jahres waren die Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) an den Universitätskliniken Baden-Württembergs im Tarifstreit mit den Arbeitgebern. Was heißt das konkret bzw. was bedeutet das?

Annika Rohmoser (AR): Genau. Seit April waren wir, organisiert in der Gewerkschaft ver.di, offiziell im Tarifstreit. Das bedeutet insbesondere, dass wir in dieser Zeit Aktionen, wie zum Beispiel Unterschriftenaktionen, Kundgebungen, aber auch Arbeitsstreiks, durchgeführt haben. Zwischen diesen Aktionen haben wir ganz normal gearbeitet und gemeinsam mit unseren Kolleg*innen aus anderen Berufsgruppen unsere Patient*innen versorgt.

Also in gewisser Weise, „ein ganz normaler Arbeitskampf“, wie wir das als Bürger*innen immer wieder erleben – natürlich sehr regional und bei den vier baden-württembergischen Unikliniken doch in einem begrenzten Umfeld. Für Sie als Psychotherapeut*innen in Ausbildung aber möglicherweise eine völlig neue Erfahrung?

Anne Scholz (AS): Ja, richtig. Dass PiA streiken, ist eher untypisch und war auch für uns eine neue und nicht immer ganz einfache Erfahrung. Insbesondere dieses Spannungsverhältnis, das war oft nicht einfach zu bewältigen. Einerseits wollten wir die Versorgung lahmlegen, um einen möglichst großen Streikeffekt zu bewirken. Andererseits wollten wir unser Bestmögliches für die Patient*innen geben, für die wir uns natürlich verantwortlich fühlen. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass der Tarifstreit auf dem Rücken derer ausgetragen wird, die am wenigsten dafür können. Mir hat es hier geholfen, mir immer wieder klar zu machen, dass der Arbeitgeber genau das ja in Kauf nimmt und ich nicht alleine verantwortlich bin.

AR: Schwierig fand ich es manchmal auch, einen guten Job zu machen, wenn ich gerade aus einer Verhandlung oder einer anderen Aktion zurück auf Station kam und in mir noch sehr deutlich das Gefühl präsent war, dass meine Arbeit vom Arbeitgeber nicht wirklich wertgeschätzt wird. Diese Emp-

findung stand aber glücklicherweise im starken Kontrast zu dem, was wir von unseren direkten Kolleg*innen rückgemeldet bekommen haben, nämlich dass ihnen unsere Arbeit auf Station sehr fehlte.

AS: Die Kolleg*innen der anderen Berufsgruppen waren vom Arbeitgeber dazu angehalten worden, die streikbedingten Ausfälle teilweise oder sogar gänzlich zu vertreten, wodurch sie deutliche Mehrarbeit hatten. Die Vertretung konnten wir als Streikende wiederum nicht gutheißen, da es unsere Streikkraft minderte, und somit kamen leider zwangsläufig auch innerhalb des Arbeitsplatzes Konflikte auf.

Waren die Abläufe in den vier Unikliniken ähnlich?

AR: Also begonnen hatte das Ganze bei uns in Freiburg, wo wir in einer Interventionsgruppe gemerkt haben, dass die aktuellen Arbeitsbedingungen für uns überhaupt nicht in Ordnung sind. Das bedeutet, wir aus Freiburg waren erstmal damit beschäftigt, Kontakt zu PiA an den anderen Standorten herzustellen. Die waren aber schnell dabei und dann haben wir uns regelmäßig über Videokonferenzen abgestimmt und unsere Aktionen parallel gestartet. Aber natürlich gab es regionale Unterschiede, auch unterschiedlich viel Druck vonseiten der Kliniken.

Seit es PiA in den Kliniken gibt, wird die häufig unzureichende Bezahlung kritisiert. Die Idee für einen Tarifstreit, einen Arbeitskampf oder gar Streik wurde schon wiederholt vorgeschlagen, aber nie umgesetzt bzw. konnte sie offenbar nicht umgesetzt werden. Was war an den Unikliniken Baden-Württembergs jetzt bei Ihnen anders, so dass es nun doch möglich war?

AS: Um in Deutschland streiken zu dürfen, bedarf es einiger Voraussetzungen. Man muss zum einen von einer Gewerkschaft dazu aufgerufen werden. Hierzu ist es notwendig, dass die entsprechende Berufsgruppe Teil eines Tarifvertrags ist, welcher vorher gekündigt worden ist. Das macht die Gewerkschaft, wenn sie mitbekommt, dass viele in diesem Tarifvertrag unzufrieden sind und bereit sind, für bessere Bedingungen einzustehen. Außerdem muss ein Streik immer verhältnismäßig sein. Das heißt, man darf zum Bei-

spiel nicht einfach wochenlang streiken, obwohl ein objektiv betrachtet gutes Angebot des Arbeitgebers vorliegt. Diese rechtlichen Voraussetzungen prüft die Gewerkschaft, bevor sie Arbeitnehmer*innen zum Streik aufruft.

AR: Viele PiA in anderen Kliniken sind aber leider nicht Teil eines Tarifvertrags. An den Unikliniken in Baden-Württemberg ist es glücklicherweise schon eine Art Tradition, dass die PiA Teil der Tarifverhandlungen sind. Unsere Vorgänger*innen haben sich bereits gewerkschaftlich organisiert und durch Kundgebungen und Ähnliches bewirken können, dass für uns PiA im Jahr 2014 ein Tarifvertrag abgeschlossen wurde¹. Dieser war die Grundlage für spätere Verhandlungsrunden. So ein

— „Dadurch, dass PiA an Baden-Württembergs Unikliniken im Gegensatz zu anderen Kliniken in Deutschland Teil der Tarifverhandlungen sind, wurde hier überhaupt erst ein Arbeitskampf oder Streik möglich.“

Tarifvertrag hat immer eine vereinbarte Laufzeit, zu dessen Ende hin man ihn kündigen und neu verhandeln kann. Von 2013 bis 2021 haben wir PiA es so in mehreren Schritten von einer Bezahlung von anfangs 400 Euro brutto monatlich auf zuletzt 1.386 Euro geschafft. Das entspricht 30 Prozent der Entgeltgruppe 13 (E 13) Stufe 1 im Tarifvertrag der Universitätsklinik Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm (TV UK). Zum 1. Februar 2022 hin war es nun wieder so weit, dass der bestehende PiA-Tarifvertrag gekündigt werden konnte. Diese Gelegenheit haben wir dann genutzt, uns frühzeitig standortübergreifend vernetzt und gewerkschaftlich organisiert.

Was ist denn bisher geschehen?

AS: Die Verhandlungen des PiA-Tarifvertrags waren sehr zäh. Zunächst war geplant, dass wir mit den anderen Berufsgruppen, die Teil des TV UK sind, gemeinsam in einer großen Entgeltrunde verhandeln. Aufgrund einer gebotenen Corona-Sonderzahlung des Arbeitgebers, an die eine Art Friedensvereinbarung geknüpft war, verschob sich diese Verhandlung aber von Frühjahr 2022 auf den Herbst. Wir PiA haben als einzige Berufsgruppe die Sonderzahlung abgelehnt und uns klar für einen früheren Verhandlungsbeginn entschieden. Hierdurch kam es zu der Situation, dass wir als Berufsgruppe separat verhandelt wurden. Es gab mehrere Verhandlungstermine und lange Zeit kein Angebot vonseiten des Arbeitgebers. Zwischen den Terminen fanden die ersten Warnstreiks statt. Hierbei zeigte sich eine Beteiligung von nahezu 100 Prozent, was mich persönlich sehr beeindruckt und bestärkt hat. In Freiburg und Heidelberg wurde einmal eine ganze Woche lang durchgestreikt. In Tübingen und Ulm fanden auch einzelne Streiktage und Aktionen statt. Als uns dann ein Angebot vorgelegt wurde, waren wir sehr unzufrieden. Gefordert hatten wir von Anfang an die

Eingruppierung in E 13 entsprechend unserem Grundberuf als Psycholog*innen. Dies würde – so unsere Rechnung – statt unserem bisherigen Gehalt von 1.386 Euro brutto nun 2.805 Euro brutto, die E 13 des TV UK in Stufe 1 runtergerechnet auf unsere 26 Wochenarbeitsstunden, bedeuten. Geboten wurden uns auf den Monat umgerechnet 125 Euro brutto mehr als bisher, ausgezahlt in Form von Sonderzahlungen. Dies lehnten wir einstimmig ab.

AR: Leider zeigte sich, dass eine weitere Verhandlung als einzelne Berufsgruppe nicht mehr zielführend war. Inzwischen war es ohnehin Herbst geworden und wir beschlossen, unsere Forderungen doch in der großen Entgeltrunde einzubringen. Hier fühlten wir uns sehr gestärkt, da wir nun nicht mehr als Berufsgruppe alleine auf die Straße gingen, sondern Teil einer richtig großen Gruppe von teilweise 900 Menschen waren. Mit so vielen Kolleg*innen aus verschiedensten Berufsgruppen

zu streiken, war eine tolle Erfahrung. Im Dezember kam es dann zu einer Einigung mit dem Arbeitgeber, der wir PiA mit gemischten Gefühlen gegenüberstehen. Für uns bedeutet es monatlich 300 Euro brutto mehr in Form von monatlichen Zulagen. Von Februar bis November 2022 bekommen angestellte PiA, bei kürzer Anstellung anteilig, rückwirkend eine steuerfreie Einmalzahlung von 3.000 Euro. Diese entspricht runtergerechnet den 300 Euro monatlich mehr, da wir ja zum 1. Februar 2022 hin bereits den Tarifvertrag gekündigt haben. Offen gestanden, hätten wir uns nach so vielen Monaten des Arbeitskampfes mehr erhofft. Allerdings war das Gesamtangebot des Arbeitgeberverbandes für alle anderen Berufsgruppen so, dass die Tariff Kommission es annehmen wollte. Aktuell (Ende Januar 2023) ist aber noch offen, ob die vereinbarten rückwirkenden Zahlungen tatsächlich so kommen. Das ist leider immer noch nicht alles in trockenen Tüchern.

Wie kann man sich das vorstellen – gab es da eine gemeinsame Verhandlungsgruppe der PiA – über alle Unikliniken hinweg?

AR: Genau. In den ersten Verhandlungen, in denen es nur um uns PiA ging, waren Anne und ich gemeinsam mit weiteren Kolleg*innen als gewählte Vertreterinnen der PiA bei den Verhandlungen. Wir haben versucht, da die Perspektiven der verschiedenen Standorte einzubringen, da es schon regionale Unterschiede gibt. Manche von uns machen die Ausbildung an Instituten, die Teil der Unikliniken sind, andere extern und so weiter; es gibt Kliniken, da rotieren die PiA alle drei Mona-

¹ Tarifvertrag vom 12. Juli 2018 über die Vergütung für die Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) an den Universitätsklinik Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm (TV UK-PiA), https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/personalrat/Dateien/Tarifrunde/2021/TV_UK_durchgeschriebene-Fassung_final_20210617.pdf (S. 140 f.; 30.01.2023).

te, oder welche, wo PiA ein Jahr oder länger in derselben Abteilung sind. Und wir haben dann gemeinsam mit ein paar alten Häs*innen, die zum Beispiel im Personalrat sind und eben schon viel Erfahrung mit Tarifverhandlungen mitbringen, am Verhandlungstisch gesessen und diskutiert. Bei den späteren Verhandlungen, wo es primär um die zahlreichen Beschäftigten der nicht-ärztlichen und nicht-wissenschaftlichen Berufsgruppen ging, war dann immer nur noch eine PiA als kooptiertes Mitglied der Verhandlungskommission dabei, da es da natürlich darum ging, die Interessen aller Beschäftigten zu vertreten, und wir da ja nur ein ganz kleiner Bruchteil sind.

**Wie stehen die PiA insgesamt zu diesen Aktivitäten?
Gab es eventuell schon Nachahmer*innen?**

AR: Uns erreichen inzwischen immer wieder Nachrichten von PiA, die sich durch unseren Einsatz ermutigt fühlen und an ihrer Klinik ebenfalls etwas bewegen wollen. Viele haben noch viel schlechtere Arbeitsbedingungen und werden noch viel schlechter bezahlt als wir. Dass wir, obwohl wir noch verhältnismäßig „gut“ vergütet werden, auf die Straße gehen, bestärkt andere PiA sicherlich darin, sich ihres Wertes bewusst zu werden.

Gab es unter den betroffenen PiA Vorbehalte oder Sorgen, sich für die tariflichen Interessen einzusetzen? Was war hilfreich im Umgang damit?

AS: Eine große Sorge war, dass uns die Streikstunden für die Approbation nicht anerkannt werden und diese dann (unentgeltlich) nachgearbeitet werden müssen. Es gab eine langwierige Auseinandersetzung mit einzelnen Uniklinikstandorten, welche sich letztlich aber durch das Regierungspräsidium Stuttgart lösen ließ. Dieses hat uns schriftlich bestätigt, dass die Unikliniken uns auf der Arbeitsbescheinigung die Streikstunden ganz normal als Arbeitszeit bescheinigen können und sollen. Die Nicht-Bescheinigung von Stunden in der Phase der Praktischen Tätigkeit ist, da dies unser Ausbildungsziel gefährdet, für uns ja viel fataler als der Abzug von Gehalt. Vorbehalte gab es vor allen Dingen hinsichtlich der verminderten Patient*innenversorgung durch Streiks. Gerade in helfenden Berufen haben die Menschen oft ein sehr hohes Verantwortungsgefühl. Auch wenn sich die Vorbehalte an dieser Stelle nicht ganz ausräumen ließen, halfen insbesondere Gespräche und die Erkenntnis, dass Helfende, die selbst unter der Armutsgrenze leben, auch keinen wirklich guten Job machen können. Also im Sinne von: Streik ist Selbstfürsorge. Die Patient*innen haben unsere Streiks übrigens eigentlich durchweg befürwortet. Zu streiken kann an der Stelle ja auch etwas sehr Authentisches sein. Immerhin bestärken wir unsere Patient*innen ja auch dahingehend, selbstfürsorglich mit sich umzugehen und für sich einzustehen.

AR: Und um sich nochmal dem, was schwierig war, zuzuwenden: bei der Frage, ob ich mich an einem Tarifstreit beteiligen kann oder will, ist natürlich das liebe Geld ein Thema. Wer streikt, muss für diese Zeit nicht bezahlt werden. Und bei dem

wenigen Geld, das wir kriegen, können ein paar Streiktage die Finanzen ganz schön in Schieflage bringen, auch wenn Gewerkschaftsmitglieder natürlich Streikgeld bekommen. Das gleicht aber nicht 100 % aus und, um das zu kriegen, muss vorher der Beitrag an die Gewerkschaft gezahlt werden. Streiken muss man sich also leisten können und da gab es einige Kolleg*innen, die, nachdem das erste Mal Geld abgezogen wurde, da ganz schwere Entscheidungen treffen mussten.

Wie ist die Unterstützung seitens der Personalräte, seitens der Psychotherapeutenkammer und der Psychotherapeutenverbände?

AS: Die Personalräte haben uns sehr unterstützt und zum Beispiel ihre Räumlichkeiten als Streiklokale zur Verfügung gestellt und uns bei Gesprächen mit Chefärzt*innen begleitet. Von der Psychotherapeutenkammer haben wir nichts gehört, wir sind aber auch nicht aktiv auf sie zugegangen.

AR: Im weiteren Fortgang gab es dann aber eine ziemlich deutliche Resolution des Deutschen Psychotherapeutentags. Das hat uns natürlich sehr gefreut. An die Psychotherapeutenverbände haben wir uns im Verlauf gewandt und uns wurde daraufhin dabei geholfen, unsere Arbeit weiter in die Welt zu tragen. Zuletzt hat uns, wie oben beschrieben, das Regierungspräsidium Stuttgart gut unterstützt, indem uns rasch schriftliche Stellungnahmen zu unseren Anfragen geschickt wurden, die letztendlich bestätigt haben, dass unser Grundrecht auf Streik gesichert ist.

Wie stehen die Ausbildungsinstitute zu den PiA-Aktionen?

AS: Das ist ein schwieriges Thema. Viele unserer Institute sind ebenfalls Teil der Uniklinik, was eine offene Unterstützung erschwert. Besonders zu Beginn des Tarifstreits hat uns die Zurückhaltung der Institute teilweise etwas enttäuscht. Im persönlichen Kontakt unterstützen aber die meisten Personen in den Ausbildungsinstituten, die selbst durch dieses Ausbildungssystem gegangen sind, unsere Bewegung sehr. Nur damit in die Öffentlichkeit treten möchten sie eher nicht. Dies hängt sicherlich auch damit zusammen, dass die Unikliniken fast ausschließlich mit befristeten Verträgen arbeiten und die Angst groß ist, keine Vertragsverlängerung mehr zu bekommen.

Tragen die gemeinschaftlichen Bemühungen schon erste Früchte? Wie fühlt sich das für Sie an?

AR: Auf jeden Fall war das Gefühl bei den Streiks echt toll. Ich glaube, dass die PiA an den Unikliniken noch nie so gut vernetzt und organisiert waren wie jetzt. Sich gemeinsam für seine Rechte einzusetzen und zu sagen: „Hey, wir haben ein fünfjähriges Psychologiestudium hinter uns und machen noch eine postgraduale Ausbildung, wir können was. Wir sind was wert!“, stärkt auch das Selbstwertgefühl als angehende* Psychotherapeut*in.

AS: An manchen Standorten konnten wir zudem arbeitsrechtliche Grundlagen, wie z. B. ein Recht auf Krankheitstage, ohne dass diese vom Urlaub abgezogen oder unentgeltlich nachgearbeitet werden müssen, nochmal mühsam klären. Und zuletzt sind da natürlich die 300 Euro an monatlicher Zulage, die zwar weit entfernt von dem sind, was angemessen wäre, aber immerhin ein Schritt in die richtige Richtung! Das alles fühlt sich sehr gut an. Am schönsten wäre es aber, wenn unser Gehalt so wäre, dass wir davon nach Abzug der monatlichen Ausbildungsgebühren von 300 bis 1.000 Euro ohne Unterstützung durch die Eltern, hohe Verschuldungen oder Nebenjobs leben könnten.

Wie wird es jetzt weitergehen?

AS: Der neue Tarifvertrag läuft bis zum 31. März 2024. Anschließend kann er wieder gekündigt und neu verhandelt werden. Ich hoffe, dass dann wieder PiA an den Unikliniken

— „Ich glaube, dass die PiA an den Unikliniken noch nie so gut vernetzt und organisiert waren wie jetzt. Sich gemeinsam für seine Rechte einzusetzen, stärkt auch das Selbstwertgefühl als angehende*r Psychotherapeut*in.“ —

arbeiten, die für ihre Rechte eintreten. Wenn es so weit ist, werden ich und sicher auch einige andere PiA, die bei unserer Bewegung aktiv waren, als Ansprechpartner*innen bereitstehen. Einige von uns werden sich sicherlich auch weiterhin berufspolitisch engagieren.

Könnten sich aus den Aktionen in Heidelberg und den anderen baden-württembergischen Unikliniken auch Perspektiven für PiA an anderen Orten ergeben?

AS: Ganz klar: Ja. Wenn sich bei einer Klinik die Vergütung für eine Berufsgruppe ändert, führt dies häufig auch zu Bewegung in den umliegenden Kliniken, die konkurrenzfähig bleiben möchten. Somit ist jede Verbesserung an einer Klinik indirekt auch wichtig für PiA an anderen Kliniken.

Welche Anregungen sehen Sie für PiA in anderen Kliniken?

AR: Ich glaube, unsere Bewegung lädt auf jeden Fall dazu ein, zu prüfen, inwiefern jede*r selbst etwas bewegen kann. An manchen kleineren Kliniken hat es tatsächlich auch schon ausgereicht, einen gemeinsamen PiA-Brief an die Chefetage zu schreiben und um eine höhere Vergütung zu bitten. Ich denke, so langwierig und kleinschrittig wie an den Unikliniken in Baden-Württemberg muss es nicht immer laufen. Außerdem könnte unser Einsatz dazu ermutigen, sich mit gewerkschaftlicher Organisation auseinanderzusetzen.

Offenbar ist es wichtig, dass PiA sich selbst für ihre Belange einsetzen. Was kann Ihrer Erfahrung nach dazu beitragen, dass PiA sich auf überpersönlicher Ebene für ihre Belange einsetzen?

AS: Die ganze Ausbildung scheint darauf ausgelegt, dass wir am besten noch dankbar dafür sein sollen, dass wir ausgebeutet werden. Wenn man sich in anderen Bereichen, wie zum Beispiel der Wirtschaft, umsieht, wäre ein solcher Umgang mit Mitarbeitenden nie denkbar. Dies liegt sicherlich mitunter daran, dass andere Berufsgruppen sich eine solche Behandlung niemals gefallen lassen würden und mit einem ganz anderen Selbstbewusstsein ins Berufsleben starten. Hier ist es wichtig, sich immer wieder klarzumachen, dass wir etwas können und unsere Arbeit etwas wert ist.

AR: Genau, aber wenn ich das nochmal betonen darf: ein großes Problem für berufspolitisches Engagement in der Ausbildung sind die begrenzten Ressourcen. Wenn ich nicht weiß, wie ich ohne Nebenjobs meine Miete bezahlen kann, bleibt eher wenig Kapazität für ehrenamtliches Engagement und dann möchte ich vielleicht lieber möglichst schnell das Ganze hinter

mich bringen und nichts mehr damit zu tun haben. Auch unter sozialen Aspekten sind faire Ausbildungsbedingungen dringend nötig, damit sich jede und jeder die Ausbildung leisten kann und wir am Ende nicht nur ein homogenes Bild von Psychotherapeut*innen aus Akademikerfamilien der oberen Mittelschicht oder Oberschicht haben. Nicht dass es etwas Schlechtes ist, Eltern zu haben, die an einer Uni studiert haben. Doch kann das dazu führen, dass ich ein paar blinde Flecken habe, und es wäre schön, wenn wir innerhalb unseres Berufsstandes ganz viele verschiedene Perspektiven versammeln könnten, um sensibel zu sein für die heterogenen Barrieren und Herausforderungen, die unseren unterschiedlichen Patient*innen in ihrem Alltag begegnen. Wenn ich mir die prekäre Situation vieler PiA vergegenwärtige, finde ich es umso erstaunlicher, dass wir so eine große Streikbeteiligung erreicht haben. Ich vermute, dass da auch großer Unmut und Wut über die Arbeitsbedingungen dazu beigetragen haben, dass sich so viele trotz dieser Herausforderungen für sich und andere eingesetzt haben.

Wie begann Ihr eigenes Engagement für die PiA-Vertretung?

AR: Das war Zufall. Wir haben uns in Freiburg in einer selbstorganisierten PiA-Interventionsgruppe immer wieder über die Arbeitsbedingungen ausgetauscht und hörten, dass an einer benachbarten Klinik PiA angeblich durch einen einfachen Brief an den Klinikvorstand ihr Gehalt verdoppelt hätten. Das wollten wir natürlich auch! Und ich dachte, vielleicht kann

da eine Gewerkschaft helfen, und habe dann eine E-Mail an ver.di geschrieben. Naja, und dann war ich da quasi automatisch die Ansprechpartnerin und so nahm das alles seinen Lauf ...

AS: Im Herbst 2021 erhielt ich eine E-Mail von Annika und ihren Freiburger PiA-Kolleg*innen, in der stand, dass sie den Tarifvertrag kündigen und eine Eingruppierung in E 13 für uns PiA fordern möchten. Ich hielt das für eine gute Sache und nahm zusammen mit meiner PiA-Kollegin von meiner Station an einer durch die Freiburger Kolleg*innen organisierten Online-Videokonferenz teil. Daraufhin schrieb meine Kollegin und ich etliche E-Mails an die PiA der Uniklinik Heidelberg und versuchten sie dazu zu bewegen, sich in ver.di zu organisieren. Zunächst war die Rückmeldequote recht gering. Mit den ersten Streiks wurde die Sache dann aber allmählich zum Selbstläufer. Durch meinen Einsatz in der Streikbewegung kam ich dann neben dem Engagement bei ver.di auch mit anderen Bereichen der Berufspolitik in Kontakt und fing an, mich zum Beispiel mit Berufsverbandsarbeit oder der, in Baden-Württemberg angebotenen, Möglichkeit zur freiwilligen Kammermitgliedschaft als PiA auseinanderzusetzen.

Noch einmal zurück zur Situation in den psychiatrischen Kliniken. Sie selbst wird es ja nicht mehr betreffen, aber nachfolgende Jahrgänge von PiA schon: Es werden dann zunehmend mehr Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in den Kliniken tätig sein, die auch ein volles Tarifgehalt beanspruchen können. PiA werden in vielen Kliniken aber möglicherweise auf dem gesetzlich zugesicherten 1.000 Euro/Monat sitzen bleiben. Was die fachlich-inhaltliche Qualifizierung angeht, sind beide Gruppen in etwa vergleichbar. Auf dem Papier, also formal, sind sie aber doch sehr unterschiedlich, was sich dann auch in den erheblichen Gehaltsunterschieden niederschlägt. Haben Sie im Kreis der PiA schon einmal darüber gesprochen, was das für die Zusammenarbeit in den Kliniken bedeuten kann?

AS: Diese Situation wird sicherlich zu vielen Problemen führen. Das fängt ja schon mit der Frage an, ob Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (PtW) überhaupt Stellen finden werden, so lange es noch die viel günstigeren PiA gibt. Das halte ich für sehr fraglich. Krankenhäuser sind ja am Ende des Tages Wirtschaftsunternehmen. Für diese gibt es erstmal keinen Grund, teurere Mitarbeitende zu beschäftigen. Zudem fordert die neue Weiterbildungsordnung Weiterbildungsbefugte an den Kliniken, die die Weiterbildung der PtW anleiten bzw. verantworten. Ob es diese in ausreichender Zahl gibt, ist noch nicht überall klar. Es gibt tatsäch-

lich Kliniken, die mit dieser Änderung beschlossen haben, die Aus- und Weiterbildung nach der Reform einzustellen und sich nicht auf das Abenteuer Psychotherapieausbildung einzulassen. Bei solchen Änderungen spielen ja auch immer berufspolitische Themen innerhalb der Klinik eine nicht zu unterschätzende Rolle.

AR: Im Stationsalltag könnte das parallele Existieren von PiA und PtW auf jeden Fall auch zu Spannungen führen. Dies gibt es ja teilweise auch jetzt schon an Stellen, wo zum Beispiel

„Wenn die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung nicht geklärt wird und PiA und PtW bei ähnlichem Ausbildungsweg für die gleiche Arbeit unterschiedliche Bezahlung bekommen, wird das an allen Ecken und Enden zu Problemen führen.“

Ärzt*innen in der Weiterbildung zum* zur psychosomatischen Fachärzt*in eng mit PiA zusammenarbeiten und, obwohl sie in manchen Bereichen fast gänzlich die gleiche Arbeit machen, deutlich mehr verdienen und darüber hinaus zum Beispiel noch für die Weiterbildung immer wieder tageweise bezahlt freigestellt werden. Da ist großes Konfliktpotenzial.

Was würden Sie sich wünschen oder empfehlen, um die Probleme, die da zu erwarten sind, zu vermeiden oder zu begrenzen?

AR: Es muss ganz klar eine Lösung vonseiten der Politik her. Wenn die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung nicht geklärt wird und PiA und PtW bei ähnlichem Ausbildungsweg für die gleiche Arbeit unterschiedliche Bezahlung bekommen, wird das an allen Ecken und Enden zu Problemen führen. Ich wünsche mir, dass die angehenden Psychotherapeut*innen dieses Problem nicht für sich alleine lösen müssten. So schön dieses Engagement ist, es kostet auch viel Kraft. Insofern fordern wir uns eine schnelle Klärung der Finanzierung und ganz klar auch Unterstützung durch approbierte Kolleg*innen.



Anne Scholz, M. Sc.

Anne-M.Scholz@gmx.de

Anne Scholz M. Sc. befindet sich in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Sie ist Institutssprecherin am Heidelberger Institut für Psychotherapie, engagiert sich beim jungen Forum des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten sowie im Organisationsteam des PiA-Politiktreffens und war bei der Tarifrunde 2022 Teil der ver.di-Verhandlungskommission Unikliniken Baden-Württemberg.



Annika Rohmoser, M. Sc.

M. Sc. Annika Rohmoser befindet sich in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin für Analytische und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Neben ihrer Ausbildung ist sie aktuell am Universitätsklinikum Freiburg in der Klinik für Palliativmedizin tätig. Sie engagiert sich in gewerkschaftlichen Kontexten, im Organisationsteam des PiA-Politik-Treffens und war bei den PiA-Tarifverhandlungen an den Unikliniken Baden-Württemberg Teil der ver.di-Verhandlungskommission.



Prof. Dr. Heiner Vogel

Universität Würzburg
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie
Klinikstr. 3
97070 Würzburg
h.vogel@uni-wuerzburg.de

Prof. Dr. Heiner Vogel, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, leitet den Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie von Universität und Universitätsklinikum Würzburg. Zudem steht er der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. vor. Er ist Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bayern sowie Sprecher des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) der Bundespsychotherapeutenkammer und des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals.



Dipl.-Psych. Jens J. Müller

jensjulianmueller@gmail.com

Jens J. Müller ist Diplom-Psychologe in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Schwerpunktmäßig arbeitet er am Institut für Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Seit Dezember 2021 ist er Mitglied des Redaktionsbeirates des Psychotherapeutenjournals.

Leserbriefe und Replik

Jetzt müssen wir als Berufsgruppe unsere Stimme erheben!

Zu T. Padberg: Wie spricht man mit Klient*innen „empirisch richtig“ über Antidepressiva? Ein Update zu „Placebos, Drogen, Medikamente. Der schwierige Umgang mit Antidepressiva“. *Psychotherapeutenjournal* 4/2022, S. 336–341.

Welch wunderbare Idee von Thorsten Padberg, die Ergebnisse zweier großer neuer Depressions-Studien zum Anlass zu nehmen, darüber nachzudenken, wie man Klient*innen „richtig“ über ihre Krankheit und Antidepressiva (AD) informiert. Und nachdem Wissenschaft ihre Erkenntnisse bekanntermaßen aus genau diesen Quellen generiert – zumindest das dürfte heute unbestritten sein! – leitet Padberg das „richtig“ über die *empirischen* Ergebnisse durch eben diese Studien ab.

Und ja, wer schon bisher die kritischen Bücher und Essays zu dieser Thematik rezipiert hat – es seien nur beispielhaft die Autoren Ansari, Breggin, Gøtzsche, Hasler, Lehmann oder auch Tom Bschor genannt – wird über das Neue aus den Studien, das in dieser Sichtweise eben nicht „neu“ ist, kaum überrascht sein. In der Summe könnte man es vielleicht so ausdrücken: AD als Medikamente zur Behandlung von Depressionen sind nicht sehr effektiv, haben aber vielfache, zum Teil schwere Nebenwirkungen. Sie können Betroffenen – wenn überhaupt –, dann nur mit größter Einschränkung und nach umfassender, ehrlicher Aufklärung empfohlen (?) werden. Zumal ihr Wirkmechanismus bis heute ungeklärt ist und die oftmals angeführte Serotonin-Hypothese sich eindeutig als *falsch* erwiesen hat. Ende.

Ende – wirklich? Nein, hier fängt es erst an. Wie Padberg richtig erkennt, kann Empirie nicht alles erklären und werden die Ergebnisse der Studien höchst

unterschiedlich gelesen. So ziehen die Befürworter von Antidepressiva aus einem kleinen und vermutlich statistisch bzw. methodisch erklärbaren Nebenergebnis der Kirsch-Stone-FDA-Studie (zu den sog. „Super-Respondern“) die – in meinen Augen höchst zweifelhafte – Berechtigung für die Aufrechterhaltung ihrer Pro-Position. Und wird die immens wichtige Studie von Moncrieff und Horowitz in psychiatrischen Fachkreisen offenbar kaum zur Kenntnis genommen – das berühmte Totschweigen also, das vor 60 Jahren beispielsweise schon Th. Szasz mit seiner These vom „Mythos Geisteskrankheit“ widerfahren ist und heute noch immer funktioniert.

Die Aussicht auf Veränderungen kann sich daher (leider!) nicht auf die Psychiater*innen oder deren größten Verband, die DGPPN, stützen, sondern muss auf die Betroffenen hoffen. Diese aber müssten erstmal „richtig“ – also im Sinne von Padbergs Vorschlägen – informiert werden. Das aber tun die Ärzte nicht! So ist *die Öffentlichkeit* gefragt. Und zumindest die im englischsprachigen Raum, so schildert es ja Padberg unter Angabe von zahlreichen Quellen, tut das offenbar auch. Nur, was bitte ist in Deutschland los? Wer informiert hier die breite Bevölkerung über die fehlenden Belege für die gängige Depressionsbehandlung? Über ihre nicht unerheblichen Risiken? Und wer „beerdigt“ *bei uns* (endlich!!) die Serotonin-Hypothese?

Nachdem dazu auch nach diesen beiden hochaktuellen Studien aus dem Jahr 2022 wenig bis nichts in die Öffentlichkeit gedrungen ist, könnten *wir Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen* hier doch eine Vorreiterrolle einnehmen. Padberg hat mit seinen Ausführungen in bemerkenswerter Klarheit und mit großer Sachlichkeit sowie Ausgewogenheit die Grundlage gelegt. Doch er kann natürlich nicht *alles* machen! So lese man unbedingt seinen letzten Satz, der für mich einem Appell gleichkommt:

Liebe Leser*innen,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 15. April 2023 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

Als Leser*innen beachten Sie bitte, dass die Diskussionsbeiträge die Meinung der Absender*innen und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Jetzt nämlich als psychotherapeutische Expert*innen die geschilderten Erkenntnisse aufzugreifen, sie in die eigene Weltsicht einzuordnen und zu bewerten. Und dann zum einen unsere Patient*innen adäquat über die ihnen verabreichten Medikamente, die als „Antidepressiva“ bezeichnet werden, aufzuklären; zum anderen aber auch eine Öffentlichkeit, die seit Jahrzehnten mittels der sog. „Serotonin-Hypothese“ in die Irre geleitet, ja belogen wird. Und waren Padbergs Darstellungen nüchtern, pragmatisch und ruhig, so dürfen – ja *müssen!* – *WIR* unsere Stimme laut und deutlich erheben. Wer sonst sollte es tun?!

Dipl.-Psych. Jürgen Karres
Landsberg am Lech

Ein hilfreicher Blick über Gartenzäune

Zu W. Lutz & W. Rief: Wie kann eine transtheoretische Psychotherapie-weiterbildung und -praxis in Deutschland aussehen? Ein Beitrag zu einer Personalisierten Evidenzbasierten

Psychologischen Therapie (PEPT),
 Psychotherapeutenjournal 4/2022,
 S. 360–369.

