

Psychotherapeuten journal

- Die Macht der Diagnosen – Looping-Effekte und die Folgen für die Psychopathologie
- Neuropsychologische Psychotherapie im Approbationsstudium – Quo vadis?
- Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung – Offene Einstiegsmöglichkeiten aus verhaltenstherapeutischer Sicht
- Zwangsstörung bei Erwachsenen: Frei verfügbare Diagnoseinstrumente
- Von hartnäckigen Fiktionen und unbequemen Wahrheiten über die Dissoziative Identitätsstörung: Ein Faktencheck aus wissenschaftlicher Perspektive

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,

Donald Trump erneut zum Präsidenten der USA gewählt, anhaltende Kriege in der Ukraine und außerhalb Europas, Erstarren rechtspopulistischer Kräfte auch in Deutschland, gesellschaftliche Spaltungsprozesse, vorzeitiges Ende der „Ampel“-Regierung, verheerende Umweltkatastrophen usw.

Dies zeigt nur beispielhaft die großen globalen Herausforderungen, die politischen und gesellschaftlichen Umbrüche wie auch die damit einhergehenden ökologischen Krisen, mit denen wir konfrontiert sind.

Die Lage erscheint so unwirklich wie unvorhersagbar und man ist vielleicht versucht, bei dem ganzen Kaleidoskop erschütternder Ereignisse einfach nur noch teilnahmslos zu- oder sogar wegsehen zu wollen.

Aber auch wenn man den Blick von der beschriebenen Makro- auf die Mikroebene der Psychotherapie richtet, könnten die Versuchung der Teilnahmslosigkeit oder Vermeidungstendenzen ihren Widerhall finden. So fordert uns gerade die Einführung der ePA, die immer noch nicht stehende Finanzierung der Weiterbildung mit der damit einhergehenden Ungewissheit über die Zukunft unseres Berufsstandes, die weiterhin mangelhafte Bedarfsplanung usw. Man könnte den Eindruck gewinnen, die To-Do-Liste an Aufgaben und ungelösten Problemen wirkt verstärkend auf den Engpass in der Versorgung ein.

Dennoch sollten wir trotz oder gerade wegen dieser Widrigkeiten nicht vergessen, warum wir diesen Beruf für uns gewählt haben, weiter die Faszination für die individuelle Entwicklung des Menschen beibehalten und eine



Bereicherung in der Begleitung dieser Prozesse erleben. Daraus resultieren immer wieder aufs Neue besondere Erfahrungen, Begegnungen und darüber hinaus auch unerwartete Erkenntnisse, die bisweilen sowohl für Behandelnde als auch für Patient*innen gewinnbringend sein können.

Die Auseinandersetzung, die den Beiträgen auch der vorliegenden Ausgabe zugrunde liegt, zeigt immer wieder die nicht enden wollende Neugier unserer Berufsgruppe auf den Menschen. So könnte man – frei nach Gregory Bateson und im Sinne der lösungsfokussierten Therapie – sagen: „Der Unterschied, der den Unterschied macht, ist Neugier.“

Trotz der beschriebenen schwierigen Entwicklungen in der Welt bleibt die Neugier unser Kompass und die treibende Kraft unseres Handelns. Sie lässt uns innehalten, hinterfragen und neue Perspektiven entdecken.

Daraus folgernd wäre doch die Frage zu stellen: Was hilft uns Psychotherapeut*innen dabei, weiterhin neugierig zu bleiben? Eine erste Antwort könnte in unserer Faszination für menschliches Wachstum und in der Erfahrung sich immer wieder neu erschließender Erkenntnisse zu finden sein.

Daher sollten wir nicht müde werden, uns weiterhin überraschen zu lassen, und uns offen zeigen für Möglichkeiten der Entwicklung.

Und es muss nicht beim bloßen Reflektieren und Reagieren bleiben. Vielmehr sollten wir auch aktiv die eigenen Potenziale nutzen, um unsere Patient*innen bei der Annahme und Bewältigung der äußeren Herausforderungen zu unterstützen. Zugleich sollten wir als Profession unsere Möglichkeiten dafür ausloten, unsere Expertise auch in gesellschaftliche Prozesse einzubringen.

Es ist nicht immer leicht, in diesen Zeiten Neugier und auch Zuversicht zu bewahren und sich nicht von der allgemeinen Verunsicherung und Stagnation im Problemdenken leiten zu lassen. Umso mehr sollte jede*r von uns sorgsam achtgeben auf den Erhalt der Neugier als innerer Orientierung und Verantwortung. Wir sind uns sicher, dass die Artikel wie auch die Berichte der Landeskammern in dieser Ausgabe einen gelungenen Beitrag zur Erweckung bzw. Aufrechterhaltung dieser Neugier leisten.

Sie sind bereits am Lesen und, wie wir hoffen, im besten Sinne neugierig auf das, was kommt!

*Jörg Hermann & Holger Grotjohann
(Niedersachsen)
Mitglieder des Redaktionsbeirats*

Inhalt

Originalia

4

Thorsten Padberg

Die Macht der Diagnosen. Looping-Effekte und die Folgen für die Psychopathologie

Psychologische Kategorien unterliegen Looping-Effekten, der Austausch zwischen Betroffenen, Ärzt*innen und Medien verändert ihre Bedeutung. Dies kann sowohl die gesellschaftliche Wahrnehmung als auch das individuelle Selbstbild beeinflussen. Dies erschwert ggf. die Behandlung, während konstruktivere Beschreibungen für Verständnis und Bewältigung gefragt wären.

12

Mathias Klinghammer, Patrizia Thoma & Jutta Billino

Neuropsychologische Psychotherapie im Approbationsstudium – Quo vadis?

Neuropsychologische Psychotherapie ist verbindlich in der reformierten Approbationsordnung für Psychotherapeut*innen vorgesehen. Aufgrund fehlender struktureller und personeller Grundlagen muss hierfür grundsätzliche Aufbauarbeit bei der Entwicklung geeigneter Lehrkonzepte geleistet werden. Der Artikel gibt Umsetzungsbeispiele, wie dabei mit verschiedenen Herausforderungen umgegangen und Studierenden eine hochwertige und attraktive neuropsychologische Lehre angeboten werden kann.

22

Angela Schrameier

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung. Ein offener Einstieg in die Gruppenpsychotherapie aus verhaltenstherapeutischer Sicht

Das neu geschaffene, zusätzliche Angebot der „Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung“ ermöglicht therapiebedürftigen Menschen, die Gruppentherapie unverbindlich kennenzulernen. Dieser Artikel beschreibt Strukturen für erste Gruppenstunden, die Hemmschwellen abbauen und Zuversicht in eine gelungene Gruppenpsychotherapie der individuellen Erkrankung hervorrufen sollen.

28

Barbara Cludius, Jan C. Cwik, Jakob Fink-Lamotte, Melanie S. Fischer, Franziska Kühne, Celina L. Müller, Tatjana Paunov & Tilo Zotschew

Zwangsstörung bei Erwachsenen: Frei verfügbare Diagnoseinstrumente

In diesem Artikel werden verschiedene kostenfrei verfügbare Instrumente für eine angemessene Eingangs- und Verlaufsdiagnostik bei der Zwangsstörung im Erwachsenenalter vorgestellt. Die Auswahl umfasst Fragebögen und Interviews für Screening, Diagnosestellung, Schweregradeinschätzung, Verlaufsdiagnostik sowie die Erhebung weiterer Aspekte, wie der Lebenszufriedenheit und Familienakkommodation.

37

Philipp Herzog, Tim Kaiser & Rafaële J. C. Huntjens

Von hartnäckigen Fiktionen und unbequemen Wahrheiten über die Dissoziative Identitätsstörung: Ein Faktencheck aus wissenschaftlicher Perspektive

Der Artikel beleuchtet aus wissenschaftlicher Sicht gängige Annahmen in der klinischen Praxis über die Dissoziative Identitätsstörung (DIS). Das Störungsbild wird vorgestellt, bevor verbreitete Irrtümer gegen die aktuelle Evidenzlage kontrastiert werden. Dabei führen wir die wichtigsten theoretischen Modelle zur Erklärung der DIS auf, zeigen Behandlungsmöglichkeiten auf und geben Empfehlungen für die Praxis.

Rezensionen

48 Kinderpsychoanalytikerinnen als „Ersatzmütter“

Eine Rezension von Christa Rohde-Dachser: Ludwig-Körner, C. (2022). Und sie fanden eine Heimat. Zum Leben und Wirken der Mitarbeiterinnen von Anna Freud.

49 Psychotherapie erfolgreich gestalten: Forschungsergebnisse für die eigene Praxis nutzen

Eine Rezension von Daniel Jäger: Gmelch, M. (2024). Psychotherapie von Anfang bis Ende. Schritt für Schritt durch den therapeutischen Prozess.

50 Warum es besser ist, Gutes zu erwarten

Eine Rezension von Wolfgang Schmidbauer: Haghiri, S. (2024). Mit Nachsicht. Wie Empathie uns selbst und vielleicht sogar die Welt verändern kann.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

56 Bundespsychotherapeutenkammer

61 Baden-Württemberg

65 Bayern

69 Berlin

73 Bremen

76 Hamburg

80 Hessen

82 Niedersachsen

86 Nordrhein-Westfalen

90 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

94 Rheinland-Pfalz

98 Saarland

100 Schleswig-Holstein

1 Editorial

51 Leserbrief und Replik

104 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A16 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

Die Macht der Diagnosen

Looping-Effekte und die Folgen für die Psychopathologie

Thorsten Padberg

Zusammenfassung: Psychische Diagnosen werden durch sogenannte Looping-Effekte beeinflusst: Der Austausch zwischen Betroffenen, Ärzt*innen und Medien verändert die Begriffe selbst und die Wahrnehmung der Klient*innen. Neue Symptome wie „mangelnde Objektpermanenz“ bei ADHS entstehen oft außerhalb wissenschaftlicher Diskurse, etwa durch Influencer*innen. Diese Entwicklungen führen manchmal zu erhöhter emotionaler Fragilität. Studien zeigen, dass nicht jede Diagnose hilfreich ist: Menschen mit leichteren Symptomen, die diagnostiziert wurden, berichten von negativeren Verläufen als unbehandelte Personen. Kritik richtet sich an die Fixierung auf Krankheitskategorien, die zwar Aufmerksamkeit schaffen, aber die Bewältigung oft erschweren. Stattdessen sollten dynamische Verstehensansätze gefördert werden, die Handlungsmöglichkeiten und ein tieferes Selbstverständnis betonen.

Le Roy, upstate New York

Lassen Sie uns ein paar Jahre zurückgehen. Es ist Ende 2011, als die 16-jährige Thera Sanchez auffällig wird. Das Internet spielt noch keine ganz so große Rolle wie heute. Thera ist keine Influencerin, sie hat keine Follower*innen. Wenn sie später in den Medien auftritt, geht es nicht darum, irgendetwas zu verkaufen oder zu vermarkten. Thera will nichts erklären oder vermitteln. Sie will nur Hilfe. Thera geht es nicht gut. Sie will Hilfe für ein Problem, bei dem ihr bisher niemand helfen konnte. Thera hat Tics. Tics, die ihr Leben so stark beeinträchtigen, dass sie nicht mehr schlafen kann, ihr kein Raum für Freizeit bleibt. Auch ihr Schulabschluss ist gefährdet. Theras Tics sind über Nacht gekommen. Einfach so. Es fing mit Stottern an, dann begannen ihre Hände zu zucken, manchmal ihr ganzer Körper. Seit dieser Nacht wird ihr Körper nicht mehr nur von ihr, sondern auch von Impulsen gesteuert, die jenseits ihrer Kontrolle liegen. Thera braucht Hilfe, niemand weiß, welche.

Ein paar Wochen später, Mitte Januar 2012, hat Thera zwar keine Hilfe gefunden, aber wie man auf dem Nachrichtensender CNN sehen kann, ist sie nicht allein damit. Lydia Parker, eine Freundin von Thera, hat jetzt dasselbe Problem. Sie zuckt und schüttelt sich, aus ihrem Mund kommen Laute, die sie nicht unterdrücken kann. CNN erzählt sie: „Die Neurologen sagen, sie finden nichts. Aber sie suchen weiter.“ Und Lydia ist nicht die Einzige, die inzwischen Theras Problem teilt. In Le Roy, einer kleinen abgelegenen Stadt ganz im Norden des Bundesstaats New York, ist inzwischen ein ganzes Dutzend dieser Fälle bekannt. Nur neun Tage später sind es schon 15, wenig später 20. Theras Tics verbreiten sich wie Windpocken. Eine bunte Gruppe sehr unterschiedlicher Charaktere ist betroffen, doch es gibt auch Gemeinsamkeiten: Fast alle sind Mädchen im Teenager-Alter, nur ein einziger Junge ist darunter sowie eine Frau im Alter von 36 Jahren. Und fast alle gehen in dieselbe Schule.¹

Konversionen

Medizinische Untersuchungen finden keine Ursache für die plötzlich aufgetretenen Tic-Störungen. Doch die Neurologin Jennifer McVige, die einige der Jugendlichen untersucht, stellt sehr bald eine erste Diagnose: „Konversionsstörung“. „Was hier passiert, ist, dass es einen Stressor oder mehrere Stressoren gibt, die eine physische Reaktion im Körper produzieren“, erklärt sie. „Das passiert unterbewusst, niemand tut das mit Absicht.“² Die Konversionsstörung gilt als „Störung aus der Kategorie der Somatoformen Störungen, die durch ein oder mehrere Symptome oder Ausfälle der willkürlichen motorischen oder sensorischen Funktionen gekennzeichnet ist“³. In der ICD-10 fallen sie unter die sonstigen dissoziativen Störungen, ihre Codierung würde F44.82 lauten: „Transitorische dissoziative Störungen in der Kindheit“.⁴

Kaum jemand glaubt der Neurologin. Thera sagt: „Ich kann mir nicht vorstellen, dass das eine Kopfsache ist. Man wacht nicht eines Tages auf und sowas ist plötzlich einfach da.“ Die Umweltaktivistin Erin Brockovich, die durch die Berichterstattung auf den Tic-Ausbruch in Le Roy aufmerksam geworden ist, will sich des Falles annehmen. Sie vermutet, ein Zugangsglück 40 Jahre zuvor in der Nähe kleinen Stadt könnte zu einer Verseuchung des Bodens der Schule geführt haben. Das Leiden der Mädchen sei demnach physiologisch, Folge einer Vergiftung. Das Zugangsglück fand allerdings fast fünf Kilometer von der Schule entfernt statt. Eine Untersuchung

1 Die Geschichte der Tic-Störungen in Le Roy wird im Podcast „Hysterical“ von Dan Tabersky (2024) nacherzählt.

2 CNN. (2012). Anderson Cooper 360° vom 19.01.2012. Online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=JcKL8ihDL2Y> [31.01.2025]. Alle englischsprachigen Zitate wurden vom Autor ins Deutsche übersetzt.

3 <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/konversionsstoerung>.

4 Nach der ICD-11 würde die Codierung 6B6Y lauten.

der Schulleitung hatte Umweltgifte bereits ausgeschlossen, genauso wie Infektionskrankheiten.

Um zu verstehen, was in der kleinen Stadt Le Roy, ganz im Norden des Bundesstaates New York kurz vor der Grenze zu Kanada passiert, benötigen wir eine Grundlage. Ein theoretisches Gerüst, das erklärt, wie aus Tics – seltenen neurologischen Phänomenen, die meist als körperlich und genetisch bedingt gelten – ein psychisches Phänomen wird, das zudem auch noch äußerst ansteckend ist.

Menschenarten

Die Psychologie versteht sich als interdisziplinäres Fach. Um ihren komplexen Gegenstand umfassend beschreiben zu können, braucht es vielfältige Ansätze, doch bleibt es oft bei wenigen Querverbindungen. Am prominentesten ist die Zusammenarbeit mit den Neurowissenschaften. Dabei gibt es mindestens eine weitere Disziplin, die für die Forschung an der Psyche hilfreich sein kann, nämlich die Philosophie.

2012 wurde ein Essay des Sprachphilosophen Ian Hacking in einem schmalen Band mit dem Titel *Menschenarten* mit fast zwanzig Jahren Verzug auch auf Deutsch veröffentlicht. Das darin beschriebene Konzept der „human kinds“ ist schwer zu übersetzen, weswegen die deutsche Buchausgabe zusätzlich den englischen Titel auf dem Cover trägt: „The looping effect of human kinds“, der Looping-Effekt der Menschenarten. Es ist eine kurze Abhandlung über zwei verschiedene Klassen von Konzepten, die voneinander abweichende Eigenschaften aufweisen. Das klingt sehr theoretisch, aber die von Hacking beschriebene Unterscheidung ist für Psycholog*innen äußerst praxisrelevant.

Hacking beschreibt in *Menschenarten* zwei Arten von Kategorien: auf der einen Seite die *natürlichen Arten*, sie beziehen sich auf die unbelebte Welt, auf der anderen die *menschlichen Arten*, sie beziehen sich auf das Verhalten von Menschen. Zentral für unser Anliegen ist der folgende Unterschied: Natürliche Arten sind *indifferent*, während menschliche Arten *interaktiv* sind. Was meint Hacking damit? Die Gegenstände der Welt interessiert es nicht, wenn man sie mit Namen belegt und in Gruppen einsortiert. Einem Tisch ist seine Zuordnung in die Kategorie der Esstische, Holztische, Beistelltische oder vierbeinigen Tische gleichgültig. Auch die meisten Menschen, die davon hören, werden vermutlich kaum starke Reaktionen darauf haben. Entsprechend nennt Hacking die natürlichen Arten indifferent, weil ihnen (und zumeist auch denen, die sie gebrauchen) ihre Verwendung, salopp gesagt, egal ist.

Das ist bei der Einordnung von Menschen in Kategorien, in menschliche Arten, anders. Es ist uns nicht egal, ob wir zu den „weißen, alten Männern“ gezählt werden, ob man uns

„zwanghaft“, „aufmerksamkeitsgestört“ oder „asozial“ nennt. Es macht uns etwas aus, wenn man uns als „wenig selbstbewusst“, „autoritär“ oder „narzisstisch“ beschreibt. All dies sind Kategorien, die uns einer bestimmten Art von Menschen, den „Narzisst*innen“, „den Zwanghaften“ zuordnen, eben einer *human kind*. Und Menschen reagieren auf diese Zuschreibungen. Etwa indem sie bestimmte Verhaltensweisen, von denen sie gehört haben, dass sie als „narzisstisch“ (eine unpopuläre Kategorie) gelten, seltener zeigen oder diese zumindest besser verstecken. Deswegen nennt Hacking die menschlichen Arten interaktiv, auf ihre Anwendung folgt eine Reaktion. Und diese Reaktion besteht, wie wir im Folgenden sehen werden, aus verschiedenen Formen von Rückkopplungsschleifen oder eben: Looping-Effekten.

Sprachphilosophisch ist diese Unterscheidung ein Kraftakt, den Hacking in seinem Text ausführlich begründet. Letztlich macht er damit einfach auf etwas aufmerksam, das offensichtlich ist, jedoch nur selten besonders beachtet wird: „Die Reaktionen von Menschen auf die Versuche, sie zu verstehen

— Für eine sprechende Disziplin wie die Psychotherapie ist besonders die Sprachphilosophie interessant, also die Untersuchung von Begriffen.

oder zu verändern, sind andere als die Reaktionen von Dingen“ (Hacking, 1995a, S. 370).

Hacking (1986, S. 166) meint selbst dazu: „Das ist alles trivial, als es aussieht“. Dennoch ist dies die zentrale Unterscheidung, die Sie aus der Lektüre dieses Textes mitnehmen sollten: Wenn wir Dinge kategorisieren, dann gibt es natürliche Arten, die indifferent sind. Bei ihnen macht es keinen Unterschied, wenn diese Kategorie angewandt und ausgesprochen wird. Und es gibt menschliche, interaktive Arten. Hier macht es einen großen Unterschied, ob darüber gesprochen wird.

Und damit sind wir auf unserem kurzen Ausflug in die Philosophie schon wieder unterwegs Richtung Psychotherapie. Denn über eine bestimmte Art von Kategorien wird in letzter Zeit besonders häufig gesprochen: die Klassifikation psychischer Störungen, wie wir sie in der ICD und im DSM finden. Und bei diesen Störungskategorien entstehen mehrere Arten von Looping- oder Rückkopplungseffekten. Weil Menschen auf ihre Diagnosen reagieren/sie überdenken/sie für sich „verarbeiten“, bewirkt der Erhalt einer Diagnose (oder der Glaube, eine solche Diagnose zu haben) eine Veränderung in der Person.

Looping I: Konversationen von Betroffenen

Über psychische Probleme aufzuklären, ohne dabei den Eindruck zu vermitteln, jedes größere Problem sei automatisch

eine psychische Störung, ist eine Gratwanderung. Es besteht die Gefahr, dass immer mehr negative Gemütszustände und Erlebnisse als potenziell krankhaft eingeordnet werden. In einer Umfrage unter 1.000 jungen Menschen glaubten 68 Prozent, sie hätten aktuell Probleme mit ihrer mentalen Gesundheit oder früher solche gehabt. Aus dieser Gruppe gaben 62 Prozent an, sie hätten diese Probleme bei sich selbst durch Entstigmatisierungskampagnen entdeckt (Banham, 2019).

Auf sozialen Medien trendet aktuell u. a. der Begriff „high functioning anxiety“. Man lernt, welche „drei Dinge“ (oder „fünf“ oder auch „zehn“) auf „hochfunktionale Angst“ hinweisen. Haben Sie hohe Standards und neigen Sie zu Perfektionismus? Dann sind das Zeichen für hochfunktionale Angst. Verbringen Menschen gerne Zeit mit Ihnen, Sie sehen sich selbst dabei aber als „People Pleaser“? Dann sind auch das Zeichen für diese besondere Form der Angststörung. Manche Akteur*innen auf TikTok oder X (ehemals Twitter) beschreiben ein weitgehend normales Leben, dessen Beschwerlichkeiten sie aber für typische Zeichen einer schweren Krankheit halten. Für Autismus, eine Störung, die sich u. a. in Kontaktschwierigkeiten zeigt, sei die Beschäftigung mit „abseitigen“ Hobbys üblich, erklärt seinen zehntausenden Anhänger*innen ein Influencer, der angibt, auch selbst daran zu leiden. Im konkreten Fall gemeint sind: Popmusik, Science-Fiction und der Eurovision Song Contest. Zugleich gelte aber auch, dass man sich sehr für helfende Berufe interessiere, weil man sehr empathisch sei. Dazu passt dann, dass man sich als echte*r Autist*in über falsche Versprechungen ärgere. Wer dagegen gern immer wieder dasselbe Stück Musik höre, erklärt eine andere, der betreibe „Stimming“ also rhythmische Selbststimulation, wie sie typisch für „ADHSler“ sei, die versuchen, das für sie passende Niveau von Reizen herzustellen. Der Alltag wird zur Fundgrube für Krankheitssymptome.

Der Professor für Klinische Psychologie Nicolas Haslam, der an der Universität Melbourne mithilfe von computergestützten Analysen die Verwendung von psychiatrischen Kategorien untersucht, erklärt dazu: „Was wir aus unserer Forschung wissen, ist: Je mehr über diese [psychiatrischen Diagnosen] gesprochen wird, desto ungenauer werden die Begriffe benutzt“ (pers. Mitt.). Immer mehr psychische Notlagen werden nicht nur als belastend, sondern auch als behandlungsbedürftig angesehen. Besonders junge Menschen wachsen heute mit diesen stark erweiterten Krankheitsbegriffen auf, werden sie doch ständig auf sozialen Medien besprochen und wie selbstverständlich auf alle möglichen Gemütszustände angewendet (Cunniffe, 2024; Orben et al., 2024; Tse & Haslam, 2024). Kurzvideos rund um das Thema ADHS auf TikTok verzeichneten im Jahr 2022 über 2,4 Milliarden Aufrufe. Typische Kommentare lauten: „Jetzt, wo ich das gesehen habe, glaube ich, ich habe das auch.“ Oder: „Plötzlich denke ich, ich muss mich mal untersuchen lassen“ (Williams, 2022). Statt zu sagen, ich habe Angst, lernen junge Menschen gerade, sie hätten *Angststörungen*. Statt festzustellen, dass sie auch einmal depressiv sind, lernen sie, dass sie *Depressionen*

haben – also unter einer Erkrankung leiden, die, wie sie dann hören, potenziell tödlich verläuft.

Die Psychologin Lucy Foulkes, die zur psychischen Gesundheit von Jugendlichen an der Oxford University forscht, meint zu alledem: „Hochfunktionale Angst ist keine Diagnose, es ist ein Hashtag“ (Foulkes et al., 2024). Foulkes befürchtet, dass der ständige Hinweis auf die psychische Gesundheit „ironischerweise dazu führt, dass die psychische Gesundheit schlechter wird“. Sie hat drei Schritte beobachtet: Zunächst ein *verbessertes Bewusstsein* für eigene negative Gefühle, wenn diese in Kampagnen und vielen Medien besprochen werden. Dann eine *Überinterpretation*, wenn die Gefühle ausnahmslos als „gefährlich“ oder „krankhaft“ beschrieben werden. Und zuletzt eine *selbsterfüllende Prophezeiung*, wenn es durch die Angst vor der Angst und das deprimierte Betrachten der eigenen Depression den Betroffenen tatsächlich noch schlechter geht als vorher. Der letzte Schritt liefert dann „neues Futter“ für den ersten, und es geht wieder von vorne los: mehr Bewusstsein – Überinterpretation – selbsterfüllende Prophezeiung und immer so weiter. Ein sich selbstverstärkender Kreislauf ist entstanden (Foulkes, 2022).

In eine ähnliche Richtung denkt Professor Haslam: „Wenn man sich selbst als nicht nur ein bisschen traurig und gestresst beschreibt, sondern als jemand, der eine klinische Depression hat, dann glaubt man, dass man weniger Kontrolle darüber hat und es länger anhalten wird. Man hat das Problem durch den Begriff Depression zu einem Ding in der eigenen Person gemacht. Das kann es schlimmer machen, denn man blickt jetzt pessimistischer in die Zukunft.“ Und wenn man anfangs, seine Alltagsorgen als Angststörung anzusehen, könne das dazu führen, dass man Dinge zu vermeiden beginnt, denen man sich besser gestellt hätte: „Diese Vermeidung verschlimmert die Angst. Und so wird dadurch, dass man sich mit so einer Angststörung identifiziert, die Angst schlimmer.“

All dies sollte insbesondere den Verhaltenstherapeut*innen unter uns nicht fremd sein. Denn der geschilderte Ablauf entspricht weitgehend einem Teufelskreis der Angst, wie wir ihn z. B. Patient*innen mit Panikattacken vermitteln. Nur dass dieser hier nicht nur auf Angstsymptome, sondern auf ein breites Spektrum von Symptomen, Verhaltensweisen und Gefühlen angewendet wird.

Fangen die Betroffenen an, online gezielt nach ihren Störungen zu suchen, verstärken die auf solchen Plattformen genutzten Algorithmen diesen Prozess. Er zeigt ihnen immer weitere Beiträge mit ähnlichen Inhalten (Chevalier, 2024).⁵ Daraus entsteht auf TikTok während der Corona-Pandemie, zehn Jahre später und ähnlich wie in Le Roy, eine Welle von selbstdiagnostizierten „Tourette“-Störungen – nur dass die Welle diesmal verstärkt durch das soziale Medium

⁵ 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.

noch deutlich größer ausfällt. Spezialkliniken in Australien, Großbritannien und den USA verzeichnen eine drastische Vervielfachung von Patientenvorstellungen, die keine echte Tourette-Störung aufweisen. Videos mit dem Hashtag *#tourettes* wurden bis 2023 über 7,3 Milliarden Mal angeschaut (Gorayshi, 2023).

Tourette, wie es sich in den Diagnosekatalogen findet, beginnt meist in der frühen Kindheit, betrifft vorwiegend Jungen und zeichnet sich durch individuell ausgeprägte Tics aus (vgl. Ludolph et al., 2012). Das Klientel, das jetzt in den Kliniken gesehen wird, ist überwiegend weiblich, heranwachsend und hat erst kürzlich und plötzlich mit den Tics begonnen. Zudem sind die gezeigten Tics einander sehr ähnlich. So stoßen viele die Worte „Beans“ und „Beetroot“ aus und es wird viel mit der Faust auf die eigene Brust geschlagen. Genauso, wie es auf TikTok zu sehen ist.

Looping II: Konzeptionen von Profis

Inspiziert von den Arbeiten von Ian Hacking hat Professor Haslam von der Universität Melbourne angefangen, sich die interaktiven Menschenarten, wie sie in der Psychologie verwendet werden, genauer anzusehen. Was passiert mit den Fachbegriffen, wenn sie immer wieder besprochen werden? Doch lag sein Augenmerk dabei weniger auf der Verwendung der Begriffe durch Lai*innen als auf dem Gebrauch durch Fachleute. Er wollte wissen: Gibt es auch hier eine Verschiebung im Laufe der Zeit? Nachdem er dazu die verschiedenen Ausgaben des Diagnosekatalogs DSM analysiert hatte, lautete die Antwort: eindeutig ja. „Gleich einer Amöbe“, schloss Hacking (2016, S. 5), verleihe sich das Konzept der psychischen Störung immer neue Verhaltensweisen ein.

Er prägte für seine Beobachtungen den Begriff *concept creep*, der für die schleichende Veränderung psychopathologischer Kategorien steht. Er fand eine *horizontale* Ausweitung der Begrifflichkeiten, durch die eine immer größere Zahl von Phänomenen als Störungen gilt. *Vertikale* Ausweitung bedeutet, dass Probleme weniger tiefgreifend sind und trotzdem unter die Störungskategorien fallen.

So wurden in der ersten Klassifikation des DSM Schlafstörungen und Substanzmissbrauch nicht unter psychischen Störungen gelistet, ab der zweiten Auflage jedoch schon, ein klassisches Beispiel für horizontale Ausweitung. Neuaufnahmen im DSM-III waren u. a. Bulimie, Tourette, Genderdysphorie, Anorgasmie, kognitive Schwierigkeiten in der Kindheit, Dyslexie und „unsichere Erwachsene“ (Hacking, 2016, S. 7). Und das DSM-5 benennt erstmals die Verhaltenssüchte als psychische Störung.

Typisch für die vertikale Ausweitung, bei der die als psychische Störung gelisteten Probleme immer leichter (oder „seichter“) werden, ist die Verkürzung der Zeitspanne, die für starke Traurigkeit nach dem Tod eines nahen Angehörigen als gesund gilt. Während die DSM-III-Kriterien Trauerreaktionen bis zu einem Jahr als normal einstufen, wurde dies im DSM-IV auf zwei Monate reduziert. Seit dem DSM-5 gelten maximal zwei Wochen als normal — eine drastische Verkürzung im Vergleich zu den ursprünglichen zwölf Monaten.

Auch bei der Posttraumatischen Belastungsstörung, die erstmalig im DSM-III eingeführt wurde, erkennt Haslam ständig verschobene Grenzen. Zuerst musste das Erlebte noch „außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrungen“ liegen. Das DSM-III-R lockerte dieses Kriterium. Nun reichte es aus, ein schlimmes Ereignis zu beobachten oder nahe Angehörige betroffen zu sehen. Im DSM-IV genügte es, „indirekt“ betroffen zu sein, wobei der Fokus jetzt mehr auf subjektivem Erleben lag als auf objektiven Ereignissen. Und traumatische Ereignisse umfassten von nun an auch dem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen. Im DSM-5 erschienen erstmals u. a. die „milde neurokognitive Störung“ und die Autismus-Spektrum-Störung. Expert*innen gebrauchen die psychologischen Begriffe also genauso wie Lai*innen mit zunehmend weiter gesteckten Bedeutungen.

Man kann dem breiten Publikum vorwerfen, es würde die Begriffe missverstehen und so zu einer Ausweitung ihrer Be-

— Mit dem Begriff *concept creep* bezeichnete Ian Hacking die schleichende Veränderung und Ausweitung psychopathologischer Kategorien.

deutung beitragen. Dass die Psychologin Lucy Foulkes von einer „Überinterpretation“ durch die Öffentlichkeit spricht, deutet darauf hin, dass diese etwas an den psychopathologischen Kategorien falsch versteht. Doch was treibt die Ausweitung aufseiten der professionellen Helfer*innen und Forscher*innen an? Manche Kritiker*innen unterstellen ihnen nicht nur wissenschaftliche, sondern auch wirtschaftliche Motive. Je mehr Verhaltensweisen und psychische Phänomene zu ihrem Aufgabengebiet zählen, desto größer werden ihr gesellschaftlicher Einfluss und die Nachfrage nach psychologischen/-therapeutischen Dienstleistungen (vgl. Cosgrove & Whitaker, 2015; Epstein et al., 2013; Levold, 2021). Doch möglicherweise gibt es einen entscheidenden Faktor, der die Ausweitung vorantreibt. Was geschieht, wenn zwei Gruppen miteinander agieren, die beide ständig die Bedeutung der Begriffe verschieben, mit denen sie miteinander sprechen? Sie werden dann mit den Worten des Psychiatriehistorikers Edward Shorter (1993, S. x) zu den „Hauptdarsteller*innen in einem Psychodrama“, das dem Looping erst seine eigentliche Dynamik verleiht.

Looping III: Kommunikation zwischen Betroffenen und Behandelnden⁶

„Die Vorstellungen der Ärzte waren anders, weil die Patienten anders waren; die Patienten jedoch waren anders, weil die Erwartungen der Ärzte anders waren. [...] Menschen, die auf bestimmte Weise klassifiziert werden, neigen dazu, sich daran anzupassen oder in diese Beschreibungsweisen hineinzuwachsen; aber sie gestalten diese auch um, so dass die Klassifikationen und Beschreibungen ständig neu geschrieben werden müssen.“

Ian Hacking, *Rewriting the Soul* (1995b, S. 21)

So funktioniert der Looping: Leidende Menschen stellen sich bei einem*einer Ärzt*in vor, der ihre Symptome als, sagen wir, „die klinische Kategorie X“ bezeichnet. Man hat eben nicht einfach eine „schlechte Phase“, all die Symptome, die Belastung und die Schwere, die man zuvor gespürt hat: Sie sind Zeichen einer bereits bekannten Krankheit!

Der*die Betroffene verwirft jetzt alternative Ideen zur Ursache des Problems und geht zu einem*einer Spezialist*in, der die Symptome ebenfalls als Kategorie X bezeichnet. Im Anschluss erhält er*sie eine hochspezialisierte Behandlung: Psychotherapie, Psychopharmaka oder beides.

Oder der*die Betroffene googelt und findet dabei zahlreiche Berichte über die Kategorie X: Er*sie ist nicht allein, zugleich lernt er*sie weitere Beschwerden kennen, die zur Kategorie X gehören. Hatte er*sie nicht schon früher ähnlich schlechte Phasen? War das nicht schon damals ein erstes Anzeichen seines X?

Je häufiger dies stattfindet, desto mehr Menschen sind mit der Kategorie X vertraut. Es braucht keine Ärzt*innen mehr, die zuerst von X sprechen. Das Konzept ist in aller Munde. Die Menschen kommen jetzt in die ärztlichen Praxen und erklären von sich aus, dass sie X haben. Die Ärzt*innen interpretieren dies wiederum als Hinweis darauf, dass X eine weit verbreitete Krankheit ist. Kategorie X wird auf diese Weise zu einem immer festeren Bestandteil unseres Gefühlshaushalts. Viele haben X (oder Teile davon) schon an sich selbst bemerkt, jede*r kann mitreden. In diesem Austausch werden die menschlichen Arten der Psychopathologie zwischen den Betroffenen und den Behandelnden hin- und hergespielt, bis sie allgemein bekannt und auch von fast jedermann erkennbar sind. Während die Details den Fachleuten vorbehalten bleiben, wird die allgemeine Struktur der Störung — Symptome, die Erklärungsmuster und Behandlungsansätze — zu einem Teil des Alltagswissens (Hacking, 1995, S. 358). Wir nennen dies heutzutage *Mental Health Awareness*.

Weil sie interaktive Arten sind, werden die psychopathologischen Kategorien von den Betroffenen verarbeitet und umgearbeitet. Man befragt sich selbst auf bestimmte Symptome und nimmt diese ggf. deutlicher wahr. Wer von depressiven

Symptomen gelesen hat und diese an sich bemerkt, wird eventuell pessimistischer in die Zukunft schauen und gerade deshalb depressiver sein (Looping I). Oder man wehrt sich gegen bestimmte Aspekte der Kategorie. Wer auf eine bestimmte Weise beschrieben wurde, wird diese Kategorisierung vielleicht irgendwann in Frage stellen. So gelten die Kategorien ADHS und ASS (Autismus-Spektrum-Störung) für einige nicht länger als Störungen oder gar Krankheiten, sondern unter der Überschrift „Neurodiversität“ als durchaus zu begrüßende Variationen (Patent, 2023).⁷ Wenn auf diese Weise alle mitreden, dann entstehen dabei neue Ideen, von denen einige irgendwann aufgegriffen und Teil der Klassifikation werden (Looping II). So verschiebt sich Stück für Stück der gerade gängige „Symptompool“ (Shorter, 1993, S. 5 ff.).

Dies ist der eigentliche Looping-Effekt, den der Philosoph Ian Hacking in seinem Buch *Menschenarten* beschreibt: Psychiatrische Kategorien verändern sich, eben weil sie verwendet werden. Und damit auch diejenigen, die unter die Kategorie fallen. So werden Menschen in der Kategorie ADHS durch das veränderte Verständnis als neurodiverses Talent weniger Scham empfinden und zugleich weniger veränderungsmotiviert sein. (Letzteres, wie der Kinder- und Jugendpsychiater Sami Timimi (2025) festhält, häufig zum Bedauern ihrer Eltern.)

In meiner Sprechstunde saß zum Beispiel unlängst eine nervös wirkende junge Frau, die wegen ihrer Lernschwierigkeiten bei mir vorstellig wurde. Sie habe sich bereits informiert, die Diagnose laute ADHS, das wolle sie sich demnächst bei einer darauf spezialisierten Beratungsstelle bestätigen lassen. Leider sei der Termin erst in ein paar Monaten, da die Beratungsstellen wegen der großen Nachfrage überlastet seien. Unterstützung brauche sie aber auch jetzt schon, nicht zuletzt wegen ihrer Beziehungsschwierigkeiten, ebenfalls ein Symptom ihrer ADHS. Wenn ihr Freund nicht vor Ort sei, fühle sie sich verlassen und panisch. Wie bei so vielen anderen Mitbetroffenen könne ihr Gehirn keine Objektpermanenz erzeugen. Sie lebe also ohne verlässliche Repräsentation des ihr wichtigsten Menschen auf der ganzen Welt, ihres Partners. Dies sei die eigentliche Ursache für ihr übertriebenes Einsamkeitsgefühl, die Eifersucht und die daraus resultierenden Beziehungsdramen, wie ich ihr sicherlich bestätigen könne. Mangelnde Objektpermanenz sei ja bekanntlich ein Teil von ADHS.

⁶ An den Loopings sind auch die Forscher*innen durch ihre Interaktionen mit Behandelnden und Betroffenen beteiligt. Der Übersicht und der Kürze halber wurde ihr Beitrag hier ausgeklammert.

⁷ Als ich einmal öffentlich dafür eintrat, „weitverbreitete psychische Probleme“ nicht automatisch als ADHS zu bezeichnen, wurde ich sofort von zwei Seiten attackiert. Ein auf das Thema spezialisierter Psychotherapeut hinterfragte, woher ich die irreführende Idee nähme, ADHS sei eine „psychische“ Störung, selbstverständlich sei ADHS eine Krankheit, nämlich eine Entwicklungsstörung des Gehirns. Zugleich empörte sich eine Betroffene (über mich, nicht über den ADHS-Spezialisten), ADHS sei überhaupt keine Störung, sondern ein besonderes Talent. Tatsächlich hatte ich den Begriff Störung überhaupt nicht benutzt, sondern eben von „psychischen Problemen“ gesprochen.

Tatsächlich hörte ich von mangelnder Objektpermanenz bei ADHS erstmalig von dieser Klientin — und kurz darauf erneut bei meinen Recherchen für diesen Text. Objektpermanenz ist ein Entwicklungsstadium nach Jean Piaget und kein Teil der offiziellen Kriterien von ADHS. Trotzdem ist sie inzwischen fester Bestandteil des Diskurses über ADHS auf sozialen Medien. Weil diese sich abzeichnende horizontale Ausweitung (mangelnde Objektpermanenz wird als etwas Neues zur Kategorie ADHS hinzugefügt) erst vor Kurzem begonnen hat, kann man sie gut nachzeichnen.

Die Idee, mangelnde Objektpermanenz sei ein Teil von ADHS, wurde durch einen Influencer ohne psychotherapeutische oder medizinische Ausbildung populär gemacht. Wie konnte er so einflussreich werden, dass viele Menschen heute davon ausgehen, mit ihrer Objektpermanenz sei etwas nicht in Ordnung? Was qualifiziert ihn? Seine Reichweite verdankt er seiner eigenen ADHS-Diagnose — und seinen vielen Anhänger*innen auf TikTok.

@peterhyphen berichtet in einem Beitrag seinen Anhänger*innen von „ADHS-Symptome[n], von denen ich gern früher erfahren hätte: Objektpermanenz“. Im Video erläutert Hyphen, wie Kleinkinder erst langsam lernen, dass Objekte noch existieren, auch wenn sie nicht länger sichtbar sind. Er behauptet, dass Teenager und Erwachsene mit ADHS dies noch immer nicht könnten. Deswegen vergesse man, sich um Dinge zu kümmern, die nicht ständig präsent seien und empfinde keine Sicherheit in Beziehungen, wenn der Partner nicht anwesend sei. Das Video, gerade mal eine Minute lang, geht viral. Es wird bis ins Jahr 2022 über 1,2 Millionen Mal gelikt, x-fach geteilt und viele Millionen Mal angesehen. Doch Hyphens Einfluss reicht noch weiter. Mit Veröffentlichung des Videos wird ‚ADHS und Objektpermanenz‘ eine viel gesuchte Wortpaarung auf Google. Die Diskussion verbreitet sich auf Plattformen wie Reddit,⁸ wodurch sie weitere Aufmerksamkeit erhält. Ein erstes Online-Fachmagazin *Medical News Today* berichtet darüber. Die Online-Therapie-Plattform BetterHelp informiert jetzt über ADHS und Objektpermanenz auf ihren Informationsseiten (*Chevalier, 2024, S. 167*). Man muss nicht zynisch sein, um schon bald die ersten fMRT-Untersuchungen zu erwarten, die diesen Zusammenhang im Gehirn nachweisen.

So entsteht aus dem Gebrauch der interaktiven Art „ADHS“ eine Dynamik, der sich immer weniger der Beteiligten entziehen können, hier beginnend bei den Betroffenen über die Behandelnden bis hin zu Fachmagazinen und Fachgesellschaften. Und natürlich habe auch ich meiner Klientin im Rahmen der Sprechstunde eine ADHS-Verdachtsdiagnose mit Beziehungsschwierigkeiten attestiert. Wie sonst hätte ich die Inhalte unseres Gesprächs so auf den Begriff bringen können, dass ein*e weiterbehandelnde* Kolleg*in sie sofort einordnen kann?

Der Looping-Effekt der Menschenarten. Eine Beschreibung und Kritik der psychologischen Diagnostik

*Es ist erstaunlich! Ich glaube, das DSM definiert die Dinge.
Ich glaube, es bestimmt darüber, was Wirklichkeit wird.*

*DSM-III Hauptautor Robert Spitzer rückblickend über sein
Werk⁹*

Auf die Looping-Effekte hinzuweisen, denen psychopathologische Kategorien unterliegen, ist noch nicht gleichbedeutend mit Kritik. Hacking beschreibt lediglich, wie es sich mit unseren psychologischen Begriffen verhält. Dies nennen wir „ADHS“, das „ASS“, ein Drittes „Depression“. Jenes sind die Symptome, die sie ausmachen. Manches ändert sich, manches bleibt gleich. Und dass die Dinge sich über die Zeit verändern, ist auch selbstverständlich. Dennoch enthalten Hackings Schriften eine Mahnung: Die Worte, mit denen wir unsere Leiden beschreiben, prägen unser Selbstverständnis. Was bedeutet es für Menschen, wenn sie hören, dass sie eine psychische Krankheit haben? Wenn sie hören, psychische Störungen seien biologisch (mit-)verursacht und damit schwer veränderbar, einige seien lebensbedrohlich? Wie sehr neigen Menschen dann dazu, Symptome an sich zu erkennen

— Psychiatrische Kategorien verändern sich, eben weil sie verwendet werden. Und damit auch diejenigen, die unter die Kategorie fallen.

und schwerzunehmen, mit denen sie zuvor einfach gelebt hätten? Ist dieses Bewusstsein immer ein erster Schritt zur Heilung? Oder wird ein gängiges Lebensproblem manchmal erst dadurch zu einer Katastrophe? Epidemiologen gehen von einer „erhöhten Bereitschaft, (Lebens-)Probleme, in psychologischen Termini zu konzeptualisieren und zu kommunizieren“, aus (Handerer et al., 2018, S. 196).

Psychische Kategorien formen die Wahrnehmung und legen bestimmte Verhaltensweisen nahe. Der Werther-Effekt ist seit Langem bekannt, er beschreibt die große Gefahr von Nachahmungseffekten, wenn von Suiziden die Rede ist. Sogar die Deutsche Depressionshilfe, die Depressionen für wesentlich biologisch bedingt hält, veröffentlicht Handreichungen für die Presse, damit die Berichterstattung nicht zu weiteren Suiziden führt. Ein Beispiel für die Macht sozialer Ansteckung ist der geschilderte Ausbruch von ‚tourette‘-ähnlichen Symptomen an der High-School in Le Roy, New York

⁸ Reddit ist eine Plattform, auf der Nutzer*innen Beiträge teilen und diskutieren können. Es kombiniert soziale Netzwerke und Nachrichten.
⁹ Zit. n. Shorter (2013), S. 145.

und zehn Jahre später auf dem weltweiten Schulhof TikTok. Hacking macht in seinem 1995er-Buch „Rewriting the Soul“ die Multiple Persönlichkeitsstörung zum Thema. Looping-Effekte sind ein guter Erklärungsansatz dafür, wie ein so schweres und auffälliges Störungsbild in Wellen auftreten und dann fast vollständig über Jahrzehnte wieder verschwinden kann. (Als Unterform der Dissoziativen Störungen dreht die Multiple Persönlichkeitsstörung jüngst wieder eine Runde.) Solche Phänomene verdeutlichen, wie soziale Dynamiken psychische Störungen prägen.

In Vorwegnahme der Gedanken Hackings hatte der Sozialpsychologe Kenneth Gergen schon 1973 geschrieben: „Die Verbreitung psychologischen Wissens verändert die Verhaltensmuster, auf denen dieses Wissen basiert.“ Er baute diesen Gedanken später zu einer Kritik der Psychopathologie aus. Hackings Looping wird bei Gergen (1994) zu einem „Zirkel zunehmender Zerbrechlichkeit“ (*cycle of progressive infirmity*).

Diese frühen theoretischen Arbeiten finden jüngst empirische Unterstützung. Kinder mit einer ADHS-Diagnose berichten deutlich häufiger von einer geringeren Lebenszufriedenheit als Gleichaltrige, mit den gleichen Symptomen, die jedoch nicht diagnostiziert und behandelt wurden. Zugleich neigen die Kinder mit Diagnose vermehrt zu Selbstverletzungen (Kazda et al., 2022). Und junge Männer, die eine Diagnose für ihre psychischen Beschwerden erhalten, führen später

— Es reicht nicht, über psychische Probleme zu reden. Wir müssen es richtig tun und dabei Wege zur Bewältigung aufzeigen. —

ein insgesamt ärmeres und schlechteres Leben als solche, die trotz vergleichbarer Beschwerden keine Diagnose erhalten. Das gilt vor allem für diejenigen, deren Beschwerden bei der Diagnosestellung eher leicht waren, so das Ergebnis einer Studie mit Rekruten des schwedischen Militärs (Bos et al., 2023). Bedenklich auch die Ergebnisse der Better-Access-Initiative in Australien, die für unkomplizierten Zugang zu Psychotherapien sorgte. Nur jede*r Zehnte, der wegen leichter Beschwerden schnelle Hilfe erhielt, profitierte, ein Drittel verschlechterte sich (Allison, 2023). In einer Kohorten-Studie verbesserten sich psychisch auffällige Jugendliche umso mehr, je weniger Psychotherapie sie erhielten (Jörg et al., 2012). Trotz vermehrter Behandlungen von Depressionen sinkt ihre Häufigkeit in der Bevölkerung nicht (Ormel et al., 2022), was inzwischen mit dem Begriff „Behandlungsparadox“ bezeichnet wird (vgl. Padberg, 2021). Ich könnte so noch eine Weile fortfahren (vgl. z. B. Goldney et al., 2010; Jorm et al., 2017).

Gergen weist darauf hin, dass die unkritische, endlos geloopete Verbreitung von Störungswissen, zu einer paradoxen Nebenwirkungen führen kann (vgl. a. Speerfork & Schomerus, 2024): einer steigenden emotionalen Zerbrechlichkeit in der Gesellschaft. „Immer mehr *awareness* funktioniert einfach

nicht. Wir brauchen Alternativen“, sagt auch Professor Haslam. Wie sehen diese Alternativen aus?

Konstruktive Konstruktionen

Die Zerlegung des wahrgenommenen Universums in Teile und Ganze ist angemessen und kann notwendig sein, keine Notwendigkeit bestimmt aber, wie das geschehen sollte.

Gregory Bateson, Geist und Natur (1993, S. 51)

Es reicht nicht, über psychische Probleme zu reden. Wir müssen es richtig tun und dabei Wege zur Bewältigung aufzeigen. Wir sprechen heute zwar viel offener über unsere psychischen Schwierigkeiten als früher, manche Menschen bekommen schnellere und bessere Hilfe. Die Betroffenen schämen sich weniger und werden für ihre Probleme seltener verantwortlich gemacht. Das hat aber auch zu zahllosen Erklär-Videos geführt, in denen junge Leute psychische Symptome an ihren Fingern abzählen, um sich dann kollektiv eine Diagnose zu stellen. Weil das Problem aus ihrer Sicht damit ausreichend benannt wurde („es ist ASS/PTBS/eine Angststörung/Depression“), endet hier oft die Beschäftigung mit sich selbst und es setzt das Warten auf eine Psychotherapie ein. Das Denken kommt zur Ruhe, wenn es auf den Begriff

gekommen ist. Das verstellt oft die Bereitschaft dafür, das Leid jenseits einer griffigen Überschrift in der Form eines Krankheitsbegriffs (am besten als Akronym, so wie ASS oder ADHS) besser zu verstehen. So beklagte die Neuro-

login Jennifer McVige, die den Jugendlichen in Le Roy als erste jene Konversionsstörungen diagnostizierte, dass erst nach Ende des Medienrummels, der sich um den Ausbruch der Tic-Störungen entwickelt hatte, und mit Abklingen der Symptome alternative Erklärungsansätze besprechbar wurden: „Zu diesem Zeitpunkt, als all dies ‚vorbei‘ war, kamen eine Menge Dinge ans Licht, die mir damals nicht erzählt wurden. Über Probleme, die [die Mädchen] in ihrem Leben hatten, als hätten sie jetzt die innere Erlaubnis, mir dies mitzuteilen, so nach dem Motto: ‚Ach ja, ich hab‘ damals sehr mit meiner sexuellen Identität gehadert‘ oder, ‚Übrigens, da gab es diesen Konflikt in meiner Familie‘. Und ich dachte nur, wow, es hätte mir sehr geholfen, das damals zu wissen, als die Wellen so hochschlugen.“

Offenbar werden die Medien — von den sozialen bis zu den Qualitätsmedien — nicht müde, über Krankheitssymptome aufzuklären. Die Beschreibung von Problemen anhand von Symptomlisten ist jedoch nicht die einzige Möglichkeit — und, wie gezeigt, nicht unbedingt die beste. Systemische Therapeut*innen haben darauf hingewiesen, dass man „nicht nicht diagnostizieren kann“ (Wiesner & Willutzki, 1992, S. 346 ff.), man aber sehr wohl darauf achten sollte, dass die

Problembeschreibung einer therapeutischen Lösung nicht im Wege steht. Entsprechend bietet die Vermittlung dynamischer Erklärungsansätze, die direkt auf Veränderung abzielen, einen konstruktiven Ausweg. Dies hilft sowohl Betroffenen wie Behandelnden, Leid so zu verstehen, dass Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden.

Statt nur Symptome sozialer Angst aufzulisten, könnte man typische Gedankenfehler, wie „Gedankenlesen“ und „emotionale Beweisführung“, vermitteln. Oder erklären, wie Stress sich in Tics äußern kann. Dies sind gleichfalls gute Beschreibungen der Symptomatik, aber mit einer eingebauten Lösung (Padberg & Veith, 2024): der Bearbeitung der beschriebenen Gedankenmuster und der Linderung von Stress. Sie sind dynamisch auf Veränderung angelegt. Die Formulierung eines Selbst- und Problemverständnisses mittels solcher psychologischer Begriffe (seien diese kognitiv, verhaltensnah, systemisch, humanistisch oder z. B. psychodynamisch) könnte also einen konstruktiven Ausweg darstellen (Fliegel et al., 2024).

Informationen über die hier dargestellten Looping-Effekte sind ebenfalls hilfreich, regen sie doch zu einem bedachten Einsatz der bei der Schilderung von Problemen genutzten Sprache an. Wir wissen bereits einiges über die Art und Weise, wie Menschen Informationen über sich und die Welt verarbeiten. Dem Barnum-Effekt zufolge neigen wir dazu, uns in allgemeinen Beschreibungen wiederzufinden, so wie etwa in breit gefassten Krankheitskategorien. Der Andorra-Effekt bezeichnet die Tendenz, sich gesellschaftlichen Erwartungen anzupassen, etwa einer Krankenrolle. Der Pygmalion-Effekt beschreibt, wie sich solche Erwartungen wie eine selbsterfüllende Prophezeiung auf menschliche Leistung und Entwicklung auswirken. Wir wissen dies alles schon. Wir sollten mehr auf diese Weise Psychologie betreiben.

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.

Chevalier, O. (2024). „It starts on TikTok“: Looping Effects and The Impact of Social Media on Psychiatric Terms. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 31 (2). S. 163–174.

Gergen, K. (1994). *Realities and Relationships*. Cambridge: Harvard University Press.

Hacking, I. (2012). *Menschenarten. The Looping Effect of Human Kinds*. Leipzig: sphères.

Haslam, N. (2016). Concept creep: Psychology's expanding concepts of harm and pathology. *Psychological Inquiry*, 27 (1), 1–17.

Padberg, T. (2021). *Die Depressions-Falle. Wie wir Menschen für krank erklären, statt ihnen zu helfen*. Frankfurt a. M.: Fischer-Verlage.

Padberg, T. & Veith, A. (2024). Problemanalysen. In S. Fliegel, W. Jänicke, S. Münstermann, G. Ruggaber, A. Veith & U. Willutzki (Hrsg.), *Verhaltenstherapie – Was sie kann und wie es geht. Ein Lehrbuch* (S. 227–250). Tübingen: dgvt-Verlag.

Shorter, E. (1993). *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*. New York: THE FREE PRESS.

Wiesner, M. & Willutzki, U. (1992). Sozial-konstruktivistische Wege in der Psychotherapie. In S. J. Schmidt (Hrsg.), *Kognition und Gesellschaft. Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus 2* (S. 337–379). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.



Thorsten Padberg

Baumschulenstraße 73
12163 Berlin
torsten_padberg@web.de

Dipl.-Psych. Thorsten Padberg ist Psychologischer Psychotherapeut und Magister der Philosophie. Seine Arbeiten wurden in zahlreichen Fach- und populärwissenschaftlichen Publikationen veröffentlicht.

Neuropsychologische Psychotherapie im Approbationsstudium – Quo vadis?

Mathias Klinghammer, Patrizia Thoma & Jutta Billino

Zusammenfassung: Neuropsychologische Studieninhalte sind verbindlich in der Approbationsordnung für Psychotherapeut*innen als obligatorischer Teil der Störungs- und Verfahrenslehre und neben der vertieften psychologischen Diagnostik und Begutachtung auch in sämtlichen berufsqualifizierenden Tätigkeiten vorgesehen. Während die Lehre in allgemeiner Psychotherapie bereits langjährig als fester Bestandteil im Psychologiestudium verankert ist, hat die Psychotherapieausbildungsreform die Universitäten vor die Herausforderung gestellt, spezifisch für das Gebiet der Neuropsychologischen Psychotherapie grundsätzliche Aufbauarbeit bei der Entwicklung geeigneter Lehrkonzepte zu leisten. Bei sehr knappen strukturellen und personellen Voraussetzungen soll das Gebiet in Theorie und Praxis vermittelt werden. In diesem Artikel sollen Umsetzungsbeispiele, wie Studierenden die Neuropsychologischen Psychotherapie als attraktives Berufsfeld unter verschiedenen Rahmenbedingungen vermittelt werden kann, vorgestellt und die Umsetzungserfahrungen an ausgewählten Standorten skizziert werden.