Psychotherapie in Deutschland hat zwei große Probleme: Dass getan wird, als hätte der liebe Gott die Welt der Psychotherapie in Verfahren eingeteilt, und dass zudem Hindernisse dagegen aufgebaut werden, sich wenigstens aus mehreren Verfahren zu bedienen, wenn man schon die Welt so einteilt.

Die Wissenschaft sagt schon lange, dass zusammengenommen andere Merkmale einer konkreten Psychotherapie deren Ergebnis viel stärker bestimmen als das Verfahren, auf das TherapeutInnen sich berufen. Würden Sie als TherapeutIn jemandem, der oder die Ihnen wirklich am Herzen liegt, einen Therapieplatz v. a. nach dem Verfahren empfehlen, das dort tatsächlich oder angeblich zur Anwendung kommt? Eben!

Bereits 1989, vor 34 Jahren, haben Caspar & Grawe ein „weg vom Methodenmonismus in der Psychotherapie“ gefordert, seither immer wieder in dieses Horn gestoßen und die zahlreichen Argumente dafür vorgebracht. Andere haben dasselbe getan. Warum nur hält sich das Denken in Verfahren so hartnäckig? Weil es die Welt so schön vereinfacht? Weil sich Territorien und Pfründe damit so gut verteidigen lassen? Weil man damit leichter wenigstens die Konkurrenz fernhalten kann, die sich nicht dem richtigen Ansatz verschrieben hat? Weil man sich so gut ausruhen kann, wenn man dem richtigen Verfahren huldigt, statt zeigen zu müssen, dass die *konkreten* Therapien, die man macht, wirklich etwas bringen?

Dabei bieten sich beim Blick über Gartenzäune so viel bessere Möglichkeiten, jedem/r einzelnen PatientIn ein maßgeschneidertes Angebot machen zu können – und darum sollte es doch primär gehen!?

Prof. em. Dr. Franz Caspar
 Bern

Integrative und schulenspezifische Ansätze im lebendigen Austausch

Zum selben Beitrag von W. Lutz & W. Rief im Psychotherapeutenjournal 4/2022.

In ihrem Beitrag zur transtheoretischen Psychotherapieweiterbildung leisten Lutz und Rief einen äußerst zentralen Beitrag in Richtung einer entspannteren Haltung im heftig geführten Schulenstreit der letzten Dekaden in Deutschland. Eine Herausforderung wird möglicherweise darin bestehen, das Kind nicht mit dem Bad auszuschütten in Richtung einer transtheoretisch integrativen und gleichzeitig wertschätzenden Haltung gegenüber den in der Praxis bewährten Herangehensweisen (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.21035>). In der APA-Taskforce „Methods & Skills“ (Hill & Norcross, 2023) werden transtheoretisch konzeptualisierte Methoden wie Affirmation, Routine Outcome Monitoring, Hausaufgaben und stärkenorientierte Methoden als „demonstrably effective“ diskutiert. Die langjährigen Erfahrungen in der vom Gesetzgeber als transtheoretisch orientierten Psychotherapie in der Schweiz stimmen positiv, dass integrative und schulenspezifische Ansätze in lebendigem Austausch koexistieren können und einander in der sorgfältigen, multiperspektivischen psychotherapeutischen Arbeit ergänzen.

Prof. Dr. Christoph Flückiger
 Kassel

Eine profunde, anregende Kritik der verfahrensbasierten Richtlinienpsychotherapie

Zum selben Beitrag von W. Lutz & W. Rief im Psychotherapeutenjournal 4/2022.

Meistens animieren mich die Artikelüberschriften zum Lesen oder auch zum Weiterblättern und Schmökern in Zeitschriften. Diesmal war es anders. Eine lange grau hinterlegte „Re-

daktionelle Vorbemerkung“ erregte mein Interesse. Gute Idee dachte ich mir, da „Appetizer“ angenehm auf die Hauptspeise vorbereiten. Durch das Lesen dieses „Appetizer“, der sich dann eher als unverdauliche, aber freundliche Lese-, Denk- und Bewertungsanleitung herausstellte, fühlte ich mich lebhaft an Erlebnisse meiner Schulzeit (Hinweise des Lehrers zum Film im Sexualkundeunterricht) und meines ersten Vortrages auf einem wissenschaftlichen Kongress in der DDR (Einordnung meines Vortrages aus dem westlichen Ausland durch den wiss. Leiter auf dem Hintergrund der Beschlüsse des 11. Parteitages der SED) erinnert. Diese Stellungnahme zum Beitrag rief bei mir eher Verärgerung über die „Oberlehrer“ hervor (damals wie heute), als sie hilfreich für die Auseinandersetzung mit der Anforderung (hier: Artikel) waren. Aber das Interesse an dem vermeintlich „empörenden“ Beitrag war geweckt.

Nichts stand in dem Beitrag, was so einer sorgfältig abgewogenen „Redaktionellen Vorbemerkung“ bedurfte. Es war ein sehr interessanter Beitrag, der mich vor allem zum langen Nachdenken anregte, obwohl ich mich seit drei Jahrzehnten mit diesem Thema beschäftige. Als äußerst positiv ist herauszustellen, dass ich in keinem Werk der mir bekannten internationalen Literatur jemals eine so profunde, empirisch und wissenschaftlich berechtigte und verfahrensübergreifende Kritik an dem Konzept der verfahrensbasierten Richtlinienpsychotherapie gelesen habe. Diese bezieht sich in dem Beitrag kenntnisreich von den Theorien der Therapieschulen bis hin zu den sozialrechtlich wirksamen Regeln des G-BA zur Richtlinienpsychotherapie. Besonders möchte ich (...) von den Autoren als Mythen bezeichnete Phänomene herausstellen: a) Die globale wissenschaftliche Zulassung oder damit verbundene Wirksamkeit des Verfahrens wird mit der globalen und vergleichbaren Wirksamkeit des Verfahrens bei allen Indikationsbereichen verwechselt. b) Die vermeintliche wiss. Bestätigung des allgemeinen oder des spezifischen Ätiologie-modells eines Psychotherapieverfahrens wird aufgrund der Wirksamkeit einzelner oder einer Gruppe von verfahrensspezi-

fischen Behandlungstechniken erschlossen. c) Die vermeintlich klare Spezifität, die einfache und valide Zuordnung von therapeutischen Methoden zu Psychotherapieverfahren ist immer gegeben. Besonders beachtungswert finde ich in den Ansatz der Autoren, dass sie durchaus die Notwendigkeit sehen, dass grundlegende Modell- und Praxisänderungen im Kontrast zum VerfahrensmodeLL zu enormen Anforderungen führen, die zu bewältigen sind. Vereinfacht ausgedrückt, benötigen wir neue oder zumindest weitgehend überarbeitete Instrumente, wie: die Approbationsordnung, die MWBO, die Psychotherapie-Richtlinie, Psychotherapie-Vereinbarung.

Warum ist aber eine Diskussion und Planung solch eines Vorhabens nicht sinnvoll und erwägenswert? Den Ansatz der Autoren, vereinfacht ausgedrückt: weg vom Verfahren und hin zum Patienten, finde ich mutig, attraktiv und er geht vor allem über die bisher diskutierte internationalen Metamodelle hinaus. Wahrscheinlich muss man diese provokante Aussage etwas erweitern: weg vom Verfahren und hin zur Planung der individualisierten Therapeuten- und-Patienten-Interaktion (Möllmann & Schöttke, 2019; Pereira et al., 2023). Zum Schluss doch vielleicht noch drei kritische Anmerkungen. In dem Beitrag fehlt mir die Einordnung der psychischen Störungen oder Erkrankungen zumindest in der verfahrensunabhängigen Klassifikation nach ICD und DSM in das diskutierte Modell. Aufgrund der umfangreichen Forschung und praktischen Verwendung sollten die Diagnosen i. S. der Klassifikationen psychischer Störungen eine zentrale Berücksichtigung in dem neuen Modell finden. Zweitens: Wie verhält sich das Modell zu der bisherigen Praxis und vor allem zu den Ergebnissen der Psychotherapieforschung, die vor allem auf der Basis verfahrensbasierter Methoden publiziert worden sind? Lernen danach in Zukunft alle alles? Drittens: Wie verhält sich die schnell verändernde Forschung zur personalisierten evidenzbasierten Psychotherapie zu der Notwendigkeit der Etablierung zumindest halbwegs zeitlich stabiler und damit länger gültiger Lehr-, Lern- und Prüfungsverord-

nungen? Aber trotzdem: Der Beitrag soll zur Diskussion, als Anregung und zur Weiterverwendung dienen.

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Henning Schöttke
Osnabrück

Literatur

Möllmann, A. & Schöttke, H. (2019). Therapeutische Fertigkeiten - Relevanz für Ausbildung, Praxis und Forschung. *Psychotherapie im Dialog*, 20, 34–38.

Pereira, G., Trujillo-Sanchez, C., Alonso-Vega, J., Echevarría-Escalante, D. & Froxán-Parga, M. (2023). What do we know about highly effective therapists? A systematic review. *Anales de Psicología*, 39 (1), 10–19.

Eine Chance für die Psychotherapie in der psychiatrischen Praxis

Zum selben Beitrag von W. Lutz & W. Rief im *Psychotherapeutenjournal* 4/2022.

Wir freuen uns sehr über den Artikel von Wolfgang Lutz und Winfried Rief, da das vorgestellte transdiagnostische Modell (auch) für die Psychiatrie zu einer Antwort beitragen kann auf die Frage: wer bietet wie Psychotherapie in der Psychiatrie an und was wird als therapeutisches Angebot gebraucht. Die psychiatrische Klientel hat zumeist mehrere behandlungsbedürftige Komorbiditäten (siehe Franz et al., 2020) und benötigt therapeutische Interventionen – nicht nur elektiv, sondern auch in der Krise; nicht nur tagsüber, geplant im therapeutischen Einzel, sondern auch zu später Stunde im Nachtdienst sowie eine multiprofessionelle psychotherapeutische Kompetenz, 24/7. Um diese herausfordernden Arbeitsbedingungen adressieren zu können, die verschärft werden durch Fachkräftemangel und Ökonomisierung, braucht die Psychiatrie aus unserer Sicht eine Weiterbildung, die nicht starr ist, sondern ein therapeutisches Angebot anbieten kann, das flexibel und personalisiert auf die Bedürfnisse der Patient*innen eingeht (siehe auch Franz & Franz, 2022). Die schulenorientierte Psychotherapie ist bislang an der Versorgungspsychiatrie weitestgehend vorbeigegangen, abgesehen von einigen hochelektiven Spezialstationen. Der innovative, schu-

lenübergreifende Ansatz von Lutz & Rief stellt aus unserer Sicht eine große Chance dar, dass sich Psychotherapie in der psychiatrischen Praxis etablieren und verstetigen kann.

Prof. Dr. Michael & Dr. Sara Franz
Gießen

Literatur

Franz, M., Gary, A., Jung, D. & Wolff, J. (2020). Störungsbezogene Fallgruppen für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. *Der Nervenarzt*, 91 (9), 814–821.

Franz, S. & Franz, M. (2022). Anwendungsbeispiel modularer Psychotherapie in der teilstationären und stationären Versorgung. In: S. C. Herpertz & E. Schramm (Hrsg.), *Modulare Psychotherapie* (S. 109–128). Stuttgart: Schattauer.

Ein eklektischer Ansatz auf problematischer positivistischer Basis

Zum selben Beitrag von W. Lutz & W. Rief im *Psychotherapeutenjournal* 4/2022.

(...) Meine (grundsätzliche) Kritik an dem Ansatz (...) ist, dass er psychotherapeutische Praxis nicht als spezifische professionelle soziale Praxis auffasst (wie es dem soziale Kontext-Modell von Wampold et al. (2018) als Meta-Modell für die Psychotherapie entsprechen würde), sondern (...) als Technik (...), die aus einer wissenschaftlichen Theorie abgeleitet wird, nach dem Verständnis des Theorie-Praxis-Verhältnisses eines atomistischen Menschenbildes (post-)moderner Anthropologie, das zu den reduktionistischen Strömungen moderner Psychologie gehört, die die Bindung und Abhängigkeit des Menschen von der sozialen Gemeinschaft leugnet (vgl. Taylor, 1992), im Gegensatz zu Wampolds sozialem Kontext-Meta-Modell (2018).

Zur Kritik im Einzelnen:

Auf Seite 362 kritisieren Lutz & Rief, dass tendenziell wissenschaftliche Befunde zum eigenen Ansatz überbewertet werden, dagegen Ergebnisse anderer Verfahren unterschätzt werden. Gilt das nicht genauso für den Ansatz von Herrn Rief? Macht er nicht das Gleiche? Es sind die anderen, die eine Ideologie

verfolgen, der Ansatz von Herrn Rief sei die Wahrheit – (Berufs-)Politik!

Und auf S. 363 schreiben Lutz & Rief, dass es Kennzeichen einer lebendigen Wissenschaft sei, dass sich Bewertungen von Theorie und Erkenntnissen ständig verändern. Die Autoren scheinen wie selbstverständlich davon auszugehen, dass psychotherapeutische Praxis eine Anwendung von Wissenschaft sei, eine Umsetzung der Ergebnisse einer positivistischen Psychotherapie-Forschung, was dann als Evidenz-Basierung aufgefasst wird, analog zu einer evidenzbasierten Medizin nach dem Dosis-Wirkungs-Paradigma der Pharma-Forschung.

Das „transtheoretische Rahmen-Modell“, wofür die Autoren plädieren (S. 366), lässt die Probleme des Eklektizismus seines Modells unerwähnt, kann diese aber nicht leugnen – „transtheoretisch“ scheint mir für Lutz & Rief ein anderes Wort für „eklektisch“ zu sein. Es besteht dabei die Gefahr wilden Kombinierens von Methoden und Techniken verschiedener Verfahren und damit die Gefahr des Agierens (vgl. Buchholz, 1982; Fischer, 2005) ohne Berücksichtigung dessen, ob der Einsatz einer bestimmten Technik eines anderen Verfahrens in die Psychodynamik der Beziehungsgestaltung passt, ob die beziehungs-dynamischen Voraussetzungen und Folgen bedacht werden.

Techniken und Methoden eines Verfahrens stehen in einem bestimmten theoretischen Kontext des Verfahrens, der verstanden werden muss, bevor man diese Technik oder Methode in einem anderen (meta-)theoretischen Kontext einfach (eklektisch) anwendet.

Rief betont, dass sein transtheoretisches Kompetenz-Modell für Ausbildungskandidaten die Möglichkeit biete, eine eigene „psychotherapeutische Identität“ (Rudolf, 2019) zu entwickeln durch „Aufbau von Kompetenzmerkmalen“. Meine Befürchtung ist, dass Ausbildungskandidaten mit seinem Modell eine postmoderne „Patchwork-Identität“ (Keupp, 1999) oder eine „situative Identität“ (Rosa, 2019) ausbilden (...).

(...) (Der Ansatz der Autoren) müsste erst einmal in einem begrenzten Pilot-Projekt ausprobiert und evaluiert werden, bevor er flächendeckend und unevaluiert zur Anwendung kommen sollte – auch Grawes Modell hat sich ja in der Praxis nicht bewährt und durchgesetzt, obwohl es im akademischen Milieu viele Anhänger gefunden hatte – ähnlich sehe ich die Ambitionen der Verfasser des Artikels.

Doch so schlecht kann die bisherige Psychotherapie nicht sein, denn in einer nicht-repräsentativen Umfrage im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes hat sich ergeben, dass 50 % der befragten Patienten mit ihrer Therapie zufrieden oder sehr zufrieden sind, also ein eindrucksvoller Beleg für die Qualität der Behandlung mit bisherigen PT-Verfahren (Pressemitteilung des BVVP vom 16.12.2022).

Als Alternative zum transtheoretischen, kompetenzorientierten Ansatz (...) wäre eine integrative Metatheorie einer Theorie psychotherapeutischer Praxis bzw. eine praxeologische Theorie unserer Profession notwendig, die eine ätiologieorientierte „kausale Psychotherapie“ (Fischer, 2007) und ein dialektisches Veränderungs-Modell (DVM) begründet, die die Eigen-„Logik der Psychotherapie“ (Fischer, 2008) rekonstruiert und anerkennt, auf der Grundlage eines eigenständigen, erkenntnistheoretisch begründeten Paradigmas für die PT, auf deren Basis eine eigenständige Psychotherapiewissenschaft begründet werden kann, wie es die Arbeiten von Gottfried Fischer (2007, 2008, 2011) geleistet haben.

Dagegen gleicht (der hier präsentierte) Ansatz der Fortsetzung von Grawes eklektischem Ansatz (unter neuem Etikett und mit anderen Mitteln) einer „Psychologischen Psychotherapie“ auf der Basis akademisch-psychologischer Wissenschaft und Dominanz des Positivismus (zur Kritik von Grawes Ansatz; vgl. Wendisch, 2021: „Kritische PT“; vgl. Fischer & Fäh, 1999, zu „Sinn und Unsinn der PT-Forschung“).

Dipl.-Psych. Rolf Schumacher
Freiburg

Literatur

- Buchholz, M. B. (1982). *Psychoanalytische Methoden und Familientherapie*. Kröning: Asanger.
- Fischer, G./Fäh, M. (1998). *Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fischer, G. (2005). Diskussionsforum: Psychotraumatisch fundierte Psychotherapie (PfP) – integrativ oder eklektisch? *Jahrbuch der Psychotraumalogie*, 2, 151–167.
- Fischer, G. (2007). *Kausale Psychotherapie. Manual zur ätiologieorientierten Behandlung psychotherapeutischer und neurotischer Störungen*. Kröning: Asanger.
- Fischer, G. (2008). *Logik der Psychotherapie. Philosophische Grundlagen der Psychotherapiewissenschaft*. Kröning: Asanger.
- Fischer, G. (2011). *Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Keupp, H. u. a. (1999). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Rosa, H. (2019). *Beschleunigung und Entfremdung*. Berlin: Suhrkamp.
- Rudolf, G. (2016). *Psychotherapeutische Identität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Taylor, C. (1992). *Negative Freiheit? Zur Kritik des neuzeitlichen Individualismus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.
- Wendisch, M. (2021). *Kritische Psychotherapie. Interdisziplinäre Analysen einer leidenden Gesellschaft*. Bern: Hogrefe.

Auf den Körper und die therapeutische Beziehung kommt es an!

Zum selben Beitrag von W. Lutz & W. Rief im *Psychotherapeutenjournal* 4/2022.

Ich habe die Überlegungen der Professoren Lutz und Rief zu einer transtheoretischen Psychotherapieweiterbildung im Journal aufmerksam gelesen. Chapeau! Eine gelungene Weiterentwicklung von K. Grawe. Die Freud'sche Vision war ohnehin das Amalgam. Lassen Sie mich bitte dazu noch zwei Bemerkungen machen. 1. Die Seele ist eine Körperseele. Ohne Körper ist Selbige eine Glaubens- oder Sinnfrage. Dies gilt es mehr zu berücksichtigen. 2. Alle seelischen Erkrankungen, auch die somatoformen Störungsbilder, sind Beziehungserkrankungen. Der Ort der Erkrankung ist damit auch der Ort der

Heilung: nämlich die therapeutische Beziehung. Der gute Therapeut zeichnet sich dadurch aus, daß er in der Lage ist, eine destruktive Kommunikation in eine konstruktive Kommunikation zu verwandeln (Luhmann), also eine Verkehrung ins Gegenteil herbeizuführen. Diese zwei Essentials sind die Grundlage jeglicher Form von Psychotherapie – jenseits aller Verfahren und Methoden. Von daher bedarf einer Fokussierung der Psychotherapieforschung auf die Güte der therapeutischen Beziehung.

Dipl.-Psych. Dipl.-Päd.
Werner Dinkelbach
Andernach

Unbehagen an der neuen Weiterbildung aus Sicht der stationären Jugendhilfe

Zum selben Beitrag von W. Lutz & W. Rief im Psychotherapeutenjournal 4/2022.

Die beiden Autoren haben in ihrem Artikel meinem großen Unbehagen über die Entwicklung zur neuen Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten eine lang ersehnte Stimme gegeben. Ich danke Ihnen ganz ausdrücklich dafür.

Als angestellter Psychologischer Psychotherapeut, der seit Jahrzehnten in der stationären Jugendhilfe arbeitet, gründet meine Identität in erster Linie im wissenschaftlichen Psychologiestudium.

Immer auf der Suche nach wirksamen Interventionen im Umgang mit meinen sehr ungewöhnlichen Kindern und Jugendlichen konnte ich mich nie einem „Verfahren“ verschreiben und musste in jedem Einzelfall kreativ auf die Bedürfnisse meiner Patienten reagieren. Und in der stationären Jugendhilfe landen meistens die Menschen, die durch alle Maschen des Gesundheitssystems gefallen sind und oft nur sehr schwer zu erreichen sind.

Es ist leider zu vermuten, dass die erfolgreiche Lobbyarbeit der Ausbildungsinstitute eine grundlegende Neuorien-

tierung der Weiterbildung in Ihrem und Klaus Grawes Sinne verhindert hat.

Lothar Schmidt
Sigmaringen

Fortschritt und Differenz in der Psychotherapie

Zum selben Beitrag von W. Lutz & W. Rief im Psychotherapeutenjournal 4/2022.

Eine transtheoretische und transdiagnostische Weiterentwicklung der Psychotherapie ist wünschenswert und würde die bisherige Tradition des Schulen- und Nischendenkens in Forschung und Politik auf den Kopf stellen. Gleichwohl sind die aktuellen Verfahren genau auf diesem Wege, da sie Konzepte und Praktiken unter dem Dach eines Verfahrens bereits jetzt störungsübergreifend konzipieren und in der Praxis und Theorie Elemente von Schulen verbinden. Die großen Verfahren vermitteln aber im Kontrast zu einem listenartigen Meta-Modell vor allem eine spezifische Form der Haltung und konzipieren das Arbeiten in der Beziehung, von der Patient:innen durchaus differenziell profitieren. Bevor wir die ganzen Unterschiede über Bord werfen, sollte eine stärker am Individuum und nicht auf Gruppenebene ausgerichtete Forschung genauer hinschauen. Hier werden in der Zukunft Untersuchungen an modularen Psychotherapien Aufschluss geben, wie sie im Deutschen Zentrum Psychische Gesundheit aktuell geplant werden. Modulare Therapien sollten nicht mit einem schlichten Baukastensystem verwechselt werden, da hier die Indikation für den Einsatz verschiedener Module sowohl über die initiale Diagnostik als auch die Beurteilung des klinischen Prozesses durch die einzelnen Therapeut:innen erfolgt.

Was in der integrativen Zukunftsskizze von Lutz und Rief bislang fehlt, ist ein gemeinsames Narrativ, ein Veränderungsmythos, der als allgemeiner Wirkfaktor nicht zu unterschätzen ist. So sehr ich aus der Perspektive einer transtheoretischen Linie der Psychotherapie, der Mentalisierungs-basierten

Therapie, also mit der Idee des Aufgebens der Verfahren sympathisiere, bleibt die Sorge bestehen, dass mit einem Verfahrensnarrativ auch wichtige Wirkfaktoren schwinden könnten.

Mehr Kreativität und Fortschritt in der Psychotherapie wären möglich, wenn nicht Verteilungskämpfe und Machtinteressen die Allegiance der Forschenden hemmen und der Begriff der Evidenzbasierung als Vehikel einer Diffamierung unterschiedlicher Ansätze eingesetzt würde. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie ist hier aktuell immer noch ein sehr guter Kompromiss, der Evidenz methodengeleitet prüft und gleichzeitig nicht jeder neuen Einzelevidenz folgt, damit schützt, integriert und Vielfalt ermöglicht (im Kontrast zu einer rein empirically-supported-Treatment-Logik, die wie in England für jede Störung nur die Methode mit der besten Evidenz empfiehlt).

Prof. Dr. Svenja Taubner
Heidelberg

Ein wichtiger Debattenbeitrag zur rechten Zeit

Zum selben Beitrag von W. Lutz & W. Rief im Psychotherapeutenjournal 4/2022.

Vielen Dank für diesen super Beitrag im Psychotherapeutenjournal!

Ich empfinde den Beitrag, anders als in der redaktionellen Vorbemerkung geschrieben, keineswegs als „zu früh“! Ihr Beitrag ist für mich eine wesentliche Zusammenfassung einer qualitativ hochwertigen psychotherapeutischen Vorgehensweise und Haltung, sowohl mit dem darin vorgestellten Netzwerkmodell als auch der Tabelle der Prozesse und Prozeduren. Sehr gefreut haben mich die Beispiele aus der Suchthilfe, die im ganzen Geschehen unterrepräsentiert ist, aber immer ein gutes theoretisches und praktisches Anwendungsfeld für viele psychotherapeutische Themen darstellt.

Josef Strohbach
Murnau am Staffelsee

Auf dem Weg zu einer produktiven Debatte über eine transtheoretische Perspektive in der Psychotherapie

Replik der Autoren auf die vorausgehend aufgeführten Leserbriefe zu ihrem Beitrag im *Psychotherapeutenjournal* 4/2022.

Zunächst einmal möchten wir der Redaktion für die Möglichkeit einer Reaktion auf die Leserbriefe danken. Weiterhin möchten wir uns bei den vielen Leser:innen bedanken, welche uns positive, differenzierte oder kritische Kommentare zugesandt haben. Insgesamt waren wir von dem überwiegend positiven Zuspruch von Kolleg:innen, und dies über die unterschiedlichen Therapieschulen und Bereiche hinweg, überrascht (siehe z. B. die Leserbriefe von Caspar, Dinkelbach, Franz & Franz, Schmidt, Strohbach). Wir entnehmen den positiven Zuschriften, dass es vielen Kolleg:innen ähnlich geht und sie dem Schulenpurismus, wie er in Deutschland durch die Psychotherapie-Richtlinie in der Praxis vorgegeben wird, nicht zustimmen. Die Praxis sieht ohnehin anders aus; nicht nur im ambulanten psychotherapeutischen Bereich, sondern auch und gerade im stationären Setting geht es gar nicht anders, als verschiedene Ansätze zu kombinieren (z. B. psychodynamische Einzeltherapie mit einem Schmerzbewältigungstraining oder einer Traumagruppe). Das wird auch in dem Kommentar von Franz & Franz deutlich. Eine berühmte amerikanische Psychotherapieforscherin, Irene Elkin, hat einmal in einem Gespräch mit einem der Autoren (WL) die Situation in Deutschland wie folgt beschrieben: „Either you lie to yourself or to your government“.

Unsere Kritik an dem deutschen Modell der starren Schulenorientierung scheint einen Nerv getroffen zu haben. Die Therapieschulen sollen nicht verschwinden und wir stimmen mit Flückiger überein, dass einerseits eine Wertschätzung der klassischen Verfahren bleiben sollte, aber andererseits auch übergreifende wissenschaftliche Weiterentwicklungen

gen offiziell in die Aus- und Weiterbildung sowie die klinische Praxis integrierbar sein sollten.

Ebenfalls möchten wir klarstellen, dass das Modell in unserem Beitrag nicht den Arbeiten von Wampold, Strauß oder Grawe widerspricht, ganz im Gegenteil: Der Vorschlag baut auf diesen Denkansätzen und Modellen auf und erweitert diese an einigen Stellen. Dabei ist es in keiner Weise atomistisch, eklektisch, positivistisch oder eine wilde Kombination von Methoden und Techniken. Das vorgestellte transtheoretische Modell kann als Orientierung und Struktur verstanden werden, welches natürlich auch die Beziehungsgestaltung berücksichtigt. Wir sind der Meinung, dass der Diskurs zum Thema durch den Austausch von plakativen Schlagwörtern, wie er in einem der Kommentare vorgenommen wurde, wenig profitiert.

In einem Kommentar wurde die Entwicklung einer therapeutischen Identität durch eine transtheoretische Aus- und Weiterbildung infrage gestellt (Schumacher). Dies ist ein Einwand, der häufig benannt wird, und die Erfahrung zeigt das Gegenteil. Therapeut:innen in transtheoretischen Aus- und Weiterbildungen entwickeln eine Identität als Psychotherapeut:innen, nicht als Schulenvertreter:innen, und greifen bei der Entwicklung ihrer therapeutischen Identität die klinische sowie wissenschaftliche Literatur i. d. R. flexibler auf. Beispiele hierfür finden sich auf internationaler Ebene, wobei dies auch bereits jetzt teilweise in Deutschland stattfindet. Das lässt sich auch an den Beiträgen von Caspar und Flückiger und den flexibleren Regularien bzgl. der Schulendiskussion etwa in der Schweiz, aber auch in vielen anderen Ländern ablesen. Allerdings fehlen in Deutschland ein offener Diskurs und praktische Umsetzungsmöglichkeiten. Hier ist noch weitere Arbeit zu leisten, wie Schöttke richtig anmerkt. Auch in der modernen Psychotherapieforschung nimmt die transtheoretische Perspektive einen hohen Stellenwert im wissenschaftlichen Diskurs ein.

Wir danken auch für die differenzierten Kritikpunkte von Schöttke aus kognitiv-

verhaltenstherapeutischer und Taubner aus psychodynamischer Sicht. Natürlich bedeutet eine transtheoretische Perspektive nicht den Verzicht auf vorhandenes Störungswissen (inkl. DSM). Das lässt sich hier aber nicht vollständig ausführen. Eine differenziertere Herleitung dazu sowie aus der (auch störungsspezifischen) Psychotherapieergebnisforschung findet sich etwa in Lutz et al. (2023). Beide Autoren haben in anderen Arbeiten die Verbindung zu modularen Therapiekonzepten ausführlicher erläutert (Lutz et al., 2022; Rief, 2022).

Wir denken, dass transtheoretisch ausgebildete Therapeut:innen nicht nur eine eigene therapeutische Haltung sowie ein Veränderungsnarrativ entwickeln, sondern auch die unterschiedlichen existierenden therapeutischen Haltungen besser verstehen und einsetzen lernen. Eine Verfahrensvielfalt kann daher auch besser umgesetzt werden; wenn Verfahrensvielfalt nicht dazu führt, dass konstruktives (gemeinsames) Neues daraus entstehen kann, verliert eine solche Idee mächtig an Wert. Das Argument, dass die bisherigen Schulen ja bereits beginnen, transtheoretisch zu arbeiten, halten wir für in sich widersprüchlich und konträr zur Psychotherapie-Richtlinie. Bildlich erinnert es an jemanden, der einen Schritt nach vorne gehen möchte, aber einen Fuß auf dem bisherigen Platz belässt. Zusätzlich ignoriert eine starre Verfahrensorientierung die mittlerweile enorme Heterogenität der therapeutischen Ansätze und Haltungen innerhalb der jeweiligen klassischen Verfahren. Nicht selten fragen sich Kolleg:innen aus der Praxis, ob sie das ein oder andere noch sagen dürfen, wenn sie noch zu ihrer Schule gehören wollen.

Ähnliche Konzepte und transtheoretische Überlegungen wurden auch von Goldfried, Beutler, Flückiger, Castonguay, Constantino, Grawe, Caspar, Eubanks, Muran, Hofmann, Pinsof, grosse Holtforth, Rousmaniere, Wampold, Zilcha-Mano oder Strauß sowie vielen anderen vorgestellt und werden in der psychotherapeutischen Praxis in vielen Ländern eingesetzt und weiterentwickelt.

ckelt. Ein großer Vorteil, welcher sich aus der Verfahrens- und Schulenoffenheit ergibt, ist, dass wissenschaftliche Weiterentwicklungen einfacher untersucht werden können und dann einfacher integrierbar sind. Wir freuen uns auf die weiteren Diskussionen zu dem Thema mit allen Kolleg:innen – gleichgültig, welcher therapeutischen Grundausrichtung – und wünschen uns eine bessere Integration dieser Perspektive in die Psychotherapie-Richtlinie sowie in die zukünftige Aus- und Weiterbildung.

Prof. Dr. Wolfgang Lutz &
Prof. Dr. Winfried Rief
Trier/Marburg

Literatur

Lutz, W., Deisenhofer, A.-K., Weinmann-Lutz, B., & Barkham, M. (2023, in Druck). Data-informed Clinical Training and Practice. In L.G. Castonguay & E.C. Hill (Eds.), *Training in psychotherapy: Learning, improving, and supervising therapeutic skills*. (Chapter 10). Washington, D. C.: American Psychological Association.

Lutz, W., Deisenhofer, A.-K., & Rubel, J. (2022). Personalisierung von Psychotherapie. In S. C. Herpertz & E. Schramm, *Modulare Psychotherapie. Ein Mechanismus-basiertes, personalisiertes Vorgehen*. (S. 57–82). Stuttgart: Schattauer.

Rief, W. (2022). Kompetenzbasierte Psychotherapie-Ausbildung und Modulare Psychotherapie: Ein neues Aus- und Weiterbildungskonzept. In S. C. Herpertz & E. Schramm, *Modulare Psychotherapie. Ein Mechanismus-basiertes, personalisiertes Vorgehen*. (S. 129–142). Stuttgart: Schattauer.

Eine Missachtung der Natur

Zur geschlechtersensiblen Schreibweise – siehe hierzu u. a. das Editorial im *Psychotherapeutenjournal* 4/2021.

Den Gebrauch der Gendersprache lehne ich aus mehreren Gründen ab und bin persönlich enttäuscht, dass das *Psychotherapeutenjournal* sich dem hier erzeugten gesellschaftlichen Druck anpasst. In Ergänzung zu der Kritik, die in verschiedenen Leserbriefen hierzu schon geäußert wurde, möchte ich auf einen Aspekt hinweisen, der, soweit ich sehe, noch keine Beachtung fand:

Im Editorial 4/2021 wurde behauptet, dass die vom Bundesverfassungsgericht „verlangte Anerkennung des dritten Geschlechts“ Gendersprache erfordere. Hier ist die Redaktion einer tendenziösen Argumentation aufgesessen, die die gesetzlich geschaffene Möglichkeit einer intergeschlechtlichen Zuordnung für weitergehende Ziele zu instrumentalisieren versucht. Denn diese zielte auf die (sehr seltenen Fälle) echter Zwitterigkeit ab und sollte (richtigerweise) verhindern, dass ein unklar einzuordnendes Kind nach seiner Geburt zu schnell geschlechtsformenden Operationen ausgesetzt ist.

Nun wird dies aber zur Verbreitung der These genutzt, dass Geschlecht nichts mit der Natur zu tun habe, sondern rein

durch gesellschaftliche Definition festgelegt werde (und sich daher beliebig verändern ließe). Der (zutreffende) Aspekt, dass Geschlecht *auch* mit sozialen Zuschreibungen verbunden ist, wird somit absolut gesetzt und jegliche Verbindung zu natürlichen Gegebenheiten in Abrede gestellt. Dies sehe ich als krasse Missachtung der Natur und der natürlichen Grundlagen menschlichen Lebens. In letzter Konsequenz führt das dann zu der Meinung, dass sich jeder heute selbst aussuchen könne, ob er Frau oder Mann sein wolle. Frage: wo kommen wir als Gesellschaft hin, wenn die soziale Wirklichkeit so konstruiert wird, dass diese sich nicht mehr auf Fakten hinterfragen lassen müsste? Hier sehe ich die große Gefahr, dass jeder seine eigene Sicht als allein gültigen Maßstab betrachtet und damit weitere gesellschaftliche Spaltungen entstehen. Willkürliche Einzelwelten treten an die Stelle eines gemeinsamen Ringens um die Wahrheit. Wohin das führen kann, lässt sich schon heute in den USA besichtigen: auch ein Donald Trump folgte schließlich dem Prinzip, dass er sich die Welt so machen könne, wie sie ihm persönlich gefällt ...

Da solche Art von Respektlosigkeit in dem Gender-Sternchen oder ähnlichen Symbolen ausgedrückt werden soll, lehne ich deren Gebrauch ab.

Dipl.-Psych. Martin Hillenbrand
Borken

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

BPtK-Fachtag Gender & Psychotherapie

Beim Fachtag Gender & Psychotherapie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) am 7. November 2022 diskutierten Expert*innen und Psychotherapeutenschaft über eine geschlechtergerechte psychotherapeutische Versorgung.

Geschlechtsspezifische Aspekte der psychotherapeutischen Versorgung

BPtK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Bencke stellte die geschlechtsspezifischen Aspekte in der psychotherapeutischen Versorgung heraus und betonte, dass die Berücksichtigung von Gender zu mehr Gleichberechtigung, psychischer Gesundheit und einer besseren Versorgung beitragen könne. Neurobiologische, psychologische und soziologische Ansätze könnten erklären, weshalb sich geschlechterbezogene Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung darstellen und Frauen ungefähr doppelt so oft wie Männer psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen.

Doing-Gender in der Psychotherapie

Der Analyseansatz „Doing-Gender“ betrachte das soziale Geschlecht und wie sich Menschen in der Gesellschaft bewegen, verhalten, wie sie in Beziehung zueinanderstehen und in bestimmten

Situationen wahrgenommen werden, so Professorin Dr. Brigitte Schigl von der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften Krems. Doing-Gender könne psychische Leiden anhand gesellschaftlicher Zuschreibungen erklären und gleichzeitig mehr Handlungsoptionen und eine größere Freiheit in Handlungsentscheidungen darstellen.

Mutterschaft und Mütterlichkeit in der Psychotherapie

Mütterlichkeit brauche kein Geschlecht. Bis heute werde ein heteronormatives Familienverständnis und eine naturgegebene Mütterlichkeit in Elternzeitschriften reproduziert, erklärte Professorin Dr. Helga Krüger-Kirn, Universität Marburg. Das „Doing Mothering“ erlaube, Vorstellungen von Mütterlichkeit kritisch zu hinterfragen und zu mehr Geschlechtergerechtigkeit beizutragen.

Frauenfeindelige Einstellungen männlicher Communitys

Professor Dr. Rolf Pohl, Leibniz Universität Hannover, stellte mit den Involuntary celibates (Incels) und Pick-up-Artists zwei frauenfeindliche männliche Communities vor. Während sich Incels durch eine extreme, bösartige Ausdrucksform von heteronormativer Männlichkeit und der strukturellen Ablehnung des Weib-

lichen auszeichnen, reduzieren Pick-up-Artists Frauen auf ihre Attraktivität und verstehen sich als Verführungskünstler.

Geschlechtergerechte Digitalisierung: Gender Bias und Künstliche Intelligenz

Wenn Daten nicht vollständig seien und Gender bei Diagnosen und Therapien nicht beachtet werde, setzten sich Fehler fort und würden durch die Künstliche Intelligenz sogar optimiert, erklärte Brigitte Strahwald, Koordinatorin der Pettenkofer School of Public Health an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Für gute Algorithmen sei Doing-Gender essenziell.

Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung

Patient*innen sollten nach ihrer Geschlechtsrolle und Geschlechtsidentität gefragt werden, denn dies erlaube, sich zu Varianten der Geschlechtsentwicklung zu äußern und diese Patient*innen besser zu versorgen, stellte Dr. Katinka Schweizer, Professorin an der privaten Hochschule Medical School Hamburg, fest. Die „Optimal Gender Policy“ sei überholt, denn die Vorstellung von stabilen Geschlechtsidentitäten sei nicht tragbar und eine Eindeutigkeit könne nicht erzielt werden.

Ab Januar 2023: Dr. Ilona Köster-Steinebach neue BPtK-Geschäftsführerin

Dr. Ilona Köster-Steinebach hat im Januar 2023 die Geschäftsführung der Bundespsychotherapeutenkammer von Dr. Christina Tophoven übernommen, die in Ruhestand gegangen ist. Köster-Steinebach ist Japanologin und promovierte Volkswirtin. Nach einer Anstellung als Projektmanagerin und Teamleiterin in strategischen Stabsstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wechselte sie zum Verbraucherzentrale Bundesverband, für den sie acht Jahre unter anderem in der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss tätig war. Zuletzt war sie Geschäftsführerin im Aktionsbündnis Patientensicherheit.



Podiumsdiskussion: Wie kann der Gender Health Gap überwunden werden?

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Bundestages (Bündnis 90/Die Grünen), erklärte, dass die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens Quoten brauche, um alle Geschlechter abzubilden und die Qualität der Entscheidungen zu stärken. Ulrike Hauffe, Verwaltungsratsvorsitzende der BARMER, schloss sich dem an, denn das freiwillige Aufgeben der Machtpo-

sitionen durch Männer finde nicht statt. Dr. Christine Groß, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, erläuterte, dass für die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen sich noch zu wenig Frauen bewerben würden. Häufig würde bei der Frage, wer für ein Amt (wieder-)gewählt werden könne, auch auf die Erfahrung geschaut.

Eine gendersensible Psychotherapie müsse zukünftig der Versorgungsstandard sein. Laut Kristine Lütke, MdB (FDP), müssten auch strukturelle Ungerechtigkeiten abgebaut werden, wie

der Gender Pay Gap oder geringere Karrierechancen mit Kind. Auch Gleichstellungschecks bei der Gesetzgebung befürwortete sie. Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der BPtK, erklärte, dass Quoten erfüllt werden könnten, da immer mehr junge Frauen für Ämter kandidierten. Eine gendersensible Psychotherapie müsse zukünftig der Versorgungsstandard sein.

Der Fachtag fand eine große Aufmerksamkeit und wurde von den Expert*innen und Teilnehmer*innen sehr positiv aufgenommen.

Übernahme von Krankenhausdiensten durch Psychotherapeut*innen – BPtK-Workshop zu bereits existierenden Praxismodellen

In den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern besteht bereits jetzt ein akuter Ärztemangel. Das verändert die Rolle der Psychotherapeut*innen in den Kliniken. Psychotherapeut*innen entwickeln sich zu einer entscheidenden Säule der stationären Versorgung. Dies wird sich durch die neue psychotherapeutische Weiterbildung noch verstärken. Die BPtK hat deshalb am 20. September 2022 einen digitalen Workshop durchgeführt, bei dem bereits existierende Praxismodelle zur Übernahme von Diensten vorgestellt und vor dem Hintergrund der bisherigen rechtlichen Rahmenbedingungen mit den Teilnehmer*innen diskutiert wurden.

Praxismodelle

Im Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld entlasten Psychotherapeut*innen bereits seit 2017 ihre ärztlichen Kolleg*innen nach Ende der regulären Arbeitszeit bei der Aufnahme der Patient*innen und bei Kriseninterventionen. Für die Dienste verschiebt sich die reguläre Arbeitszeit der diensthabenden Psychotherapeut*in circa einmal monatlich auf 13 bis 22 Uhr. Der Dienst der Krisenintervention beginnt dann ab 17 Uhr. Gemeinsam mit der diensthabenden Pflegefachperson und Ärzt*in ist die Psychotherapeut*in für alle akuten Anfragen und Aufnahmen

zuständig, die ohne Termin von außen kommen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie Riedstadt übernehmen Psychotherapeut*innen 24-stündige Bereitschaftsdienste. In diesem Dienst ist die Psychotherapeut*in für alle Krisen- und Notfälle zuständig. Eine Oberärzt*in ist im Hintergrunddienst jederzeit telefonisch erreichbar und kommt, wenn erforderlich, in die Klinik, was aber äußerst selten vorkommt. Für die Verschreibung von Medikamenten hat die Oberärzt*in auch von außerhalb Zugriff auf das Dokumentationssystem der Klinik. In der

überwiegenden Mehrzahl der Fälle lassen sich die Krisensituationen aber psychotherapeutisch auffangen.

Ein ähnliches Modell mit ähnlichen Erfahrungen gibt es in der Allgemeinpsychiatrie des St. Elisabeth Krankenhauses Gerolstein. In einem Pilotprojekt konnte die Einführung des psychotherapeutischen Bereitschaftsdienstes dort sogar dazu beitragen, Fixierungen und Zwangsmaßnahmen zu verringern.

Die Beispiele verdeutlichten, dass Psychotherapeut*innen über die notwendigen Kompetenzen zur Über-

Depressionen in der Arbeitswelt

Fachtagung am 27. und 28. April 2023 in Dresden

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und führen oft zu monatelanger Arbeitsunfähigkeit. Im Jahr 2021 haben sie neue Rekordwerte bei betrieblichen Fehlzeiten erreicht. Eine Fachtagung der Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) bietet daher die Möglichkeit, Wege für eine bessere Kooperation zwischen Unternehmen und Gesundheitssystem zu diskutieren.

Unter dem Titel „Schnittstellen zwischen Prävention, Rehabilitation und Psychotherapie“ tauschen sich Psychotherapeut*innen, Betriebs-, Haus- und Fachärzt*innen sowie Expert*innen für Prävention und Reha-Management gemeinsam darüber aus, wie mit Depressionen in der Arbeitswelt umgegangen werden kann. Als Grundlage dafür werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse sowie bewährte und innovative Praxisbeispiele vorgestellt.

Die Tagung wird in Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) durchgeführt.

Weitere Informationen zur Veranstaltung finden Sie unter: www.dguv.de/iag/veranstaltungen/schnittstellen/2023/index.jsp

nahme von Diensten verfügen und dass zum Selbstverständnis der Psychotherapeut*innen neben der psychotherapeutischen Behandlung der Patient*innen auch die Verantwortung für die Übernahme von Diensten, zum Beispiel in der Nacht, zählen kann.

Entscheidend sind Approbation und persönliche Kompetenz

Voraussetzung für die Einbindung von Psychotherapeut*innen in Dienste des Krankenhauses sollten aus fachlichen, aber auch aus rechtlichen Gründen die Approbation als Psychotherapeut*in und die persönliche Kompetenz sein, so Dr. Martin Liebig, Syndikusanwalt eines großen Klinikträgers. Der Gesetzgeber lasse dem Krankenhaus weitgehende Spielräume für die fachliche Organisation der Behandlung. Das Krankenhaus

sei verpflichtet, den fachlichen Standard jederzeit zu gewährleisten. Für die psychotherapeutische Behandlung sei dieser Standard – auch in Bereitschaftsdiensten – durch eine approbierte Psychotherapeut*in gewährleistet. Das Krankenhaus habe aber dafür Sorge zu tragen, dass die Schnittstelle zur somatischen und psychopharmakologischen Behandlung organisatorisch so gestaltet sei, dass auch hier der fachliche Standard gewährleistet ist. Die Sicherstellung jederzeit verfügbarer fachärztlicher Expertise durch einen Hintergrunddienst müsse mindestens gewährleistet und könne dann auch ausreichend sein.

In der Diskussion wurde deutlich, dass nicht in allen Kliniken die notwendigen Rahmenbedingungen für die Übernahme von Diensten geboten werden.

So berichtete eine Kolleg*in, dass sie aufgrund ständiger Personalausfälle in ihrer Klinik sowohl in der ärztlichen als auch in der psychotherapeutischen Berufsgruppe immer wieder für bis zu 30 Patient*innen im Tag- und im Bereitschaftsdienst allein zuständig sei. Die Übernahme der Nachtdienste ginge zudem zulasten der psychotherapeutischen Behandlung am Tag, die dann entfallen müsste. Auch andere Teilnehmer*innen sahen die Gefahr, dass 24-stündige Bereitschaftsdienste der Psychotherapeut*innen die ohnehin schon geringe stationäre Psychotherapiedosis weiter verringern könnten. Auch müssten Bereitschaftsdienste angemessen vergütet werden. Die BPtK plant, das Thema der organisatorischen Rahmenbedingungen für die Übernahme von Diensten in einem weiteren Workshop zu vertiefen.

BPtK kritisiert G-BA-Beschluss zur PPP-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat erneut selbst minimale Verbesserungen in der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie) abgelehnt. Bei seinem Beschluss vom 15. September 2022 war dem G-BA bereits eine Erhöhung um 10 Minuten Psychotherapie pro Wochentag zu viel.

Patientenvertretung im G-BA, Bundesärztekammer (BÄK) und Bundespsychotherapeutenkammer hatten gemeinsam gefordert, dass Patient*innen künftig in psychiatrischen Krankenhäusern in der Regelbehandlung zehn Minuten mehr Psychotherapie pro Wochentag erhalten. Aktuell können Patient*innen maximal 50 Minuten Psychotherapie pro Woche erhalten. So viel bekommen sie allerdings meist bereits in einer ambulanten Behandlung. Aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankungen reicht diese Menge an Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken jedoch nicht aus (ausführlich siehe: BPtK-Standpunkt Psychiatrie).

Der G-BA will die Anpassung der Minutenwerte für Psychotherapie noch einmal um mindestens drei Jahre hin-

ausschieben und die Ergebnisse weiterer Studien abwarten. Dabei ist der gemeinsame Vorschlag von Patientenvertretung, BÄK und BPtK evidenzbasiert und beruht auf einem breiten Expertenkonsens. Er ist das Ergebnis von Fachgesprächen, die der G-BA selbst durchgeführt hatte, und von publizierten Expertenmeinungen. Auch die für 2025 angekündigten Studien, die der G-BA noch abwarten will, werden über dieses Evidenzniveau nicht hinauskommen. Auch sie werden nur weitere Expertenmeinungen einholen. Eine höhe-

re Evidenzstufe zur Frage des Solls an psychotherapeutischer Behandlung ist auch in Zukunft nicht zu erwarten. RCT-Studien, die zum Beispiel unterschiedliche Therapieintensitäten vergleichen, werfen große methodische Probleme auf und werden auch künftig nicht durchgeführt werden. Der Verweis des G-BA auf weiter abzuwartende Evidenz ist insoweit nur ein vorgeschobener Grund, um den Status quo zu belassen.

Weiterbildung von Psychotherapeut*innen: Muster-Richtlinien verabschiedet

Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer hat nach der Beratung auf dem 41. Deutschen Psychotherapeutentag im November die im Projekt Umsetzung der MWBO erarbeiteten Entwürfe von Muster-Richtlinien zur Durchführung der neuen Weiterbildung von Psychotherapeut*innen verabschiedet. Damit gibt es jetzt Konkretisierungen der MWBO für die Zulassung von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten und zu den Inhalten des Logbuchs. Auf dieser Grundlage können die Landeskammern jetzt unter Berücksichtigung gegebenenfalls abweichender einzelner Regelungen ihrer Weiterbildungsordnungen die Durchführung und Dokumentation der neuen Weiterbildungen gestalten. Dazu gehört auch die Entwicklung von Antragsformularen, damit interessierte Einrichtungen, Psychologische Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen die Zulassung als Weiterbildungsstätte bzw. Weiterbildungsbefugte beantragen können. Muster-Richtlinien sollen ein bundeseinheitliches Verwaltungshandeln unterstützen und zu einer kammerübergreifenden Anerkennung von Weiterbildungsleistungen beitragen.

Stellungnahme der BPTK zum Referentenentwurf zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte

Das Bundesgesundheitsministerium hat am 10. November 2022 einen Referentenentwurf zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte vorgelegt. Ziel der Verordnung ist es, die Zulassungsverordnung zu modernisieren und an die vielfältiger gewordene Versorgungslandschaft anzupassen.

Die BPTK hat die Möglichkeit zur Stellungnahme genutzt, um dringend benötigte Regelungen zu fordern, die die Weiterbildung der Psychotherapeut*innen in vertragspsychotherapeutischen Praxen ermöglichen. Notwendig ist es, den Praxisumfang der vertragspsychotherapeutischen Praxis bei der Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen angemessen ausweiten zu können, da in der Weiterbildung die für die eigenverantwortliche Berufsausübung notwendigen Kompetenzen im Rah-

men einer hauptberuflichen Tätigkeit erworben werden und die Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in verpflichtend für 24 Monate im ambulanten Versorgungsbereich stattfindet. Die von der BPTK vorgeschlagene Ausnahmeregelung sieht daher vor, bei der Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen in vertragspsychotherapeutischen Praxen eine Vergrößerung des Praxisumfangs auf das 1,5-fache der Vollaustlastung einer Vertragspsychotherapeutenpraxis für zulässig zu erklären.

Darüber hinaus hat sich die BPTK für eine bessere Verzahnung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe eingesetzt. Eine parallele Tätigkeit von Psychotherapeut*innen in vertragspsychotherapeutischen Praxen und in Erziehungsberatungsstellen wird im

Rahmen der Prüfung der Zulassungsausschüsse in den meisten Fällen ausgeschlossen. Einer kontinuierlichen Abstimmung der Maßnahmen nach dem SGB V und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII kommt jedoch eine zentrale Bedeutung zu. Die BPTK hat daher Regelungen zur grundsätzlichen Vereinbarkeit von Tätigkeiten in Einrichtungen der Erziehungsberatung mit der Tätigkeit als Vertragsärzt*in bzw. Vertragspsychotherapeut*in gefordert.

Die Stellungnahme der BPTK zum Referentenentwurf zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte finden Sie auf der Homepage der BPTK unter: www.bptk.de/wp-content/uploads/2023/01/2022-12-20-STN_BPTK-RefE-VO-Aend-Zulassungsverordnung-Vertragsaerzte-und-Vertragszahnaerzte.pdf.

Referentenentwurf zur Änderung der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Zwei Jahre nach Verabschiedung soll die Approbationsordnung für Psychotherapeut*innen geändert werden. Die BPTK begrüßt, dass die Durchführung der Parcoursprüfungen in der Psychotherapeutischen Prüfung am Ende des Studiums praktikabler werden soll. Fünf Stationen mit Schauspielpatient*innen durch zwei Parcours in diesem Format und drei Parcours mit videogestützten Prüfungen zu ersetzen, hat das Potenzial, die Durchführbarkeit dieses Prüfungsabschnitts zu verbessern, ohne auf die Überprüfung von Handlungskompetenzen in realitätsnahen Situationen zu verzichten. Auch mit den geänderten Prüfungsmodalitäten der Parcoursprüfung werden zukünftig beträchtliche personelle und räumliche Anforderungen verbunden sein, deren

Refinanzierung zwingend notwendig ist. In einem weiteren Paragraphen soll ein verfahrensübergreifendes Studium sichergestellt werden, indem klargestellt wird, dass die wissenschaftlich geprüften und anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden Gegenstand der psychotherapeutischen Prüfung sind. Dies wird ebenfalls unterstützt. Die Regelung sollte aber durch einen dynamischen Verweis mögliche Weiterentwicklungen der Psychotherapie berücksichtigen.

Die Stellungnahme der BPTK zum Referentenentwurf zur Änderung der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden Sie auf der Homepage der BPTK unter: www.bptk.de/wp-content/uploads/

2023/01/2023-01-25-STN-BPTK-RefE-VO-Aend-Approbationsverordnung-fuer-Psychotherapeutinnen-und-Psychotherapeuten-002.pdf

Geschäftsstelle

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030/278785-0
Fax: 030/278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der diesjährige Landeskongress Gesundheit stand unter dem Motto „Das Gesundheitssystem im Krisenmodus – Baustellen und Lösungsansätze“. Berichtet wurde in einem Hauptvortrag des Leiters der Regierungskommission für eine moderne Krankenhausversorgung, Prof. Dr. Bschor, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité, welche Vorschläge die Kommission für eine bessere Krankenhausversorgung erarbeitet hat.

In einem Gespräch am Rand der Veranstaltung führte er aus, dass die Kommission Vorschläge für die stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken getrennt erarbeiten würde, da dort die Regularien der pauschalierten Vergütung nach DRGs (Diagnosis-Related Group) keine Anwendung finden. Auf diese Vorschläge sind wir sehr gespannt, denn Position und demgegenüber Rolle und Verantwortung, die den Psychotherapeut*innen in der stationären Versorgung noch immer zugewiesen werden, sind unbefriedigend und bedürfen der Neubewertung. Einerseits wird anerkannt, dass unsere Berufsgruppe in der stationären Versorgung einen wichtigen Beitrag leistet und mit ihr auch der seit Jahren bestehende Mangel an Ärzt*innen kompensiert werden kann, aber gleichzeitig werden Qualifikation und Kompetenz von Psychotherapeut*innen im politischen Diskurs immer wieder infrage gestellt. Es wird wiederholt ausgeführt, dass eine Übernahme der Verantwortung für die Behandlungsleitung durch unsere Berufsgruppe nicht oder nur eingeschränkt möglich sei und die Behandlungsverantwortung immer bei einem*einer Fachärzt*in liegen müsse. Dass ein Krankenhaus, wie im SGB V geregelt, unter ständiger ärztlicher Leitung und Verantwortung steht, soll hier nicht infrage gestellt werden. Der wesentliche Punkt dabei ist jedoch, wie Verantwor-

tung von dem*der leitenden Ärzt*in delegiert wird und wen dieser mit welchen Aufgaben und Verantwortungen beauftragt. Die Grenzen ihrer Qualifikation kennen Psychotherapeut*innen sehr wohl, weshalb wir den damit verbundenen Entwertungen entgegentreten müssen. Im klinischen Alltag ist angesichts der personellen Ressourcenknappheit häufig längst umgesetzt, dass Psychotherapeut*innen mit verantwortungsvollen Aufgaben und Positionen betraut werden und dies sogar gelegentlich bis an die Grenze der Legalität, wenn bspw. Psychotherapeut*innen in der Ausbildung (PiA) an Wochenenden oder Feiertagen den Präsenzdienst für ganze Stationen übernehmen (müssen).

Es ist davon auszugehen, dass bei einer Diskussion und Planung der künftigen Struktur von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen auch die Frage, welche Rolle und welche Positionen unsere Berufsgruppe einnehmen kann, mit in die Diskussion einbezogen werden muss. Angesichts der personellen Engpässe in Kliniken und Abteilungen ist sie unvermeidlich. Wir werden weiterhin deutlich machen, dass wir hier unsere Kompetenzen einbringen wollen. Damit einhergehend ist zu fordern, dass Fragen der Behandlungsverantwortung neu durchdacht und entsprechende Aufstiegsmöglichkeiten eingerichtet werden. Nur so wird absehbar und auch langfristig eine gute und leitliniengerechte stationäre Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sichergestellt werden können.

Ihr Kammervorstand

Dietrich Munz, Martin Klett,
Dorothea Groschwitz, Birgitt Lackus-Reitter und
Roland Straub

Ankündigung der Wahl zur 6. Vertreterversammlung im Herbst 2023

Im Herbst 2023 werden die Wahlen zur 6. Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg stattfinden.

Für die Durchführung der Briefwahl zur Vertreterversammlung hat der Kammervorstand Rechtsanwalt Alfred Morlock als **Wahlleiter** und als seine

Stellvertreterin Syndikusrechtsanwältin Davina Übelacker berufen.

Über die konkreten Einzelheiten wird der Wahlleiter alle wahlberechtigten gesetzlichen Kammermitglieder mit einem förmlichen Wahlrundschreiben informieren. Dieses förmliche **Wahlrundschreiben wird bis Mitte Juli 2023**

versendet und ausführliche Informationen zur Wahl enthalten, beispielsweise über die Wahlzeit, über Form und Frist zur Einreichung der Wahlvorschläge, über die Stimmenabgabe und das Auszählungsverfahren.

Im Folgenden möchten wir Ihnen allgemeine **Informationen zum Ablauf**

der Wahl geben. Diese Informationen dienen einer ersten Orientierung. Die verbindliche Mitteilung der Fristen und Formalitäten nach den Regularien der Wahlordnung erfolgt im förmlichen Wahlrundschriften.

Das förmliche Wahlrundschriften wird unter anderem auch den Aufruf zur Einreichung der **Wahlvorschläge** in Form von Listen und Hinweise zur Gestaltung der Wahlvorschläge enthalten. Jeder Wahlvorschlag muss ein Quorum von zehn Unterstützer*innen erfüllen, welches im Wahlrundschriften ausführlich erläutert werden wird. Wahlvorschläge können ab dem Zugang des förmlichen Wahlrundschriften beim Wahlleiter eingereicht werden. Die Frist zur Einreichung der Wahlvorschläge wird voraussichtlich im September 2023 nach den großen Sommerferien enden. Das Fristende wird im Wahlrundschriften verbindlich benannt sein.

Nach dem Ende der Frist für die Einreichung der Wahlvorschläge wird der **Wahlausschuss** in einer Sitzung die notwendigen Beschlüsse gemäß §§ 9 ff. Wahlordnung fassen. Hierzu gehört auch die Entscheidung über die Zulassung der Wahlvorschläge. Für die zugelassenen Wahlvorschläge veranlasst der Wahlleiter den Druck der Stimmzettel.

Nach der Zulassung der Wahlvorschläge haben die Listenführer*innen der einzelnen Wahllisten gemäß der in § 6a der Meldeordnung festgelegten daten-

schutzrechtlichen Regularien die Möglichkeit, **Adressaufkleber** zum Zwecke der Übersendung des Wahlprogrammes an die Kammermitglieder bei der Kammer anzufordern. Wir weisen darauf hin, dass Kammermitglieder dieser Weitergabe ihrer personenbezogenen Daten durch formlose Erklärung gegenüber der Kammer widersprechen können (§ 6a Abs. 4 Meldeordnung).

Die Wahlzeit beginnt mit der Aussenlegung der Wahlunterlagen an die Wahlberechtigten, was **voraussichtlich Ende Oktober 2023** geschehen wird.

Bitte teilen Sie der Kammer **Änderungen Ihrer Privat- und Praxisanschrift** sowie etwaige Namensänderungen umgehend mit, damit Ihnen die Wahlunterlagen übersendet werden können.

Das **Wahlfristende** wird vom Präsidenten festgesetzt und wird **voraussichtlich Ende November 2023** sein.

Am Tag nach dem Wahlfristende erfolgen die **Auszählung der Stimmzettel und die Feststellung des Wahlergebnisses**. Anschließend wird das Wahlergebnis gemäß den Regelungen der Wahlordnung bekanntgegeben. Das wird voraussichtlich **Anfang Dezember 2023** sein.

Ab dem Tag der Bekanntgabe des Wahlergebnisses auf der Kammerhomepage kann innerhalb einer Frist von einem Monat beim Wahlausschuss Einspruch gegen die Wahl eingelegt werden.

Nach dem Ablauf der Wahlprüfungsfrist oder der Feststellung der Gültigkeit der Wahl bzw. nach deren Berichtigung ruft der Präsident die neu gewählte Vertreterversammlung zu ihrer ersten **konstituierenden Sitzung** ein. Die Vertreterversammlung wählt in dieser Sitzung aus ihrer Mitte den neuen Kammervorstand, die Delegierten in den DPT und die Mitglieder der Ausschüsse. Bis dahin bleiben die Mandatsträger der abgelaufenen Wahlperiode noch kommissarisch im Amt.

Psychotherapeut*innen in Ausbildung und Masterstudierende, die gemäß den Bestimmungen der Hauptsatzung freiwilliges Kammermitglied sind, nehmen nicht an der Briefwahl teil, sondern wählen in einem separaten Wahlverfahren aus ihrer Mitte ihre Vertreter*innen direkt in die Vertreterversammlung. Diese Wahl wird im Rahmen einer **virtuellen Versammlung der freiwilligen Mitglieder** durchgeführt, die voraussichtlich am 24. November 2023 von 16 Uhr bis 19 Uhr stattfinden wird. Eine Einladung dazu wird an die freiwilligen Mitglieder in Ausbildung fristgerecht vor der Sitzung versandt.

Ab Mitte Juli 2023 werden wir Ihnen Informationen zur Wahl, wie FAQ und Muster für die Einreichung von Wahlvorschlägen, auch auf der Kammerhomepage unter www.lpk-bw.de zur Verfügung stellen.

Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg

Der Landeskongress Gesundheit, der erfreulicherweise gut besucht am 3. Februar 2023 in der Messe Stuttgart stattfand (Online-Teilnahme war ebenfalls möglich), beschäftigte sich dieses Jahr unter dem Motto „Das Gesundheitssystem im Krisenmodus“ schwerpunktmäßig mit Problemlagen der Krankenhäuser, langen ambulanten Wartezeiten, Versorgungsengpässen und fehlenden Fachkräften. Expertinnen und Experten aus der Gesundheitsforschung und -praxis sowie Ent-

scheiderinnen und Entscheider aus der Politik diskutierten auf dem Stuttgarter Messegelände Lösungsansätze. „Wie die Landespsychotherapeutenkammer auch schon in ihrer Stellungnahme zur Enquetekommission der Landesregierung zum Thema ‚Krisenfeste Gesellschaft‘ hervorgehoben hatte, sollte auch die mentale bzw. psychische Gesundheit als wichtige Voraussetzung von Resilienz und Belastbarkeit bei der Bewältigung von Krisen mit in den Fokus gerückt werden“ so Kammerprä-

sident Dr. Dietrich Munz. Dabei gehe es sowohl um Möglichkeiten der psychosozialen Prävention als auch um die Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, so Dr. Munz weiter. Die LPK-Stellungnahme finden Sie hier: <https://bit.ly/3VFtoM8>

Gesundheitsminister Manfred Lucha rief in seinem Grußwort alle relevanten Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen zu Geschlossenheit auf, um die

bestehenden Probleme in den Griff zu bekommen.

Prof. Dr. Tom Bschor, Leiter und Koordinator der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung des Bundesministeriums für Gesundheit, sowie Prof. Dr. Henriette Neumeyer, stv. Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft, gaben einen Überblick zur Situation in den Kliniken, der angekündigten Krankenhausreform und den Rückwirkungen auf die Versorgungslandschaft. Prof. Dr. Doris Schaeffer, Uni Bielefeld, berichtete Ergebnisse aus mehreren der von ihrem Institut durchgeführten repräsentativen Studien zur Gesundheitskompetenz der

Bevölkerung und damit der Bedeutung der Patientenperspektive für die Nutzung von Gesundheitsleistungen. Ergänzt wurde das Thema Gesundheitskompetenz durch ein weiteres Impulsreferat von Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher, Medizinischer Geschäftsführer des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart, zur Förderung der Digital Health Literacy, d. h. digitalen Gesundheitskompetenz bei Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern. In der anschließenden Diskussion, an der neben den Referenten auch Cornelia Tausch, Vorstandsvorsitzende der Verbraucherzentrale BW, Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK BW, und Dr. Karsten Braun, Vorstandsvorsitzender der KV BW,

teilnahmen, wurde der Stand und Perspektiven zur Gesundheitskompetenz diskutiert.

Am Nachmittag wurden in kleineren Runden, sog. „World-Cafés“, einzelne Themenbereiche vertiefend diskutiert und v. a. Lösungsvorschläge dazu erarbeitet und vorgestellt, u. a. zum Dreiklang „Reagieren, Bewältigen, Vorbeugen von Krisen“, zur Krisenbewältigung im ambulanten Sektor oder zu den Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit.

Mehr Informationen zum Landeskongress Gesundheit 2023 unter: www.lk-gesundheit.de.

Informationen zur neuen Psychotherapie-Weiterbildung auf der LPK-Homepage

Mit Wirkung zum 1. September 2020 ist die Ausbildung und der Zugang zu den Berufen durch das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz neu geregelt worden. Der neue Weg zur Approbation erfolgt durch ein Studium der Psychotherapie (bestehend aus einem dreijährigen polyvalenten Bachelorstudium und einem zweijährigem spezialisierten Masterstudium). Das neue Studium ist praxisorientierter und berechtigt bereits zur Berufsausübung. Bereits während des Universitätsstudiums werden in Theorie- und Praxisanteilen grundlegende psychotherapeutische Kompetenzen in Diagnostik, Beratung und Behandlung von psychisch kranken Menschen vermittelt. Das Studium endet mit der Approbation, die zum Führen der Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ berechtigt.

An das Studium kann sich eine Weiterbildung in Berufstätigkeit zur „Fachpsychotherapeutin“ oder zum „Fachpsychotherapeut“ anschließen. Während der Weiterbildung erfolgt in ambulanten und stationären Phasen eine Spezialisierung auf ein Gebiet („Erwachsene“,

„Kinder und Jugendliche“ oder „Neuropsychologische Psychotherapie“) und die Vertiefung in Psychotherapieverfahren. Neben der grundsätzlichen Qualifizierung für die Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen oder für die Neuropsychologische Psychotherapie können sich Psychotherapeut*innen nach wie vor in verschiedenen Bereichen spezialisieren (Bereichsweiterbildung). Mit Abschluss der Weiterbildung in einem Fachgebiet wird die Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister nach § 95c Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) erworben. Diese wiederum ist die zwingende Voraussetzung für den Erwerb einer vertragspsychotherapeutischen Zulassung („Kassensitz“).

Die neue Kombination aus Studium und Weiterbildung löst die bisherige Vorgehensweise aus Studium und postgradualer Ausbildung ab. Nähere Informationen zum **Berufszugang nach neuem und altem Recht** haben wir für Sie unter folgendem Link bereitgestellt: <http://bit.ly/3lIDpkX>.

Die neue Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (WBO-P) finden Sie hier: <https://bit.ly/3Ygww2G>.

Wichtige weitere Infos und Formulare zur WBO können hier abgerufen werden: <http://bit.ly/3jHlxzo>.

Die Inhalte und Strukturen der Weiterbildung werden von den Landespsychotherapeutenkammern festgelegt. Die Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg wurde von der LPK-Vertreterversammlung am 26. März 2022 verabschiedet und ist am 1. Januar 2023 in Kraft getreten.