Die Neuropsychologische Psychotherapie – Ein Fachgebiet, seine Qualifikationswege und der aktuelle Stand im universitären Bereich

Klinische Neuropsychologie befasst sich mit den kognitiven und emotionalen Folgen von erworbenen Schädigungen und Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Dazu gehören z. B. vaskuläre oder traumatische Hirnverletzungen, wie sie infolge von Schlaganfällen oder Schädel-Hirn-Traumata auftreten, entzündliche, bakterielle oder virale Infektionen, wie Enzephalitis oder Meningitis, sowie progrediente Erkrankungen, darunter zahlreiche demenzielle Syndrome wie die Alzheimer-Erkrankung. Klinisch-neuropsychologische Diagnostik hat zum Ziel, die Profile beeinträchtigter und erhaltener kognitiver und affektiver Funktionen zu ermitteln und auf dieser Basis vor dem Hintergrund der umweltbezogenen und persönlichen Kontextfaktoren im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (BfArM, 2005) die Konsequenzen für die Teilhabe der Betroffenen in verschiedenen Bereichen zu beurteilen und im Rahmen der Behandlung so günstig wie möglich zu beeinflussen. Hierfür kommen das komplette Spektrum psychotherapeutischer Techniken sowie spezifische Ansätze zur Restitution und Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen zum Einsatz (Guthke et al., 2021). Da sich Folgen erworbener Hirnschädigungen im Kindesalter teilweise erst Jahre später vollständig manifestieren, wenn schulische/berufliche Anforderungen steigen, arbeiten Psychotherapeut*innen in diesem Bereich in der Regel altersspannenübergreifend.

Die bisherigen Qualifikationswege in diesem Bereich umfassen einerseits die Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ bzw. „Neuropsychologische*r Psychotherapeut*in“, die durch die Landespsychotherapeutenkammern (LPK) anerkannt wird, und andererseits die Zertifizierung zum* zur Klinischen Neuropsycholog*in durch die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP). In den meisten Fällen ist jedoch ausschließlich die LPK-Qualifikation mit einer sozialrechtlichen Zulassung / Kassenzulassung verbunden. Nur die Weiterbildung nach erfolgter Ausbildung und Approbation als Psychologische*r Psychotherapeut*in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in (im Rahmen der LPK-Weiterbildung obligatorisch) geht mit der sozialrechtlichen Zulassung für die Möglichkeit einher, sich in eigener Praxis niederzulassen und Neuropsychologische Psychotherapie (NPPT) zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen.

Für die meisten Interessierten stellt diese Weiterbildung mit ihren hohen Anforderungen einen zeit- und kostenintensiven und somit häufig wenig attraktiven Weg dar. Neben dem bestehenden Mangel an in der NPPT tätigen niedergelassenen Psychotherapeut*innen fehlt es dadurch insbesondere an den Universitäten an Nachwuchs, der gleichzeitig klinisch-neuropsychologisch und wissenschaftlich qualifiziert ist und dieses Fach in der Lehre repräsentieren könnte. Die klinische Neuropsychologie ist u. a. aus diesem Grund an vielen psychologischen Instituten nicht etabliert. Dies stellt eine kritische Herausforderung für die angemessene Vertretung des Fachgebiets im Approbationsstudium dar. Die klinisch-neuropsychologische Ausrichtung ist teilweise neben den grundlagenorientierten kognitiven Neurowissenschaften weniger sichtbar und findet somit kaum oder gar nicht Berücksichti-

gung in den Curricula. An vielen Standorten beschränkt sich die Vermittlung des klinischen Kontextes in der Lehre auf die Vermittlung der Diagnostik mit standardisierten Testverfahren, neuroanatomischer Grundlagen kognitiver Funktionen sowie einiger ausgewählter Syndrome wie Agnosien, Aphasien oder Amnesien im Rahmen verschiedener Veranstaltungen. Nur selten finden sich in Lehre und Forschung approbierte Psychotherapeut*innen, die über eine fachspezifische Weiterbildung für Klinische Neuropsychologie verfügen und somit auch das weite Spektrum der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen vermitteln könnten, die mit der gesamten Bandbreite neuropsychologischer Veränderungen einhergehen. Klinisch-neuropsychologisch interessierten Studierenden fehlen somit Modelle, die für einen Berufsweg in die NPPT mittels Gebietsweiterbildung¹ (Billino et al., 2022) begeistern können.

Dies ist insofern problematisch, als Menschen mit kognitiven und psychischen Folgen nach erworbener Hirnschädigung gerade im ambulanten Bereich von einer massiven Unterversorgung im Hinblick auf neuropsychologische Diagnostik und Therapie betroffen sind. Laut Statistik der GNP aus dem Jahr 2019 verfügten in Deutschland lediglich ca. 210 Psychotherapeut*innen mit Zusatzqualifikation Klinische Neuropsychologie über die Zulassung zur kassenärztlichen Leistungserbringung. Da der Gemeinsame Bundesausschuss (2011) jedoch pro Jahr von 40.000 bis 60.000 Patient*innen mit hirnorganischer Schädigung ausgeht, die einer ambulanten Behandlung bedürfen, wäre eine wesentlich höhere Zahl neuropsychologisch qualifizierter Psychotherapeut*innen in Vollzeitniederlassung für eine adäquate Versorgung notwendig. Im stationären bzw. teilstationären Setting gibt es umfangreichere neuropsychologische Behandlungsangebote, doch werden diese meist von Psycholog*innen ohne Approbation, die eine Qualifikation über das GNP-Zertifikat zum* zur Klinischen Neuropsycholog*in erworben haben, getragen (Guthke & Kokinous, 2020; Werheid, 2022). Im ambulanten Bereich ist daher für Betroffene mit neuropsychologischem Behandlungsbedarf mit langen Wartezeiten zu rechnen, die der Notwendigkeit einer zeitnahen Behandlung, welche die Chancen auf eine erfolgreiche schulische/berufliche Wiedereingliederung erhöhen kann, entgegenstehen. In ländlichen Regionen fehlt es häufig gänzlich an entsprechenden Behandlungsoptionen oder diese sind aufgrund von Mobilitätseinschränkungen nur schwer zugänglich.

Die Neuropsychologische Psychotherapie in der neuen Approbationsordnung

Die Veröffentlichung der neuen Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO)

im März 2020 stellt in diesem Kontext einen Meilenstein dar, da hier klinisch-neuropsychologische Inhalte mehrfach explizit als verpflichtende Lehrinhalte genannt werden und somit die neuen Bachelor- und Masterstudiengänge mit Approbationsziel eine Grundqualifikation in NPPT gewährleisten sollten.

So bedeutsam diese Entwicklung auch sein mag, ergeben sich für die Universitäten hinsichtlich der Lehre in den neuen Approbationsmasterstudiengängen große Herausforderungen. Ganz allgemein umfassen diese neben einem geringen zeitlichen Vorlauf für die konkrete Umsetzung der neuen PsychThApprO auch Themen wie ein größerer Raumbedarf aufgrund praktischer Inhalte im Kleingruppensetting, die Akquise ausreichend qualifizierten – also mindestens approbierten – Personals und nicht zuletzt die inhaltliche Konzeption eines neuen Studiengangs, der einen großen Fokus auf praktische Inhalte legt (siehe hierzu auch Exner, 2024). Speziell die letzten beiden Punkte stellen für die klinische Neuropsychologie eine besondere Herausforderung dar. Während für die psychologische Psychotherapie bereits langjährig etablierte

— Die Akquise ausreichend qualifizierten – also mindestens approbierten – Personals und die inhaltliche Konzeption des neuen Studiengangs stellen für die klinische Neuropsychologie eine besondere Herausforderung dar. —

universitäre Strukturen in Form von Lehrstühlen, psychotherapeutisch orientierten Curricula und teils vorhandenen Hochschulambulanzen existieren, kann die klinische Neuropsychologie bis auf wenige Ausnahmen zumeist nicht auf derartige Grundlagen zurückgreifen. Die Konsequenz ist ein erhöhter personeller und inhaltlicher Aufwand für die Entwicklung der geeigneten Rahmenbedingungen zur Verankerung der NPPT in den neuen Approbationsstudiengängen. Die umfassende Vernetzung der bisher wenigen universitären Standorte mit Schwerpunkt auf NPPT sowie der Erfahrungsaustausch zwischen diesen stellen Schlüsselemente dar, um diesen Herausforderungen und besonderen Rahmenbedingungen zu entsprechen.

Um dies und insbesondere den Auf- und Ausbau von Neuropsychologischen Hochschulambulanzen zu fördern, wurde 2022 die Interessengruppe Klinische Neuropsychologie und Neuropsychologische Psychotherapie (IG KNP & NPPT) unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Psychologie

¹ Für Absolvent*innen der neuen Psychotherapie-Studiengänge, die nun unmittelbar nach dem Abschluss des Studiums die Approbation als Psychotherapeut*in erwerben, ist im Anschluss eine fünfjährige Weiterbildungsphase vorgesehen, um danach in der kassenärztlichen Versorgung tätig werden zu können. Im Rahmen dieser Weiterbildung stellt die NPPT zusätzlich zu den beiden altersgruppenspezifischen Spezialisierungen (Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene) nun sogar ein drittes wählbares „Gebiet“ dar.
² <https://www.dgps.de/fachgruppen/fgkl/aktivitaeten/klinische-neuropsychologie-und-neuropsychologische-psychotherapie/>.

gegründet.² Seitens der IG KNP & NPPT wurde auf dem 3. Deutschen Psychotherapiekongress 2024 in Berlin (DPK) ein Praxissymposium mit dem Titel „Anspruch und Wirklichkeit: Neuropsychologische Lehre im Approbationsstudiengang Psychotherapie“ organisiert, um einen Austausch verschiedener Universitätsstandorte zur Verankerung klinisch-neuropsychologischer Lehre zu ermöglichen. Der große Anklang für dieses Symposium war Ideengeber, diese Thematik einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. In diesem Artikel sollen die Ansätze, Erfahrungen, Erfolge und Herausforderungen verschiedener Standorte mit klinisch-neuropsychologischen Schwerpunkten dargestellt werden, verbunden mit der Hoffnung, anderen Standorten Inspiration und Hilfestellung für die Umsetzung der eigenen klinisch-neuropsychologischen Lehre zu sein.

Geforderte Lehrinhalte und Implikationen für die Neuropsychologie

In der PsychThApprO von 2020 werden in Anlage 1 die zu vermittelnden neuropsychologischen Inhalte im Bachelorstudiengang genannt. Sie umfassen unter „Grundlagen der Medizin“ ausgewählte neurologische Krankheitsbilder sowie im Rahmen der „psychologischen Diagnostik“ neuropsychologische Diagnosemethoden. Des Weiteren ist die Durchführung eines klinischen Orientierungspraktikums gefordert, welches auch in Einrichtungen der neuropsychologischen Versorgung stattfinden kann. Umfangreicher stellen sich in Anlage 2 die geforderten neuropsychologischen Inhalte im Masterstudiengang dar. Dies umfasst die Fähigkeit, neben den psychologischen auch die neuropsychologischen Störungsbilder zu erfassen sowie Patient*innen zur neuropsychologischen Versorgung zu beraten. Darüber hinaus sollen Inhalte der angewandten Psychotherapie unter Einbindung geeigneter Fallbeispiele auch die klinische Versorgung in der Neuropsychologie darstellen. Diese theoretischen Inhalte sollen darüber hinaus auch praktisch über verschiedene sog. berufsqualifizierende Tätigkeiten (BQT I–III)³ vertieft werden. Hier werden unter anderen auch Einrichtungen der neuropsychologischen Versorgung als geeignete Träger genannt. Die Möglichkeit, in der Lehre eine oder mehrere wissenschaftlich geprüfte und anerkannte Methoden der Psychotherapie zu vermitteln, schließt die NPPT also explizit mit ein. Hieraus ergibt sich nicht nur ein Spielraum, sondern die Verpflichtung, klinische Neuropsychologie fest in der Lehre zu verankern. Gleichzeitig setzt die PsychThApprO aber auch enge Grenzen bzgl. der potenziellen Lehrkräfte. Bei den berufsqualifizierenden Tätigkeiten wird die Approbation als Grundvoraussetzung genannt. Die Rekrutierung geeigneten Personals ist für die Neuropsychologie zusätzlich erschwert, da sich der Kreis potenziell Lehrender aufgrund des beschriebenen bisherigen Qualifikationswegs dramatisch einschränkt und wofür die genannte, niedrige Zahl an niedergelassenen NPPT sinnbildlich steht.

Bei bisherigem Fehlen klinisch-neuropsychologischer Strukturen an den meisten Universitäten dürfte sich übergangs-

weise bis zum dringend erforderlichen Auf- und Ausbau entsprechender Strukturen die Integration der klinischen Neuropsychologie in bestehende Lehrveranstaltungen am ehesten anbieten und am leichtesten umzusetzen sein. Zur Verdeutlichung des Mangels an geeignetem Fachpersonal an den Hochschulen listet die Tabelle auf S. 18 f. all jene Standorte auf, an denen mindestens eine Lehrkraft mit der geeigneten Qualifikation (Approbation und Zusatzbezeichnung in NPPT) vorhanden ist. Darüber hinaus sind die teils noch geplanten oder im Aufbau befindlichen Hochschulambulanzen mit neuropsychologischem Profil aufgelistet. Es wird deutlich, dass im Vergleich zur Anzahl an Lehrstühlen für psychologische Psychotherapie sowie den damit zusammenhängenden Hochschul- und Ausbildungsambulanzen nur ein Bruchteil an bestehender Struktur für die NPPT zur Verfügung steht. Mittel- und langfristig ist es jedoch unabdingbar, klinisch-neuropsychologische Lehrstühle auf- und auszubauen und mit den erforderlichen Mitteln auszustatten, um die nötigen Versorgungsstrukturen zu etablieren, die zusätzlich mit der Aus- und Weiterbildung des dringend benötigten klinisch-neuropsychologischen Nachwuchses betraut sind.

Lösungsansatz – Hybrides Modell aus integrierten und dezidierten Veranstaltungen

Sobald ein Mindestmaß an Personal mit der entsprechenden Qualifikation verfügbar ist, eröffnen sich in der Lehre verschiedene Spielräume. Impulsvorträge auf dem Praxissymposium des DPK wurden von fünf verschiedenen universitären Standorten gegeben, an denen mindestens eine Person mit der erforderlichen Approbation und der zusätzlichen Qualifikation in NPPT tätig ist und wo, wenn auch teils in sehr geringem Umfang, NPPT an einer eigenen Hochschulambulanz durchgeführt wird. Vortragende waren Katja Werheid (Universität Bielefeld), Sally Reckelkamm (Ruhr-Universität Bochum), Jutta Billino (Justus-Liebig-Universität Gießen), Juliane Riedl (Universität Leipzig) und Mathias Klinghammer (Johannes Gutenberg-Universität Mainz). Entsprechend sind hier die Rahmenbedingungen bereits dahingehend gediehen, dass sowohl inhaltliche als auch formale Anforderungen der

³ In den sechssemestrigen Bachelorstudiengang Psychologie und in den viersemestrigen Master Klinische Psychologie und Psychotherapie sind neben theorie- und wissenschaftsorientierten Lehrinhalten berufspraktische/-qualifizierende Praxismodule integriert worden. Im Bachelorstudium ist zum Erwerb erster Erfahrungen ein vierwöchiges Orientierungspraktikum vorgesehen. Es folgt zu einem späteren Zeitpunkt im Studium die sog. berufsqualifizierende Tätigkeit (BQT) I als Einstieg in die Praxis der Psychotherapie in entsprechenden Einrichtungen, die häufig als Blockpraktikum im Umfang von sechs Wochen durchgeführt wird. Im Masterstudium werden in der BQT II über einen längeren Zeitraum hinweg berufspraktische Themen vertieft und durch praktische Übungen in Kleingruppen angewandt. Die BQT III stellt das Hauptpraktikum im Master dar, das zum einen Teil (450 Stunden) in einer (teil-)stationären Einrichtung zu erbringen ist, zum anderen Teil (150 Stunden) in der ambulanten Versorgung abgeleistet wird. Eine nähere Übersicht zu den berufspraktischen Inhalten im „neuen“ Psychotherapiestudium finden Sie auch im Psychotherapeutenjournal 4/2023 auf S. 370 sowie im Begleitmaterial zu diesem Beitrag auf unserer Homepage.

PsychThApprO grundlegend erfüllt sind. Die konkrete Ausgestaltung neuropsychologischer Inhalte in der Lehre erwies sich hierbei als überaus facettenreich.

Integration der NPPT im Bachelor

Eine häufig genutzte und zielführende Umsetzung ist ein Hybridmodell, bei dem neuropsychologische Inhalte einerseits auf verschiedene, inhaltlich verwandte Veranstaltungen verteilt und andererseits in spezifischen Veranstaltungen zusätzlich vertieft werden. Das heißt, dass an allen Standorten im Bachelorstudium relevante Grundlagen in Veranstaltungen wie „Biologische Psychologie“ (neuroanatomische Grundlagen, ggf. erste neurologische Störungsbilder), „Klinische Psychologie“ (neuropsychologische Defizite, Therapie, Rehabilitation) und „Diagnostik“ (neuropsychologische Testverfahren und Testtheorie) vermittelt werden. Als Beispiel dient die Ruhr-Universität Bochum, die mit einer klinisch-neuropsychologischen Arbeitsgruppe und einer eigenständigen Neuropsychologischen Hochschulambulanz bereits über langjährig etablierte Strukturen verfügt und bereits im Bachelor mehrere eigenständige Vorlesungen und Seminare (vgl. Tabelle auf S. 18 f.) im Bereich der NPPT anbietet.

An den Standorten mit neuropsychologischer Hochschulambulanz bietet sich darüber hinaus die Gelegenheit, Studierenden im Rahmen des Orientierungspraktikums und im Rahmen von Bachelorarbeiten bereits im Bachelorstudium umfassende und praktische Einblicke in die NPPT zu geben. Hospitationen und Fallbesprechungen sind nur zwei Möglichkeiten, Studierende einzubeziehen und über die Auswertung von Testverfahren, Recherchetätigkeiten und die Erstellung von Therapiematerialien können die Hochschulambulanzen zu einem gewissen Grad von den Studierenden profitieren.

Eine stärkere Ausdifferenzierung, insbesondere bei den berufsqualifizierenden Tätigkeiten, zeigt sich zwischen den Standorten im anschließenden Approbationsmasterstudium.

Integration der NPPT im Master

Hinsichtlich der Theorievermittlung im Master wird ebenfalls häufig auf das beschriebene Hybridmodell zurückgegriffen. An der Universität Gießen beschäftigen sich Studierende bspw. über ein komplettes Semester hinweg in der Vorlesung „Spezielle Störungs- und Verfahrenslehre“ mit klinischer Neuropsychologie, was eine breite inhaltliche Abdeckung ergibt. Auch an der Ruhr-Universität Bochum werden drei eigenständige Seminare für die Themen neuropsychologische Diagnostik, neuropsychologische Rehabilitation und Gutachtererstellung angeboten. Zusätzlich fokussieren zwei weitere Seminarveranstaltungen komplett auf neuopsycho-

logische Störungsbilder bei psychischen respektive neurologischen Erkrankungen. An den Universitäten Bielefeld, Leipzig und Mainz wird die klinische Neuropsychologie ebenfalls in hohem Umfang gelehrt, jedoch stärker verteilt auf einzelne Lehrveranstaltungen. Eine Vertiefung findet z. B. durch einzelne Termine in der Vorlesung „Spezielle Störungs- und Verfahrenslehre“ statt. Die neuropsychologische und sozialmedizinische Begutachtung kann in Seminare zu psychologischer Diagnostik eingebettet werden. Praktische Aspekte der neuropsychologischen Behandlung lassen sich in verschiedenen Veranstaltungen im Modul „Angewandte Psychotherapie“ sowie in Fallseminaren im Rahmen der BQT II und III integrieren (für einen detaillierten Überblick der Theorieveranstaltungen für die einzelnen Standorte verweisen wir auf die Tabelle auf S. 18 f.).

Spezifische Umsetzungsmöglichkeiten der NPPT in der BQT III

Neben den Vorlesungen und (Praxis-)Seminaren stellt für Standorte mit neuropsychologischer Hochschulambulanz vor allem der ambulante Teil der berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT III) eine zentrale Möglichkeit dar, Studierenden einen handlungspraktischen und tiefgreifenden Einblick in die NPPT zu geben. Sofern Rahmenbedingungen hierfür geschaffen sind, sind verschiedene Konzepte denkbar.

— Neben den Vorlesungen und Seminaren stellt für viele Standorte vor allem der ambulante Teil der berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT III) eine zentrale Möglichkeit dar, Studierenden einen Einblick in die NPPT zu geben. —

An der Universität Mainz soll die ambulante BQT III erstmals im Sommersemester 2025 durchgeführt werden. Hierbei ist geplant, dass sämtliche Studierende im Approbationsmaster an einer NPPT im Umfang von mindestens zwölf aufeinanderfolgenden Behandlungsstunden teilnehmen, welche an der angegliederten Hochschulambulanz für Psychotherapie und Neuropsychologie erfolgen. Dies wird in Kleingruppen von bis zu sechs Studierenden umgesetzt, die mittels Livestream innerhalb der neuropsychologischen Hochschulambulanz an den Sitzungen teilnehmen und anschließend gesammelte Fragen stellen können. Dabei ist geplant, dass die aufeinanderfolgenden Sitzungen mit dem ersten probatorischen Termin beginnen und nach der siebten Therapiesitzung enden. Hierdurch bekommen die Studierenden einen umfassenden Einblick in Erstgespräch, ausführliche Anamnese, neuropsychologische Diagnostik, Einbezug der Angehörigen, Indikationsstellung und Therapieplanung sowie in die ersten therapeutischen Maßnahmen. Zur Besprechung und Einübung der beobachteten diagnostischen und therapeutischen Interventionen werden die Kleingruppen in einer Supervisionsgruppe unter Anleitung eines/einer Dozierenden mit der Qualifikation

NPPT begleitet. Den Abschluss bildet dann ein Bericht, der im Umfang einem neuropsychologischen Befundbericht entspricht.

Ein sehr umfangreiches Konzept wird seit dem Wintersemester 2023/2024 im Neuropsychologischen Therapie Centrum an der Ruhr-Universität Bochum in Kooperation mit dem Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit praktiziert (vgl. Wannemüller et al., 2020, und Thoma et al., 2020, für eine frühe Beschreibung des Konzeptes). So kann ca. ein Fünftel der Masterstudierenden Fallseminare und/oder Therapieassistenzen im Bereich NPPT durchführen. Im Fallseminar wird ein*e Patient*in mit neuropsychologischer Therapieindikation durch einen*eine Lehrtherapeut*in sowie zehn Studierende im Rahmen von mindestens 12 bis 17 Sitzungen betreut. Pro Sitzung übernimmt, supervidiert durch eine*n Lehrtherapeut*in, jeweils ein*e Studierende*r die Diagnostik und/oder Behandlung. Für die restlichen Studierenden wird die Sitzung live per Kamera in den Nebenraum übertragen (und ggf. zur späteren Nachbereitung aufgezeichnet, sofern Studierende fehlen). Im Rahmen der Therapieassistenzen werden zwei Studierende einem*einer Patient*in zugeordnet und führen unter lehrtherapeutischer Supervision über die Dauer von zwölf bis sechzehn wöchentlich durchgeführten Sitzungen die neuropsychologische Diagnostik und Behandlung durch. Hierbei fungieren die Studierenden abwechselnd als Sitzungsführer*in oder als Protokollant*in und erlangen hierdurch tiefgreifende Einblicke und praktische Erfahrungen. Derart umfassende Konzepte erfordern einen hohen zeitlichen Aufwand für die Vor- und Nachbereitung der jeweiligen Sitzungen durch das Lehrtherapiepersonal. Zusätzlich sind einige wenige stationäre BQT-III-Plätze in Kooperationskliniken vorhanden.

An der Justus-Liebig-Universität Gießen können in der Regel zwei bis drei Studierende innerhalb der BQT III den Schwerpunkt NPPT mit stationären und/oder ambulanten Anteilen wählen und in diesem Rahmen praktische Erfahrungen sammeln und spezifische Kompetenzen erwerben. Insgesamt drei stationäre Einrichtungen, die auch als Weiterbildungsstätten für Klinische Neuropsychologie/NPPT anerkannt sind, bieten Plätze für interessierte Studierende an. In der neuropsychologischen Ambulanz der verhaltenstherapeutischen Ambulanzen können Studierende im 1:1:1-Setting neuropsychologische Behandlungen begleiten und die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Elemente übernehmen.

Die Neuropsychologische Hochschulambulanz der Universität Bielefeld (NeuroPABi) bietet für ein Fünftel der Studierenden Lehrtherapien im Bereich der ambulanten BQT III an, die als Lehrassistenzen im 1:1-Setting realisiert werden. In der stationären BQT III können derzeit in Kooperationskliniken sechs Plätze mit neuropsychologischen Behandlungssettings angeboten werden.

An der Universität Leipzig wird die ambulante BQT III in Form von Fallseminaren für kleine Gruppen von Studierenden

angeboten, die nach einer gemeinsamen Vorbereitung abwechselnd die Rolle der sitzungsleitenden Therapeut*innen einnehmen, während der Rest der Gruppe im Nebenraum die Sitzung per Videoübertragung mitverfolgt. Anschließend erfolgt die gemeinsame Nachbesprechung. In den Fallseminaren werden auch neuropsychologische Störungsbilder behandelt, sodass ein Teil der Studierenden Einblick in diesen Anwendungsbereich der Psychotherapie erhält.

Neben der Verankerung klinischer Neuropsychologie in der Lehre ist auch eine Verankerung dieser Inhalte in der psychotherapeutischen Approbationsprüfung zentral, um Studierenden die Relevanz dieses Fachgebiets weiter zu verdeutlichen und sicherzustellen, dass ein Basiswissen über dieses Themengebiet bei allen approbierten Psychotherapeut*innen vorhanden ist.

Die auf S. 18 f. folgende Tabelle soll Übersicht und Ideengeber sein, in welchen vielzähligen Lehrveranstaltungen eine Einbindung klinisch-neuropsychologischer Inhalte über das gesamte Approbationsstudium möglich ist. Dabei soll die Tabelle keineswegs die Anforderung eines finalen Leitfadens erfüllen, sondern die vielfältigen Lehrmöglichkeiten aufzeigen, sofern eine angemessene, personelle Ausstattung gegeben ist. Es sollte hierbei auf die große Überlappung mit Inhalten der psychologischen Psychotherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen hingewiesen werden, welche Querverweise und das Aufgreifen bestehenden Wissens (bspw. psychotherapeutische Interventionstechniken oder sozialrechtliche Grundlagen) ermöglicht. Darüber hinaus gibt die Tabelle Auskunft darüber, in welcher Form eine neuropsychologische Hochschulambulanz am jeweiligen Standort etabliert ist (eigenständig oder in bestehende Strukturen eingebunden) und ob neben der Etablierung für einen Approbationsstudiengang auch eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte für die Gebietsweiterbildung zum*zur Fachpsychotherapeut*in vorhanden oder angestrebt ist. Abschließend dokumentiert die Tabelle den aktuellen personellen Stand an den jeweiligen Standorten.

Erfahrungen, Herausforderungen und Chancen

In der Beschreibung der verschiedenen Lehransätze für die NPPT an den unterschiedlichen Standorten wurde die Herausforderung, geeignet qualifiziertes Personal zu finden und mit diesem den hohen zeitlichen Aufwand zu bewältigen, bereits angesprochen. Daneben ergeben sich in der neuropsychologischen Lehre weitere spezifische Herausforderungen, die sich überwiegend auf die Umsetzung der praktischen Lehrtherapien beziehen.

Bei den ersten Erfahrungen zeigten sich hier auch patient*innenseitig einige Anforderungen. Aufgrund der engen Taktung der Semester, verbunden mit einer teils hohen Zahl an benötigten Therapiesitzungen ist die punktgenaue

Rekrutierung von Patient*innen für die ambulante BQT III, welche die Indikation für eine Behandlung erfüllen, ausreichend belastbar für die angebotene Therapieform sind und sich auf das Konzept einer Lehrtherapie einlassen können, durchaus schwierig. Ausreichend geeignete Patient*innen zum Semesterstart zur Verfügung zu haben, um den Studienerfolg aufgrund von Verzögerungen bei den Lehrtherapien nicht zu gefährden, ist hierbei ein zentrales Anliegen. Eine mögliche Lösung und große Chancen für die Lehre kann in einer Kooperation der Hochschulambulanzen mit lokalen Akut- oder Rehakliniken, die ein entsprechend hohes Patient*innenaufkommen haben, liegen. Es sollte bereits im Vorfeld der ambulanten Behandlung die mögliche Indikation für eine ambulante NPPT sowie die Eignung für eine Lehrtherapie eingeschätzt werden und die Kliniken wiederum können einem Teil ihrer Patient*innen ein attraktives Angebot für eine Anschlussbehandlung machen. Durch Nutzung von Infomaterialien (Flyer, Informationsbögen etc.), die Ablauf und Setting der Lehrtherapie erklären sowie deren Vorteile unterstreichen, könnten potenzielle Patient*innen auf die Psychotherapie vorbereitet werden, sodass es bei Behandlungsbeginn seltener zu Behandlungsabbrüchen kommt. Hieraus kann eine Win-Win-Situation entstehen, wenn Erkrankten ein Behandlungsangebot gemacht werden kann, welches sie normalerweise gar nicht oder erst nach einer erheblichen Wartezeit bekommen könnten.

Je nach Vertragsgestaltung der Ambulanz mit den Kostenträgern können auch Menschen eine Therapie erhalten, bei denen die Indikation einer NPPT nicht uneingeschränkt gegeben ist – etwa weil die Fünf-Jahres-Ausschlussfrist für die Hirnschädigung überschritten oder der ätiologische Hintergrund der neuropsychologischen Störung nicht durch die sog. Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung abgedeckt (z. B. bei ADHS), die Behandlung inhaltlich dennoch sinnvoll ist. Darüber hinaus können auch ideelle Aspekte einen Mehrwert für die Erkrankten darstellen, wenn sie durch ihre Teilnahme an der Lehrtherapie dazu beitragen können, den therapeutischen Nachwuchs auszubilden. Die hieraus resultierende Förderung von Selbstwert, Selbstwirksamkeit und dem Gefühl, gebraucht zu werden, kann entsprechend als ein kleiner therapeutischer Baustein auf dem Weg der Krankheitsverarbeitung und -akzeptanz betrachtet werden.

Eine weitere Herausforderung entsteht dadurch, dass die NPPT in ihrer jetzigen Form nach wie vor eine relativ junge und vor allem kleine Disziplin ist, die an den Universitäten bislang nur wenig verbreitet ist. Für Verhaltenstherapie lässt sich bereits eine Vielzahl an professionellen Lehrvideos finden, welche die patient*innenorientierte Lehre gut ergänzen können. Darüber hinaus existiert eine noch wesentlich größere Zahl an spezifischen, validierten Manualen für verschiedene

Störungsbilder, Settings und Zielgruppen. Beides ist für die NPPT nach wie vor nicht in ausreichendem Ausmaß vorhanden. Dies sollte sich jedoch ebenfalls in dem Maße positiv ändern, in dem es gelingt, die NPPT weiter an den Universitäten zu verankern. Entsprechend schränkt dies aktuell die Möglichkeit der Studierenden zum Selbststudium ein und erhöht den Arbeitsaufwand der Dozierenden. Lösungsmöglichkeiten hierfür ergeben sich am ehesten durch die Erstellung der benötigten Materialien durch die Hochschulambulanz selbst sowie deren Austausch untereinander. Am Standort Bochum sind im Kontext der Lehrtherapien beispielsweise unter Einbezug von Studierenden einige Videos entwickelt worden, die unter anderem die Anwendung verschiedener neuropsychologischer Testverfahren vorführen.

Eine weitere Herausforderung kann hinsichtlich der Erwartungen und der Haltung gegenüber der NPPT seitens der Studierenden beobachtet werden. Aufgrund der bisher eher knappen Abdeckung klinischer Neuropsychologie in der Lehre liegen nicht selten nur wenige Vorkenntnisse zu diesem Bereich vor oder die über einzelne Lehrveranstaltungen verteilten Inhalte sind für die Studierenden nur schwer in eine praktische Anwendung übersetzbar. Hieraus entstehen Annahmen wie jener, dass die NPPT mehr oder weniger nur aus der Durchführung von Tests, der Anwendung computerbasierter Trainingsprogramme und dem „Verwalten“ von Defiziten ohne echte Besserungschance bestünde, was dieses Fachgebiet in ein problematisches Licht rückt. Um dem zu begegnen, ist im Vorfeld der BQT III ein Mindestmaß an spe-

— Durch Teilnahme an der Lehrtherapie können Patient*innen ein Behandlungsangebot wahrnehmen, welches sie normalerweise gar nicht oder erst nach einer erheblichen Wartezeit bekommen würden. —

zifischen Veranstaltungen (auch durch einzelne Sitzungen in Vorlesungen und/oder Seminaren), die sich ausschließlich mit klinischer Neuropsychologie beschäftigen, wahrscheinlich der wichtigste und effizienteste Lösungsschritt. Dabei kann die Integration von vorhandenem Wissen aus anderen Lehrveranstaltungen (z. B. Klinische Psychologie, Biologische Psychologie, Diagnostik, Allgemeine Psychologie) angestoßen und zumindest die tatsächliche Tätigkeitsbandbreite der klinischen Neuropsychologie angerissen werden. Hierdurch wäre eine Grundlage geschaffen, welche die Studierenden für das Fachgebiet interessieren und motivieren könnte, die NPPT für die BQT III als Vertiefung zu wählen. Bisherige Erfahrungen beispielsweise aus Bochum zeigen, dass Studierende dann durch die praktische Tätigkeit positiv überrascht sind und die Erfahrung als sehr gewinnbringend einstufen. Neben der Chance, hierdurch gezielte und effektive Nachwuchsförderung zu betreiben, besteht ebenfalls die Möglichkeit, eine realistischere Haltung zukünftiger Psychotherapeut*innen

Standort	Spezifische NPPT-Inhalte im Approbationsstudium (Bachelor und Master; Anm.: NP = Neuropsychologie bzw. neuropsychologisch)	Neuropsychologische Hochschulambulanz	Akkreditierung als Weiterbildungsstätte	Personelle Vertretung der NPPT (Stand: Q4 2024)
Bielefeld	<i>Bachelor:</i> Wahlfachseminar Diagnostik mit neuropsychologischem Schwerpunkt; Orientierungspraktikum in neuropsychologischer Ambulanz möglich <i>Master:</i> Schwerpunktsetzung im Modul „Angewandte Psychotherapie“ auf organisch bedingte psychische Störungen, NP und Rehabilitation (Vorlesung und ein Seminar für alle Studierenden); Seminar im Modul Diagnostik und Begutachtung; BQT II: ein vertiefendes Wahlpflichtseminar NP-Behandlung; klinisches Forschungspraktikum nach Wahl im Bereich Neurofeedback bei kognitiven Störungen; ambulante BQT III: 20 Lehrtherapieassistenzen; stationäre BQT III in Neurorehab-Klinik möglich	eigenständige Ambulanz	WBO PP/KJP (beantragt); WBO Pt (geplant)	Prof. Dr. Katja Werheid 1,5 Lehrtherapiestellen unbefristet; 2 Vollzeitstellen in WB
Bochum	<i>Bachelor:</i> eine komplette Vorlesung plus Begleitseminar; Orientierungspraktikum mit Neuroschwerpunkt möglich <i>Master:</i> je ein Seminartermin zu NP-Diagnostik, NP-Gutachtenerstellung, NP-Rehabilitation, NP psychischer Störungen, NP neurologischer Erkrankungen; ambulante BQT III: Fallseminare und Lehrtherapieassistenzen ambulant, stationäre BQT-III-Plätze zusätzlich verfügbar	eigenständige Ambulanz	WBO PP/KJP; WBO Pt	Prof. Dr. Boris Suchan Prof. Dr. Patrizia Thoma 0,75 Lehrtherapiestellen unbefristet; 2 Vollzeitstellen in WB
Gießen	<i>Bachelor:</i> einzelne Vorlesungen zu klinisch-neuropsychologischen Themen als Teil der Vorlesung „Psychotherapie“; Seminar zu NP-Themen als Option für die Veranstaltung „Psychotherapie in der Praxis“ <i>Master:</i> Vorlesung Klinische NP als Teil des Moduls „Spezielle Störungs- und Verfahrenslehre“; Seminar zur NP-Begutachtung als Teil des Moduls NP-Diagnostik; Fallseminar Klinische NP als Teil der BQT II; Therapieassistenten und Hospitationen als Teil der BQT III	Teilambulanz der verhaltenstherapeutischen Ambulanzen	WBO PP/KJP; WBO Pt	apl.-Prof. Dr. Jutta Billino; 1,75 Vollzeitstellen in WB
Leipzig	<i>Bachelor:</i> einzelne Vorlesungstermine zu klinisch-neuropsychologischen Themen (Störungsbilder und Behandlungsoptionen) als Teil der Vorlesungen „Einführung in die Klinische Psychologie“, „Interventionsmethoden der klinischen Psychologie und Psychotherapie“, „Psychotherapeutische Prävention, Intervention und Rehabilitation bei verschiedenen Altersgruppen“ <i>Master:</i> einzelne Vorlesungs- und Seminartermine im Modul „Spezielle Störungs- und Verfahrenslehre der Psychotherapie“; drei Veranstaltungstermine zur NP-Begutachtung im Modul „Psychologische Diagnostik“; Vorstellung von Fallkonzeption und Setting der klinischen NP im Modul „Angewandte Psychotherapie“ sowie in der BQT II; NP-Fallseminare im Rahmen der ambulanten BQT III	Teilambulanz der verhaltenstherapeutischen Ambulanzen	WBO PP/KJP (geplant); WBO Pt (geplant)	Prof. Dr. Cornelia Exner; Juliane Riedl
Magdeburg	<i>Bachelor:</i> Vorlesung NP <i>Master:</i> Vorlesung zu neurobiologischen Grundlagen; BQT II: NP; praktische Anteile in der ambulanten BQT III für einige wenige Studierende	Teilambulanz der verhaltenstherapeutischen Ambulanzen	derzeit nicht	PD Dr. Tilmann Klein

Standort	Spezifische NPPT-Inhalte im Approbationsstudium (Bachelor und Master; Anm.: NP = Neuropsychologie bzw. neuropsychologisch)	Neuropsychologische Hochschulambulanz	Akkreditierung als Weiterbildungsstätte	Personelle Vertretung der NPPT (Stand: Q4 2024)
Mainz	<i>Bachelor:</i> Orientierungspraktikum in NPPT-Ambulanz möglich <i>Master:</i> vier Seminartermine in BQT II; vier Vorlesungstermine in Spezieller Verfahrenslehre; ein NPPT-Fall in ambulanter BQT III	Teilambulanz der verhaltenstherapeutischen Ambulanzen	WBO PP/KJP (geplant); WBO Pt (geplant)	Dr. Mathias Klinghammer; 0,75 Vollzeitstellen in WB
Mannheim	<i>Bachelor:</i> Orientierungspraktikum und BQT I mit Schwerpunkt NPPT möglich; Anteil in Vorlesung „Klinische Psychologie & Psychotherapie“ <i>Master:</i> ein Termin in Vertiefungsvorlesung zur Verfahrenslehre; einzelne ambulante Fälle für BQT III	Teilambulanz der Psychologischen Ambulanz am Otto-Selz-Institut (Prof. Dr. Georg Alpers)	WBO PP/KJP; bisher in Kooperation & aktuell ruhend; WBO Pt: noch nicht absehbar	Silvia Schad
Marburg	<i>Bachelor:</i> Teile der Vorlesung Einführung in die Neurowissenschaftliche Psychologie; Seminare im Wahlbereich Neurowissenschaften <i>Master:</i> ca. 50 % der Vorlesung „Spezielle Störungs- und Verfahrenslehre“; Wahlseminar in Spezieller Störungs- und Verfahrenslehre sowie in Vertiefung in Grundlagen	Teilambulanz der verhaltenstherapeutischen Ambulanzen	WBO PP/KJP (geplant); WBO Pt (geplant)	Dr. Kerstin Kühl
München	<i>Bachelor:</i> zwei Vorlesungen (Einführung in die NP, NP-Diagnostik im neurologischen Kontext); Seminar/Unterricht in Kleingruppe zur Anwendung von NP-Diagnostik; Orientierungspraktikum in NPPT-Ambulanz möglich <i>Master:</i> Vorlesung kognitive und NP Grundlagenvertiefung; Seminar „Ausgewählte Themen der NP“; „Seminar Störungs- und Verfahrenslehre in der NP; BQT II in NPPT	eigenständige Ambulanz	WBO PP/KJP (geplant) WBO Pt (geplant)	Dr. Sigrid Seiler; Dr. Johanna Funk (Leitung des Lehrstuhls; Prof. Dr. Thomas Schenk)
Regensburg	Der neue Lehrstuhl Klinische Neuropsychologie und Neuropsychologische Psychotherapie mit Hochschulambulanz für Neuropsychologie befindet sich seit 1. Oktober 2024 im Aufbau.			Prof. Dr. Jennifer Randerath
Saarbrücken	<i>Bachelor:</i> Vorlesung Einführung in die Klinische NP mit Vertiefungsseminar; Vorlesungen Grundlagen der Medizin und Grundlagen der Pharmakologie <i>Master:</i> Angewandte Psychotherapie; Praxis der PT, verfahrenübergreifend; Spezielle Krankheits- und Behandlungslehre; Praxis der PT, ambulante Versorgung; forschungsorientiertes Praktikum (I/II)	eigenständige Ambulanz	WBO PP/KJP; WBO Pt (geplant)	Dr. Caroline Kuhn; 0,5 Vollzeitstellen in WB
Ulm	Die Besetzung des Lehrstuhls für Neuropsychologische Diagnostik und Neuropsychologische Psychotherapie ist für 2025 geplant.			N. N.

Table: Übersicht über die Standorte mit Verankerung der Neuropsychologischen Psychotherapie (NPPT) im Approbationsstudium Psychotherapie. WBO PP/KJP steht für die Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. WBO Pt steht für die Weiterbildungsordnung für Approbierte nach Abschluss des Approbationsstudiums Klinische Psychologie und Psychotherapie. Die Daten der Tabelle wurden von den Autor*innen im November 2024 über das Netzwerk der IG KNP & NPPT erhoben und von den als verantwortlich Benannten an den jeweiligen Standorten zur Verfügung gestellt. Es ist aufgrund der bundesweiten Befragung davon auszugehen, dass die Erhebung ein vollständiges Bild ergeben hat. Die Etablierung des Schwerpunkts an weiteren Standorten ist möglich, entzieht sich aber aktuell der Kenntnis des angesprochenen Expert*innenkreises. Hinweis zur letzten Spalte: Wir setzen für eine Verankerung der NPPT voraus, dass an den Standorten approbierte Psychologische Psychotherapeut*innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen mit einer durch eine Landespsychotherapeutenkammer anerkannten Zusatzqualifikation Klinische Neuropsychologie in der Lehre vertreten sind.

gegenüber der NPPT zu fördern und den neuropsychologischen Blickwinkel auch in andere Gebiete, wie bspw. bei der Behandlung primär psychischer Erkrankungen, einfließen zu lassen.

Klinische Neuropsychologie in der Lehre – Chancen durch Herausforderungen

Die aktuelle PsychThApprO sorgt für weitreichende Änderungen im Qualifikationsweg für Fachpsychotherapeut*innen für (Neuropsychologische) Psychotherapie. Speziell für das kleine und bisher wenig präsenste Fachgebiet der NPPT stellen Aufbau und Etablierung der neuropsychologischen Inhalte innerhalb der neuen Approbationsmasterstudiengänge große Herausforderungen dar. Durch die Impulsvorträge und anschließende Diskussion im Rahmen des Praxissymposiums auf dem DPK 2024 wurde jedoch deutlich, dass Lösungsansätze für die anstehenden Herausforderungen gleichzeitig enorme Chancen für die einzelnen Standorte und das Fachgebiet insgesamt bieten.

Das zentrale Problem der Nachwuchsgewinnung für die ohnehin schon angespannte Patient*innenversorgung kann nur durch eine frühe Einbindung klinisch-neuropsychologischer Inhalte in die Lehre erfolgen. Für die Universitätsstandorte

— Von den Universitäten ist Flexibilität gefordert, um durch angemessen vergütete und entfristete Stellen eine universitäre Anstellung für approbiertes Lehrpersonal attraktiv zu machen. —

ergeben sich hieraus eine Reihe weiterer Vorteile. Durch die Abdeckung mehrerer Fachgebiete steigt die Attraktivität für Studierende, ihr Studium an einer bestimmten Universität aufzunehmen. Durch Kooperationen mit lokalen (Reha-)Kliniken steigt die Vernetzung der Universität und perspektivisch die Möglichkeit zu Forschungs Kooperationen und zur erfolgreichen Drittmittelwerbung in diesem Bereich. Gerade angesichts einer zunehmenden Überalterung der Gesellschaft und somit auch durch die wachsende Anzahl von Personen mit entsprechenden Erkrankungen, die neuropsychologischen Diagnostik- und Behandlungsbedarf nach sich ziehen (z. B. Demenzen, Schlaganfälle), wird dieser Aspekt national wie international zunehmend an Bedeutung gewinnen. Zusätzlich leistet die NPPT einen wichtigen Beitrag, die Chancen auf schulische und berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit Hirnverletzungen zu erhöhen und im Rahmen von Begutachtungen einzuschätzen. An den Hochschulambulanzen werden schließlich neue Ansätze für Diagnostik und Therapie entwickelt, erprobt und evaluiert. Sie spielen dadurch eine zentrale Rolle in der Forschung und Weiterentwicklung des Fachgebiets. Der Ausbau der NPPT an den Hochschulen ermöglicht die aktive Förderung zukünftiger Projekte, die Ausgestaltung von inhaltlichen Leit- und Richtlinien und die

umfassende Vernetzung verschiedener Universitätsstandorte. Die Arbeit der IG KNP & NPPT und die Entwicklung einer geplanten, deutschlandweiten, neuropsychologischen Forschungsdatenbank seien hierfür als Beispiele genannt. Nicht zuletzt sollte keineswegs vergessen werden, dass die NPPT als ambulante Leistung aktuell von den Krankenkassen zwar nur für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen getragen wird, die Relevanz neuropsychologischer Diagnostik und Therapie für psychische Erkrankungen in Forschung und klinischer Praxis jedoch außer Frage steht. Langfristig wird eine Umsetzung dieser Erkenntnisse auch in der ambulanten Versorgung angestrebt, was die perspektivische Bedeutsamkeit der NPPT erhöht.

Für die universitäre Lehre liegt auf der Hand, dass die klinisch-neuropsychologischen Lehrveranstaltungen nur so umfassend umgesetzt werden können, wie entsprechendes Personal mit der nötigen Qualifikation, Erfahrung und insbesondere auch dem nötigen Lehrdeputat ausgestattet ist. Letzteres setzt Flexibilität seitens der Universitäten voraus, welche insbesondere durch angemessen vergütete und entfristete Stellen Anreize schaffen müssten, um eine universitäre Anstellung für diese Personengruppe attraktiv zu machen. Dieses Problem betrifft nicht nur die NPPT, sondern sämtliche Bereiche, in denen eine Approbation vorausgesetzt wird und privatwirtschaftliche Einrichtungen oder die Selbst-

ständigkeit mit Kassensitz häufig attraktivere Anreize bieten. Entfristete Stellen an Universitäten könnten ggf. auch Personen, die neben ihrer praktischen Tätigkeit gleichzeitig wissenschaftlich interessiert sind und sich um die Stärkung der klinisch-neuropsychologischen

Forschung bemühen wollen, die Tätigkeit an den Universitäten nach Qualifizierung schmackhafter machen. Für die Universitäten hingegen könnte ein Argument sein, dass entfristete, approbierte Psychotherapeut*innen nicht nur in den Hochschulambulanzen wertvolle Mitarbeitende darstellen, sondern bei sich ändernden Rahmenbedingungen auch in psychotherapeutischen Beratungsstellen, der Studienberatung oder der Personalentwicklung gut eingesetzt werden können. Neben der Ausschöpfung der tarifrechtlichen Möglichkeiten könnten Maßnahmen wie eine Stufenvorwegnahme helfen, die finanzielle Lücke zu privatwirtschaftlichen Gehältern zu reduzieren. Das stärkere Hervorheben zusätzlicher Vorteile, wie etwa die Übernahme von Dienstreisekosten für Kongressteilnahmen oder betriebliche Qualifikationsmöglichkeiten, die häufig zentral seitens der Universitäten geboten werden, könnte ebenfalls die Attraktivität eines universitären Arbeitgebers steigern. Daneben kann die Mischung aus Lehre, klinischer Praxis und Forschungsoptionen durchaus als befriedigend und abwechslungsreicher als eine rein klinische Tätigkeit empfunden werden.

Wir hoffen, dass wir für die konkrete Umsetzung und Ausgestaltung klinisch-neuropsychologischer Lehre einige Hinwei-

se und Anhaltspunkte aus dem Praxissymposium weiterleiten und eine hoffnungsvolle Perspektive auf die Implementierung der entsprechenden Lehrinhalte geben konnten. Bei weiterführenden Fragen steht das Netzwerk der Interessengruppe Klinische Neuropsychologie und Neuropsychologische Psychotherapie gerne zur Verfügung.

Literatur

Billino, J., Hennig-Fast, K. & Exner, C. (2022). Neuropsychologische Psychotherapie an Universitäten. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 33 (1), 5–10.

Exner, C. (2024). Wie gelingt die Umsetzung der neuen Studiengänge zur Approbation in Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 23 (2), 128–134.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011, 24. November). *Ambulante neuropsychologische Therapie künftig GKV-Leistung* [Pressemitteilung]. Online verfügbar unter: www.g-ba.de/downloads/34-215-418/40-2011-11-24-Neuropsychologie.pdf [31.01.2025].

Guthke, T., Flückiger, C. & Kleine, T. A. (2021). Neuropsychologische Psychotherapie – ein Überblick über therapeutische Ansätze. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 22 (4), 18–25.

Guthke, T. & Kokinous, J. (2020). Klinische Neuropsychologie als eigenständige Gebietsweiterbildung. *Psychotherapie Aktuell*, 12 (1), 16–17.

ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. (2005). Hrsg. vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). *Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung)*. Online verfügbar unter: www.g-ba.de/richtlinien/7/ [04.07.2024].

Thoma, P., Teismann, T., Wannemüller, A., Friedrich, S., Margraf, J., Schneider, S. & Suchan, B. (2020).

The role of clinical neuropsychology within the new master's programs in clinical psychology and psychotherapy in preparation for the state approbation exam. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 31, 157–163.

Wannemüller, A., Friedrich, S., Teismann, T., Suchan, B., Thoma, P., Margraf, J. & Schneider, S. (2020). Die berufsqualifizierende Tätigkeit im Studiengang klinische Psychologie und Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 30 (2), 170–177.

Werheid, K. (2022). Die Neuordnung der psychotherapeutischen Weiterbildung: Status quo und Ausblick aus klinisch-neuropsychologischer Perspektive. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 33 (1), 27–31.



Dr. Mathias Klinghammer

Korrespondenzanschrift:

Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leitung der Hochschulambulanz für Psychotherapie und Neuropsychologie
Wallstraße 3
55122 Mainz
mathias.klinghammer@uni-mainz.de

Dr. Mathias Klinghammer ist Psychologischer Psychotherapeut (VT) mit Zusatzbezeichnung „Neuropsychologischer Psychotherapeut“ (LPK RLP). Er ist geschäftsführender Leiter der Hochschulambulanz für Psychotherapie und Neuropsychologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, vertritt dort die Neuropsychologie in der Lehre und engagiert sich für die neuropsychologische Weiterbildung.



Prof. Dr. Patrizia Thoma

patrizia.thoma@ruhr-uni-bochum.de

Prof. Dr. Patrizia Thoma ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) mit Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ (PTK NRW). Sie leitet gemeinsam mit Prof. Dr. Boris Suchan das Neuropsychologische Therapie Centrum an der Ruhr-Universität Bochum und vertritt die Neuropsychologische Psychotherapie in Forschung und Lehre. Sie engagiert sich berufspolitisch für die Umsetzung der neuropsychologischen Weiterbildung, auch in Verzahnung mit einer wissenschaftlichen Qualifizierung.



apl. Prof. Dr. Jutta Billino

jutta.billino@uni-giessen.de

Apl. Prof. Dr. Jutta Billino ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) mit Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ (PTK Hessen), vertritt an der Justus-Liebig-Universität die Klinische Neuropsychologie und Neuropsychologische Psychotherapie und leitet dort die Neuropsychologische Hochschulambulanz als Teil der Verhaltenstherapeutischen Ambulanzen. Berufspolitisch setzt sie sich für eine Verbesserung der Repräsentanz des Gebiets an den Universitäten und die Umsetzung der Weiterbildung ein.

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung

Ein offener Einstieg in die Gruppenpsychotherapie aus verhaltenstherapeutischer Sicht

Angela Schrameier

Zusammenfassung: Therapiebedürftige Menschen haben oft Bedenken, sich auf ein Gruppenangebot einzulassen. Das gilt sowohl für die Bestandpatient*innen einer Praxis in Einzeltherapie wie auch für neue Therapiesuchende auf der Warteliste. Die zusätzliche Auswahlmöglichkeit der „Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung“ ermöglicht es ihnen, die Wirkungsweise von Therapiegruppen kennenzulernen, ohne sich auf diese Therapieform festlegen zu müssen. Im Folgenden werden Strukturen für erste Gruppenstunden geschildert, die Negativerlebnisse verhindern und zugleich die Vorteile von Therapiegruppen erlebbar machen sollen.

Die meisten Menschen kennen Gruppenbegegnungen aus Arbeit und Freizeit und machen dabei überwiegend gute Erfahrungen (Strauß et al., 2015). Im Bereich der ambulanten Psychotherapie wird das Gruppenformat jedoch kaum genutzt: 97 Prozent der ambulanten Psychotherapien werden bisher im Einzelsetting durchgeführt (Schäfer, 2022), obwohl sich in großen Metastudien immer zeigt, dass Gruppentherapie der Einzeltherapie in ihrer Wirksamkeit nicht nachsteht (Strauß et al., 2016; Strauß et al., 2020). Die Effektstärken von Einzel- und Gruppentherapie gleichen sich. Das wurde in einer staatlich geförderten Zusammenführung der Forschungsdaten zur Gruppentherapie (SMARAGD)¹ ermittelt, in der elf Metaanalysen auf der Basis von 329 randomisierten Kontrollstudien mit insgesamt

rapie, zugleich ist es für die Betroffenen störungsimmanent eine Qual, sich der prüfenden Betrachtung durch andere auszusetzen. Viele Menschen befürchten, ungewollt Objekt einer allgemeinen Gruppendiskussion zu werden oder in einer Therapiegruppe persönliche Probleme offenbaren zu müssen.

Diese Ängste müssen ernst genommen werden: In einer Erhebung bei Teilnehmenden an stationärer Gruppentherapie, in der allerdings ausdrücklich und ausschließlich nach Negativerfahrungen gefragt wurde, haben nahezu alle mindestens eine solche Negativerfahrung genannt (Linden et al., 2015). Zwar gibt es auch in der Einzeltherapie Negativerlebnisse, doch reden hier nur Patient*in und Psychotherapeut*in miteinander, während in der Gruppe die Interaktionen zwischen den Teilnehmenden mit der entstehenden Soziodynamik hinzukommen und ein weites Feld für Negativ- und Positiv-Wirkungen öffnen.

— Gruppentherapie steht Einzeltherapie in ihrer Wirksamkeit nicht nach – die Effektstärken gleichen sich. —

über 27.000 Patient*innen berücksichtigt wurden (Strauß et al., 2020). Im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen zeigen sich große Effektstärken zugunsten von Gruppenpsychotherapie für die Behandlung von sozialer Angststörung, Panikstörung, generalisierter Angststörung, Depression und Zwangsstörung. Effektstärken im mittleren Bereich liegen für Gruppenpsychotherapie bei Essstörungen und posttraumatischer Belastungsstörung vor.

Allerdings sträuben sich viele Therapiesuchende, eine Gruppentherapie zu beginnen. Gerade unsicher gebundene Menschen haben die Sorge, in Gruppentherapien beschämende Erfahrungen zu machen, wie Marmarosh et al. (2009) gezeigt haben. Besonders zwiespältig ist die Situation bei der sozialen Phobie: Hier gibt es hohe Effektstärken für eine Gruppenthe-

Die hier präsentierten Gruppenkonzepte haben Strukturen, die die Gruppenmitglieder vor Bloßstellung, Überforderung und Sprechblockaden schützen. Dazu gehören eine wertschätzende „Nachbarfrage“ zu Beginn, kurze Erkundungs-Interaktionen statt ganzer Rollenspiele und ein Wechselspiel von Beraten und Beratenwerden für jedes Gruppenmitglied. Sie eignen sich besonders für das relativ neue Angebot der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung. Dieses umfasst vier Doppelstunden, die antrags- und anzeigefrei durch-

¹ Systematische Reviews und Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Gruppentherapie bei psychischen Störungen (Systematic review and meta-analyses of small group treatment of psychological disorders; SMARAGD), weitere Informationen unter: https://www.uniklinikum-jena.de/mpsy/Forschung/Abgeschlossene+Projekte/BMBF_+Gruppenpsychotherapie-p-352.html [03.02.2025].

geführt werden können. Neben neuen Patient*innen können auch Bestandspatient*innen das Angebot wahrnehmen, ohne dass sie auf ihre wöchentliche Einzelstunde verzichten müssten oder etwas von ihrem bewilligten Stundenkontingent verlören.