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer Weiterbildungsordnung der Landeskammern war, dass auf dem 38. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 24. April 2021 die Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen (MWBO) mit großer Mehrheit verabschiedet wurde. Die aktuelle Fassung der MWBO kann auf der Homepage der BPTK unter <https://bit.ly/3liuErL> eingesehen werden.

Psychotherapeutensuchdienst auf der LPK-Website – erneuter Aufruf zu Eintragungen

Wie bereits berichtet, wurde die Online-Psychotherapeut*innen-Suche der LPK Baden-Württemberg Anfang 2022 neu aufgelegt. Der Suchdienst ist neben der „Arztsuche“ der KV Baden-Württemberg das wichtigste seriöse Suchportal für Therapiesuchende. Kammermitglieder, die in Kassen- oder Privatpraxen arbeiten, können und sollten dort für Therapiesuchende eingetragen sein.

Die bisherige Online-Suche war Anfang 2022 u. a. wegen technischer

Probleme abgeschaltet worden. In ihr waren zuletzt etwa 3.500 approbierte Psychotherapeut*innen registriert. Diese Einträge mussten alle gelöscht werden, die entsprechenden Praxisinhaber*innen mussten sich neu in die Datenbank eintragen. Bis Ende 2022 hatten dies leider nur ca. 800 LPK-Mitglieder getan. Wir bitten deshalb nochmals alle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Praxen tätigen LPK-Mitglieder, sich noch in das Portal einzutragen, damit al-

len Menschen, die einen Therapieplatz suchen, gut geholfen werden kann.

Den Eintrag in das Suchportal können Sie über das entsprechende Formular unter <https://bit.ly/3HOQ9YU> vornehmen. Da wir sicherstellen müssen, dass sich ausschließlich approbierte PP und KJP bzw. Mitglieder der LPK Baden-Württemberg eintragen, halten Sie bitte Ihre LPK-Mitgliedsnummer bereit (sie steht u. a. auf dem jährlichen Beitragsbescheid).

Beschlüsse der LPK-Vertreterversammlung vom 22. Oktober 2022

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 22. Oktober 2022 die folgenden Satzungen beschlossen:

- Siebte Satzung zur Änderung der Fortbildungsordnung

- Dreizehnte Satzung zur Änderung der Berufsordnung

Die vorgenannten Satzungen sind nach Genehmigung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Integration Baden-Württemberg (Genehmigungsvermerk vom

12.12.2022, Az.: 31 5415.5 001/1) am 13.12.2022 vom Präsidenten ausgefertigt und am 15.12.2022 auf der Kammerhomepage (www.lpk-bw.de/kammer/amtliche-bekanntmachungen-der-lpk-bw) öffentlich bekannt gemacht worden.

Geschäftsstelle

Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart
 Mo.–Do. 9.00–12.00, 13.00–15.30 Uhr
 Freitag 9.00–12.00 Uhr
 Tel.: 0711/674470–0
 Fax: 0711/674470–15
 info@lpk-bw.de
 www.lpk-bw.de

42. Delegiertenversammlung: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Klima- und Umweltkrise, Armut und die neue Weiterbildung

Der Vorstand forderte auf der 42. Delegiertenversammlung am 29. November 2022 den Ausbau präventiver und psychotherapeutischer Angebote zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie eine effektivere Bekämpfung der Klima- und Umweltkrise und ihrer gravierenden psychischen Folgeschäden. Er stellte die Zunahme psychischer Erkrankungen durch die wachsende Armut in der Bevölkerung dar und forderte ein effektives Gegensteuern und verbesserte präventive und psychotherapeutische Angebote für die wachsende Gruppe benachteiligter Menschen. Für die neue Weiterbildung von Psychotherapeut*innen wurden konkrete Forderungen zur notwendigen Finanzierung aufgestellt, wichtige Richtlinien für die Durchführung vorgestellt und ein neuer Ausschuss mit breiter Beteiligung aller relevanten Gruppen eingerichtet.

Bericht des Vorstands

Vizepräsidentin Nicole Nagel berichtete zu den umfangreichen Aktivitäten der Kammer und zu aktuellen Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sie erläuterte die Herausforderungen für Kinder und Jugendliche bei unvorhersehbaren Krisen, aktuell neben der Corona-Pandemie die Auswirkungen der Klimakrise und des Ukraine-Kriegs. Sie forderte den deutlichen Ausbau von Präventionsmaßnahmen unter Einbezug der gesamten Familie, mehr Zulassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in ländlichen und strukturschwachen Gegenden und die strukturelle und finan-



Vizepräsidentin Nicole Nagel informiert über Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. (Foto: PTK Bayern)

zielle Förderung von Kooperations- und Vernetzungsmaßnahmen.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop stellte die gravierenden Folgen der Klima- und Umweltkrise für die psychische Gesundheit der Bevölkerung dar und forderte mehr Anstrengungen zur Bekämpfung der Ursachen und der Folgeschäden. Er stellte die Aktivitäten der Kammer zur Unterstützung effektiver Klimaschutzmaßnahmen vor. Für die Einführung konkreter Maßnahmen arbeitet die Kammer u. a. in der Landesarbeitsgemeinschaft „Gesundheitsschutz im Klimawandel“ mit, unterstützt die Psychotherapeut*innen in den Gesundheitsregionen^{Plus} und kooperiert mit den Psychotherapeuten for Future. Daran anschließend thematisierte er die gravierenden Folgen von Armut für die psychische Gesundheit. Er griff die Forderungen des Ausschusses für öffentliche Gesundheitspflege auf und forderte ein Gegensteuern bei den massiven Wohlstandsunterschie-

den und die Verbesserung von Prävention und Versorgung sozial benachteiligter psychisch kranker Menschen. Es müsse in diesem Zusammenhang diskutiert und ggf. in Modellprojekten erprobt werden, ob die von der Bundesregierung geplanten Gesundheitskioske als vermittelnde Angebote den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung sinnvoll ergänzen könnten.

Weiterhin bleibt die Reform der Aus- und Weiterbildung sowie die Umsetzung der neuen Weiterbildung eine zentrale Aufgabe. Nikolaus Melcop berichtete von den intensiven Vorbereitungen zur Umsetzung der neuen Weiterbildung. Er stellte die Richtlinien zur Umsetzung vor, erläuterte den Einsatz der Kammer für eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildung und berichtete vom intensiven Austausch mit Vertreter*innen der Ausbildungsinstitute, der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, den Institutionen der Jugendhilfe und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Er dankte allen Beteiligten und



Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop informierte über aktuelle Themen der Berufspolitik. (Foto: PTK Bayern)

insbesondere den Mitarbeiter*innen der Geschäftsstelle für den enormen Einsatz in der zurückliegenden Zeit.

In dem Tagesordnungspunkt „Delegiertenversammlung – Zeit für neue Impulse“ sammelten die Delegierten Ideen, wie der Austausch der Delegierten untereinander noch aktiver gestaltet werden könnte.

Ausschüsse und Kommissionen der 5. Wahlperiode

Der Vorstand stellte die Konzepte für einzurichtende Ausschüsse und Kommissionen vor. Die Delegierten unterstützten die Schwerpunktsetzungen und die entsprechenden Ausschüsse und Kommission wurden gebildet und deren Besetzung gewählt.

Der neu gebildete Ausschuss für Weiterbildung soll die Umsetzung der Weiterbildungsordnung mit fachlicher Expertise aus den verschiedenen Weiterbildungsgebieten und -bereichen und den psychotherapeutischen Verfahren begleiten.

Außerdem neu war der Vorschlag für eine Kommission Diversität und Antidiskriminierung, die eine thematische Weiterentwicklung des vorherigen Ausschusses für Diversität in der Psychotherapie darstellt. In der Kommission sollen u. a. auch die Anliegen der Mitglieder mit Beeinträchtigung aufgegriffen werden.

Zudem wurden erneut der Ausschuss Fortbildung und der Ausschuss für Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern gewählt und der Einrichtung der Kommission Psychotherapie in Institutionen zugestimmt. Bereits in der letzten Delegiertenversammlung waren der Finanzausschuss und der Ausschuss für Einsprüche gewählt worden.

Finanzen: Jahresabschluss und Haushaltsplan, Änderung der Gebührensatzung

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel präsentierte die Daten und Fakten des

Jahresabschlusses 2021. Nach der Stellungnahme von Rudi Bittner als Vorsitzendem des Finanzausschusses wurde der Jahresabschluss 2021 durch die Delegierten angenommen sowie Vorstand und Geschäftsführung entlastet.



Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel stellt Jahresabschluss und Haushaltsplan vor. (Foto: PTK Bayern)

Geschäftsführer Thomas Schmidt stellte den Antrag des Vorstands zu Änderungen der Gebührensatzung der PTK Bayern vor. Die Änderungen betreffen den Allgemeinen Bereich sowie die Bereiche Fortbildung und Weiterbildung. Die Delegierten stimmten der Änderung der Gebührensatzung nach intensiver Diskussion der Gebühren im Zusammenhang mit der neuen Weiterbildung zu. Der Vorstand kündigte dabei die fortlaufende Prüfung der neuen Gebührenpositionen an.

Bruno Waldvogel erläuterte den Delegierten den Haushaltsplan 2023. Dieser war bereits vom Finanzausschuss geprüft und als richtig und notwendig eingestuft worden. Rudi Bittner, als Vorsitzender des Finanzausschusses gab daher in seiner Stellungnahme den Delegierten die Empfehlung den Haushaltsplan anzunehmen. Die Delegierten stimmten dem Haushaltsplan 2023 zu.

Änderung von Satzungen und Ordnungen der PTK Bayern

Am 1. Juni 2022 traten für unsere Kammer grundlegende Änderungen des Heilberufe-Kammergesetzes in Kraft. Durch die Neuregelung der Ausbildung zum*zur Psychotherapeut*in in Form

neu eingerichteter Studiengänge mit anschließender Approbation gibt es eine neue Berufsgruppe mit der Bezeichnung „Psychotherapeut*innen“. Diese Kolleg*innen werden mit dieser Gesetzesänderung in Bayern nun auch Mitglied der PTK Bayern sein. Vor diesem Hintergrund wurde mit dem Gesetz der Name „Psychotherapeutenkammer Bayern“ gesetzlich festgelegt für die Berufsvertretung der Psychologischen Psychotherapeut*innen, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und der Psychotherapeut*innen. In diesem Zuge wurde auch ein neues Kammerlogo eingeführt.

Diese Änderung musste nun auch in den Satzungen und Ordnungen der PTK Bayern umgesetzt werden. Zudem wurden in den Änderungen diverse Anpassungen zu einer gendersensiblen Sprache berücksichtigt. Vorstandsmitglied Birgit Gorgas gab einen Überblick über die Satzungen und Ordnungen und erläuterte diese und weitere anstehende Änderungen.

Den Hinweis auf die geänderten Satzungen und Ordnungen finden Sie im Hinweiskasten „Amtliche Verlautbarungen“ am Ende der bayerischen Länderseiten dieses Heftes.

Weitere Berichte

Als letzter Tagesordnungspunkt erfolgten die mündlichen Berichte über die abschließenden Tätigkeiten der



Vorstandsmitglied Birgit Gorgas gab einen Überblick über die zu ändernden Satzungen und Ordnungen. (Foto: PTK Bayern)

bisherigen Ausschüsse und Kommissionen. Außerdem informierte Antonia Williams, die Sprecherin der Ausbildungsteilnehmer*innen Psychotherapie, über deren Aktivitäten. Miriam

Rasch, die Vertreterin der Studierenden der neuen Approbationsstudiengänge, bedankte sich für die Unterstützung beim Einsatz für ausreichend Masterstudienplätze und trug außerdem den

Wunsch vor, von der Kammer bei der Suche nach Praktikumsplätzen in psychotherapeutischen Praxen unterstützt zu werden.

Die neue Weiterbildung für Psychotherapeut*innen: Es geht los!

Nach der Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) in der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung kann direkt nach einem Universitätsstudium, das die Anforderungen der Approbationsordnung erfüllt, die Approbationsprüfung abgelegt werden. Im Anschluss an das Studium erfolgt in Vollzeit eine fünfjährige berufliche Weiterbildung, die für die Berufsbezeichnung „Fachpsychotherapeut*in“ qualifiziert. In dieser Zeit sind die Psychotherapeut*innen in einer regulären Anstellung tätig und absolvieren die in der Weiterbildungsordnung festgelegten Inhalte. Hier erfolgt eine Spezialisierung in den Gebieten „Erwachsene“, „Kinder und Jugendliche“ oder „Neuropsychologische Psychotherapie“. Mit Abschluss der Weiterbildung wird die Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister nach § 95c Sozialgesetz-

buch (SGB) Fünftes Buch (V) erworben. Diese wiederum ist die zwingende Voraussetzung für den Erwerb einer vertragspsychotherapeutischen Zulassung („Kassensitz“).

Die Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wurde umfangreich unter Einbezug aller Landeskammern, verschiedener Gremien und Expert*innen erarbeitet. Die Umsetzung in Bayern wird seitdem von Vorstand und Kammergeschäftsstelle intensiv vorbereitet. Die Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeut*innen Bayerns wurde auf der 41. Delegiertenversammlung am 29. Juni 2022 verabschiedet. Diese ist am 1. Januar 2023 in Kraft getreten. Im Anschluss an die 42. Delegiertenversammlung am 29. November 2022 hat der Vorstand Richtlinien und Gegen-

standskataloge für die Weiterbildung der Psychotherapeut*innen Bayerns beschlossen.

Seit Anfang des Jahres stehen die Antragsunterlagen für Weiterbildungsstätten, Weiterbildungsbeauftragte, die Genehmigung der Hinzuziehung von Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen sowie der Anmeldung von Weiterbildungsstätten zur Verfügung.

Am 7. Februar 2023 fand für alle Interessierten eine Informationsveranstaltung statt. Ca. 270 Teilnehmende informierten sich in der Online-Veranstaltung über die rechtlichen Grundlagen der neuen Weiterbildung und die Antragsstellung.

Online-Umfrage der Ausbildungsteilnehmenden (PiA) zur Vergütung während der praktischen Tätigkeit 1

Der Vorstand der PTK Bayern steht in regelmäßigem Austausch mit den Sprecher*innen der Ausbildungsteilnehmer*innen Psychotherapie (PiA). Ein wichtiges Thema der PiA ist die angemessene Vergütung während der Praktischen Tätigkeit 1. Seit der Reform der Psychotherapieausbildung müssen PiA während des Psychiatriejahres (Praktische Tätigkeit 1/PT 1) vergütet werden. Seitdem ist eine Vergütung von mindestens 1.000 Euro im Monat zu zahlen, wenn der Ausbildungsabschnitt in Vollzeitform absolviert wird. Die PiA-Sprecher*innen äußerten jedoch den Eindruck, dass die große Mehrheit der PiA dennoch weiterhin mit prekären Ausbildungsbedingungen konfrontiert ist. Trotz guter Absichten der mit der Reform eingebrachten

1.000-Euro-Regelung handele es sich faktisch um eine Vergütung unterhalb des Mindestlohnes, die nicht im Ansatz den versorgungsrelevanten Leistungen angemessen ist, die durch PiA als vollwertige Fachkräfte während der PT 1 erbracht werden. So wies die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) bereits im Mai 2020 in einer Stellungnahme darauf hin, dass eine Anrechnungsfähigkeit von PiA während der PT 1 auf die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie eine tatsächliche Vergütung gemäß des Grundberufes erfordert, die durch die 1000-Euro-Vergütung nicht erfüllt ist.

Um ein aktuelles und umfassendes Bild an bayerischen Kliniken zu erhalten, führten die PiA-Landessprecher*innen

hierzu im Jahr 2022 eine Online-Umfrage unter bayerischen PiA durch. Ziel war sowohl die Erfassung der Fragestellung, ob die bayerischen Kliniken sich bei einer Vollzeitform, d.h. einer 26-Stunden-Woche (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der FDP, ein entsprechendes Gerichtsurteil des Arbeitsgerichtes Köln sowie die Empfehlungen der BPtK), an die 1.000-Euro-Mindestvergütung halten sowie die Abbildung der generellen Arbeitsbedingungen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Umfrage und die Auswertung der PiA vorgestellt:

„Besonders erschreckend“ sei die hohe Zahl der PiA, die weiterhin eine un-

angemessen niedrige Vergütung erhalten. Die Online-Umfrage unter 100 PiA (KJP: N=15 Personen, PP: N=85 Personen) ergab das beunruhigende Bild, dass 51 % der genannten Kliniken (N=27) nach aktuellem Stand eine 26-Stunden-Woche nicht mit 1.000 Euro vergüten. Lediglich 34 % der genannten Kliniken (N=18) hielten sich an die Vorgaben der Bundesregierung und nur 15 % der genannten Kliniken (N=8) zahlten ein tarifanalogen Gehalt. Drei beispielhafte Zitate von PiA verdeutlichen, dass die große Mehrheit sich gezwungen sieht, sich dieser Ausbeutung zu unterwerfen oder große Nachteile in Kauf zu nehmen: Die Bezahlung innerhalb der Klinik sei unterschiedlich und „abhängig von der psychologischen Führungskraft“ und die „Stelle wurde nur an Bewerber*innen vergeben, die ‚freiwillig‘ 38,5 Stunden arbeiten.“

Die PiA-Vertretungen setzen sich bundesweit weiterhin für eine tarifanaloge

Bezahlung der PiA entsprechend ihrer akademischen Qualifikation ein. Die derzeitige gesetzliche Regelung mit einer Vergütung unterhalb des Mindestlohns sei aus ihrer Sicht keinesfalls angemessen. Mindestens müsse jedoch die 1.000-Euro-Regelung bei einer 26-Stunden-Woche gegeben sein.

Die Umfrage verdeutlichte darüber hinaus, dass auch die Ausgestaltung der PT 1 in den Kliniken weiterhin einer Nachbesserung bedarf. Viele der befragten PiA erhielten keinen Urlaub und müssen selbst Krankheitstage durch Überstunden wieder nacharbeiten. Hochproblematisch sei auch, dass viele PiA in der PT 1 kaum bis gar keine Anleitung erfahren, was in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für PP und KJP jedoch klar festgelegt ist. Darunter leidet einerseits die Qualität der Ausbildung, aber auch die Versorgung der Patient*innen.

Die PiA-Landessprecher*innen stellten klar heraus: PiA seien in den Kliniken unabdingbar für die Versorgung der Patient*innen. PiA bringen sich hoch motiviert im Gesundheitswesen ein und dieses Engagement verdiene auch eine angemessene finanzielle Wertschätzung. Von einer gelungenen Einarbeitung und guten Arbeitsbedingungen profitieren die PiA, die Patient*innen sowie die Kliniken gleichermaßen. Noch immer bestehe Handlungsbedarf auf allen Ebenen: seitens der bayerischen Kliniken und leitenden Psycholog*innen, seitens der Ausbildungsinstitute und seitens der PiA für ihr Recht einzustehen. Das Fazit der PiA-Sprecher*innen: „Für das Ziel einer nachhaltigen Qualitätssicherung in der Behandlung von Patient*innen und der Sicherstellung einer hohen Qualität der Ausbildung sind wir alle verantwortlich.“

Neuapprobiententag 2023: Die Kammer stellt sich in Online-Veranstaltung den neuen Mitgliedern und Ausbildungsteilnehmenden vor



Beim Neuapprobiententag informierten: 1. Reihe: Kammerpräsident N. Melcop, Vizepräsidentin N. Nagel, Vizepräsident B. Waldvogel; 2. R.: Vorstandsmitglieder H. Vogel und M. Sommer, PiA-Sprecherin A. Williams; 3. R.: A. Novacek und S. Faust (KVB), C. Glas-Kinateder (ver.di); 4. R.: F. Gkagkavouzi und A. Kirmayer von der BIngPPV. (Foto: PTK Bayern)

Die regelmäßig stattfindende Veranstaltung für neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmende fand am 4. Februar 2023 erneut im Online-Format statt. Ca. 200 Teilnehmende informierten sich über Struktur, Aufgaben und wichtige Arbeitsbereiche der PTK Bayern sowie über mögliche Berufsperspektiven und tauschten sich mit Vorstand sowie mit Vertreter*innen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und des Versorgungswerks aus. Der Kammervorstand stellte die Kammer vor, skizzierte aktuelle Themen der psychotherapeutischen Versorgung, informierte über die Berufsordnung und die Aufgabe der Berufsaufsicht über die Kammermitglieder sowie über die Regelungen der Fortbildung (Fortbildungs- und Nachweispflicht). Außerdem wurden die Perspektiven der Berufstätigkeit in den Bereichen der Niederlassung, der Anstellung in Kliniken, Beratungsstellen und anderen Institutionen sowie der Gutachter- und Sachverständigentätigkeit vorgestellt, um den frisch Appro-

bierten die verschiedenen Tätigkeitsfelder vorzustellen. Die Teilnehmenden erhielten zudem nützliche Informationen zur Zulassung als Vertragspsychotherapeut*in durch Vertreterinnen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). In einem weiteren informativen Vortrag wurde das Versorgungswerk der Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung

(BlngPPV) und dessen Leistungen vorgestellt. Eine Vertreterin von ver.di informierte über die gewerkschaftlichen Aktivitäten für angestellte Psychotherapeut*innen. Die Sprecherin der Ausbildungsteilnehmer*innen Psychotherapie (PiA) berichtete über ihre Arbeit und darüber, wie sich bereits Ausbildungsteilnehmende zu berufspolitischen Themen einbringen können. In digitalen

Unterräumen konnten die Teilnehmenden sich anschließend noch zu den jeweiligen Themen austauschen und Fragen klären. So gab es eine direkte Möglichkeit des Austauschs mit Referent*innen und Vorstand, was von den Teilnehmenden wieder aktiv genutzt wurde.

Kurznachrichten

Kurz und knapp – Aktivitäten der Kammer

Hier finden Sie einige der Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervorteilnehmer*innen teilgenommen haben:

+++ Herr Melcop nahm an einem Gedankenaustausch zu dem **Thema One Health** teil, der Ende November in der Bayerischen Ärztekammer zusammen mit den Präsident*innen der bayerischen Heilberufekammern und einer Vertreter*in des Gesundheitsministeriums stattfand. Eine Fortsetzung dieser Gespräche ist geplant. +++

+++ Herr Waldvogel nahm im Januar am **Fachaustausch zur „Krankenbehandlung von Patient*innen mit extremistischer Einstellung“** teil. In dem

aktuellen Projekt, das vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gefördert wird, geht es darum, Angehörige von Heilberufen in das Netzwerk zur Extremismusprävention besser einzubinden und um die Qualifizierung von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen in der Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zu diesem Themengebiet. +++

+++ Im Januar fand ein **Treffen der leitenden Psychotherapeut*innen in Kliniken mit den Vertreter*innen der Ausbildungsinstitute** und dem Kammervorstand statt. Neben dem Austausch zu aktuellen Themen in den jeweiligen Arbeitsbereichen stand auch hier die Umsetzung der neuen Weiterbildung im Fokus. +++

+++ Zur **Umsetzung der Weiterbildung** finden fortlaufend Gespräche statt, z. B. die Besprechung Direktorenkonferenz Psychiatrie, Termine mit einzelnen Kliniken oder das Gespräch zur Umsetzung der WBO in den Kinder- und Jugendpsychiatrien. Der Kammervorstand ist bemüht allen Interessierten genügend Informationen zu übermitteln und im gemeinsamen Austausch die Umsetzung der WBO zu erläutern. +++

Hinweis auf amtliche Verlautbarungen der Kammer

Amtliche Verlautbarungen der PTK Bayern werden seit dem Jahr 2020 ausschließlich auf der Internetseite der Kammer veröffentlicht (§ 1 Satz 4 der Satzung, Art. 4 Abs. 2 BayEGovG). In der jeweiligen Verlautbarung ist auch der Zeitpunkt des Inkrafttretens der verlautbarten Regelung festgelegt. Die amtlichen Verlautbarungen der Jahre bis einschließlich 2019 wurden im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht. Als zusätzlichen Service machen wir hier auf die zuletzt auf der Kammerhomepage veröffentlichten amtlichen Verlautbarungen aufmerksam.

Am 29. Dezember 2022 wurden folgende Verlautbarungen veröffentlicht:

- Änderung der Gebührensatzung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Änderung der Beitragsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Änderung der Berufsordnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Bayerns
- Änderung der Fortbildungsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Änderung der Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit im Bereich der Forensik für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Änderung der Geschäftsordnung für die Delegiertenversammlung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Änderung der Meldeordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Änderung der Satzung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Änderung der Verfahrensordnung der „Beratung für Patienten in Psychotherapie“ bei der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Änderung der Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen Bayerns

Die vollständigen Verlautbarungen finden Sie unter

www.ptk-bayern.de → Die Kammer → Amtliche Verlautbarungen.



Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK
Bayern

Geschäftsstelle

Birketweg 30, 80639 München
Post: Postfach 151506
80049 München
Tel.: 089 / 51 55 55-0, Fax: -25
Mo.–Fr. 9.00–13.00,
Di.–Do. 14.00–15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

20. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung am 16. Januar 2023 – Situation und Zustand der ambulanten und stationären Psycho- therapie, insbesondere für Kinder und Jugendliche in Berlin

Am 16. Januar 2023 hatte die Präsidentin Frau Eva Schweitzer-Köhn auf Einladung von Catherina Pieroth von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen die Gelegenheit, neben anderen Expert*innen im Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung des Abgeordnetenhauses von Berlin an einer Anhörung teilzunehmen zur Situation der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere für Kinder und Jugendliche in Berlin.



Eva Schweitzer-Köhn

Volker Röttsches, Leiter der DAK-Landesvertretung Berlin, stellte zunächst die Studienlage dar, die einen dramatischen Anstieg psychischer Erkrankungen und des Bedarfs an psychotherapeutischer Behandlung belegt. Anschließend berichteten zwei Chefärztinnen von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken (Dr. Yvanka Izat, Vivantes Klinikum Neukölln, Prof. Dr. Sibylle Winter, Charité) zur dramatischen Personalsituation, die sogar zeitweise zur Schließung von Stationen geführt habe. Sie konnten während der Corona-Pandemie fast nur noch Akutfälle behandeln, alle anderen Patient*innen waren mit Wartezeiten von bis zu einem Jahr konfrontiert.

Die schlechten Nachrichten

Mit Verweisen auf die Ergebnisse der COPSY-Studie der Universität Hamburg [[JUKE – Child Public Health – COPSY-Studie](#)] und der Studie der Universitäten Leipzig und Koblenz-Landau [[www.lw.uni-leipzig.de/fakultaet/aktuelles/detail-nachrichten/artikel/studie-kinder-von-pandemie-besonders-hart-betroffen-2022-07-08](#)] konstatierte Frau Schweitzer-Köhn eine große psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen infolge der Pandemie. Patient*innenanfragen in den KJP-Praxen sind im Jahr 2021 laut einer bundesweiten Umfrage [[DPtV Umfrage Corona-Pandemie Oktober 2022.pdf](#)] um 60 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Nur 11 % der Anfragenden erhielten innerhalb eines Monats einen Behandlungsplatz in einer KJP-Praxis. In Großstädten warten durchschnittlich 42,3 % der Anfragenden über sechs Monate auf einen Therapieplatz. In Berlin seien zudem besondere Großstadtphänomene wie mehr soziale Probleme, mehr prekäre Verhältnisse, Armut, die (auch psychisch) krank mache, zu beachten.

Die guten Nachrichten

Laut Daten der KV Berlin erfüllen die Psychotherapeut*innen in Berlin zu 97 % ihren Versorgungsauftrag. Die durchschnittlichen Fallzahlen und Leistungszeiten je Versorgungsauftrag steigen kontinuierlich an. Die Verteilung des Leistungsangebots im Stadtgebiet hat sich stark verbessert und die Wartezeiten auf Therapieplätze sind in Berlin im bundesweiten Vergleich am geringsten.

Je Quartal werden von der Terminservicestelle zwischen 6.000 und 11.000 psychotherapeutische Behandlungen erfolgreich vermittelt.

Die Herausforderungen

Gleichwohl nehmen Patient*innen und auch Psychotherapeut*innen Engpässe bei Therapieplätzen und lange Wartezeiten wahr. Und tatsächlich können im Bereich der Psychotherapie mehr als ein Drittel der TSS-Anfragen nicht vermittelt werden. Die Zahl der Behandlungen im Rahmen des KJSG ist trotz gesteigertem Bedarf rückläufig. Das liegt daran, dass es weniger KJSG-Therapeut*innen gibt, dass es deutlich schlechtere Bezahlung als über die KV gibt und dass in den Fachdiensten, die die Therapien bewilligen müssen, Personalmangel herrscht. Frau Schweitzer-Köhn appellierte an die Abgeordneten, entsprechend Einfluss auf den Senat zu nehmen: „An dieser Stelle kann der Senat direkt etwas tun“.

Frau Schweitzer-Köhn problematisierte die Abnahme von angestellten Psychotherapeut*innen im öffentlichen Gesundheitsdienst. Fachdienste, der schulpsychologische Dienst, die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste (KJPD) sind insgesamt personell schlecht ausgestattet, insbesondere fehlen Psychotherapeut*innen. Sie wiederholte die Forderung nach einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Ressorts Schule, Jugend, Gesundheit im Senat und bot die Mitarbeit der Kammer an.

Forderungen

Abschließend plädierte Frau Schweitzer-Köhn dafür, auch präventive Angebote für psychisch belastete Kinder und Jugendliche zu stärken. Sie warb dafür, niedrigschwellige Hilfen zu ermöglichen: in den Kiezen, in Schulen mit Hilfe der schulpсихologischen und inklusionspädagogischen Beratungs- und Unterstützungszentren (SIBUZ). Schließlich müsse die nicht ausreichende Zahl der KJP-Behandlungsplätze in Berlin erhöht werden. Im Rahmen der Nachfragen

der Abgeordneten wurden die Themen Weiterbildung und Versorgungswerk für die PtK Berlin angesprochen. Insbesondere hob Frau Schweitzer-Köhn die Notwendigkeit hervor, stationäre und institutionelle Weiterbildungsplätze zu schaffen, um die zukünftige psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Nach KV-Daten sind 44 % der Vertragspsychotherapeut*innen 60+ Jahre alt! Und schließlich konnte sie auch auf die unbefriedigende Situation hinweisen, dass die Berliner Psychotherapeutenkammer als einzige in ganz

Deutschland kein Versorgungswerk für ihre Mitglieder errichten darf. Um dies zu ändern, bedürfe es der politischen Entscheidung, das Berliner Heilberufekammergesetz entsprechend zu ändern. Die Ausführungen der Präsidentin stießen im AGH-Ausschuss auf großes Interesse. Die Landespsychotherapeutenkammer Berlin wird dies als Anknüpfungspunkt für weitere Gespräche mit den verschiedenen Akteur*innen nutzen.

Karin Jeschke, wissenschaftliche Referentin, PtK Berlin

Eine gemeinsame Sprache finden – Psychotherapie mit Dolmetscher*innen

Ein Interview mit Dr. Simone Penka von TransVer über die Arbeit mit Dolmetscher*innen

Einen Psychotherapieplatz zu finden, ist leider weiterhin oft mit langen Wartezeiten verbunden. Menschen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, können ohne Unterstützung auf Grund der sprachlichen Barriere an diesem Versorgungskonzept jedoch oft gar nicht teilnehmen. Eine Lösung hierfür bietet die Zusammenarbeit mit Dolmetscher*innen. Diese Zusammenarbeit umzusetzen, ist in der Praxis oft mit einigen Hürden verbunden, v. a. die Finanzierung stellt für viele ambulant tätige Psychotherapeut*innen eine große Erschwernis dar.

Auf Initiative von TransVer-neXus (<https://transver-berlin.de/nexus-forum/>), einem von April 2020 bis Dezember 2021 geförderten Drittmittelprojekt der Charité-Universitätsmedizin Berlin, hat sich bereits im Sommer 2021 ein Bündnis für Sprachmittlung im Gesundheitswesen zusammengeschlossen, das sich für die Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. ins SGB V einsetzt. 30 Organisationen haben dazu in diesem Rahmen ein Positionspapier erstellt, in dem die politischen Verantwortlichen – u. a. das Bundesministerium für Gesundheit und die fachpolitischen Sprecher*innen der Regierungsparteien – dazu aufgerufen werden, dies nun schnellstmöglich

rechtlich zu verankern. Im Positionspapier werden konkrete Schritte zur Umsetzung der Ankündigung aus dem Koalitionsvertrag und damit zum Abbau von strukturellem Rassismus und Diskriminierung vorgeschlagen. Die Kurz- und Langversion des Positionspapiers finden Sie unter <https://transver-berlin.de/nexus-positionspapier-sprachmittlung/>. Bis Mitte November werden Verbände, Träger etc. zur Mitzeichnung gewonnen.

Dr. rer. medic. Simone Penka (M. A.), ist Leiterin von TransVer (www.transver-berlin.de), Mitglied der AG Transkulturelle Psychiatrie an der Charité, Erziehungswissenschaftlerin, Ethnologin und Sozialarbeiterin. TransVer, gefördert durch das Land Berlin, ist eine Einrichtung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité, Campus Mitte, die die interkulturelle Öffnung der psychosozialen Versorgung in Berlin auf mehreren Ebenen fördern möchte. Im Rahmen eines kurzen Gesprächs gibt sie uns Einblicke in ihre Erfahrungen in der interkulturellen Arbeit mit psychisch belasteten Menschen und greift einige Aspekte auf, die in der ambulanten Tätigkeit aus ihrer Sicht eine Rolle spielen.

Der Bedarf an Dolmetscher*innen-gestützten Psychotherapien übersteigt die aktuelle Versorgung. Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Gründe hierfür, dass eher wenige ambulant arbeitende Kolleg*innen in dieser Arbeit aktiv sind?

Einerseits gibt es natürlich die gewichtigen Gründe der Kostenübernahme, was jedoch manchmal auch ein eher „vorgesobenes“ Argument zu sein scheint. Ich sehe daher verschiedene weitere Gründe als relevant an, wie z. B. den nicht mehr zeitgemäßen, statischen Kulturbegriff. Typische Sätze sind „ich kenne mich mit dieser Kultur nicht aus und kann daher niemanden aus dieser Kultur betreuen“; dies wird als „Kulturalisierung“ bezeichnet. Die Kultur steht hier im Hauptfokus und erzeugt ein Gefühl von „unzureichend sein“, die fachliche Kompetenz rückt hierbei in den Hintergrund. Kultur ist jedoch schon lange nicht mehr nationalstaatlich zu sehen, da alle miteinander vernetzt und im Austausch sind, alle Menschen, unabhängig von nationaler Zugehörigkeit, individuell unterschiedlich voneinander sind etc.