Spezielle Strukturen in den ersten Gruppensitzungen sollen Negativerlebnisse unwahrscheinlich machen und zugleich positive Effekte anbahnen. In Bezug auf die positiven Effekte liegt diesem Artikel das Wirkfaktorenmodell für Gruppentherapie von Kivlighan et al. (1996) zugrunde – Teilnehmende wurden nach entscheidenden „guten Momenten“ ihrer Gruppentherapie gefragt, die eine deutliche Besserung bewirkt haben. Auf diese Weise wurden vier Wirkfacetten identifiziert.

- „**Emotionale Bewusstheit / Einsicht**“ – ausgedrückt in Items wie: „die Bedeutung meiner Gefühle ist für mich klarer geworden“, „verdrängte Erlebnisse sind zutage getreten“;
- „**Beziehungsklima**“ – ausgedrückt in Items wie: „andere haben mich verstanden und unterstützt“, „ich habe mich anderen nahe gefühlt“;
- „**Problemlösen-Verhaltensänderung**“ – ausgedrückt in Items wie: „ich konnte meine Probleme genau identifizieren, sodass ich sie jetzt bearbeiten kann“, „ich habe erfahren, wie Probleme sich lösen lassen“;
- „**Fokus auf andere versus Fokus auf sich selbst**“ – ausgedrückt in Items wie: „mir ist Neues über andere bewusst geworden“, „ich habe erfahren, dass andere mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind“.

Die Nachbarfrage

Wie Kivlighan et al. (1996) gezeigt haben, ist Gruppentherapie auch deshalb wirksam, weil sie einen Perspektivenwechsel von sich auf andere einleitet und die Teilnehmenden dazu bringt, aufmerksamer dafür zu werden, was andere fühlen und denken. Folgerichtig beginnen die hier vorgestellten Stundenkonzepte mit einer Nachbarfrage. Statt zum Beispiel zu fragen: „Wie war heute Ihr Tag, angenehm oder unangenehm?“, lautet die entsprechende Nachbarfrage: „Was glauben Sie, wie war der heutige Tag für die Person, die neben ihnen sitzt?“ Diese bestätigt oder korrigiert die getroffene Vermutung und gibt dann ebenfalls eine Einschätzung für das nächste benachbarte Gruppenmitglied ab.

Um beschämende Erlebnisse auszuschließen, müssen die Nachbarfragen so strukturiert sein, dass die Ängste der Teilnehmenden vor Bloßstellung sich nicht bewahrheiten. Alle Antwortalternativen müssen gleichermaßen positiv oder gleichermaßen neutral sein. Sie dürfen keine abwertenden Urteile anbahnen, wie es etwa der Fall wäre bei Fragen wie: „Fällt es der Person neben Ihnen leicht, mit anderen in Kontakt zu treten, oder tut sie sich damit eher schwer?“ Die Alternativen müssen darüber hinaus kurz sein, sodass sprechgehemmte Personen einfach nur ein Wort aussprechen müssen und es

dennoch für die anderen interessant ist, was sie sagen, am meisten natürlich für die direkt nebenan sitzende Person, die die Einschätzung betrifft.

Mit der Nachbarfrage lässt sich die Schweigepflicht gut ins Gedächtnis rufen, die den Gruppenmitgliedern Schutz bietet. Passende Fragen sind zum Beispiel: „Wie sicher ist sich Dein Nachbar, dass nichts von dem, was er hier über sich berichtet, woanders weiter erzählt wird?“ oder: „Welche Regel findet Deine Nachbarin wichtiger: die Schweigepflicht oder den Grundsatz, andere nicht runterzumachen?“.

Auf Kinder und Jugendliche wirken Nachbarfragen oft so spannend, dass sich mit ihnen fast mühelos die nötige Anfangsruhe herstellen lässt.

Hier einige passende Nachbarfragen für Themen in Kindergruppen:

- Angst: „Wäre das Leben Deines Nachbarkindes ohne Angst besser oder schlechter?“
- Cybermobbing: „Welche von den zwei Fähigkeiten, die man gegen Cybermobbing braucht, beherrscht Dein Nachbarkind besser: Kampfgeist, um sich zu wehren, oder Ignorieren-Können, um vieles gar nicht erst zu lesen?“
- Elternstreit: „Wenn sich die Eltern Deines Nachbarkindes streiten, möchte es das wissen oder ist es ihm lieber, wenn sie das ganz unter sich ausmachen?“
- Fähigkeiten erkennen: „Bei wem kann Dein Nachbarkind besser erkennen, was es gut kann: bei sich selbst oder bei anderen?“
- Geheimnisse: „Stresst es Dein Nachbarkind, wenn es etwas weiß, was es nicht weitersagen soll, oder gefällt es ihm, Geheimnisse zu haben?“
- Nein-Sagen: „Wenn Dein Nachbarkind etwas nicht möchte, zu wem kann es besser Nein sagen: zu einem Erwachsenen oder einem Gleichaltrigen?“
- Wahrheit oder Lüge: „Woran erkennt Dein Nachbarkind am besten, ob jemand lügt oder die Wahrheit sagt: an dessen Gesichtsausdruck oder an dem, was er oder sie sagt?“
- Zuhören: „Was kann Dein Nachbarkind beim Zuhören am besten: Aufmerksam den Blickkontakt halten (Bild Auge), sich alles merken, was der oder die andere gesagt hat (Bild Gehirn), oder die Gefühle des oder der anderen erraten (Bild Herz)?“

Kurze Erkundungs-Interaktionen statt ganzer Rollenspiele

Gruppen eignen sich besonders gut dazu, neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Wie der Pionier der Gruppentherapie Irvin Yalom schreibt: „Menschen haben zählebige Katastrophenängste, was passieren könnte, wenn sie ihr Verhalten ändern. Im Hier und Jetzt der Therapiegruppe geht man bedeutend weniger Risiken ein, wenn man mit neuem Verhalten experimentiert.“ (Yalom, 2005).

Zum Ausprobieren neuer Verhaltensweisen bieten sich Rollenspiele an, sind allerdings nicht in jeder Gruppe indiziert. In Rollenspielen fühlen sich viele Menschen unbeholfen, überfordert und verlegen. Diese Unsicherheit verschwindet, wenn man die Rollenspiele auf kurze Interaktionsexperimente vereinfacht, weil die Teilnehmenden dann absehen können, dass etwas Leichtes von ihnen gefragt ist, nämlich ein Urteil anhand festgelegter Kriterien.

Hier ein Beispiel dieser Struktur zum Thema „sich glaubhaft entschuldigen“:

Feststellung von Person A: „Ich habe eine halbe Stunde auf Dich gewartet.“

Entschuldigung von Person B: „Tschuldigung.“

Einstufung durch Person A: „Nimmt B nach Deinem Eindruck Deinen Zeitverlust wichtig? Will er dafür sorgen, dass so etwas nicht wieder passiert?“

Das vereinfachte Rollenspiel verlangt zwar nur kurze Äußerungen von den Beteiligten, ist aber zugleich aufschlussreich und ergebnisorientiert durch die direkte Verschränkung mit der Reflexion. Das Schema lässt sich auf viele Bereiche übertragen, in denen die Gruppenmitglieder eine Verhaltensänderung anstreben, etwa auf das Thema „Kontakt mit Unbekannten aufnehmen“, das sich zum Gruppenstart besonders anbietet.

Eine einleitende Nachbarfrage bei diesem Thema wäre zum Beispiel: „Was findet Dein*e Nachbar*in bei der ersten Kontaktaufnahme mit jemand Unbekanntem am besten: eine Frage stellen, die gemeinsame Situation ansprechen oder ein Kompliment machen?“ Nach der Nachbarrunde beginnt das vereinfachte Rollenspiel, nicht in Form einer kompletten Unterhaltung, sondern als Erkundungsexperiment. Die Gruppenmitglieder sollen herausfinden, mit welchen Formen der Kontaktaufnahme sie zwei Ziele erreichen können: sicher vor einer Abfuhr zu sein (für viele ist es ein überragendes Bedürfnis, ein Abblitzen zu vermeiden) und aktiv ein Gespräch einzuleiten. Dementsprechend gibt es zwei Kriterien bei der Bewertung der Kontaktaufnahme: 1. ist sie unaufdringlich, sodass sie keinen Raum für eine Abfuhr bietet, und 2. ist sie interessant, sodass sich ein Gespräch daraus entwickeln kann.

Ein Gruppenmitglied beginnt und sagt zum Beispiel zu einem anderen: „Hier im Raum ist es schön kühl.“ Nehmen wir an, die angesprochene Person bewertet den Satz als unaufdringlich und mittelmäßig interessant. Dann wendet sie sich wiederum an die nächste Person, zum Beispiel mit der Frage: „Können Sie mir sagen, wieviel Uhr es ist?“ Wahrscheinlich wird die Frage als unaufdringlich, aber wenig interessant empfunden. Ergiebiger, vielleicht aber auch riskanter, wäre die Frage: „Was halten Sie von Gruppentreffen wie diesem?“ Nacheinander nehmen die Gruppenmitglieder mit einem kurzen Satz Kontakt zu einem anderen auf und erfahren direkt, inwieweit sie die gewünschte Wirkung erzielen: unaufdringlich zu bleiben und gleichzeitig ein Gespräch einzuleiten.

Damit die Stimmung unbefangen bleibt und die Gruppenmitglieder ihren Einsatz als experimentelles Ausprobieren und nicht als persönliche Bewährungsprobe wahrnehmen, sollten sie sich den ersten Satz nicht unbedingt selbst ausdenken müssen. Sie sollten sich alternativ auch aus einer Sammlung schriftlicher Vorschläge zur Kontaktaufnahme bedienen können und diese Sätze vorlesen, sodass nicht sie selbst, sondern diese schriftlichen Vorschläge auf dem Prüfstand stehen. Solche Sätze wären etwa: „Gefällt es Ihnen hier?“, „Sind Sie das erste Mal dabei?“, „Die Lampe dort strahlt ein schönes, warmes Licht aus.“, „Die Einrichtung hier gefällt mir.“, „Gut, dass Sie heute dabei sind, Sie stellen so interessante Fragen.“, „Sie wirken total erholt, als ob Sie gerade aus dem Urlaub kämen.“ Jeweils braucht die angesprochene Person das Gespräch nicht fortzuführen, sondern nur zu sagen, inwieweit diese Kontaktaufnahme ihr unaufdringlich und inwieweit sie ihr interessant erscheint.

Im Anschluss besprechen die Gruppenmitglieder, was für sie der beste Weg ist, die Balance zwischen Unaufdringlichkeit und aktiver Kontaktaufnahme zu halten, und ob sie sich dabei mit Fragenstellen, mit Kommentaren zur Situation oder auch mit Komplimenten am wohlsten fühlen. Wenn die Gruppenmitglieder von ihren Kontaktwünschen und Zielen, ihren geglückten und missglückten Versuchen der Kontaktaufnahme erzählen, kann die einzigartige Kraft der Therapiegruppe genutzt werden, um zwischenmenschliche Herausforderungen zu aktualisieren. Wie Yalom (2005) schreibt, bietet die Gruppe einen Mikrokosmos, in dem sich das „Dort und Damals“ der Erzählungen ins „Hier und Jetzt“ der Gruppe transferieren lässt. Fragen wie: „Von wem in der Gruppe könnten Sie sich am ehesten in ähnlicher Weise eingeschüchtert fühlen?“ oder „Mit wem in dieser Gruppe fällt es Ihnen am leichtesten, Kontakt aufzunehmen?“ ermöglichen es den Teilnehmenden, ihr interpersonelles Verhalten aktuell zu ergünden und daran zu arbeiten.

Ein zweites Beispiel für die vereinfachte Rollenspiel-Alternative betrifft den Wunsch, unliebsame Forderungen anderer besser ablehnen zu können. Das Thema wird durch eine sensibilisierende Nachbarfrage eingeleitet: „Wenn die neben Ihnen sitzende Person Bitten und Forderungen öfter ablehnen würde, hätte sie dann mehr Freundschaften oder weniger?“ Dann folgt die Erkundungsstaffel. Die Gruppenmitglieder fordern reihum von der neben ihnen sitzenden Person jeweils dasselbe ein: „Könntest Du nächste Woche bei mir die Blumen gießen, wenn ich im Urlaub bin?“ Die Befragten lehnen das *alle* ab, probieren aber unterschiedliche Wege aus: ein direktes kurzes „Nein“ oder eine Umformulierung („Das geht nicht, ich muss ablehnen“), mit Begründung oder ohne; mit einer verständnisvollen Einleitung für die Situation des Fragestellenden oder mit einer ablenkenden Gegenfrage („Wo fährst Du denn hin?“).

Zur Reflexion sagt jeweils die anfragende Person zum einen, ob sie durch die Ablehnung verstimmt wäre und zum anderen, ob das „Nein“ für sie wirklich endgültig klang. Ziel

der Gruppe ist es, Methoden zu finden, die eine abschlägige Antwort sowohl freundlich als auch endgültig klingen lassen. Es folgen weitere, vielleicht auch mal unverschämte Forderungen: „Wenn meine Mutter anruft, sagen Sie ihr, ich bin nicht da.“ „Ich habe mir das Bein verstaucht, könnten Sie bitte bis auf Weiteres meinen Hund Gassi führen?“. Alle antworten abschlägig und die bittstellende Person sagt, wo es aus ihrer Sicht am besten gelungen ist, zugleich freundlich und entschieden zu wirken. Der Transfer ins Hier und Jetzt der Gruppe geschieht in Anlehnung an Yalom (2005) durch Fragen wie: „Bei wem in dieser Gruppe könnte es Ihnen am ehesten passieren, dass Sie gegen Ihren Willen seiner*ihrer Forderung nachgeben? Können Sie sich erklären, warum?“

Das Wechselspiel von Ratsuchen und Ratgeben

Durch eine Struktur, die die Gruppenmitglieder dazu bringt, zu jedem Thema sowohl andere zu beraten als auch von ihnen beraten zu werden, gerät niemand einseitig in die Rolle des Therapiebedürftigen. Diese Doppelrolle lässt sich herstellen, weil sich jeder Problembereich in Teilprobleme untergliedern lässt, bei denen die Gruppenmitglieder sagen können, mit welchem Teil sie am relativ besten und mit welchem sie am relativ schlechtesten zurechtkommen. Das kann schwungvoll und anregend vonstattengehen.

Das Verfahren wird hier in einem Stundenskript für ein schmerzvolles Thema beschrieben: dem der selbstabwertenden Gedanken. Dabei wird der Spagat versucht, problematische Bereiche anzusprechen (wegen derer die Mitglieder ja schließlich gekommen sind), zugleich aber dafür zu sorgen, dass sie sich nicht unwillentlich offenbaren müssen. Dieser Twist prägt die einführende Nachbarfrage: „Welche Art von selbstkritischen Gedanken kann Deine Nachbarperson am besten wegstecken: Zweifel an der eigenen Leistung, Zweifel an der eigenen Beliebtheit oder Zweifel am Sinn des eigenen Lebens?“ Zur Frage steht also nicht, welche Gedanken die Gruppenmitglieder vor allem haben, sondern mit was für Gedanken sie am besten und mit welchen sie am schlechtesten umgehen können. Durch diese Drehung gelingt es, selbstabwertende Gedanken zu thematisieren, ohne dass damit eine starke Selbstöffnung verbunden sein muss.

In einer Liste werden konkrete Beispiele für die drei Gedankentypen genannt:

Leistungszweifel

- „Ich bin ein Versager.“
- „Was ich anpacke, geht schief.“
- „Ich bin nur eine Last für meine Umgebung.“

Beliebtheitszweifel

- „Überall bin ich unbeliebt.“
- „Ich bin nicht liebenswert.“
- „Ich gehe anderen auf die Nerven.“

Moralische Zweifel

- „Ich bin ein schlechter Mensch.“
- „Ich habe große Schuld auf mich geladen.“
- „Mein Leben hat keinen Sinn.“

Alle Gruppenmitglieder erhalten einen Filzstift in einer spezifischen Farbe und markieren die für sie persönlich besonders niederschmetternden Gedanken mit einem Pfeil nach unten und diejenigen Gedanken mit einem waagerechten Strich der Unbekümmertheit, die sie leichter verschmerzen können. Sie geben auch ein Summenurteil für jede der drei Kategorien ab. Alle versehen mindestens eine Gedankenkategorie mit dem nach unten gerichteten Pfeil der Niedergeschlagenheit und mindestens eine Gedankenkategorie mit dem unbekümmerten waagerechten Strich. Es ist praktisch, wenn sie den Filzstift in der Hand behalten, damit alle die Bewertungen anhand der Farbe zuordnen können.

Charakteristischerweise unterscheiden sich Menschen darin, in welchem Bereich der Selbstdemontage sie widerstandsfähig und in welchem sie wehrlos sind. Beispielsweise denkt jemand, es sei schließlich nicht seine Aufgabe in der Welt, beliebt zu sein, und kann Beziehungszweifel relativ gut wegstecken. Leistungsmängel empfindet er aber als unerträglich. Andere wiederum können kaum mit dem Gedanken leben, niemand möge sie, nehmen es aber ruhig hin, wenn ihnen etwas schiefgeht.

Anhand der Markierungen werden kontrastierende Gruppen gebildet. Gruppenmitglieder, die zum Beispiel Leistungszweifel relativ gut wegstecken können, sitzen den anderen gegenüber und erklären, was sie tun und was sie zu sich sagen, um

— Charakteristischerweise unterscheiden sich Menschen darin, in welchem Bereich der Selbstdemontage sie widerstandsfähig und in welchem sie wehrlos sind. —

Leistungszweifel zu verschmerzen. Die Gegenübersitzenden sagen, inwieweit die Methoden für sie umsetzbar sind. Auch zu den anderen Bereichen der Selbstdemontage werden kontrastierende Gruppen gebildet. Jede*r ist mindestens einmal in der ratgebenden und einmal in der ratsuchenden Partei. Die Diskrepanz zwischen den Gruppen stellt den Geltungsanspruch selbstabwertender Gedanken fühlbar in Frage. Die Gruppe bietet ein neutralisierendes Feld, in dem sich wie von selbst eine Distanz zur destruktiven Gedankenwelt aufbaut.

Das zweite und letzte Anwendungsbeispiel für die Doppelrolle jedes Gruppenmitglieds betrifft Momente des Glücks.

Bekanntlich hat der Psychologe Klaus Grawe die Grundbedürfnisse (und damit Glücksquellen) der Menschen vier Bereichen zugeordnet (Grawe, 2004):

- Lustgewinn/Unlustvermeidung (hier einfach Genuss genannt),
- Bindung,
- Orientierung/Kontrolle (hier als Selbstständigkeit bezeichnet) und
- Selbstwerterhöhung/-schutz (hier kurz Selbstwert).

Diese Aufteilung wird genutzt, um die Gruppe mehrfach in Untergruppen von Ratgebenden und Ratsuchenden aufzuteilen. Zum Start gibt es eine Nachbarfrage: „Bitte überlegt alle, welcher Moment heute für Euch heute der relativ glücklichste war und schätzt ein, ob dieser Moment die neben Euch

Verwaltungstechnisch ist eine Kombination der Verfahren einfach geworden.

sitzende Person auch glücklich gemacht hätte.“ Am Beispiel der von der Gruppe genannten Momente des Glücks erklärt der*die Psychotherapeut*in die Aufteilung der Grundbedürfnisse anlehnend an Klaus Grawe; dabei liegt eine Aufstellung mit den vier Glücksquellen großgedruckt vor der Gruppe aus:

Glücksquellen

- angenehme Dinge erfahren, unangenehme vermeiden (Genuss),
- vertraute Zeit mit anderen (Bindung),
- Dinge selber machen, verstehen und planen zu können (Selbstständigkeit),
- bewusst gut zu handeln (Selbstwert).

Jedes Gruppenmitglied erhält einen Filzstift in einer spezifischen Farbe und versieht die zwei Bedürfnisarten mit einem Fragezeichen, bei denen es vor allem gerne mehr Möglichkeiten zur Erfüllung kennen würde, und zwei mit einem Ausrufezeichen, bei denen es bereits relativ viele Wege zur Erfüllung kennt. Wieder werden kontrastierende Gruppen gebildet. Zum Beispiel setzen sich zum Thema Selbstständigkeit auf die eine Seite diejenigen, die fast immer einen Weg zu handeln finden, von der Internetrecherche bis zum problemlösenden Denken, und gegenüber diejenigen, die hier ihr Verhaltensrepertoire dabei ausbauen wollen. Die Ratgebenden schildern ihre Methoden und versuchen ihre Vorschläge der persönlichen Situation der Ratsuchenden anzupassen. Dasselbe geschieht auch bei den anderen drei Kategorien. Statt eines sternförmigen Gruppengesprächs, in dem der*die

Therapeut*in die Fragen stellt und die Antworten sich wiederum an den*die Therapeut*in richten, entstehen mitfühlende, stärkende Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern.

Wie geht es nach der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung weiter?

Laut Psychotherapie-Richtlinie wird in der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung u. a. eine erste Symptomlinderung angestrebt. Wenn die Betroffenen die spezielle Wirkungsweise einer Therapiegruppe erfahren konnten, werden viele daran interessiert sein, eine Gruppentherapie aufzunehmen oder eventuell beide Therapieformen miteinander zu verschränken.

Seit 2015 sind auch in der tiefenpsychologisch fundierten und in der analytischen Psychotherapie Einzel- und Gruppentherapie kombinierbar (Pressemitteilung G-BA, 2015). Diese Entscheidung fiel nach einem Beratungsverfahren, das auf Anregung der Patientenvertretung durchgeführt wurde. Das Gremium konnte allerdings nur auf wenige Daten zur Effektivität von kombinierter Einzel- und Gruppentherapie zurückgreifen und ist letztlich den Expertenvoten gefolgt (Strauß et al., 2016).

Verwaltungstechnisch ist eine Kombination der Verfahren einfach geworden: Auch wenn ausdrücklich eine reine Gruppentherapie bewilligt wurde, kann immerhin jede 10. Stunde im Einzelformat durchgeführt werden (Psychotherapie-Vereinbarung: § 11 Abs. 7). Wurde eine Kombinationsbehandlung bewilligt, können beide Therapieformate wöchentlich stattfinden – wer eine Einzelstunde wahrnimmt, braucht deswegen nicht in der Gruppe auszusetzen. Mit zunehmender Stabilisierung kann sich der Anteil der Einzeltherapie allmählich reduzieren (van Haren, 2023).

Das niederschwellige Angebot der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung ist Teil der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie vom 20. November 2020,² die das Ziel hat, die Gruppenangebote zu fördern und das Gutachterverfahren – beispielsweise für die Langzeittherapie – zu vereinfachen. Mit der neuen Richtlinie entfällt bei Umwandlungs- und Fortführungsanträgen mit ausschließlicher oder überwiegender Gruppentherapie die Erstellung eines Gutachterberichts. Wenn die Gruppenerlebnisse Patient*innen in ihren Bann gezogen haben, lässt sich die Gruppentherapie ohne Zeitverzug in den therapeutischen Prozess integrieren.

² Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Umsetzung § 92 Absatz 6a SGB V (insbesondere Förderung der Gruppentherapie und Vereinfachung im Gutachterverfahren) vom 20.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4564/> [03.02.2025]

Zunächst „erscheint die Einzeltherapie als sicherer Hafen und die Gruppentherapie als Fahrt auf offener See“ (van Haren, 2023). Die hier beschriebenen Methoden für erste Gruppenstunden – Nachbarfrage, Erkundungsstaffel und Wechselspiel von Ratgeben und Beratenwerden – machen Negativerlebnisse in der Therapiegruppe unwahrscheinlich und bahnen auch gehemmten Personen den Einstieg in das Gruppengespräch. Ihre verhaltenstherapeutisch geprägte, starke Struktur vermittelt Sicherheit. Zugleich erleben die Teilnehmenden, orientiert an den Methoden des Psychoanalytikers Yalom, den faszinierenden Transfer ihrer Lebensrealität in den Mikrokosmos der Therapiegruppe.

Literatur

- Burlingame G. M. & Strauss B. (2021). Efficacy of small group treatments. In M. Barkham, M. Lutz & L. G. Castongay (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7th Ed.). Hoboken (NJ): Wiley.
- Burlingame G. M. & Strauss B. & Joyce A. S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In M. Barkham, M. Lutz & L. G. Castongay (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 640–673) (7th Ed.) Hoboken (NJ): Wiley.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015). Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen des psychoanalytisch begründeten Verfahren zukünftig kombinierbar. Pressemitteilung vom 16. Juli 2015. Verfügbar unter: <https://g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/583/> [31.01.2025].
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kivlighan D. M., Multon, K. D. & Brossart, D. F. (1996). Helpful impacts in group counseling: development of a multidimensional rating system. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (3), 347–355.
- Linden, M., Walter, M., Fritz, K. & Muschalla, B. (2015). Unerwünschte Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. *Nervenarzt*, 86 (11), 1371–1382.
- Marmarosh, C. L., Whipple, R., Schettler, M., Pinhas, S., Wolf, J. & Sayit, S. (2009). Adult attachment styles and group psychotherapy attitudes. *Group Dynamics. Theory, Research, and Practice*, 13: 255–264.
- Schäfer, S. (2022). Editorial, *Psychotherapie aktuell*, 4, 3.
- Strauß B., Spangenberg I., Brähler E. & Bormann B. (2015). Attitudes towards (psychotherapy) groups: Results of a survey in a representative sample. *International Journal of Group Psychotherapy* 65 (3), 410–430.
- Strauß, B., Barkowski, S., Schwartze, D. & Rosendahl, J. (2016). Aktueller Stand der Gruppenpsychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 61, 364–375 Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00278-016-0120-5> [31.01.2025].
- Strauß, B., Burlingame, G. M. & Rosendahl, J. (2020). Neue Entwicklungen in der Gruppenpsychotherapieforschung – ein Update. *Psychotherapeut*, 65, 225–235 Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00430-0> [31.01.2025].
- van Haren, W. (2023). Behandlungstechnik in der Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 22 (2), 122–129.
- Yalom, I. (2005). *Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. München: btb
- Yalom, I. (2024). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.



Dr. Angela Schrameier

An der Zikkurat 4
53894 Mechernich
schrameier@gmail.com

Dr. phil. Dipl.-Psych. Angela Schrameier leitete von 1995 bis 2000, also während des Ringens um das Psychotherapeutengesetz, die Geschäftsstelle des Verbands Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP). Nach ihrer Approbation als Psychologische Psychotherapeutin und der Zusatzqualifikation in „Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen“ arbeitet sie in eigener Praxis als Verhaltenstherapeutin für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der Eifel.

Zwangsstörung bei Erwachsenen: Frei verfügbare Diagnoseinstrumente

Barbara Cludius, Jan C. Cwik, Jakob Fink-Lamotte, Melanie S. Fischer, Franziska Kühne, Celina L. Müller,
Tatjana Paunov & Tilo Zotschew

Zusammenfassung: Die Zwangsstörung ist weit verbreitet und führt häufig zu erheblichen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit, bleibt in der klinischen Praxis jedoch lange unerkannt. Ziel dieses Artikels ist es, dazu beizutragen, dass die Zwangsstörung seltener übersehen wird und dass eine adäquate Eingangs- und Verlaufsdagnostik für dieses Störungsbild durchgeführt wird. Anhand der Schritte einer leitlinienkonformen Diagnostik der Zwangsstörung im Erwachsenenalter wird eine Auswahl an Instrumenten für Screening, Diagnosestellung, Erfassung des Schweregrads, Erhebung weiterer Merkmale, wie Lebenszufriedenheit und familiäre Akkommodation, sowie Verlaufsdagnostik präsentiert. Alle vorgestellten Instrumente wurden auf Deutsch validiert und stehen kostenfrei zur Verfügung (Open Access).

Einleitung

Die Zwangsstörung ist eine weitverbreitete psychische Störung, von der 2 bis 3 % der Menschen im Laufe ihres Lebens betroffen sind (Kessler et al., 2007) und die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der täglichen Funktionsfähigkeit und der Lebenszufriedenheit führt (Pozza et al., 2018). Trotz dieser starken Einschränkungen dauert es im Schnitt ungefähr zwölf Jahre vom Auftreten der ersten Symptome einer Zwangsstörung, bis die Diagnose gestellt wird (Ziegler et al., 2021). Das liegt unter anderem daran, dass die Patient*innen häufig fehldiagnostiziert werden. Eine Studie zeigte, dass selbst in psychiatrischen Praxen 70 % der Patient*innen mit einer Zwangsstörung nicht diese Diagnose erhielten (Wahl et al., 2010).

Mit diesem Artikel wollen wir dazu beitragen, dass die Zwangsstörung seltener übersehen wird und dass eine adäquate Eingangs- und Verlaufsdagnostik für dieses Störungsbild durchgeführt wird. Dafür skizzieren wir im Folgenden den Verlauf einer leitlinienkonforme Diagnostik bei Erwachsenen (DGPPN, 2024) und stellen eine Auswahl passender Instrumente für die verschiedenen Schritte des Diagnostikprozesses vor. Alle Instrumente wurden in ihrer deutschen Version validiert und sind frei zum Download verfügbar (Open Access), sodass sie kostenlos in der klinischen Praxis und Forschung genutzt werden können.

Der Artikel gliedert sich anhand der leitlinienkonformen Diagnostik, welche folgende Schritte beinhaltet (DGPPN, 2024; Fink-Lamotte, 2024)¹:

1. Durchführung eines Screening-Verfahrens,
2. Durchführung eines strukturierten Interviews zur Diagnosebestätigung und Ausschluss körperlicher Ursachen,
3. Bestimmung des Schweregrads anhand von Fremd- und Selbstbeurteilung,

4. Erhebung weiterer Merkmale der Zwangsstörung sowie der Auswirkungen auf Lebenszufriedenheit und das soziale Umfeld,
5. Einführung einer regelmäßigen Verlaufsdagnostik.

1. Durchführung eines Screening-Verfahrens

Bei einzelnen Personen mit einer Zwangsstörung fällt die Symptomatik bereits bei einem ersten Gespräch auf. Zum Beispiel könnte eine Patientin mit einem Waschzwang sich so auf den Sessel setzen, dass sie möglichst wenig davon berührt, nur ihren eigenen Stift für Formulare benutzt oder sich während des Gesprächs ihre Hände desinfiziert. Verhaltensbeobachtungen sind deshalb eine wichtige Ergänzung zu verbalen Selbstberichten (Fink-Lamotte, 2024).

Der Großteil der Patient*innen zeigt Zwangssymptome jedoch häufig nicht offen, etwa weil diese im Therapiekontext nicht auftreten (z. B. das Kontrollieren der eigenen Wohnungstür) oder weil sie die oft schambesetzte Symptomatik verleugnen oder verharmlosen (Stengler-Wenzke & Angermeyer, 2005). Das bedeutet, dass Patient*innen oft nicht spontan von ihren Zwangssymptomen berichten, sondern zunächst andere Beschwerden präsentieren.

Deswegen empfiehlt sich die routinemäßige Durchführung eines Screenings. Dafür bieten sich mehrere zeitökonomische Instrumente an. Die Zohar-Fineberg Obsessive-Compulsive Screen (ZF-OCS; Kühne, Paunov & Weck, 2021; s. Tab. 1)

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.

Name des Instruments:	Zohar-Fineberg Obsessive-Compulsive Screen
Art des Instruments:	Screeningverfahren zur Erfassung von Zwangssymptomen, durchführbar als Interview oder als Fragebogen zur Selbstauskunft.
Verfügbar unter:	https://register.awmf.org/assets/guidelines/038_0171_S3_Zwangsst%C3%B6rungen_2022-07.pdf (S. 30 f.).
Einsatzbereich:	(Früh-)Erkennung von gesunden oder potenziell durch eine Zwangsstörung belasteten Personen, sowohl im psychotherapeutischen Setting als auch in der Primärversorgung (bspw. Allgemeinmedizin).
Was kann ich damit erheben?	Der ZF-OCS ist mit sechs Fragen ein zeitökonomisches Screeninginstrument. Erfasst werden die fünf Bereiche Sauberkeit, Kontrolle, Grübeln, Beeinträchtigung im Alltag und Ordnung/Symmetrie.
Psychometrische Kennwerte:	Erhebung an gesunder, vorwiegend studentischer (85 %) Stichprobe (N = 304). Der Cut-off liegt bei 1 von 5 positiv beantworteten Items, zusätzliches Item zur wahrgenommenen Beeinträchtigung durch die Symptomatik. Niedrige interne Konsistenz ($\alpha = .53-.72$; $\omega = .55-.69$), hohe Retest-Reliabilität ($r = .89$, N = 51) über einen Zeitraum von zwei Wochen. Hohe Korrelationen mit anderen Instrumenten für Zwangsstörung ($r > .61$; konvergente Validität), signifikant geringere Korrelationen mit Instrumenten für Depression ($r = .39$), Krankheitsangst ($r = .29$) und gesundheitsbezogenes Wohlbefinden ($r = -.28$, divergente Validität).
Einschränkungen:	Bisher an gesunder, studentischer Stichprobe validiert. Mittlere Korrelation ($r = .52$). Daten zu Spezifität und Sensitivität fehlen für das deutschsprachige Instrument. In der englischsprachigen Originalversion: Sensitivität 94 % und Spezifität 85 % (Fineberg & Roberts, 2001), vermutlich geringe Spezifität für deutschsprachige Version (DGPPN, 2024).
Ggf. Voraussetzungen für den Einsatz:	Keine.
Referenz:	<i>Kühne, Paunov & Weck, 2021.</i>

Tabelle 1: Zohar-Fineberg Obsessive-Compulsive Screen

Name des Instruments:	4-Item Zwangsinventar / 4-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-4)
Art des Instruments:	Fragebogen.
Verfügbar unter:	www.psychologie.uni-wuerzburg.de/fileadmin/06020100/2024/OCI-4_German_Version_pre_publication.pdf .
Einsatzbereich:	Das OCI-4 kann zum Screening ärztlichen und psychotherapeutischen Settings eingesetzt werden, um eine informierte Entscheidung zur Berücksichtigung weiterer Diagnoseinstrumente zur Abklärung einer möglichen Zwangsstörung zu treffen. Zudem kann das OCI-4 zu Forschungszwecken verwendet werden, um beispielsweise Personen mit relativ hohen versus relativ niedrigen Zwangssymptomen vor Einschluss der Studie zu identifizieren.
Was kann ich damit erheben?	Mit dem OCI-4 lässt sich der Schweregrad von Zwangssymptomen in vier Symptombereichen erheben: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrollieren, 2. Waschen, 3. Ordnen, 4. Zwangsgedanken.
Psychometrische Kennwerte:	Test-Retest-Reliabilität: mittel bis gut ($r = .59$, ICC = .74) Konstruktvalidität: gut Hohe Korrelationen mit einem Fragebogen für Zwangsstörung (DOCS: $r = .67$), allerdings nur mittlere Korrelation mit einem Interview für Zwangsstörung (Y-BOCS, $r = .41$; konvergente Validität), geringere Korrelationen mit Instrumenten für Depression (PHQ-9: $r = .44$), Angstsensitivität (ASI-3: $r = .49$) und pathologisches Grübeln (PSWQ: $r = .49$; divergente Validität). Diagnostische Genauigkeit: – Gute Genauigkeit bei der Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen mit Angststörung: AUC = .81 – Exzellente Genauigkeit bei Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen ohne psychische Störung: AUC = .96 Cut-offs: – Zur Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen mit Angststörung: OCI-4 Summenwert ≥ 6 Sensitivität: 75.5 % Spezifität: 71.0 % – Zur Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen ohne psychische Erkrankung: OCI-4 Summenwert ≥ 4 Sensitivität: 89.2 % Spezifität: 95.6 %
Einschränkungen:	Bislang wurde der deutsche OCI-4 nicht als alleinstehendes Instrument validiert. Die vier Items wurden aus der längeren 12-Item-Version (OCI-12) extrahiert und hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften untersucht. Eine Untersuchung des OCI-4 als alleinstehendes Screening-Instrument steht somit noch aus.
Ggf. Voraussetzungen für den Einsatz:	Keine.
Referenz:	<i>Müller et al., in prep.</i>

Tabelle 2: 4-Item Zwangsinventar / 4-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-4)

Name des Instruments:	Dimensional Obsessive-Compulsive Scale – Short Form (DOCS-SF)
Art des Instruments:	Selbstauskunft zum Screening von Zwangssymptomen; Kurzversion der Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (Fink-Lamotte et al., 2020).
Verfügbar unter:	www.uni-potsdam.de/fileadmin/projects/clinical-psychology-psychotherapy/Verfahren/DOCS.pdf .
Einsatzbereich:	(Früh-)Erkennung von gesunden oder potenziell durch eine Zwangsstörung belasteten Personen; bei vorliegender Zwangsstörung Einsatz zur Messung im Behandlungsverlauf.
Was kann ich damit erheben?	Der DOCS-SF ist ein Kurzfragebogen, der das Vorhandensein von Zwangssymptomen auf vier Dimensionen (Kontamination, Unglück, Inakzeptable Gedanken, Ordnung) erfragt, und anschließend die Ausprägung für den aktuell belastendsten Bereich (bspw. bezüglich Zeitaufwand, Vermeidung) erfasst.
Psychometrische Kennwerte:	Erhebung an gesunder, vorwiegend studentischer (85 %) Stichprobe (N = 304). Eindimensionale Faktorstruktur, hohe interne Konsistenz ($\alpha = .89$). Hohe Retest-Reliabilität ($r = .75$, N = 51) über einen Zeitraum von zwei Wochen. Hohe Korrelationen mit anderen Instrumenten für Zwangsstörung ($r > .62$; konvergente Validität), signifikant geringere Korrelationen mit Instrumenten für Depressionen ($r = .45$), Krankheitsangst ($r = .33$) und gesundheitsbezogenes Wohlbefinden ($r = -.34$; divergente Validität).
Einschränkungen:	Bisher an gesunder, studentischer Stichprobe validiert. Daten zu Spezifität und Sensitivität fehlen für das deutschsprachige Instrument. In der norwegischen Originalversion: Sensitivität 96 %, Spezifität 94 % (Eilertsen et al., 2017).
Ggf. Voraussetzungen für den Einsatz:	Keine.
Referenz:	<i>Kühne, Paunov, Abramowitz et al., 2021.</i>

Tabelle 3: Dimensional Obsessive-Compulsive Scale – Short Form (DOCS-SF)

Name des Instruments:	Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen Open Access (DIPS-OA)
Art des Instruments:	Strukturiertes diagnostisches Interview; ermöglicht strukturiertes Vorgehen und berücksichtigt gleichzeitig klinisches Hintergrundwissen durch ergänzende Fragen (als Abgrenzung zum standardisierten diagnostischen Interview).
Verfügbar unter:	https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/book/172 .
Einsatzbereich:	Erkennung von Zwangsstörung; Differenzierung zwischen gesunden und potenziell durch eine Zwangsstörung belasteten Personen.
Was kann ich damit erheben?	Mithilfe des DIPS-OA kann die Diagnose der Zwangsstörung, mit vorwiegend Zwangsgedanken, vorwiegend Zwangshandlungen und der gemischte Typus nach DSM-5 gestellt werden und auch in die Diagnose nach ICD-10 sowie ICD-11 übertragen werden. Das DIPS-OA ermöglicht eine differenzierte und umfassende Erhebung von Symptomen und bedeutsamen Kognitionen und bietet hierzu eine dimensionale Schweregradbeurteilung an. Die Diagnose kann sowohl als aktuelle als auch anamnestiche Diagnose gestellt werden. Darüber hinaus ist das Interview dazu geeignet, auch weitere, insbesondere für den ambulanten Kontext, häufig auftretende Diagnosen zu überprüfen. Damit können somit auch komorbide Störungen diagnostiziert werden.
Psychometrische Kennwerte:	Erhebung an einer Gelegenheitsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (N = 144) durchgeführt. N = 140 Versuchspersonen füllten neben dem Interview eine Fragenbatterie aus (n = 138 vollständig). Die Auswertung der Daten zeigte spezifisch für die Zwangsstörung hohe Reliabilitätswerte (Übereinstimmung (Cohen's Kappa = 1; Yules Y = .98)). Auch die Auswertungen zur Validität des Interviews weisen auf eine sehr gute Validität hin. Darüber hinaus wurde Befragung der Teilnehmer*innen zur Zufriedenheit mit dem Interview durchgeführt, die auf eine hohe Zufriedenheit mit dem Interview hinweise (84 % völlig oder ziemlich zufrieden).
Einschränkungen:	Bislang keine spezifische Auswertung zur Validität der Zwangssektion.
Ggf. Voraussetzungen für den Einsatz:	Es ist empfehlenswert, sich vorab mit der Interviewdurchführung und den Sprungregeln vertraut zu machen.
Referenz:	<i>Kröber et al., 2023; Margraf, Cwilk, Pflug, et al., 2017; Margraf, Cwilk, Suppiger, et al., 2017; Margraf et al., 2021.</i>

Tabelle 4: Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen Open Access (DIPS-OA)

kann im Interview oder als Fragebogen durchgeführt werden. Das Obsessive-Compulsive Inventory-4 (OCI-4; Müller et al., in prep.; s. Tab. 2) bietet neben einem Screening (mit Grenzwerten) auch eine erste Einschätzung des Schweregrads. Die Dimensional Obsessive-Compulsive Scale – Short Form (DOCS-SF; Kühne, Paunov, Abramowitz et al., 2021; s. Tab. 3) liefert eine schnelle Einschätzung der Ausprägung der Zwangssymptomatik.

2. Durchführung eines strukturierten Interviews zur Diagnosebestätigung und zum Ausschluss körperlicher Ursachen

Insbesondere wenn das Screening positiv ausfällt, sollte eine klassifikatorische Diagnostik erfolgen, idealerweise mithilfe strukturierter Interviewverfahren. Diese basieren auf den Kriterien des DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), der ICD-10 (WHO, 2010) und, da es in Bezug auf die Diagnosekriterien der Zwangsstörung keine Änderungen in der Überarbeitung gegeben hat, auch der ICD-11 (WHO, 2021).

Name des Instruments:	Diagnostisches Kurzinterview bei Psychischen Störungen Open Access (Mini-DIPS-OA)
Art des Instruments:	Strukturiertes diagnostisches Interview; Kurzversion des Diagnostischen Interviews für Psychische Störungen – Open Access.
Verfügbar unter:	https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/book/102 .
Einsatzbereich:	Erkennung von Zwangsstörung; Differenzierung zwischen gesunden und potenziell durch eine Zwangsstörung belasteten Personen; eher als sensitives Screening-Interview zu betrachten; bei Verdacht auf vorliegende Zwangsstörung sollte zusätzlich auf ein Instrument mit höherer Spezifität zurückgegriffen werden (z. B. Zwangssektion im DIPS-OA).
Was kann ich damit erheben?	Die Diagnose der Zwangsstörung, mit vorwiegend Zwangsgedanken, vorwiegend Zwangshandlungen, und den gemischten Typus nach DSM-5 und ICD-10 sowie ICD-11. Die Diagnose kann sowohl als aktuelle als auch anamnestische Diagnose gestellt werden. Darüber hinaus ist das Interview dazu geeignet, auch weitere, insbesondere für den ambulanten Kontext, häufig auftretende Diagnosen zu überprüfen. Damit können somit auch komorbide Störungen diagnostiziert werden.
Psychometrische Kennwerte:	Erhebung an klinischer Stichprobe (N = 100). Hohe Interrater-Reliabilität (Cohen's Kappa = .94) für die Oberkategorie Angststörungen, zu der die Zwangsstörung zur Zeit der Überprüfung gezählt wurde. Außerdem konnte eine hohe Übereinstimmung (Cohen's Kappa = .84) zum DIPS für die Oberkategorie der Angststörungen gefunden werden.
Einschränkungen:	Bisher liegt noch keine Auswertung des Mini-DIPS-OA vor. Die bisherigen Daten basieren auf der Vorgängerversion (Margraf, 1994). Da allerdings an den Fragen der Zwangsstörung keine inhaltlichen Überarbeitungen vorgenommen wurden, können hier weiterhin die Daten der Vorgängerversion herangezogen werden.
Ggf. Voraussetzungen für den Einsatz:	Es ist empfehlenswert, sich vorab mit der Interviewdurchführung und den Sprungregeln vertraut zu machen.
Referenz	<i>Cwik et al., Manuscript in preparation.; Margraf, 1994; Margraf, Cwik, Pflug et al., 2017.</i>

Tabelle 5: Diagnostisches Kurzinterview bei Psychischen Störungen Open Access (Mini-DIPS-OA)

Name des Instruments:	Dimensionale Zwangsstörungsskala (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS))
Art des Instruments:	Fragebogen, Selbstbericht.
Verfügbar über:	www.karger.com/doi/10.1159/000510093 .
Einsatzbereich:	Die DOCS kann zur Erhebung des Schweregrads der Zwangssymptome in ärztlichen und psychotherapeutischen Settings eingesetzt werden. Die Skala kann auch zur Erhebung des Symptomverlaufs genutzt werden. Die DOCS kann außerdem zu Forschungszwecken verwendet werden, beispielsweise durch Verwendung eines Cut-offs als Ein- bzw. Ausschlusskriterium oder zur Erhebung der Symptome über den Verlauf einer Studie. Die DOCS eignet sich zur Erhebung von Zwangssymptomen in diversen Stichproben, wie Personen mit Zwangsstörung, Personen mit angstbezogenen Störungen sowie psychisch gesunden Personen.
Was kann ich damit erheben?	Mit der DOCS kann der Schweregrad der Zwangssymptomatik in den vier häufigsten Symptomclustern (Kontamination, Verantwortung, Symmetrie und Ordnung, Inakzeptable Gedanken) mit je fünf Items erhoben werden.
Psychometrische Kennwerte:	Faktorenstruktur: vier Faktoren (Kontamination, Verantwortung, Symmetrie und Ordnung, Inakzeptable Gedanken) $\chi^2(164, n = 112) = 279.77; p < .001; \chi^2 = 1.89; RMSEA = 0.08; CFI = 0.91; TLI = 0.89$. Interne Konsistenz: gut ($\alpha = .90-.94$) Test-Retest Reliabilität: gut ($r = .80$) Konstruktvalidität: gut – Korrelationen zwischen DOCS und Maßen der Zwangsstörung mittel bis hoch (Y-BOCS: $r = .57$; OCI-R: $r = .40$; PI-PR: $r = .71$; konvergente Validität) Diagnostische Genauigkeit: – Zufriedenstellende Genauigkeit bei der Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen mit Angststörung/Depressionen: AUC = .75 – Zufriedenstellende Genauigkeit bei Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen ohne psychische Störung: AUC = .80 Cut-offs: – Zur Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen mit Angststörung/Depression: DOCS Summenwert ≥ 18 Sensitivität: 65 % Spezifität: 66 % – Zur Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen ohne psychische Störung: OCI-12 Summenwert ≥ 16 Sensitivität: 72 % Spezifität: 71 %
Einschränkungen:	Die DOCS stellt keinen Ersatz für eine strukturierte Diagnose der Zwangsstörung dar. Bei erhöhten Werten sollten weitere Fragebögen bzw. Interviews in Betracht gezogen werden, um eine gesicherte Diagnose der Zwangsstörung zu stellen. Daneben ist die Änderungssensitivität noch nicht beurteilt.
Ggf. Voraussetzungen für den Einsatz:	Es kann sein, dass Menschen, die in einer Domäne schwer beeinträchtigt sind, geringere Gesamtwerte in der DOCS erreichen als Menschen, die in mehreren Domänen leichtere Beeinträchtigungen aufweisen. Es wird empfohlen, die Werte der Subkategorien bei der Schweregradbeurteilung immer zu beachten.
Referenz:	<i>Fink-Lamotte et al., 2021.</i>

Tabelle 6: Dimensionale Zwangsstörungsskala (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS))

Name des Instruments:	12-Item Zwangsinventar / 12-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-12)
Art des Instruments:	Fragebogen.
Verfügbar unter:	www.psychologie.uni-wuerzburg.de/fileadmin/06020100/2024/OCI-12_German_Version_pre_publication.pdf.
Einsatzbereich:	Das OCI-12 kann zur Erhebung des Schweregrads der Zwangssymptome in ärztlichen und psychotherapeutischen Settings eingesetzt werden. Dieses Inventar kann auch zur Erhebung des Symptomverlaufs genutzt werden. Das OCI-12 kann außerdem zu Forschungszwecken verwendet werden, beispielsweise durch Verwendung eines Cut-offs als Ein- bzw. Ausschlusskriterium oder zur Erhebung der Symptome über den Verlauf einer Studie. Das OCI-12 eignet sich zur Erhebung von Zwangssymptomen in diversen Stichproben, wie Personen mit Zwangsstörung, Personen mit angstbezogenen Störungen sowie psychisch gesunden Personen.
Was kann ich damit erheben?	Mit dem OCI-12 lässt sich der Schweregrad von Zwangssymptomen in vier Symptombereichen erheben: 1. Kontrollieren, 2. Waschen, 3. Ordnen, 4. Zwangsgedanken.
Psychometrische Kennwerte:	Faktorenstruktur: vier Faktoren (Kontrollieren, Waschen, Ordnen, Zwangsgedanken) mit einem übergeordneten Faktor genereller Zwangssymptome ($\chi^2(50, N = 102) = 71.181, p = .026; RMSEA = 0.076; SRMR = 0.058; CFI = 0.963; TLI = 0.951$) Interne Konsistenz: gut ($\alpha = .82, \omega = .74$) Test-Retest-Reliabilität: gut ($r = .67, ICC = .80$) Konstruktvalidität: gut Hohe Korrelationen mit einem Fragebogen für Zwangsstörung (DOCS: $r = .74$) allerdings nur mittlere Korrelation mit einem Interview für Zwangsstörung (Y-BOCS, $r = .45$; konvergente Validität), geringere Korrelationen mit Instrumenten für Depression (PHQ-9: $r = .48$), Angstsensitivität (ASI-3: $r = .47$) und pathologisches Grübeln (PSWQ: $r = .48$; divergente Validität). Diagnostische Genauigkeit: – Gute Genauigkeit bei der Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen mit Angststörung: AUC = .85 – Exzellente Genauigkeit bei Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen ohne psychische Erkrankung: AUC = .99 Cut-offs: – Zur Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen mit Angststörung: OCI-12 Summenwert ≥ 17 Sensitivität: 76.5 % Spezifität: 75.4 % – Zur Unterscheidung von Personen mit Zwangsstörung von Personen ohne psychische Erkrankung: OCI-12 Summenwert ≥ 11 Sensitivität: 92.2 % Spezifität: 97.2 %
Einschränkungen:	Das OCI-12 stellt keinen Ersatz für eine strukturierte Diagnose der Zwangsstörung dar. Bei erhöhten Werten sollten weitere Fragebögen bzw. Interviews in Betracht gezogen werden, um eine gesicherte Diagnose der Zwangsstörung zu stellen.
Ggf. Voraussetzungen für den Einsatz:	Keine.
Referenz	Müller et al., submitted for publication.

Tabelle 7: 12-Item Zwangsinventar / 12-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-12)

Der Einsatz solcher Verfahren erhöht die Reliabilität und Validität der Diagnosestellung und berücksichtigt auch Komorbiditäten und differenzialdiagnostische Aspekte. Kliniker*innen sollten das Testverfahren gut kennen und ausreichend Zeit für die Durchführung einplanen.

Als diagnostische Interviews bieten sich in der Open-Access-Variante die zwei folgenden Instrumente an. Das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen Open Access (DIPS-OA; Margraf et al., 2017; s. Tab. 4) ermöglicht neben der Diagnosestellung eine strukturierte Erfassung relevanter Informationen für die Planung und Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen. Der Leitfaden unterstützt systematisch das diagnostische Gespräch und erlaubt eine umfassende Dokumentation, einschließlich Anamnese und sozialer Beurteilung. Ein Protokollbogen erleichtert die Erfassung der Symptome und deren Zuordnung zu DSM-5-Kriterien und anschließende Übertragung auf ICD-10/11-Kriterien.

Das Diagnostische Kurzinterview bei psychischen Störungen Open Access (Mini-DIPS-OA; Margraf & Cwik, 2017; s. Tab. 5) ermöglicht eine schnelle und zuverlässige Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-5 und ICD-10/11. Daher eignet es sich ideal zur zeitökonomischen Erhebung diagnostischer Daten, etwa für Psychotherapieanträge oder Forschungszwecke.

Da neurologische und andere somatische Erkrankungen ebenfalls Zwangssymptome auslösen können, sollte im Rahmen der klassifikatorischen Diagnostik stets ein somatisch-medizinisches Konsil eingeholt werden.

3. Bestimmung des Schweregrads anhand von Fremd- und Selbstbeurteilung

Die Erfassung des Schweregrads der Zwangssymptomatik ermöglicht es, differenziert zu erfassen, welche Symptom-

Name des Instruments:	Bielefelder Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (BIFL)
Art des Instruments:	Fragebogen.
Verfügbar unter:	https://doi.org/10.4119/unibi/2980553 . Altersspezifische Prozentränge: https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000745 .
Einsatzbereich:	Der BIFL ist ein veränderungssensitives Verfahren zur Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit und kann in der Psychotherapie und klinischen Forschung eingesetzt werden.
Was kann ich damit erheben?	Der BIFL erfasst die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt (Lebenszufriedenheit) und mit einzelnen Lebensbereichen (bereichsspezifische Zufriedenheit). Er besteht aus 19 Items, darunter 18 Items zu verschiedenen Lebensbereichen. Für jeden Lebensbereich wird zunächst die Zufriedenheit und anschließend die persönliche Bedeutsamkeit auf einer jeweils 6-stufigen Skala erfasst (von sehr unzufrieden/unwichtig bis sehr zufrieden/wichtig). Für jedes Item können die beiden Kennwerte zu einer gewichteten Zufriedenheit verrechnet werden, die einen Wert zwischen -15 und 15 annimmt (positiv für Zufriedenheit, negativ für Unzufriedenheit; ein hoher absoluter Wert entspricht einer hohen Bedeutsamkeit). Mit dem 19. Item wird die globale Lebenszufriedenheit erfasst („Ich bin mit meinem Leben insgesamt [sehr unzufrieden bis sehr zufrieden.“]).
Psychometrische Kennwerte:	Interne Konsistenz: gut ($\alpha = [.82, .89]$) Konstruktvalidität: zufriedenstellend Negativer Zusammenhang zwischen BIFL und Psychopathologie (ISR; $\tau = [-.30, -.27]$) sowie Funktionsbeeinträchtigung (WSAS, $\tau = [-.39, -.23]$). Prozentrangnormen: Altersspezifische Prozentrangnormen für eine klinische und für eine nichtklinische Stichprobe finden sich bei <i>Zotschew et al., 2024</i> .
Einschränkungen:	Bislang existieren nur psychometrische Kennwerte und Prozentrangnormen, die an einer nicht bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe gesunder Erwachsener sowie an einer klinischen Inanspruchnahme-Stichprobe ermittelt wurden (<i>Zotschew et al., 2024</i>). Aufgrund der Stichprobenzusammensetzungen sind die altersspezifischen Prozentrangnormen für Über-40-Jährige derzeit eingeschränkt differenziert. Die konvergente Validität des BIFL mit existierenden Verfahren (z. B. FLZM) wurde noch nicht untersucht.
Ggf. Voraussetzungen für den Einsatz:	Keine.
Referenz:	<i>Potthast et al., 2018</i> .

Tabelle 8: Bielefelder Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (BIFL)

bereiche besonders ausgeprägt sind. Zusätzlich ist es eine wichtige Grundlage für eine Verlaufsevaluation.

Als Goldstandard zur Beurteilung des Schweregrads der Zwangsstörung gilt weiterhin die Fremdbeurteilungsversion der Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, Hand & Büttner-Westphal, 1991). Die Umsetzung ist relativ zeitintensiv und die diagnostische Genauigkeit vom Trainingstand des*der Interviewer*in abhängig. Die Y-BOCS liegt leider nicht in einer frei verfügbaren (Open Access) Version vor. Unseres Wissens gibt es keine frei verfügbare Alternative.

Im Bereich der Selbstbeurteilungsfragebögen bieten sich für die Beurteilung des Schweregrads der Zwangssymptome insbesondere die Dimensionale Zwangsstörungsskala (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS; *Fink-Lamotte et al., 2021*; s. Tab. 6) und das 12-Item Zwangsinventar/12-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-12; *Müller et al., submitted for publication*; s. Tab. 7) an, die etwas unterschiedliche Schwerpunkte setzen.

4. Erhebung weiterer Merkmale der Zwangsstörung sowie der Auswirkungen auf Lebenszufriedenheit und das soziale Umfeld

Neben der Schwere der Symptomatik der Zwangsstörung bietet sich die Erfassung weiterer relevanter Merkmale und Bereiche an.

Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht wird angenommen, dass diese die Fehlinterpretationen intrusiver Gedanken bedingen und damit bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung eine wichtige Rolle spielen können. Um die dysfunktionale Einstellungen besser zu verstehen, bietet sich der Obsessive-Beliefs Questionnaire (OBQ-D; *Ertle et al., 2008*) an, der kostenfrei zum Download zur Verfügung steht.²

Eine Zwangsstörung kann Betroffene erheblich in ihrer Alltagsbewältigung und gesellschaftlichen Teilhabe einschränken. Nicht selten führt dies dazu, dass Betroffene unzufriedener mit einzelnen Lebensbereichen oder mit ihrem Leben insgesamt sind. Der Bielefelder Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (BIFL; *Potthast et al., 2018*; s. Tab. 8) ermöglicht die Erhebung der Lebenszufriedenheit.

Die Zwangsstörung hat in der Regel belastende Auswirkungen auf die gesamte Familie. Gleichzeitig kann das Verhalten der Familienmitglieder aufrechterhaltend für die Störung sein, da auch gut gemeinte Unterstützungsversuche kurzfristig zu einer Reduktion von Angst und Anspannung führen können (z. B. durch Rückversicherungen oder Teilnahme an Ritualen), langfristig jedoch symptomhaltende Faktoren fördern. Um diese Verhaltensweisen (Akkommodation) zu erfassen, kann die Family Accommodation Scale (FAS; *Fischer et al., Manuscript in preparation*) genutzt werden.

² <https://www.psychology.hu-berlin.de/de/1695813/1682038/obq>.

Name des Instruments:	Family Accommodation Scale – Patient Version (FAS-PV, Fremdbericht aus Patient*innensicht) Family Accommodation Scale – Self Report (FAS-SR, Selbsteinschätzung durch Angehörige)
Art des Instruments:	Fragebogen.
Verfügbar unter:	https://ysph.yale.edu/familyaccommodationocd/fas/ .
Einsatzbereich:	Die FAS-PV und FAS-SR können zur Erfassung familiärer Akkommodation bei Zwangsstörungen erwachsener Patient*innen eingesetzt werden und eignen sich sowohl zur Eingangs- als auch Verlaufsdiagnostik. Ein hohes Maß an familiärer Akkommodation zu Behandlungsbeginn (sowie fortdauernde Akkommodation während der Behandlung) hängt mit einer verringerten Wirksamkeit einer Psychotherapie bei Zwangsstörungen zusammen. Für die Therapieplanung kann es daher relevant sein, familiäre Akkommodation in Familiengesprächen durch psychoedukative Interventionen und gemeinsames Problemlösen zu berücksichtigen. Die FAS-Skalen eignen sich zudem für Forschungszwecke, beispielsweise zur Erfassung familiärer Akkommodation über den Verlauf einer Studie. Die FAS-PV und FAS-SR beziehen sich jeweils auf eine*n bestimmte*n Angehörige*n und können mit unterschiedlichen erwachsenen Angehörigen angewendet werden (Partner*in, Eltern etc.).
Was kann ich damit erheben?	Mit der FAS-PV und FAS-SR lässt sich die Ausprägung familiärer Akkommodation bei Angehörigen erwachsener Patient*innen in der vergangenen Woche erheben. Faktorenanalysen weisen auf mögliche Subskalen hin, aktuell empfiehlt sich jedoch primär die Interpretation der Gesamtskala.
Psychometrische Kennwerte:	Interne Konsistenz: gut (FAS-PV: $\alpha = .85$, FAS-SR: $\alpha = .86$) Konstruktvalidität: gut (mit Ausnahme divergenter Validität der FAS-PV bzgl. depressiver Symptome) Hohe Korrelationen zwischen FAS-PV und FAS-SR ($r = .67$). FAS-PV weist mittlere Korrelationen mit Fragebögen zur Zwangssymptomatik und zu allgemeinen Angstsymptomen auf (DOCS: $r = .46$, GAD-7: $r = .45$; konvergente Validität), allerdings auch hohe Korrelationen mit Fragebögen zu depressiven Symptomen (BDI-II: $r = .63$, PHQ-9: $r = .51$). FAS-SR weist ebenfalls mittlere bis hohe Korrelationen mit der Zwangssymptomatik aus Sicht der Angehörigen (DOCS: $r = .38$) sowie mit der eigenen Angstsymptomatik ($r = .50$) auf, dagegen keine bis geringe Korrelationen mit eigenen depressiven Symptomen (BDI-II: $r = .02$, PHQ-9: $r = .13$). Die FAS-PV und FAS-SR weisen zudem hohe Korrelationen mit der Subskala Emotionales Überengagement des Familienfragebogens auf ($r = .60$ und $r = .90$; konvergente Validität), niedrigere Korrelationen mit der Subskala Kritik (beide $r = .33$, divergente Validität).
Einschränkungen:	Bisher keine etablierten Cut-offs für klinisch bedeutsame Ausprägungen.
Ggf. Voraussetzungen für den Einsatz:	Vorhandensein mindestens einer familiären Beziehung mit aktuell regelmäßigem Kontakt (mit Partner*in, Elternteil, erwachsenen Kindern etc.).
Referenz:	Fischer et al., Manuscript in preparation.

Tabelle 9: Family Accommodation Scale – Patient Version (FAS-PV, Fremdbericht aus Patient*innensicht); Family Accommodation Scale – Self Report (FAS-SR, Selbsteinschätzung durch Angehörige)

Schritte eines leitliniengerechten Vorgehens	Zugehörige Screening- bzw. Diagnoseinstrumente (Open Access)
1. Durchführung eines Screening-Verfahrens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zohar-Fineberg Obsessive-Compulsive Screen ■ 4-Item Zwangsinventar / 4-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-4) ■ Dimensional Obsessive-Compulsive Scale – Short Form (DOCS-SF)
2. Durchführung eines strukturierten Interviews zur Diagnosebestätigung und Ausschluss körperlicher Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen Open Access (DIPS-OA) ■ Diagnostisches Kurzinterview bei Psychischen Störungen Open Access (Mini-DIPS-OA)
3. Bestimmung des Schweregrads anhand von Fremd- und Selbstbeurteilung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dimensionale Zwangsstörungsskala (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) ■ 12-Item Zwangsinventar / 12-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-12)
4. Erhebung weiterer Merkmale der Zwangsstörung sowie der Auswirkungen auf Lebenszufriedenheit und das soziale Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bielefelder Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (BIFL) ■ Family Accommodation Scale – Patient Version (FAS-PV, Fremdbericht aus Patient*innensicht); Family Accommodation Scale – Self Report (FAS-SR, Selbsteinschätzung durch Angehörige)
5. Einführung einer regelmäßigen Verlaufsdiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dimensional Obsessive-Compulsive Scale – Short Form (DOCS-SF) ■ 12-Item Zwangsinventar / 12-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-12) ■ Bielefelder Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (BIFL)

Tabelle 10: Die fünf Schritte leitlinienkonformer Diagnostik und die jeweils zugehörigen, hier vorgestellten diagnostischen Instrumente

5. Einführung einer regelmäßigen Verlaufsdiagnostik

Eine kontinuierliche Verlaufsdiagnostik während der Therapie ermöglicht es, den Behandlungserfolg einzuschätzen, mögliche Komplikationen oder Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf die Therapie anzupassen oder zu wechseln. Das Ansprechen auf medikamentöse und psy-

chotherapeutische Maßnahmen sollte regelmäßig überprüft werden. Die WHO empfiehlt (zumindest in den ersten vier Wochen) eine wöchentliche Diagnostik und nach sechs bis acht Wochen eine umfassende Evaluation der Wirksamkeit (DGPPN, 2024).

Die Beurteilung des Therapieverlaufs erfolgt primär über die Verbesserung der Symptomatik, aber auch das psychosoziale Funktionsniveau und die Lebenszufriedenheit der

Patient*innen sollten in die Evaluation miteinbezogen werden.

Für die Verlaufsdiagnostik eignen sich insbesondere die folgenden Instrumente, die oben im Einzelnen dargestellt wurden.

Zur zeitökonomischen Erfassung der Zwangssymptomatik kann die DOCS-SF (Kühne et al., 2021; s. Tab. 3) verwendet werden. Für eine genauere Erfassung des Schweregrads bieten sich das OCI-12 (Müller et al., submitted for publication; s. Tab. 7) an. Zur Messung der Veränderung der Lebenszufriedenheit kann der BIFL (Potthast et al., 2018; Zotschew et al., 2024; s. Tab. 8) genutzt werden.

Zusammenfassung

Es stehen verschiedene validierte Instrumente in deutscher Übersetzung oder Originalversion frei zur Verfügung, um den kompletten Prozess der leitlinienkonformen Diagnostik der Zwangsstörung durchzuführen (für eine zusammenfassende Übersicht s. Tab. 10). Lediglich der Schweregrad der Symptomatik kann in dieser Weise nur im Selbstrating erhoben werden. Sollten Sie Anmerkungen oder Rückfragen zu den einzelnen Instrumenten haben, melden Sie sich gerne bei uns.

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.

Cwik, J. C., Schneider, S. & Margraf, J. (Manuscript in preparation). Überprüfung der Validität und Reliabilität des Diagnostischen Kurzinterviews bei Psychischen Störungen Open Access (Mini-DIPS-OA) sowie der Patient_innenzufriedenheit mit dem Interview unter klinischen Routinebedingungen.

Fink-Lamotte, J. (2024). Klinische Erhebungsmethoden und Instrumente der Zwangsstörung. In U. Voderholzer, N. Kathmann & B. Reuter (Hrsg.), *Praxis-handbuch Zwangsstörung: Und verwandte Störungen*. Amsterdam: Elsevier.

Fink-Lamotte, J., Jahn, I., Stierle, C., Kühne, F., Lincoln, T., Stengler, K. & Exner, C. (2021). Die Validierung der Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) an einer deutschsprachigen Stichprobe. *Verhaltenstherapie*, 31 (2), 119–131.

Fischer, M. S., Kathmann, N., Rohr, M., & Fink-Lamotte, J. (Manuscript in preparation). Validation of the German Version of the Family Accommodation Scale (FAS) Self-Report and Patient Versions.

Kröber, S., Schneider, S., Margraf, J., Teismann, T., Sommer, K., Totzeck, C., & von Brachel, R. (2023). Reliabilität, Validität und Akzeptanz des DIPS Open Access 1.2: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen in einer Gelegenheitsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (Convenience Sample). *Verhaltenstherapie*, 33 (1), 26–38.

Kühne, F., Paunov, T., Abramowitz, J. S., Fink-Lamotte, J., Hansen, B., Kvale, G. & Weck, F. (2021). Screening for obsessive-compulsive symptoms: Validation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale – English and German Short Forms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100625.

Kühne, F., Paunov, T. & Weck, F. (2021). Recognizing obsessive-compulsive disorder: How suitable is the German Zohar-Fineberg obsessive-compulsive screen? *BMC Psychiatry*, 21 (1), 450.

Margraf, J., & Cwik, J. C. (2017). Mini-DIPS Open Access: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen [PDF]. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.13154/RUB.102.91> [31.03.2025].

Margraf, J., Cwik, J. C., Pflug, V. & Schneider, S. (2017). Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne: Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46 (3), 176–186.

Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A. & Schneider, S. (2017). DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen [PDF]. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.13154/RUB.100.89> [31.01.2025].

Margraf, J., Cwik, J. C., von Brachel, R., Suppiger, A. & Schneider, S. (2021). DIPS Open Access 1.2: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Ruhr-Universität Bochum (RUB). Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.46586/rub.172.149> [31.01.2025].

Müller, C. L., Fink-Lamotte, J., Jelinek, L., Lohse, L., Ehring, T., Noll-Hussong, M. et al. (submitted for publication). Translation and Validation of the German 12-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-12) in Clinical and Non-Clinical Samples.

Müller, C. L., Jelinek, L., Fink-Lamotte, J., Scheunemann, J., McKay, D., Abramowitz, J. S. et al. (in prep.). Validation of a Screening Tool for Obsessive-Compulsive Disorder: The Ultra-Brief 4-Item Obsessive-Compulsive Inventory (OCI-4).

Potthast, N., Schlechter, F., Illies, L. & Kley, H. (2018). BIFL – Bielefelder Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. Bielefeld University. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2980553> [31.01.2025].

Zotschew, T., Kley, H., Möllmann, A., Schlechter, F. & Heinrichs, N. (2024). Bielefelder Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (BIFL): Vorstellung eines Open-Access-Fragebogens zur Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit in Psychotherapie und Forschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 53 (1), 10–23.



Prof. Dr. Barbara Cludius

bcludius@uni-bremen.de

Prof. Dr. Barbara Cludius leitet die Arbeitsgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters an der Universität Bremen und ist Ko-Leitung der Psychotherapeutischen Universitätsambulanz über die Lebensspanne (PULS). Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Untersuchung transdiagnostischer Risikofaktoren (Perfektionismus und Emotionsregulation) sowie die Entstehung und Therapie der Zwangsstörung.



Prof. Dr. Melanie S. Fischer

melanie.fischer@uni-marburg.de

Prof. Dr. Melanie S. Fischer ist Qualifikationsprofessorin für Klinische Paar- und Familienpsychologie an der Philipps-Universität Marburg und Psychologische Psychotherapeutin (VT). Sie forscht unter anderem zur Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen im Paar- und Familienkontext sowie zur Entwicklung paarbasierter psychotherapeutischer Interventionen.



PD. Dr. Dr. Jan Christopher Cwik

jcwik@uni-koeln.de

PD. Dr. rer. nat. Dr. rer. medic. Jan Christopher Cwik ist aktuell Vertretungsprofessor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Witten/Herdecke (beurlaubter Postdoktorand am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität zu Köln). Er ist approbierter Psychologischer Psychotherapeut (VT, TP, ST; Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) und forscht unter anderem zu diagnostischen Prozessen und Fehlern in der klinischen Psychologie sowie zur Entwicklung und psychometrischen Überprüfung von diagnostischen Instrumenten.



Prof. Dr. Jakob Fink-Lamotte

jakob.fink-lamotte@uni-potsdam.de

Prof. Dr. Jakob Fink-Lamotte ist Junior-Professor für Klinische Psychologie an der Universität Potsdam und Psychologischer Psychotherapeut (VT). Er forscht unter anderem zur Diagnostik sowie zu aufrechterhaltenden Faktoren und therapeutischen Interventionen bei Zwangsstörungen. (Foto: Tobias Hopfgarten, Universität Potsdam)

PD Dr. Franziska Kühne

dr.franziska.kuehne@uni-potsdam.de

PD Dr. Franziska Kühne ist Psychologische Psychotherapeutin und leitet die Psychologisch-Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Potsdam. Sie forscht zu Zwangsstörungen und im Bereich Ausbildungs- und Kompetenzforschung.



Celina L. Müller

celina.mueller@uni-wuerzburg.de

Celina L. Müller (M. Sc. Psychologie) ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Würzburg tätig. In ihrer aktuellen Forschung beschäftigt sie sich unter anderem mit der Entstehung, Aufrechterhaltung und Diagnostik von Zwangsstörungen, mit besonderem Fokus auf den Einfluss der Emotionsregulation.



Tatjana Paunov

tatjana.paunov@uni-potsdam.de

Tatjana Paunov (M. Sc. Psychologie) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Potsdam. Sie forscht zu den Themen Zwangsstörungen, Ausbildungs- und Kompetenzforschung.



Tilo Zotschew

zotschew@uni-bremen.de

Dipl.-Psych. Tilo Zotschew ist als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis und als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bremen tätig. In seiner aktuellen Forschung beschäftigt er sich mit dem Zusammenhang von Perfektionismus, Psychopathologie und Lebenszufriedenheit.

Von hartnäckigen Fiktionen und unbequemen Wahrheiten über die Dissoziative Identitätsstörung

Ein Faktencheck aus wissenschaftlicher Perspektive

Philipp Herzog, Tim Kaiser & Rafaële J. C. Huntjens

Zusammenfassung: Das Ziel des Artikels ist es, gängige Annahmen in der klinischen Praxis im Zusammenhang mit der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) aus Sicht der Wissenschaft näher zu beleuchten. Dazu stellen wir im ersten Teil das Störungsbild vor, bevor wir im Anschluss verbreitete Irrtümer aufgreifen und gegen die aktuelle Evidenzlage kontrastieren. Dabei führen wir neben aktuellen Befunden zu Risiko- und Prognosefaktoren auch die wichtigsten theoretischen Modelle zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der DIS an, zeigen (neue) Behandlungsmöglichkeiten auf und geben an geeigneter Stelle Empfehlungen für die Praxis (auch im Zusammenhang mit Social Media). Da wir davon ausgehen, dass durch diese Fehlannahmen nicht nur die Forschungs-Praxis-Lücke zementiert, sondern in der Praxis (zumeist unwissentlich) auch potenziell schädliche Therapien v. a. unter Nutzung suggestiver Techniken (z. B. Reifikations- und Recovered-Memory-Techniken) durchgeführt werden, hoffen wir, mit dieser evidenzbasierten Perspektive einen Beitrag zur Verhinderung von Fehlbehandlungen und Verbesserung der Versorgungssituation dieser hoch belasteten und stark beeinträchtigten Patient*innenpopulation zu leisten.

Dissoziation und dissoziative Störungen

Dissoziation ist ein häufiges Phänomen bei Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen und wird definiert als eine erlebte Diskontinuität in normalerweise integrierten kognitiven Funktionen. Zu den milden Formen der Dissoziation gehört beispielsweise die Fähigkeit zur intensiven Fokussierung bei gleichzeitigem Ausblenden der Umwelt (z. B. Absorbieren eines Buches), schwere Formen umfassen Symptome wie dissoziative Amnesie und das Erleben mehrerer Identitäten. Dissoziation wird heutzutage als ein transdiagnostisches Symptom angesehen (Ellickson-Larew et al., 2020), wobei sie bei dissoziativen Störungen am ausgeprägtesten sind, dicht gefolgt von der Posttraumatischen Belastungsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Konversionsstörung (Lyssenko et al., 2018).

Dissoziative Störungen werden im DSM-5 beschrieben als „eine Störung und/oder eine Unterbrechung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten“ (American Psychiatric Association, 2015).¹ Es werden fünf Symptomcluster gemäß Steinbergs Fünf-Komponenten-Modell unterschieden (Steinberg, 1995): Depersonalisation, Derealisation, dissoziative Amnesie, Identitätsverwirrung, Fragmentierung der Identität. Diese Symptome werden als *unerwünschte* Beeinträchtigung des Bewusstseins und des Verhaltens erlebt. Die dissoziativen Störungen, wie

sie im DSM-5 unterschieden werden (Dissoziative Identitätsstörung, Dissoziative Amnesie (ggf. mit Dissoziativer Fugue), Depersonalisations-/Derealisationsstörung, Andere näher bezeichnete Dissoziative Störung und die Nicht näher bezeichnete Dissoziative Störung), haben alle als Hauptmerkmal eine Störung in einem oder mehreren der fünf dissoziativen Symptomcluster. Um „imitierende“ Personen, die davon überzeugt sind, dass sie eine dissoziative Störung haben, aber in Wirklichkeit die diagnostischen Kriterien nicht erfüllen, von Personen mit dissoziativen Störungen zu unterscheiden, sind strukturierte klinische Interviews wie das SCID-D essentiell (Welburn et al., 2003). Das SCID-D weist eine gute Validität bei der Identifizierung von Personen mit dissoziativen Störungen und der Unterscheidung im Vergleich zu Personen ohne dissoziative Störungen, aber auch zur Unterscheidung von anderen psychiatrischen Störungen und vorgetäuschten dissoziativen Störungen auf (Mychailyszyn et al., 2021).

Dissoziative Störungen gehen mit einem starken Leidensdruck und hohen gesellschaftlichen Kosten einher: Menschen mit dissoziativen Störungen weisen bis zu 50 % mehr Einschränkungen in ihrer sozialen, beruflichen und interpersonellen Funktionsfähigkeit auf im Vergleich zu Menschen mit

¹ Im ICD-11 werden sie analog dazu definiert „durch eine unwillkürliche Unterbrechung oder Diskontinuität der normalen Integration eines oder mehrerer der folgenden Bereiche: Identität, Empfindungen, Wahrnehmungen, Affekte, Gedanken, Erinnerungen, Kontrolle über Körperbewegungen oder Verhalten“ (vgl. Herpertz-Dahlmann, 2021).

anderen psychischen Störungen (Johnson et al., 2006; Mueller-Pfeiffer et al., 2012). Darüber hinaus gibt es starke Zusammenhänge mit selbstverletzenden Verhaltensweisen und (multiplen) Suizidversuchen (Foote et al., 2008) sowie einem erhöhten Risiko eines frühen Todes (Galbraith & Neubauer, 2000). Dissoziative Störungen weisen eine hohe Komorbidität mit Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen auf (Swart et al., 2020). Ihre Behandlungen zählen zu den längsten und teuersten in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Galbraith & Neubauer, 2000), was sich mutmaßlich wiederum auf die Wartezeit auf einen der begrenzten Therapieplätze auswirkt. In einer Onlinestichprobe von 276 Teilnehmenden mit selbstberichteten dissoziativen Symptomen schilderten tatsächlich 97 % von einer oder mehreren Barrieren beim Zugang zu einer Behandlung, wobei die am häufigsten genannten Barrieren strukturelle Hindernisse (z. B. mangelnde Verfügbarkeit von Behandlungsplätzen) waren (Nester et al., 2022).

Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

Die *Dissoziative Identitätsstörung (DIS)* ist eine der prominentesten dissoziativen Störungen, aber bis heute auch eine der wohl umstrittensten Diagnosen in den Klassifikationssystemen für psychische Störungen. Bei kaum einer psychischen Störung wurde in der klinischen Psychologie so viel über deren Entstehung und Behandlung gestritten wie bei der DIS (Dalenberg et al., 2014; Giesbrecht et al., 2008; Gleaves, 1996; Lilienfeld et al., 1999; Lynn et al., 2014, 2022).² Gemäß DSM-5 ist die DIS charakterisiert durch „a) das Vorhandensein von

— Menschen mit dissoziativen Störungen weisen bis zu 50 % mehr Einschränkungen in ihrer sozialen, beruflichen und interpersonalen Funktionsfähigkeit auf im Vergleich zu Menschen mit anderen psychischen Störungen. Gleichzeitig besteht aufgrund von Zugangsbarrieren zu Behandlungen eine Unterversorgung dieser Patient*innen-gruppe.

zwei oder mehr unterscheidbaren Persönlichkeitszuständen oder einem Erleben von Besessenheit und b) wiederholten Episoden von Amnesie“ (American Psychiatric Association, 2015).³ Sie ist somit die schwerste der dissoziativen Störungen und umfasst Symptome aus allen Symptomclustern. Besonders häufig und heftig wurde in kürzerer Vergangenheit über zwei Symptomcluster diskutiert: die Identitätsfragmentierung und die Dissoziative Amnesie. Die Identitätsfragmentierung umfasst das Gefühl einer deutlichen Diskontinuität des Bewusstseins des eigenen Selbst und Handelns (verbunden mit Veränderungen in der Wahrnehmung, im Affekt und Verhalten). Dissoziative Amnesie ist gekennzeichnet durch wiederkehrende Defizite bei der Erinnerung alltäglicher Ereignisse, wichtiger persönlicher Informationen und/oder trau-

matischer Ereignisse, die sich von einer gewöhnlichen Vergesslichkeit und Gedächtnislücken unterscheidet.⁴ In diesem Zusammenhang berichten Patient*innen oft von Amnesie zwischen den verschiedenen Persönlichkeitszuständen, was als *Interidentitätsamnesie* bezeichnet wird.

In der US-amerikanischen Bevölkerung beträgt die Prävalenz der pathologischen Dissoziation 4,1 % (Simeon & Putnam, 2022). Die 12-Monats-Prävalenz der DIS wird in den USA auf 1,5 % geschätzt (American Psychiatric Association, 2022). Die Prävalenzschätzungen dissoziativer Störungen unter psychiatrischen Patient*innen in den USA variieren je nach untersuchter Population und verwendeten Messinstrumenten zwischen 5 % und 29 % (Foote et al., 2006). In europäischen Studien wurden unter psychiatrischen Patient*innen niedrigere Zahlen gefunden, z. B. wurde in den Niederlanden eine Prävalenz von 2 % für DIS unter stationären Patient*innen berichtet (Friedl & Draijer, 2000). Es gibt relativ wenig Forschung zum Verlauf dissoziativer Störungen, insbesondere gibt es keine prospektiven longitudinalen Studien zum Verlauf zur DIS. Patient*innen berichten retrospektiv häufig, dass die ersten Symptome der DIS in der frühen Kindheit zwischen fünf und acht Jahren auftraten (Loewenstein & Putnam, 1990; Sar et al., 1996; Stern, 1984). Die DIS scheint einen chronischen und fluktuierenden Verlauf zu nehmen, wobei die Schwere der Symptome und funktionellen Einschränkungen sowie die Beeinträchtigungen in der Lebensqualität je nach Kontext variieren (Kluft, 1991). Außerdem zeigt sich, dass Patient*innen mit DIS oft schon mehrere Jahre in der psychiatrischen Versorgung wegen verschiedener Beschwerden behandelt wurden und häufig mehrere andere Diagnosen erhalten haben, bevor die Diagnose DIS gestellt wird (Hunter et al., 2017). Auch wenn dissoziative Störungen in der klinischen Praxis viel häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert werden (Foote et al., 2006; Friedl & Draijer, 2000), treten selbstberichtete dissoziative Symptome in der allgemeinen Bevölkerung bei Männern und Frauen gleichermaßen häufig auf (Sar, 2011). Es ist unklar, ob dissoziative Störungen und Besessenheitsphänomene in ähnlichem Maße in verschiedenen Kulturen und Ländern vorkommen (Krüger, 2021; Pope et al., 2007). Die Prävalenzraten variieren zwischen Ländern aufgrund unterschiedlicher Messinstrumente (Selbst-

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.

³ Im ICD-11 wird sie definiert als eine „Identitätsstörung, bei der zwei oder mehr verschiedene Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten) mit je eigenem Muster des Erlebens, der Wahrnehmung, der Vorstellung und der Beziehung zu sich selbst, dem Körper und der Umwelt vorliegen, die mit deutlichen Unterbrechungen des Selbst- und Handlungsgefühls einhergehen“.

⁴ In diese Kategorie fällt auch die Fugue, bei der eine Person an einem Ort „aufwacht“, ohne zu wissen, wie sie dorthin gekommen ist (Spezifikation: mit dissoziativer Fugue).

bericht vs. halbstrukturierte Interviews), der Vertrautheit von Kliniker*innen mit dissoziativen Symptomen und dem Maß der Akzeptanz und Diskussion über dissoziative Störungen. Zusätzlich kann sich die klinische Manifestation dissoziativer Störungen zwischen Kulturen unterscheiden, was jedoch nur begrenzt untersucht wurde (Dorahy et al., 2014).

Die Kombination aus hohem Leidensdruck der Betroffenen, hohen Kosten für das Gesundheitssystem und häufigen Barrieren in der Behandlung stellt eine Herausforderung für die Versorgung dieser Patient*innengruppe dar. Zusätzlich kursieren beharrliche Irrtümer über die DIS in der Öffentlichkeit und auch der Versorgung. Auch lässt sich eine Entkoppelung von psychologischer Forschung und klinischer Praxis feststellen: Empirisch nicht unterstützte, mit wenig mehr als subjektiver Erfahrung begründete Annahmen über die Psychopathologie und Konzepte zur Behandlung der DIS existieren scheinbar gleichberechtigt neben Ergebnissen empirischer Forschung, oft ohne dass selbst diametrale Widersprüche aufgelöst werden. Dieser „Research-Practice-Gap“ kann sich zulasten von Betroffenen auswirken (Herzog et al., 2023; Lilienfeld et al., 2013), da im Zweifel keine erfolgversprechenden Behandlungen (z. B. neu entwickelte und wissenschaftlich untersuchte Interventionen) angeboten werden, sondern die Betroffenen im besten Fall weiterhin die gewohnte Versorgung (z. B. stabilisierungsorientierte Behandlungen ohne Fokus auf Symptomverbesserung) erhalten, schlimmstenfalls sogar potenziell schädliche, symptomverschlimmernde Therapien (z. B. suggestive Techniken, welche „alter“-Persönlichkeiten induzieren können) durchgeführt werden (Lilienfeld, 2007). Trotz der beeindruckend nachgewiesenen Effektivität der Expositionstherapie zur Behandlung der PTBS (McLean et al., 2022) zeigt sich beispielsweise, dass wahrgenommene Hindernisse – wie die Angst vor einer Verschlimmerung der Symptome oder einem Therapieabbruch – negativ mit der empfundenen Eignung einer Expositionstherapie insbesondere bei Patient*innen mit multiplen Kindheitstraumata zusammenhängen (van Minnen et al., 2010).

Im Folgenden sollen die aus unserer Sicht wichtigsten Fehlannahmen in der klinischen Praxis aufgegriffen und mit der empirischen Forschung dazu kontrastiert werden.

Häufige Irrtümer in der klinischen Praxis

1. Traumata sind immer die Ursache einer dissoziativen Identitätsstörung

Häufig wird die DIS zu den Traumafolgestörungen gezählt. Traumatische Erfahrungen sind jedoch *keine* Voraussetzung für die Klassifikation einer DIS. Retrospektive Studien zeigen zwar, dass sexueller Missbrauch (86 %), physischer Missbrauch (79 %) und emotionaler Missbrauch (94 %) in der frühen Kindheit häufig von DIS-Patient*innen berichtet werden (Brand et al., 2009). Allerdings mangelt es bisher an hochwertigen Längsschnittstudien (z. B. unter Einbezug ob-

jektiver Daten zur Traumageschichte und ausführlicher Diagnostik), die einen kausalen Effekt traumatischer Ereignisse auf dissoziative Beschwerden feststellen könnten. Zusätzlich können Faktoren wie Pseudoerinnerungen eine Rolle bei den Prävalenzraten von selbstberichteten traumatischen Ereignissen spielen (Merckelbach & Muris, 2001). Im Zusammenhang mit Fehlbehandlungen (z. B. unter Einsatz von „Recovered-Memory“-Techniken) durch (therapeutisch induzierte) falsche Erinnerungen („false memories“) (Lilienfeld, 2007) erscheint insbesondere die DIS als „Einfallstor für Suggestion“ (Fegert & Urbaniok, 2024). Auch wenn solche falschen Erinnerungen im Allgemeinen zwar vermutlich eher selten vorkommen (Schemmel et al., 2024), ist es daher bei der DIS besonders wichtig, nicht (zu detailliert) danach zu fragen, wenn die Person diese Erfahrungen nicht von selbst anspricht, um das Risiko der Suggestion zu minimieren. Empfehlungen zur Minimierung des Risikos der Entstehung falscher Erinnerungen („false memories“) in der klinischen Praxis sind in der Tabelle dargestellt.

Stellen Sie wie folgt sicher, dass das Risiko der Entstehung falscher Erinnerungen so gering wie möglich ist:
(1) Stellen Sie niemals suggestive Fragen (inkl. Vorschläge, was passiert sein könnte)!
(2) Stellen Sie keine geschlossenen, sondern offene Fragen!
(3) Schließen Sie nicht von Beschwerden, Körperhaltungen oder körperlichen Empfindungen auf traumatische Ereignisse!
(4) Manche Patient*innen vermuten, dass sie missbraucht wurden, haben aber keine konkreten Erinnerungen. Gehen Sie nicht auf den Wunsch der*des Patient*in ein, die Therapie zu nutzen, um herauszufinden, was wirklich geschehen ist!
(5) Seien Sie sich der Tatsache bewusst, dass das Gedächtnis (re)konstruktiv und keine objektive Darstellung der Realität ist!
(6) Seien Sie sich bewusst, dass intensive Emotionen beim Erinnern oder die feste Überzeugung, dass es so geschehen ist, nicht bedeuten, dass es deshalb wahr sein muss.
Achten Sie auf falsche Erinnerungen, wenn der*die Patient*in:
(a) von traumatischen Erinnerungen aus der präverbalen Phase berichtet (bei den meisten vor dem dritten Lebensjahr).
(b) traumatische Erinnerungen erst im Verlauf der Therapie entwickelt hat.
(c) während der Therapie immer wieder von neuen traumatischen Situationen berichtet, die zunehmend absurd oder unwahrscheinlich erscheinen.

Tabelle: Empfehlungen zur Minimierung des Risikos der Entstehung falscher Erinnerungen („false memories“) in der klinischen Praxis (persönliche Kommunikation mit Ineke Wessel und Agnes van Minnen)

Trotz der unklaren Rolle traumatischer Ereignisse als Auslöser ist nicht davon auszugehen, dass diese die Entstehung einer DIS nicht begünstigen können. Als Prognose- und Risikofaktoren werden derzeit sowohl neurobiologische Merkmale als auch Umweltfaktoren diskutiert. Die Forschung zur neurologischen Basis dissoziativer Beschwerden steckt allerdings noch in den Kinderschuhen (Blihar et al., 2020; Roydeva &

Reinders, 2021), wobei vermutlich verschiedene neuronale Signaturen je nach Symptomkonstellation, statt wenige distinkte Hirnregionen für die Unterschiede verantwortlich sind (Lotfinia et al., 2020). Eine strukturelle MRT-Studie mit DIS-Patient*innen schlägt ein durch Traumatisierung bedingtes, verringertes CA1-Hippocampus-Volumen als potenziellen Biomarker für dissoziative Amnesie vor (Dimitrova et al., 2023). Diese Studie hat jedoch, neben anderen Schwächen, keine objektiven kognitiven Messungen dissoziativer Amnesie eingeschlossen und fand einen signifikanten Effekt auch nur für emotionale Vernachlässigung als eine Facette von Missbrauchserfahrung (Huntjens et al., 2022), der wiederum mit vorherigen Studien des in Teilen selben Datensatzes inkonsistent ist (Chalavi et al., 2015a, 2015b). Kürzlich konnten einzigartige Konnektivitätsmarker identifiziert werden, die die DIS mit dem zentralen exekutiven Netzwerk (engl.: „central executive network (CEN)“) in Verbindung bringen (Lebois et al., 2022), was auf Veränderungen in den exekutiven Funktionen bei DIS-Patient*innen hindeuten könnte. Auch wenn Zwillingsstudien zeigen konnten, dass ein beträchtlicher Teil der Variationen dissoziativer Phänomene genetisch bedingt ist, scheinen in der Tat bei pathologischer Dissoziation Umweltfaktoren allgemein eine größere Rolle zu spielen (Becker-Blease et al., 2004; Jang et al., 1998). Dies beinhaltet allerdings eine deutlich größere Bandbreite als lediglich Traumata, sondern auch beispielsweise dissoziative Symptome bei Angehörigen. Hinzu kommen die emotionale Verfügbarkeit, mangelnde Beteiligung, Rollenkehr und desorganisierte sowie widersprüchliche Reaktionen von Angehörigen (insbesondere nahestehende Bezugspersonen). Tatsächlich zeigte sich, dass ein desorganisierter Bindungsstil in der Kindheit ein prädiktiver Faktor für dissoziative Symptome im frühen Erwachsenenalter ist (Carlson, 1998). Dieser Bindungsstil ist gekennzeichnet durch Verhaltensweisen, die stark den dissoziativen Phänomenen ähneln, wie Erstarren, Verwirrung oder Trance und Tagträume. Neben den genannten dissoziativen Symptomen kann der desorganisierte Bindungsstil auch zu einer Unfähigkeit beitragen, Strategien zum Trost und Schutz zu entwickeln, sowie zur Unfähigkeit führen, widersprüchliche emotionale Zustände zu integrieren (Liotti, 2004).

Im Zusammenhang mit Traumata wird die DIS auch in Verbindung mit ritueller (sexueller) Gewalt gebracht. Ein Teil der Patient*innen mit DIS (Schröder et al., 2020a; Schröder et al., 2018) und zuweilen auch ihre Behandelnden (Fliß & Igney, 2010; Nick et al., 2019) sind davon überzeugt, dass diese Subgruppe von Patient*innen rituellen (sexuellen) Missbrauch in einem organisierten (satanistischen) Netzwerk erlebt haben (Behrendt et al., 2020). Abgesehen von den Berichten der Opfer oder Schilderungen der Psychotherapeut*innen (Schröder et al., 2020b) finden sich keine Hinweise dafür aus anderen Quellen. In einer kritischen Auseinandersetzung mit den angeführten empirischen Belegen aus einer Online-Befragung von selbstdefinierten Betroffenen ritueller Gewalt (Nick et al., 2018) wurde festgehalten, dass die Angaben über erlittenen rituellen sexuellen Missbrauch alternativ durch suggestive Prozesse erklärbar sind, es keine belastbaren Belege für Phä-

nomene wie die intentionale Persönlichkeitsspaltung vorliegen und die Angaben sowohl zur Amnesie als auch zum Wiedererinnern gedächtnispsychologisch unplausibel erscheinen (Mokros et al., 2024). Auf eine ausführliche Diskussion dieses Themas wird aufgrund seiner Komplexität an dieser Stelle verzichtet. Ein eigenständiger Beitrag zu rituellem Missbrauch ist jedoch in Vorbereitung.

2. Das strukturelle Dissoziationsmodell liefert die beste Erklärung für die Dissoziative Identitätsstörung

Die Forschungsgeschichte zur Ätiologie der DIS ist seit nunmehr 30 Jahren teilweise durch radikale Positionen und kontrovers geführte Debatten gekennzeichnet, insbesondere zwischen den Anhänger*innen und Gegner*innen der *Traumatheorie* (d. h. der Erklärung von Dissoziation durch traumatische Lebensereignisse) (Dalenberg et al., 2012, 2014; Lynn et al., 2014). Auf theoretischer Ebene können heutzutage insgesamt vier Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der DIS unterschieden werden: das *posttraumatische Modell* bzw. Traumamodell (Dalenberg et al., 2012) und das *soziokognitive Modell* (Giesbrecht et al., 2008; Lynn et al., 2019; Spanos, 1994), die beide lange um Aufmerksamkeit und empirische Unterstützung konkurrierten, sowie das *Schema-Modus-Modell* (Huntjens et al., 2019, 2020) und das *transtheoretische Modell* (Lynn et al., 2022), die kürzlich aufgrund von aktuellen empirischen Befunden entwickelt wurden.

Das *posttraumatische Modell* ist ein Stress-Diathese-Modell, welches eine direkte Beziehung zwischen schwerem frühkindlichem Trauma (wie chronische Misshandlung, Missbrauch und/oder Vernachlässigung durch Menschen, von denen die Person als Kind abhängig war) und dem Auftreten von dissoziativen Beschwerden postuliert, insbesondere bei Individuen mit einer prädisponierenden (erblichen) Neigung zur Dissoziation (Dalenberg et al., 2012). Dissoziative Reaktionen werden in diesem Modell als erlernter Bewältigungsmechanismus für das Überleben langanhaltender traumatischer Erfahrungen in der Kindheit, die mit Angst, Schmerz und kognitiver Dissonanz verbunden waren, betrachtet (Dalenberg et al., 2012). Eine spezifische Form des posttraumatischen Modells ist das *strukturelle Dissoziationsmodell*, das von einer strukturellen Aufteilung der Persönlichkeit in mehrere „kompartimentalisierte Identitäten“ ausgeht. Diese Identitäten sind durch dissoziative Amnesie gekennzeichnet (d. h. Lücken im Gedächtnis für Ereignisse, die stattgefunden haben, wenn eine andere Identität die Kontrolle über das Verhalten übernommen hat) (Nijenhuis & Van Der Hart, 2011).

Das *soziokognitive Modell* hingegen geht nicht von einer direkten Beziehung zwischen Traumata in der Kindheit und Dissoziation aus, sondern erklärt dissoziative Symptome durch soziale, kognitive und kulturelle Ursachen (Giesbrecht et al., 2008; Lynn et al., 2019; Spanos, 1994): Dieses Modell nimmt

an, dass Patient*innen unter dem Einfluss von Informationen aus den Medien (einschließlich Serien, Websites, Filmen und Büchern), soziokulturellen Überzeugungen (z. B. DIS ist eine akzeptierte Form zur Äußerung psychischer Probleme) und suggestiven Techniken von Therapeut*innen (v. a. Vermutung eines zugrundeliegenden Traumas, Vorstellung verschiedener Persönlichkeitszustände, wiederholte Fragen) daran glauben, dass sie aus mehreren Identitäten bestehen. Dies betrifft insbesondere Patient*innen, die nach Erklärungen für emotionale Instabilität, Identitätsprobleme und impulsives Verhalten suchen, d. h.

Merkmale, die häufig bei Patient*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten (Lilienfeld et al., 1999; Lynn et al., 2012). Von Befürworter*innen des posttraumatischen Modells wird dieses Modell manchmal polemisch als „Fantasiemodell“ bezeichnet, wobei dieser Begriff weder den Kern noch den Umfang des Modells widerspiegelt. In neueren Formulierungen dieser Modelle lassen sich auch Gemeinsamkeiten (z. B. Annahmen zur multifaktoriellen Entstehung durch genetische Veranlagung, dysfunktionale Familienbeziehungen, negative Kindheitserfahrungen und ein Mangel an sozialer Unterstützung) finden (Dalenberg et al., 2014; Lynn et al., 2014).

Ein neues (dimensionales) Modell ist das *Schema-Modus-Modell* für die DIS (Huntjens et al., 2019, 2020). Nach dem Schema-Modus-Modell entsteht Persönlichkeitspathologie durch die Interaktion zwischen genetischer Verwundbarkeit, Temperament und Umweltfaktoren wie Vernachlässigung oder Traumatisierung in der Kindheit (Young et al., 2003). Das Schema-Modus-Modell geht *nicht* von kompartimentalisierten Identitäten und Interidentitätsamnesie aus, sondern erklärt dissoziative Symptome durch den häufigeren (oft abrupten und extremen) Wechsel zwischen verschiedenen Repertoires erlernter Erlebens- und Verhaltensweisen in bestimmten Umweltkontexten („Modi“) bei gleichzeitiger starrer „Modihaftigkeit“ (d. h. klar abgegrenzte und kaum auslenkbare Modi). Die Annahme wird durch eine Studie von van der Linde et al. (2023) unterstützt, die zeigen konnte, dass die Werte von Menschen mit DIS in maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und Schemata denen von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Vermeidender Persönlichkeitsstörung stark ähneln: Häufig vorkommende Modi bei Menschen mit dissoziativen Störungen sind jene, die mit Vernachlässigung und Misshandlung in Verbindung stehen (das „verletzliche Kind“), die mit Selbstabwertung verbundenen kritischen Modi und insbesondere verschiedene vermeidende Bewältigungsmodi (van der Linde et al., 2023).

Das *multifaktorielle, transdiagnostische und transtheoretische Modell* ist eine umfassende Synthese aus vorherigen ätiologischen Forschungsbemühungen und postuliert, dass dissoziative Störungen als Fehlfunktionen normalerweise adaptiver

Systeme und Funktionen verstanden werden können. Es berücksichtigt potenziell interaktive Variablen wie Schlafstörungen, beeinträchtigte Selbstregulation, gestörte Hemmung negativer Kognitionen und Affekte, Hyperassoziation und Set-Shifts sowie Defizite in der Realitätsprüfung, Kausalattribution

— Die Forschungsgeschichte zur Ätiologie der DIS ist seit nunmehr 30 Jahren teilweise durch radikale Positionen und kontrovers geführte Debatten gekennzeichnet, insbesondere zwischen den Anhänger*innen und Gegner*innen der Traumatheorie. —

on und Metakognition (Lynn et al., 2022). Ein Fallbericht gibt erste Hinweise darauf, dass das transtheoretische Modell inzwischen auch Einzug in die Behandlung der DIS in Deutschland erhält (Kratzer et al., 2023).

3. Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung erklären dissoziative Amnesie

Das Traumamodell, insbesondere das strukturelle Dissoziationsmodell, geht davon aus, dass es sogenannte abgespaltene Identitäten gibt, die durch eine Amnesie zwischen den Identitäten (Interidentitätsamnesie) gekennzeichnet sind. Empirische Forschung zu Gedächtnisfunktionen hat jedoch wiederholt gezeigt, dass diese Annahme nicht korrekt ist: Frühe Studien zur Untersuchung von dissoziativer Amnesie untersuchten Korrelate mit selbstberichteter Amnesie, schlossen allerdings keine tatsächlichen Gedächtnisaufgaben ein. In gedächtnispsychologischen Studien, die objektive Aufgaben zur Messung der Interidentitätsamnesie verwendet haben, konnte keine überzeugende Evidenz dafür gefunden werden, dass die subjektiv berichtete Amnesie mit einer objektivierbaren Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung einher ging (Huntjens et al., 2003). Es wurde dabei ein Wissenstransfer zwischen Identitäten festgestellt, der sowohl bei neutralen als auch bei selbstrelevanten und traumabezogenen Informationen stattfand (Huntjens et al., 2003; Marsh et al., 2018, 2021). Bemerkenswert ist, dass dieser Informationstransfer nicht nur bei impliziten Gedächtnisaufgaben, sondern auch bei expliziten Gedächtnisaufgaben zu beobachten ist, wobei sich letztere auf die bewusste Erinnerung an frühere Erfahrungen beziehen. Stattdessen wird die subjektiv erlebte Amnesie besser durch dysfunktionale metakognitive Überzeugungen über das Gedächtnis erklärt. Diese werden durch die Vermeidung interner und externer traumabezogener Reize aufrechterhalten: Eine Studie fand, dass es vor allem dysfunktionale Überzeugungen im Zusammenhang mit Furcht vor Gedächtnisabruf (z. B. „Es ist besser, schmerzhaftes Erlebnisse zu vergessen.“) sind, die Patient*innen davon abhalten könnten, traumabezogene Erinnerungen aus ihrem Gedächtnis abzurufen (z. B. Angst, die Kontrolle zu verlieren oder „verrückt zu werden“) (Huntjens et al., 2023). Für die Praxis bedeutet dieser Befund jedoch nicht, dass es keine Beachtung der sub-

ektiv erlebten Amnesie bei Individuen mit DIS gibt; diese sollte in der Psychotherapie validiert und anerkannt werden. Es scheint sich dabei jedoch eher um eine *Interidentitätsvermeidung* (statt einer objektivierbaren Interidentitätsamnesie) zu

— In gedächtnispsychologischen Studien konnte keine überzeugende Evidenz für eine Interidentitätsamnesie gefunden werden. —

handeln (Dimitrova et al., 2024; Huntjens et al., 2014, 2023). Dieser Perspektivwechsel im Verständnis der dissoziativen Amnesie mutet wie ein Detail an, hat aber potenziell wichtige Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung: Vermeidungsverhalten im Zusammenhang mit dissoziationsbezogenen Metakognitionen über das Gedächtnis kann, im Gegensatz zu einer tatsächlichen Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung, gemeinsam mit Patient*innen als verständlich, aber einschränkend begriffen und mit gut ausgearbeiteten Techniken verändert werden.

4. Symptomprovokationsstudien sind eindeutige Beweise für das DIS-Identitätskriterium nach DSM-5

Eine Symptomprovokationsstudie (Reinders et al., 2016) untersuchte mögliche funktionale Unterschiede im Gehirn von Menschen mit DIS. In dieser Studie gaben die Teilnehmenden zunächst Informationen über ein traumatisches und ein neutrales Ereignis in ihrem Leben. Anschließend wurden verschiedene physiologische Messungen wie Herzfrequenz und Blutdruck und bildgebende Techniken verwendet, um ihre Reaktion zu messen, während sie Aufnahmen über diese Ereignisse anhörten. Es wurde festgestellt, dass Menschen mit DIS in verschiedenen Identitäten unterschiedlich reagieren. In einem Zustand, in dem die Person angab, Erinnerungen an das traumatische Ereignis zu haben, reagierte sie emotionaler auf die Aufnahme dieses Ereignisses als in einer Identität, in der die Person keine Erinnerungen angab. Auch wenn von einigen Forscher*innen diese Befunde als neurobiologische Evidenz für die Interidentitätsamnesie herangezogen wurden, sind die Ergebnisse dieser Studie nur schwer zu interpretieren und stimmen theoretisch neben dem posttraumatischen Modell (bzw. strukturellen Dissoziationsmodell) auch mit dem soziokognitiven Modell und Schema-Modus-Modell überein. Tatsächlich sind sie nicht als Beweis zulässig, da keine objektiven Gedächtnisaufgaben verwendet wurden und nicht klar ist, ob die Teilnehmenden der Aufnahme zuhörten oder ob sie als Vermeidungsstrategie in einer oder beiden Identitätszuständen an etwas anderes dachten.

Die Ergebnisse können auch nicht als Beweis für das Erleben von Traumata in der Vergangenheit angeführt werden, da sich gezeigt hat, dass der Glaube, traumatisiert worden zu sein, emotionale Reaktionen hervorrufen kann, die denen ähneln, die durch die Erinnerung an ein Trauma (z. B. ein Gefecht) aus-

gelöst werden. Beispielsweise wurden in Studien vergleichbar intensive Emotionen inklusive psychophysiologischer Reaktionen auch bei Menschen beobachtet, die überzeugt sind, von Außerirdischen entführt worden zu sein (McNally et al., 2004; McNally & Clancy, 2005), obwohl dieses Ereignis höchst unwahrscheinlich ist. Es scheinen eher quasi-spirituelle Beweggründe dahinterzustecken, warum manche Menschen die Identität eines von Außerirdischen Entführten annehmen (McNally, 2012). Bereits durch die Manipulation von Erwartungen lassen sich auch unterschiedliche psychophysiologische Erregungsmuster bei Reaktionen auf belastendes Filmmaterial erzielen (Bruce et al., 2023). Die Reaktionen spiegeln daher eher die emotionale Bedeutung eines Ereignisses und die Erwartungen an die eigenen Reaktionen wider statt der Erinnerung an ein tatsächlich stattgefundenes Ereignis per se.

5. Die Dissoziative Identitätsstörung ist nicht wie die anderen psychischen Störungen und muss dementsprechend unterschiedlich behandelt werden

Im Rahmen der Behandlung von dissoziativen Störungen im Allgemeinen und der DIS im Spezifischen gibt es viel Diskussion in der Praxis, die teilweise durch den Mangel an soliden empirischen Daten für psychosoziale Interventionen (Ganslev et al., 2020), aber ebenso medikamentösen und biologischen Interventionen (Sutar & Sahu, 2019) aufrechterhalten wird. Auch wenn evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung der DIS nach wie vor nicht verfügbar sind, gibt es eine Reihe an psychotherapeutischen Behandlungen, deren Evidenz im Folgenden vorgestellt wird.

Das Behandlungsangebot für die DIS bestand bis vor wenigen Jahren hauptsächlich aus einer praxisbasierten, psychodynamisch fundierten Psychotherapie in drei Phasen (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Die erste Phase dieses Ansatzes konzentriert sich auf Stabilisierung, Reduktion der dissoziativen Symptome und das Erlernen von Fertigkeiten (wie interne Kommunikation, Grounding-Techniken und Emotionsregulation). Die zweite Phase zielt, nach ausreichender Stabilisierung, auf Traumaverarbeitung ab: Hierbei nutzen einige Behandelnde zur Verarbeitung und Integration traumatischer Erinnerungen die *Technik der geleiteten Synthese* („guided synthesis“), die auf der Theorie der strukturellen Dissoziation basiert (Steele et al., 2021). Die zugrunde liegende Annahme ist, dass einige Identitäten Erinnerungen an traumatische Ereignisse haben, während andere Identitäten davon nichts wissen oder diese nicht als autobiografisch betrachten. Das Ziel der geleiteten Synthese ist es, dass sich alle Identitäten an das Trauma erinnern können, einschließlich jener Identitäten, die zuvor amnestisch waren oder keine emotionalen Reaktionen fühlten (International So-

ciety for the Study of Trauma and Dissociation, 2011; Steele et al., 2017). Auch Formen von EMDR (z. B. die Knipe-Methode) werden im Rahmen dieses phasenbasierten Ansatzes zur Traumaverarbeitung bei Menschen mit dissoziativen Symptomen genutzt (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Die dritte und letzte Phase fokussiert auf die Integration der verschiedenen Persönlichkeitszustände und die Rehabilitation. Die Dauer dieser Behandlung ist oft lang: In einer Studie waren Patient*innen, die sich in der letzten (noch nicht abgeschlossenen) Behandlungsphase befanden, im Durchschnitt 8,4 Jahre (SD = 4,8) in Behandlung (Brand et al., 2009). Die Wirksamkeit (von Teilen) dieser Behandlung wurde in mehreren nicht kontrollierten Studien untersucht (Brand et al., 2009, 2013; Jepsen et al., 2014). Die Effekte der Behandlung auf dissoziative Symptome erwiesen sich als gering oder sogar vollständig abwesend. In der ersten randomisierten kontrollierten Studie zu dieser Behandlung führte die stabilisierende Gruppentherapie (zusätzlich zur Einzeltherapie) ebenso wie die Kontrollgruppe (Einzeltherapie allein) zwar zu einem verbesserten allgemeinen Funktionsniveau, aber nicht zu unmittelbar besseren Ergebnissen bei dissoziativen Beschwerden (Bækkelund et al., 2022). Darüber hinaus gibt es keine wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit der Technik der geleiteten Synthese, bei der die verschiedenen Identitäten kontrolliert ihre traumatischen Erfahrungen teilen, während andere Identitäten angeben, dafür amnestisch zu sein. Auch die Grundannahme der Technik, dass dissoziierte Erinnerungen in einigen Identitäten zugänglich wären und in anderen nicht, wird durch empirisch-experimentelle Forschung der letzten 20 Jahre nicht unterstützt. Dagegen birgt diese Behandlungsmethode möglicherweise auch Risiken: Wie bereits beschrieben, sind Erinnerungen zwischen Identitäten für Menschen mit DIS tatsächlich zugänglich, auch wenn es sich um autobiografische und traumabezogene Erinnerungen handelt (Huntjens et al., 2012; Marsh et al., 2018), wobei eher dysfunktionale Überzeugungen über traumatische Erinnerungen (z. B. „Wenn ich mich an alle schlimmen Dinge aus meiner Vergangenheit erinnern würde, würde ich verrückt werden.“) dazu führen, dass Menschen ihr intaktes Gedächtnis nicht nutzen (Huntjens et al., 2022). Diese Annahme stimmt mit dem kognitiven-behavioralen Modell für Depersonalisation und Derealisation überein (Hunter et al., 2003, 2005). Es scheint daher sinnvoll, als Teil der Behandlung direkt an der Modifikation dieser dysfunktionalen Kognitionen zu arbeiten, anstatt sich auf die erlebte Fragmentierung der Identitäten einzulassen, mit dem Risiko, diese zu verstärken. Zudem könnte das Isolieren von Identitäten, „die die Realisierung des Traumas noch nicht verkraften könnten“, kontraproduktiv sein. Damit wird die dysfunktionale Kognition verstärkt, dass der*die Patient*in die Verarbeitung des Traumas (noch) nicht bewältigen kann, was Vermeidungsverhalten aufrechterhält, den*die Patient*in nicht dazu ermutigt,

Selbstbestimmung und Kontrolle wiederzuerlangen (Herzog et al., 2023; Neuner, 2008) und die Behandlung unnötig in die Länge zieht.

In diesem Zusammenhang werden vermutlich auch suggestive Techniken eingesetzt. Obwohl schon 2007 „Recovered-Memory“-Techniken aufgrund ihres Potenzials zur Produktion von falschen Erinnerungen an das Trauma als wahrscheinlich schädliche Therapie eingestuft wurden (Lilienfeld, 2007), berichteten erst kürzlich in einer Umfrage von 258 Psychotherapeut*innen aus Deutschland die meisten von ihnen (78 %) über Fälle von Erinnerungswiederherstellung („Memory Recovery“) (Schemmel et al., 2024). In dieser Studie gaben außerdem die meisten Psychotherapeut*innen (82 %) an, Annahmen über nicht erinnerte Traumata zu haben, gleichwohl berichteten 83 % von ihnen, dass ein Teil ihrer Patient*innen diese Annahmen vertraten. Mehr als ein Drittel der Psychotherapeut*innen haben dabei mindestens einmal suggestiv-therapeutische Techniken angewandt, um vermutete traumatische Erinnerungen wiederherzustellen, wobei 10 % berichteten, dass sie bei den meisten Patient*innen von einem Trauma ausgingen und bei der Mehrheit der Versuche vermeintliche Erinnerungen wiederherstellten („recovered memories“). Psychodynamische Psychotherapeut*innen gaben insgesamt häufiger an, hinter den Symptomen ein Trauma zu vermuten, und stimmten mehr mit problematischen Ansichten über Trauma und Erinnerung überein (Schemmel et al., 2024). Neben solchen suggestiven Techniken und der Arbeit mit dissoziativen Persönlichkeitsanteilen sowie traumaspezi-

Die Überschneidung mit verwandten Störungen wie PTBS und Persönlichkeitsstörungen scheint größer als bisher angenommen, sodass Behandlungen, die für diese beiden Patient*innengruppen evidenzbasiert sind (z. B. traumabezogene Behandlung und Schematherapie), mit Anpassungen angewendet werden können.

fischen Stabilisierungsübungen (Nick et al., 2022), deren Evidenzlage im Hinblick auf das Nutzen-Risiko-Verhältnis wir bereits diskutiert haben, wenden einige Psychotherapeut*innen in der klinischen Praxis bei Menschen mit einer DIS, die von ritueller Gewalt berichten, außerdem die *Deprogrammierung* an (Rasch, 2019). Es gibt jedoch keine wissenschaftliche Basis für diesen weitgehend auf Anekdoten und spekulativen Annahmen beruhenden Ansatz, ganz zu schweigen von Wirksamkeitsforschung zu den daraus abgeleiteten Behandlungskonzepten. Die daraus abgeleiteten Behandlungsansätze sind möglicherweise schädlich, da sie teils ungeprüfte, teils nachweislich falsche Annahmen über die zu behandelnde Störung vermitteln.