Ein weiteres Thema ist das Gefühl der Überforderung, das sich einstellen kann, wenn eine dritte Person (die Dolmetschende) mit im Raum ist, die das „normale“ Setting aufbricht. Allgemeine Skepsis – „Wie soll das überhaupt gehen?“ – tritt auf, das Gefühl „auf die Finger geschaut zu bekommen“ oder „überwacht“ zu werden kann sich einstellen. Hinzukommen kann auch, dass sich Fachkräfte mit den Inhalten überfordert fühlen, die v. a. Menschen mit Fluchterfahrung mitbringen wie z. B. sozialrechtliche Fragen, Klärung des Aufenthaltsstatus etc. Hier sollte man die bisherige psychotherapeutische Arbeit

umdenken: weg von der Einzelsitzung, mehr hin zum Netzwerkgedanken und weitere Fachkräfte mit einbeziehen, da ich als ambulante*r Psychotherapeut*in nicht alles alleine regeln kann und muss (Anm.: siehe Adressen/Literatur am Ende des Beitrags). Ein weiterer Punkt, der leider keine Berufsgruppe auszunehmen scheint, da ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, könnte auch der Aspekt von Diskriminierung bis hin zu Rassismus sein, auf Grund dessen die Zusammenarbeit mit Menschen mit geringen deutschen Sprachkompetenzen abgelehnt wird.

Was würden Sie ambulanten Psychotherapeut*innen, die zuvor noch nie mit Dolmetscher*innen gearbeitet haben und in diese Art der Zusammenarbeit einsteigen möchten, raten?

Dies klingt sehr vereinfacht, aber „fangt doch einfach mal an!“. Die Arbeit ist ja ein Prozess, in dessen Verlauf man an Sicherheit gewinnt. Es existieren zudem viele Angebote und Initiativen, an die man sich zur Unterstützung und Weiterbildung wenden kann. In Berlin gibt es neben TransVer z.B. auch die „Berliner Initiative für gutes Dolmetschen“, welche die Qualifizierung in diesem Bereich unterstützt. Auch bei uns können sich Interessierte gerne melden, die dann z. B. bei unserer Beratung hospitieren oder an Fortbildungen, auch online, teilnehmen können.

Auch wenn es sicher keine pauschale Antwort hierauf gibt: Auf welche Herausforderungen trifft man in der Arbeit mit Dolmetscher*innen aus Ihrer Erfahrung eher häufig? Wie kann man diesen (möglichst) gut begegnen?

Ein Problem ist, dass Dolmetscher*innen häufig die Verantwortung für Schwierigkeiten in dolmetscher*innengestützten Gesprächen zugewiesen bekommen. Z. B. hören wir oft von unterschiedlichsten Fachkräften: „Da habe ich schlechte Erfahrungen mit gemacht, bringt sich zu sehr in den Prozess mit ein“ oder Ähnliches. Einerseits werden zwar vereinzelt Sprachmittler*innen den vorgesehenen Anforderungen nicht gerecht, weshalb man eine Zusammenarbeit

auch durchaus beenden kann. Wichtig ist jedoch zu sehen, dass sich beide Rollen, die der Dolmetschenden und der gesprächsführenden Person, gegenseitig beeinflussen. Hier würde ich davon sprechen, „Leitplanken im Prozess“ setzen zu müssen. Jede*r sollte in der eigenen Rolle bleiben: die Dolmetscher*innen sind verantwortlich für die sprachliche Verständigung, während z. B. der*die Psychotherapeut*in Verantwortung für die Gesprächsführung sowie auch Verantwortung für alle Beteiligten hat. Diese Rolle sollte nicht an die Dolmetschenden abgegeben werden.

Was sollte ich als Psychotherapeut*in für den Ablauf einer dolmetscher*innengestützten Psychotherapiesitzung im Blick behalten (Gestaltung des Ablaufs der Sitzung, allgemeine Kommunikation mit dem*der Dolmetscher*in bzw. dem*der Klient*in, Nachgang der Sitzungen)?

Zu Beginn sollte ein Gespräch über die allgemeinen Erwartungen, den Ablauf und über die Wichtigkeit der Neutralität geführt werden (Anm.: eine Checkliste für wichtige Dinge zu Beginn kann bei TransVer erfragt werden). Weitere Punkte betreffen z. B. die Sitzordnung (Therapeut*in und Klient*in gegenüber, Dolmetscher*in sollte seitlich sitzen), dass in der „Ich-Form“ gesprochen und der*die Patient*in/Klient*in direkt angesehen wird, wörtlich übersetzt wird, dass Klient*in und Dolmetscher*in vor dem Gespräch möglichst nicht im gleichen Raum warten, um die Abgrenzung zu erleichtern ...

Die fachliche Qualifikation der in der Praxis genutzten Dolmetscher*innen kann durchaus sehr unterschiedlich sein. Woran würden Sie aus Ihrer Erfahrung festmachen, ob eine Person für die Begleitung des psychotherapeutischen Prozesses geeignet ist, wann würden Sie ggf. eine Zusammenarbeit auch beenden?

Aus meiner Erfahrung merken Fachkräfte recht schnell, wenn etwas schwierig wird. Wenn z. B. Dinge nicht so übersetzt werden, wie sie sollten, da die Dauer der Übersetzung stark abweicht. Hierfür kann man sich vorher Sätze zu-



Dr. Simone Penka

rechtlegen wie z. B. „bitte übersetzen Sie wortwörtlich“. Sobald das Gefühl eintritt, übergangen zu werden oder man denkt „das Gespräch findet ohne mich statt“ läuft etwas schief. Im Prozess stellt sich ein Gefühl für die Gespräche ein und idealerweise hat man Dolmetscher*innen, mit denen man immer wieder zusammenarbeitet und sich gut ergänzt und vertraut. Wichtig ist hierbei dann auch eine Reflexionsfähigkeit aller Beteiligten: Wie entspannt kann im Nachhinein über Dinge, die gut oder schlecht laufen, miteinander gesprochen werden? Hier sind auch wieder die angesprochenen „Leitplanken“ wichtig; es sollte auch kein Kontakt über die Zusammenarbeit in der Praxis hinaus zwischen Patient*in und Dolmetscher*in entstehen, was allerdings durchaus manchmal seitens Patient*innen gewünscht wird (z. B. Wunsch nach Übersetzung von Dokumenten, Begleitung bei Terminen o. Ä.). Eine der Herausforderungen für Sprachmittler*innen ist daher immer das Thema der Abgrenzung.

Was wäre Ihnen wichtig, den ambulant arbeitenden Kolleg*innen an dieser Stelle noch mitzugeben?

Aufgrund der eigenen Erfahrung zu sehen, wie schwierig es ist, Menschen, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, in Psychotherapien zu vermitteln, liegt es mir sehr am Herzen, mitzugeben, wie wichtig es ist, sich dem Thema zu öffnen. In dieser Arbeit öffnet sich etwas sehr Schönes; es ist eine andere Art zu arbeiten, die viele positive Erfahrungen und Erlebnisse mit sich bringt. Ich möchte daher alle bestärken,

den Mut zu haben, sich darauf einzulassen und sich auf die eigenen fachlichen Kompetenzen zu besinnen, egal mit welchem Gegenüber ich zusammenarbeiten werde.

Literatur

<https://berliner-initiative.org/angebote/>

www.baff-zentren.org/themen/therapie-beratung/hintergrund-therapie-beratung/sprachmittlung/

Kluge, U. (2018) Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In W. Machleidt, U. Kluge, M. Sieberer & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl.; S. 169–180). Amsterdam: Elsevier.

Kluge, U. (2017) Psychotherapie mit Sprach- und Kulturmittlern. In I. Graef-Calliess & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 231–239). Stuttgart: Schattauer

Kluge, U., Romero, B. & Hodzic, S. (2018) Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung geflüchteter Menschen mit Sprach- und Kulturmittlern. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 168 (5), 133–139.

Belletristik: Dabic, M. (2017). *Reibungsverluste*. Edition Atelier

Mariana Rudolf

Gründung Kommission „Prävention Kinder/Jugendliche“

Im Bereich der Förderung psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gibt es in Berlin neue, erfreuliche Entwicklungen: Am 25.11.2022 tagte in der Berliner Psychotherapeutenkammer erstmals die vom Vorstand der PtK Berlin eingesetzte Kommission „Prävention Kinder/Jugendliche“. „Wir Psychotherapeut*innen behandeln psychische Krankheiten und werden unsere Expertise auch in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention von psychischen Störungen einbringen.“, erklärt Eva Frank, KJP, Vorstandsmitglied als Leitung der interdisziplinären Kommission. Das Bestreben der Expert*innengruppe soll die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Berlin sein und diese Aufgabe kann nur eine Gemeinschaftsleistung sein. In einem engen Kooperationsansatz sollen Vorschläge für ein Präventions- und psychotherapeutisches Versorgungsprojekt entwickelt werden. Forderungen und Maßnahmenideen sollen ausgearbeitet werden, um den psychischen Be-

lastungen und Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen infolge der Corona-Pandemie und darüber hinaus in Berlin zu begegnen. Nach einer Bestandsaufnahme der bestehenden Versorgungssituation in den jeweiligen Ressorts und der Klärung der Bedarfe an psychotherapeutischen Angeboten sollen in weiteren Arbeitstreffen adäquate Präventionsprojekte konkretisiert werden, um anschließend Empfehlungen aussprechen zu können. Eine Idee ist, niederschwellige psychotherapeutische Angebote mehr in den Sozialraum der Kinder und Jugendlichen zu implementieren. Mitglieder sind: Hr. Dr. Ruppert (Vorstandsvorsitzender KV Berlin), Fr. Dr. Trenk-Hinterberger (SenBJF Leiterin Schulpsychologie), Fr. Goschew in Vertretung für Fr. Gote (Gesundheitsssenatorin), Fr. Zeljar (Referatsleitung ambulante Versorgung, VdeK), Hr. Dr. Hans Willner (Kinder- und Jugendpsychiater), Hr. Wolfgang Nutt (KJP Ausschuss), Fr. Dr. Betteke van Noort (BPtK, KJP), Prof. Julian Schmitz (Universität Leipzig), Frau Dr. Gisa Kimont (Kinder- und Jugend-

psychiaterin, Gesundheitsamt Berlin), Mariana Rudolf (PP, Präventionsprojekt) und Eva Frank. An der Auftaktveranstaltung haben ebenso teilgenommen: Fr. Kemper-Bürger (Geschäftsführung PtK Berlin) sowie Fr. Jeschke (Referat Wissenschaft/Forschung PtK Berlin). Wir bedanken uns auf diesem Weg herzlich bei allen Expert*innen, die bereit sind, sich für diese Angelegenheit einzubringen und sind gespannt auf die weiteren Entwicklungen.



Eva Frank,
Leiterin der Kommission

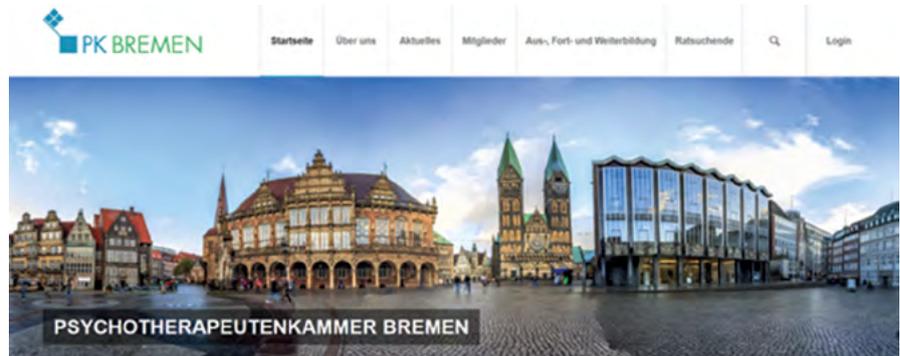
Geschäftsstelle

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel.: 030/887140-0; Fax: -40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Neue Homepage und Interner Mitgliederbereich

Die neue Homepage der Psychotherapeutenkammer Bremen ging pünktlich zum Jahreswechsel an den Start. Ziel war es zum einen, die Voraussetzungen zur Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes zu schaffen. Der erstmalig bereitgestellte Interne Mitgliederbereich wird bereits rege genutzt. Zum anderen ist die neue Homepage strukturierter, übersichtlicher und nutzerfreundlicher.

Eine große Erleichterung ist es bereits, dass die Mitglieder im Internen Mitgliederbereich die Aktualisierung ihrer Daten selbständig vornehmen können und nicht mehr auf dem Postweg übermitteln müssen. Künftig werden weitere Funktionalitäten hinzukommen, so



Die Startseite der Psychotherapeutenkammer Bremen im neuen Erscheinungsbild.

dass der Mitgliederbereich zu einem zentralen Baustein der Kommunikation zwischen Kammer und Mitgliedern ausgebaut wird.

Die Homepage ist wie gewohnt erreichbar unter www.pk-hb.de.

Erstes Kammermitglied mit Approbation nach neuer Ausbildungsstruktur

Frau Femke Frauenpreiß wurde im Januar durch den Kammervorstand persönlich als Neumitglied begrüßt. Frau Frauenpreiß hat durch ihr Masterstudium an der Medizinischen Hochschule Brandenburg in Neuruppin die Approbation erlangt und ist eine der bundesweit ersten nach dem neuen Psychotherapeutengesetz Approbierten.

Im Austausch mit Eva John und Dr. Christoph Sülz machte Frau Frauenpreiß die Erwartungen an die Kammer deutlich, den Prozess der Weiterbildung



Eva John und Christoph Sülz begrüßen Femke Frauenpreiß (Mitte)

so zu begleiten, dass zeitnah Weiterbildungsstätten anerkannt werden können. Aktuell herrsche bei ihr und ihren

Studienkolleg*innen der Eindruck, noch nicht mit offenen Armen erwartet zu werden. Gleichzeitig seien den jungen Kolleg*innen auch die Herausforderungen, insbesondere mit Blick auf die zu klärende Frage der Finanzierung, bewusst.

Die Vorstandsmitglieder boten an, regelmäßig im gegenseitigen Austausch zu bleiben, um von den Erfahrungen der neuen Generation lernen zu können.

Hospitation im Kriseninterventionsdienst – eine kurze Bilanz der Erfahrungen

In Bremen wird der Krisen(interventions)dienst durch das Klinikum Bremen-Ost organisiert und im Auftrag des öffentlichen Gesundheitsdienstes erbracht. Um die Arbeit im Krisendienst kennenzulernen, hospitierte Amelie Thobaben

bei einem Dienst von 15 bis 23 Uhr. Sie hatte dadurch die Gelegenheit, Einblicke in die komplexen Herausforderungen sowohl politischer, struktureller, juristischer als auch fachlicher Art zu bekommen.

Personelle Herausforderungen

Durch die Ausgliederung des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die Angliederung an die regionalen Versorgungsstrukturen des Klinikums Bremen-Ost

sollte konsequent der sozialpsychiatrische Ansatz einer stadtteilnahen, personenbezogenen und personell kontinuierlichen Hilfe umgesetzt werden. Gleichzeitig machten Personalkürzungen im öffentlichen Dienst und der bestehende Mangel an (fach-)ärztlichen Mitarbeitenden es notwendig, den Krisendienst personell so zu organisieren, dass die Hilfen weiter unter Gewährleistung der notwendigen fachlichen Qualität angeboten werden konnten. Ein Versuch, die knappe ärztliche Ressource sparsam einzusetzen, bestand darin, Ärzt*innen nur noch in Rufbereitschaft zu beschäftigen und sie bei Bedarf hinzuzuholen. Das führte aber zu Verzögerungen in den Arbeitsabläufen. Es entstanden bis zum Eintreffen des*der gerufenen Arztes*Ärztin Wartezeiten, die für die hilfsbedürftige Person eine zusätzliche Belastung darstellen konnte, aber auch zu einer zusätzlichen Bindung der anderen Mitarbeitenden führte. Zu weiteren zeitlichen Verzögerungen kam es insbesondere dann, wenn aufwendige Übergaben an den*die Arzt*Ärztin gemacht oder die hilfsbedürftige Person nochmals von dem*der Arzt*Ärztin exploriert werden musste. Die ärztliche Rufbereitschaft soll daher zukünftig wieder abgeschafft werden. Dann wird die Besetzung wieder aus einem*einer Arzt*Ärztin und einer weiteren Person (z. B. Psychologische Psychotherapeut*in, Pflegepersonal oder Sozialarbeiter*in) bestehen.

Regelungen des BremPsychKG

Das Bremische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) sieht weiterhin vor, dass nur Facharzt*ärzt*innen für Psychiatrie oder Ärzt*innen, die in einem psychiatrischen Fachdienst tätig sind, ein Zeugnis ausstellen dürfen, aus dem hervorgeht, dass eine Unterbringung geboten ist. Psychologische Psychotherapeut*innen sind davon ausgeschlossen. Diese Regelung auf unseren Berufstand auszuweiten, wird unterschiedlich politisch diskutiert. Einerseits können die Kolleg*innen, die aus ihrer täglichen Arbeit viele der hilfsbedürftigen Personen kennen, in solchen Fällen ein profundes fachliches Urteil

fällen, andererseits ist ihnen eine medizinische Einschätzung nicht möglich.

Alle im Krisendienst Beteiligten stehen vor der Herausforderung, mit den Gesetzesgrundlagen umzugehen. Das Betreuungsgesetz sieht lediglich eine Unterbringung bei Selbstgefährdung vor (BGB § 1906). Die Unterbringung nach dem Bremer PsychKG hat ebenfalls hohe Hürden. Die gesetzliche Stärkung der Selbstbestimmung hat in den letzten Jahren zu strengeren Kriterien in Bezug auf eine mögliche Unterbringung geführt, die stets die Ausschöpfung der mildereren Mittel voraussetzen.



Der Krisendienst kooperiert in vielen Einsätzen mit der Polizei.

Einsätze auf Polizeiwachen

Im Krisendienst finden viele Einsätze in den Polizeiwachen statt, wo Menschen begutachtet werden, die dort in Kurz-ingewahrsamnahme sind, beispielsweise weil sie auffälliges Verhalten mit Sachbeschädigung zeigen, wo zu klären ist, ob eine psychische Störung sowie Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen.

Es gibt aber auch Fälle, wo sich überfordertes Personal in z. B. medizinischen und sozialen Einrichtungen Hilfe durch eine Unterbringung nach PsychKG erhofft. Hier wird der Krisendienst dann informierend und deeskalierend tätig, denn allein, dass Menschen sich massiv danebenbenahmen und anderen das Leben schwer machen, reicht dafür auch nicht aus. Liegen Straftaten vor, kann die Polizei hinzugezogen werden.

Der enge Austausch und die Zusammenarbeit mit der Polizei ist ein ent-

scheidender Aspekt in der Arbeit im Krisendienst. Die gegenseitige Anerkennung in den unterschiedlichen Rollen und Qualifikationen wurde im Einsatz deutlich.

Ein Resultat der jahrelangen, guten Kooperation besteht darin, dass die Polizei Patient*innen nach Rücksprache mit dem Krisendienst auch direkt in die Notaufnahme bringen kann, um eine Kurz-ingewahrsamnahme auf der Revierwache so gering und selten wie möglich zu halten. Früher, so berichteten die Kolleg*innen, hätte es oft lange Wartezeiten auf einen Kranken-

transport gegeben. Diese Wartezeit in einer Polizeizelle zu verbringen, ist oft für Patient*innen zusätzlich destabilisierend und führte auch auf Seiten der beteiligten Polizist*innen zu Belastungen.

Sprachliche Barrieren

Ein weiteres sehr konkretes Problem wurde in diesem Dienst erfahrbar: dadurch, dass sich die Regeln bei der Organisation und Finanzierung von Sprachmittlung ständig ändern, ist es mitunter nicht einfach, kurzfristig eine Sprachmittlung zu organisieren. Amelie Thobaben: „Da saßen nun drei kompetente Menschen in der Polizeiwache und sollten eine diagnostische Einschätzung vornehmen, aber die Sprachbarriere hinderte sie daran.“ Eine diagnostische Einschätzung sei so ohne Sprachmittlung nicht möglich gewesen. Wenn sich dann die Zuständigkeiten nicht sofort klären lassen, wäre es letztlich beeindruckend, dass in solchen Fällen Kolleg*innen aus der psychiatrischen

Klinik spontan telefonisch zum Übersetzen einspringen. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass es hier mehr Informationen bedarf, die solche Spontantät überflüssig werden lassen.

Bilanz des Einsatzes

Amelie Thobaben ist dankbar, dass sie diese Einblicke erhalten durfte. Sie war beeindruckt von der Arbeit und dem

persönlichen Einsatz der Mitarbeitenden des Krisendienstes. „Wir erleben in Bremen politisch und fachlich ein zähes Ringen um den Krisendienst, welches dazu führt, dass Zeiten und Strukturen in den letzten Jahren mehrfach geändert wurden“, konstatiert Amelie Thobaben. Als direktes Resultat ihrer Hospitation veranlasste sie, das Infoblatt zur Psychotherapieplatzsuche der PKHB zu aktualisieren, damit dort die

gültigen Strukturen und Anlaufstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Kriseninterventionsdienstes korrekt dargestellt werden. Politisch beteiligt sich die Psychotherapeutenkammer regional, aber auch auf Bundesebene an der Diskussion zur Beteiligung des Berufsstandes an der Versorgung von Menschen in psychischen Krisen. Die Eindrücke dieses Abends wird Amelie Thobaben dabei sicherlich mitnehmen.

47. Kammerversammlung

Am Dienstag, den 16.05.2023, findet um 20:00 Uhr die Kammerversammlung im Haus im Park (Klinikum Bremen-Ost) statt. Bitte merken Sie sich diesen Termin vor.

Wahl des Kammervorstandes

Die Kammerversammlung, d. h. die anwesenden Kammermitglieder, wählt an diesem Abend den Kammervorstand

und entscheidet darüber, wer die Kammerangehörigen in der kommenden Legislaturperiode vertritt.

Der amtierende Vorstand ruft alle Kammermitglieder auf, sich zu prüfen, ob eine eigene Kandidatur in Frage kommt. Die Formulare für Wahlvorschläge werden von der Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt. Zu wählen sind:

Präsident*in; Stellvertreter*in; fünf Beisitzer*innen.

Wahl der Ausschüsse im Herbst

Im Herbst 2023 werden auf der zweiten Kammerversammlung des Jahres die Ausschüsse neu besetzt. Hier wird wiederum die Möglichkeit bestehen, sich in die Kammerarbeit einzubringen.

Gesundheitspolitisches Forum

Am Dienstag, den 25.04.2023, stehen Bremische Gesundheitspolitiker*innen den Kammermitgliedern Rede und Antwort. Ab 20:00 Uhr im Bürgerhaus

Weserterrassen (Osterdeich 70b). Im Vorfeld der Bürgerschaftswahl besteht die Möglichkeit die Anliegen des Berufsstandes direkt an die politischen

Vertreter*innen zu adressieren. Herzliche Einladung!

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Julia Spieker, Dr. Christoph Sülz, Amelie Thobaben.

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/277200-0
Fax: 0421/277200-2
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Geschäftszeiten:
Mo., Di., Do., Fr.: 10.00 – 12.00 Uhr
Mi.: 13.00 – 15.00 Uhr

Kammerwahl 2023 – Die wichtigsten Informationen in Kürze

Liebe Kolleg*innen, sehr geehrte Mitglieder,

die derzeitige Amtszeit der Delegierten und des Vorstandes geht in das letzte Jahr und damit rückt die nächste Kammerwahl näher. Wir möchten Sie gern über die kommende Wahl informieren und Sie auffordern, sich aktiv an der Wahl zu beteiligen.

Wer wird gewählt?

Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg wählen alle vier Jahre ihre Vertreter*innen in der Delegiertenversammlung.

Wer ist wahlberechtigt?

Aktiv und passiv wahlberechtigt sind alle Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg, die in das Wählerverzeichnis eingetragen wurden (§§ 1 und 6 der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg).

Wann wird gewählt?

Der zuständige Wahlausschuss wird in seiner konstituierenden Sitzung im Februar die Planungsschritte einleiten und den Wahltag festlegen. Daraus leiten sich die Fristen der Wahl ab.

Der Wahlzeitraum für die Kammerwahl 2023 ist zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe noch nicht bekannt, wird aber nach dem Beschluss des Wahlausschusses auf der Website der PTK Hamburg veröffentlicht. Darüber hinaus wird Sie der Vorstand in einem besonderen Rundschreiben über die Wahlzeit und den Wahlprozess sowie alle einzuhaltenden Fristen informieren. Daran müssen Sie sich auch orientieren, wenn Sie sich selbst mit einer eigenen Wahlliste zur Wahl stellen wollen.

Wie wird gewählt?

Gewählt wird per Briefwahl. Die Wahlunterlagen werden Ihnen rechtzeitig zugesendet.

Wo erhalte ich weitere Informationen?

Alle Regelungen, die mit der Kammerwahl in Zusammenhang stehen, sind in der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer festgelegt. Diese finden Sie bei Interesse auf der Seite <https://ptk-hamburg.de> unter der Rubrik „Über uns / Rechtliches“.

Um Sie stetig über den Prozess der Kammerwahl zu informieren, haben wir auf unserer Webseite zudem eine Rubrik „Kammerwahl 2023“ eingerichtet. Diese finden Sie unter dem Reiter „Aktuelles“.

Bericht über die 89. Delegiertenversammlung am 16. November 2022

Am 16. November 2022 tagte die 89. Delegiertenversammlung (DV) im Julius-Adam-Saal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

Nach Eröffnung der Sitzung und Begrüßung durch die Präsidentin Heike Peper stellte sich die neue Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle, Nicole da Silva Caetano, vor, die in Zukunft als Assistentin der Geschäftsführung und des Vorstandes tätig ist. Anschließend folgten die Berichte der Vorstandsmitglieder über die Aktivitäten der vergangenen Monate.

Vizepräsident Torsten Michels berichtete über einen Workshop der Sozialbehörde zum Thema Psychische Gesundheit mit dem Fokus auf der Versorgung schwerstkranker Patient*innen

jenseits der Sektorengrenzen. Er hatte dort eingebracht, dass niedergelassene Psychotherapeut*innen aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen wie die Psychotherapierichtlinie kaum Möglichkeiten haben, chronisch kranke Patient*innen oder süchtige Patient*innen stabilisierend zu behandeln. Heike Peper nahm am Fachdialog Gewalt gegen Frauen teil, der sich um die Umsetzung der Istanbul-Konvention bemüht (aktuell: von Gewalt betroffene Frauen mit Behinderungen). Sie betonte die Verantwortung der Profession mit Blick auf die Anpassung von Angeboten. Gitta Tormin und Heike Peper berichteten über ihre Mitarbeit an den Arbeitsgruppen Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und Schutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen der Landeskonferenz Ver-

sorgung. Es werde derzeit an einem Maßnahmenkatalogen gearbeitet. Torsten Michels informierte über seine Teilnahme an der Veranstaltung „Wo ist die Grenze? Machtgefälle und Missbrauch in helfenden Berufen“ im Rahmen der Veranstaltungsreihe reden? statt schweigen der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll.

Nach den Berichten aus Ausschüssen und Kommissionen erfolgte eine Nachbesetzung im Rechnungsprüfungsausschuss. Dipl.-Psych. Ute Rutter wurde einstimmig als Nachfolgerin von Uta Burdach-Liedtke gewählt.

Im Anschluss erläuterte Heike Peper den Stand der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) in Hamburg. Voraussichtlich werde die Revision

des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe im Laufe des ersten Quartals 2023 in der Bürgerschaft verabschiedet. Die Revision ist Voraussetzung für die Verabschiedung der WBO, da die neue Berufsgruppe der zukünftigen Absolvent*innen der Direktausbildung bisher im Kammergesetz nicht benannt sind. Neben den regelmäßigen Treffen der Projektgruppe WBO habe sich außerdem ein Round-Table, bestehend aus Mitgliedern mit neuropsychologischer Zusatzausbildung, erstmalig getroffen, um die Möglichkeiten der Gebietsweiterbildung in Neuropsychologischer Psychotherapie auszuloten.

Mit Blick auf die Entwicklungen zur Frage der Finanzierung der Weiterbildung war sich die DV einig, dass eine gemeinsame Haltung und Solidarität aller Beteiligten diesbezüglich wichtig seien. Das Bundesministerium für Gesundheit müsse in die Thematik eingebunden werden, trotz der aktuellen Priorisierung anderer Themen. Das Maß des politischen Drucks sei hier abzuwägen und ggf. zu erhöhen.

Mit Bedauern berichtete Frau Peper über die Entscheidung des Vorstandes,

den für November geplanten Kammertag aufgrund zu geringer Teilnehmerspendenzahl absagen zu müssen. Dem Vorstand sei der Kammertag ein großes Anliegen gewesen. Die Delegierten diskutierten daraufhin über mögliche Gründe sowie Verbesserungsvorschläge, wie der Kammertag in Zukunft fortgeführt werden könnte.

Nach den jeweils zweiten Lesungen der Revisionen der Hauptsatzung und der Wahlordnung informierte Vorstandsmitglied Kerstin Sude ausführlich zum Thema Einbindung von Psychotherapeut*innen in Dienste im Krankenhaus. Dieses Thema bewege sowohl die Kammern als auch Verbände. Für Dienste sprächen demnach u. a. die stärkere Einbindung in multiprofessionelle Teams und die Aufwertung des Berufsstands. Als kritisch stellte Frau Sude u. a. den möglichen Missbrauch seitens der Kliniken und Personalabteilungen (z. B. durch vorprogrammierte Überstunden) und eine unzureichende rechtliche Absicherung dar, insbesondere für neu approbierte Kolleg*innen, die eine erste Anstellung suchten. Diese hätten meist wenig arbeitsrechtliche Erfahrung und könnten aufgrund man-

gelnder Notfallkenntnisse in überfordernde Situationen geraten. Als Fazit hielt Frau Sude fest, dass die Implementierung von Diensten dringend der rechtlichen und tarifrechtlichen Absicherung der betroffenen Kolleg*innen bedarf. Sie wies besonders darauf hin, dass sich die Angestellten gewerkschaftlich einbinden und engagieren sollten. Die DV diskutierte im Anschluss die Aspekte der potentiellen Angleichung der Vergütung und des Einsatzes in Diensten. Insgesamt hielt die DV eine gemeinsame Positionierung mit den Gewerkschaften im Hinblick auf Forderungen erstrebenswert.

Die Geschäftsführerin Karen Walter stellte anschließend mit Blick auf die Klimakrise die drei Säulen des Nachhaltigkeitskonzepts der Kammer vor, welches ökologische, soziale sowie ökonomische Aspekte beinhaltet.

Zuletzt kündigte Frau Peper eine Nachbesetzung für den ausgeschiedenen stellvertretenden Bundesdelegierten Mike Mösko in der nächsten DV am 15. Februar 2023 an.

TT/TM

Allgemeine Kammerversammlung am 28. November 2022

Leider konnte Präsidentin Heike Peper die Mitglieder, die sich zur einmal jährlich stattfindenden allgemeinen Kammerversammlung eingefunden hatten, erneut nur am Bildschirm begrüßen. Aufgrund der Entwicklung der Corona-Pandemie und zum Schutz der Teilnehmenden hatte der Vorstand beschlossen, die zunächst in Präsenz geplante Veranstaltung in ein Online-Format umzuwandeln.

Nach der Begrüßung informierte Heike Peper zunächst über die Änderung der geplanten Tagesordnung. Der TOP 2, ein Vortrag über das Hamburgische Krisentelefon musste aufgrund einer krankheitsbedingten kurzfristigen Absage der Referent*innen ausfallen und soll zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Stattdessen nahm der Kammervorstand die Gelegenheit wahr,

ausführlicher über ausgewählte Aktivitäten und Arbeitsschwerpunkte der Kammer in 2022 zu informieren.

Zunächst berichtete Heike Peper vom Jubiläum „20 Jahre Psychotherapeutenkammer Hamburg“, auf dem besonders die Leistungen der Pionier*innen und zahlreichen Wegbegleiter*innen gewürdigt worden waren

Anschließend schilderte Heike Peper den aktuellen Stand der neuen psychotherapeutischen Weiterbildung. Mit der Verabschiedung einiger redaktionellen Änderungen und der Bereichsweiterbildung im Rahmen der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) auf dem 41. Deutschen Psychotherapeutentag war die Grundlage für die zukünftige Weiterbildung zum/zur Fachpsychotherapeut*in abgeschlos-

sen worden. Außerdem wurden die Musterrichtlinien zur Anerkennung von Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsstätten nach Diskussion auf dem 41. DPT im November 2022 vom BPTK-Vorstand beschlossen. Der Prozess zur Entwicklung eines eLog-Buchs für die zukünftigen Psychotherapeut*innen in Weiterbildung war eingeleitet worden.

Im Hinblick auf die Umsetzung der Weiterbildung in Hamburg stellte sie die erfolgten sowie die noch notwendigen Schritte vor, betonte dabei auch die noch nicht geregelte Finanzierung

Auch in 2022 hatte es durch die Entwicklung der Corona-Pandemie großen Informations- und Beratungsbedarf der Kammermitglieder gegeben. Ebenso konnten diverse Anfragen von Medien beantwortet werden. Nach der Auswer-

tung der Umfrage zu den Folgen der Pandemie für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter den Mitgliedern der PTK Hamburg, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, konnten diese an die Politik und Krankenkassen herangetragen werden. Auch konkrete Vorschläge für eine kurzfristige Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurden so adressiert. Heike Peper führte in die Ergebnisse der Umfrage ein und erläuterte die Maßnahmenvorschläge der Befragten.

Ein weiteres wichtiges Thema stellte Vorstandsmitglied Kerstin Sude aus-

führlig vor. Sie berichtete von einer Veranstaltung der BPtK zur Übernahme von Diensten in Krankenhäusern durch Psychotherapeut*innen. Ausführlich erläuterte sie das Pro und Contra von Diensten, was auch die Perspektive der Gewerkschaften, in denen unsere Berufsgruppe zu wenig präsent und aktiv ist, mit einschloss. Einen ausführlichen Bericht dazu finden Sie auf der Homepage der BPtK.

Anschließend informierte Geschäftsführerin Karen Walter über die Entwicklung eines Nachhaltigkeitskonzeptes der Kammer und erläuterte die Digitalisierungsprojekte der Kammer. Sie hob besonders den neu entwickelten

Internen Mitgliederbereich und das Akkreditierungsportal für Fortbildungsveranstaltungen hervor, die Arbeitsabläufe beschleunigen, Prozesse vereinfachen und so ein Einsparungspotential hätten.

Trotz der Beschränkungen durch das Online-Format verlief die allgemeine Kammerversammlung in angenehmer Stimmung und wurde von den teilnehmenden Mitgliedern zu einem anregenden Austausch genutzt. In der Hoffnung, sich beim nächsten Mal wieder in Präsenz treffen zu können, schloss Heike Peper die Versammlung.