In einer Onlinestichprobe berichteten 92 % der Teilnehmenden mit selbstberichteter dissoziativer Symptomatik, dass sie die Behandlung bei einem*einer Behandelnden – auch auf-

grund einer schlechten therapeutischen Beziehung und der Skepsis der*des Behandelnden – abgebrochen haben (Nesler et al., 2022). Daher ist es wichtig festzuhalten, dass es noch viel Raum für Verbesserungen in der Behandlung dieser Patient*innengruppe gibt. Kürzlich wurde das Behandlungsangebot daher um mehrere andere Therapiemöglichkeiten erweitert, deren Wirksamkeit bei Menschen mit dissoziativen Störungen aktuell untersucht wird und daher noch nicht abschließend geklärt ist. In einer Stichprobe von 62 stationären Patient*innen einer privaten psychiatrischen Einrichtung, die auf PTBS und dissoziative Störungen spezialisiert ist, erfüllten fast alle Teilnehmenden die ICD-11-Kriterien für komplexe PTBS, die DSM-5-Kriterien für den dissoziativen Subtyp der PTBS und die DSM-5-Kriterien für die DIS oder eine andere spezifizierte dissoziative Störung (Ross et al., 2024). Die Überschneidung mit verwandten Störungen wie PTBS und Persönlichkeitsstörungen scheint tatsächlich viel größer als bisher angenommen (van der Linde et al., 2023). Dies bedeutet auch, dass Behandlungen, die für diese beiden Gruppen von Patient*innen evidenzbasiert sind, möglicherweise mit Anpassungen auf DIS-Patient*innen angewendet werden können. Dazu zählen vor allem die kurze traumabezogene Behandlung, die Schematherapie und das Unified Protocol.

Die zentralen Annahmen einer *kurzen traumabezogenen Behandlung* bei Menschen mit DIS (van Minnen & Tibben, 2021) sind, dass DIS durch ein hohes Maß an Vermeidungsverhalten (Huntjens et al., 2014) und durch dysfunktionale Überzeugungen über Dissoziation und Gedächtnis (Huntjens et al., 2023) aufrechterhalten wird. Dissoziation wird hier als Vermeidungsverhalten begriffen und als solches in die Psychotherapie einbezogen. Patient*innen werden ermutigt, während der Konfrontation dissoziatives Vermeidungsverhalten abzubauen und sich traumatischen Erinnerungen auszusetzen, was gleichermaßen zu einer Revision dysfunktionaler Überzeugungen beitragen soll. Traumafokussierte Psychotherapien in der Behandlung von PTBS nach Kindesmissbrauch sind hoch wirksam (Ehring et al., 2014) und auch ohne Stabilisierungsphase sicher: 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 Studien zeigen zudem, dass sich dadurch nicht nur die PTBS-Kernsymptomatik reduziert, sondern sich auch andere Probleme (z. B. dissoziative Zustände, negative Grundannahmen oder interpersonelle Probleme) verringern (Hoeboer et al., 2020; Kolthof et al., 2022; Vliet et al., 2021; Zoet et al., 2021). Eine Stabilisierungsphase vor der Traumaverarbeitung brachte dabei keinen zusätzlichen Nutzen für die Behandlung von Menschen mit Beschwerden aufgrund früher Kindheitstraumata. Eine Stabilisierung scheint nicht nur nicht notwendig, sondern der Verzicht ist sogar auch kosteneffektiver (van Vliet et al., 2024). Obwohl die Annahme, dass Dissoziationen die Arbeit an traumatischen Erinnerungen ausschließt, empirisch untersucht wurde, fanden sich bisher keine Hinweise darauf, dass dispositionelle Dissoziation vor der Behandlung die Wirksamkeit von traumafokussierten Behandlungen moderiert (Hal-

vorsen et al., 2014; Hoeboer et al., 2020). Auch wenn traumafokussierte Psychotherapie für PTBS ebenfalls bei Menschen mit (somatoformer) Dissoziation wirksam scheint (Hoeboer et al., 2020; Zoet et al., 2021), wurde die Wirksamkeit bei der DIS noch nicht direkt untersucht. Bisher wurden nur erste vielversprechende Fallstudien durchgeführt (van Minnen & Tibben, 2021).

Eine weitere Behandlungsmethode für DIS ist die *Schema-therapie*, die auf dem zuvor beschriebenen Schema-Modus-Modell (d. h. Persönlichkeitszustände werden als wiederkehrende, rigide Schemamodi betrachtet) basiert. Studien bei Patient*innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben gezeigt, dass die Schematherapie zu einer Verringerung dissoziativer Symptome führt (Assmann et al., 2024; Giesen-Bloo et al., 2006). Die Ziele der Behandlung sind neben der Traumaverarbeitung die Förderung des gesunden erwachsenen Anteils und die Verbesserung der Kontrolle über andere dysfunktionale Modi (v. a. stark vermeidende Modi) bei gleichzeitiger Bearbeitung emotionaler Grundbedürfnisse. Ein aktuell untersuchter, schematherapeutischer Behandlungsansatz, der für Menschen mit DIS angepasst wurde, umfasst ein dreijähriges Programm sowie mehrere Auffrischungssitzungen (Huntjens et al., 2019, 2020). Eine Fallberichtsstudie deutet auf das Potential der Behandlung hin (Bachrach et al., 2023).

Eine weitere relativ neue Entwicklung ist die Anwendung des *Unified Protocol (UP)*; deutschsprachig erschienen als „Transdiagnostische Behandlung emotionaler Störungen“, Barlow et al., 2019) für die DIS (Mohajerin et al., 2020). Das UP ist eine transdiagnostische, auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien basierende Behandlung für Patient*innen mit emotionalen Störungen, die sich auf Grundlage des soziokognitiven bzw. inzwischen transdiagnostischen Modells der DIS auf Probleme mit der Emotions- und Selbstregulation konzentriert (z. B. Barlow et al., 2017). Zudem ist die Verbesserung des Schlafs ein Teil der UP-Behandlung für DIS, da eine Verbindung zwischen Schlafqualität und dissoziativen Erfahrungen nachgewiesen wurde (van Heugten – van der Kloet et al., 2015; Van Heugten – Van Der Kloet et al., 2014). In einer Fallserie mit fünf Patient*innen mit DIS erfüllte nach Abschluss der UP-Behandlung und im 6-Monats-Follow-up keine*r der Patient*innen mehr vollständig die Kriterien für die DIS oder komorbide Angst- und Depressionserkrankungen (Mohajerin et al., 2020). Dies kann auch als Hinweis dafür gewertet werden, dass die gängigen Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie durchaus bei DIS Anwendung finden und zu Erfolgen führen können.

6. Behandelnde müssen die Identitäten zuerst anerkennen, um den*die Patient*in zu behandeln

Diese Sichtweise spiegelt die sog. *Reifikation* wider, bei der die psychologischen Zustände („states“) als tatsächlich existierende Personen („people“) betrachtet und dementspre-

chend als solche anerkannt werden. Obgleich solche direkten Übertragungen subjektiven Erlebens in vermeintlich objektive Tatsachen bei anderen Patient*innengruppen aus guten Gründen selten bis nie genutzt werden (z. B. anzuerkennen, dass eine anorektische Patient*in tatsächlich zu dick sei oder Wahnvorstellungen bei psychotischen Patient*innen tatsächlich die Realität widerspiegeln würden), hält sich diese Haltung bei der DIS hartnäckig. Eine solche DIS-orientierte Psychotherapie wurde aufgrund ihres Potenzials zur Induktion von „alter“-Persönlichkeiten als wahrscheinlich schädliche Therapie eingestuft (Lilienfeld, 2007). Das Behandlungskonzept der kurzen, traumafokussierten Intervention betrachtet „alter“-Persönlichkeiten als Teil des dissoziativen Vermeidungsverhaltens und zielt explizit darauf ab, diese zu „verabschieden“ (van Minnen & Tibben, 2021), ohne sie im Sinne einer Reifikation als Personen anzuerkennen. Neben Verfechter*innen der Schematherapie warnen auch Befürworter*innen des UP vor der Verwendung von Reifikationstechniken (Lynn et al., 2022), da die spezifische Reifikation von Zuständen eher mit einer Verschlimmerung der Symptome in Zusammenhang gebracht wird. Die therapeutische Herausforderung in der Praxis besteht daher in dem schmalen Grat zwischen der Anerkennung der subjektiven Erfahrungen der Patient*innen und der Verstärkung der Symptome der Identitätsfragmentierung durch Reifikation.

7. Social Media haben einen positiven Einfluss auf die Entstigmatisierung der Dissoziativen Identitätsstörung

Die DIS ist mit dissoziationsbedingter Scham (Dorahy et al., 2023) und einem wiederum erhöhten Stigmatisierungspotenzial (Reisinger & Gleaves, 2023) verbunden. Auch unter Behandelnden gibt es eine anhaltende und verbreitete Skepsis gegenüber der Validität der Diagnose: 50 % der Psychiater*innen in Frankreich glaubten, dass die DIS eine durch Kino, Medien oder soziale Netzwerke geschaffene Entität sei (di Marco et al., 2024). Die Nutzung von effektiven Wegen zur Entstigmatisierung der DIS in der breiten Öffentlichkeit und Versorgung sind daher wünschenswert. Social Media fördern das Bewusstsein für Fragen der psychischen Gesundheit, die Offenlegung davon und die Diskussion darüber, insbesondere unter Jugendlichen, und kann somit die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen wie der DIS, die Bereitstellung sozialer Unterstützung (auch unter Gleichaltrigen) und die Verbreitung von Informationen ermöglichen. So haben beispielsweise einige bekannte TikTok-Influencer*innen mit DIS eine große Anzahl von Anhänger*innen mit Hunderttausenden Klicks (Porter et al., 2024), welche großes Potenzial bieten. Gleichzeitig ist die Offenlegung der psychischen Gesundheit im Internet jedoch ein Katalysator für die Verbreitung von Fehlinformationen und Cybermobbing, neben den finanziellen Anreizen,

die sich wiederum auf deren Inhalte auswirken können. Die TikTok-Accounts enthielten tatsächlich häufig Spendenlinks zu ihren Venmo- und PayPal-Konten (Porter et al., 2024). Tatsächlich treten in letzter Zeit massenhaft Jugendliche (sowohl online als auch in klinischen Einrichtungen) mit Symptomen insbesondere der DIS auf, die scheinbar durch das Betrachten von krankheitsbezogenen Inhalten, die von Influencer*innen in den sozialen Medien gepostet wurden, erworben wurden (Giedinghagen, 2023). Phänomene wie das der „sozialen Ansteckung“ wurden jüngst als mögliche Ursache für den in westlichen Gesellschaften sprunghaften Anstieg an Symptombereichen von bestimmten, bislang eher seltenen psychischen Störungen diskutiert (Haltigan et al., 2023). In einer Studie unter Nutzung von Natural Language Processing wurden die niedrigsten Werte für Sprachkohärenz (d. h. eine desorganisierte Sprache mit beeinträchtigtem Bedeutungsfluss in Sätzen) bei Nutzer*innen von Social-Media-Foren zur DIS festgestellt (Plank & Zlomuzica, 2024), wodurch fraglich erscheint, über welche Art von psychischer Störung zwischen welchen Beteiligten sich dort tatsächlich ausgetauscht wird. Dieser Entwicklung im Zusammenhang mit der erhöhten Social-Media-Nutzung, die u. a. zu einer Zunahme von DIS-ähnlichen Symptombereichen führt, sollte daher, auch in der Psychotherapie, mit gesundem Misstrauen begegnet werden und weitere Möglichkeiten zur Entstigmatisierung der DIS mit wissenschaftlich fundierten Fakten sollten eruiert werden. Für Psychotherapeut*innen erscheint es zudem sinnvoll, sich über den der Psychiatrie entlehnten Jargon dieser Communities informiert zu halten, da es sich nicht ausschließlich um Selbsthilfekreise handelt, sondern auch Fehlinformationen über DIS verbreitet werden, die den Therapieverlauf diagnostizierter, sich in Psychotherapie befindlicher Personen ungünstig beeinflussen könnte (Christensen, 2022).

Fazit

Forschung zur Entstehung und Behandlung dissoziativer Störungen im Allgemeinen und der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) im Spezifischen ist ein vernachlässigter Bereich innerhalb der klinischen Psychologie gewesen, obgleich der Leidensdruck der Betroffenen enorm hoch ist, die Beeinträchtigungen im Funktionsniveau, auch im Vergleich zu anderen

— Die therapeutische Herausforderung in der Praxis besteht in dem schmalen Grat zwischen der Anerkennung der subjektiven Erfahrungen der Patient*innen und der Verstärkung der Symptome der Identitätsfragmentierung durch Reifikation. —

psychiatrischen Störungen, gravierend sind und die Behandlungskosten über denen anderer psychischer Störungen liegen. In diesem Wissensvakuum haben sich hartnäckige Irrtümer über die DIS ausgebreitet, welche wir in dieser Arbeit aus

wissenschaftlicher Sicht genauer unter die Lupe genommen haben. Insgesamt lässt sich festhalten, dass mehrere Jahrzehnte von Forschung zur DIS zu einem verbesserten psychopathologischen Verständnis zur Entstehung und Aufrechterhaltung geführt haben, wobei maladaptive Überzeugungen über die dissoziative Amnesie und Fragmentierung der eigenen Identität eine ebenso wichtige Rolle spielen wie das Verständnis von dissoziativen Symptomen als Vermeidungsverhalten. Durch diese Fortschritte wurde auch der Weg für die Anpassung von Behandlungsmethoden für die DIS geebnet, die sich als wirksam bei Menschen mit angrenzenden Problemen (z. B. PTBS und Persönlichkeitsstörungen) erwiesen haben. Dazu gehören die Anwendung bestehender evidenzbasierter Methoden zur Traumaverarbeitung, wie sie auch bei PTBS aufgrund von Kindheitstraumata angewendet werden, aber auch die Schematherapie und das Unified Protocol. Eine wichtige nächste Phase in der Erforschung der DIS besteht nun darin, die Wirksamkeit der genannten neuen Therapiemethoden systematisch in methodologisch gut konzipierten klinischen Studien zu untersuchen, um das Behandlungsangebot für diese unterversorgte Patient*innengruppe zu erweitern. Bei jeder Behandlung sollten jedoch – unabhängig von der angewandten Methode – sowohl spezifische Reifikation vermieden werden, um Symptome der Identitätsfragmentierung nicht zu verstärken, als auch suggestive Techniken, um das Risiko für die Entstehung falscher Erinnerungen (v. a. an traumatische Ereignisse) zu minimieren. Zusätzlich sollten potenziell schädliche Einflüsse von Social Media (z. B. Fehlinformationen über DIS) in der Psychotherapie von Menschen mit DIS berücksichtigt werden. Effektive, wissenschaftlich begleitete Entstigmatisierungsmaßnahmen zur DIS sollten von einer möglichst breiten Dissemination von empirisch gestütztem Wissen statt konventioneller Weisheiten über die Psychopathologie und Behandlung der DIS begleitet werden, um die Implementierung von evidenzbasierter Psychotherapie in der Versorgung von Patient*innen mit DIS voranzutreiben.

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.

- Bachrach, N., Rijkeboer, M. M., Arntz, A. & Huntjens, R. J. C. (2023). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder: A case report. *Frontiers in Psychiatry*, 14.
- Blihar, D., Delgado, E., Buryak, M., Gonzalez, M. & Waechter, R. (2020). A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4 (3), 100148.
- Ganslev, C. A., Storebø, O. J., Callesen, H. E., Ruddy, R. & Søgaard, U. (2020). Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020 (7).
- Huntjens, R. J. C., Dorahy, M. M. J., Read, D., Middleton, W. & van Minnen, A. (2023). The Dissociation-Related Beliefs About Memory Questionnaire (DBMQ): Development and psychometric properties. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 15 (1), 173–180.
- Huntjens, R. J. C., Postma, A., Peters, M. L., Woertman, L. & van der Hart, O. (2003). Interidentity amnesia for neutral, episodic information in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (2), 290–297.
- Huntjens, R. J. C., Rijkeboer, M. M. & Arntz, A. (2019). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder (DID): Rationale and study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 10 (1), 1571377.
- Huntjens, R. J. C., Rijkeboer, M. M. & Arntz, A. (2020). Schematherapy in DID: Treatment length and related studies on dissociative amnesia. *European Journal of Psychotraumatology*, 11 (1), 1711638.
- Huntjens, R. J. C., Wessel, I., Hermans, D. & van Minnen, A. (2014). Autobiographical memory specificity in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (2), 419–428.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2 (1), 53–70.
- Lynn, S. J., Polizzi, C., Merckelbach, H., Chiu, C.-D., Maxwell, R., Heugten, D. van & Lilienfeld, S. O. (2022). Dissociation and Dissociative Disorders Reconsidered: Beyond Sociocognitive and Trauma Models Toward a Trans-theoretical Framework. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18 (Volume 18, 2022), 259–289.
- Marsh, R. J., Dorahy, M. J., Verschuere, B., Butler, C., Middleton, W., & Huntjens, R. J. C. (2018). Transfer of episodic self-referential memory across amnesic identities in dissociative identity disorder using the Autobiographical Implicit Association Test. *Journal of Abnormal Psychology*, 127 (8), 751–757.
- Mohajerin, B., Lynn, S. J., Bakhtiyari, M., & Dolatshah, B. (2020). Evaluating the Unified Protocol in the Treatment of Dissociative Identity Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27 (3), 270–289.
- Porter, C. A., Mayanil, T., Gupta, T., & Horton, L. E. (2024). #DID: The Role of Social Media in the Presentation of Dissociative Symptoms in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63 (2), 101–104.
- Schemmel, J., Datschewski-Verch, L., & Volbert, R. (2024). Recovered memories in psychotherapy: A survey of practicing psychotherapists in Germany. *Memory*, 32 (2), 176–196.
- van Minnen, A., & Tibben, M. (2021). A brief cognitive-behavioural treatment approach for PTSD and Dissociative Identity Disorder, a case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 72, 101655.



Dr. Philipp Herzog

Korrespondenzadresse:
Rheinland-Pfälzische Technische Uni-
versität Kaiserslautern-Landau
Fachbereich Psychologie
Ostbahnstraße 10
76829 Landau
philipp.herzog@rptu.de

Dr. Philipp Herzog, Dipl.-Psych., PP (VT), ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters am Fachbereich Psychologie der Rheinland-Pfälzischen Technischen Universität Kaiserslautern-Landau (RPTU). Nach mehrjähriger praktischer Tätigkeit in verschiedenen Ambulanzen und Kliniken, insbesondere mit Patient*innen mit Trauma- und belastungsbezogenen, dissoziativen und Persönlichkeitsstörungen, liegen seine wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkte vor allem in der Psychopathologie und Psychotherapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.



Prof. Dr. Rafaële Huntjens

Prof. Dr. Rafaële Huntjens ist Professorin für Experimentelle Klinische Psychologie mit besonderem Schwerpunkt auf traumabezogenen Störungen am Fachbereich für Klinische Psychologie und Experimentelle Psychopathologie der Universität Groningen (Niederlande). Sie ist außerdem Direktorin der Graduiertenschule einschließlich des Promotionsprogramms und des Forschungsmasters Verhaltens- und Sozialwissenschaften der Universität Groningen. Zudem war sie Mitglied des niederländischen nationalen Komitees zur Entwicklung klinischer Leitlinien für dissoziative Störungen und ebenso für trauma- und belastungsbezogene Störungen.



Dr. Tim Kaiser

Dr. Tim Kaiser, M. Sc. Psych., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitseinheit Methoden und Evaluation/Qualitätssicherung der Freien Universität Berlin. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Evaluation und der Entwicklung von Monitoring- und Feedbacksystemen in der Psychotherapie, außerdem bei internetbasierten Interventionen und Forschungsmethoden.

Rezensionen

Kinderpsychoanalytikerinnen als „Ersatzmütter“

Ludwig-Körner, C. (2022). *Und sie fanden eine Heimat. Zum Leben und Wirken der Mitarbeiterinnen von Anna Freud. Bad Cannstadt: fromann-holzboog. 400 S., 38 €*

Mit diesem Buch führt uns Ludwig-Körner zurück in die Welt der Kriegskinderheime, die von Anna Freud und Dorothy Burlingham während des zweiten Weltkriegs in London errichtet wurden, um vor allem jüdischen Kindern, die vor der Verfolgung durch die Nazis aus Deutschland und Österreich fliehen mussten, eine neue Heimat zu bieten. Im Mittelpunkt ihrer Schilderungen stehen aber nicht die traumatischen Erfahrungen, die diese Kinder durchlitten hatten, sondern die Mitarbeiterinnen der Kriegskinderheime, die diese Kinder betreuten und alles dafür taten, damit diese auch in ihrer neuen Heimat wieder Wurzeln fassen konnten. Sechs von ihnen lernen wir auf diesem Wege auch selber näher kennen. Das sind Alice Goldberg aus Berlin, Sophie und Gertrud Dans aus Augsburg, Manna Friedmann aus Köln, Anneliese Schnurmann aus Karlsruhe bzw. Berlin und Ilse Hellmann und Hansi Kennedy aus Wien. Als junge Frauen waren auch sie nur knapp dem Holocaust entkommen; manche von ihnen hatten den Kontakt zu ihren jüdischen Angehörigen ganz verloren und wussten nichts von ihrem Verbleib. Umso intensiver wendeten sie sich nunmehr den Kindern zu, die ein ganz ähnliches Schicksal erlitten hatten und brachten damit zum Ausdruck, wohin auch sie selbst gehörten, nämlich an deren Seite.

Die Mehrzahl der Mitarbeiterinnen brachte auch eine pädagogische Ausbildung mit. Von der Psychoanalyse hatten die meisten von ihnen bis dahin aber kaum oder gar nichts gehört. Anna Freud organisierte für sie deshalb zusammen mit ihren psychoanalytischen Kolleginnen Weiterbildungskurse, in denen neben psychoanalytischen Grund-

kenntnissen auch Entwicklungspsychologie und kindgerechte Ernährung und Babypflege unterrichtet wurden. Regelmäßig fanden auch Fallbesprechungen statt, in denen die Mitarbeiterinnen über die täglichen Erfahrungen mit den ihnen anvertrauten Kindern berichteten und dabei auch psychoanalytische Sichtweisen kennen lernen konnten. Für viele Mitarbeiterinnen war aber auch dies noch zu wenig. Schließlich gab Anna Freud ihrem Drängen nach und baute für sie eine eigenständige psychoanalytische Ausbildung zum/ zur Kinder-Therapeuten/-Therapeutin („Child Expert“) auf, über die einige von ihnen später auch Kinderanalytikerinnen wurden.

Die Verantwortung, die die Mitarbeiterinnen der Kriegskinderheime für die ihnen anvertrauten Kinder übernommen hatten, war damit aber noch nicht ausreichend beschrieben. Sie ging auch über das Ziel einer Kindertherapie hinaus. Rückschauend ließe sie sich am ehesten als „entwicklungsorientiert“ bezeichnen, das heißt ganz auf die Bedürfnisse des Kindes eingestellt, die seinem jeweiligen Entwicklungsstand entsprachen, ohne dass es dazu einer weiteren psychoanalytischen Erklärung bedurfte. Folgt man den Schilderungen der Betreuerinnen (oder sollte man vielleicht doch besser „Ersatzmütter“ sagen?) in den Kriegskinderheimen, dann waren diese vor allem Menschen, die sich dem Gegenüber zuwendeten oder sich ihm als Container zur Verfügung stellten, wann immer es dies brauchte, und dies als ihre eigentliche Rolle sahen. Würde es sich dabei um einen erwachsenen Patienten handeln, würde man darin vermutlich eine Überschreitung der Grenzen der therapeutischen Beziehung sehen. Den Betreuerinnen in den Kriegskinderheimen waren solche Gedanken fern. Für sie hörte die Beziehung auch nicht auf, wenn ein Kind das Kriegskinderheim irgendwann wieder verließ. Mit einigen von ihnen bestand

sogar ein lebenslanger Kontakt. Vor diesem Hintergrund lassen sich auch die Geschichten der Mitarbeiterinnen verstehen, die Ludwig-Körner per Interview erhoben hat und an denen nun auch wir als LeserInnen teilnehmen dürfen. Bei der Lektüre wird einem unwillkürlich auch selber warm ums Herz. Hätte Sigmund Freud die Gelegenheit gehabt, dieses Buch zu lesen, hätte er die frühe Mutter-Kind-Beziehung vermutlich nicht mehr als den „dunklen Kontinent“ bezeichnet, der für ihn selbst ein Leben lang unerforschbar blieb. Das Buch liefert nicht nur interessante Informationen über die Fortentwicklung der Kinderanalyse unter den Erfahrungen des zweiten Weltkriegs. Es ist auch ein zutiefst weiblich-mütterliches Buch, dem ich viele Leserinnen und auch Leser wünsche.

Beeindruckend ist dabei vor allem das lebendige Engagement für traumatisierte Kinder mit einschneidenden Verluste Erfahrungen und -ängsten auch aus jüngerer Zeit und der entsprechend hohe und weiter steigende Bedarf an psychotherapeutischer und psychosozialer Arbeit, den diese Kinder und Jugendlichen haben. Vieles von der Arbeit, die in diesem Band geschildert wird, findet sich heute auch in den Psychosozialen Zentren für Geflüchtete wieder, in denen viele unserer psychotherapeutisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen tätig sind. Insbesondere sie werden vieles aus diesem Band auch in ihrer eigenen Arbeit wiederfinden. Schön wäre es, wenn dieses Erfahrungswissen auch in die neue Weiterbildungsordnung Eingang finden könnte. Der Band lädt jedenfalls dazu ein, sich über methodische Grenzen hinaus auch emotional auf eine psychoanalytisch fundierte Arbeit mit diesen verstörten Kindern und Jugendlichen einzulassen.

Christa Rohde-Dachser
Hannover

Psychotherapie erfolgreich gestalten: Forschungsergebnisse für die eigene Praxis nutzen

Gmelch, M. (2024). *Psychotherapie von Anfang bis Ende. Schritt für Schritt durch den therapeutischen Prozess*. Berlin: Springer Nature. 437 S., 44,99 €

Markus Gmelchs „Psychotherapie von Anfang bis Ende“ bietet eine klare und praxisorientierte Reise durch den gesamten psychotherapeutischen Prozess – vom ersten Gespräch bis zum erfolgreichen Abschluss der Therapie. Das Buch richtet sich sowohl an erfahrene Psychotherapeut*innen als auch an angehende Praktiker*innen und überzeugt mit einer Herangehensweise, die es ermöglicht, die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse der Psychotherapieforschung direkt in die Praxis umzusetzen. Dabei gelingt es Gmelch, komplexe Theorien verständlich und tiefgehend zu vermitteln, was sowohl in der Ausbildung als auch im Berufsalltag von großem Nutzen ist.

Die große Stärke des Buches liegt in der gelungenen Integration verschiedener psychotherapeutischer Ansätze. Gmelch kombiniert wesentliche Elemente der Verhaltenstherapie mit lösungsfokussierten Konzepten, Techniken des Motivational Interviewing und emotionsfokussierten Methoden. So entsteht ein flexibles, anpassungsfähiges Modell, das je nach den Bedürfnissen der Patient*innen zur Anwendung kommt. Besonders überzeugend ist, wie er wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung direkt in den therapeutischen Prozess integriert und konkrete Heuristiken entwickelt, die den Psychotherapeut*innen helfen, den Überblick zu behalten und gleichzeitig flexibel auf die Bedürfnisse der Patient*innen einzugehen.

Das Buch folgt einer klaren Struktur: Zunächst werden das Verständnis der Psychotherapie und die therapeutische Haltung von Gmelch vorgestellt, wobei der Fokus auf der Beziehungsgestaltung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in liegt. Im weiteren Verlauf führt das Buch durch die verschiedenen Phasen einer Therapie – beginnend mit der ersten Sitzung bis hin zur Zielklärung und dem erfolgreichen Abschluss. Außerdem ist dem Umgang mit ambivalenter Motivation ein ausführliches Kapitel gewidmet. Zahlreiche Fallbeispiele und Transkripte veranschaulichen die Konzepte und machen sie direkt auf die Praxis anwendbar. Ein weiteres bemerkenswertes Element ist Gmelchs Betonung der therapeutischen Haltung. Er unterstreicht, dass gute Psychotherapie weit mehr ist als das Anwenden spezifischer Techniken – sie basiert auf einer authentischen, empathischen Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in. Besonders im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung bietet das Buch wertvolle Anregungen für die praktische Arbeit und zeigt auf, wie eine positive therapeutische Beziehung gefördert werden kann. In weiteren Kapiteln zeigt Gmelch, wie Deliberate Practice (d.h. der Einbau von feedbackgestützten Elementen zur Verbesserung der eigenen Berufspraxis) und das Bewusstsein für förderliche und begrenzende Bedingungen auch außerhalb der Therapie systematisch in die eigene berufliche Weiterentwicklung integriert werden können. Er eröffnet so neue Möglichkeiten, die therapeutische Wirksamkeit gezielt zu steigern und langfristig eine noch feinere Abstimmung auf die Lebensrealität der Patient*innen zu erreichen.

Trotz all der Stärken gibt es jedoch eine kleine Einschränkung: Einige psychotherapeutische Perspektiven, wie die psychodynamische, systemische oder humanistische Sichtweise, kommen in der Ausgestaltung der Psychotherapieprozesse nur wenig vor. Für Leser*innen, die mit einer solchen Ausrichtung vertraut sind oder sie bevorzugen, könnte dies eine Einschränkung darstellen. Dennoch ist das Buch eine wertvolle Ressource auch für diejenigen, die nicht mit den vorgestellten Behandlungsrationalen arbeiten, da Gmelch schulübergreifend wertvolle Anregungen liefern kann. Im Sinne einer psychotherapeutischen Metatheorie zeigt er auf, wie man das eigene Arbeiten wirkungsvoller an die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen anpassen kann. Für Vertreter*innen anderer Therapieansätze könnte es sogar eine reizvolle Aufgabe sein, die vorgestellten Befunde aus der Psychotherapieforschung und die abgeleiteten Heuristiken auf die eigene Arbeit zu übertragen und anzuwenden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass „Psychotherapie von Anfang bis Ende“ ein unverzichtbares Werk für alle ist, die ihre psychotherapeutische Praxis auf wissenschaftlich fundierte und gleichzeitig praxisorientierte Weise erweitern möchten. Gmelch schlägt eine Brücke zwischen Theorie und Praxis und liefert mit klaren Modellen und praxisnahen Beispielen wertvolle Werkzeuge für den psychotherapeutischen Alltag. Wer die eigene therapeutische Arbeit vertiefen möchte, wird von diesem Buch profitieren.

Daniel Jäger
Augsburg

Warum es besser ist, Gutes zu erwarten

Haghiri, S. (2024). *Mit Nachsicht. Wie Empathie uns selbst und vielleicht sogar die Welt verändern kann*. München: Kösel. 267 S., 20 €

Es gibt wenig, was auf Kinder einen so tiefen Eindruck macht wie die Angst der Personen, mit denen sie sich verbunden fühlen. Das lässt sich biologisch damit erklären, dass die Wahrnehmung dieser Ängste eine hohe Bedeutung für das Überleben des Kindes hat; wenn es sich irgendetwas merken muss, dann auf jeden Fall dieses. In Psychoanalysen wird immer wieder deutlich, wie stark traumatisch bedingte Ängste der Eltern die Kinder auch dann geprägt haben, wenn sich diese gar nicht an direkte Einflüsse erinnern.

Eltern glauben, ihre Kinder zu beschützen; in Wahrheit beschützen sie sich selbst. Sie fürchten sich vor Schuldgefühlen, als Eltern versagt zu haben, nicht nur, wenn ein Kind nicht überlebt, sondern auch, wenn aus ihm nicht das wird, was die bedeutungsvollen Personen in der Umgebung der Eltern erwarten. Das Kind spürt diese Ängste und richtet sich nach ihnen.

Ein fremdes Element kommt in eine Entwicklung, die sich in Jahrtausenden

optimiert hat – und behauptet von sich, sie zu verbessern, aus dem kleinen Tier einen richtigen Menschen, aus dem Wilden den Bürger zu machen. Dabei wird der radikal lebensfreundlichen, dem Artgenossen und dem eigenen Überleben dienenden Spontaneität eines primär sozialen Tieres Gewalt angetan. Sie kann sich nicht entfalten; am Ende wird die Wut über das zerstörte Spiel und die zerbrochene Übung als primäre Dynamik des menschlichen Unbewussten beschrieben.

Es ist eine lange und an vielen Stellen böartige Geschichte, die von der unbewussten Weisheit des tierischen und des in den schriftlosen Kulturen noch tiernahen Sozialverhaltens in die Gegenwart führt, in der sich die Menschheit kritisch mit ihren kolonialistischen Strukturen auseinandersetzt und die klinische Forschung erkennt, wie wenig es den durchsetzungsstärksten Kulturen gelingt, ihr Versprechen einzulösen, dem Menschen ein behaglicheres Leben zu verschaffen.

Was die „zivilisierte“ Erziehung an Vorsicht überbetont, wo sie uns beibringt, dem Mitmenschen zu misstrauen und von ihm eher Schlechtes als Gutes zu erwarten, rückt Sina Haghiri in seinem

Buch „Mit Nachsicht. Wie Empathie uns selbst und vielleicht sogar die Welt verändern kann“ zurecht. Er macht deutlich, wie wichtig und oft unterschätzt Nachsicht als Gegenströmung zur Vorsicht für unsere Kontakte ist. Sein Vorgehen ist zweigleisig: in Fallbeispielen zeigt er, wie sich negative Erwartungen an andere sozusagen selbst erfüllen; auf der anderen Seite referiert und zerpflückt er auf wirklich überraschende Weise „klassische“ sozialpsychologische Experimente von Milgram, Sherif und Zimbardo, die für Generationen von Psychologiestudentinnen und -studenten ein menschenfeindliches Bild unseres Sozialverhaltens gezeichnet haben. So fundiert er eine Einsicht, die mir in vielen Jahren der Supervision angehender Psychotherapeutinnen und -therapeuten kostbar geworden und geblieben ist: Wir sollten niemals die Bereitschaft eines Menschen unterschätzen, auch unter schwierigen Umständen mit uns zusammenzuarbeiten und auf ein empathisches Angebot mit Einfühlung zu reagieren.

Wolfgang Schmidbauer
München

Leserbriefe und Replik

Aussagepsychologie und Justiz müssen sich weiterentwickeln

Zu J. Schemmel: Wann gefährdet Psychotherapie die Glaubhaftigkeit in Strafverfahren (und wann nicht)?
Psychotherapeutenjournal 3/2024, S. 233–241.

In seinem Artikel beschreibt Schemmel aus seiner Sicht ein Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Glaubhaftigkeit von Aussagen in Gerichtsverfahren. Dabei führt er eine Reihe von möglicherweise problematischen Verhaltensweisen von Psychotherapeut:innen an und gibt Hinweise, wie Psychotherapeut:innen die Entstehung sogenannter „Scheinerinnerungen“ vermeiden können. Dazu möchte ich hier einige kritische Bemerkungen machen:

Anders als von Schemmel dargestellt liegt das grundsätzliche Spannungsfeld aus Sicht von Betroffenen, d. h. der Opfer von Gewalttaten, jedoch darin begründet, dass diese häufig ein überwältigendes Verlangen haben, sich emotional, gedanklich, verhaltensmäßig und mnestisch von dem Erlebten zu distanzieren (PTBS-Vermeidungskriterium). Sie wollen das Erlebte „loswerden“, „vermeiden“, „verarbeiten“ oder „vergessen“, weil es dazu führt, sich unerträglich schlecht zu fühlen. Strafverfolgung verlangt von Betroffenen aber nun das exakte Gegenteil. Sie sollen sich so genau, ausführlich und detailliert wie irgend möglich mit dem Erlebten beschäftigen, sich an dieses erinnern und in Worte fassen. Dies bringt Betroffene mitunter an und über die Grenze des Ertragbaren (siehe hierzu für Interessierte auch den sehr hörenswerten Podcast von „ZEIT online“ mit Kirsten Böök und Ingrid Wild-Lüffe). Eine Justiz und Aussagepsychologie, die an einer effizienten Strafverfolgung interessiert ist, sollte sich mit diesem Spannungsfeld auseinandersetzen und Lösungs- bzw.

Verbesserungsvorschläge entwickeln. Dazu leistet der Artikel jedoch bedauerlicherweise keinen Beitrag.

Betroffene sehen sich in der Strafverfolgung neben dem oben genannten Spannungsfeld auch zwei zusätzlichen Hürden ausgesetzt. Zum einen in dem juristischen Grundsatz „in dubio pro reo“, der (aus nachvollziehbaren Gründen) den Angeklagten schützt. Und zum anderen in der Anwendung der sogenannten „Nullhypothese“ in der Aussagepsychologie. Diese besagt im Kern, dass die Aussage von Betroffenen a priori so aufgefasst wird, als sei sie nicht auf tatsächlich Erlebtem basierend. Dann wird im Verlauf geprüft, ob dies nicht doch der Fall sein könnte. Eine sehr differenzierte Kritik dieses Prinzips inklusive einiger Verbesserungsvorschläge haben Fegert und Kollegen bereits im April 2024 vorgelegt. Eine der Kernaussagen (neben der Aussage, dass die Nullhypothese bestimmte Betroffenen-Gruppen systematisch benachteiligt): Das wissenschaftliche Prinzip der Nullhypothese in der Forschung (bei dem eine Hypothese bei 95-%iger Wahrscheinlichkeit angenommen, mit einer ausreichenden Teststärke verknüpft und auch repliziert werden muss) wird in der Rechtspsychologie in eine simple Dichotomie gepresst. Damit wird aber eine Wissenschaftlichkeit suggeriert, die de facto so nicht vorhanden ist. Herr Schemmel hatte sich auf einem BDP-Vortrag zum selben Thema im Mai leider noch nicht mit dem Text beschäftigt und zieht es auch im jetzigen Artikel vier Monate später vor, die Arbeit von Fegert et al. zu ignorieren, was sehr schade ist! Unerwähnt bleibt die Möglichkeit und Notwendigkeit der Schulung von Mitarbeiter:innen der Polizei und Justiz im Bereich der Traumasymptomatik und in dem oben benannten Spannungsfeld, um in Zukunft die Wahrscheinlichkeit, eine juristisch gut verwertbare Aussage zu bekommen, zu erhöhen. Wie wäre es mit der Schaffung der Möglichkeit einer anonymen „Aussagesicherung“ analog zur bereits

Liebe Leser*innen,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn Sie sich 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 2025 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.

möglichen medizinischen anonymen Spurensicherung nach einer Vergewaltigung?

Obwohl der Autor Begriffe wie „Verdrängung“ und „Dissoziation“ verwendet, ist leider keine scharfe Definition dieser Begriffe zu erkennen. Insbesondere scheint der Autor das Konzept der „Dissoziation“ und der „strukturellen Dissoziation“ und deren Implikationen für Gedächtnis und Aussagefähigkeit nicht gut zu kennen oder aber zu ignorieren. Teil der PTBS-Definition ist die „dissoziative Amnesie“, das heißt, das teilweise oder vollständige Nicht-Erinnern (!) von Kernaspekten des traumatischen Geschehens. Im Bereich der strukturellen Dissoziation wird das Erinnern als eine Handlung betont, die jemand ausführt, oder eben nicht. Insofern mehrere dissoziative Agenzien in einer Gesamtperson existieren (wie bei der partiellen dissoziativen Identitätsstörung pDIS und der dissoziativen Identitätsstörung DIS) kann es sein, dass ein Agens die Handlung des Erinnerns ausführt (sich erinnert), während ein anderer Agens dies nicht tut (sich nicht erinnert). Stattdessen werden widersprüchliche Aussagen wie: „trau-

matische Erinnerungen (werden) in der Regel besonders gut behalten“ und: „spontane Wiedererinnerungen (...), die wiederum über einen gewissen Zeitraum nicht abgerufen wurden“ ohne Kommentar nebeneinandergestellt. Eine Erklärung, wie diese beiden einander widersprechenden Aussagen zu verstehen sein könnten: Fehlanzeige.

Weiterhin werden eine Reihe Handlungsempfehlungen an Traumatherapeut:innen (teilweise völlig berechtigt und selbstverständlich, teilweise auch hochproblematisch) getätigt: Psychotherapeut:innen sollten Suggestion in Therapien vermeiden (was schlicht einer Leitliniengerechten Behandlung entspricht), um der Entstehung von sogenannten „Scheinerinnerungen“ vorzubeugen, und am besten alles gerichtsfest dokumentieren.

Dabei entsteht, neben der völlig geschichts- und kritiklosen Bezugnahme auf die Arbeit von Frau Loftus, die suggestive Wirkung, Therapeut:innen würden das nicht tun und regelhaft sogenannte „Scheinerinnerungen“ induzieren. Dies ist zurückzuweisen. Es ist zudem nur schwer vorstellbar, dass sich jemand, der sich beruflich intensiv mit der Wirkung von Suggestion beschäftigt, sich der suggestiven Kraft einer solchen Empfehlung gar nicht bewusst ist.

Therapeut:innen sollten nach Schemmel zudem im Zweifel ihre Patient:innen auf die Möglichkeit von sogenannten „Scheinerinnerungen“ hinweisen. Dabei setzt sich der Autor in keiner Weise mit der suggestiven Wirkung eines solchen Vorgehens auseinander. Wie mag ein:e Patient:in es wohl verstehen, wenn er/sie äußert, möglicherweise missbraucht worden zu sein, und Psychotherapeut:innen darauf mit einer Aussage reagieren: „Es gibt das Phänomen der sogenannten „Scheinerinnerungen“, wussten sie das schon?“ Auch der Hinweis zu „eruiieren, ob diese (Erinnerung) spontan oder als Ergebnis einer gezielten Suche nach Erinnerungen“ entstanden ist, birgt ein ähnlich suggestives Potential. Das Ergebnis solcher „Hinweise“ und der ständigen Veröffentlichung

neuer Texte mit ähnlichem Grundtenor wie im vorliegenden haben zur Folge, dass Therapeut:innen ihren Patient:innen misstrauen und Patient:innen Angst davor entwickeln, dass ihnen (oft nach bereits häufigen schlechten Erfahrungen) auch in einer Therapie nicht geglaubt wird. Schätzungen für Kinder aus gewaltbelasteten Familien gehen davon aus, dass Kinder bis zu 7 (!) Erwachsenen von ihren schlimmen Erfahrungen berichten müssen, ehe ihnen jemand Glauben schenkt. Dies ist zum Schaden einzelner Betroffener und auch im Sinne einer effizienten Strafverfolgung nicht wünschenswert, denn: Der Staat soll und muss seine Bürger:innen vor falschen Beschuldigungen schützen UND (!) Täter:innen im Sinne des Schutzes der Einzelnen und der Allgemeinheit bestrafen. Durch die Hinweise des Autors wird diese Aufgabe nun völlig einseitig in den Bereich der Psychotherapie und auf die Seite der Betroffenen verschoben, ohne auch nur einen einzigen Vorschlag zu machen, wie sich Aussagepsychologie und Justiz selbst weiterentwickeln könnten. Es werden mögliche (kurz- und langfristige) negative Auswirkungen dieser Vorschläge nicht thematisiert und mitbedacht. Zusätzlich werden bereits gemachte Vorschläge zur Verbesserung ignoriert. Das ist sehr enttäuschend.

Gernot Lauber
Leverkusen

Wohltuender und notwendiger Blick ins Gesellschaftliche

Zu A. Kalender & E. Pfeifer: Die Pathologie des Zeitgeistes und ihre kollektiven Fehlhaltungen“. Psychotherapeutenjournal PTJ 4/2024, S. 385–392.

Es ist immer wieder eine große Freude, im PTJ auf Artikel zu stoßen, die über den engen psychotherapeutischen Rahmen hinaus ins Gesellschaftliche reichen. Im vorliegenden Artikel ist dies ja schon durch seine Titelgebung mit Verweis auf den „Zeitgeist“ verheißen.

Und ja, auch ohne empirische Überprüfung mittels eines Messinstruments darf man wohl konstatieren, dass die

von Viktor Frankl vor 70 Jahren beschriebenen „kollektiven Fehlhaltungen“ auch heute noch von Relevanz sind. Denn was zeichnet den Zeitgeist anno 2025 aus? Im Kern doch wohl eben eine „Scheu vor der Verantwortung“ durch Flucht in die vier besprochenen Fehlhaltungen: Allzu viele Menschen neigen zum Hedonismus, also der nach Frankl „provisorischen Daseinshaltung“. Viele andere behaupten, man könne als Einzelner eh nichts machen (entsprechend der „fatalistischen Lebenseinstellung“). „Kollektivistisches Denken“ wird dato stark befördert durch den Einheitsbrei bzw. eingeschränkten Meinungskorridor der Mainstreammedien. Und wer jetzt noch nicht erfasst ist, kann oft bei den kompromisslosen Vertretern des „Fanatismus“ eingereiht werden.

Natürlich ist das noch nichts Psychopathologisches im engeren Sinn. Doch kollektiv verbreitet werden diese Haltungen und Einstellungen, wie im Artikel treffend dargestellt, „zu einer Gefahr [auch] für die Gesellschaft“, ja sind sogar „mögliche Kriegsursachen“ (S. 387, 1. Absatz rechts).

Gerade zu Letzterem ist angesichts der in unserem Lande herrschenden Kriegsrhetorik zu fragen, wer hier individuell oder auch in Gemeinschaften (wie bspw. der Friedensbewegung) noch seine Stimme erhebt und Verantwortlichkeit zeigt gegenüber einer Politik, die uns in die ggf. auch nukleare Katastrophe zu führen droht. Schweigen fast allerorten! Stattdessen ein Verkriechen in eben Hedonismus, Fatalismus, Kollektivismus und auch Fanatismus – Haltungen, die allesamt nichts zur „Eindämmung“ oder Verhinderung der drohenden Eskalation beitragen. Und sicher, die Ansätze zur Modulation der kollektiven Fehleinstellungen sind mit „Bewusstmachung der eigenen Freiheit“ und „Stärkung der persönlichen Verantwortlichkeit“ richtig benannt. Nur: Wer wird sich die uralten und scheinbar überholten Gedanken eines Viktor E. Frankls antun und wer sich davon so *ansprechen* lassen, dass er/sie eine Änderung seiner Haltungen vollzieht? Vermutlich nur wenige und diese werden nicht die Hauptpersonen sein,

die eigentlich etwas tun/verändern müssten ...

Jürgen Karres
Landsberg am Lech

Einseitigkeit in der Psychotherapie

Zu T. Rau et al.: Denkanstoß zu extremistischen Ansichten bei Patient*innen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2024, S. 44–49, und K. Sischka et al. „Rechtsextremismus, Prävention, Deradikalisierung und psychische Gesundheit – Teil II“. *Psychotherapeutenjournal* 2/2024, S. 120–127.

Dieser Leserbrief bezieht sich auf die beiden Artikel im *Psychotherapeutenjournal* über einen „Denkanstoß zu extremistischen Ansichten bei Patient*innen“ vom Januar 2024 bzw. „Rechtsextremismus, Prävention, Deradikalisierung und psychische Gesundheit – Teil II“ vom Februar 2024. Ich möchte deutliche Bedenken an den ethischen Implikationen dieser Artikel äußern:

Die Artikel suggerieren, es gäbe besonders gefährliche Bevölkerungs-Gruppen, bei denen PsychotherapeutInnen die Kommunikation erst zu lernen hätten. Ich frage, ob hier nicht erst Menschen marginalisiert wurden, die jetzt dafür therapiert werden sollen? Das wäre eine neue Variante von *blaming the victim*. Auch wenn es wirklich um 2022 eine Gruppe von Menschen gegeben haben soll, die mit ein paar Pistolen einen Putsch planten, unterliegen die entweder dem Strafverfahren oder der Psychiatrie. Hier fehlt jedoch ein Fokus auf Verhältnismäßigkeiten – oder wie PsychologInnen sagen würden: Die Wahrnehmung zweiter Ordnung selektiver Wahrnehmung anderer oder der eigenen Person.

Was wird von Alltags-Menschen und PsychotherapeutInnen allzu oft selektiert bzw. ignoriert?

Jeden Tag sterben Tier- und Pflanzenarten aus, wir befinden uns im Sechsten Sterben, der menschengemachten

Traumatisierung des Planeten. Ebenso wenig wird die (im doppelten Sinn) fossile Industrie nicht als Kollektiv von Massenmördern aufgeführt, die in 2018 für 8 Millionen Tote weltweit verantwortlich gewesen sein soll, also für jeden 5. Toten (Somavilla, 2021). Sehr hochrangige Politiker sind in der BRD in Korruptionsskandale verwickelt und bleiben an der Regierung.

Es bleibt die Frage, ob sich wichtige MultiplikatorInnen konform oder kritisch zu diesen Umständen verhalten wollen. Auf dem Reflexions-Niveau, das unserer Profession möglich ist, sollten wir an diese höhere Ansprüche haben, als Minderheiten zu dämonisieren und – wie Pia Lamberty im Spiegel Anfang 2023 – dafür mehr Repression gut zu heißen.

Sven Jensen
Hechingen

Anmerkungen und Bitte um Klarstellung und Präzisierung

Zu Exner, C.:¹ Wie gelingt die Umsetzung der neuen Studiengänge zur Approbation in Psychotherapie – Antworten auf häufig gestellte Fragen. *Psychotherapeutenjournal* 2/2024, S. 128–134.

Mit großem Interesse habe ich den sehr differenzierten Beitrag von Frau Prof. Exner „zum Prozess und zum Stand der Studiengangreform“ zur Approbation in Psychotherapie gelesen, der „faktenbasierte“ Antworten (S. 128) auf häufig gestellte Fragen geben möchte.

Angesichts der Komplexität der Materie ist es sicher nicht leicht, auf die gestellten Fragen klare Antworten zu geben. Daher sind sie m. E. in manchen Punkten nicht hinreichend, worauf ich gerne aufmerksam machen möchte.

Auf den Bericht über die empirischen Ergebnisse der in der Literaturangabe zitierten, 2024 publizierten Studie von Herrn Prof. Rief et al. zu den neuen Studiengängen, kann ich hier aus Platzgründen nicht weiter eingehen. Ich

vermisse aber, dass nicht auch andere Einschätzungen bei dieser Analyse Berücksichtigung fanden, etwa die von Jülide Erdogan und Lisa Kroll,² beide Studierende der Psychologie und Psychotherapie.

Um den Prozess, die dabei entstehenden Probleme und den derzeitigen Stand der Studiengangreform zur Approbation in Psychotherapie besser zu verstehen, scheint es mir wichtig, die universitäre klinisch-psychologische Ausgangssituation klar zu benennen. Denn das novellierte PsychThG schreibt die Implementierung eines approbationsbegründenden Psychotherapiestudiums vor, das „die Breite der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren abdecken muss (Gesetzesbegründung PsychThG 2019, BT-DrS 19/9770, S. 35 ff.)“. Diese Gesetzesbegründung knüpft damit bewusst an die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie an, die in § 15 die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung anerkannten Behandlungsformen aufzählt.³ Denn es ist gesetzgeberischer Wille, in der sozialstaatlichen Gesundheitsversorgung den Patient*innen diese Psychotherapieverfahren weiter durch entsprechend darin qualifizierte Behandelnde zur Verfügung zu stellen.

Es erweist sich jetzt als ausgesprochen nachteilig, dass die universitären Anforderungen an künftige Lehrstuhlinhaber*innen in der Klinischen Psychologie langjährig jeweils ausschließlich eine verfahrensspezifisch verhaltenstherapeutische Qualifikation der Bewerber*innen verlangten. Entsprechend gab es 2019 über 90 in Verhaltenstherapie qualifizierte Professor*innen,⁴ lediglich zwei in an-

¹ Im Namen der Kommission Psychologie und Psychotherapieausbildung des Fakultätentags Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie

² Erdogan, J., Kroll, L. Reform der Psychotherapeutenausbildung – Hindernisse und Chancen für Student*innen, *Forum der Psychoanalyse* 38, S. 299-310, 2022, <https://doi.org/10.1007/s00451-022-00479-4>

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung der Psychotherapie in der Fassung vom 20. November 2020

⁴ Liste der DGPs zu den Professuren der Klinischen Psychologie 11 2019

deren wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren, nämlich in Kassel Prof. Benecke (AP und TP) und in Frankfurt den inzwischen emeritierten Prof. Habermas (AP, TP), dafür neu in Köln Prof. Ehrenthal (TP).

Diese langjährige wissenschaftliche Einseitigkeit der fachlich-inhaltlichen theoretischen Lehre und therapeutischen Ausrichtung der universitären Klinischen Psychologie schafft im Ergebnis die Grundlage für die neuen, von Frau Prof. Exner benannten, Herausforderungen, bei den universitären Stellenbesetzungen nun „Vertreter*innen mit Fachkenntnissen in nicht verhaltenstherapeutischen Verfahren“ zu finden – und sich damit entsprechend sehr schwer zu tun.

Der oben beschriebene Zustand wird, denke ich, sinnfällig in der Geste, die nur noch Verhaltenstherapie und „nicht verhaltenstherapeutische Verfahren“ unterscheidet – und nur noch Verhaltenstherapie kennt und differenziert lehrt. Hier würde ich mir eine entsprechende Präzisierung wünschen, in der die wissenschaftlich geprüften und anerkannten Psychotherapieverfahren mit ihren sehr klaren, differenzierten theoretischen Konzepten und klinischen Behandlungsmethoden namentlich benannt werden. Es verwundert nicht, dass in einem universitären Klima, das bereits die korrekte namentliche Nennung der anderen wissenschaftlich geprüften und anerkannten Psychotherapieverfahren scheut, bei den Vertreter*innen dieser Therapieverfahren wenig Interesse besteht, hier bei minimaler Bezahlung universitär in die Bresche zu springen, auch wenn dies für die Studierenden sicher hilfreich wäre.

Allerdings überrascht es, dass in der Folge, wie von Frau Prof. Exner beschrieben (S. 131), „vorhandenes unbefristet eingestelltes Personal auf Kosten der Hochschule“, d. h. letztlich auf Kosten der Steuerzahlenden der jeweiligen Länder, „nachgeschult“ wird, „um fehlende Verfahren zu ergänzen sowie um Basiswissen und Basiskompetenzen in allen wissenschaftlichen Verfahren leh-

ren zu können“. D. h., man geht davon aus, dass die Länder die zusätzlichen Folgekosten dieser einseitigen Wissenschaftspolitik der Klinischen Psychologie, Lehrstühle zu besetzen, tragen.

Natürlich steht den Universitäten, wie Frau Prof. Exner (S. 131) schreibt, „ein hoher Grad an Autonomie zu, welcher im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Hochschulgesetzen der Länder verankert ist. Dies betrifft im besonderen Maße die von den Universitäten gewählten Personalstrukturen, die Denominationen von Professuren (Fachbezeichnung und Profil der Professur) und fachlichen Schwerpunktsetzungen. [...] Diese Freiheit ist für Universitäten unerlässlich, um auf gesellschaftliche Anforderungen [...] reagieren zu können“. Da der Studiengang wissenschaftlich für einen Heilberuf mit spezifischem Anforderungsprofil qualifiziert, wird die universitäre Freiheit dadurch gerahmt und begrenzt.

In diesem Sinne ist die Implementierung dieser neuen approbationsbegründenden Studiengänge der Psychotherapie eine ins Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG) gegossene gesellschaftliche Anforderung, auf die die Universitäten nun eine sachgerechte Antwort finden müssen. Zwar ist die Wissenschaftsfreiheit im Ausgangspunkt die Freiheit des einzelnen Wissenschaftlers, sich individuell wissenschaftlich zu betätigen gemäß BVerfGE 15, 256 (263 f.). Aber diese Freiheit der Wissenschaft ist kein Selbstzweck, da ihr – wie Frau Prof. Exner auch schreibt – eine Schlüsselfunktion für die gesamtgesellschaftliche Entwicklung zukommt, in unserem besonderen Falle die Verantwortung für die Ausbildung von akademisch qualifiziertem Nachwuchs für eine zunehmend „verwissenschaftlichte“ berufliche Praxis“ (BVerfGE 35, 79 (121)) im Bereich der sozialstaatlichen Heilbehandlung und Krankenversorgung sowie für die Qualifizierung zukünftiger Wissenschaftler*innen als eigenem Nachwuchs.

Die „hochschulische Lehre“ gemäß § 9 Abs. 7 S. 1 PsychThG meint die übli-

chen Formen der universitären Lehre, d. h. vor allem Vorlesungen, Seminare oder Übungen, aber auch die anwendungsorientierten Ausbildungsformen (Gesetzesbegründung PsychThG 2019, BT-DrS 19/9770, S. 55) und hat z. B. gemäß §§ 67 Abs. 1 S. 1 Nr. 3; 72 Abs. 1 S. 3; 74 des Hess HochschulG grundsätzlich in der Verantwortung von Professoren stattzufinden. Kernbereiche des Lehrangebots können gemäß § 78 Abs. 1 Hess HochschulG nicht durch Lehrbeauftragte erbracht werden, die nur zur Ergänzung des Lehrangebots beauftragt werden. Die wissenschaftlich fundierte Lehre sämtlicher wissenschaftlich geprüfter und anerkannter Psychotherapieverfahren erfordert, wenn die Verfahren nicht veröden sollen, die universitäre Forschung und Weiterentwicklung all dieser Psychotherapieverfahren, sowie dies seit langem universitär ausschließlich für die Verhaltenstherapie geschieht. Dabei kommt den Hochschullehrern gemäß Art. 5 Abs. 3 GG eine Schlüsselfunktion zu (BVerfGE 35, 79 (126 f.)), sowohl für die Ausbildung der Studierenden als auch für die Förderung des universitären Nachwuchses. Dies müsste m. E. – wie bereits für die Verhaltenstherapie – entsprechend in die Denomination der Lehrstühle Eingang finden. Denn eine wissenschaftliche Vermittlung von Therapieverfahren im Rahmen des Psychotherapiestudiums ausschließlich über externe Dozent*innen oder Angehörige des akademischen Mittelbaus liefe dem Willen des Psychotherapeutengesetzes zuwider, das sämtliche wissenschaftlich geprüften und anerkannten Psychotherapieverfahren langfristig für die Versorgung der Patient*innen vorhalten möchte.

Mir scheint es wichtig, den Leser*innen des PTJ für deren eigene faktenbasierte Einschätzung bezüglich der Umsetzung der Studiengangreform zur Approbation in Psychotherapie ergänzend diese Zusammenhänge zur Verfügung zu stellen.

Christine Leiendecker
Frankfurt am Main

Replik: Psychotherapieforschung sucht neue Wege jenseits traditioneller Verfahrensgrenzen

Antwort von Prof. Dr. Cornelia Exner
auf die Zuschrift von C. Leiendecker

Wir bedanken uns herzlich für die Überlegungen, die Frau Leiendecker in ihrer Leserzuschrift zu unserem Beitrag äußert. In ihrer Leserzuschrift wird ein Spannungsfeld skizziert, das vielfach diskutiert wurde, sich aber in absehbarer Zeit kaum auflösen lässt: Natürlich sollen alle anerkannten Psychotherapie-Verfahren, Methoden und Neuentwicklungen im Rahmen der neuen Studiengänge gelehrt werden. Sie werden nach unserem Kenntnisstand auch gelehrt, sonst hätten die Studiengänge keine berufsrechtliche Anerkennung erhalten. Gleichzeitig hat sich in den vergangenen 50 Jahren in der weiteren Erforschung der einzelnen Psychotherapieverfahren eine höchst unterschiedliche wissenschaftliche Dynamik ergeben. Diese Unterschiedlichkeit spiegelt sich auch in der Anzahl internationaler Publikationen zu den einzelnen Verfahren und Methoden sowie an der inhaltlichen Ausrichtung der Wissenschaftler:innen im Bereich der Psychotherapieforschung an den deutschen Universitäten wider. Hinzu kommt, dass sich gerade viele der wissenschaftlich fundierten Neuentwicklungen nicht mehr an den typischen traditionellen Verfahrensdefinitionen orientieren, gleichzeitig ebenfalls

Gegenstand einer universitären Lehre sein müssen. Man darf gespannt sein, welche Dynamik sich aus diesem Spannungsfeld ergeben wird. Entscheidend für eine Wissenschaft ist, dass sie sich weiterentwickelt, Grenzen überwindet und immer wieder neue Wege geht. Dafür sollten wir alle offen sein.

Prof. Dr. Cornelia Exner (Vorsitzende)
im Namen der Kommission Psychologie
und Psychotherapieausbildung des
Fakultätentags Psychologie und der
Deutschen Gesellschaft für
Psychologie
Leipzig

Die Weiterentwicklungen der Hörtechnik haben „Ge- hörlosigkeit“ deutlich ver- ändert

Zu N. Knott & B. M. van Noort:
Psychotherapie mit gehörlosen
Patient*innen. Chancen und Heraus-
forderungen aus der Perspektive von
Psychotherapeut*innen. *Psychothera-
peutenjournal* 4/2024, S. 359–365.

Zum im *Psychotherapeutenjournal*
4/2024 erschienenen Artikel „Psycho-
therapie mit gehörlosen Patient*innen“
hier ergänzende Informationen zur Si-
tuation gehörloser Menschen darüber,
wie sich „Gehörlosigkeit“ durch die
Weiterentwicklungen der Hörtechnik
verändert hat.

Weil Cochlea Implantate (CI) seit 1988
bei Kindern eingesetzt werden, ist die
Einteilung in schwerhörig und gehörlos

nicht mehr so gegeben wie vorher. Im
Säuglingsalter mit CI versorgte gehörlo-
se Babys können sich sprachlich alters-
gemäß entwickeln. Seither sind junge
Erwachsene, die gehörlos geboren
wurden, mehrheitlich mit CI versorgt.
In der Altersgruppe bis ca. 35 Jahre
werden deshalb die meisten der in die
psychotherapeutische Praxis kommen-
den gehörlos geborenen Menschen CI-
Träger und lautsprachkompetent sein.
Aber auch ältere Menschen lassen sich
nach einer Ertaubung als Erwachsene
implantieren. Trotzdem erleben und
bezeichnen sich diese Patient*innen
meist als „taub“, da sie ja nach wie
vor bei Abschaltung des CI gehörlos
sind. Insofern stellen sie sich bei An-
meldung für Psychotherapie häufig als
hörgeschädigt vor. Patient*innen mit
CI sind jedoch in der Regel sprachlich
unabhängige Erwachsene, die in ein hö-
rendes soziales Umfeld integriert sind
und wenig oder keinen Anteil an der
gebärdenden Community nehmen. Die
(therapeutische) Kommunikation mit
diesen Patient*innen kann lautsprach-
lich und ohne Gebärdendolmetscher*in
erfolgen. Für die psychotherapeutische
Arbeit ist es hilfreich, über das CI infor-
miert zu sein und sowohl die Licht- als
auch die Sitzbedingungen entspre-
chend so zu gestalten, dass Hören und
Sehen leicht möglich sind, Kenntnis-
se in Gebärdensprache sind für diese
Patient*innen nicht erforderlich. Somit
können diese lautsprachkompetenten
Patient*innen mit CI in jeder Psychothe-
rapie-Praxis behandelt werden.

Bärbl Parson
Hochdorf

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Welche gesundheitspolitische Zukunft steht nach der Bundestagswahl an? Rück- und Ausblick für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Mit der vorgezogenen Bundestagswahl mussten die Parteien aus dem Stand in den Wahlkampfmodus wechseln. Auf wenige Wochen wurde zusammengestaucht, wofür sich Parteien, Verbände und die Zivilgesellschaft normalerweise ein Jahr Zeit nehmen: Welche Herausforderungen müssen bewältigt werden – und vor allem, wie?

Im Zentrum des Wahlkampfes standen Debatten, die nicht nur von der angespannten Wirtschaftslage und außenpolitischen Unsicherheiten nach der Wahl von Donald Trump zum US-Präsidenten geprägt waren. Die Migrationsdebatte wurde durch das Attentat in Magdeburg und den Anschlag in Aschaffenburg zusätzlich befeuert. Die schrecklichen Gewalttaten einzelner Personen mit psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen führten inmitten des Wahlkampfes zu rückwärtsgegangenen Forderungen.

BPtK-Präsidentin Dr. Andrea Benecke mahnte: „Ein Register für psychisch erkrankte Menschen ist vollkommen rückständig und stigmatisierende Schaufensterpolitik.“ Beschlüsse der Innenminister*innen und im Deutschen Bundestag folgten, mit denen mehr Informationen zum Gefährdungspotenzial von psychisch erkrankten Menschen gefordert werden. Politik für Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde zur innenpolitischen Frage instrumentalisiert.

Doch welche Rolle spielte die Gesundheitspolitik im Wahlkampf?

Schwerpunkt der Wahlprogramme der Parteien war die Stabilisierung der Finanzierung der gesetzlichen Kranken-

und Pflegeversicherung, wie die Gesundheitsversorgung auch zukünftig in der Stadt und auf dem Land gesichert werden kann und wie Patient*innen schneller einen Termin erhalten. Dabei wurden alte Konzepte reanimiert und auf neue Impulse weitestgehend verzichtet. Überwiegend einig sind sich die Parteien, dass die Digitalisierung, die Entbürokratisierung und die Prävention vorangetrieben werden müssen, um die Gesundheit zu fördern, mehr Zeit für Patient*innen zu schaffen und eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Uneins ist man sich hingegen in der Frage, wie die GKV-Finanzierung stabilisiert werden kann. Während Grüne und SPD eine solidarische Bürgerversicherung befürworten, setzen CDU/CSU und FDP stärker auf Effizienz durch Wettbewerb. Doch wie umgehen mit begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem? Mehr Steuerung der Patientenversorgung über die Hausarzt*innen, eine Aufgabenteilung zwischen den Heil- und Gesundheitsberufen sowie eine engere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung – das sind mehrheitlich getragene Lösungsansätze.

Bezogen auf die psychotherapeutische Versorgung verfolgen die Parteien in ihren Wahlprogrammen unterschiedliche Ansätze. So wollen CDU/CSU ambulante und stationäre Versorgungsangebote für psychisch Erkrankte bedarfsgerecht verbessern. Der SPD zufolge sollen psychisch Erkrankte zügig einen Psychotherapieplatz erhalten. Die FDP nennt bei diesem Thema eine feste Größe und setzt sich für eine Verkürzung der Wartezeiten auf unter vier Wo-

chen ein. Und Bündnis 90/Die Grünen schlagen einen Bund-Länder-Pakt für mentale Gesundheit vor, um das Wartezeitenproblem zu beheben.

Im Hinblick auf die prekäre Situation von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen will die CDU/CSU die ambulanten und stationären Versorgungsangebote bedarfsgerecht verbessern. Die Grünen setzen zudem auch auf Mental Health Coaches, die in weiterführenden Schulen als Anlaufstellen für belastete Jugendliche dienen sollen. Die SPD strebt bundesweit niedrigschwellige Beratungsangebote – auch digital – für Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen an.

Dass sich etwas ändern muss, ist allen klar. Denn in der psychotherapeutischen Versorgung sind gravierende Probleme spürbar. Die Zahl psychisch Erkrankter steigt. Jede fünfte Minderjährige* ist psychisch belastet und jede vierte Erwachsene* von einer psychischen Erkrankung betroffen. Psychische Erkrankungen sind die zweithäufigste Ursache für Krankschreibungen und die Hauptursache für Erwerbsminderungsrenten. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen warten monatelang auf einen Therapieplatz – im Durchschnitt 20 Wochen. Im ländlichen Raum belaufen sich die Wartezeiten auf bis zu einem halben Jahr.

Die Lage ist ernst. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat in ihrem Positionspapier zur Bundestagswahl deutlich gemacht, was genau getan werden muss: Der Reformstau in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen muss umgehend behoben werden. Psychische Erkan-

kungen brauchen Vorsorge und Versorgung. Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen Reformen. Jetzt. Die neue Bundesregierung muss gleich zu Beginn der neuen Legislaturperiode ein Notfallpaket schnüren, das drei Maßnahmen umfasst:

Erstens muss eine separate Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf den Weg gebracht werden. Ziel muss sein, Wartezeiten für Kinder und Jugendliche zu verkürzen und eine wohnortnahe Behandlung zu ermöglichen. Lange Wartezeiten und Wege müssen ein Ende haben. Das Vorhaben war bereits in der letzten Wahlperiode im Parlament verhandelt worden und hatte über die Fraktionen hinweg viel Zuspruch erhalten. Selbst der Unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses Prof. Josef Hecken unterstützte das Vorhaben ausdrücklich.

Zweitens bedarf es einer Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, um die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu stärken. Es braucht zusätzliche Versorgungsangebote für psychisch erkrankte

Erwachsene gezielt auf dem Land, in den historisch schlechter versorgten ostdeutschen Bundesländern und in strukturschwachen Regionen wie dem Ruhrgebiet. Das schafft gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land, Ost und West.

Drittens muss die neue Bundesregierung gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen, um die psychotherapeutische Weiterbildung auszufinanzieren. Dies ist bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung 2019 schlichtweg versäumt worden. Seitdem wartet die junge Generation an Psychotherapeut*innen darauf, endlich in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Weiterbildungsambulanzen und Kliniken zum Einsatz zu kommen und später als Fachpsychotherapeut*innen für die Versorgung psychisch kranker Menschen in Zukunft zur Verfügung stehen zu können.

Zu einem bedarfsgerechten Ausbau der Versorgungsstrukturen gehört auch eine intensive psychotherapeutische Behandlung in Krankenhäusern. Außerdem muss die Versorgung effizienter gestaltet werden. Nötig sind flexible interdisziplinäre Angebote, die gezielte

Weiterentwicklung der regionalen Versorgung, eine Entlastung für Praxen und Kliniken von Bürokratie – und damit mehr Zeit für Patient*innen.

Unabdingbar auch: endlich mehr Prävention. In allen relevanten Politikfeldern muss ein Mental Health Mainstreaming umgesetzt werden: Gesundheitsförderung, Entstigmatisierung, Stärkung des Kinder- und Jugendschutzes, inklusives, barrierefreies und diverses Gesundheitswesen, Klimaschutz. All dies muss für alle Lebensbereiche konsequent zusammengedacht und miteinander verzahnt werden, um die psychische Gesundheit zu fördern und zu erhalten.

Nun entscheiden die Parteien, ob sich die Forderungen im Koalitionsvertrag wiederfinden werden. Die gesundheitspolitischen Herausforderungen sind groß. Sie müssen gemeinsam gestemmt werden. Die nächsten vier Jahre müssen endlich Verbesserungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit sich bringen. Dafür setzt sich die BPtK ein: https://api.bptk.de/uploads/Politik_fuer_Menschen_mit_psychischen_Erkrankungen_2025_2029_bc6f7b39e1.pdf.

Workshop „Perspektiven der Qualitätssicherung in der Psychotherapie“

Zum 1. Januar 2025 hat die sechsjährige Erprobung des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie in Nordrhein-Westfalen begonnen. Seitens der Kammern, Verbände sowie der Wissenschaft wurde in den vergangenen Jahren immer wieder umfassend Kritik geübt an den entwickelten Instrumenten, aber auch dem grundsätzlichen Ansatz der einrichtungsvergleichenden Qualitätssicherung. Um neben der Kritik an dem Verfahren auch mögliche Perspektiven einer professionseigenen Alternative der Qualitätssicherung in den Blick zu nehmen, fand am 14. Januar 2025 in Berlin ein Workshop der BPtK zu Perspektiven der Qualitätssicherung statt.

In seinem einführenden Vortrag skizzierte BPtK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop die gravierenden Mängel des

QS-Verfahrens. Das Verfahren verursache einen hohen bürokratischen Aufwand und liefere zugleich keine ausreichend validen und differenzierten Informationen, die eine Ableitung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung erlauben würden. Für die Erprobung in NRW seien für die Qualitätsindikatoren (QI) auf Basis der Leistungserbringer-Dokumentation deutliche Deckeneffekte zu erwarten, da vorrangig etablierte Standards abgebildet werden. Für die Patientenbefragung sei zu erwarten, dass insbesondere die QI zur Therapiebeziehung und zum Therapieergebnis erhalten blieben, obwohl auch hier bei auffälligen Ergebnissen keine konkrete Handlungsanschlüsse abgeleitet werden können. Langfristig seien negative Auswirkungen für die Versorgungspraxis zu befürchten.

Im Anschluss gab Prof. Wolfgang Lutz (Universität Trier) einen Überblick über den Forschungsstand zu Feedback- und Monitoringsystemen in der Psychotherapie. Die wissenschaftlichen Belege für die Wirksamkeit solcher Systeme, die kontinuierlich weiterentwickelt wurden, seien inzwischen sehr umfangreich. Dabei würden die Effekte gesteigert, wenn das Feedback auch mit konkreten Vorschlägen verbunden werde. Auch die Rate an Therapieabbrüchen könne gesenkt werden. In besonderer Weise würden Patient*innen profitieren, bei denen ein erhöhtes Risiko für einen ungünstigen Therapieverlauf bestehe.

Im zweiten Teil des Workshops erläuterten Dirk Heidenblut (MdB, SPD) und Alexander Föhr (MdB, CDU/CSU)

ihre Erwartungen an die Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Heidenblut betonte dabei, wie wichtig es sei, die Patientenperspektive mit einzubeziehen. Die Profession müsse sich den Anforderungen der Qualitätssicherung und einer stärkeren Transparenz stellen, gegebenenfalls über eine adäquater Alternative. Föhr betonte, dass er die Bedenken der Profession bezüglich des hohen Dokumentationsaufwandes verstehe, aber die Erprobung als gute Möglichkeit sehe, das QS-Verfahren zu verschlanken.

Im dritten Teil des Workshops stellten führende Forschungsgruppen Varianten von Feedback- und Monitoringsystemen vor. Dr. Matthias Volz (Universität Kassel) präsentierte das Projekt Quality Verification Audit (QVA) und Quality System Procedure (QSP), das zunächst für psychodynamische Ausbildungsambulanzen entwickelt wurde, inzwischen aber auch in Praxen erfolgreich eingesetzt wird. Im Rahmen dieses Projekts werden auch die Instrumente des QS-

Verfahrens ambulante Psychotherapie einer unabhängigen Überprüfung unterzogen. Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier (Universität Greifswald) stellte gemeinsam mit Dr. Tim Kaiser (FU Berlin) das Greifswalder Psychotherapie Navigationssystem vor, das an der dortigen verhaltenstherapeutischen Ausbildungsambulanz angewendet wird. Dr. Anne-Katharina Deisenhofer (Universität Trier) erläuterte den Therapienavigator-Pro, der aus dem Trierer Therapienavigator (TTN) spezifisch für psychotherapeutische Praxen entwickelt wurde. Prof. Dr. Christina Hunger-Schoppe (Universität Witten-Herdecke) führte mit System Documentation (SYSDOK) und dem Synergetischen Navigationssystem (SNS) in zwei Ansätze des Therapiemonitorings aus der Systemischen Therapie ein. Schließlich veranschaulichte Prof. Dr. Tina In-Albon (Universität Mannheim) anhand des Projekts Koordination der Datenerhebung und -Auswertung an Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanzen für Psychotherapie (KODAP) einen Ansatz zum Monitoring

in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Anschließend stellte BPTK-Vorstandsmitglied Cornelia Metge die Überlegungen der BPTK zu Kernelementen eines professionseigenen QS-Ansatzes auf Basis der Monitoring- und Feedbacksysteme vor. Ein solcher Ansatz sei mit einem unmittelbaren Nutzen für Patient*innen und Psychotherapeut*innen verbunden und biete Gestaltungsmöglichkeiten für alle Verfahren und Behandlungsschwerpunkte. Metge skizzierte diesen Ansatz mit Blick auf mögliche normative Verankerungen und die notwendigen nächsten Schritte zu seiner Umsetzung.

In ihrem Schlusswort betonte BPTK-Präsidentin Dr. Andrea Benecke, dass die Evaluation der Erprobung voraussichtlich nicht zu einer Streichung des gesetzlichen Auftrags führen werde. Entscheidend werde vielmehr sein, dass die Profession der Politik eine überzeugende Alternative vorschlagen könne.

Elektronische Patientenakte „ePA für alle“

Am 15. Januar wurde die elektronische Patientenakte in einer Erprobungsphase in den Modellregionen Franken, Hamburg und NRW eingeführt. Die „ePA für alle“ wird nach Abschluss der Erprobungsphase für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet. Wer die neue ePA nicht möchte, muss zukünftig ihrer Einrichtung bei der Krankenkasse aktiv widersprechen. Dieses Opt-out-Prinzip gilt für das Anlegen der ePA, das Einstellen von Abrechnungsdaten durch die Krankenkassen, die Befüllung mit bestimmten Daten durch Leistungserbringer*innen, den Zugriff von Behandelnden auf Daten in der ePA und für die Weiterleitung von ePA-Daten an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit.

Leider hat der Gesetzgeber das von der BPTK geforderte grundsätzliche Verbergen der Daten nicht umgesetzt. Auf diese Weise hätten Versicherte von vornherein entscheiden können, wem sie Zugriff auf die in der ePA ge-

speicherten Daten gewähren möchten. Die BPTK hatte zudem gefordert, dass aus therapeutischen Gründen von einer Befüllung der ePA abgesehen werden kann. Auch diese Forderung wurde bisher nicht umgesetzt.

Die ePA bleibt eine versichertengeführte Akte, in der die Versicherten selbst, ihre behandelnden Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen sowie ihre Krankenkasse umfassend medizinische Daten einstellen können. Standardmäßig werden alle Daten für Versicherte und Leistungserbringer*innen sichtbar in die ePA eingestellt. Versicherte können den Zugriff einer Praxis auf die Inhalte einer ePA vielfältig beschränken, indem sie widersprechen, Inhalte verbergen oder löschen. Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen sind verpflichtet, spezifische Daten wie eArztbriefe und Befunde, die im aktuellen Behandlungskontext in elektronischer Form erhoben wurden, in die ePA einzustellen. Sie müssen ihre Patient*innen außerdem

auf ihre Widerspruchsrechte gegen das Einstellen von Daten zu psychischen Erkrankungen hinweisen. Patient*innen müssen abwägen, ob sie dem Speichern der Diagnose einer psychischen Erkrankung in ihrer ePA widersprechen möchten. Psychotherapeut*innen kommt damit eine wichtige Rolle als Ansprechpartner*innen für ihre Patient*innen zu, um sie darin zu unterstützen, die ePA entsprechend ihren individuellen Wünschen und Versorgungsbedürfnissen zu nutzen.

Chancen für die psychotherapeutische Versorgung

Die flächendeckende Einführung der ePA bietet Chancen für eine weitere Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Sie schafft in erster Linie Transparenz für Patient*innen über ihre Daten. Damit kann sie dazu beitragen, dass Patient*innen ihre medizinische und psychotherapeutische Versorgung selbstbestimmt mitgestalten

können. Und: Sie kann Patient*innen in der Kommunikation mit ihren Behandelnden und damit auch die Kommunikation zwischen Behandelnden unterstützen. In der ePA werden beispielsweise in Zukunft Entlassbriefe von stationären Aufenthalten zu finden sein. Psychotherapeut*innen werden zudem einen Überblick über somatische Diagnosen oder die aktuelle Medikation über die ePA erhalten können. Das kann bei der Anamnese und Behandlungsplanung nützlich sein.

Datensicherheit

Ausgesprochen problematisch ist allerdings, dass die ePA aktuell noch Sicherheitslücken aufweist. Dass es Mitgliedern des Chaos Computer Clubs erneut gelungen ist, beispielsweise an

die elektronische Gesundheitskarte von Versicherten zu gelangen, zeigt, dass hier dringend nachjustiert werden muss. Patientendaten allgemein und insbesondere zu psychischen Erkrankungen müssen bestmöglich geschützt werden. Die BPTK fordert daher, dass die Pilotphase der ePA intensiv genutzt wird, um die Datensicherheit weiter zu verbessern.

Datenschutz für Kinder und Jugendliche muss verbessert werden

Aus Sicht der BPTK sind zudem bedeutende Fragen des Datenschutzes von Kindern und Jugendlichen bisher nicht geklärt. Hier sind gesetzliche Anpassungen erforderlich. So muss dringend sichergestellt werden, dass das Recht

von einwilligungsfähigen Jugendlichen, ohne Wissen ihrer Eltern psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen, nicht durch den Zugriff der Eltern auf die ePA untergraben wird. Denn Abrechnungsdaten geben Hinweise auf die im Rahmen der GKV in Anspruch genommenen Leistungen. Problematisch ist zudem, dass Sorgeberechtigte über die ePA Einsicht in Daten erhalten können, die explizit nicht mit ihnen geteilt werden sollen, wie beispielsweise Fallbesprechungen beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Entscheiden sich sorgeberechtigte Eltern für die Einstellung der Abrechnungsdaten in die ePA, ist eine Einsicht aktuell möglich. Zudem muss sichergestellt werden, dass bei Entzug des Sorgerechts unverzüglich auch der technische Zugriff auf die ePA unterbunden wird.

Abrechnungsempfehlungen in der privatpsychotherapeutischen Versorgung – FAQ schaffen zusätzliche Klarheit

Seit dem 1. Juli 2024 gelten die gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen von BPTK, Bundesärztekammer (BÄK), Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und Beihilfeträgern von Bund und Ländern zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen. Dank der erfolgreichen Verhandlungen der Psychotherapeutenkammern Hamburg und Schleswig-Holstein sind die Freie und Hansestadt Hamburg im September 2024 und das Bundesland Schleswig-Holstein schließlich im Dezember diesen Abrechnungsempfehlungen rückwirkend zum 1. Juli 2024 beigetreten. Da beide Bundesländer für die Verhandlungen auf Bundesebene zunächst kein Mandat erteilt hatten, waren Nachverhandlungen auf Landesebene erforderlich. Nun jedoch können Beihilfeberechtigte bundesweit von dieser Vereinbarung profitieren. Einschränkungen bestehen zugleich in einzelnen Bundesländern fort, in denen zur vollständigen Umsetzung seitens

der Beihilfestellen noch Änderungen der Landesbeihilfeverordnung als erforderlich angesehen werden.

Um Auslegungsfragen bezüglich der gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen zu klären, haben BPTK, BÄK und PKV-Verband im Dezember Auslegungshinweise miteinander abgestimmt und Frequently Asked Questions (FAQ) zusammengestellt, die auf der Website der BPTK verfügbar sind unter: www.bptk.de/psychotherapeutinnen/#vergutung.

In diesen FAQ wird die idealtypische Abfolge der neuen psychotherapeutischen Leistungen in der privatpsychotherapeutischen Versorgung beschrieben. Darüber hinaus werden Leistungsausschlüsse bei den verschiedenen Analogleistungen erläutert und Hinweise zur Auslegung der einzelnen Abrechnungsempfehlungen gegeben.

Zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird dabei klargestellt, dass bei der psychotherapeutischen Akutbehandlung und der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie auch die Bezugspersonenstunden über die GOP-Nr. 812 analog abgerechnet werden können. Diese Sitzungen können im Rahmen der Kurzzeittherapie beziehungsweise Akutbehandlung im Verhältnis von maximal 1 : 4 zusätzlich erbracht werden. Eine weitere Klarstellung betrifft die Empfehlung Nr. 12 zur „Erstellung des verfahrensspezifischen Berichts an die Gutachter*in“ (GOP-Nr. 85 analog). Hier ist bei der erstmaligen Erstellung für den Regelfall eine Begrenzung der Abrechnung auf den 3-fachen Ansatz, in besonderen Fällen mit schriftlicher Begründung auf den 4-fachen Ansatz vorgegeben.

Psychotherapie per Video

Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen können seit dem 1. Januar 2025 in Teilen auch per Video durchgeführt werden. Darauf haben sich der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung geeinigt. In diesem Fall sind sowohl psychotherapeutische Sprechstunden als auch probatorische

Sitzungen weiterhin mindestens in einem Umfang von 50 Minuten im unmittelbaren persönlichen Kontakt zu erbringen. Zusätzlich wird empfohlen, dass jeweils die erste Sitzung im unmittelbaren persönlichen Kontakt stattfindet. In begründeten Ausnahmefällen kann von diesen Vorgaben abgewichen werden. Zu beachten ist, dass Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie auch

künftig grundsätzlich im unmittelbaren Kontakt stattfinden. Insbesondere Eingangsdagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung erfordern grundsätzlich den unmittelbaren persönlichen Kontakt zwischen Psychotherapeut*in und Versichert*er. Dabei sind auch die entsprechenden Regelungen der jeweiligen Berufsordnung zu beachten.

Dr. Andrea Benecke Präsidiumsmitglied der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung

BPTK-Präsidentin Dr. Andrea Benecke wurde im November für die Legislaturperiode 2024 bis 2027 in das Präsidium der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) gewählt. In der GVG arbeiten die Akteur*innen des Sozial- und Gesundheitswesens gemeinsam an langfristigen Perspektiven der sozialen Sicherung, tauschen sich aus über die Potenziale der sozialen Sicherheit im Wandel, geben Impulse und setzen Prioritäten. Schwerpunktbereiche sind die Gesund-

heit und Pflege, der Arbeitsmarkt, die Alterssicherung, die Digitalisierung und die europäische Politik im Sozialbereich. Prioritäten setzt die GVG auch mit der Entwicklung nationaler Gesundheitsziele. Dazu wird der seit 25 Jahren aktive Kooperationsverbund gesundheitsziele.de ab 2025 als Forum der GVG weiterarbeiten und darauf hinwirken, dass auch weiterentwickelte und neu erarbeitete nationale Gesundheitsziele durch Verankerung im SGB eine nachhaltige Wirkung entfalten werden. Die Wahl von

Andrea Benecke in das GVG-Präsidium zeigt, dass Psychotherapeut*innen bei der Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen als wichtige Player anerkannt sind und in die Pflicht genommen werden.

Weitere Informationen finden Sie unter: <https://gvg.org/de/topic/171.mitglieder-versammlung-und-fachgespr%C3%A4ch-am-freitag-22-november-2024-in-berlin.html>

Hilfe für Arbeitnehmer*innen nach traumatischen Ereignissen am Arbeitsplatz – Fachtagung am 1. und 2. April 2025 in Dresden

Gewalterfahrungen, Katastrophenereignisse und Arbeitsunfälle stellen für Arbeitnehmer*innen extreme Belastungssituationen dar. Um langwierige Fehlzeiten und schwerwiegende gesundheitliche Folgen zu vermeiden, ist eine sofortige Unterstützung der Betroffenen essenziell. Eine interdisziplinäre 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 darüber aus, wie Arbeitnehmer*innen nach traumatischen Ereignissen adäquat geholfen 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 durchgeführt.

Weitere Informationen zur Veranstaltung finden Sie unter: <https://www.dguv.de/iag/veranstaltungen/schnittstellen/2025/index.jsp>

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe des Psychotherapeutenjournals war das Ergebnis der Bundestagswahl noch nicht bekannt. Der Wahlkampf war nach den Attentaten von Magdeburg und Aschaffenburg extrem durch das Thema Migration geprägt. Jetzt, nach der Wahl, wird sicher darum gerungen, eine neue Regierungskoalition zu bilden und den Koalitionsvertrag zu verhandeln. Dieser sollte nicht durch tagespolitische Ereignisse, sondern durch die anstehenden politischen Notwendigkeiten bestimmt sein. Aus der letzten Legislatur sind zum Thema psychische Gesundheit und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen noch einige Themen offen, von denen wir hoffen, dass sie Eingang in den Koalitionsvertrag finden werden:

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen muss weiter verbessert werden. Dazu müssen Lösungen für die immer noch langen Wartezeiten auf eine Psychotherapie gefunden und erarbeitet werden, damit Menschen mit schweren, komplexen und chronischen psychischen Erkrankungen den Weg in eine Psychotherapie leichter und besser finden.

Regelungen für bessere, d.h. umfangreichere psychotherapeutische Behandlung sind in einer Fortführung der Krankenhausreform für die klinische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unbedingt erforderlich.

Eine Strategie für bessere Gesundheitsprävention muss auch die Förderung psychischer Gesundheit sowie besserer Resilienz bei psychischen Belastungen in allen Lebensbereichen und insbesondere Suizidprävention umfassen. Entstigmatisierung verbunden mit Aufklärung über psychische Erkrankungen und Belastungen beginnend im Kindesalter sollte Ziel einer neuen Bundesregierung bleiben.

Digitalisierung im Gesundheitswesen, die für alle Menschen hilfreich ist, muss weiter vorangebracht werden, darf jedoch nicht zu mehr bürokratischem Aufwand für Behandelnde führen, sondern soll diese entlasten, wobei der Schutz der Daten oberste Priorität haben muss.

Und nicht zuletzt und für uns besonders wichtig sollte die Reform des Psychotherapeutengesetzes durch die erforderlichen klaren gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung der Weiterbildung abgerundet und abgeschlossen werden. Nur so kann die Zukunft einer guten psychotherapeutischen Versorgung sichergestellt werden.

Es ist deutlich, dass die Gesundheitspolitik weiter vor großen Herausforderungen steht, die nicht weggeschoben werden dürfen, sondern angepackt werden müssen. Wir werden unsere Forderungen in die Koalitionsverhandlungen einbringen und bitten Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, sofern Ihnen möglich, dies auch zu tun. In unserer Stellungnahme und Empfehlungen für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages haben wir unsere Forderungen zusammengefasst und begründet (der vollständige Text des Dokuments ist auf unserer Homepage unter „Stellungnahmen“ zu finden).

Wir verbleiben mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für die Frühjahrszeit.

Ihr Kammervorstand

Dietrich Munz, Martin Klett, Dorothea Groschwitz,
Petra Neumann und Erik Nordmann

Sarah Mae Fischer als Vertreterin der freiwilligen Mitglieder in Ausbildung in die Vertreterversammlung gewählt

Am Abend des 15. Januar 2025 hat die Versammlung der freiwilligen Mitglieder in Ausbildung (PiA und Masterstudierende) virtuell getagt. Von insgesamt 466 freiwilligen Kammermitgliedern in Ausbildung haben 60 Personen teilgenommen, sodass die Beschlussfähigkeit gesichert war. Wichtigster Tagesordnungspunkt war die Wahl einer Vertretung der

Ausbildungsteilnehmer*innen in die Vertreterversammlung der Kammer.

Es haben sich vier Kandidat*innen zur Wahl gestellt. Die Wahl hat Sarah Mae Fischer gewonnen, die mit 29 Stimmen die meisten Stimmen auf sich vereinen konnte und somit einen Sitz in der Vertreterversammlung erhält.

Sie wird künftig neben der zweiten Vertreterin der Ausbildungsteilnehmer*innen, Anne-Marie Scholz, die Belange der PiA und Masterstudierenden in diesem Organ berufspolitisch vertreten.

Wir gratulieren Sarah Mae Fischer herzlich zu diesem Erfolg!

Als erste Ersatzperson (Nachrücker) wurde mit 23 Stimmen Jan Karolus gewählt. Danach folgten Marc Wiedmann und Diana Stelle Sotiriou.

Scannen Sie den QR-Code, um den Bericht online zu lesen.



8. Online-Veranstaltung der LPK-Fortbildungsreihe mit Dr. Jan Glasenapp: Ambulante Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – Berufs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Am 3. Dezember 2024, dem Internationalen Tag der Menschen mit Behinderungen, fand das Abschlussseminar der diesjährigen Fortbildungsreihe zur Psychotherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung statt.

Dr. Jan Glasenapp referierte zum Thema „Ambulante Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – Berufs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen“. Das spannende Thema zog das Interesse von über 100 Teilnehmer*innen auf sich.

Die Veranstaltung begann mit einleitenden Worten von Dr. Roland Straub, der zunächst noch einmal auf den besonderen Anlass hinwies und Parallelen zum Internationalen Tag der Menschen mit Behinderung zog. Er bedankte sich bei allen Anwesenden, dass sie an diesem Tag zusammengekommen sind, um ihr Wissen über Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzmindering zu erweitern. Er betonte, dass das Hauptziel dieser Veranstaltungsreihe nach wie vor darin bestehe, mehr Psychotherapeut*innen zu ermutigen, Patient*innen mit intellektueller Beeinträchtigung in Therapie zu nehmen und damit die Versorgung dieser Patientengruppe zu verbessern.

Er gab außerdem bekannt, dass seine Aufgaben als Vorstandsbeauftragter des Arbeitskreises „Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzmindering“ ab dem 1. Januar 2025 von Dorothea Groschwitz übernommen werde. Dr. Straub werde jedoch weiterhin dem Arbeitskreis verbunden bleiben. Anschließend übergab er das Wort an den Referenten Dr. Jan Glasenapp.

Dr. Glasenapp begann seine Ausführungen ebenfalls mit Dankesworten. Er bedankte sich zunächst bei den Organisator*innen der Veranstaltung (LPK BW) und bei den Teilnehmer*innen für ihre Bereitschaft, sich in diesem speziellen Fachgebiet fortzubilden.

In seinem Vortrag betonte Dr. Glasenapp unter Bezug auf die aktuelle Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 3. Dezember 2024 die Dringlichkeit einer inklusiven und barrierefreien psychotherapeutischen Versorgung.

Er wies auf die zahlreichen Hürden hin, denen Menschen mit geistiger Behinderung im Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung begegnen. Besonders problematisch sei die fehlende Verfügbarkeit von standardisierten diagnostischen Instrumenten in deutscher Sprache, was eine präzise Diagnose erheblich erschwere. Obwohl internationale Forschungsergebnisse die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen in dieser Patientengruppe belegten, fehle es an kontrollierten Studien, um diese Erkenntnisse systematisch auf den deutschsprachigen Raum zu übertragen.

Ein wichtiger Punkt des Vortrags war die Berücksichtigung von Patient*innen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in der Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut*innen als ein entscheidender Schritt zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgungsqualität.

Als Überleitung zum Thema Berufsrecht stellte Dr. Glasenapp die Musterberufsordnung vor, wobei er insbesondere auf international anerkannte ethische



Dr. Jan Glasenapp

Prinzipien und deren Bedeutung für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie einging.

Weiter ging er ausführlich auf einzelne Paragraphen der aktuellen Berufsordnung der LPK BW ein. Insbesondere behandelte er Paragraph 6 (Aufklärungspflicht) sowie die Paragraphen 9 (Besondere Aspekte), 13a (Auskunftsverlangen und Einflussnahme Dritter) und 17 (Interessenkonflikte). Er betrachtete jeden dieser Paragraphen im Hinblick auf seine Anwendung in der Therapie von Patient*innen mit intellektueller Beeinträchtigung und untermauerte seine Ausführungen mit anschaulichen und verständlichen Beispielen aus der Praxis.

Auch sozialrechtliche Aspekte kamen nicht zu kurz. Hier betonte Dr. Glasenapp die Bedeutung einer stärkeren Steuerung der ambulanten Versorgung durch gezielte Regelungen. Beispiele wie die Einführung von spezialisierten Angeboten in medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) könnten einen wichtigen Beitrag zur Inklusion leisten.

Besondere Aufmerksamkeit wurde auf Aspekte wie die Änderungen an der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) gelegt, die von direkter Bedeutung für die Therapie von Patient*innen mit in-

telletuellen Beeinträchtigungen sind. Zudem wurden die Besonderheiten der Arbeit im Rahmen der Selektivverträge, das Gutachter-Verfahren sowie Erkenntnisse aus den eigenen Erfahrungen des Referenten beleuchtet.

Anschließend wurden Beispiele für Behandlungspläne vorgestellt.

Sowohl Dr. Straub als auch Dr. Glasenapp betonten in ihren Ausführungen die Bedeutung von Qualitätszirkeln für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, sowohl für diese sensible Patientengruppe als auch für

alle anderen. Es wurde über die aktuelle Organisation eines solchen Qualitätszirkels in Stuttgart sowie über bereits aktive Qualitätszirkel in anderen Städten Baden-Württembergs berichtet und ausgetauscht.

Im Anschluss hatten die Teilnehmer*innen die Möglichkeit, Fragen zu stellen, woraus sich eine rege Diskussion entwickelte.

Am Ende des Abends bedankten sich die Teilnehmer*innen herzlich bei dem Referenten und den Organisator*innen für den äußerst informativen Abend, an

dem so wichtige Aspekte der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung thematisiert wurden.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Teilnehmer*innen für ihr Interesse und bei allen Referenten für ihr Engagement! Wir sehen uns im nächsten Jahr auf weiteren Veranstaltungen der Fortbildungsreihe zur Psychotherapie bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Scannen Sie den QR-Code, um den Bericht online zu lesen.



Klimawandel und Gesundheit: Aktionsbündnis erweitert Zusammenarbeit und setzt neue Schwerpunkte für 2025

Am 30. Januar 2025 fand das Online-Treffen des Aktionsbündnisses „Klimawandel und Gesundheit“ (KuG) statt. An dieser Videokonferenz nahmen von der LPK BW Dr. Dietrich Munz und Dr. Erik Nordmann teil.

Auftakt der Sitzung war die offizielle Aufnahme der LPK BW in das 2023 von Heilberufekammern (Landesärztekammer, Landesapothekerkammer, Landeszahnärztekammer), Deutschem Wetterdienst DWD, Landesgesundheitsamt LGA und Sozialministerium gegründete Bündnis.

Die Organisatorin der Veranstaltung, Julia Kuhn (LGA im Sozialministerium), stellte die bisherige Tätigkeit des 2023 gegründeten Aktionsbündnisses vor.

Geplant sind für das Jahr 2025 insgesamt vier Sitzungen, deren Termine über eine Umfrage festgelegt werden sollen.

Ein wichtiger Teil der Sitzung war die Themensammlung für die zukünftige Arbeit des Bündnisses. Besonders im

Fokus stand bisher das Thema Hitze und Gesundheit, das auch weiterhin intensiv bearbeitet werden soll. Hierbei wird an die bisherigen Maßnahmen angeknüpft, wobei sich der Schwerpunkt der Arbeit im Jahr 2025 auf eine neue Risikogruppe verlagern soll: Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder. Beim Hitzeaktions-Fachtag 2025 wird diese Gruppe im Mittelpunkt stehen – im Vorjahr lag der Fokus auf alleinstehenden älteren Menschen.

Neben dem Thema Hitze wurden weitere relevante gesundheitsbezogene Aspekte des Klimawandels diskutiert, die in Zukunft in der Arbeit des Aktionsbündnisses eine größere Rolle spielen sollen.

Dazu gehören unter anderem:

- Naturkatastrophen (z. B. Hochwasser, Stürme),
- Wasserknappheit und Wasserqualität,
- Ernährungssicherheit,
- Verkehr und Mobilität im Klimawandel,

- Gesundheitsrisiken für Kinder und Jugendliche sowie für Menschen, die im Freien arbeiten,
- Ausbreitung der Tigermücke und damit verbundene Infektionskrankheiten,
- Zunahme von Pollen und allergischen Erkrankungen sowie
- Erstellung gemeinsamer Informationsmaterialien zu bestimmten Themen.

Zusätzlich wurde die Möglichkeit einer gemeinsam organisierten Fachtagung zum Thema Klima und Gesundheit angesprochen. Eine konkrete Entscheidung dazu steht noch aus, jedoch zeigt sich bereits ein starkes Interesse an einer interdisziplinären Zusammenarbeit.

Das Aktionsbündnis „Klimawandel und Gesundheit“ wird daher auch im Jahr 2025 aktiv bleiben und sich den wachsenden Herausforderungen des Klimawandels für das Gesundheitssystem stellen.

Scannen Sie den QR-Code, um den Bericht online zu lesen.



Beschlüsse der LPK-Vertreterversammlung vom 19. Oktober 2024

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 19. Oktober 2024 die folgenden Satzungen beschlossen:

- Beitragstabelle 2025 vom 11. November 2024 (Inkrafttreten 01. Januar 2025): Amtliche Bekanntmachung vom 12. November 2024
- Dreizehnte Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 11. November 2024 (Inkrafttreten 13. November 2024): Amtliche Bekanntmachung vom 12. November 2024
- Siebte Satzung zur Änderung der Hauptsatzung vom 11. November 2024 (Inkrafttreten 13. November

2024): Amtliche Bekanntmachung vom 12. November 2024

- Satzung zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Kreispsychotherapeutenkammer vom 11. November 2024 (Inkrafttreten 13. November 2024): Amtliche Bekanntmachung vom 12. November 2024

Die vorgenannten Satzungen sind nach Genehmigung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Integration Baden-Württemberg (Genehmigungsvermerk vom 28. Oktober 2024, Az.: 31.5415.5-001/1, am 11. November 2024 vom Präsidenten ausgefertigt und am 12. November 2024 auf der Kammerhomepage (URL: www.lpk-bw.de/

kammer/amtliche-bekanntmachungen-der-lpk-bw) öffentlich bekannt gemacht worden.

Scannen Sie den QR-Code, um den Bericht online zu lesen.



Geschäftsstelle

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

Angestelltentag 2025: Angestellte Psychotherapeut*innen tauschten sich zum Thema „Profession im Wandel“ aus

Die PTK Bayern veranstaltete in diesem Jahr wieder einen Angestelltentag und legte damit den Fokus auf Themen für angestellte Psychotherapeut*innen. Die Veranstaltung wurde von der Kommission für Psychotherapeut*innen in Anstellung mit Unterstützung der Geschäftsstelle geplant. 130 Angestellte nahmen an der Veranstaltung am 7. Februar 2025 teil, die unter dem Motto „Profession im Wandel“ stand. Es wurden die Reform des Psychotherapeutengesetzes und insbesondere die Umsetzung der Weiterbildung im stationären, ambulanten und institutionellen Bereich behandelt.

Der Angestelltentag startete mit Impulsvorträgen zum Thema „Herausforderungen und Chancen der neuen Weiterbildung“. Mitglieder, die bereits an der Umsetzung der Weiterbildung beteiligt sind, berichteten über ihre Erfah-

rungen. Dr. Michael Marwitz, leitender Psychotherapeut und Weiterbildungsbefugter der Schön Klinik Roseneck in Prien, gab dabei einen Einblick in den stationären Bereich und Brigitte Wesely, stellvertretende Psychotherapeutische Direktorin bei Kirinus Praxis, informierte über Umsetzungsmöglichkeiten im ambulanten Versorgungsbereich.

Über die Abbildung unserer Berufe im Tarifsystem und die Möglichkeiten, als Gewerkschaft darauf Einfluss zu nehmen, informierte Benjamin Pulz von ver.di. Er stellte die Frage: „Wie bekommen wir, was wir verdienen?“ und erläuterte die Wichtigkeit der Mitwirkung von Psychotherapeut*innen bei ver.di, damit Forderungen zur Vergütung und zu anderen Rahmenbedingungen kraftvoller vertreten werden können.

Anschließend fand ein Austausch unter den Teilnehmenden zu den Herausforderungen und Chancen der Weiterbildung in den verschiedenen Anstellungsbereichen statt. Dafür gab es verschiedene Workshops, in denen diskutiert wurde, wie die Weiterbildung in der Psychiatrie (inklusive Institutsambulanzen und Forensik), der Psychosomatik (inklusive Rehakliniken), im ambulanten Bereich (MVZ, Praxen, Institute) oder im institutionellen Bereich (z. B. Beratungsstellen, Jugendhilfe) ausgestaltet werden kann. Zudem befasste sich ein weiterer Workshop intensiv mit tariflichen Themen. Abschließend wurden die Ergebnisse der einzelnen Workshops gesammelt und in der großen Runde vorgestellt. Dabei entstand eine rege Diskussion unter den Teilnehmenden.



Mitglieder der Kommission Psychotherapeut*innen in Anstellung, des Vorstands sowie mit der Weiterbildung befasste Angestellte informieren beim diesjährigen Angestelltentag. (Foto: PTK Bayern)

Präventives gruppentherapeutisches Angebot KRISENFEST bis 2027 verlängert

Das im Oktober 2023 gestartete Präventionsprojekt KRISENFEST der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) wurde bis 2027 verlängert. Ein erfreuliches Ergebnis, für das sich auch die Delegiertenversammlung der PTK Bayern mit einer Resolution bei der 45. Delegiertenversammlung am 15. Mai 2024 eingesetzt hatte.

Das Projekt KRISENFEST zielt auf Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 18 Jahren ab, die zwar psychisch belastet sind, aber noch keine manifeste psychische Erkrankung haben. Mithilfe des Gruppenangebots sollen Kinder und Jugendliche lernen, besser mit ihren psychischen Belastungen umzugehen und ihre Widerstandskraft zu stärken. Das Angebot zeichnet sich durch seinen präventiven und niedrigschwel-

ligen Ansatz zur Unterstützung junger Menschen aus.

Die PTK Bayern begrüßt die Verlängerung dieses wertvollen Projektes. Laut der KVB ist die Zahl der Gruppen seit dem Start des Programms im Oktober 2023 stetig gewachsen. Inzwischen finden in allen bayerischen Regierungsbezirken Gruppensitzungen statt. Die Resonanz der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und der Gruppenleitungen ist sehr positiv.

Die Gruppe beinhaltet acht Basis- und zwei Follow-up-Sitzungen sowie optionale Elternabende. Die Anmeldung zu KRISENFEST ist über den Direktkontakt mit der Gruppenleitung möglich. Als Gruppenleitungen können niedergelassene vertragspsychothe-

rapeutisch tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie Psychotherapeut*innen und ärztliche Kolleg*innen mit Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen teilnehmen. Die Teilnahme ist auch ohne Genehmigung zur Abrechnung von Gruppenpsychotherapie möglich.

Die Finanzierung dieses besonderen Präventionsangebots erfolgt durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention.

Weitere Informationen zu dem Projekt finden Sie unter:

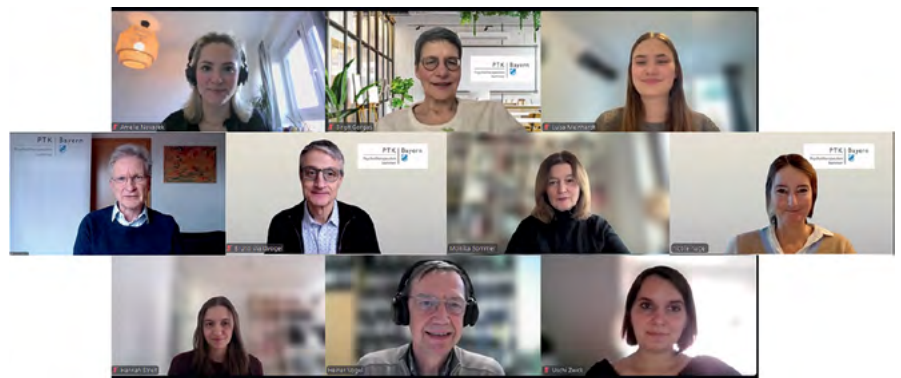
www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychotherapie.



„Die Kammer stellt sich vor“ – Rund 150 neue Mitglieder, Ausbildungsteilnehmende und Studierende nutzten die Infoveranstaltung

Die regelmäßig stattfindende Informationsveranstaltung für neue Mitglieder, Ausbildungsteilnehmende und Studierende fand am 25. Januar 2025 erneut im Online-Format statt. Ca. 150 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 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. Außerdem wurden die Perspektiven der Berufstätigkeit in den Bereichen der Niederlassung, der Anstellung in Kliniken sowie in Beratungsstellen und anderen institutionellen Versorgungsbereichen erläutert, um den frisch Approbierten die verschiedenen Tätigkeitsfelder vorzustellen. Die Teilnehmenden erhielten zudem



Mitglieder des Vorstands, Vertreterinnen der KVB, von ver.di, der PiA und der Studierenden stellten sich und ihre Arbeit den neuen Kammermitgliedern vor. (Foto: PTK Bayern)

nützliche Informationen zur Zulassung als Vertragspsychotherapeut*in durch Vertreterinnen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Eine Vertreterin von ver.di referierte ebenfalls bei der Veranstaltung und informierte zu Themen bezüglich der Anstellung. Die Sprecherin der Ausbildungsteilnehmer*innen Psychotherapie (PiA) berichtete über ihre Arbeit und darüber, wie sich bereits Ausbildungsteilnehmende zu berufspolitischen Themen einbringen können. Vertreterinnen der Studierenden der Studiengänge

gemäß neuer Approbationsordnung stellten sich und ihre Arbeit ebenfalls vor.

Da es sich in den letzten Jahren so gut bewährt hat, wurden die digitalen Unterräume zur vertieften Diskussion wieder angeboten. Dort konnten sich die Teilnehmenden anschließend noch zu den jeweiligen Themen verständigen und Fragen klären. Damit gab es wieder eine direkte Möglichkeit des Austauschs mit Referent*innen und Vorstand, was von den Teilnehmenden aktiv genutzt wurde.

Fachtag der Regierung von Schwaben: Systemgrenzen überwinden – gemeinsame Wurzeln, gemeinsame Zukunft

Die PTK Bayern nahm am 13. November 2024 am Fachtag „Systemgrenzen überwinden“ zur Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie teil. Organisiert wurde der Fachtag

von der Regierung von Schwaben und der Katholischen Jugendfürsorge. Nicole Nagel, Vizepräsidentin der PTK Bayern, stellte für die Kammer in einem Vortrag die Kompetenzen der Psychotherapeut*innen in diesem Bereich dar und informierte über Möglich-

keiten der Kooperation, einschließlich der Komplexrichtlinie und der institutionellen Weiterbildung. Weiterhin bot der Fachtag reichlich Gelegenheit zur konkreten persönlichen Vernetzung und zum Austausch zur Umsetzung der Weiterbildung im institutionellen Bereich.

Austauschtreffen der Vertreter*innen der Gesundheitsregionen^{plus} am 17. Dezember 2024

Mit dem Konzept der „Gesundheitsregionen^{plus}“ verfolgt die bayerische Staatsregierung das Ziel, sowohl die Prävention und Gesundheitsförderung als auch die medizinische und pflegerische Versorgung im Freistaat durch regionale Netzwerke zu verbessern. Bayernweit gibt es derzeit 62 Gesundheitsregionen^{plus}, diese entsprechen 79 von insgesamt 96 Landkreisen und kreisfreien Städten in Bayern. Die Kammer unterstützt die Gesundheitsregionen^{plus} dabei, Vertreter*innen aus dem Berufsstand für diese Netzwerkarbeit zu gewinnen und zu vermitteln. Rund 50 Kammermitglieder engagieren sich mittlerweile in den verschiedenen Regionen.

Im Dezember 2024 haben Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop und Vorstandsmitglied Prof. Heiner Vogel die in den Gesundheitsregionen^{plus} mitwirkenden Kammermitglieder erneut zu einem Onlinetreffen geladen. Der regelmäßig



Die Vertreter*innen der Gesundheitsregionen^{plus} tauschten sich online zu aktuellen Projekten und regionalen Fragestellungen aus. (Foto: PTK Bayern)

stattfindende Austausch dient dazu, dass die Vertreter*innen in den Regionen über aktuelle Projekte berichten und sich zudem untereinander vernetzen. Bei dem Treffen gab es diesmal neben dem allgemeinen Austausch zur

Arbeit in den Regionen zwei Beiträge zum Thema problematischer Medienkonsum, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Dabei wurde auch über aktuelle Präventionsansätze diskutiert.

Delegiertenversammlung des Verbands Freier Berufe in Bayern: Resolution für Demokratie, Menschenrechte und Freiheit

Die Freien Berufe sehen mit großer Sorge, wie Hass und Hetze in der Gesellschaft zunehmen und die demokratischen Werte mehr und mehr in Frage gestellt werden. In ihrer Delegiertenversammlung am 7. November 2024 verabschiedeten die Delegierten des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB) einstimmig die Resolution „Für Demokratie, Menschenrechte und Freiheit“ und bekannten sich damit nachdrücklich zur freiheitlich-demokratischen Grundordnung und wandten sich gleichzeitig mit

ihrem Statement gegen jegliche Form von Extremismus.

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel engagiert sich für die Kammer im Vorstand des VFB und vertritt dort die Belange der Psychotherapeut*innen. Die Delegiertenversammlung des VFB wählte ihn außerdem in ihrer Sitzung erneut zum Vertreter der Freien Berufe im Beirat der Akademie für Politische Bildung des Freistaats Bayern.



VFB-Präsidium, v. l. n. r.: Dr. Markus Beck, Franziska Scharpf, Karlheinz Beer, Dr. Thomas Kuhn, Alexander Lyssoudis, Eva Maria Reichart, Prof. Dr. Hartmut Schwab, Dr. Andrea Albert, Dr. Bruno Waldvogel (Foto: VFB)

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. 17 Abs. 3 BayDiG). 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 10. Dezember 2024 wurden folgende Verlautbarungen veröffentlicht:

- Änderung der der Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Bayerns
- Änderung der Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Bayerns
- Änderung der Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer Bayern
- Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer Bayern

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.: 089/515555-0; Fax: -25
Mo.-Fr.: 9.00-13.00 Uhr
Di.-Do.: 14.00-15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Arbeitskreis Rassismussensible Psychotherapie der PtK Berlin

Im Dezember 2023 wurde der Arbeitskreis Rassismussensible Psychotherapie in der PtK Berlin ins Leben gerufen. Diese dringend notwendige Initiative wurde durch die Kammermitglieder Katharina Dinică und Rico-Benjamin Hie-meyer gemeinsam mit dem Vorstandsmitglied Pilar Isaac-Candeias realisiert. Die Gründung des Arbeitskreises stieß sofort auf großes Interesse der Berliner Mitglieder.

Schwerpunkte des Arbeitskreises

Bereits bei unserem Auftakttreffen im Januar 2024 wurde schnell der große Bedarf nach gemeinsamem Austausch mit Schwerpunkt Rassismuskritik deutlich. Gemeinsam diskutierten wir zahlreiche Bedarfe und einigten uns auf verschiedene Fokusthemen: unter anderem die Erleichterung des Zugangs zu Psychotherapie sowie die Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung rassifizierter/migrantisierter Patient*innen, die Bündelung rassismussensibler psychotherapeutischer Ressourcen und die Stärkung von Netzwerkarbeit, die Verbesserung psychotherapeutischer Aus-, Fort- und Weiterbildung, Supervision, Intervention und Selbsterfahrung. So entstand auch die Idee eines Fachtages mit rassismuskritischem Fokus, der schnell Form annehmen und zu einem Symposium heranwachsen sollte.