TM

Suizidalität: Suizidprävention im Kontext von Suizidassistentz

Mehr als 280 Teilnehmende konnte Präsidentin Heike Peper am 30.01.2023 zur Online-Fortbildungsveranstaltung zum Thema Suizidalität begrüßen.

Aktueller Anlass für die Veranstaltung sind die Diskussionen im politischen Raum zur gesetzlichen Neuregelung der Suizidassistentz. Drei fraktionsübergreifende Gesetzesentwürfe von Bundestagsabgeordneten liegen dazu vor. Auch die Psychotherapeutenchaft ist gefordert, sich mit dieser komplexen Thematik zu befassen.

PD Dr. Tobias Teismann (Ruhr-Universität Bochum) referierte zunächst zur Epidemiologie von vollendeten Suiziden, Suizidversuchen und Suizidgedanken. Er konnte einerseits konstatieren, dass sich die Anzahl der vollendeten Suizide zwischen 1980 und heute halbiert hat. Andererseits ist die Zahl der Suizide weiterhin hoch. Mehr als 9.000 Menschen in Deutschland (davon zwei Drittel Männer) suizidierten sich in 2021. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen steigt im höheren Alter die Suizidrate. Dr. Teismann stellte anhand von Forschungsergebnissen dar, dass bei 54 % der Suizidant*innen keine psychische Erkrankung vorliegt. Über Suizidversuche und Suizidgedanken in der Lebenszeitprävalenz berichten in Studien bis zu 12 % (Suizidver-



PD Dr. Tobias Teismann

suche) bzw. 33 % (Suizidgedanken) der Befragten.

Hinsichtlich der Debatte um Suizidassistentz und Suizidprävention plädierte Dr. Teismann sehr dafür, dass der Zugang zur Prävention verbessert werden müsse. Es wäre fatal, wenn aufgrund von Versorgungslücken die Suizidassistentz in den Fokus rücken würde. Deshalb seien verschiedene Präventionsmaßnahmen, angefangen von Aufklärungs- und Entstigmatisierungskampagnen bis zu 24 Stunden-Krisen- und Suizidpräventionsdiensten

und aufsuchender Psychotherapie, notwendig.

Dr. Sarah Liebherz (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) berichtete über eine Bevölkerungsumfrage zu (stigmatisierenden) Einstellungen über Suizidalität, die u. a. Grundlage für das Projekt „8 Leben – Erfahrungsberichte

und Wissenswertes zum Thema Suizid“ (<https://8leben.psychenet.de/>) war. Das von Dr. Liebherz und ihrer Forschungsgruppe entwickelte Projekt ist ein Online-Programm, das in einem dialogischen Prozess, d. h. unter Beteiligung von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten, entwickelt wurde. Ziel



Dr. Dipl.-Psych. Sarah Liebherz

des Programms ist es, das Wissen über Suizidalität zu verbessern, Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen und Menschen mit suizidalen Gedanken zu unterstützen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, sowie die Selbstwirksamkeit in psychisch belastenden Situationen zu erhöhen.

Auf der Website des Projektes werden in Text- und Videoform Informationen und Erfahrungsberichte zur Verfügung gestellt. Acht Personen sprechen über ihre Erfahrungen mit Suizidalität und darüber, was ihnen im Umgang mit Suizidalität geholfen hat.

Obwohl durch das Format des Webinars keine direkte Diskussion mit den Referent*innen möglich war, nutzen die Teilnehmenden rege die F&Q-Funktion, die von Vizepräsident Torsten Michels moderiert wurde.

HP

Come-together mit den Präsidien und Geschäftsführer*innen der Heilberufekammern

Nachdem sich Mitarbeiterinnen und ehrenamtliche Gremienmitglieder während der vergangenen Monate in den neuen Räumen der Geschäftsstelle erfolgreich eingelebt hatten, lud die PTK Hamburg am 3. Februar 2023 die Präsidien und Geschäftsführer*innen der anderen Hamburger Heilberufekammern zu einem Come-together ein.

Da die Ärztekammer, die Zahnärztekammer und die Apothekerkammer auch ihre Geschäftsstellen in der Alstercity haben, hatte nur die Präsidentin der

Tierärztekammer einen längeren Weg zu diesem nachbarschaftlichen Treffen. Nach einem Rundgang durch die Räume nutzten die Anwesenden bei einem kleinen Imbiss die Gelegenheit, über konkrete Kooperationen (z. B. gemeinsame Veranstaltungen und Fortbildungen, Zusammenarbeit in Ausschüssen, Nutzung von Räumlichkeiten) zu sprechen. Natürlich war auch die lang erwartete Revision des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe, auf dessen rechtlicher Grundlage die Arbeit der Kammern stattfindet, ein

Gesprächsthema. Des Weiteren wurde über die Folgen der Corona-Pandemie, die Vor- und Nachteile der voranschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie über Fragen der Weiterbildung diskutiert.

Gäste und Gastgeber*innen waren sich beim Abschied einig, den „kurzen Draht“ weiter zu pflegen und die gute Zusammenarbeit fortzuführen

HP

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Dr. Tanja Tischler.

Geschäftsstelle

Weidestraße 122c
22083 Hamburg
Tel.: 040/2262260–60
Fax. 040/2262260–89
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

inzwischen ist die hessische Weiterbildungsordnung (WBO) für Psychotherapeut*innen bereits seit mehr als drei Monaten in Kraft und wir befinden uns kurz vor dem Start unserer digitalen „Roadshow“. In mehreren Veranstaltungen wollen wir die unterschiedlichen Zielgruppen – Institute, Kliniken und niedergelassene Mitglieder – über die Rahmenbedingungen der neuen WBO aufklären. Wie sehen die Anerkennungsverfahren von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsermächtigten oder Genehmigungsverfahren für Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen aus? Welche Voraussetzungen sind dabei relevant? Wir möchten diese Gelegenheit auch nutzen, um mit Ihnen ins Gespräch zu kommen und sind gespannt auf Ihre Rückfragen.

Parallel arbeiten wir mit Hochdruck an der Umsetzung unserer WBO in konkrete Richtlinien und befinden uns inzwischen auf der Zielgeraden. Dabei orientieren wir uns möglichst eng an den Musterrichtlinien der Bundespsychotherapeutenkammer. Im Rahmen der kommenden

Delegiertenversammlung sollen die hessischen Fassungen vorgestellt und im Anschluss durch den Kammervorstand beschlossen werden. Eine wichtige und dringende Aufgabe mit Blick auf den kommenden Herbst. Dann wird die erste größere Gruppe Psychotherapeut*innen mit dem neuen Abschluss die hessischen Universitäten verlassen und Weiterbildungsplätze zwingend benötigen. Sorgen bereitet uns weiterhin die Finanzierung der Weiterbildung. Das Bundesgesundheitsministerium hat weitere Gesetzesänderungen für die laufende Legislatur ausgeschlossen. Wir sind uns der dadurch entstehenden Probleme für die Weiterbildung bewusst und werden mit verstärktem Einsatz gemeinsam mit den Landeskammern und der Bundespsychotherapeutenkammer Lösungen suchen.

Quälende Wartezeiten sind ein altes Thema. Seit Jahren müssen Erkrankte Monate überstehen, bis sie längst notwendige Hilfe durch eine Psychotherapie erhalten. Klar ist: Das liegt an der Bedarfsplanung, die auf veralteten Zahlen beruht. Es mangelt nicht an Psychotherapeut*innen sondern an Kassensitzen. Dass insbesondere die Krankenkassen eine andere Sichtweise dazu haben, ist ebenfalls keine Neuigkeit. Verwunderung schafft jedoch die andauernde Kampagne aus kritischen Falschinformationen von dieser Seite. Da heißt es einerseits, unser Berufsstand arbeite zu wenige Stunden. Außerdem sei die Qualität der Therapie nicht ausreichend, was die hohe Wechselrate zeige. Andererseits seien aber

90 Prozent der Patient*innen mit ihrem*ihre Therapeut*in zufrieden und eigentlich sei der Durchschnitt bereits nach vier Wochen in einer Therapie untergebracht. Widersprüchliche Aussagen, die auf der Grundlage einer nicht repräsentativen Umfrage beruhen.

Und dann gab es da noch einen spannenden Artikel auf Seite 1 in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung zu Beginn des Jahres. Der Autor stellte darin eine steile These auf: nämlich, dass Psychotherapeut*innen bevorzugt Student*innen mit Liebeskummer behandelten anstelle schwer psychisch Erkrankter. Im weiteren Schritt schlug der deshalb die Einführung eines finanziellen Anreizes oder alternativ eine Quote zur Behandlung schwer Erkrankter vor. Wir fragen uns, warum die Energie solcher Kommunikationsoffensiven nicht direkt in die Verbesserung der Versorgung gesteckt wird? Stattdessen versuchen die Verantwortlichen, unseren Berufsstand zu denunzieren und ruhigzustellen. Beeindrucken lassen wir uns dadurch allerdings nicht und nutzen die Motivation und Energie unsererseits für die Begleitung der hilfesuchenden Patient*innen und den Kampf für eine flächendeckende gute psychotherapeutische Versorgung.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin



„Weiterbildung“ (Grafik: magele-picture/Adobe Stock)

Jetzt geht's los – die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen der PTK Hessen ist in Kraft!

Mit Wirkung zum 1. September 2020 ist die Ausbildung und der Zugang zum approbierten Heilberuf Psychotherapeut*in durch das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz neu geregelt worden. Der neue Weg zur Approbation erfolgt demnach mittels eines Studiums der Psychotherapie, welches auf einem dreijährigen Bachelorstudium und einem zweijährigen Masterstudium aufbaut. Diese Ausbildungsreform war ein langwieriger Prozess, der auf Bundesebene mit der Verabschiedung der Musterweiterbildungsordnung Ende 2021 abgeschlossen wurde.

Nun galt es, schnellstmöglich eine entsprechende hessische Weiterbildungsordnung (WBO) zu beschließen. Die dafür notwendigen Voraussetzungen im Heilberufsgesetz des Landes Hessen waren auf Antrag der PTK Hessen in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) bereits zuvor geschaffen worden. Mit viel Fleiß und Einsatz der Delegierten und der Geschäftsstelle gelang es, in wenigen Monaten eine hessische WBO vorzubereiten. Im Rahmen der Delegiertenversammlung vom 15. und 16. Juli 2022 konnte diese dann beschlossen und in der Folge von der

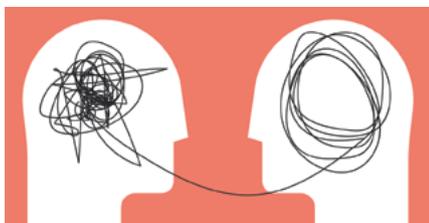
Aufsichtsbehörde, dem HMSI, genehmigt werden.

Damit waren alle Bausteine für ein rechtzeitiges Inkrafttreten der hessischen WBO zum 1. Januar 2023 gelegt. Pünktlich zum neuen Jahr 2023 finden Sie die Antragsformulare für Anerkennungsverfahren von Weiterbildungsstätten und -ermächtigten sowie Genehmigungsverfahren für Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen auf unserer Webseite und können sich so einen ersten Überblick verschaffen, welche Nachweise eingereicht werden müssen. Die Antragsformulare finden Sie hier:



Delegiertenversammlung nach Verabschiedung der WBO für Psychotherapeut*innen





„Psychotherapie“
(Grafik: paul_craft/Adobe Stock)

Für wen kommt eine Weiterbildung in Betracht?

Am erfolgreichsten mit einer Approbation abgeschlossene Studium der Psychotherapie schließt sich eine Weiterbildung in Berufstätigkeit zum* zur „Fachpsychotherapeut*in“ an. In dieser fünfjährigen beruflichen Weiterbildung sind die Psychotherapeut*innen in einer regulären Anstellung tätig und absolvieren die in der hessischen WBO festgelegten Inhalte. Eine Spezialisierung erfolgt hier in den Gebieten „Erwachsene“, „Kinder und Jugendliche“ oder „Neuropsychologische Psychotherapie“ sowie den Psychotherapieverfahren „Analytische Psychotherapie“, „Systemische Therapie“, „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ und „Verhaltenstherapie“, wobei bei dem Gebiet „Neuropsychologische Psychotherapie“ das Psychotherapieverfahren „Analytische Psychotherapie“ nicht vorgesehen ist. Mit dem erfolgreichen Abschluss der Weiterbildung wird die Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister nach § 95c Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) erworben. Dies ist wiederum zwingende Voraussetzung für den Erwerb einer vertragspsychotherapeutischen Zulassung („Kassensitz“).

Neben der grundsätzlichen Qualifizierung in den Gebieten für die Behand-

lung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen oder für die Neuropsychologische Psychotherapie können sich (Fach-)Psychotherapeut*innen nach wie vor in verschiedenen Bereichen spezialisieren. In Hessen sind dies folgende Bereichsweiterbildungen:

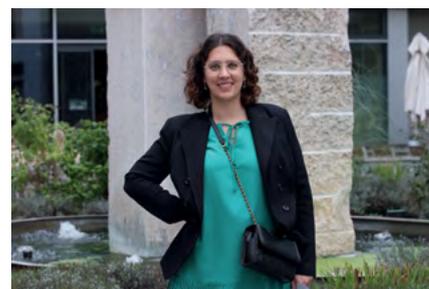
- Spezielle Psychotherapie bei Diabetes
- Spezielle Schmerzpsychotherapie
- Sozialmedizin
- Analytische Psychotherapie Kinder und Jugendliche
- Analytische Psychotherapie Erwachsene
- Gesprächspsychotherapie Erwachsene
- Systemische Therapie Kinder und Jugendliche
- Systemische Therapie Erwachsene
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Kinder und Jugendliche
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Erwachsene
- Verhaltenstherapie Kinder und Jugendliche
- Verhaltenstherapie Erwachsene

Wie und wo erfolgt die Weiterbildung?

Die Weiterbildung von Psychotherapeut*innen erfolgt in Weiterbildungsstätten, die von der PTK Hessen zugelassen sind, oder an Hochschuleinrichtungen. Die Durchführung und Organisation der Weiterbildung obliegt Kammer-

mitgliedern, die zur Weiterbildung ermächtigt sind. Die Zulassung als Weiterbildungsstätte, aber auch der Erhalt der Weiterbildungsermächtigung erfolgt via Antragsverfahren bei der PTK Hessen. Die Weiterbildungsermächtigten können qualifizierte Dozent*innen, Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen zur Durchführung der Weiterbildung hinzuziehen. Die Hinzuziehung von Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen ist bei der PTK Hessen genehmigen zu lassen. Weiterbildungsstätten können aus dem stationären, ambulanten oder institutionellen Bereich der psychotherapeutischen Versorgung anerkannt werden, sodass für die Psychotherapeut*innen während der fünfjährigen Weiterbildung die Möglichkeit besteht, das gesamte Spektrum des Berufs kennenzulernen.

Sie haben Interesse, sich in der Weiterbildung für Psychotherapeut*innen zu engagieren? Die Antragsformulare und weiterführende Informationen erhalten Sie auf der Webseite der PTK Hessen über den obigen QR-Code. Bei Fragen erreichen Sie das Team Weiterbildung der PTK Hessen gerne unter der E-Mail-Adresse weiterbildung@ptk-hessen.de.



Stanislava Arsenieva
Teamleitung Fort- und Weiterbildung
Psychotherapeutenkammer Hessen

Gedenken

Wir gedenken unserer
verstorbenen Kolleg*innen:

Ingrid Buchfeld, Eschborn

Helene Hauf, Viernheim

Jörn Jörren, Lollar

Markus Katzenbach, Wiesbaden

Doris Kramer, Mörfelden-Walldorf

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring,
Laura Speinger

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/531680
Fax: 0611/5316829
presse@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Neues Interview: Wie umgehen mit Fehlern im psychotherapeutischen Kontext? Ein Gespräch über die Beschwerdestelle der PKN

In unserer Interviewreihe finden Sie ein neues Interview. Diesmal stand die Frage im Fokus, wie die Kammer mit Fehlern im psychotherapeutischen Kontext umgehen kann. Denn wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Das ist auch bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht anders. Die PKN beschäftigt sich immer wieder mit einem fehlerfreundlichen Umgang in der Psychotherapie. Auch, um daraus zu lernen und zukünftig Fehler zu vermeiden. Begleitet wird sie dabei seit über 20 Jahren vom Rechtsanwalt Matthias Vestring.

Dr. Timo Reißner, Psychologischer Psychotherapeut in einer Praxisgemeinschaft in Braunschweig, und Franziska Bauermeister, Referentin für Kommunikation in der PKN, haben mit Matthias Vestring über Fehler im beruflichen Kontext sowie die Beschwerdestelle der PKN gesprochen.



Foto: Pavel Danilyuk, Pexels

Herr Vestring, welche Aufgaben hat die Beschwerdestelle der PKN?

Rein formal gesehen gibt es gar keine Beschwerdestelle, da solch eine Stelle weder im niedersächsischen HeilKammergesetz noch in der Berufsordnung verankert ist. Die Bezeichnung hat sich

allerdings im Tagesgeschäft für die Bearbeitung von Eingaben an die PKN etabliert, also wenn sich Patientinnen oder Patienten über Verhaltensweisen von Kammermitgliedern beschweren. Diesen Beschwerden wird dann nachgegangen.

Wer bearbeitet die eingereichten Beschwerden?

Ein fachübergreifendes Gremium bereitet die eingereichten Beschwerden für den PKN-Vorstand vor, sodass dieser die Angelegenheiten bewerten und darüber entscheiden kann, ob es sich um einen Berufsrechtsverstoß handelt, der eine berufsrechtliche Sanktion nach sich zieht.

Das gesamte Interview lesen Sie auf der Website.

→ www.pknds.de/aktuelles/interviews/wie-umgehen-mit-fehlern-im-psychotherapeutischen-kontext/

Weiterbildungskommissionen berufen

In den Newslettern 04/2022 und 06/2022 riefen wir unsere Mitglieder auf, sich zu melden, wenn sie in den Kommissionen für die Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mitwirken möchten. Aufgabe der Kommission ist es, Weiterbildungsstätten zuzulassen und Weiterbildungs-ermächtigte zu ernennen.

Zahlreiche Mitglieder meldeten sich. Inzwischen konnten zwei Weiterbildungskommissionen für das Gebiet „Erwachsene“ sowie eine Kommission für das Gebiet „Kinder und Jugendliche“ berufen werden. Die Zusammensetzung der Kommissionen bilden die Verfahrensvielfalt und die Versorgungsbereiche ab, die Mitwirkenden kommen sowohl

aus dem ambulanten Bereich als auch aus der institutionellen und stationären Versorgung. Im Februar haben die Weiterbildungskommissionen ihre Arbeit aufgenommen.

Newsletter-Archiv: → www.pknds.de/aktuelles/newsletter

Neuer Gesundheitsminister in Niedersachsen: Dr. Andreas Philippi

In Niedersachsen und Berlin hat es einen Ringtausch in den Ministerien gegeben: Da Boris Pistorius Anfang Januar das Bundesverteidigungsministerium in Berlin übernommen hat, rückte Daniela Behrens, bis dahin Gesundheits- und Sozialministerin, als niedersächsische Innenministerin nach. Ihren Platz im Sozialministerium hat am 25. Januar 2023 Andreas Philippi eingenommen. Der SPD-Politiker saß vorher in Berlin im Bundestag, war hier Mitglied des Gesundheitsausschusses. Jetzt kehrt er nach Niedersachsen zurück.

Andreas Philippi ist Facharzt für Chirurgie und Notfallmedizin, arbeitet in eigener Praxis am MVZ in Herzberg am Harz. Auch wenn Philippi vorerst als drängendste Aufgaben die Reform der Krankenhauslandschaft sowie die Stärkung der Pflege nennt, verspricht er auf seiner Website unter dem Punkt „Menschen heilen und stärken“, sich für einen umfangreichen Ausbau der



Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi

Foto: MS

Stellen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einzusetzen. Wir

hoffen auf eine gute und fruchtbare Zusammenarbeit mit Andreas Philippi.

Veranstaltungsreihe „Kultursensible Psychotherapie und Beratung“

Interkulturelle Kompetenzen in der Psychotherapie sind nicht erst seit dem Krieg in der Ukraine vonnöten. Über 25 Prozent der Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund – und somit vielfältige Unterschiede in Kultur und Sprache.

Teilweise haben Menschen aus anderen Kulturen andere Vorstellungen von psychischer Gesundheit sowie andere Heilungskonzepte und Erwartungen an Behandlungsmethoden. Besonders für Kinder und Jugendliche ist es eine große Herausforderung, mit kulturellen Dissonanzen umzugehen.

Mit der Veranstaltungsreihe „Kultursensible Psychotherapie und Beratung“ möchten wir zur Offenheit für „das Fremde“ anregen, Wahrnehmung und Reflexion eigener Einstellungen sowie der Entwicklung interkultureller Kompetenzen unterstützen.

Die Veranstaltungsreihe umfasst insgesamt fünf (kostenlose) Webinare. Da die Vorträge inhaltlich nicht aufeinander aufbauen, können sie auch einzeln gebucht werden. Die Anmeldung erfolgt über die Website unter dem Menüpunkt „Veranstaltungen“. Hier finden Sie auch weitere Informationen.

- 17.03.2023: „Adoleszente Mädchen zwischen den Kulturen. Fallbeispiele aus der Beratungsarbeit“
- 26.04.2023: „Krankheitsverständnis im Kontext von Migration und therapeutische Haltung“
- 09.06.2023: „Zur gender- und kulturbezogenen Relevanz in der Arbeit mit männlichen Jugendlichen mit Migrationsbiografie“
- 11.10.2023: „Psychotherapie zu Dritt. Eine Einführung“
- 24.11.2023: „Kultursensible Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“

Anmeldungen und weitere Informationen: → www.pknds.de/aktuelles/veranstaltungen

Website als Informationsquelle etabliert

Die Zugriffe auf die Website der PKN steigen kontinuierlich. Nach einem kleinen Weihnachtstief suchten im neuen Jahr wieder sehr viele Nutzer die Seiten auf. Wir konnten im Januar exakt 10.081 Besucher verzeichnen, die insgesamt 30.818 Seiten aufrufen und 2.284 Dateien herunterladen.

Die meistbesuchte Rubrik war dabei „Mitglieder“ (10.919 Seitenansichten),

gefolgt von „Ratsuchende“ (6.328 Seitenansichten). Das zeigt, dass wir unsere beiden Hauptansprechgruppen gut abholen und ihnen die gesuchten Informationen zur Verfügung stellen.

Die meisten Mitglieder interessierten sich für die Aus-, Fort- und Weiterbildung (4.140 Seitenansichten), bei den Ratsuchenden war es die Therapieplatzsuche (4.661).

Wir bauen die Seiten weiter kontinuierlich aus. Wenn Sie eine Rubrik vermissen oder sich weitere Informationen und Themen wünschen, freuen wir uns über eine entsprechende Nachricht an Franziska Bauermeister, E-Mail: f.bauermeister@pknds.de.

→ www.pknds.de

Vorstand gibt Einblicke in Arbeitsalltag

Was bedeutet die neue Weiterbildung für die Psychotherapie? Warum ist die Reform der Ausbildung so relevant für die Profession? Um diese und weitere Aspekte zu erläutern, kam Kammerpräsident Roman Rudyk am 24. Januar 2023 in die Teamsitzung der Geschäftsstelle. 1,5 Stunden lang diskutierte er mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über alle Facetten der neuen WBO und erklärte die Sicht der Profession auf die Weiterbildung.

Am Freitag derselben Woche nahm Andreas Kretschmar die Mitarbeitenden der Geschäftsstelle (verbal) mit in seinen Verantwortungsbereich in einer psychiatrischen Tagesklinik für Erwachsene. Er erzählte vom spannenden Klinikalltag, welche Störungsbilder dort behandelt werden, wie so eine Behandlung aussehen kann und stellte anonymisiert Fälle vor – und gab so tiefe Einblicke in seinen Arbeitsalltag jenseits der Vorstandsarbeit.

Bekanntmachungen

Feststellung des Haushaltsplans der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für das Haushaltsjahr 2023

Die Kammerversammlung der PKN hat am 05.11.2022 den Haushaltplan für das Jahr 2023 in Höhe von 2,35 Millionen Euro genehmigt. Der Haushaltsplan wird im Mai 2023 auf www.pknds.de veröffentlicht.

Hannover, den 10.02.2023
Roman Rudyk
Präsident

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304–30
Fax: 0511/850304–44
info@pknds.de
www.pknds.de

Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Münster

Am 8. November 2022 waren 45 Kammermitglieder auf Einladung des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen nach Münster zur Regionalversammlung für diesen Regierungsbezirk gekommen und informierten sich über Aktivitäten der Kammer und berufspolitische Entwicklungen insbesondere zu drei Themenschwerpunkten.

Im Fokus: Versorgungsplanung, Weiterbildung, Digitalisierung

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, erläuterte den historischen Hintergrund und die Auswirkungen der Defizite in der psychotherapeutischen Versorgungsplanung in Nordrhein-Westfalen. Wie vom Vorstand der Kammer und dem Berufsstand gefordert habe es zwar Initiativen zur Verbesserung der Situation gegeben. Die Ergebnisse seien jedoch unzureichend. Des Weiteren unterstrich Gerd Höhner, dass man eine hohe und weiterhin steigende Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten feststelle. Der Vorstand werde

die Entwicklung der Versorgungsplanung und der Bedarfe weiterhin intensiv verfolgen und sich für Verbesserungen in der Versorgung einsetzen.

Vorstandsmitglied Hermann Schürmann stellte die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vor. Zu den Arbeitsthemen zur Weiterbildung auf Bundesebene gehöre, ihre Finanzierung zu klären. Auf Landesebene sei man u. a. damit befasst, Weiterbildungsstätten zu gewinnen, die administrative Struktur in der Kammer aufzubauen und die Fachöffentlichkeit zur neuen Qualifizierungsstruktur zu informieren.

Barbara Lubisch aus dem Vorstand der Kammer beleuchtete Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis. Die Welt werde digitaler und die Digitalisierung sei politisch gewollt. Die damit verbundenen Themen seien ein wichtiges Arbeitsfeld in der Kammer. Der Telematikinfrastruktur (TI) stünde die Profession derzeit

kritisch gegenüber, erklärte Barbara Lubisch. Sie werde vom Prinzip her als sinnvoll betrachtet. Viele „TI-Meilensteine“ würden aber nicht richtig oder nur aufwändig funktionieren und die hohen Kosten und der Zeitaufwand bei ihrer Umsetzung würden unzureichend refinanziert. Mit Blick auf die Versorgung ging sie vor allem auf positive Erfahrungen des Berufsstandes mit Videosprechstunden ein und beschrieb Kritikpunkte der Profession an Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA).

Die Teilnehmenden beteiligten sich aktiv an der Diskussion zu den Vorträgen. Gerd Höhner hielt schließlich fest, dass bei vielen Themen fachliche Aspekte oft erst nach mehrfacher Wiederholung gehört würden. Dennoch sei die Profession 20 Jahre nach Errichtung ihrer Berufe sehr erfolgreich. Dies sei vor allem dem Engagement der Kolleginnen und Kollegen zu verdanken. Zu den zukünftigen Arbeitsaufgaben zähle für den Vorstand auch, die Psychotherapie im Alltag präsenter zu machen.

Online-Fachtag „Die psychischen Folgen der Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien“

Am 12. November 2022 fand der Online-Fachtag „Die psychischen Folgen der Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien“ der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen statt. Die interdisziplinär besetzte Veranstaltung war vom Vorstand gemeinsam mit dem Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ initiiert worden. Vorstandsmitglied Cornelia

Beeking und Oliver Staniszewski, Vorsitzender im Ausschuss, moderierten den Fachtag, zu dem sich 214 Interessierte angemeldet hatten.

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, hielt einleitend fest, dass Familien in der schwierigen, auch psychisch belastenden Pandemiezeit schlichtweg alleingelassen wurden. „Die Mütter

werden es schon richten“ sei die Devise gewesen. Dies habe die Hilflosigkeit der Gesellschaft im Umgang mit der unbekannteren Situation gezeigt. Die gefühlte Ohnmacht werde angesichts weiterer Herausforderungen wie z. B. der Klimadebatte bleiben. Denn schnelle, kleine Lösungen gäbe es in diesem Zusammenhang nicht, hob Gerd Höhner hervor. Notwendig sei ein neues gesellschaftliches Paradigma. Dabei müsse

man sich aktiv auch um die psychische Gesundheit kümmern. Sie sei zentral, um für die zukünftigen Aufgaben gesellschaftlich und individuell „fit“ zu sein.

Josefine Paul, Ministerin für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, bezeichnete den Fachtag in ihrem Grußwort als eine „Veranstaltung zur richtigen Zeit“. Sie dankte der Profession für ihr berufliches Engagement und ihre gesellschaftliche Aufklärungsarbeit. Zu der dringend notwendigen Aufarbeitung der Pandemie gehöre, den Blick verstärkt auch auf die psychischen Folgen zu lenken und Lehren für die Bedeutung von mentaler Gesundheit für eine resiliente Gesellschaft zu ziehen.

Cornelia Beeking machte auf die Stellungnahme „Kinder in der Pandemie“ von 2021 aufmerksam. Fachleute aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern, darunter auch Referierende des Fachtages, würden darin für ein gemeinsames Handeln eintreten. Die Stellungnahme habe viel Unterstützung gefunden und sei in die Arbeit des Corona-Expertenrats der Bundesregierung eingeflossen. Angesichts weiterer Belastungen, etwa Krieg in der Ukraine, Energiekrise und Inflation, seien Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien auf unterschied-

lichen Ebenen nun umso wichtiger, betonte Cornelia Beeking.

Analysen und Handlungsbedarfe

In sechs Referaten befassten sich Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen mit dem Tagungsthema. Cornelia Metge, Vorsitzende des Ausschusses für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) und Vorstandsmitglied der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), stellte das Strategiepapier der OPK zur Bewältigung der psychischen Folgen der Pandemie für Kinder, Jugendliche und Familien vor. Dr. Sabine Ahrens-Eipper, OPK-Vorstandsmitglied und Vertretungsprofessorin am Lehrstuhl für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Greifswald, präsentierte Ergebnisse einer Umfrage der Kammer in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapiepraxen aus dem Frühjahr 2021. Prof. Dr. Menno Baumann, Professor für Intensivpädagogik an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf, erläuterte den Einfluss der Pandemie auf die Familiendynamik. Von Prof. Dr. Silvia Schneider, Professorin für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie an der Ruhr-Universität Bochum, erhielten die Teilnehmenden einen Einblick in die Forschungslage zur psychischen Gesundheit von Kin-

dern und Jugendlichen in Coronazeiten. Prof. Dr. Julian Schmitz, Professor für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie an der Universität Leipzig, beschrieb Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie die Problematik hierzu fehlender Daten. Dr. Anne Schlegtehdal von der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum erläuterte das Konsensuspapier „Einheitliche Basisversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Long COVID“ vom Konvent der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. und kooperierenden Fachgesellschaften.

In den Referaten wurden verschiedene Handlungsbedarfe deutlich. Lösungsansätze seien u. a. ausreichend präventive Angebote, niederschwellige Hilfen und Frühwarnsysteme sowie altersangepasste Therapieangebote. Wichtig sei, die Zusammenarbeit der Beteiligten im Hilfesystem zu verbessern. Ziel solle auch sein, Präventionsarbeit in Schulen zu verstärken. In einer Plenumsdiskussion gemeinsam mit den Referentinnen und Referenten wurde der beschriebene Handlungsbedarf vielfach bestätigt und konkretisiert. Cornelia Beeking versicherte, dass die Kammer diese Themen weiter verfolgen werde.

8. Sitzung der 5. Kammerversammlung

Die 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen kam am 3. Dezember 2022 zu ihrer 8. Sitzung in dieser Wahlperiode wieder in Präsenz zusammen und befasste sich mit einer umfangreichen Agenda.

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, eröffnete die Sitzung. Ergänzend zum schriftlich vorgelegten Vorstandsbericht ging er zunächst auf Inhalte im „Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen“ der Regierungsparteien CDU und DIE GRÜNEN für 2022–2027 mit Bezug zu Themen der Kammer ein. Die Profession habe mittlerweile an vielen Punkten



Gerd Höhner

ihre fachlichen Argumente erfolgreich deutlich machen können, hielt er fest. Beispielsweise werde im Koalitionsvertrag zugesichert, im Zusammenhang mit der Bekämpfung des sexuellen Kindesmissbrauchs die Supervisionsangebote für Polizei und Justiz auszuweiten.

Ebenso habe man die Bedeutung von psychischer Gesundheit und Prävention aufzeigen und die Diskussion hierzu anregen können. Unter anderem sei „seelische Gesundheit“ von der Landesgesundheitskonferenz (LGK) aufgegriffen worden. Hinsichtlich der Umsetzung der Weiterbildung betonte Gerd Höhner die Dringlichkeit, die Finanzierungsfragen zu klären. Zur Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen sei die Geschäftsstelle vorbereitend aktiv.

Vorstandsmitglied Oliver Kunz skizzierte Möglichkeiten für Psychothera-

peutinnen und Psychotherapeuten, in kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) mitzuwirken. Der Vorstand habe sich mit diesem Thema befasst. Denn das Engagement der Profession in diesen Gremien könne z. B. die Vernetzung des Berufsstandes mit gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteuren vor Ort stärken.

Vorstandsmitglied Cornelia Beeking betonte die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Kinder, Jugendliche und Familien stärker in den Blick zu nehmen. Sie seien durch die Corona-Pandemie besonders belastet. Die bisherigen Maßnahmen, dies aufzufangen, seien nicht ausreichend. Der Vorstand und insbesondere ihr Vorstandskollege Bernhard Moors hätten sich daher intensiv dafür eingesetzt, dass die präventiven Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche der Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen anlaufen konnten. Einen leichteren Zugang zur Psychotherapie zu schaffen und präventive Angebote auszubauen bezeichnete Cornelia Beeking als weiterhin zentrale Aufgabe.

Prävention stärken

In der Aussprache griffen die Kammerversammlungsmitglieder vielfach die Bedeutung von psychischer Gesundheit und Prävention auf. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten könnten mit ihrer fachlichen Expertise in verschiedenen Zusammenhängen viel beisteuern. Die Mitarbeit des Berufsstandes in kommunalen Gesundheitskonferenzen zu intensivieren, wurde begrüßt. Vorstandsmitglied Bernhard Moors betonte, dass die rege Beteiligung an den von den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten präventiven Gruppenangeboten für psychisch belastete Kinder und Jugendliche die große Bereitschaft der Profession zeige, sich auch in diesem Tätigkeitsfeld zu engagieren.

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, legte die Einnahmen und Ausgaben der Kammer im Jahr 2021 dar. Auf Empfehlung des Finanzaus-



Andreas Pichler

schusses nahm die Kammerversammlung den Jahresabschluss 2021 an und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2021. Des Weiteren skizzierte Andreas Pichler die zu erwartende Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben im Haushaltsjahr 2023 sowie Zuführungen und Entnahmen bei den zweckgebundenen Rücklagen. Die Kammerversammlung folgte auch hier dem Votum des Finanzausschusses und nahm den Haushaltsplan 2023 an.

Muster-Richtlinien zur Weiterbildungsordnung

Vorstandsmitglied Hermann Schürmann erläuterte die Muster-Richtlinien der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zur Anerkennung von Weiterbildungsstätten und zur Ermächtigung von Weiterbildungsbefugten. Sie waren auf dem Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im November 2022 vorgestellt worden. Der Vorstand beabsichtige, die Richtlinien für Nordrhein-Westfalen verbindlich zu übernehmen. Die von der Kammerversammlung im September 2022 beschlossene Weiterbildungsordnung müsse nun noch vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

(MAGS) genehmigt und im Ministerialblatt veröffentlicht werden, informierte Hermann Schürmann. Anschließend könne die Kammer sie zugänglich machen, die Richtlinien bekanntgeben und die Unterlagen zur Zulassung als Weiterbildungsstätte und für Weiterbildungsbefugte zur Verfügung stellen.

Beschlüsse, Wahlen und Resolutionen

Die Kammerversammlung beschloss in ihrer Sitzung Änderungen der Verwaltungsvorschrift der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen zur Eintragung in die Sachverständigenliste „Strafrecht und Strafvollstreckungsrecht, Glaubhaftigkeit und Zeugenaussage, Familienrecht und Kinder- und Jugendhilfe sowie Sozialrecht“. Die Änderungen ergaben sich aus einer neuen Rechtsgrundlage, die mit dem Ende 2021 in Kraft getretenen „Gesetz zur Durchführung strafrechtsbezogener Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt in Nordrhein-Westfalen“ (Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz NRW – StrUG NRW) begründet wurde. Darüber hinaus beschloss die Kammerversammlung Änderungen der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, darunter die Einführung einer Gebühr für die Akkreditierung von Weiterbildungsstätten und -beauftragten.

Auf der Tagesordnung standen auch Ergänzungswahlen für die Ausschüsse und zum DPT. Die Namen der gewählten Kammerversammlungsmitglieder



In ihrer Sitzung würdigten die Kammerversammlungsmitglieder die gute gemeinsame Arbeit zur Reform der Aus- und Weiterbildung

sind im ausführlichen Bericht über die Sitzung der Kammerversammlung auf www.ptk-nrw.de (Rubrik „Aktuelles“) nachzulesen. Verabschiedet wurde Angelika Enzian, die auf eigenen Wunsch aus der Kammerversammlung ausgeschieden war. Gerd Höhner dankte ihr

für ihre langjährige Mitarbeit und ihr großes Engagement für die Profession. Ferner beschlossen die Kammerversammlungsmitglieder fünf Resolutionen. Die Texte sind auf www.ptk-nrw.de (Rubrik „Presse“) eingestellt.

Mit Berichten aus den Ausschüssen und Kommissionen endete eine konstruktive Tagung. In seinem Schlusswort fasste Gerd Höhner zusammen, dass der Vorstand viele Anregungen mitnehme und zentrale Fragestellungen weiterverfolgen werde.

Präventive Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche in NRW

Insbesondere Kinder und Jugendliche haben durch die Corona-Pandemie Einschränkungen hinnehmen müssen. Unter anderem Schulschließungen und Kontaktbeschränkungen haben gewohnte Strukturen aufgebrochen und den Zugang zu Hilfsangeboten erschwert. Oftmals belastete dies das Familiensystem zusätzlich.

Mitwirkung der Kammer

Um zu verhindern, dass sich bei Kindern und Jugendlichen psychische Störungen manifestieren, initiierte die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein u. a. mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Konzept für präventiv ausgerichtete niederschwellige Gruppensitzungen. Bernhard Moors

aus dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen beteiligte sich an der Entwicklung der Angebote und unterstützte beim Start der Präventionsgruppen. Teilnehmen können Kinder und Jugendliche von 6 bis 21 Jahren ohne Diagnose einer psychischen Störung. Das Angebot lief im August 2022 an und wurde angesichts der großen Nachfrage bis in das Jahr 2023 hinein verlängert. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe startete im November 2022 ein entsprechendes niederschwelliges Gruppenangebot. Es richtet sich an Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren und kann bis Ende März 2023 durchgeführt werden.

Beide Präventionsangebote werden von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten mit und ohne Kassenzulassung durchgeführt und vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen (MAGS) finanziert. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hatte die Initiative des Ministeriums und der Kassenärztlichen Vereinigungen sehr begrüßt. Für die anstehenden Gespräche mit den gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern des nordrhein-westfälischen Landtags und zuständigen Referats im Ministerium nahm der Vorstand auf seine Agenda, sich für die Verstetigung der Projekte und ggf. eine Erweiterung auf weitere Bevölkerungsgruppen einzusetzen.

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Frau Angelika Enzian, Wahlkreis Detmold, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“ hat am 24.10.2022 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Sandra Schnülle, Wahlkreis Detmold, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Kooperative Liste“

Gez.
Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/52 28 47-0
Fax: 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

33. Kammerversammlung mit historischer Tragweite – OPK verabschiedete unter anderem neue Weiterbildungsordnung

Am 1. Dezember 2022 fand die 33. Kammerversammlung der OPK statt. Von besonderer Tragweite und Bedeutung war diese Kammerversammlung schon deshalb, weil sie die dritte Kammerversammlung des Jahres 2022 und eine reine Online-Kammerversammlung war. Mit großer Sorgfalt vorbereitet, stimmten die Delegierten über

die neuen Kammerordnungen ab. Damit verabschiedeten die Kolleginnen und Kollegen unter anderem die neue Weiterbildungsordnung, die nach ihrer Genehmigung durch das Sächsische Staatsministerium im Januar 2023 in Kraft trat. Damit ist ein dritter Beruf unter unserem Kammerdach geboren.

Fortan geht es darum, die neue Struktur mit Leben zu füllen.

Eine Übersicht über alle im Januar 2023 neu in Kraft getretenen Ordnungen finden Sie auf der OPK-Homepage unter dem Menüpunkt „Kammerstruktur“, „Satzungen und Ordnungen“.

Bewegte Debatte zur Entwicklung der neuen Komplexversorgungsrichtlinie – „OPK internetaktiv“ als Video zum Nachschauen

Unsere Fortbildungsveranstaltung OPK internetaktiv 2022 zum Thema „Zu krank für Psychotherapie? Wie wir schwer und komplex Erkrankte gut versorgen“ vom 23. November fand eine große Resonanz bei unseren Mitgliedern und Interessierten aus anderen Professionen. Rund 450 Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutierten rege mit unseren Studiogästen zu Hürden und Herausforderungen einer koordinierten Versorgung. Offenkundig bewegt die aktuelle Debatte zur Entwicklung der Rahmenbedingungen der neuen Komplexversorgungsrichtlinie sehr.

nen und Patienten profitieren von der neuen Richtlinie? Dieser Frage gingen wir durch zwei sehr praktischen Patientenfälle, die im Film dargestellt wurden, nach. Der letzte Fall machte die Beson-

derheiten im KJ-Bereich deutlich und warf die Frage auf, ob es für Familien nicht sogar größere Netzverbände, die die Behandlerinnen und Behandler psychisch belasteter Eltern mit begreift, ge-



Mit großem Aufwand produziert: ein Blick ins Fernsehstudio zu „OPK internetaktiv“ des MDR-Fernsehens in der Mediacity Leipzig. Foto: Dr. Jens Metzger

Die Sendung begann mit Informationen über die Rahmenbedingungen der neuen Komplexversorgungsrichtlinie. Über die Frage: „Wer fehlt Ihnen aktuell am dringendsten in der Versorgung?“, ging die Diskussion an die zuschauende Mitgliedschaft und in die Podiumsrunde der Sendung, die aus Vertreterinnen und Vertretern der Bereiche ambulante Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege, Psychiatern und natürlich stationär wie ambulant tätigen Psychotherapeuten bestand. Welche Patientin-

ben sollte. Aus dem Chat mit unseren Zuschauern wurden Bedenken deutlich, dass der Mehraufwand, den diese komplex zu versorgenden Patienten mit sich bringen, sich auch in der Vergütung niederschlagen muss.

In einer abschließenden Umfrage an die Zuschauer und Mitglieder, ob sie sich vorstellen könnten, sich an einem Netz-

verbund zur Versorgung psychisch komplex erkrankter Menschen zu beteiligen, waren die Reaktionen eher verhalten. Gerade Kolleginnen und Kollegen aus dem ländlichen Raum äußerten Bedenken, dass die für die Netzverbände erforderliche Psychiater-anzahl nicht vorhanden wäre. Die Netzverbände müssten dadurch ein sehr großes, räumliches Gebiet mit dessen Behandlern umfassen.

Falls Sie unsere Diskussion vom 23. November 2022 nachträglich verfolgen möchten, haben wir den Video-Mitschnitt für Sie zugänglich gemacht. Bitte melden Sie sich dazu unter veranstaltungen@opk-info.de. Sie erhalten darauf einen Link zum Nachschauen der Sendung.

Umsetzung der Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der OPK hat begonnen

Auch in diesem Herbst empfing der Vorstand die Mitglieder, um über allgemeine und regional-spezifische gesundheits- und berufspolitischen Entwicklungen zu informieren und zu diskutieren. Dieses Mal fanden die Veranstaltungen nicht wie gewohnt in den fünf Bundesländern statt, sondern im virtuellen Raum, als Online-Workshops. An den Workshops für Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen nahmen etwa 250 Mitglieder teil, für Sachsen und Sachsen-Anhalt erwarten wir weitere 200 Teilnehmer*innen.

Bei den bisherigen Workshops fand bereits ein reger Erfahrungsaustausch über die Auswirkungen der mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Beschränkungen und Auflagen auf die psychotherapeutische und auch berufspolitische Arbeit statt.

Thematischer Fokus waren außerdem aktuelle Themen aus der psychotherapeutischen Versorgung. Vor allem die Regelungen zur Personalausstattung im Krankenhaus wie auch die Reform der Qualitätssicherung stießen auf reges Interesse. Auch zeigte sich großer Redebedarf bezüglich der Auswirkungen und Chancen der Ausbildungsreform, vor allem im stationären Bereich.

Erstmals konnte die OPK durch die regionalen Workshops viele Erfahrungen in einem solchen Veranstaltungsformat sammeln. Für den bevorstehenden Winter werden wir uns vielen fachlichen Themen in Online-Fortbildungen widmen und Ihnen anbieten. Alle Infor-

mationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter www.opk-info.de/fortbildungen/kalender/.

Nach intensiven Vorbereitungen verabschiedete die 33. Kammerversammlung der OPK am 1. Dezember 2022 die „Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ der OPK. Sie trat am 1. Januar 2023 in Kraft. Somit kann die Anerkennung von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten im OPK-Gebiet beginnen. Ihre Zulassung ist die Voraussetzung dafür, dass unsere frisch approbierten neuen Kolleginnen und Kollegen mit der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung beginnen können. Mit großer Freude konnten wir Anfang Februar bereits sechs Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als OPK-Mitglieder willkommen heißen.

Es ist nun von entscheidender Bedeutung für diese jungen Kolleginnen und Kollegen und für nicht weniger als die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung, dass es uns gemeinsam gelingt, in den nächsten Monaten und Jahren ausreichend Weiterbildungsplätze zu schaffen. Es muss jetzt ein neues System unter teilweise herausfordernden Rahmenbedingungen aufgebaut werden – und es ergeben sich zahlreiche Fragen an und neue Aufgaben für die Kammer.

Deshalb hat der Vorstand der OPK bereits 2022 eine Vorstands-AG gegründet, die die Umsetzung der neuen Weiterbildung steuert. Derzeit begleitet

Sie die Entwicklung der Anerkennungsverfahren und stellt so die Weichen stellen für eine qualitätsgesicherte und gleichzeitig machbare Weiterbildung. Auch der Ausschuss für Aus- Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung der OPK ist regelhaft in aktuelle Umsetzungsfragen einbezogen.

Potentielle Antragsstellerinnen und Antragssteller können sich auf der Website der OPK unter der Rubrik „Neue Weiterbildung“ über die Rahmenbedingungen und häufige Fragen informieren. Sie finden dort auch die entsprechenden Antragsformulare. Anfragen können außerdem an die Geschäftsstelle gerichtet werden und es besteht die Möglichkeit zu telefonischer Beratung. Wir wollen unsere Mitglieder, die Interesse daran haben, sich an der Weiterbildung zu beteiligen, aktiv unterstützen.

Eine besondere Herausforderung ist die Etablierung einer zukunftsweisenden Weiterbildungsstruktur unter der fachlichen Anleitung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im stationären Bereich. Krankenhäuser sind ärztlich geleitet, mancherorts müssen wir noch für die angemessene Verankerung der Fachkompetenz der approbierten PP/KJP kämpfen und die PPP-Richtlinie bedarf weiterer Anpassungen.

Deshalb laden wir in diesem Jahr unsere Mitglieder in leitender Funktion sowie solche, die in der Weiterbildung Verantwortung übernehmen wollen, zu unserer „Fachkonferenz zur stationären Weiterbildung“ ein. Wir wollen

über das Anerkennungsprozedere für Stätten und Befugte informieren und arbeitsrechtliche Fragen beleuchten. Außerdem werden wir in kleineren Runden wieder einmal die Gelegenheit dazu

haben, ganz persönlich ins Gespräch zu Ihren Themen und Fragen zu kommen.

Die Fachkonferenz stationäre Weiterbildung findet am 7. Juni 2023 von 10.30

Uhr bis 16.30 Uhr in Berlin statt. Nähere Information und Ihre Anmelde-möglichkeit finden Sie auf unserer Website oder werden Ihnen über den OPK-Newsletter zugesandt.

In eigener Sache: Mitglieder sollen noch schneller Auskünfte erhalten

Die OPK beschreitet 2023 verwal-tungsseitig neue Wege. Unser Ziel ist es, unseren Mitgliedern noch schneller und besser Auskünfte zu erteilen. Dafür strukturieren wir unsere Verwaltungs-abläufe neu. Damit verbunden erarbei-ten wir derzeit eine digitale Plattform,

auf der Mitglieder leichter und zugleich sicher ihre Daten abrufen können. Fra-gen zur Mitgliederverwaltung, zum Beitrag, zum Fortbildungskonto und perspektivisch auch zur Weiterbildung können so noch unkomplizierter beant-wortet werden.

Neue Wege erfordern neue Straßen und Brücken. Daran bauen wir derzeit. Aus diesem Grunde kann es in diesem Jahr zu längeren Bearbeitungszeiträu-men von Anfragen kommen. Wir bitten alle Anfragenden daher schon jetzt um Verständnis.

Geschäftsstelle

Goyastraße 2
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleg*innen,

die Reform der Aus- und Weiterbildung war in den letzten Jahren das beherrschende Thema. Dabei ist es uns als Berufsstand gelungen, mit Klugheit, Ehrgeiz und Tatkraft die Weichen für eine zukunftsorientierte Entwicklung der Psychotherapie zu stellen. Mit dem Abschluss dieser Mammutaufgabe beginnt nun der zweite Teil des Weges, nämlich die Umsetzung dieser Reformen.

Leider ist ein wichtiger Baustein der Reform zurzeit noch ungeklärt, nämlich die Finanzierung. Es bedarf einer unverändert hohen Kraftanstrengung, um darauf hinzuwirken, dass nicht auch zukünftige Psychotherapeut*innen in Weiterbildung das Gros ihrer Weiterbildung unter prekären Bedingungen selbst finanzieren müssen. Auch die Situation der aktuellen PiA darf bei aller Zukunftsorientierung nicht vergessen werden, denn diese arbeiten noch immer teils deutlich unter Mindestlohn. Hierzu ist neben berufspolitischem Wirken auch das Engagement unseres Berufsstandes in den Kliniken selbst von unschätzbbarer Bedeutung.

„In Führung kommen“ ist daher nicht nur eine Empfehlung für Einzelne – jede*r Psychotherapeut*in in Führungsposition ist auch ein*e Psychotherapeut*in mit der Möglichkeit, Bedingungen vor Ort mitzugestalten. Dies geht über Studierendenanleitung und Aus- und Weiterbildung hinaus: Es umfasst die Schaffung eines Umfeldes, in dem die Psychotherapie eine unumstrittene dritte Säule neben ärztlicher und pflegerischer Profession im Gesundheitswesen ist. Denn gerade jetzt ist im klinischen Sektor eine solche gestalterische Kraft notwendig, um den Herausforderungen wie Fachkräftemangel, Notwendigkeit weiterer Ambulantisierung und Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung für marginalisierte Gruppen zu begegnen. Dies stellt auch das Berufs-



Marcel Hünninghaus, Mitglied des Vorstandes der LPK RLP

bild vor neue Herausforderungen, wie Debatten um Nacht- und Bereitschaftsdienste sowie um die Videotherapie zeigen. Als Kammer ist es uns ein Anliegen, diese Diskussionen aufzugreifen und mit flankierenden Angeboten für unsere Kolleg*innen zu unterstützen.

Es ist noch ein langer Weg, bis wir diese Ziele erreichen – aber wenn wir dies mit demselben Engagement tun, mit dem wir die Reform begleitet haben, sehe ich die Zukunft in dieser Sache positiv.

*Marcel Hünninghaus
Mitglied des Vorstandes
der LPK RLP*

Peter Andreas Staub erneut in den Vorstand der KV RLP gewählt



Peter Andreas Staub

Die neu gewählte Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) hat bei ihrer konstituierenden Sitzung am 10. Dezember 2022 ihren Vorstand ohne Gegenkandidat*innen mit überwältigender Mehrheit im Amt bestätigt: Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut **Peter Andreas Staub**, der auch Mitglied der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ist,

bildet weiterhin gemeinsam mit dem Hausarzt Dr. Peter Heinz und dem Facharzt Dr. Andreas Bartels den KV-Vorstand.

Peter Andreas Staub, der mit eigener Praxis in Freinsheim niedergelassen ist, wurde im Januar 2017 als erster Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in den Vorstand einer KV gewählt. Immer noch ist er bundesweit der einzige Psychotherapeut in einem

KV-Vorstand. Die Landespsychotherapeutenkammer gratuliert herzlich zur Wiederwahl und wünscht für die neue sechsjährige Amtszeit gutes Gelingen!

Die Glückwünsche der Landespsychotherapeutenkammer gelten auch den anderen Psychotherapeut*innen, die in die Vertreterversammlung der KV ge-

wählt wurden: den Kammermitgliedern Sabine Maur, Dr. Sigrid Schiller, Hans-Peter Brettle und Florian Hillesheim, der für Herrn Staub nachgerückt ist.

Wichtiger Schritt für die neue Psychotherapie-Weiterbildung: Neufassung des rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetzes beschlossen

Der rheinland-pfälzische Landtag hat mit großer Mehrheit die Novellierung des Heilberufsgesetzes beschlossen. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz freut sich, dass damit auch hierzulande der Weg frei ist für die Umsetzung der neuen Weiterbildung für Psychotherapeut*innen. Gesundheitsminister Clemens Hoch betonte in einer Pressemeldung des Ministeriums die Wichtigkeit der neuen Psychotherapie-Weiterbildung, auch im Hinblick auf eine bessere psychotherapeutische Versorgung: „Wir wollen eine modernere psychotherapeutische Versorgung auch auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse sicherstellen. Die Umsetzung einer neuen Weiterbildungsstruktur durch die Landespsychotherapeutenkammer ist ein weiterer Baustein, die Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufzuwerten und attraktiver zu gestalten. Dies ist wichtig um eine qualifizierte, patientenorientierte, bedarfsgerechte und möglichst flächendeckende Versorgung möglich zu machen“, so der Minister.

Vertreterversammlung: Weiterbildungsordnungen diskutiert und Resolutionen verabschiedet



Der Vorstand der LPK RLP bei der Vertreterversammlung am 3.12.2022

Am 3. Dezember 2022 kamen die Mitglieder der Vertreterversammlung der LPK RLP zur zweiten Sitzung der 5. Amtsperiode im Atrium-Hotel in Mainz zusammen. Ein zentraler Tagesordnungspunkt war die erste Lesung der

neuen Weiterbildungsordnung und die Änderung der alten Weiterbildungsordnung. Nachdem durch die kürzlich erfolgte Änderung des Heilberufsgesetzes von Rheinland-Pfalz die nötigen Rahmenbedingungen geschaffen wurden, kann die Kammer nun ihre Weiterbildungsordnung an die Musterweiterbildungsordnung der BPTK anpassen, um die Ausbildungsreform auch hierzulande umsetzen zu können. Außerdem wurde der Vorstand für das Haushaltsjahr 2021 entlastet und der Gesamthaushaltsplan für 2023 beschlossen. Weitere Themen waren unter anderem die Wahl der Mitglieder des Schlichtungsausschusses und ein Vorschlag

zur Berufung eines ehrenamtlichen Richters für das Berufsgericht.

Zudem verabschiedete die Vertreterversammlung vier Resolutionen zu folgenden Themen: „Politische Verantwortung übernehmen – Kinder, Jugendliche und ihre Familien unterstützen“, „Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung sichern“, „Klima- und Umweltschutz umsetzen“ und „Soziale Ungleichheit gefährdet psychische Gesundheit“.

Die Resolutionen zum Download finden Sie auf unserer Homepage unter „Aktuelles / Aktuelle Nachrichten rund um die psychische Gesundheit“.

Neue Antragsformulare für die Weiterbildung veröffentlicht

Die Neufassung der Weiterbildungsordnung der LPK RLP für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen ist am 1. Januar 2023 in Kraft getreten. Nun stehen auch die entsprechend aktualisierten Antragsformulare für die Erteilung einer Wei-

terbildungsbefugnis und auf Zulassung einer Weiterbildungsstätte innerhalb der Bereichsweiterbildung sowie für die Zulassung als Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen in der Weiterbildung auf der LPK-Homepage zum Download zur Verfügung. Diese Formulare finden Sie sowohl

im Bereich „Psychotherapeut*innen / Weiterbildung“ in den entsprechenden Unterkapiteln als auch im Bereich „Psychotherapeut*innen / Formulare“.

Psychotherapeutische Unterstützung für Polizei: LPK-Präsidentin und Innenminister von RLP unterzeichnen Vereinbarung



Kammerpräsidentin Sabine Maur und Innenminister Michael Ebling unterzeichnen die Vereinbarung [Mdl RLP]

LPK-Präsidentin Sabine Maur und der rheinland-pfälzische Innenminister Michael Ebling haben am 19. Januar 2023 eine Kooperationsvereinbarung zur besseren Unterstützung von Polizist*innen in psychischen Belastungssituationen

unterzeichnet. Die Kooperation ergänzt die bereits in der Polizei Rheinland-Pfalz vorhandenen Beratungsangebote bei psychischen Belastungen und soll Zugangsmöglichkeiten zu psychotherapeutischer Behandlung erleichtern. Auch gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen von Landespsychotherapeutenkammer und Polizei sind Teil der Vereinbarung.

„Durch die Kooperation steigern wir die Möglichkeit einer rechtzeitigen psychotherapeutischen Versorgung der Betroffenen, die in ihrem Beruf besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Wir begrüßen die offene Thematisierung von psychischer Gesundheit in der Polizei“, sagte Sabine Maur.

„Ich bin der Landespsychotherapeutenkammer dankbar, dass sie künftig für Fälle, in denen eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich wird, ein besonderes Angebot für die Polizei schaffen will“, sagte Innenminister Michael Ebling. Er begrüßte zudem, dass sich die teilnehmenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu den besonderen Belastungssituationen im polizeilichen Umfeld fortbilden wollten.

Die rheinland-pfälzische Vereinbarung könnte Vorbild für ähnliche Vereinbarungen in anderen Bundesländern werden, die teilweise bereits Interesse bekundet haben, vergleichbare Regelungen zu schaffen.

Die LPK RLP in den Medien: Interviews zur psychotherapeutischen Versorgung und zu „Klima-Angst“

Die Landespsychotherapeutenkammer setzt sich weiterhin auch auf medialer Ebene dafür ein, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Wie dringend die vielerorts viel zu langen Wartezeiten verkürzt werden müssen, hat der Kammervorstand in zwei großen Interviews nochmals ausführlich erläutert: **Dr. Andrea Benecke** erklärte in einem Gespräch mit der **Rheinpfalz** die Problematik der fehlenden Kassensitze und langen Wartezeiten auf einen freien Psychotherapieplatz. „Es kann passieren, dass man als therapiebedürftig eingeschätzt wird, aber der Therapeut keinen Platz frei hat und man ein halbes Jahr warten muss“, so Frau Dr. Benecke. Die Nachfrage übersteige das Angebot bei weitem; auf dem Land sei die Lage häufig noch angespannter als in der Stadt. „Die Landespsychotherapeutenkammer fordert 200 neue Sitze, um eine spürbare Entlastung des Systems zu erreichen und Wartezeiten zu reduzieren“, sagte Frau Dr. Benecke.



Alle Medienbeiträge finden Sie auf unserer Homepage unter „Aktuelles/Die LPK RLP in den Medien“ [Fotolia/svort]

Die Ursache für die fehlenden Kassensitze ist nicht etwa ein Mangel an Psychotherapeut*innen, sondern die vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Versorgungszahl, wie Vorstandsmitglied **Peter Andreas Staub** in einem ausführlichen Interview mit der **Rhein-Hunsrück-Zeitung** erläuterte. „Diese Zahl ist nicht wissenschaftlich ermittelt und spiegelt nicht den wirklichen Bedarf wider, sondern ist eine Festlegung der Krankenkassen, die eine Frage der Finanzierung zum Hinter-

grund hat: Wie viel Geld kann die Gesellschaft für die Gesundheit ausgeben und wie viel davon ist für die einzelnen Fachgruppen vorhanden?“

In einem Interview, das in der **Allgemeinen Zeitung** erschien, lag der Fokus hingegen auf den psychischen Folgen der Klima-Katastrophe. Die Vorstandsbeauftragte für Klima-Psychologie **Kathrin Macha** und Kammerpräsidentin **Sabine Maur** beantworteten Fragen rund um die sogenannte „Klima-Angst“, die im Zusammenhang mit der globalen Erderwärmung steht. Diese könne sich beispielsweise durch Schlafschwierigkeiten äußern, durch Ruhelosigkeit oder Gedankenschleifen. Manche Menschen würden auch mit Hoffnungslosigkeit, Trauer und Wut reagieren. Macha betont im Interview, dass es sich dabei um angemessene Gefühle handle und dass politische Handlungsschritte nötig seien, um die Gesundheit der Menschen zu wahren.

Über 1,8 Millionen Kinder von Cybermobbing betroffen: Interview mit Sabine Maur (LPK RLP) und Jörn Simon (TK RLP)

Cybermobbing entwickelt sich zunehmend zu einem großen Problem für Kinder und Jugendliche, mit teils gravierenden psychischen Konsequenzen bis hin zu Suizidgedanken. Fast jeder fünfte junge Mensch zwischen acht und 21 Jahren war schon einmal davon betroffen. Das zeigt die Studie „Cyberlife IV – Cybermobbing bei Schülerinnen und Schülern“ des Bündnisses gegen Cybermobbing e.V. und der Techniker Krankenkasse. Die LPK RLP hat **Jörn Simon**, Leiter der TK-Landesvertretung Rheinland-Pfalz, und **Sabine Maur**, Präsidentin der LPK RLP und niedergelassen in eigener Psychotherapie-Praxis für Kinder- und Jugendliche, um ihre Expert*innen-Einschätzung der Studienergebnisse gebeten. Hier ein Auszug des Interviews:

LPK RLP: Herr Simon, was war für Sie das wichtigste Ergebnis der Studie Cyberlife IV?

Jörn Simon: Das wichtigste Ergebnis der Studie war sicherlich, dass 1,8 Millionen der Schülerinnen und Schüler bundesweit bereits einmal Opfer von Cybermobbing waren. Das ist eine erschreckend hohe Zahl. Vier von fünf Betroffenen werden nach eigenen Aussagen beleidigt und beschimpft. Zudem werden viele von ihnen ausgegrenzt, bedroht oder es werden Lügen über sie verbreitet.

LPK RLP: Frau Maur, haben Sie in Ihrer Praxis häufig mit Fällen von Cybermobbing oder anderen Fällen digitaler Gewalt zu tun?

Sabine Maur: Solche Fälle werden uns noch eher selten geschildert. Häufig wissen ja beispielsweise die Eltern gar nichts davon, weil die Kinder bzw. Jugendlichen es aus Scham und Angst für sich behalten. Am ehesten ist es Thema, wenn Kinder insgesamt Mobbing ausgesetzt sind und in diesem Zusammenhang auch digitale Formen des Mobbings bekannt werden. Meiner Meinung nach sollte es in der Psycho-



Sabine Maur und Jörn Simon

therapie mit Kindern und Jugendlichen Standard werden, auch nach ihren digitalen Erfahrungen und Erlebnissen zu fragen, positiven wie negativen.

LPK RLP: Welche negativen digitalen Erfahrungen machen Kinder und Jugendliche denn?

Sabine Maur: Es gibt sehr viele verschiedene Formen von Cybermobbing. Das reicht vom „Fertigmachen“ in der Klassen-WhatsApp-Gruppe über herabwürdigende Kommentare in den sozialen Medien bis hin zum Posten von Fotos oder Videos der Betroffenen im Internet. Zur digitalen Gewalt zählt auch, anderen ungefragt Gewalt- oder Pornodarstellungen zu schicken. Desweiteren nutzen ältere Jugendliche und Erwachsene Online-Plattformen und -Spiele, um sich Kindern und Jugendlichen anzunähern, um beispielsweise intime Fotos zu erhalten.

LPK RLP: Welche psychischen Folgen hat Cybermobbing für die Betroffenen?

Sabine Maur: Digitale Gewalt kann psychisch sehr belastend sein. Häufige Reaktionen sind Verunsicherung, Scham, Hilflosigkeit, Angst, Misstrauen. Es kann zu sozialem Rückzug, Schlafproblemen und Leistungsproblemen führen. Das kann sich insgesamt verstärken bis hin zur Entwicklung von psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen.

Jörn Simon: Die Studie zeigt, dass sich jedes dritte Cybermobbing-Opfer dauerhaft belastet fühlt. Dies führt sogar bei einem Viertel der Betroffenen zu

Suizidgedanken. Nicht selten kommen auch Alkohol oder Tabletten ins Spiel.

LPK RLP: Was kann man tun, um Kinder vor Cybermobbing zu schützen?

Sabine Maur: Wichtig ist, sich auch als Eltern intensiv mit den digitalen Lebenswelten des Kindes zu beschäftigen und Vor- und Nachteile sowie mögliche Gefahren mit seinem Kind zu besprechen. Die Maßnahmen, die man seinen Kindern im „echten“ Leben vermittelt, um sich vor Gefahren zu schützen, muss man auch für die digitale Welt mitdenken. Und wichtig ist natürlich seinem Kind zu vermitteln, dass es sich mit allen Belastungen an uns als Eltern teil wenden kann.

Jörn Simon: Wir fordern von der Regierung ein Cybermobbing-Gesetz. Trotz der 1,8 Millionen betroffenen Schüler*innen wird Cybermobbing nur in seltenen Fällen strafrechtlich geahndet. 97 Prozent der befragten Schüler*innen haben ein eigenes Profil in den Sozialen Medien. Diese hohe Prozentzahl macht deutlich, dass die Medien längst fester Bestandteil des alltäglichen Lebens geworden sind. Daher sind unsere Kinder und Jugendlichen dort genauso schutzbedürftig wie im realen Leben.

Das ungekürzte Interview finden Sie auf unserer Homepage unter „Aktuelles / Aktuelle Nachrichten rund um die psychische Gesundheit“.

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Straße 9–11
55128 Mainz
Tel.: 06131/93055–0
Fax: 06131/93055–20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

SWR-VOLLBILD : Heilpraktiker/-innen-Psychotherapie in der Kritik

Am 20. September 2022 erschien im SWR-Investigativformat „VOLLBILD“ eine Recherche zur Psychotherapie von Heilpraktiker*innen mit dem Titel „Psycho-Pfusch Undercover: So gefährlich sind Heilpraktiker“.

In diesem Film wurden schwere Qualitätsdefizite und dubiose Behandlungsmethoden berichtet. Die Autoren des VOLLBILD-Films hatten mehrere Fälle von Patient*innen recherchiert, die laut Bericht wegen zu langer Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen stattdessen Heilpraktiker*innen für Psychotherapie aufgesucht hatten.

In dem Beitrag schilderte u.a. Dirk Revenstorf, Professor für klinische Psychologie an der Universität Tübingen, im Interview von aus seiner Sicht äußerst bedenklichen und Kompetenzen überschreitenden Vorgehensweisen, die Patient*innen im Zweifel (re-)traumatisieren würden, sodass diese erneut in eine Klinik oder Behandlung müssten. Er würde diesbezüglich auch in Gerichtsverfahren als Gutachter hinzugezogen. Dass Heilpraktiker das Gesundheitssystem entlasten können, sei ein Trugschluss, erklärte der Professor für klinische Psychologie. Er äußerte massive Zweifel an der fachlichen Befähigung vieler Heilpraktiker*innen: „Merkwürdigerweise fühlen sich häufig Heilpraktiker mit einer ganz geringen Ausbildung berufen, schwierige Störungen zu behandeln wie Traumata oder sexuelle Störungen“, kritisierte Revenstorf im Bericht. Natürlich machen Hilfesuchende auch andere Erfahrungen in der Behandlung durch

Heilpraktiker*innen für Psychotherapie. Dennoch erscheint es notwendig, einen kritischen Blick auf die bisherigen Regelungen zu werfen.

Der „kleine Heilpraktikerschein“ – was beinhaltet er?

Das „Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung“ (Heilpraktikergesetz) vom 17. Februar 1939 bildet heute die Grundlage des Heilpraktikerberufes. Um als Heilpraktiker*in für Psychotherapie zu arbeiten, benötigt man lediglich den sogenannten kleinen Heilpraktikerschein.

Voraussetzung dafür sind u. a. ein Mindestalter von 25 Jahren, ein Hauptschulabschluss, ein polizeiliches Führungszeugnis sowie ein hausärztliches Attest im Original über die gesundheitliche und geistige Eignung zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung, das nicht älter als drei Monate sein darf. Das Gesundheitsamt des Regionalverbandes Saarbrücken führt die Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Antragsteller*innen im Rahmen des Verfahrens zur Erteilung der Erlaubnis über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) zentral für das Saarland durch.