Symposium „Rassismus: das Erbe des Kolonialismus – Was hat das mit Psychotherapie zu tun?“

Am 14. Dezember 2024 fand in den Räumlichkeiten der PtK Berlin das Symposium „Rassismus: das Erbe des Kolonialismus – Was hat das mit Psychotherapie zu tun? Eine Einfüh-

rung in die rassismuskritische Haltung in der Psychotherapie“ statt. Bereits im Rahmen des Anmeldeprozesses zeigte sich das große Interesse an der geplanten Veranstaltung in besonderem Maße. Nach nur wenigen Stunden waren alle Veranstaltungsplätze ausgebucht.

Nach kurzen einführenden Worten des Vorstandsmitglieds Pilar Isaac-Candeias sowie der AK-Leitung moderierte Pilar Isaac-Candeias durch das reichhaltige Programm des Symposiums. Der erste Teil des Symposiums bestand aus drei Vorträgen mit anschließenden Frage- bzw. Diskussionsrunden. Den Anfang machte die Anglistin, Afrikanistin und Literaturwissenschaftlerin Prof. Dr. Susan Arndt, die eine sehr aufschlussreiche Einführung in die Geschichte des Rassismus, die materiellen Bedingungen sowie die kolonialen Kontinuitäten bis in die Gegenwart gab. Anschließend stellte der Soziologe und Leiter des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors Dr. Cihan Sinanoğlu die wichtigsten Befunde vor, die im Zusammenhang mit Rassismus in der

deutschen Gesundheitsversorgung, speziell beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung, stehen. Und schließlich stellte die Psychologische Psychotherapeutin Dr. Birsen Kahraman in ihrem Vortrag wichtige Bezüge zu Rassismus in der Psychotherapie her und beleuchtete Maßnahmen zur aktiven antirassistischen psychotherapeutischen Arbeit. Begleitet wurde dieser erste Teil des Tages von Gedichten und Erzählungen des Schriftstellers Nefvel Cumart.

Der Nachmittag war gezeichnet von intensiver Auseinandersetzung in kleineren Gruppen im Rahmen von vier verschiedenen Workshops. Dr. Timo Slotta, Psychologischer Psychotherapeut, fokussierte in seinem Workshop die Auseinandersetzung mit (verbalen) Mikroaggressionen. Auf diese Weise sollten erste Impulse zum konstruktiven Umgang mit dieser subtilen Diskriminierungsform im therapeutischen Prozess gegeben werden. Sema Akbunar, Psychologische Psychotherapeutin, zielte ihrerseits in ihrem Workshop auf die Sensibilisierung für eine rassis-



Der Arbeitskreis „Rassismussensible Psychotherapie“ und Referierende

muskritische Haltung in der Psychotherapie und beleuchtete mittels Input und Selbstreflexion unbewusste Vorurteile. Melek Yula, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, legte einen ähnlichen Schwerpunkt in ihrem Workshop, bediente sich jedoch anderer Übungen und Methoden der Selbsterfahrung zur Auseinandersetzung mit Diskriminierungserfahrungen und der Reflexion eigener Positionen. Kadir Kaynak, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, zentrierte in seinem Workshop die Perspektive von rassifizierten Kindern und Jugendlichen und deren Mehr-

fachbelastung durch Diskriminierung. Insgesamt war es für alle Beteiligten eine sehr gelungene, anregende Veranstaltung, wie die Evaluationsbögen bestätigten.

Auftakt und Aufbruch

Das Symposium hat eindrücklich gezeigt, wie zentral die kritische Auseinandersetzung mit Rassismen für Psychotherapeut*innen und wie hoch die Motivation in unserer Berufsgruppe ist, sich mit den strukturellen, institutionellen und individuellen Auswirkungen

zu beschäftigen und sie zu bekämpfen. Die Initiierung des AK sowie die Realisierung des Symposiums sind aus unserer Sicht wichtige Meilensteine im Rahmen rassismuskritischen Handelns und dabei keinesfalls ausreichend, sondern sollten viel mehr als Impulsgebung und Aufbruch für zunehmende, weitreichende und fortwährende Maßnahmen zum Abbau von Rassismen im psychotherapeutischen Versorgungssystem angesehen werden.

Rico-Benjamin Hiemeyer &
Katharina Dinicä

Kindeswohlgefährdung in suchtblasteten Familien: Veranstaltungsbericht

Nach epidemiologischen Studien weisen etwa sieben Millionen Menschen in Deutschland eine Abhängigkeitsstörung auf. Die Auswirkungen einer derartigen Erkrankung auf die Familie sind vielfältig: So können die Sorge und Angst um den Betroffenen das Familienklima ebenso beeinträchtigen wie häufiger Streit und eine latent angespannte Familiensituationen. Immer wieder sind Kinder suchtkranker Menschen konfrontiert mit massiver Vernachlässigung, körperlichen oder psychischen Misshandlung und mit negativen Folgen für die psychosoziale Entwicklung. Forschungsarbeiten legen nahe, dass Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien signifikant häufiger psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen als altersgleiche Kinder und Jugendliche ohne Suchtstörungen in der Familie. Auch konsumieren Heranwachsende aus suchtblasteten Familien deutlich häufiger als ihre Altersgleichen Alkohol und illegale Drogen.

Die Fortbildungsveranstaltung „Kindeswohlgefährdung in suchtblasteten Familien“ wurde von der Kommission Sachverständigentätigkeit in Kooperation mit dem KJP-Ausschuss und der Kinderschutzbeauftragten der Berliner PtK konzipiert und am 6. November 2024 durchgeführt. Es wurden insbesondere Familienrichter*innen, psychologische Sachverständige und Kinder- und

Jugendlichentherapeut*innen in die Räumlichkeiten der Kammer eingeladen, um die Kooperation in Sachen Kindeswohlgefährdung zu reflektieren.

Tobias Stützer, Aufsichtsführender Familienrichter des Amtsgerichts Kreuzberg, stellte die gesetzlichen Grundlagen von Familienrechtsverfahren dar, die eine Kindeswohlgefährdung zum Gegenstand haben. Demnach befasst sich § 1666 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) mit der Gefährdung des Kindeswohls. Er legt fest, dass das Familiengericht eingreifen kann, wenn das Wohl eines Kindes gefährdet ist. In solchen Fällen kann das Gericht Maßnahmen anordnen, um das Kind zu schützen, beispielsweise durch die Anordnung von Hilfemaßnahmen oder die Entziehung des Sorgerechts. Art. 6 Abs. 2 des Grundgesetzes (GG) betont dagegen die Verantwortung der Eltern für die Pflege und Erziehung ihrer Kinder und stellt das Wohl des Kindes in den Mittelpunkt. Dieser Artikel unterstreicht, dass der Staat nur eingreifen kann, wenn das Kindeswohl gefährdet ist. Zusammengefasst bilden diese Regelungen einen rechtlichen Rahmen, der sicherstellen soll, dass das Wohl von Kindern in Deutschland stets an erster Stelle steht und im Falle von Gefährdungen entsprechende Maßnahmen ergriffen werden können. Bei der Feststellung einer Kindeswohlgefährdung sind die Familiengerichte jedoch mit einer Vielzahl von Schwierig-

keiten konfrontiert, insbesondere durch fehlende Mitwirkung der Eltern bei der Sachverhaltsaufklärung und bei der Begutachtung sowie fehlendem Zugang des Verfahrensbeistands bzw. des*der Sachverständigen zum Kind.

Dr. Anne Huber, Psychologische Psychotherapeutin und psychologische Sachverständige, zeigte anhand von Praxisbeispielen, welche Anforderungen die Sachverständigentätigkeit bei einer Kindeswohlgefährdung stellt. So gehören Hausbesuche, Leitfadeninterviews mit Eltern und Kindern ebenso zu den Aufgaben von Sachverständigen wie Gespräche mit Klassenlehrer*innen, dem Jugendamt, der Familienhilfe oder anderen Personen aus dem Umfeld der Familie. Ergänzt werden die so gewonnenen Erkenntnisse durch psychometrische Untersuchungsverfahren, durch Untersuchungen auf Betäubungsmittel (Haarprobe) und ggf. durch einen Auszug aus dem Bundeszentralregister. Bei der Erarbeitung des Sachverständigengutachtens werden die im Familienkontext vorgefundenen und für die kindliche Entwicklung bedeutsamen risikomildernden und risikoe erhöhenden Bedingungen bewertet und abgewogen. Frau Dr. Huber zufolge stellt sich für Sachverständige die übergeordnete Frage: „Bis zu welchem Stadium ist der Verbleib der Kinder bei ihren Eltern vertretbar?“

Prof. Dr. Jelena Zumbach-Basu hat eine Professur für forensische Psycho-

logie an der Universität Basel und arbeitet seit mehreren Jahren zu Fragen der (Weiter-)Entwicklung diagnostischer Ansätze für die psychologische Begutachtung im Familienrecht. In ihren Ausführungen beschrieb sie vor dem Hintergrund zahlreicher Ergebnisse aus Längsschnittstudien und Metaanalysen jene Risikofaktoren, die eine Kindeswohlgefährdung charakterisieren. Zum anderen machte sie deutlich, vor welchen komplexen Anforderungen Sachverständige und Familiengerichte stehen, wenn es um die differenzierte Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung geht: „Eine Kindeswohlprognose ist eine hoch komplexe Form der Verhaltensprognose, die sich nicht intuitiv bewältigen lässt.“ Im Rahmen ihrer aktuellen Forschungsarbeit (PROSPECT-Studie) untersucht ihre Arbeitsgruppe in einer

multizentrischen Studie an mehreren Standorten in Deutschland die Zuverlässigkeit psychologischer Sachverständigeneinschätzungen und die Validität der Kindeswohlprognosen. Auf der Grundlage der Studiendaten soll ferner ein strukturiertes Risikoeinschätzungsverfahren entwickelt werden, das die Arbeit der psychologischen Sachverständigen optimieren soll.

Jacqueline Moreau, niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, und **Andrea Kaden**, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinderschutzbeauftragte der PtK Berlin, skizzierten die Perspektive psychotherapeutisch Tätiger im Konfliktfeld der Kindeswohlgefährdung in suchtbelasteten Familien. Während

Frau Moreau hierzu grundlegende entwicklungspsychologische Konzepte darstellte (Bindungstheorie, Affektspielgelungsmodell, Mentalisierung etc.) steuerte Frau Kaden ihre institutionellen Erfahrungen als langjährige Mitarbeiterin eines Kinderschutzzentrums in Berlin bei.

Mit der Veranstaltung zur Kindeswohlgefährdung in suchtbelasteten Familien haben wir bewusst unterschiedliche Institutionen und Professionen adressiert und in die Fortbildung eingebunden. Die Darstellung und Diskussion der unterschiedlichen Perspektiven sollen eine gute Kooperation der beteiligten Akteur*innen befördern.

Dr. Peter Tossmann

Inklusive Psychotherapie: trans* Kinder und Jugendliche – Bericht und Impulse aus der Fortbildung der PtK Berlin

Im Rahmen einer zweiteiligen Fortbildung der Berliner PtK, die am 28. November 2024 und 23. Januar 2025 stattfand, wurde die fachliche und medizinethische Versorgung von trans* und nicht-binären Jugendlichen thematisiert. Die Veranstaltung stieß auf großes Interesse und war schnell ausgebucht. Ziel der Fortbildung war es, einen empathischen Verstehenszugang zu den Erfahrungen und Bedürfnissen trans* und nicht-binärer Jugendlicher zu schaffen und therapeutische Kompetenzen in diesem Bereich zu stärken.

Die Fortbildung begann mit der Vorstellung des Gender Unicorn, eines grafischen Tools, das die Vielschichtigkeit von Geschlechtsidentität, Geschlechtsausdruck, biologisch zugewiesenem Geschlecht sowie romantischer und sexueller Orientierung veranschaulicht. Dieses Modell diente als Grundlage für ein Selbsterfahrungsangebot, bei dem die Teilnehmenden ihre eigenen Perspektiven und Annahmen reflektieren konnten. Diese Übung erleichterte den Einstieg in die Thematik und förderte ein tieferes Verständnis für die Erfahrungen der Betroffenen.

Ein zentraler Schwerpunkt der Fortbildung lag darauf, Geschlechtsidentität aus der Perspektive der Betroffenen zu betrachten. Die Diskussion begann mit einem Privilegien-Check, bei dem die Teilnehmenden ihre eigenen Privilegien im Hinblick auf Heterosexualität und Cis-Geschlechtlichkeit reflektierten. Diese Übung führte zu Betroffenheit und Erkenntnisgewinn und ermöglichte einen differenzierten Einstieg in das Thema.

Im weiteren Verlauf wurde das Minderheiten-Stress-Modell vorgestellt (s. Grafik), das ursprünglich von Meyer (2003) entwickelt und für trans* Personen von Hendricks und Testa (2012) erweitert wurde. Dieses Modell beschreibt die psychosozialen Stressoren, denen Minderheiten ausgesetzt sind, sowie deren Auswirkungen auf Gesundheit und Identität. Anhand eines Traumanarrativs einer transweiblichen Patientin wurden zentrale Themen wie die problematisch erlebte Pubertät, das innere Coming-out, das Coming-out nach außen sowie erste negative und positive Erfahrungen veranschaulicht. Besondere Aufmerksamkeit erhielt dabei die Schilderung von Minderheitenstress und Gewalterfahrungen, die ein besseres empathisches

Das Minderheiten-Stress-Modell adaptiert für gender und sexual minorities nach Meyer (2003) und Hendricks & Testa (2012)



Quelle: Bos, S. & Wolf, G. F. (Hrsg.). (2023). Geschlechter und Sexualitäten in Psychotherapie und Beratung, Edition Assemblage (Seite 189)

Inhaltliche Überarbeitung: Stern, Aage, Eder & Handkauer

Grafische Überarbeitung: Silke Kampmeier

Für eine größere Ansicht des Modells und die vollständigen Quellenangaben scannen Sie bitte den nebenstehenden QR-Code.



Verständnis für die komplexen Prozesse der Identitätsfindung ermöglichen.

Ergänzt wurde diese Perspektive durch die Multicultural Guidelines der American Psychological Association (APA), die eine Reflexion über Machtstrukturen und Privilegien fordern und die Belas-

tungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene beleuchten. Die Guidelines halfen den Teilnehmenden, die unterschiedlichen Ebenen der Diskriminierung zu verstehen und deren Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden trans* Jugendlicher besser einzuordnen.

Ein weiteres zentrales Element war die Orientierung an den Menschenrechten als Grundlage für eine inklusive und gerechte psychotherapeutische Praxis. Die Reflexion über Privilegien und Machtstrukturen wurde hierbei als essenziell hervorgehoben, um therapeutische Interventionen nachhaltig und wertschätzend zu gestalten. Es wurde betont, dass die Anerkennung von Vielfalt und die aktive Bekämpfung von Diskriminierung nicht nur therapeutische Aufgaben, sondern auch gesamtgesellschaftliche Verantwortung sind.

Die Fortbildung zeigte auch, wie wichtig es ist, trans* und nicht-binäre Jugendliche aktiv in den Entscheidungsprozess einzubinden, insbesondere bei der Gestaltung ihrer Behandlungsziele. Dieser Ansatz, der informierte Zustimmung und partizipative Entscheidungsfindung betont, erfordert eine sensible Kommunikation sowie die Bereitschaft, sich auf die Bedürfnisse der Jugendlichen einzulassen.

Die Resonanz der Teilnehmenden machte deutlich, wie relevant diese Themen für die psychotherapeutische Praxis sind. Viele betonten, dass die Fortbildung nicht nur ein größeres Verständnis für die spezifischen Herausforderungen von trans* Jugendlichen geschaffen habe, sondern auch Anstöße für eine umfassendere Reflexion der eigenen Haltung und Praxis gegeben habe. Der

empathische Zugang, der durch theoretische Modelle, praktische Werkzeuge und die interaktive Gestaltung gefördert wurde, wurde als wertvoll für die eigene Arbeit hervorgehoben.

Die Fortbildung machte deutlich, dass die Bedürfnisse von trans* und nicht-binären Jugendlichen nicht nur durch Wissen und Fachkompetenz, sondern vor allem durch eine wertschätzende Haltung adressiert werden können. Therapeut*innen, die bereit sind, sich auf die Vielfalt geschlechtlicher Identitäten einzulassen, tragen dazu bei, dass Jugendliche gestärkt und mit einem positiven Selbstbild aus der Therapie hervorgehen. Dies ist nicht nur eine therapeutische Aufgabe, sondern auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung.

Sascha Bos

Klimawandel, Krisen und Demokratie – Vortrag „Klimawandel als sozialer Sprengstoff“

Am 5. Dezember 2024 fand der von der Klima-AG organisierte Vortrag „Klimawandel als sozialer Sprengstoff“ von Katharina van Bronswijk statt. Nach einer Begrüßung durch Katharina Simons (Moderation) und einleitende Worte durch Eva-Maria Schweitzer-Köhn (Präsidentin) präsentierte Frau van Bronswijk ihren Vortrag zum Zusammenhang zwischen ökologischen und gesellschaftlichen Krisen und einer rechten politischen Radikalisierung. Sie nutzte dafür sozialpsychologische und soziologische Modelle und konnte zeigen, wie der Wunsch nach der Herstellung von gefühlter Sicherheit die Hinwendung zu Gruppen mit starker Gruppenidentität attraktiv macht, dass dabei die Strategie, sich nach innen zurückzuziehen und nach außen eine feindliche Gesinnung zu hegen, angewendet werden kann, bspw. wie beim „Preppen“, aber nicht muss. Alternativ dazu wurde das „solidarische Preppen“ erwähnt, das bewusste Aufbauen von sozialen Kontakten und Unterstützungsnetzwerken.

Frau van Bronswijk erklärte auch die Entstehung und Attraktivität von Verschwö-

rungsmythen in diesem Kontext. Anhand der „Mitte-Studie“ der Friedrich-Ebert-Stiftung machte sie darauf aufmerksam, dass menschenfeindliche und autoritäre Überzeugungen, wie eine Bevorzugung einer Diktatur, in den letzten Jahren deutlich zunahmten, insbesondere, aber nicht nur, bei jungen Menschen.

Abschließend führte sie verschiedene Möglichkeiten auf, wie der gesellschaftliche Zusammenhalt und das demokratische Miteinander gefördert und geschützt werden können: durch evidenzbasierte, auf den Menschen zugeschnittene Politik und eine politische Kommunikation, die Perspektiven eröffnet und Unsicherheit auffängt; eine bessere politische Teilhabe, um dem Kontrollverlust erleben zu begegnen; eine angemessene psychosoziale Versorgung, wie auch die Förderung emotionaler Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserleben, Stärken der Narrative rund um soziale Gerechtigkeit und Fairness als zentrale Schutzfaktoren in Krisen.

In der sich dem Vortrag anschließenden Q-&A-Runde ging es um die Möglichkeit, die Resilienz von Kindern und Jugendli-

chen zu fördern, ohne ihnen die Verantwortung für die Verbesserung der Lage überzuhelfen, die bei den Erwachsenen bleiben muss. Zudem ging es um Hitzeschutz und den Zusammenhang von Hitze, Verhalten und psychischen Erkrankungen. Frau van Bronswijk skizzierte zudem die Rolle von Psychotherapeut*innen im Umgang mit den aktuellen Krisen. Durch unsere psychotherapeutische Arbeit befähigen wir bereits Menschen in ihrer emotionalen Kompetenz oder ihrem Selbstwirksamkeitserleben und tragen damit zur Stärkung der Demokratie bei. Wir können jedoch noch aktiver psychosoziale Versorgungsbedarfe in die Gesellschaft hinein kommunizieren. Und wir können uns als Privatmenschen offensiv gegenüber Falschinformationen oder menschenfeindlichem Verhalten äußern.

Katharina Simons

Geschäftsstelle

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

Psychotherapeutentafel wird nicht mehr unterstützt

Der Kammervorstand hat sich gegen die Fortführung der Psychotherapeutentafel ausgesprochen. Nach einer langen Tradition, die Psychotherapeutischen Praxen im Bremer Telefonbuch aufzuführen, wird der Verlag ab 2025 die Daten unserer Mitglieder nicht mehr zur Verfügung gestellt bekommen. Die Übermittlung der Daten stellt einen Arbeits- und Kostenaufwand dar, der nicht im Verhältnis zu der zu erwartenden Nutzung steht. Die digitale Recherche ist für die meisten Menschen zur Selbstverständlichkeit geworden. Zusätzlich werden Hilfesuchenden, die keinen Zugriff auf digitale Angebote

haben, von verschiedenen Beratungsstellen, Krankenkassen usw. Listen mit Kontaktdaten von Praxen ausgehändigt.

Psych-Info gut etabliert

Insbesondere Psych-Info hat sich im Bremer Raum gut etabliert. Wegen der hohen Anzahl der gelisteten Praxen, der Möglichkeit der Stichwortsuche, der Option, nach grundlegenden Qualifikationen zu differenzieren, aber auch wegen der hinterlegten qualitätsgeprüften Inhalte erfreut sich die Suchmaschine der Psychotherapeutenkammern einer hohen Beliebtheit.

Durch die hinterlegte Abrechnungsart können Hilfesuchende schnell zwischen Kassen- und Privatpraxen unterscheiden.

Um die Qualität der Information stets zu verbessern, sollten die Kammermitglieder ihre Daten aktuell halten und Stichworte hinterlegen, die ihr persönliches Behandlungsspektrum abbilden.

Die Profile können im Internen Mitgliederbereich auf der Kammerhomepage gepflegt werden.

Fortbildungskonten

Die Integration der Fortbildungskonten in den neuen Internen Mitgliederbereich auf der Homepage der Kammer ist mittlerweile vollzogen. Die Kammermitglieder pflegen ihre Fortbildungskonten und laden größtenteils regelmäßig ihre Teilnahmebescheinigungen hoch. Gleichzeitig gilt es in der Verwaltung, die im Systemwechsel aufgelaufenen Datensätze

nachzupflegen, sodass es auch in den nächsten Wochen noch zu verzögerten Bearbeitungen der Fortbildungskonten kommen kann. Um die Verwaltung zu entlasten, wird den Mitgliedern empfohlen, sich zuerst auf der Homepage in den FAQ zu informieren, bevor sie direkt zu den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle Kontakt aufnehmen.

Insbesondere zu Interventionsgruppen kam es zu vielen Nachfragen. Hier gilt: Für Bremische Mitglieder kann die Leitung der Gruppe die Teilnahme im System bestätigen, kammerfremden Teilnehmenden hingegen werden Teilnahmebescheinigungen ausgehändigt.

Informationen zur Beendigung der Berufstätigkeit

Die Zahl der Kammermitglieder, die ihre Berufstätigkeit beenden, nimmt zu. Daher häufen sich Anfragen zu diesem Thema und es fallen teilweise ernsthafte und berufsrechtlich relevante Probleme auf. Die FAQ auf der Kammerhome-

page werden regelmäßig ergänzt und liefern wichtige Hinweise zum korrekten Vorgehen.

Ein wichtiger Punkt, der zuletzt zu Nachfragen und Beschwerden in der Kammer

führte, ist, dass Patient*innendaten (Behandlungsakten) 10 Jahre aufbewahrt und bei Nachfragen von Patient*innen zur Verfügung gestellt werden müssen. Dies gilt auch über den Tod der Praxisinhaber*innen hinaus.

Hospitation in der Zentralen Notaufnahme der Gesundheit Nord am Klinikum Bremen-Ost

Im November und Dezember 2024 hospitierten Eva John und Amelie Thobaben an zwei Freitagen in der Zentralen Notaufnahme des Klinikums Bremen-Ost und begleiteten Psychiaterinnen in Weiterbildung in deren Spätdienst bis 23:00 Uhr. Ziel war es, sich von der Situation in der Aufnahme einen eigenen Eindruck zu verschaffen, auch um anhand der beobachteten Fälle einschätzen zu können, inwieweit Kammermitglieder grundsätzlich in diesen Diensten ihre berufliche Kompetenz einbringen können.

Die Aufnahmekapazitäten waren zu den jeweiligen Zeitpunkten begrenzt.

Die auflaufenden Patient*innen ließen sich drei Gruppen zuordnen:

(1) Bekannte Patient*innen der Psychiatrie, die insbesondere mit schweren, chronischen (Sucht-)Erkrankungen und Psychosen wiederholt in der Klinik behandelt werden und sich auch in Krisensituationen regelmäßig an die Klinik wenden. Teilweise wurden diese vorab vom Krisendienst gesehen, sodass bereits vor Ankunft der Patient*innen eine fachliche Einschätzung vorlag. Die Indikation einer sofortigen Aufnahme musste dann vor Ort geprüft werden.

(2) Patient*innen, die sich bereits in Psychotherapie befanden und die sich im Rahmen einer Krisensituation in die Klinik begaben oder denen eine Aufnahme empfohlen wurde. Mit diesen Patient*innen wurde das Anliegen geklärt und dann geprüft, ob eine Aufnahme indiziert wäre und ein hilfreiches Angebot darstellte. In einigen Fällen wurden auch andere Versorgungsangebote gemacht, z. B. die sozialpsychiatrischen Behandlungszentren empfohlen. In manchen Fällen genügte eine Krisenintervention zur Entaktualisierung der Symptomatik und die Absprache von Plänen fürs Wochenende oder auch die Sicherstellung einer sozialen Unterstützung, sodass eine stationäre Aufnahme nicht notwendig wurde.

(3) Menschen, die aufgrund somatischer Symptome in anderen Fachbereichen vorstellig wurden und aufgrund einer begleitenden psychischen Erkrankung auch psychiatrisch abgeklärt werden sollten.

Frau John und Frau Thobaben wurden von den Ärztinnen und dem Team der

Notaufnahme freundlich aufgenommen.

Neben den Einblicken in die Strukturen und Abläufe der Dienste entstand grundsätzlich der Eindruck, dass Psychologische Psychotherapeut*innen aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation befähigt scheinen, solche Dienste in dieser interdisziplinären Notaufnahme durchzuführen. Die originär medizinischen Aufgaben, wie eine körperliche Untersuchung, Blutentnahmen und Verordnungen der Aufnahmeroutinen, nahmen wenig Raum ein.

Gleichzeitig ist bewusst, dass innerhalb der Profession zum Teil kontroverse Meinungen hierzu bestehen. Angesichts der anhaltenden und auch in Bremen wiederholt diskutierten Fragen nach Einbindung unserer Profession in die Versorgung von Krisen und psychischen Notfällen wird die Kammer sich bei entsprechenden Überlegungen einbringen müssen.

Insofern sind solche praktischen Erfahrungen ein hilfreicher Aspekt bei der Bewertung des Themas.

Fortbildung „Psychotherapeutische Befunde bei Anträgen nach dem Schwerbehindertenrecht“

Am 10. Februar 2025 fand in Kooperation mit dem Amt für Versorgung und Integration Bremen (AVIB) eine Fortbildung zum Thema „Psychotherapeutische Befunde bei Anträgen nach dem Schwerbehindertenrecht“ statt.

Referentinnen waren Christina Wilkens-Mawn, FÄ für Chirurgie, ärztliche Sachverständige sowie Leitende Ärztin des AVIB, und Dr. Diana Geilfus, ebenfalls ärztliche Sachverständige beim AVIB.

Die Veranstaltung war sehr gut besucht. Die Beantwortung von Befundanfor-

derungen wird selten in der Ausbildung gelernt und die Rechtsgrundlage des Schwerbehindertenrechts erschließt sich nicht intuitiv. Es war daher hilfreich, dass im ersten Teil die Entwicklung des Schwerbehindertenrechts erläutert wurde. Die Darstellung der körperlichen Behinderungen zur Orientierung war für einige befremdlich, wird aber schlüssig, wenn verstanden wird, dass das Schwerbehindertenrecht zunächst für Kriegsversehrte entwickelt wurde. Nur wenige psychische Erkrankungen sind klar definiert und dienen als Referenzen zur Einordnung anderer psychischer Symptome.

Anhand positiver sowie negativer Befundbeispiele vermittelten die Ärztinnen, welche Informationen zur Bearbeitung der Anträge benötigt werden. Es sind ganz andere Kriterien, als wir sie von unseren Berichten an Gutachter*innen gewohnt sind. Es geht weniger um die Symptome als vielmehr darum, die Art der durch Symptome entstehenden Funktionseinschränkungen der Teilhabebeeinträchtigungen im Alltag zu beschreiben. Die Darstellung von Traumahalten in Symptomen ist bspw. in diesem Falle nicht gefordert.

Gegenüber dem AVIB wurde verdeutlicht, dass entgegen der klassischen somatischen Praxis in unseren Praxen keine Verlaufsdocumentation in Karteikarten geschrieben werden. Einen „Karteikartenauszug“ aus einer psychotherapeutischen Behandlung anzufordern, erscheint somit nicht zweckdienlich. Viel mehr braucht es den psychischen Befund, die aktuelle Symptomatik und die Darstellung der daraus resultierenden Einschränkungen. Was weiterhin unterstützend sein kann, ist

ein Nachweis der durchgeführten Termine der letzten drei Jahre durch eine Liste aus dem PVS. Falls Behandlungsbedarf bestand, aber aufgrund der in der Psychotherapie-Richtlinie fehlenden Möglichkeiten bei z. B. schweren chronischen Erkrankungen keine bedarfsgerechte Behandlung angeboten werden konnte, sollte darauf hingewiesen werden. So könnte der falsche Eindruck vermieden werden, dass seltene oder fehlende Behandlung ein Hinweis auf fehlende Behandlungsnotwendig-

keit darstelle. Ähnlich gilt es, Unterbrechungen in der Behandlung zu erklären.

Wichtig ist bei der Thematik, zwischen den Befunden für Antrag nach Schwerbehinderungsrecht sowie nach dem Opferentschädigungsgesetz zu differenzieren. Nur im letzteren Fall geht es auch um die Darstellung der Kausalität sowie die Darstellung von Traumainhalten.

Austausch des Kammervorstands mit Bremischen Kliniken zur Weiterbildung

In den letzten Monaten fanden verschiedene Termine in Bremischen Kliniken statt, bei denen (auch) die Weiterbildung von Psychotherapeut*innen thematisiert werden konnte. Der Kammervorstand freut sich über das Interesse der Kliniken daran, sich über die strukturellen Bedingungen für eine psychotherapeutische Weiterbildung aus-

zutauschen. In den unterschiedlichen Terminen wurde immer wieder deutlich, wie wichtig es ist, den Akteur*innen in den Kliniken aufzuzeigen, dass eine Herausforderung und gleichzeitig Chance darin besteht, das passende Angebot zu finden. Dass bei der Konzeption der Weiterbildung bewusst auf eine Vielfalt von Möglichkeiten gesetzt wurde,

konnte in den Beratungen erklärt werden. Der Kammervorstand konnte sich bei den Terminen in die vorhandenen Strukturen eindenken und so leichter mit den Verantwortlichen in den Kliniken für diese individuelle Ideen entwickeln.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Eva John, Manuel Siegert, Dr. Christoph Sülz, Amelie Thobaben.

Geschäftsstelle

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

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



Liebe Kolleg*innen, liebe Kammermitglieder,

wenn Ihnen diese Ausgabe vorliegt, sollten die offiziellen Wahlergebnisse der gewählten Parteien und die Stimmenverteilungen bekannt sein. Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses können wir lediglich spekulieren, wie sich der neue Bundestag für die 21. Legislaturperiode sowie die neue Hamburgische Bürgerschaft zusammensetzen werden. Eines steht fest: Die Wahlergebnisse werden nicht nur die politische Landschaft unseres Landes prägen, sondern auch entscheidende Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik haben können. In Zeiten, in denen die Herausforderungen im Gesundheitswesen immer komplexer werden, ist es noch einmal mehr von Bedeutung, dass wir uns mit den Positionen der Parteien und Kandidierenden auseinandersetzen und uns mit unseren Forderungen für eine bessere psychotherapeutische Versorgung an die Politik richten.

Und genau das haben wir zum Jahresauftakt getan. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der Ärztekammer Hamburg und der apoBank haben wir die gesundheitspolitischen Sprecher*innen von Hamburgs Parteien zu einer Podiumsdiskussion eingeladen. Unter dem Titel „Zwischen ambulant und stationär: Wie erhalten wir eine bedarfsgerechte Versorgung in Hamburg?“ sprach Heike Peper gemeinsam mit

John Afful, Vorstandsvorsitzender der KVH, und Dr. Pedram Emami, Präsident der Ärztekammer, am 22. Januar 2025 mit den politischen Vertreter*innen über die Zukunft der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in unserer Stadt.

Neben dem Bericht über diese politische Diskussionsrunde möchten wir mit Ihnen auf weiter zurückliegende Hamburger Veranstaltungen blicken, denen wir aufgrund des ausführlichen Berichts über den 9. Psychotherapeut*innentag im PTJ 4/2024 erst mit dieser Ausgabe die verdiente Aufmerksamkeit schenken können. Lesen Sie unsere Artikel über die kammereigenen Fortbildungsveranstaltungen zu den Themen Post-Covid sowie Stalking, zur Allgemeinen Kammerversammlung und selbstverständlich auch über die vergangene Delegiertenversammlung.

Wir wünschen Ihnen eine abwechslungsreiche Lektüre.

Ihr Vorstand

Heike Peper (Präsidentin), Torsten Michels (Vizepräsident),
Dr. Thomas Bonnekamp, Dr. Claudia Gorba
und Kerstin Sude

Gemeinsame Diskussionsveranstaltung „Zwischen ambulant und stationär: Wie erhalten wir eine bedarfsgerechte Versorgung?“ am 22. Januar 2025

Wie steht es um die ambulante und stationäre Versorgung in Hamburg? Diese Frage stand im Fokus einer politischen Podiumsdiskussion, zu der die Psychotherapeutenkammer Hamburg gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der Ärztekammer und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) im Vorfeld der Hamburgischen Bürgerschaftswahl eingeladen hatten. Vor rund 200 interessierten Besucher*innen diskutierten Heike Peper, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hamburg, John Afful, Vorstandsvorsitzender der KVH, und Dr. Pedram Emami, Präsident der Ärztekammer Hamburg, mit den Vertreter*innen von SPD, Grüne, Linke, CDU und FDP.



*PTK-Präsidentin Heike Peper (vierte v. l.) mit den beiden eingeladenen Referentinnen und den gemeinsamen Gastgeber*innen ©KVH/Foto: Ralf Niemzig*

Zur Einstimmung gab es Zahlen und Fakten, u.a. präsentiert mit einem anschaulichen Kurzfilm der KVH zur Leistungsstärke der ambulanten Versorgung. Wussten Sie beispielsweise, dass an einem einzigen Tag in Hamburgs ärztlichen und psychothe-

rapeutischen Praxen fast 100.000 Patient*innen versorgt werden? Und obwohl täglich 5.710 Sitzungen in psychotherapeutischen Praxen in der Hansestadt durchgeführt werden, warten dennoch viele Menschen mit psychischen Erkrankungen teilweise monatelang auf einen Therapieplatz. Kann so von einer bedarfsgerechten Versorgung gesprochen werden?

Im Vorfeld der Podiumsdiskussion präsentierten Nicole Wortmann (apoBank) und Prof. Dr. Iris Kesternich (Universität Hamburg) weitere Daten zum aktuellen Versorgungssystem und dessen Entwicklung. Auch unter volkswirtschaftlicher Perspektive zeichneten die beiden Rednerinnen jeweils ein differenziertes Bild. So zählte Prof. Dr. Iris Kesternich am

Ende ihres Vortrages folgende konkrete Vorschläge für strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem auf: eine Stärkung der Rolle der Hausärzt*innen, eine bessere Integration von stationärem und ambulantem Sektor, größere organisatorische Einheiten wie Gruppenpraxen sowie das Reformieren der Notfallversorgung und von versicherungsfremden Leistungen. Diese Vordeurungen gaben erwartungsgemäß Anlass für die Podiumsteilnehmer*innen, ihre Positionen zu formulieren.

Mit Claudia Loss (SPD) und Dr. Gudrun Schittek (GRÜNE) saßen gleich zwei Politikerinnen auf dem Podium, die selbst im Gesundheitssystem tätig sind und einige der vorgetragenen Kritikpunkte bestätigten. Die als Stationsleitung im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand tätige Claudia Loss sagte, dass es ausreichend Kassensitze gäbe, diese aber ungleich in Hamburg verteilt seien. Die niedergelassene Gynäkologin Dr. Gudrun Schittek knüpfte an und forderte eine stärkere Steuerung der Patient*innen, beispielsweise in Form



*Es wurde lebhaft diskutiert. Politiker*innen und Vertreter*innen von KV und Kammern auf dem Podium.*

eines Primärarztmodells. Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU, Stephan Gamm, berichtete ebenfalls von Defiziten in der Versorgung und führte die langen Wartezeiten für fachärztliche Termine an, und Deniz Çelik (Linke) nannte die aktuelle Situation nicht nur nicht bedarfsgerecht, sondern auch ungerecht. In sozial benachteiligten Stadtteilen sei die ambulante Versorgung besonders mangelhaft. Für die FDP sprach deren Landeschefin Sonja Jacobsen, die ebenfalls eine stärkere Steuerung und klar definierte Zuständigkeiten z. B. von ambulantem und stationärem Sektor forderte.

Der Journalist Dirk Schnack führte fokussiert durch den Abend und schuf durch partielle Einbeziehung des Publikums eine lebendige Gesprächsatmosphäre. Den Schlusspunkt setzten die Veranstalter*innen und entließen die Politiker*innen mit ihren Forderungen an die Gesundheitspolitik. John Afful wünschte sich von der Politik grundsätzlich mehr Anerkennung dafür, was Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen täglich leisten, und mahnte eine stärkere Einbeziehung bei politischen Entscheidungen an. Dr. Pedram Emami gab zu bedenken, dass es einer breiteren gesellschaftlichen Diskussion darüber bedürfe, wie die Lösung von Versorgungsproblemen aussehen solle. Heike Peper betonte nochmals die Notwendigkeit einer Reform der Bedarfsplanung sowie flexiblere Behandlungsmöglichkeiten für Psychotherapeut*innen. Die Bürokratie müsse abgebaut und es müsse von der Politik ein stärkerer Fokus auf die Prävention gelegt werden.

KM/HP

II
II

Bericht von der 97. Delegiertenversammlung vom 20. November 2024



Geschäftsführerin Karen Walter und die Vorstandsmitglieder, aufgrund von Krankheit ausnahmsweise ohne Vizepräsident Torsten Michels.

Nach der Eröffnung der 97. Delegiertenversammlung (DV) begrüßte Kammerpräsidentin Heike Peper am 20. November 2024 die anwesenden Delegierten zur letzten Sitzung des Jahres im großen Konferenzraum der AlsterCity.

Berichte des Vorstandes

Mit Blick auf die seit der letzten DV im September 2024 durchgeführten Ver-

anstaltungen und Aktivitäten informierten die Vorstandsmitglieder u. a. zu den kammereigenen Fortbildungsveranstaltungen. Die Veranstaltung zum Thema „Stalking“ hatten die Psychotherapeutenkammern Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein erstmalig als gemeinsames Online-Angebot durchgeführt. Auch über den 9. Hamburger Psychotherapeut*innentag, der sich am 12. Oktober 2024 dem Thema Vielfalt in der Psychotherapie gewidmet hatte, sowie über den 45. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) in Berlin wurde ausführlich informiert.

Vorstandsmitglied Kerstin Sude berichtete als Sprecherin der BPTK-Kommission „Digitale Agenda“ u. a. zum Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG) und zur Elektronische Patientenakte (ePA). Auch das in der letzten DV bereits intensiv diskutierte Thema der videoassistierten Psychotherapie mit den damit verbundenen berufsrechtlichen

Fragen wurde nochmals aufgegriffen. Heike Peper schloss den Bericht des Vorstandes mit einem Überblick über die für 2025 geplanten Veranstaltungen ab.

Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitskreise

An die Vorstandsberichte schlossen sich die Berichte aus den Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitskreisen an. Die Delegierten erhielten so einen aktuellen Überblick über die bisherige und aktuelle Gremienarbeit.

Geschäftsführerin Karen Walter berichtete aus der Geschäftsstelle zur Weiterentwicklung des Internen Mitgliederbereichs (IMB) und informierte, dass die Beitragserhebung auf Grundlage der geänderten Beitragsordnung nun bereits zum zweiten Mal digital gestartet sei.

Ordnungen und Änderungsanträge

Auf der Tagesordnung stand außerdem die Beschlussvorlage über die 5. Änderungssatzung zur Entschädigungs- und Reisekostenordnung. Unter Berücksichtigung von mehreren Abstimmungen zu Änderungsanträgen, wurde die 5. Änderungssatzung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung beschlossen und trat am 7. Januar 2025 in Kraft.

Umsetzung der Weiterbildung in Hamburg

Heike Peper gab einen Überblick zu aktuellen Aktivitäten zur Umsetzung der neuen Weiterbildung auf Landes- und Bundesebene.

Die neue Weiterbildungsordnung PP/KJP war mittlerweile von der Aufsichtsbehörde genehmigt und auf der Website der PTK Hamburg veröffentlicht worden. Dort sind auch die entsprechenden Antragsformulare hinterlegt. Zudem gebe es erste Anträge für die



Gemeinsam blickten Vorstand und Delegierte am 22. November 2024 mit den geplanten Terminen auf das kommende Jahr.

Anerkennung im Weiterbildungsbereich „Sozialmedizin“.

Verschiedenes

Die Delegierte Canan Baskin berichtete, dass sie vor dem Hintergrund der anstehenden Bundestags- und Bürgerschaftswahlen zunehmend Sorgen und Ängste bei Menschen aus gesellschaftlich marginalisierten Gruppen wahrnehme, sie sprach die psychischen Belastungen und existentiellen Bedrohungsgefühle durch diskriminierende Erfahrungen und ras-

sistische Angriffe an. Insofern bestehe die Bitte an den Vorstand, sich weiterhin und verstärkt für diese Themen – analog zur Arbeit des Ausschusses Diversität und Antidiskriminierung – einzusetzen. Im Namen des Vorstandes sagte Heike Peper dies ausdrücklich zu.

Heike Peper bedankte sich zum Abschluss bei allen Delegierten für die interessierte und engagierte Beteiligung und beendete die letzte Delegiertenversammlung der PTK Hamburg im Jahr 2024.

WH/KM

Rückblick auf die Allgemeine Kammerversammlung am 6. November 2024

Der Vorstand hatte am 6. November 2024 alle Mitglieder zur jährlich stattfindenden Kammerversammlung eingeladen, um über die aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Themen, die die Kammer im Verlauf des letzten Jahres beschäftigt hatten, und die entsprechende Gremienarbeit zu berichten. Die im Heilberufekammergesetz vorgeschriebene Versammlung fand in einem Online-Format statt.

Abwechselnd berichteten die Vorstandsmitglieder zu aktuellen Themen wie Digitalisierung, Klima, Qualitätssicherung, Notfallversorgung und Umsetzung der neuen Weiterbildung für Psychotherapeut*innen in Hamburg und standen für Fragen zur Verfügung. Außerdem wurden die neuen Ausschüsse „Diversität und Antidiskriminierung“ sowie „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ vorgestellt.

Geschäftsführerin Karen Walter endete mit dem Bericht der Geschäftsstelle und stellte die Neuigkeiten im Internen Mitgliederbereich (IMB) vor.

Heike Peper nutzte die Allgemeine Kammerversammlung, um ihren herzlichen Dank an alle ehrenamtlich tätigen Gremienmitglieder und die Geschäftsstelle auszusprechen.

KM/HP

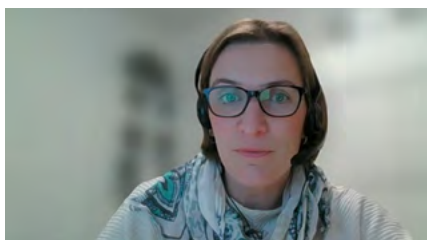
Kammerübergreifende Fortbildung am 4. November 2024 zum Thema Stalking

Die Psychotherapeutenkammern Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Bremen und Hamburg („Nordkammern“) hatten erstmalig zu einer gemeinsamen Online-Fortbildungsveranstaltung mit dem Titel „Stalking – Umgang und Beratung“ eingeladen. Das von Hamburg federführend organisierte Webinar war der Auftakt einer kam-

merübergreifenden Veranstaltungsreihe.

Mehr als 660 interessierte Kolleg*innen hatten sich eingewählt, um dem Vortrag der Referentin Kristina Lühr zu folgen. Die Psychologische Psychotherapeutin, Dozentin und Supervisorin ist stellvertretende Leiterin der Bera-

tungsstelle Opferhilfe Hamburg. Fachlich versiert gab sie einen Überblick über Prävalenz, Definition und Dynamik von Stalking und beschrieb dessen mögliche psychische und soziale Folgen. Stets mit Praxisbezug sensibilisierte die Referentin für das Thema und stellte Strategien zum Umgang mit Stalking sowie zur Unterstützung Be-



Referentin Kristina Lühr freute sich am 4. November 2024 über das große Interesse.

treffener vor. Als besonders hilfreich wurden die konkreten Tipps und die

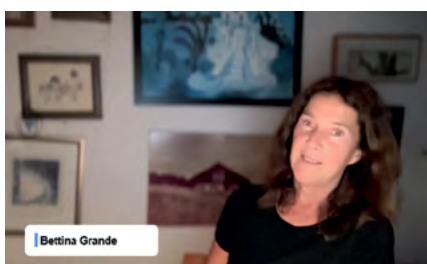
Nennung weiterer Informationsmöglichkeiten rückgemeldet.

Torsten Michels, Vizepräsident der PTK Hamburg, war in seiner Funktion als Vorsitzender der Beschwerdekommision der Kammer kompetenter Ansprechpartner zu konkreten berufsrechtlichen Fragen – insbesondere in den Fällen, in denen Psychotherapeut*innen selbst von Grenzüberschreitungen durch Patient*innen betroffen sind.

Nach informativen 90 Minuten endete die digitale Fortbildungsveranstaltung, die über die Ländergrenzen hinweg für viel Interesse sorgte. Heike Peper dankte Kristina Lühr für ihren engagierten Vortrag und stellte wie viele der Teilnehmenden fest, dass ein Thema wie Stalking ohne Weiteres auch eine längere Veranstaltung gerechtfertigt hätte.

KM/HP

Online-Fortbildungsveranstaltung vom 25. September 2024 zu Post-COVID und ME/CFS



Bettina Grande gab einen fundierten Überblick und erhielt viel positives Feedback für ihren interessanten Vortrag.

Kammerpräsidentin Heike Peper begrüßte am Abend des 25. September 2024 mehr als 300 Teilnehmer*innen zur digitalen Fortbildungsveranstaltung „Die Rolle der Psychotherapie in der Versorgung von Patient*innen mit Post-

COVID und ME/CFS“. Als Referentin war die bundesweit gefragte Expertin Bettina Grande gewonnen worden, die als Psychologische Psychotherapeutin eine Schwerpunktpraxis für Patient*innen mit Post-COVID und ME/CFS in Heidelberg betreibt.

Bettina Grande gelang es, in Kürze in das komplexe Thema einzuführen und auf anschauliche und teils beklemmende Weise aufzuzeigen, wie Patient*innen mit Post-COVID-Syndrom (PCS) und seiner schwersten Folge, der Myalgischen Enzephalomyelitis/dem Chronischen Fatigue-Syndrom (ME/CFS), sowohl körperlich als auch psychisch belastet sind.

Die Symptome von ME/CFS werden trotz der zunehmenden Zahl Betroffener immer noch häufig nicht erkannt, nicht ernst genommen oder etwa als Folgen von Depressionen, Angststörungen und anderem umgedeutet und zu Lasten der Betroffenen psychologisiert, aber auch mit anderen somatoformen Störungen verwechselt.

Mit ihrem virtuellen Vortrag hat Bettina Grande aufgezeigt, dass Psychotherapeut*innen hier einen wichtigen Beitrag bei der Verarbeitung und dem Umgang mit der Erkrankung leisten können und stellte ganz konkret die „Dos and Don'ts“ in der psychotherapeutischen Arbeit dar.

KM/HP

Ankündigungen zu Bekanntmachungen

Folgende Neufassungen bzw. Änderungssatzungen unserer Ordnungen und Satzungen sind bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe verabschiedet, in Kraft getreten und online auf der Kammerwebsite bekannt gemacht worden:

- **Änderungssatzung Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ab 07.01. 2025)**

Den aktuellen Stand können Sie jederzeit online unter <https://ptk-hamburg.de/aktuelles/amtliche-bekanntmachungen> nachlesen.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Wiebke Heinzl, Kirsten Maaß, Torsten Michels, Heike Peper, Karen Walter.

Fotos: sofern nicht anders angegeben
PTK Hamburg

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

wenn Sie diese Ausgabe lesen, werden die Weichen bereits gestellt sein. Wir werden das Ergebnis der Bundestagswahl kennen und wissen, in welche Richtung sich unser Land nun entwickeln wird. Aus meiner jetzigen Perspektive bleibe ich zuversichtlich. In der Luft liegt jede Menge Unsicherheit. Dennoch machen hunderttausende Menschen Mut, die dieser Tage auf den Straßen Deutschlands gegen Rechts und für die Demokratie demonstrieren – von der kleinen Kreisstadt bis zur Metropole.

Auch wir als Kammer haben seit der bedenklichen Entwicklung des politischen Klimas Anfang 2024 immer wieder klar Position für

die Demokratie bezogen – zum einen weil wir als Psychotherapeutenkammer Hessen an die Verfassung gebunden sind und damit die freiheitlich-demokratische Grundordnung unser Handeln bestimmt, zum anderen – und diesen Punkt möchte ich insbesondere als Präsidentin der PTK Hessen hervorheben – weil „Diffamierungen, Stigmatisierungen, Diskriminierungen, Antisemitismus und Rassismus [...] den gesellschaftlichen Zusammenhalt und darüber hinaus auch die psychische Unversehrtheit und Gesundheit oder sogar das Leben [...] gefährden.“ So lautet ein Zitat aus der Resolution des Deutschen Psychotherapeutentags im Frühjahr 2024. Vergebens sucht man in den Programmen und im Handeln mancher Partei nach diesen Aspekten. Mit großer Enttäuschung habe ich im Wahlkampf viele Reden verfolgt, in denen die psychische Gesundheit unserer Gesellschaft eine untergeordnete oder auch gar keine Rolle spielt.

Umso mehr ist dies Anlass für uns als Vertretung des Berufsstandes und auch für mich persönlich als Präsidentin, weiterhin mit voller Kraft für ein Bewusstsein zu kämpfen – in der breiten Öffentlichkeit, aber eben auch in der Politik.

Unabhängig davon, wer nun die Regierung bildet, heißt es für uns: Alles auf Anfang. Aufgrund des Ampel-Zerfalls ist die dringend notwendige Anpassung der Bedarfsplanung, vor allem auch im Kinder- und Jugendbereich, auf der Strecke geblieben. Die Freude im Herbst 2021, als das Thema im Koalitionsvertrag aufgenommen wurde, ist ziemlich genau drei Jahre später mit dem Aus der Regierung purer Enttäuschung gewichen. Zudem ist die gesetzliche Regelung zur Finanzierung der neuen Weiterbildung ausgeblieben. Das ist unglaublich bitter für unseren Nachwuchs und gefährdet darüber hinaus die zukünftige Versorgung unserer Patient*innen. Doch wir lassen uns nicht entmutigen und treten für die Interessen unseres Berufsstandes und eine bessere psychotherapeutische Versorgung weiter ein!

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

Bye-bye, „X“! Hello „Instagram“ und „Bluesky“!

Die Psychotherapeutenkammer Hessen steht für Vielfalt, Respekt und eine offene und respektvolle demokratische Gesellschaft. Sich klar zu diesen Werten zu positionieren, ist wichtiger denn je. Genau deshalb hat die PTK Hessen gemeinsam mit den Landeskammern, dem Bündnis Kammern in Hessen und auch im Rahmen der Delegiertenversammlung 2024 wiederholt ein starkes Zeichen für die Demokratie gesetzt und sich deutlich gegen Diskriminierung, Hass und Hetze ausgesprochen.



Hinweis: Hier sehen Sie unser schönes neues Design – das könnte Ihnen jetzt öfter begegnen.

Eine logische Konsequenz daraus ist der Abschied von der Social-Media-Plattform „X“. Wir haben festgestellt: Deren Entwicklung in Bezug auf politische Ausrichtung und Klima ist nicht mit diesen Werten vereinbar.

Rund um die Arbeit der Kammer, Entwicklungen im Berufsstand, Veranstaltungen und vieles mehr halten wir Sie jetzt via Instagram und Bluesky auf dem Laufenden. Folgen Sie uns!

Nachruf

Ehemaliges Vorstandsmitglied Robert Schmidtner verstorben

Mit großer Trauer nehmen wir Abschied von unserem Kollegen, Freund und Mentor, der viel zu früh von uns gegangen ist. Robert Schmidtner war ein herausragender Psychotherapeut, dessen Wirken weit über seine unmittelbare berufliche Tätigkeit hinausging. Als niedergelassener Psychotherapeut in einem von ihm gegründeten psychotherapeutischen Versorgungszentrum hatte er sich über Jahre hinweg einen exzellenten Ruf erarbeitet. Mit großem Einsatz war er für seine Patient*innen da, die er mit Empathie, Fachkompetenz und einem unerschütterlichen Engagement in ihrer persönlichen und emotionalen Entwicklung unterstützte. Er verstand es wie kaum ein anderer, Vertrauen aufzubauen, Zuversicht zu entwickeln und Menschen auf ihrem Weg der Heilung zu begleiten.

Neben seiner Arbeit als Therapeut war er auch berufspolitisch sehr engagiert. Von 2011 an war er Delegierter der Psychotherapeutenkammer Hessen (PTK Hessen) und war hier zunächst vor allem für die Bereiche Finanzen und Sozialrecht zuständig. Von 2016 bis 2021 war er Mitglied des Kammervorstands und übernahm Ressortverantwortung für die Bereiche „Psychotherapeut*innen in Ausbildung und Neuapprobierte“, Sozialrecht, Forensik und Datenschutz. Über seine ehrenamtliche Tätigkeit in der Kammer hinaus war er auch in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen und in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aktiv: als Mitglied der Vertreterversammlung und als Beauftragter des Vorstandes der KV Hessen für Psychotherapie sowie als Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie. In der KBV war

er Mitglied der Vertreterversammlung und des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie.

All diese Funktionen und Aufgaben spiegeln sein Engagement, seine Expertise in der berufspolitischen Arbeit wider sowie seinen Einsatz für die Belange seiner Kolleg*innen. Durch sein Wirken trug er maßgeblich dazu bei, die berufspolitischen Rahmenbedingungen zu verbessern und die Rechte der Psychotherapeut*innen zu stärken. Dabei war er nie bloß Mitläufer, sondern jemand, der mutig und mit Weitblick die berufspolitische Landschaft mitgestaltete und sich nicht scheute, seine Meinung mit einer klaren Haltung in den politischen Diskurs einzubringen.

Sein Wissen und seine Erfahrung gab er nicht nur in seiner therapeutischen Praxis weiter, sondern auch als Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter in verschiedenen Ausbildungsinstituten. Über viele Jahre begleitete er Generationen von Auszubildenden, die ihn als fachlich versierten Lehrer und auch als Menschen sehr schätzten. Als Supervisor verstand er es meisterhaft, junge Kolleg*innen zu fördern und ihnen wichtige Impulse für ihre berufliche Entwicklung zu geben. Dabei war er ein geduldiger und einfühlsamer Begleiter, der die Vielfalt menschlicher Erfahrungen mit Respekt und Wertschätzung behandelte. Viele Kolleg*innen, die das Privileg hatten, unter seiner Anleitung zu lernen, verdanken ihm wertvolle Impulse und tiefgreifende Erkenntnisse, die sie in ihrer eigenen psychotherapeutischen Arbeit weitertragen.

Seine fachliche Kompetenz, seine Klugheit, sein Humor und sein Ver-



antwortungsgefühl prägten nicht nur die Menschen, mit denen er direkt zusammenarbeitete, sondern auch das gesamte berufliche Umfeld. Er war ein geschätzter Kollege, auf dessen Rat und Unterstützung man zählen konnte – mit dem man leidenschaftlich streiten und herzlich lachen konnte. Seine authentische Art und sein Engagement machten ihn zu einer inspirierenden Figur und zu einem wichtigen Mitglied der psychotherapeutischen Gemeinschaft, sowohl in der Ausbildung und Praxis als auch in der Berufspolitik.

Sein Verlust hinterlässt eine große Lücke in unserem Leben und in der beruflichen Welt. Sein viel zu früher Tod lässt uns bestürzt und sehr traurig zurück. Wir werden ihn als Kollegen und Menschen sehr vermissen. Unsere Gedanken und unser tiefes Mitgefühl gelten seiner Familie, die einen wichtigen Menschen verloren hat. Wir wünschen ihnen viel Kraft und Trost, um diesen schmerzlichen Verlust zu tragen.

In stillem Gedenken an einen herausragenden Psychotherapeuten und wertvollen Menschen, der in unserem Herzen weiterlebt.