Schriftlich müssen 21 von 28 Multiple-Choice-Fragen richtig beantwortet werden und im Anschluss folgt eine dreißigminütige mündliche Prüfung. Die schriftliche Überprüfung findet im Saarland beim Gesundheitsamt jedes Jahr im März und Oktober statt. Im Internet finden Suchende bei den jeweiligen

Heilpraktiker-Bildungsinstituten die Fragen mit Lösungsschlüsseln der letzten Prüfungen. Das Bestehen der schriftlichen Überprüfung ist Voraussetzung für die Zulassung zur mündlichen Überprüfung. Die mündliche Überprüfung wird in den Wochen nach der schriftlichen Überprüfung als Einzelprüfung durchgeführt. Wer die mündliche Überprüfung nicht bestanden hat, muss bei Wiederholung erneut an der schriftlichen Überprüfung teilnehmen.

Die Vorbereitung für die amtsärztliche Prüfung zum*zur Heilpraktiker*in für Psychotherapie beim Gesundheitsamt bieten private Bildungsinstitute oder Heilpraktikerschulen in Form von Präsenzlehrgängen und Fernstudien an.

Aber diese Lehrgänge zu absolvieren, ist kein Muss. Es genügt, um als Heilpraktiker*in für Psychotherapie zu arbeiten, wenn in der Prüfung beim Gesundheitsamt unter Beweis gestellt wird, dass die Ausübung der Heilkunde keine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder der Patient*innen darstellt. Danach wird die staatliche Anerkennung zum*zur Heilpraktiker*in für Psychotherapie ausgesprochen.

Eine Ausnahme stellen antragstellende Personen, die über einen Master- oder Diplomabschluss in Psychologie einer anerkannten Hochschule führen, dar. Diese müssen glaubhaft versichern, sich ausschließlich im Bereich der Psychotherapie heilkundlich zu betätigen. In diesen Fällen kann von einer mündlichen und schriftlichen Überprüfung abgesehen werden, wenn das Fach

„Klinische Psychologie“ Teil der Diplomprüfung war. Es erfolgt dann lediglich eine Überprüfung nach Aktenlage durch das Gesundheitsamt des Regionalverbandes Saarbrücken. Die älteren Kolleg*innen erinnern sich sicher noch an die Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz, in der eine Beantragung des „kleinen Heilpraktikerscheins“ bzw. eine Berufsausübung unter ärztlicher Aufsicht notwendig war, um psychotherapeutisch tätig werden zu können.

Lange Wartezeiten auf Psychotherapieplätze – Abhilfe durch Heilpraktiker*innen für Psychotherapie?

Da psychisch kranke Menschen seit Jahren monatelang auf eine psychotherapeutische Behandlung warten müssen, sieht die BpTK die Gefahr, dass Patient*innen sich Alternativen suchen, z. B. bei Heilpraktiker*innen. So werben in der Tat immer wieder Heilpraktiker*innen für Psychotherapie damit, dass sie keine Wartezeiten haben bzw. bieten Überbrückung der Wartezeiten an. Dies ist jedoch keine Lösung für fehlende Behandlungsplätze bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen und darf kein Grund sein, die unklaren Regelungen bezüglich der Unterscheidbarkeit der Angebote zu belassen. Die Bundespsychotherapeutenkammer kritisiert die Arbeit der Heilpraktiker*innen für Psychotherapie schon lange. Es gibt keine gesetzlich geregelte Qualifizierung und keine bundesweit verbindlichen Standards. Heilpraktiker*innen für Psychotherapie haben keine Approbation, sind keine Mitglieder einer Heilberufekammer und unterliegen nicht der Berufsaufsicht einer Kammer.

Die BpTK fordert deshalb die Abschaffung der Heilpraktiker-Erlaubnis für Psychotherapie.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat nach einer öffentlichen Ausschreibung Prof. Dr. Stock beauftragt ein „Rechtsgutachten zum Heilpraktikerrecht“ zu erstellen, welches im April 2021 fertiggestellt wurde. In diesem werden rechtliche Möglichkeiten aufgezeigt, das Heilpraktikerwesen zu verändern.

Dem Auftrag entsprechend wurde in diesem Rechtsgutachten eine Bestandsaufnahme vorgenommen. Ziel war es, eine rechtliche Grundlage für die weitere öffentliche Diskussion zu erstellen. Denn einer Abschaffung stehen gesetzliche Hürden entgegen. Entscheidende Maßstäbe sollen laut Prof. Dr. Stock dafür das Verfassungsrecht, speziell die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und Leben, das Selbstbestimmungsrecht und nicht zuletzt die Berufsfreiheit, sein.

Klare gesetzliche Regelungen dringend erforderlich

Seriös von unseriös zu unterscheiden ist nicht nur für Laien in diesem Dschungel nicht einfach. Während die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ geschützt ist, ist es der Begriff „Psychotherapie“ hingegen nicht. Diese Regelungslücke führt zwangsläufig – nicht nur bei Laien – zu Missverständnissen. Bedenklich erscheint außerdem, dass Techniken aus Therapieverfahren, z. B. aus der Hypnopschotherapie von Heilpraktiker*innen im Rahmen einer Traumatherapie angewandt werden.

Es sind hier dringend gesetzliche Nachbesserungen notwendig, die es Patient*innen einfacher machen, Psychotherapieangebote approbierter Kolleg*innen und die Angebote von Heilpraktiker*innen für Psychotherapie zu unterscheiden, um selbstbestimmt und informiert entscheiden zu können. Denn Hilfesuchende können sich in der Behandlung durch Heilpraktiker*innen nicht auf eine Kammeraufsicht, Berufsordnung, wissenschaftlich abgesicherte Vorgehensweisen und Beschwerdemanagement verlassen. Genau dies ist vielen Anfragenden nicht bewusst. Die jetzigen Regelungen gefährden damit das Wohl von Patient*innen. Nur durch klare gesetzliche Reformen ist diese zu gewährleisten.

Zum Heilpraktikerwesen im Saarland:
www.regionalverband-saarbruecken.de/fileadmin/RVSB/Verwaltung/Recht_Ordnung/Kreispolizeibehoerde/Heilpraktikerwesen/Heilpraktikerueberpruefung_Merkblatt.pdf

Zur Vollbild- Recherche:
www.tagesschau.de/investigativ/swr/vollbild-heilpraktiker-101.html

Die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer:
www.bptk.de/heilpraktikerinnen-in-der-kritik/

Zum Rechtsgutachten Heilpraktikerrecht:
www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Rechtsgutachten_Heilpraktikerrecht_April_2021.pdf

Susanne Münnich-Hessel
 Vizepräsidentin der PKS

Frau, Leben, Freiheit – iranische Frauen im Exil im Saarland: bedroht, betroffen, belastet, solidarisch

Im Iran starb am 18. Dezember 2022 Mahsa Jian Amiri, nachdem sie von der Sittenpolizei festgenommen worden war wegen der Nichtbeachtung der Kleidungsvorschriften für Frauen in der islamischen Republik. Seitdem demonstrieren iranische Frauen und Männer im Iran gegen das Regime. Das

Regime reagiert mit Gewalt. Demonstrierende, darunter auch Kinder, werden von „Ordnungskräften“ geschlagen, verletzt und getötet. Sie werden eingesperrt und im berüchtigten Gefängnis inhaftiert, gefoltert und vergewaltigt. In Schnellgerichten werden Menschen verurteilt, die Todesstrafe wird verhängt

und wurde schon mehrfach vollstreckt. Die Welt schaut zu, protestiert und verhängt Sanktionen. Vorherrschend ist allerdings die Hilflosigkeit angesichts der Geschehnisse im Iran, verbunden mit der Hoffnung auf ein gutes Ende für die Einzelnen und für das Land.

Im traditionellen Harvard-Trauma-Fragebogen werden bezogen auf traumatische Ereignisse drei Kategorien unterschieden, nämlich „selbst erfahren“, „selbst gesehen/Zeuge geworden“ und „gehört davon“. In der heutigen Zeit der sozialen Medien und Netzwerke werden Menschen weltweit Zeug*innen der Gewalt, hören davon und sehen sie in den Medien und auf Filmen, die vor Ort mit dem Handy gemacht werden. Es ist kaum möglich, sich dem zu entziehen. Es ist kaum möglich, nicht berührt zu werden. Und wenn man berührt ist, fühlt man sich oft hilflos und ausgeliefert. Hilflos ist der*die Zuschauer*in dann genauso wie die betroffenen Menschen vor Ort, ja manchmal noch hilfloser, da sie sich nicht einmal in direkten Protesten äußern können.

Vor diesem Hintergrund ist es nur zu gut nachvollziehbar, wenn die zahlreichen Exil-Iranerinnen und -Iraner in der ganzen Welt ebenfalls protestieren. Sie drücken damit ihre Solidarität aus mit den direkt betroffenen Landsleuten in ihrem Heimatland. Zugleich sind die zahlreichen Veranstaltungen auch in Deutschland und im Saarland Ausdruck der Selbst-Hilfe.

In Saarbrücken fand am 16. Dezember 2022 eine Benefizveranstaltung zugunsten der Menschen statt, die im Iran verletzt wurden und behandlungsbedürftig sind und für deren Familien.

Die Geschehnisse im Iran betreffen uns alle in Deutschland, nicht nur diejenigen, die iranischstämmig sind. Es gibt seelische Belastungen nicht nur bei den

Menschen aus dem Iran, die unter uns wohnen. Ein Gefühl von Bedrohung und Hilflosigkeit haben auch viele andere in der Bevölkerung in Deutschland. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Saarland bemerken das bei ihren Patientinnen und Patienten. Besonders bemerken es natürlich iranischstämmigen Therapeutinnen bei den Patientinnen und Patienten aus dem Iran. Die Gewalttaten im Iran betreffen uns auch hier. Auch unsere Patientinnen und Patienten sind davon belastet. Direkt oder indirekt sehen sie sich einer „Welt aus den Fugen“ gegenüber, die bedrohlich geworden ist. Die Berichte aus dem Iran kommen hinzu zu den Berichten aus der Ukraine, die wir hier in Deutschland hautnah von den zu uns geflüchteten ukrainischen Frauen erhalten. Menschen- und Frauenrechte gehen uns alle an. Sie bedroht zu sehen, ist nicht nur eine Frage des Rechts, sondern äußert sich auch in psychischen Belastungen.

Veranstaltungen wie die Benefizveranstaltung am 16. Dezember 2022 wirken der erfahrenen Hilflosigkeit entgegen. Sie ermöglichen den Aktivistinnen und Aktivisten bei Vorbereitung und Durchführung das Erleben von Gemeinsamkeit. Die Teilnahme von Politikerinnen und Politikern (in einer früheren Veranstaltung am 19. November 2022 die Bundestagsabgeordnete Josephine Ortleb und die Landtagspräsidentin Heike Becker, bei der Benefizveranstaltung am 16. Dezember 2022 der Regionalverbandsdirektor Peter Gillo), ja von der saarländischen Bevölkerung generell sind eine weitere Unterstützung.

In der Psychotherapie von traumatisierten Gewaltopfern hat die „testimony therapy“ ihren festen Platz. Zeugnis abzulegen von dem, was an Schrecklichem passiert im Iran, und von dem, was man selbst stellvertretend hier erlebt, ist ein wichtiger Aspekt dieser Benefizveranstaltung. Als Ausdruck der Solidarität, als Ausdruck von Betroffenheit und Selbstbetroffenheit, wird die Vereinzelung überwunden und es entsteht neue Hoffnung. Mit iranischen Frauen wird beim PSZ des DRK in Lebach eine Kunsttherapiegruppe durchgeführt, deren Leiterin auch bei der Vorbereitung der Benefizveranstaltung beteiligt war.

An der Veranstaltung nahm als Psychologe und Therapeut auch Selim Thabti teil, als Vertreter des psychosozialen Zentrums des DRK. Beim DRK ist auch der Arbeitskreis „interkulturelle Psychologie und Psychotherapie“ der PKS angesiedelt.

Als Psychotherapeut*innen im Saarland, egal ob hier geboren oder anderswo, nehmen wir Anteil an dem Leiden der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Es belastet auch uns und viele unserer Patient*innen hier, für Exiliraner*innen, aber auch alle anderen, für die wieder einmal wie durch Corona zuvor die Welt unsicherer geworden ist.

Wolf B. Emminghaus,
PP, AK interkulturelle Psychologie und
Psychotherapie, bis 2015 Leiter des
DRK-PS für ausländische Flüchtlinge

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Silke Wendels, Christian Lorenz, Lisa Zender

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/9545556
Fax: 0681/9545558
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleg*innen,



es herrscht weiter Krieg. In der Ukraine und an vielen anderen Orten in der Welt. Der Klimawandel wird zunehmend deutlich und bedroht die Menschheit insgesamt und viele Menschen ganz besonders.

Eigentlich könnte ich nun aufhören zu schreiben. Alles Weitere scheint belanglos.

Aber vielleicht auch nicht. Vielleicht sind es ja die all-

täglichen Aktivitäten, das Arbeiten an Zielen, die Umsetzung von Werten, welche dazu beitragen, kleine und große Änderungsprozesse anzustoßen. Daher nun ein paar Informationen aus der PKSH.

Diese ersten drei Absätze standen schon im letzten Editorial. Ich werde sie so lange an dieser Stelle wiederholen, bis sich die Wirklichkeit geändert hat.

„Wir müssen sicher noch ein wenig **LAUTER** werden, damit das Projekt nicht den **BACH** runtergeht“. Das war mein Abschlusssatz beim letzten Mal. Er bezog sich auf die Unklarheiten bezüglich der Finanzierung der Weiterbildung der Psychotherapeut*innen.

Nach einem Gespräch mit Vertreter*innen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu den konkreten Vorschlägen der Bundespsychotherapeutenkammer, wie v. a. auch die ambulante Weiterbildungsphase finanziert werden könnte, welches im Januar 2023 stattgefunden hat, ist klar: Wir müssen deutlich **LAUTER** werden! Das Ministerium sieht keinen Handlungsbedarf und keine Notwendigkeit, uns in unserem Anliegen, unseren Kolleg*innen der „nächsten Generation“ den Weg in die Weiterbildung so zu ermöglichen, wie es bei den ärztlichen Kolleg*innen

längst üblich ist, zu unterstützen.

Wir müssen **OBACHT** geben, dass diese Einschätzung aus dem BMG nicht auch die Mitglieder des Bundestags und des Bundesrats sowie die Parteien „infiziert“ und im Rahmen einer konzertierten Aktion offen Einfluss nehmen auf die politische Willensbildung im Interesse unseres Berufsstandes.

Wir sind mit der Umsetzung der neuen Weiterbildung bei uns in Schleswig-Holstein gut vorangekommen. Die Aufsichtsbehörde hat die vorliegende Musterweiterbildungsordnung der BPtK schon mal vorab geprüft und Anregungen für Veränderungen gegeben. Auch der Weiterbildungsausschuss der PKSH hat die für Schleswig-Holstein angepasste Vorlage überprüft und wenige, aber durchaus sehr bedeutsame Änderungen beschlossen. Nach erneuter Prüfung kann dann der Entwurf in der Kammerversammlung im Juni erstmals diskutiert werden. Wir hoffen, dass eine Verabschiedung der Weiterbildungsordnung für Schleswig-Holstein in der Kammerversammlung im November erfolgen wird.

Ich war im Januar zu einer Vorlesung zu „berufspolitischen Fragen“ für die Studierenden im Masterstudiengang „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ in Lübeck eingeladen und war schwer beeindruckt: Da saßen sehr engagierte Studierende mit vielen Fragen, mit hohem Engagement, die sich freuen, den Beruf der*des Psychotherapeut*in ausüben zu dürfen. Und im Februar gab es ein Präsenztreffen der Psychotherapeut*innen mit Leitungsfunktionen in Kliniken. Auch diese waren sehr daran interessiert, ihre Kenntnisse und Erfahrungen im Rahmen der neuen Weiterbildung einzubringen. Und immer wieder melden sich niedergelassene Kolleg*innen mit der Frage, was sie tun müssen, um Weiterbildungsbefugte werden zu können.

Es könnte also losgehen – wir werden die Hindernisse schon aus dem Weg räumen.

In diesem Sinne!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. phil. Clemens Veltrup
Präsident

Bericht von der 62. Kammerversammlung

Am 08.02.2023 fand die 62. Sitzung der Mitglieder der Kammerversammlung der PKS SH statt. Auf der Tagesordnung standen neben Berichtspunkten die Änderung von Satzungen/Ordnungen, Informationen zum aktuellen Stand der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen, die Wahl einer/eines zusätzlichen Delegierten für den DPT sowie Ankündigungen zum 8. Norddeutschen Psychotherapietag Anfang Juli in Kiel.

Die Sitzung begann wie üblich mit dem Bericht des Vorstands über die seit der letzten Kammerversammlung stattgefundenen Terminen/Aktivitäten auf Bundes-, Landes- und Kammerebene. In den letzten drei Monaten hat es eine Vielzahl von Terminen zur neuen Weiterbildungsordnung gegeben, daneben weitere Veranstaltungen wie zum Beispiel einen Fachtag „Gender und Psychotherapie“ der BPtK, den 41. Deutschen Psychotherapeutentag Mitte November 2022 in Berlin sowie eine eineinhalbtägige Sitzung des Länderrats Anfang Dezember vergangenen Jahres. Weitere Themen waren unter anderem Tagungen, die Gleichstellungskommission und eine erneute Sitzung der einmal jährlich stattfindenden Berufsrechtskonferenz der Landespsychotherapeutenkammern. Die BPtK bot außerdem einen Delegiertenworkshop zum Thema „Videobasierte Psychotherapie“ an und hat eine sogenannte Klimainitiative gestartet, die einen Round table zur Klimakrise im Frühjahr 2023 vorbereiten soll.

Auf Landesebene sind ein weiteres Treffen der PSNV-Landeskonferenz zu nennen, der Neujahrsempfang der Landesregierung, an dem der Präsident teilgenommen hat sowie die jährliche Mitgliederversammlung der IDH, einem Zusammenschluss der Kammern der akademischen Heilberufe sowie von KVSH, KZVSH und Apothekerverband. In dieser Organisation liegt der Vorsitz im laufenden Jahr bei der PKS SH.

Die Kammer selber hat zum zweiten Mal zu einem Treffen aller neuen Mit-

glieder des vergangenen Jahres eingeladen. Dieses wurde in Form einer Videokonferenz durchgeführt und stieß auf gute Resonanz. Außerdem gab es erstmals ein Präsenztreffen der leitenden Psychotherapeut*innen Anfang Februar in Neumünster.

Der Geschäftsführer ging in seinem Bericht auf ein in der Geschäftsstelle durchgeführtes Audit ein, informierte über den aktuellen Stand zur Einführung eines Dokumentenmanagementsystems und teilte Einzelheiten zu einem Einbruch in die Geschäftsstellenräume Anfang dieses Jahres mit. Der entstandene Schaden durch entwendete bzw. beschädigte Gegenstände beläuft sich auf einen niedrigen vierstelligen Betrag. Die Regulierung des Schadens über die Versicherung ist in die Wege geleitet.

Herr Wohlfarth gab sodann einen vorläufigen Überblick über das Ergebnis der Jahresrechnung 2022 und stellte wie jedes Jahr an dieser Stelle einige Zahlen aus der Mitgliederverwaltung dar: Entwicklung der Kammermitglieder, ausgestellte Fortbildungszertifikate sowie Anzahl und Ausgang von Beschwerdoverfahren.

Unter dem TOP „Berichte aus den Ausschüssen“ trug Frau Ernst als Sprecherin des PTI-Ausschusses zu einem Treffen des PTI-Ausschusses der BPtK sowie Vertreter*innen der LPK vor und stellte außerdem die Frage, wie die Kammerversammlung zu einer Informationsveranstaltung für angestellte Kammermitglieder zu Fragen des Tarifrechts steht. Sofern hier nicht einseitig Interessen vertreten werden, stieß diese Idee auf Zustimmung. Herr Dr. Veltrup berichtete abschließend zu diesem TOP kurz über zwei Sitzungen des Weiterbildungsausschusses der PKS SH. Dieser hat sich sowohl mit der aktuellen als auch der neuen Weiterbildungsordnung befasst.

Unter dem TOP „Änderung von Satzungen“ stimmte die Kammerversammlung einer Änderung der aktuellen Weiterbildungsordnung für PP/KJP zu,

mit der im Bereich B III/Sozialmedizin die Möglichkeit eröffnet wird, in einem Übergangszeitraum die Zusatzbezeichnung auch durch den Nachweis einer mindestens vierjährigen praktischen Tätigkeit in einer entsprechenden Einrichtung zu erwerben. Außerdem wurde die Fortbildungsordnung an zwei Stellen an den neuen Beruf „Psychotherapeut*in“ angepasst.

Herr Dr. Veltrup gab sodann einen Überblick zum aktuellen Stand der Erarbeitung einer Weiterbildungsordnung für diejenigen Mitglieder, welche nach dem Abschluss des seit 01.09.2020 neu eingeführten Studienganges „Klinische Psychologie/Psychotherapie“ und erfolgreicher Approbationsprüfung in ihre Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen starten. Die derzeitigen Planungen gehen von einer ersten Lesung dieser Satzung auf der nächsten Kammerversammlung im Juli und der Verabschiedung auf der übernächsten Kammerversammlung Anfang November 2023 aus. Ungesichert ist leider immer noch die Finanzierung dieser Weiterbildung, insbesondere im Bereich der stationären Psychiatrie/Psychosomatik und der ambulanten Psychotherapie, aber auch im institutionellen Bereich.

Durch die sich in den einzelnen Landes-kammern unterschiedlich vollziehende Entwicklung der Mitgliederzahlen entsendet die PKS SH in diesem Jahr eine zusätzliche Delegierte bzw. einen Delegierten zum DPT, insgesamt also sieben. Insofern war eine entsprechende Nachwahl vorzunehmen. Gewählt wurden einstimmig Herr Dr. Björn Riegel als Delegierter sowie Frau Hannah Schmale als Stellvertreterin.

Der Präsident gab abschließend einen kurzen Ausblick auf den am 01.07.2023 in Präsenz geplanten 8. Norddeutschen Psychotherapietag in Kiel und benannte einige der Themen sowohl von Vorträgen als auch von Workshops. (MW)

41. Deutscher Psychotherapeutentag in Berlin

Sechs Delegierte der Kammerversammlung und Michael Wohlfarth als Geschäftsführer der PKS SH nahmen am 41. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) vom 18. bis zum 19. November 2022 in Berlin teil.

Ein wichtiges Thema war erneut die Umsetzung der Weiterbildung, v. a. auch die Finanzierung.

Ein weiteres Thema war die Klimakrise, die uns als Psychotherapeut*innen nicht nur als „Betroffene“, sondern auch als Profession vermutlich zunehmend beschäftigen wird. Prof. Dr. Gerhard Reese, Leiter des Studiengangs „Mensch und Umwelt: Psychologie, Kommunikation, Ökonomie“ hielt dazu einen eindrücklichen Vortrag mit dem Titel „Wie kann die Psychologie zur Bewältigung globaler Krisen beitragen?“ Bei der Flutkatastrophe in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen, so berichteten die Kolleg*innen, haben viele Betroffenen vor Ort psychotherapeutische Hilfe dringend benötigt.



Delegierte 41. DPT: B. Ernst, J. Albers, Dr. C. Veltrup, D. Schulz-Wüstenberg, H. Borchers und H. Mermer
Foto: H. Peper

Im Rahmen einer Festveranstaltung am Vorabend des DPT am 17. November 2022 erhielt Frau Dr. Christina Tophoven den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft 2022 für ihr langjähriges Engagement als Geschäftsführerin beim Aufbau und

der Etablierung der Bundespsychotherapeutenkammer.

Seit Januar 2023 ist die Aufgabe von Frau Dr. Ilona Köster-Steinebach übernommen worden, die sich auf dem DPT den Delegierten vorstellte. (CV)

Neumitgliedertreffen 2023

Am 1. Februar 2023 fand das diesjährige Neumitgliedertreffen statt. Schon im letzten Jahr wählten wir für diese Veranstaltung das Format einer Videokonferenz, was überwiegend positiv bewertet wurde. Daher entschieden wir uns erneut dafür.

Es nahmen 24 Neumitglieder an dieser Viko teil, überwiegend Psychotherapeut*innen in Ausbildung. Zwei Teilnehmende waren aus privaten Gründen in den „echten Norden“ umgezogen.

Dr. Clemens Veltrup begrüßte die Teilnehmenden und wies auf die aktuell besondere Situation hin, dass ab dem nächsten Jahr nicht nur Psychotherapeut*innen in Ausbildung, sondern auch approbierte Psychotherapeut*innen zu den Mitgliedern der PKS SH gehören werden, die dann hoffentlich „problemlos“ mit ihrer Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen in Schleswig-Holstein beginnen können.

Er stellte dann das Organigramm der PKS SH vor und betonte dabei v. a. das Prinzip der Selbstverwaltung. Die Kammer mit ihren Gremien hat als Körperschaft öffentlichen Rechts laut Heilberufekammergesetz die zentrale Aufgabe „an der Erhaltung eines sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Berufsstandes mitzuwirken, insbesondere durch Förderung der beruflichen Fortbildung und der Qualitätssicherung im Gesundheits- oder Veterinärwesen“ (§ 3 Absatz 1 Nr. 1 HBKG). Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ist die Arbeitsgemeinschaft der 12 „regionalen“ Psychotherapeutenkammern. Dr. Veltrup wies im Zusammenhang mit den Mitgliedsbeiträgen der Psychotherapeut*innen in Ausbildung darauf hin, dass die Höhe dem Betrag entspricht, den die PKS SH jährlich pro Mitglied an die BPTK entrichtet.

Michael Wohlfarth als Geschäftsführer der PKS SH berichtete über die konkreten Aufgaben der Geschäftsstelle und stellte dann vor, mit welchen zentralen Kooperationspartnern die PKS SH zusammenarbeitet. Dabei ist natürlich das Ministerium für Justiz und Gesundheit in Schleswig-Holstein als Aufsichtsbehörde von zentraler Bedeutung. Aber auch die Interessengemeinschaft der Heilberufe, deren Vorsitzender in diesem Jahr der Präsident der PKS SH ist, stellt ein Forum dar, in dem gemeinsame Interessen formuliert werden, die dann auch gegenüber der Politik vertreten werden.

Daniela Herbst, Vizepräsidentin der PKS SH, berichtete dann noch über das Vorgehen bei der Anerkennung von Fortbildungen und betonte, dass in Schleswig-Holstein auch gerade die Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) in der Kammer sehr aktiv sind,

sowohl als Mitglieder der Kammerversammlung und der Ausschüsse, als auch als Migrationsbeauftragter und

als Sprecher*innen der PiA auf Landes- und Bundesebene.

Mit wenigen Nachfragen wurde die Veranstaltung nach etwa 60 Minuten beendet. (DH)

Erster Stammtisch leitender Psychotherapeut*innen

Für Donnerstag, den 2. Februar 2023, lud der Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ zu einem ersten Stammtisch leitender Psychotherapeut*innen in das Restaurant Kontraste in Neumünster ein. In gemütlicher Atmosphäre trafen sich etwa 20 Mitglieder der PKSH und traten in fachlichen Aus-

tausch. Neben dem Präsidenten Dr. Clemens Veltrup nahmen für den PTI-Ausschuss Birte Ernst (Sprecherin des Ausschusses) und Dr. Claudia Overath teil.

Falls Sie als leitende Psychotherapeut*in tätig sind und über Aktivitäten des PTI-

Ausschusses informiert werden möchten, kontaktieren Sie uns über folgende E-Mail-Adresse:
pti-ausschuss@pksh.de. (DH)

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Spletzer, Dr. Frank
geb. 16.04.1940, Radolfzell am Bodensee
verst. 07.11.2022, Kiel

Köhler, Paul-Michael Maria
geb. 01.08.1954
verst. 21.11.2022, Lübeck

Kühl, Inga
geb. 10.06.1940, Remscheid
verst. 16.01.2023, Weesby

Götze, Gerhild
geb. 02.12.1952
verst. 05.02.2023, Büdelsdorf

Redaktion

An den Texten dieser Ausgabe wirken mit: Dr. Clemens Veltrup, Daniela Herbst, Michael Wohlfarth.

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/66 11 990
Fax: 0431/66 11 995
Mo., Mi. und Fr.: 09.30–11.30 Uhr
Di.: 08.00–10.00 Uhr
Do.: 12.00–14.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg

Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr,
13.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Hamburg

Weidestr. 122c
22083 Hamburg
Tel. 040/226226-060
Fax 040/226226-089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Goyastr. 2d
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr und
12.30 – 15.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bayern

Birketweg 30
80639 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 14.00 – 15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Hessen

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9–11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 13.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0
Fax 030/887140-0
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/954555-6
Fax 0681/954555-8
Mo, Di, Do 9.00 – 12.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/277200-0
Fax 0421/277200-2
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 12.00 Uhr
Mi 13.00 – 15.00 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo, Mi, Fr 9.30 – 11.30 Uhr
Di 8.00 – 10.00 Uhr
Do 12.00 – 14.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Bitte beachten Sie, dass die telefonischen Sprechzeiten aufgrund der aktuellen Corona-Situation von den hier angegebenen abweichen können.

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeut*innen verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Psychotherapeutenkammer Bayern
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg),
Dr. Judith Arnscheid (Baden-Württemberg),
Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Prof. Dr.
Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des
Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin),
Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Christoph
Sülz (Bremen), Torsten Michels (Hamburg),
apl. Prof. Dr. Regina Steil (Hessen), Dr.
Heike Winter (Hessen), Holger Grotjohann
(Niedersachsen), Jörg Hermann (Nieder-
sachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-West-
falen), Dr. Andrea Walter (OPK), Dr. Sabine
Ahrens-Eipper (OPK), Dr. Andrea Dinger-
Broda (Rheinland-Pfalz), Susanne Münnich-
Hessel (Saarland), Jens J. Müller (Schles-
wig-Holstein), Dr. Björn Riegel (Schleswig-
Holstein).

Redaktion

Matthias Schmid M. A., Redakteur (V.i.S.d.P.)
Psychotherapeutenkammer Bayern
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-26
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournal erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung

ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

22. Jahrgang, Ausgabe 1/2023

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Bonifatius GmbH
33100 Paderborn

Papier

100 % Recyclingpapier von Steinbeis



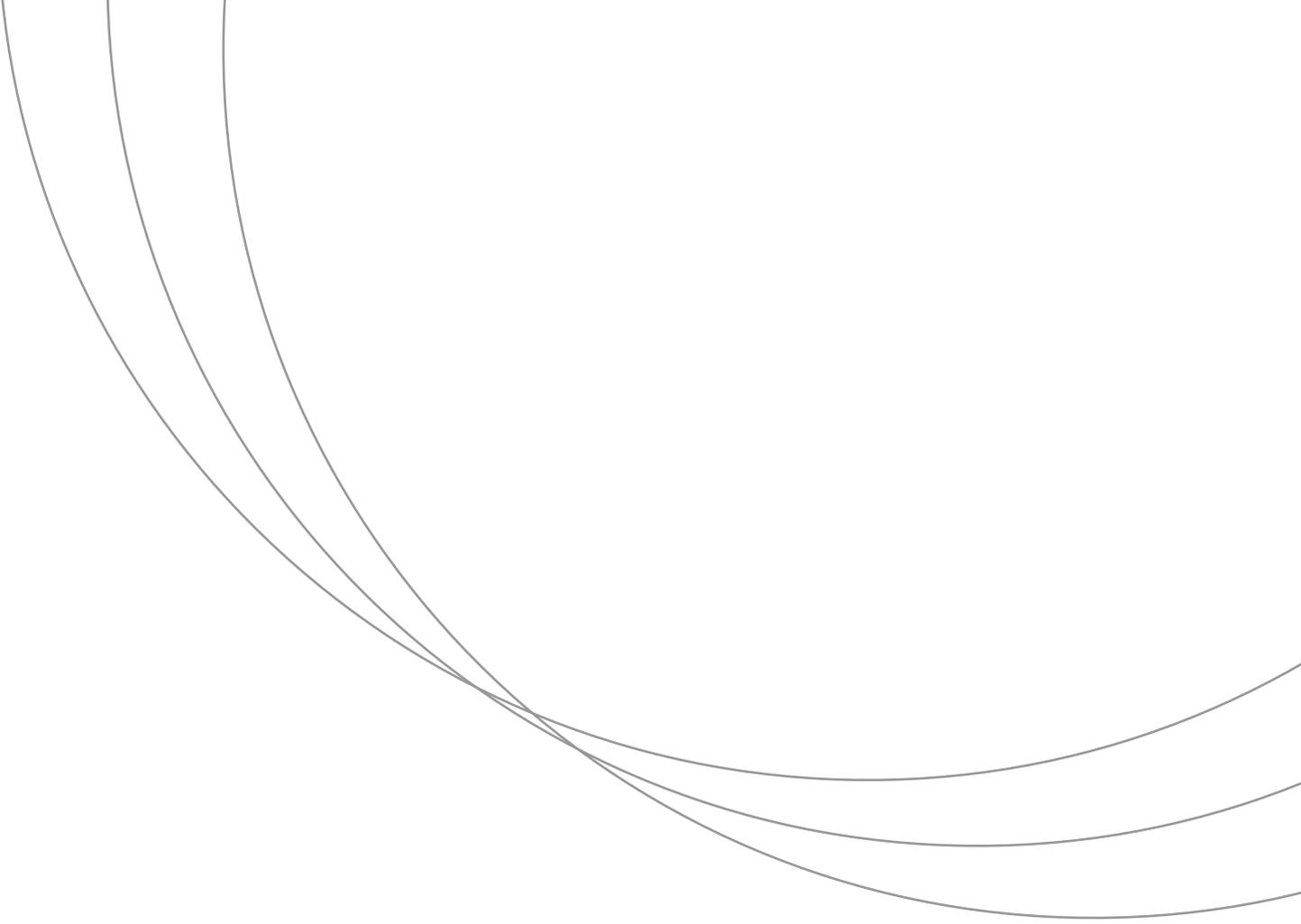
Manuskripte

Einreichungsschluss für Ausgabe 3/2023 ist der 7. Juni 2023 und für Ausgabe 4/2023 der 6. September 2023. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 2007), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Mit jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern, eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) sowie eine Auflistung von ca. fünf thematischen Stichworten zu übermitteln. Der Titel, die Zusammenfassung und die Keywords sollten auch in englischer Übersetzung vorgelegt werden. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





www.psychotherapeutenjournal.de