Gedenken

Wir gedenken außerdem unserer verstorbenen Kollegin:

Gabriele Blank, Bad Vilbel

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring,
Laura Speinger

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0, Fax: -29
presse@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Ein Blick auf bewegte Zeiten: Die Wahlperiode 2020–2025



Der Vorstand im April 2023

Eine weitere Legislaturperiode geht in diesem Frühjahr zu Ende – und sie war zumindest zeitweise eine der herausforderndsten seit Bestehen der Kammer.

Wir schauen zurück auf die letzten fünf Jahre, die wie im Flug vorbeigezogen sind. Es waren bewegte Zeiten, geprägt von Krisen und Umbrüchen, aber auch von viel positivem Wandel.

Es folgen ein paar Schlaglichter auf die prägnantesten Geschehnisse aus unserer Sicht als Vorstand der Kammer. Dies soll keinem Rechenschaftsbericht gleichen. Daher laden wir Sie – unsere Mitglieder – ebenfalls zum Reflektieren ein.

Start mit vielen Fragezeichen

Was diese Legislatur wohl mit am meisten beeinflusst hat, war die Corona-Pandemie und was diese in jeglichen Bereichen, sei es privat oder beruflich, mit sich gebracht hat. Kaum war die Wahl zur Kammerversammlung be-

endet, konnte sich diese aufgrund der Kontaktbeschränkungen erst gar nicht konstituieren. Direkt zu Beginn wurden wir mit der Frage konfrontiert: Was nun? Wie soll die Kammerarbeit unter diesen Bedingungen aufgenommen werden?

Der digitale Raum

Für ein erstes Kennenlernen trat die neu gewählte Kammerversammlung im gänzlich neuen, digitalen Format



Zunächst kontaktlos: Präsident Roman Rudyk hinter den Kulissen ...

zusammen, bis die Corona-Verordnung es schließlich zuließ, am 20. Juni 2020 eine Präsenz-Kammerversammlung mit strengen Auflagen abzuhalten. Es dauerte, bis sich alles zurechtgerückt hatte, alle kommenden Sitzungen von Ausschüssen und Kommissionen wurden ausschließlich online abgehalten, andere Veranstaltungen und Seminare mussten in den digitalen Raum verlegt werden. Und obwohl der persönliche Kontakt lange auf ein Minimum reduziert war, hat die Profession die berufspolitische Arbeit unter neuen Bedingungen stets aufrechterhalten.



... dann auf Abstand: Konstituierende Kammerversammlung am 20. Juni 2020

Pandemie als Wendepunkt in der Kommunikation

Vernetzung und Austausch hatten schon immer eine große Bedeutung für die Kammer, zu Pandemiezeiten hat insbesondere der regelmäßige Informationsfluss einen noch höheren Stellenwert erlangt. Damit wurde auch die Verzahnung von Haupt- und Ehrenamt zunehmend wichtiger. Denn eine Sonderverordnung jagte die nächste, mit direkten Auswirkungen auf den Praxisalltag. Daher wurde die Frequenz an Newslettern – damals noch „Kammertelegramme“ – deutlich erhöht. Um der Herausforderung gerecht zu werden, unsere Mitglieder stets auf dem Lau-

fenden zu halten, wurde 2021 in der Geschäftsstelle schließlich eine neue Stelle für die Kommunikation geschaffen, wodurch unter anderem auch die Website durch einen Relaunch im Jahr 2022 sowohl für Mitglieder als auch Ratsuchende fest als Informationsquelle etabliert wurde. Auch im Vorstand gab es 2021 Zuwachs, um den gestiegenen Arbeitsanforderungen gerecht zu werden: Mit Dr. Kristina Schütz wurde dieser auf sechs Köpfe erweitert.

Klima als neues Thema

Die Auswirkungen der Klimakrise auf die psychische Gesundheit ist als Thema zunehmend relevant für die Kammer geworden. Neben einer neu gegründeten Kommission Klima und einem eigenen Kammertag, bei dem u. a. Lea Dohm (KLUG) referierte, lud die Kammer mehrere politische Vertreter*innen zu einer Fachveranstaltung „Klima und Psyche“ ein, um die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Kompetenz zu verdeutlichen.

Einfluss und Sichtbarkeit auf politischer Ebene

Neben dem Kontakt zu unseren Mitgliedern konnte auch die Vernetzung zur politischen Ebene aufrechterhalten werden. Sowohl mit dem Niedersächsischen Gesundheitsministerium – trotz zwischenzeitlichem Führungswechsel – als auch mit verschiedenen Landtagsabgeordneten wurden neue Kontakte aufgebaut und bestehende verstetigt, u. a. durch gemeinsame Veranstaltungen oder regelmäßigen, bilateralen Austausch. Die Profession mit ihren Positionen in Gesetzen sichtbar zu machen, war und ist Teil dieser Ver-



Demonstration in Berlin am 6. Juni 2024 zur Finanzierung der Weiterbildung

netzung. Zumal die Reform des Psychotherapeutengesetzes am 1. September 2020 – kurz nach Konstituierung der neuen Kammerversammlung und mitten im Corona-Chaos – den gesamten Berufsstand vor neue Herausforderungen stellte, denen begegnet werden musste.

Fachpsychotherapeutische Weiterbildung als die große Herausforderung

Die Umstrukturierung der Psychotherapieausbildung hin zur fachpsychotherapeutischen Weiterbildung war ein lang überfälliger Schritt. Leider ist die Politik bis heute, fünf Jahre nach der Reform, ihrer Verpflichtung zu einer gesetzlich gesicherten Finanzierung der Weiterbildung nicht nachgekommen – nicht zuletzt aufgrund der gescheiterten Regie-

rungskonzeption. Umso wichtiger ist eine starke Stimme in der Öffentlichkeit: Durch Demonstrationen, Pressearbeit und Gespräche mit Politiker*innen wurde die Finanzierungsfrage insbesondere in den vergangenen Monaten mehr ins Blickfeld von Politik und Gesellschaft gerückt. In Niedersachsen ist es uns ein wichtiges Anliegen, vor allem eine gute Vernetzung zu Studierenden und Universitäten voranzutreiben, um gemeinsam an einem Strang zu ziehen. Positiv zu benennen ist, dass wir 2024 die erste Weiterbildungsstätte im stationären Bereich zugelassen haben und seitdem weitere gefolgt sind. Das Antragsaufkommen ist trotz der Unsicherheiten hoch. Wir dürfen gespannt bleiben, wie die neue Bundesregierung mit dieser Thematik umgeht. Als Profession bleiben wir dran – mit vereinten Kräften.

Gina Briehl

Politisches Treffen bei der AWO Braunschweig

Auf Einladung von Rifat Fersahoglu-Weber, Vorsitzender des Vorstands des AWO-Bezirksverbands Braunschweig, besuchten der Vizpräsident der PKN, Jörg Hermann und PKN-Vorstandsmitglied Dr. Kristina Schütz am 30. Oktober 2024 den AWO-Campus. Im ersten Teil des Treffens informier-

ten Dr. Kristina Schütz und Jörg Hermann die Gesprächspartner*innen der AWO über die Möglichkeit, einen Teil der neuen fachpsychotherapeutischen Weiterbildung auch in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe absolvieren zu können. Die Ausführungen stießen auf großes Interesse – es ergab

sich ein lebhaftes Gespräch sowohl über die Chancen, die sich aus dieser Option ergeben, als auch über die notwendigen Schritte auf dem Weg, Weiterbildungsstätte zu werden. Für den zweiten Teil des Besuchs war ein Gespräch mit Dr. Christos Pantazis, Mitglied im Gesundheitsausschuss des

Bundestages, verabredet. Hierbei war die Finanzierung der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung zentrales Thema. In einem intensiven und konstruktiven Austausch nahm Dr. Christos Pantazis die Positionen unserer Professionen interessiert zur Kenntnis und bot Unterstützung an, die jedoch unter dem Vorbehalt des Fortbestands der Ampel-Koalition stand. Dass dieser Vorbehalt schwer wiegen sollte, stand zum Zeitpunkt des Gesprächs noch nicht abschließend fest und die inzwischen eingetretenen Ereignisse haben das angestrebte Ergebnis des Gesprächs deutlich geschmälert. Dennoch ist es in dem erfolgreichen Aus-



Christos Pantazis, Dr. Kristina Schütz, Jörg Hermann und Rifat Fersahoglu-Weber (v. l. n. r.)

tausch gelungen, über die Angebote und die damit verbundenen Anliegen unserer Profession in den verschiede-

nen Versorgungsbereichen zu informieren.

Jörg Hermann

Weiterbildung: Informationsveranstaltung an der Universität Göttingen



Die Teilnehmenden blicken positiv auf die sich weiterentwickelnde Vernetzung.

Unter dem Titel „Psychotherapeutische Weiterbildung in der Krise“ lud die PsyFaKo e.V. am 12. Dezember 2024 zu einer Informations- und Diskussionsveranstaltung an der Universität Göttingen ein, um einen Raum für Fragen, Unsicherheiten und Austausch zu schaffen. Im Gespräch mit Studierenden, universitätsinternen Lehrenden und der Kammer wurde diskutiert, was die ungeklärte Finanzierungsfrage für Studierende

und Absolvent*innen bedeutet und wie der aktuelle Stand der Debatte ist. Für die PKN war Vorstandsmitglied Dr. Kristina Schütz vor Ort. „Die Vernetzung zwischen Studierenden und der Kammer im Rahmen solcher Austauschformate ist sehr wertvoll und sollte auf jeden Fall fortgeführt werden – darin sind sich alle einig“, resümiert Dr. Schütz.

Gina Briehl

Vielfältige Themen auf der Berufsrechtskonferenz in Hannover

Die Kammerjurist*innen, Mitglieder der Beschwerdestellen und Präsident*innen der Landeskammern trafen sich am 31. Januar 2025 im Luisenhof in Hannover, um über aktuelle Themen des Berufsrechts in den Austausch zu kommen. Seitens der bayerischen Kammer wurden die Themen „Zusammenarbeit von Psychotherapeut*innen und Heilpraktiker*innen“ sowie „Heilpraktiker*innen und Psychotherapeut*innen in einer Person“ eingebracht. Im ärztlichen Recht besteht hier eine Unvereinbarkeit und auch die Musterberufsordnung sieht ein Kooperationsverbot z. B. im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft vor.

Anschließend folgte ein Vortrag der Rechtsanwältin Katharina Vogtmeier zum Thema „ePA: Herausforderungen



Katharina Vogtmeier und Roman Rudyk

für das Berufsrecht“. Insbesondere im Bereich der Behandlung von Kindern

und Jugendlichen sind zahlreiche Problematiken bisher vom Gesetzgeber nicht berücksichtigt worden. Die Fragen nach Zugriffsrechten, wie in speziellen Fällen die Schweigepflicht gewährleistet werden kann, aber auch wie es sich mit Erwachsenen in Betreuungsverhältnissen verhält, sind bislang ungeklärt. Einigkeit besteht darin, dass eine gute Aufklärung der Patient*innen elementar ist.

Matthias Vestring, Justiziar der PKN, stellte eine zweitinstanzliche Entscheidung bzgl. Berufsunwürdigkeit vor. In einem über viele Jahre geführten Verfahren wurde trotz unbestrittener, schwerwiegender Vorwürfe keine Berufsunwürdigkeit ausgesprochen. Die Teilnehmer*innen diskutierten über ihre Erfahrungen mit Gerichten und Approbationsbehörden in solchen Fällen, in

einigen Fällen werden ähnlich unzufriedenstellende Situationen berichtet.

In der weiteren Diskussion wurden noch folgende Fragen besprochen: Wie soll mit Approbierten nach neuem Recht umgegangen werden, die keine Weiterbildungsstelle finden? Was ist die Rolle der Kammern bei Beschwer-

den im Rahmen familiengerichtlicher Verfahren? Wie ist in Bezug auf die aktuellen Sicherheitsproblematiken der Telematikinfrastruktur (TI) zu reagieren? Darüber hinaus wurde die Überarbeitung der Berufsordnungen in Bezug auf sozialrechtliche Änderungen im Bereich der Videobehandlung besprochen sowie über Empfehlungen zur

beruflichen Nutzung von Social Media diskutiert.

Die nächste Berufsrechtskonferenz wird am 30. Januar 2026 von der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ausgerichtet.

Daniel Nowik

Die Kammer im Expertengespräch

Vielleicht kennen Sie bereits unsere Interviewreihe, in der wir regelmäßig mit Expert*innen zu spannenden berufs- und kammerpolitischen Themen ins Gespräch kommen.

Seit dem ersten Teil im Oktober 2022 mit Kammerpräsident Roman Rudyk (Depressionen – eine heilbare Krankheit?) wurde die Reihe stetig fortge-

führt: von Klimawandel & Psyche über Suizidprävention & Krisenintervention bis hin zu Psychoonkologie, Sozialmedizin oder Kunstfehler im psychotherapeutischen Kontext präsentieren wir einen bunten Strauß an Themen, die aus der Praxis für die Praxis entstanden sind und noch entstehen werden.

Bei Interesse schauen Sie auf unserer Website vorbei.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre!

→ www.pknds.de/aktuelles/interviews

Bekanntmachung

Verabschiedung des Haushaltsplans der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für das Haushaltsjahr 2025

Die Delegierten der Kammerversammlung haben auf der Sitzung am 26.10.2024 den Haushaltsplan für das Jahr 2025 in Höhe von 2,67 Millionen Euro genehmigt.

Der Haushaltsplan steht ausschließlich den Mitgliedern der PKN zu Verfügung. Wenn Sie den Haushaltplan einsehen möchten, schicken Sie bitte eine E-Mail an info@pknds.de mit dem Betreff „Haushaltsplan“. Sie erhalten dann eine verschlüsselte Datei sowie in einer zweiten E-Mail das entsprechende Passwort.

Hannover, den 13.02.2025

Roman Rudyk
Präsident

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304–30
Fax: 0511/850304–44
info@pknds.de
www.pknds.de

2. Sitzung der 6. Kammerversammlung am 23. November 2024

Die 6. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen kam am 23. November 2024 zu ihrer 2. Sitzung in dieser Amtsperiode zusammen. Andreas Pichler, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, begrüßte die Kammerversammlungsmitglieder und als Gäste die Sprecherin und die Sprecher der PiA-Vertretung NRW (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung). An die zum Sitzungstermin verhinderte Vertretung der Psychologie Fachschaften Konferenz (PsyFaKo) entrichtete er Grüße und Dank für ihre Aktivitäten zur Finanzierung der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin/zum Fachpsychotherapeuten. Dem Team der Geschäftsstelle dankte er für die umfassende Sitzungsvorbereitung.

Bericht des Vorstands

In einem Nachruf würdigte Andreas Pichler den im September 2024 verstorbenen Johannes Broil. Die Kammerversammlungsmitglieder gedachten ihres Kollegen in einer Schweigeminute. Dem mündlichen Vorstandsbericht stellte Andreas Pichler den Aufruf voran, als Profession in gesellschaftlich und politisch unruhigen Zeiten aktiv für Demokratie, gegenseitigen Respekt



Andreas Pichler

und Vielfalt einzustehen. Vorstandsmitglied Bettina Meisel informierte über die Verleihung des Diotima-Ehrenpreises 2024 an Peter Lehndorfer und Prof. Dr. Silvia Schneider. Andreas Pichler berichtete, dass dem im August 2024 neu gewählten Vorstandsteam ein guter Arbeitsstart gelungen sei. Oliver Kunz aus dem Vorstand beschrieb die erfolgreiche Mitarbeit der Kammer an der Fortschreibung des Landespsychiatrieplans NRW. Zum Abschluss des

mündlichen Berichts ging Vorstandsmitglied Elisabeth Dallüge auf das Engagement des Vorstandes für eine angemessene tarifliche Eingruppierung von angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein und unterstrich die Bedeutung von gewerkschaftlichem Engagement. In der Aussprache auch zum schriftlich vorgelegten Vorstandsbericht dankten die Kammerversammlungsmitglieder dem Vorstand für seine breit gefächerten Aktivitäten. Es sei erfreulich, dass trotz des großen personellen Wechsels bereits vieles in Angriff genommen werden konnte.

Die Kammerversammlungsmitglieder befassten sich in ihrer Sitzung ausführlich mit der Umsetzung des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) in der ambulanten Psychotherapie. Martin Zange, Sprecher der von der Kammer eingesetzten Kommission „QS-Erprobung NRW“, stellte die bisherige Kommissionsarbeit und die weiteren Ziele vor. Vorstandsmitglied Oliver Kunz berichtete, dass der Vorstand mit allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren in Kontakt stehe und darauf hinwirke, in die relevanten Prozesse und Gremien zum QS-Verfahren eingebunden zu werden. Er betonte zugleich, dass der Berufsstand sich nicht gegen Qualitäts-



Bettina Meisel



Oliver Kunz



Elisabeth Dallüge

sicherung in der Psychotherapie stelle und auch entsprechende Maßnahmen umsetze. Das vom Gesetzgeber geplante Verfahren sei jedoch aus vielerlei Gründen ungeeignet. In der Diskussion vertieften die Kammerversammlungsmitglieder ihre Überlegungen zum Umgang mit diesem Thema.

Die Kammerversammlung beschloss zusätzlich zu zwei bereits aktiven Ausschüssen sechs weitere Ausschüsse für die Amtsperiode 2024 bis 2029 einzurichten und wählte deren Mitglieder und Stellvertretungen (s. hierzu auch www.ptk-nrw.de, Rubrik „Kammer“).

Kammerhaushalt

Andreas Pichler informierte über die Ausgaben und Einnahmen der Kammer im Jahr 2023 und die Entwicklung der Rücklagen. Dem positiven Votum des

Finanzausschusses folgend nahm die Kammerversammlung den Jahresabschluss an. In einer weiteren Abstimmung entlastete sie den Vorstand für das Geschäftsjahr 2023. Fortführend stellte der Präsident den Haushaltsplan für das Geschäftsjahr 2025 vor. Auch hier folgte die Kammerversammlung der Empfehlung des Finanzausschusses und nahm den Haushaltplan 2025 an.

In einem weiteren Tagesordnungspunkt beschloss die Kammerversammlung die Novellierung der Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (WBO PP/KJP). Kammerpräsident Andreas Pichler und Barbara Lubisch, Vorsitzende im Aus-

schuss „Fort- und Weiterbildung“, erläuterten, dass mit den vorgeschlagenen Änderungen die Entscheidungen des Deutschen Psychotherapeutenges (DPT) zur Muster-Weiterbildungsordnung für PP und KJP auf Landesebene nachvollzogen werden sollen. Nach intensivem Austausch insbesondere zu der Bedeutung der zeitnah umzusetzenden Anpassungen für die Gesprächspsychotherapie votierten die Kammerversammlungsmitglieder geschlossen für die Novellierung der WBO PP/KJP.

Weitere Tagesordnungspunkte waren Informationen zum Arbeitskonzept des Ausschusses „Fort- und Weiterbildung“, die Wahl eines Delegierten der Kammer zum DPT und die Verabschiedung von Resolutionen. Die Texte der Resolutionen können auf www.ptk-nrw.de im Pressebereich nachgelesen werden.

20. Jahreskongress Wissenschaft Praxis am 9. und 10. November 2024

Der Jahreskongress Wissenschaft Praxis, den der Hochschulverband Psychotherapie NRW und die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen jedes Jahr gemeinsam ausrichten, fand 2024 zum 20. Mal statt. Mehr als 200 Interessierte besuchten den Kongress am 9. und 10. November 2024 in Bochum.

Kongressleiterin Prof. Dr. Silvia Schneider begrüßte die Teilnehmenden und blickte auf die Anfänge und die Entwicklung der Veranstaltung. Man habe im Laufe der Zeit zunehmend mehr Workshops anbieten können und steigende Anmeldezahlen verzeichnet. Auch inhaltlich sei der Kongress kontinuierlich gewachsen. Heute biete er eine große Bandbreite an klassischen und innovativen psychotherapeutischen Themen. Prof. Dr. Silvia Schneider dankte dem Kongressgründer Prof. Dr. Dietmar Schulte, der als Gast die Eröffnungsveranstaltung im Plenum verfolgte, herzlich für seine Initiative.

Andreas Pichler, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, sprach in seiner Begrüßung allen Mitwirkenden und Teilnehmenden

große Anerkennung dafür aus, einen Kongress in dieser Größe über Jahre hinweg umzusetzen und weiterzuentwickeln. Die Kammer richte die Veranstaltung gern mit aus. Mit dem Schwerpunkt „Psychotherapie 2030 in einer sich wandelnden Welt – Best Practice und innovative Versorgung“ adressiere der Kongress in seinem 20. Jahr zu einem die Entwicklung des Fachs, erklärte Andreas Pichler. Zum anderen berühre das Thema die in der Berufsordnung festgeschriebene Aufgabe, sich als Profession zu Themen der psychischen Gesundheit und der psychotherapeutischen Versorgung gesellschaftspolitisch zu engagieren. Diese Aufgabe fließe zunehmend auch in das Selbstverständnis der Kammer ein, betonte ihr Präsident. Gerade in der aktuellen Zeit, die von multiplen Krisen und Kriegen geprägt werde und in der ein rauer werdender Umgang miteinander zu beobachten sei, sollte die Profession aktiv für das einstehen, was psychische Gesundheit ermöglicht und erhält. Sören Friedrich, wissenschaftlicher Leiter des Kongresses, rundete die Einleitung mit Dankesworten an alle Beteiligten und Anwesenden ab.



Prof. Dr. Silvia Schneider, Andreas Pichler

Im Anschluss hörten die Kongressbesucher drei Eröffnungsvorträge. Prof. Dr. Johannes C. Ehrental, Professor für Klinische Psychologie und empirisch-quantitative Tiefenpsychologie an der Universität zu Köln, befasste sich mit Überlegungen zu dem Thema „Vom Graben zur Brücke: Qualitätssicherung und ambulante Psychotherapie“. Prof. Dr. Isabel Dziobek, Professorin für Klinische Psychologie Sozialer Interaktion an der Humboldt-Universität zu Berlin, referierte zu „Hype oder Hoffnungsträger? Was „Patient and Public Involvement“ (PPI) beitragen kann zur Zukunft der mentalen Gesundheitsforschung“. Prof. Dr. Winfried Rief, Psychologischer Psychotherapeut und Professor für

Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Marburg, ging der Frage nach: „Psychotherapie als Wissenschaft, Psychotherapie in der Versorgung: Wieviel Austausch wollen wir?“ Gemeinsam mit den Teilnehmenden

erörterten die Vortragenden in einer anschließenden Diskussion weitere Aspekte zu den angesprochenen Themen und zu künftigen Anforderungen an die Psychotherapie. Moderiert wurde der Vormittag von PD Dr. André Wanne-

müller, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Forschungs- und Behandlungszentrums (FBZ) für psychische Gesundheit der Ruhr-Universität Bochum.

32. Landesgesundheitskonferenz am 12. Dezember 2024

In der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen (LGK NRW) arbeiten alle maßgeblichen Akteurinnen und Akteure der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen mit. Auch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ist beteiligt und wirkt als Mitglied der LGK zudem in ihrem vorbereitenden Ausschuss mit. Den Vorsitz der LGK führt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW). Die LGK erarbeitet jeweils zu einem gesundheitspolitischen Thema konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und hält sie in einer Entschließung fest. Mit der Verabschiedung der Entschließung verpflichten sich alle an der Konferenz Beteiligten, die vorgesehenen Maßnahmen umzusetzen.

Digitalisierung im Fokus

Am 12. Dezember 2024 verabschiedete die 32. LGK im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf unter Beteiligung von

Andreas Pichler, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, mit großer Geschlossenheit die Entschließung „Digitalisierung im nordrhein-westfälischen Gesundheitssystem sinnvoll und sicher ausbauen“. Die LGK beschloss damit diverse Maßnahmen, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen sicher und sinnvoll auszubauen. Zentrale Botschaften der Erklärung 2024 sind: Im Fokus müsse stehen, Prozesse zu vereinfachen, zu beschleunigen und an den Bedarfen auszurichten. Wichtig sei zudem, dass die Systeme mit verschiedenen Techniken und von verschiedenen Organisationen parallel genutzt werden können, um die Vorteile der Digitalisierung ausschöpfen zu können.

Die LGK hatte in ihre Jahrestagung einen Experten geladen, der zur Anwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) im Gesundheitswesen referierte. In einer Diskussionsrunde wurden weitere Aspekte zu dem Vortragsthema und ak-

tuelle Themen der Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen erörtert. Betont wurde dabei die Bedeutung von Datenschutz, Datensicherheit sowie individueller Entscheidungskompetenz über die Verwendung personenbezogener Daten. Zudem wurde festgehalten, dass die digitale Gesundheitskompetenz von Behandelnden und Mitarbeitenden im Gesundheitswesen sowie von Patientinnen und Patienten weiter ausgebaut werden müsse. Entsprechende Inhalte seien daher auch in den relevanten Aus-, Fort- und Weiterbildungen zunehmend zu berücksichtigen.

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

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 in der Fassung der Verordnung vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Herr Bernhard Moors, Wahlkreis Düsseldorf, Vorschlag „Bündnis KJP“ ist leider am 01.12.2024 verstorben. Somit erlischt sein Mandat in der Kammerversammlung.

Nachgerückt ist Frau Bernadette Bajog, Wahlkreis Düsseldorf, Vorschlag „Bündnis KJP“.

Gemäß § 24 Abs. 1 ff. der Wahlordnung können in Fällen des Verzichtes und des Nachrückens nur die Betroffenen innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe der Feststellung Einspruch einlegen. Der Einspruch ist schriftlich einzureichen beim Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Willstätterstraße 10, 40549 Düsseldorf.

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Nachrufe

Johannes Broil

geboren am 23. Dezember 1948
verstorben am 19. September 2024

Johannes Broil war Gründungsmitglied der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, von 2001 bis 2019 Mitglied der Kammerversammlung und von 2005 bis 2014 im Vorstand aktiv. Er hat in Ausschüssen und Kommissionen der Kammer mitgewirkt und war Delegierter der Kammer für den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT).



Johannes Broil war 35 Jahre in einer Jugendhilfeeinrichtung als Psychologischer Psychotherapeut und Bereichsleiter tätig und anschließend in eigener Praxis am Niederrhein psychotherapeutisch tätig. Er hat die Anliegen und die Perspektive von angestellten Kolleginnen und Kollegen gerade in der Jugendhilfe stets in die Kammer eingebracht und vertreten. Dabei galt sein Interesse einer gewinnbringenden Vernetzung der Berufsgruppen angestellter und selbstständiger Berufsangehöriger.

Bernhard Moors

geboren am 2. Juni 1955
verstorben am 1. Dezember 2024

Bernhard Moors war Gründungsmitglied der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, von 2001 bis 2024 Mitglied der Kammerversammlung und von 2009 bis 2024 im Vorstand aktiv. Er hat in Ausschüssen und Kommissionen der Kammer mitgewirkt, war Delegierter der Kammer für den DPT und in Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) aktiv.



Die Kammer trauert um einen geschätzten und hoch engagierten Kollegen. Wir verlieren einen liebenswürdigen, solidarischen und lebensfrohen Menschen. Bernhard Moors hat sich beharrlich und erfolgreich für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Gleichzeitig hat er sich als Vertreter der Interessen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten auch in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eingebracht. Die Profession hat ihm viel zu verdanken.

Dr. Karl Stricker

geboren am 16. März 1959
verstorben am 12. Januar 2025

Dr. Karl Stricker war Gründungsmitglied der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, von 2001 bis 2019 Mitglied der Kammerversammlung und von 2014 bis 2019 Vorsitzender der Fraktion „Kooperative Liste“. Er hat in Ausschüssen der Kammer mitgearbeitet und war Delegierter der Kammer für den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT).



Dr. Karl Stricker hat durch sein diplomatisches Geschick und seine Gelassenheit auch in schwierigen Situationen einen wesentlichen Beitrag für die Zusammenarbeit innerhalb der Kammerversammlung und ihrer Gremien geleistet. Dankbar erinnern wir seine stets hohe Wertschätzung anderen Kolleginnen und Kollegen gegenüber.

Unser tiefes Mitgefühl gilt den Familien und allen Angehörigen.

Andreas Pichler

Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen
im Namen des Vorstandes und aller Mitarbeitenden

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) nach Anschlag auf Magdeburger Weihnachtsmarkt – einzigartiges Passwortsystem zur Steuerung Betroffener in die psychotherapeutische Versorgung entstand

Der Anschlag auf den Magdeburger Weihnachtsmarkt am Abend des 20. Dezember 2024 ließ uns alle entsetzt und erschüttert zurück. Sechs Menschen starben, Hunderte wurden verletzt, darunter viele Kinder und Jugendliche. Auf der Betroffenenliste sind über 800 Menschen verzeichnet – nicht nur aus Sachsen-Anhalt, sondern auch aus den angrenzenden Bundesländern und dem Ausland, was eine nie dagewesene Größenordnung in Deutschland darstellt. Aufgrund der immensen Ausmaße der Folgen des Anschlages wurde die Koordination der Betroffenenversorgung durch den Bundesopferbeauftragten, Roland Weber, übernommen.

Sechs halbe Versorgungsaufträge zu vollen gemacht

Dieser arbeitet in enger Abstimmung mit der Opferbeauftragten des Landes Sachsen-Anhalt, Dr. Gabriele Theren. Zur Koordination einer schnellen Versorgung der Betroffenen fanden bereits zwei Runde Tische mit allen Akteur*innen statt. Die OPK ist durch ihre Vizepräsidentin, Dr. Sabine Ahrens-Eipper, vertreten. Bereits am Abend des Anschlages nahmen wir mit der Opferbeauftragten und dem Vorstand der KV Sachsen-Anhalt (KVSA) Kontakt auf. In den darauffolgenden Tagen erfolgten enge Absprachen aller Beteiligten, wie die Versorgung der Betroffenen schnell und unkompliziert gelingen kann. Die KVSA erhöhte bereits am 27. Dezember 2024 sechs halbe Versorgungsaufträge in Magdeburg auf volle Aufträge. Diese zusätzlich geschaffenen Kapazitäten

sind ausschließlich für die Versorgung der Betroffenen gedacht. Gemeinsam entwickelten wir mit der KVSA außerdem ein spezielles Sprechstundenangebot für Betroffene. Unter einem eigenen Profil mit dem Stichwort „Nachsorge“ können Psychotherapeut*innen über die KV in Sachsen-Anhalt freie Kapazitäten für Sprechstunden speziell für Betroffene melden. Dies wird bereits rege genutzt. Außerdem informierte die KV Sachsen-Anhalt Kinder- und Hausärzt*innen, Chirurg*innen und Orthopäd*innen über diese zusätzliche Behandlungskapazität und die Vermittlung von Betroffenen in dieses System. Ebenfalls unter dem Stichwort „Nachsorge“ können sich betroffene Menschen bei der Terminservicestelle melden und erhalten darüber Zugang zu den extra bereitgestellten Terminen der Psychotherapeut*innen. Dieses entwickelte Passwortsystem ist damit bisher modellhaft und einzigartig für Deutschland.

Um die zu erwartende Größenordnung der Nachfrage nach „schnellen Hilfen“ (Soziales Entschädigungsrecht nach SGB XIV) zu erfüllen, bat uns das Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt um Unterstützung bei der Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Über den OPK-Newsletter meldeten sich rasch 20 Kolleg*innen, die sich kurzfristig bereit erklärten, mit dem Landesverwaltungsamt zur Gewährleistung der „schnellen Hilfen“ zusammenzuarbeiten.

Die OPK bietet zudem vier Onlinefortbildungen zum Thema „Psychotherapeu-

tische Akutversorgung nach Großschadenslagen“ an. Dafür konnten wir die Expertise von Frau Prof. Bräutigam und Herrn Prof. Karutz für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und für den Erwachsenenbereich von Frau Dr. Boos sowie Herrn Prof. Kröger gewinnen. Das Interesse war überwältigend. Rund 2.500 Anmeldungen gab es für alle vier Online-Fortbildungsveranstaltungen. Außerdem wurden die Fortbildungen für Mitglieder der niedersächsischen und bayrischen Psychotherapeutenkammer geöffnet.

Die langjährige Vernetzungsarbeit ermöglichte schnelle Absprachen und eine reibungslose Kooperation zwischen den Akteur*innen. Aus der Erfahrung nach früheren Attentaten und Amokläufen wissen wir, dass die Arbeit noch lange nicht zu Ende ist, sondern gerade erst begonnen hat. Die Schrecken dieser Tat werden viele Menschen nachhaltig beeinflussen. Wir als Psychotherapeut*innen können einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, dass die betroffenen Menschen die Geschehnisse verarbeiten können und wir der Entwicklung von psychischen Erkrankungen entgegenwirken oder diese leitliniengemäß behandeln. Das Engagement unserer Mitglieder bei der Versorgung der Betroffenen ist beeindruckend und bewegend. Wir sind optimistisch, dass die begonnene gute und enge Zusammenarbeit aller Akteur*innen auch über die nächsten Monate fortgesetzt wird.

Neujahrsempfang der Heilberufe in Sachsen-Anhalt: Dringliche Forderungen zur versorgungspolitischen Situation

Es war ein besonderer Neujahrsempfang der Heilberufe am 15. Januar 2025 in Magdeburg. Der Anschlag vom 20. Dezember 2024 auf den Magdeburger Weihnachtsmarkt und das Mitgefühl für die Opfer und Betroffenen lagen greifbar in der Luft. Immer wieder klang in den Statements an, wie verletzlich, zerbrechlich unser Leben und unsere Gesundheit sind. Der Anschlag zeigte aber auch, mit welcher Professionalität alle Heilberufler*innen in der Notversorgung zusammenarbeiteten. „Betroffene werden von Klinik-, Haus- und Fachärzten weiterbehandelt, suchen zum Verarbeiten des Erlebten Psychotherapeuten auf“, berichtet Dr. Jörg Böhme, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalts (KVSA). Er betonte immer wieder die besondere Rolle der Psychotherapeut*innen in der nachgelagerten Versorgung, für die der Zulassungsausschuss der KV zeitnah zusätzliche Behandlungskapazitäten schuf.

Ministerpräsident Dr. Reiner Haseloff bedankte sich in seiner Rede zum Neujahrsempfang bei allen Heilberufler*innen, die Betroffene nach der Tat begleitet haben. „Weltweit waren die Reaktionen von großem Respekt für die Professionalität unseres Gesundheitswesens geprägt“, erklärt Haseloff. Im direkten Gespräch äußerte er gegenüber Dr. Sabine Ahrens-Eipper: „Ihr Berufstand ist wichtiger denn je. Von Ihnen bräuchten wir noch viel mehr.“

„Wir sind voll bis unters Dach mit Patientinnen und Patienten...“

Wie OPK-Vizepräsidentin Dr. Sabine Ahrens-Eipper in ihrem Statement im Pressegespräch zum Neujahrsempfang betonte, sind die Arbeitsbelastungen der Kolleg*innen in Sachsen-Anhalt sehr hoch. „Wir sind voll bis unters Dach mit Patientinnen und Patienten sowie Patientenfragen in den Praxen“ verbildlichte sie die Versorgungssituation. „Wir versorgen mehr Menschen als im Bundesdurchschnitt. Gemeinsam wer-



Dr. Sabine Ahrens-Eipper mit Ministerpräsident Dr. Reiner Haseloff
Foto: Antje Orgass

den wir die Versorgung nach dem Attentat stemmen.“ Zu aktuellen politischen Ideen, Patientenströme durch Dritte zu steuern, machte sie deutlich: „Es muss unser Recht als freier Heilberuf bleiben, fachlich zu entscheiden, bei wem eine Behandlung indiziert und aussichtsreich ist“, so Dr. Ahrens-Eipper weiter.

Mehr junge Menschen in die fachpsychotherapeutische Weiterbildung

Auch von den Vertreter*innen der anderen Heilberufe kamen dringliche Aussagen und Forderungen zur versorgungspolitischen Situation. Ärztekammer,

KVSA und OPK fordern, dass die Politik die Rahmenbedingungen verbessern müsse. Dazu gehört neben einer auskömmlichen Finanzierung des Gesundheitswesens und einem konsequenten Bürokratieabbau insbesondere auch die Möglichkeit, dass deutlich mehr junge Menschen in Sachsen-Anhalt die fachpsychotherapeutische Weiterbildung aufnehmen können. „Wir denken da ganz konkret an Regelungen im Krankenhausgesetz, dass stationäre Weiterbildungsstellen geschaffen werden müssen“, sagte Dr. Sabine Ahrens-Eipper. Besonders läge das Augenmerk der OPK auf Weiterbildungsstätten und -plätzen für das Gebiet „Psychotherapie

für Kinder und Jugendliche“ in Sachsen-Anhalt. Nach der aktuellen Bedarfsplanung gilt das Land Sachsen-Anhalt mit psychotherapeutischen Praxen für Kinder und Jugendliche insgesamt sogar als überversorgt. „Wer jemals versucht hat, einen Psychotherapieplatz für ein Kind oder Jugendlichen zu ergattern, weiß, dass dies nicht der Lebensrealität entspricht“, stellt Dr. Ahrens-Eipper

klar. Nach Einschätzung der OPK fehlt es an Niederlassungsmöglichkeiten für KJP – insbesondere im ländlichen Raum. „Es geht uns besonders um die Versorgungssicherheit von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen außerhalb der Großstädte“, sagt OPK-Vizepräsidentin Dr. Sabine Ahrens-Eipper. Sie ist selbst niedergelassene Psychotherapeutin in Halle mit Schwer-

punkt in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die OPK fordert, die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen auszubauen, neue Versorgungsformen zu etablieren und zudem verstärkt in die Lebenswelt der Kinder zu integrieren, beispielsweise in Form aufsuchender Versorgungsangebote in Kindergarten und Schule.

5. Tag der Angestellten: „Weisungsrecht und Eigenverantwortung in den Heilberufen“

Am 2. Dezember 2024 hatten der Vorstand und der Ausschuss für Angestellte zum 5. Tag der Angestellten nach Berlin eingeladen. Unter dem Motto „Psychotherapie ist unsere Profession – Weisungsrecht und Eigenverantwortung in den Heilberufen“ erwartete die knapp 100 Teilnehmenden ein abwechslungsreiches Programm mit Vorträgen und Workshops.



*Gut besuchter Tag der Angestellten
Foto: Sabrina Höft*

Im Fokus der Veranstaltung stand die Frage der Stellung und des Stellenwertes von Psychotherapeut*innen in der Zusammenarbeit mit anderen heilkundlich Tätigen bzw. multiprofessionellen Teams in verschiedenen Organisationsstrukturen und Hierarchieebenen.

Nach einem einleitenden Grußwort der Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin, Eva Maria Schweitzer-Köhn, führten OPK-Präsident Dr. Gregor Peikert und die Vorsitzende des Ausschusses für Angestellte Anja Thate durch die Veranstaltung.

Mit einem juristischen Blick auf das Titelthema eröffnete Rechtsanwalt Dr.

Jan Moeck die Vorträge am Vormittag. Zum zunehmend relevanten Thema der Übernahme von Diensten durch Psychotherapeut*innen in Kliniken erörterte Svenja Papenbrock verschiedene Konzepte sowie Chancen für unseren Berufsstand. Abschließend referierte Dr. Mareike Samaan zur „Psychotherapie im (teil-)stationären Setting – Erwartungsmanagement bei Therapeut*in und Patient*in“ und stellte Forschungsergebnisse vor.

Am Nachmittag konnten die Teilnehmenden in Workshops die Inhalte der Vorträge vertiefen, sich bei der Kammerjuristin Katrin Lißmann zu Tätigkeitsbeschreibungen von Psychothera-

peut*innen hinsichtlich Berufsordnung und der neuen Weiterbildung informieren oder mit Dr. Alexander Kaps über das Thema „Angestellt im ambulanten Bereich – Austausch zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern“ diskutieren. Abseits des Programms erfolgte wieder ein reger kollegialer Austausch und die Vernetzung unter den angestellten Kolleg*innen.

Wir blicken auf eine erfolgreiche Veranstaltung, die erneut gezeigt hat, wie wichtig es ist, die angestellten Mitglieder und ihre Anliegen im Blick zu behalten. Gerade auch vor dem Hintergrund ihrer verantwortungsvollen Rolle als mögliche Weiterbildungsbefugte im Rahmen der neuen fachpsychotherapeutischen Weiterbildung kommt ihnen eine besondere Bedeutung und Aufgabe zu.

Auch in diesem Jahr plant die OPK wieder Veranstaltungen mit relevanten Angestelltenthemen, zum Beispiel den Workshop für leitende Angestellte am 4. Juni 2025 in Leipzig und das online-Fachgespräch zur institutionellen Weiterbildung am 17. Juni 2025.

Veranstaltung für Weiterbildungsbefugte: viele Fragen noch offen, die Gespräche werden fortgesetzt

Am 4. Dezember 2024 lud der Vorstand der OPK erstmalig zu einer Veranstaltung für (künftige) Weiterbildungsbefugte nach Leipzig ein. Die OPK hat mittlerweile über 40 Weiterbildungsstätten für die fachpsychothe-

rapeutische Weiterbildung zugelassen, viele weitere befinden sich im Antragsprozess. Nach und nach werden so immer mehr Weiterbildungsplätze geschaffen.

Mehr als 30 Teilnehmende nutzten die Gelegenheit, um sich über aktuelle Entwicklungen rund um die fachpsychotherapeutische Weiterbildung zu informieren sowie sich untereinander über Erfahrungen auszutauschen und

zu vernetzen. Nach einem einführenden Überblick zur Thematik durch den Präsidenten Dr. Gregor Peikert und die wissenschaftliche Referentin und stellv. Geschäftsführerin Dr. Andrea Walter folgten zwei Workshops, jeweils für ambulant und stationär Tätige.

Neben zahlreichen Fragen u. a. zu der Antragstellung, Kooperationen zwischen Weiterbildungsstätten und zur praktischen Umsetzung der fachpsy-

chotherapeutischen Weiterbildung, war ein drängendes Thema die Finanzierung.

Abschließend wurde deutlich, dass noch viele Unsicherheiten und Herausforderungen in Bezug auf die Etablierung des neuen Systems bestehen. Daraus ergaben sich Wünsche an die OPK, so z. B. diese Veranstaltung zu verstetigen, spezielle Informationsnewsletter für Weiterbildungsbefugte zu etablieren

sowie eine Vereinfachung des Antrags- und Meldeprozederes. Wir werden diese Anregungen aufgreifen und können an dieser Stelle schon eines zusichern: Auch in diesem Jahr wird es im Dezember wieder eine Veranstaltung für Weiterbildungsbefugte geben.

Zur Weiterbildung können Sie sich jederzeit auf www.opk-info.de/neue-weiterbildung informieren oder Ihre Fragen an weiterbildung@opk-info.de senden.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen fördert fachpsychotherapeutische Weiterbildung durch Gehaltszuschuss

Seit dem 1. Juli 2024 kann bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) für die ambulante Weiterbildungszeit von Psychotherapeut*innen für die Gebietsweiterbildung zur*zum Fachpsychotherapeut*in in Einzelpraxen und MVZ eine Förderung in Höhe von monatlich 2.900,- € für eine Vollzeitstelle durch die*den zugelassene*n Weiterbildungsbefugte*n im Namen der Weiterbildungsstätte beantragt werden.

Die maximal zulässige Förderdauer eines Weiterbildungsverhältnisses in derselben Praxis richtet sich nach der vorgesehenen Mindestweiterbildungszeit gemäß der geltenden Weiterbildungsordnung. Weiterbildungsabschnitte sind förderfähig, sofern sie für das Weiterbildungsziel erforderlich und notwendig anerkannt werden.

Die Zahlung der Förderung erfolgt durch die KVS monatlich direkt an die Weiterbildungsstätte. Von dieser sind die monatlichen Auszahlungen als Mindestbruttogehalt an die*den Psychotherapeut*in in Weiterbildung (PtW) durch die Vorlage der seitens der KVS vorgegebenen Formulare jährlich nachzuweisen. Sollte die Weiterbildung durch die*den PtW gemäß den Vorgaben der WBO PT unterbrochen werden (beispielsweise wegen Schwangerschaft,

längerer Arbeitsunfähigkeit etc.), wird die Förderung ab der anerkannten Unterbrechung pausiert und mit Wiederaufnahme der Weiterbildung weitergezahlt.

Regelhaft wird seitens der KVS bei einem hälftigen Kassensitz auch lediglich eine Weiterbildungsstelle in Teilzeit gefördert. Auch wird ausschließlich ein*e PtW pro zugelassener Weiterbildungsstätte und zugelassener*zugelassenem Weiterbildungsbefugten gefördert. Eine Ausnahmeregelung kann hier nur erfolgen bei einem vollen Kassensitz und der Anstellung von zwei PtW in Teilzeit.

Die Anstellung der PtW ist durch die KVS genehmigen zu lassen. Eine Zulassung durch den Zulassungsausschuss ist jedoch nicht notwendig. Die Abrechnung der durch die PtW erbrachten Leistungen werden über die Arztnummer der*des niedergelassenen Vertragspsychotherapeut*in abgerechnet.

Voraussetzung für die Förderung sind u. a.:

- Die Zulassung als Weiterbildungsstätte mit einer* einem zugelassenen Weiterbildungsbefugten durch die OPK,

- Vorlage des Arbeitsvertrages mit einem vereinbarten Monatsbruttogehalt von mindestens 2.700,- € (Vollzeit; 2.900,- € ab 2025),
- Reguläre Weiterbildung zur*m Fachpsychotherapeut*in.

Die notwendigen Antragsformulare und weitere Informationen finden Sie auf der Website der KVS: www.kvsachsen.de/fuer-praxen/zulassung-und-niederlassung/foerdermoeglichkeiten/weiterbildungsfoerderung.

Die Antragstellung sollte mindestens sechs Wochen vor Beginn der Weiterbildung bei der KVS erfolgen. Eine rückwirkende Förderung der Weiterbildung erfolgt nicht. Für eine Bereichsweiterbildung gemäß den Vorgaben der WBO PT gilt die Förderung nicht.

Geschäftsstelle

Goyastraße 2d
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleg*innen,

Psychotherapeut*innen begleiten Menschen in psychischen Belastungssituationen und tragen dazu bei, individuelles Leid zu lindern. Dabei ist es essenziell, gesellschaftliche Rahmenbedingungen einzubeziehen – denn psychische Gesundheit ist nicht losgelöst von sozialen Strukturen denkbar.

Vor diesem Hintergrund beobachten wir mit Sorge die aktuelle politische Debatte, in der sich der Ton gegenüber marginalisierten Gruppen stetig verschärft. Das Feindbild der Geflüchteten oder die Verleugnung der Existenz von trans* Menschen wird seit Jahren von rechten Kreisen in die Mitte des politischen Diskurses transportiert. Gezielt wird gegen Anti-Diskriminierungsstrategien und Sensibilisierungsprogramme Stimmung gemacht, Hass und Hetze in den Sozialen Medien nehmen zu und die Zahl der Hassverbrechen steigt.

Strukturelle Ungleichheit, Ausgrenzung und Hass haben nachweislich negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Wer psychische Gesundheit fördern will, kann also nicht schweigen, wenn Diskriminierung verharmlost wird. Von zentraler Bedeutung ist außerdem ein diskriminierungssensibler Ansatz in der Psychotherapie: Gesellschaftliche Machtverhältnisse müssen ebenso wie die eigene Haltung reflektiert und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit immer mitgedacht werden. Ohne die Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen besteht die Gefahr in der Psychotherapie, dem Individuum Schuld für gesellschaftliche Problemlagen zuzuschreiben.



Ulrich Bestle (Foto: Lisa Krieg)

Eine diskriminierungssensible Haltung ist daher grundlegende Voraussetzung für professionelles psychotherapeutisches Arbeiten. Die Landespsychotherapeutenkammer möchte hierzu einen Beitrag leisten und hat in diesem Kontext den Fachtag „Diskriminierungssensible Psychotherapie“ veranstaltet, über den wir in dieser Ausgabe berichten.

Mit kollegialen Grüßen

Ulrich Bestle
Mitglied des Vorstandes der LPK RLP

LPK-Fachtag Diskriminierungssensible Psychotherapie: „Psychotherapeut*innen müssen Flagge zeigen“

Wie verschiedene Studien gezeigt haben, machen Menschen aus marginalisierten Gruppen leider auch im Gesundheitswesen – und damit auch in der Psychotherapie – Diskriminierungserfahrungen.

Um die Kammermitglieder für diese Thematik zu sensibilisieren und Auswege aufzuzeigen, veranstaltete die Landespsychotherapeutenkammer am 17. Januar 2025 einen digitalen Fachtag zum Thema „Diskriminierungssensible Psychotherapie“ mit zwei Fach-

vorträgen und drei Workshops von renommierten Expert*innen. Moderiert wurde die Veranstaltung mit rund 70 Teilnehmer*innen von LPK-Vorstandsmitglied **Ulrich Bestle**.


Wie wichtig die Auseinandersetzung mit dem Thema Diskriminierung für Psychotherapeut*innen ist, machte Kammerpräsidentin **Sabine Maur** in ihrem Grußwort deutlich. „Mit der Ausgrenzung und Diskriminierung von marginalisierten Menschen wird wieder verstärkt Politik gemacht. Wir sehen

eine Zunahme von Hass und Hetze in den Sozialen Medien und entsprechend eine Zunahme von Hassverbrechen in der Lebensrealität marginalisierter Menschen.“, konstatierte sie. „Wir als Psychotherapeut*innen wissen um die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und den sozialen Zusammenhalt und müssen deshalb hier Flagge zeigen.“


Dr. Klemens Ketelhut (Projektleiter „Konversionsbehandlungen: Kontexte, Praktiken, Biografien“ bei Mosaik

Deutschland e.V.) beleuchtete in seinem Fachvortrag das Thema „Konversionserfahrungen von queeren Menschen“. Er forderte, Qualifizierungs- und Sensibilisierungsangebote zu Konversionsmaßnahmen in allen relevanten beraterischen und psychotherapeutischen Kontexten verfügbar zu machen. Außerdem solle Grundlagenforschung zu dieser Thematik gefördert und Präventionsmaßnahmen zur Verringerung queerfeindlicher Haltungen geschaffen sowie spezifische therapeutische Zugänge entwickelt werden.

Sema Akbunar (PP, Leiterin Interkulturelle Psychologische Praxis, Berlin) referierte über „Rassismuskritische Psychotherapie“ und bot einen Workshop zum selben Thema an. In ihrem Vortrag berichtete sie, dass laut einer Studie aus dem Jahr 2020 62 % der Befragten der Aussage „Bei der Psychotherapie werden meine Rassismuserfahrungen nicht ernst genommen und in Frage gestellt“ zustimmten und erörterte, was dagegen getan werden könne. Häufig geschehe diese Form der Diskriminierung in der Therapie nicht mit böser Absicht, könne aber ungeachtet dessen sehr negative Folgen haben. Eine rassismuskritische Haltung helfe, subtile Formen der Diskriminierung („Mikroaggressionen“) zu erkennen und zu vermeiden. Diskriminierungserfahrungen sollten in der Anamnese von der Psychotherapeut*in angesprochen



„Bedrohungen unserer Demokratie und unserer Menschenrechte bekommen marginalisierte Gruppen einer Gesellschaft immer als Erste zu spüren. Dies hat auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit dieser Menschen sowie auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Unsere Kammer engagiert sich deshalb für Vielfalt und Respekt und gegen Diskriminierung und Ausgrenzung.“



Sabine Maur
Präsidentin der LPK RLP

Statement der LPK-Präsidentin Sabine Maur

werden. Zentral sei außerdem Selbstreflexion und das besondere Bemühen um den Aufbau von Vertrauen in der therapeutischen Beziehung.

Parallel zu Frau Akbunars Workshop fanden die Workshops „Psychotherapie für Menschen mit Geschlechtsdysphorie“ von **Sabine Christian** (PP, Stellvertretende Leiterin der psychotherapeutischen Ausbildungsambulanz der Universität Mainz, Leitung des Schwerpunkts Genderinkongruenz) und „Psychotherapie für Menschen mit Behinderungen“ von **Christina Heil** (PP, Psychotherapeutische Praxis mit Schwerpunkt Psychotherapie und Beratung von Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, Pforzheim) statt.

Im abschließenden Plenum mit allen Referent*innen wurde unter anderem die Antidiskriminierungsstrategie der Bundespsychotherapeutenkammer vorgestellt, die momentan erarbeitet wird.

Insgesamt machte dieser Fachtag deutlich, dass Psychotherapeut*innen und die sie vertretenden Organisationen einiges tun können, um Diskriminierung im Gesundheitswesen abzubauen. Zentral ist, diese auf allen Ebenen zu erkennen und das eigene Verhalten kritisch zu hinterfragen. Die Teilnahme am Fachtag war also ein Schritt in die richtige Richtung. Die Veranstaltung endete mit dem Appell des Plenums, viel stärker das Verbindende aller Menschen zu sehen, als das Trennende.

Jahresempfang der Wirtschaft 2025: Angeregter Austausch zwischen Kammern und Politik



Die Kammerpräsident*innen und Geschäftsführer*innen mit Ministerpräsident A. Schweitzer und F. Merz

Auch dieses Jahr hat die Landespsychotherapeutenkammer gemeinsam mit 14 anderen rheinland-pfälzischen Kammern zum Jahresempfang der Wirtschaft eingeladen. Der Empfang fand mit mehreren tausend Gästen in der Mainzer Rheingoldhalle statt. Er gilt als größter Jahresempfang von Selbstverwaltung und Wirtschaft in Deutschland und findet bundesweit Beachtung. Die einladenden Kammern vertreten rund 100.000 Unternehmen mit mehr als 400.000 Beschäftigten. Das Zusammenwirken so vieler landesweiter

und regionaler Institutionen bei einer solchen Veranstaltung ist deutschlandweit einzigartig. Die Veranstaltung gibt dem Selbstbewusstsein der freien Berufe Ausdruck und hat zum Ziel, den Austausch von Kammern, Politik und Wirtschaft zu fördern. Die Landespsychotherapeutenkammer war auf dem Empfang vertreten durch Präsidentin **Sabine Maur**, Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke**, Vorstandsmitglied **Ulrich Bestle** sowie Geschäftsführerin **Petra Regelin**. Zudem hatten rund 50 Mitglieder der Landespsychotherapeu-

tenkammer die Einladung zum Empfang angenommen und nutzten gerne die Gelegenheit zum Austausch und Netzwerken mit Mitgliedern anderer Kammern.

Der Jahresempfang ist parteipolitisch neutral. Als Keynote-Speaker werden mit großem zeitlichem Vorlauf prominente Vertreter*innen aus Politik und Wirtschaft eingeladen. Nachdem im letzten Jahr Vizekanzler **Dr. Robert Ha-**

beck als Gastredner auftrat, kam diese Rolle diesmal dem CDU-Vorsitzenden **Friedrich Merz** zu. Der rheinland-pfälzische Ministerpräsident **Alexander Schweitzer** nahm an der Podiumsdiskussion teil.

LPK trifft Gesundheitspolitik 2024: Jetzt in psychische Gesundheit junger Menschen investieren!

Wer den weiteren Anstieg psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung verhindern will, muss jetzt in die psychotherapeutische Versorgung junger Menschen investieren. Denn 50 % aller psychischen Störungen treten vor dem 15. Lebensjahr auf, 75 % vor dem 25.



Sabine Maur und Staatssekretärin Nicole Steingaß

Lebensjahr. Werden diese nicht rechtzeitig behandelt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass aus psychisch kranken Kindern psychisch kranke Erwachsene werden. Dies wurde sehr deutlich bei der Veranstaltung „LPK trifft Gesundheitspolitik“ am 25. November 2024, die unter dem Motto „Kinder in der Krise – Versorgung am Limit?“ stand.

Vor allem Kinder und Jugendliche leiden unter den zahlreichen Krisen unserer Zeit; viele von ihnen sind psychisch stark belastet. Wie Studien zeigen, haben einige psychische Erkrankungen zugenommen. Hilfe zu bekommen, ist nicht einfach: Ambulante Therapieplätze sind rar, stationäre Versorgung und Jugendhilfe überlastet. Was ist also zu tun, um die psychische Gesundheit der jungen Menschen zu schützen – am besten, bevor sie erkranken?

Um diese drängende Frage zu erörtern, hatten sich rund 100 Gäste im Restaurant ESSZIMMER des Rheinland-Pfälzischen Landtags in Mainz eingefunden, darunter **Nicole Steingaß**, Staatssekretärin im Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz und Referent*innen des Ministeriums sowie zahlreiche Landtagsabgeordnete verschiedener Fraktionen, der Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit **Michael Weller**, Vertreter*innen verschiedener Universitäten, Vorstandsmitglieder der Bundespsychotherapeutenkammer, Präsident*innen und Geschäftsführer*innen anderer rheinland-pfälzischer Kammern und von Landespsychotherapeutenkammern anderer Bundesländer, Geschäftsführer*innen von Krankenversicherungen, Verbänden und weitere Akteur*innen des Gesundheitswesens sowie Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Sowohl LPK-Präsidentin **Sabine Maur**, die die Veranstaltung moderierte und ein Grußwort sprach, als auch der als Experte eingeladene **Michael Weller** aus dem Bundesgesundheitsministerium, machten deutlich, was das vorzeitige Auseinanderbrechen der Regierungskoalition für die psychotherapeutische Versorgung bedeutet: Wichtige, lang geplante Reformen, die kurz vor der Umsetzung standen – wie beispielsweise die eigene Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche – werden nun doch nicht umgesetzt und auf ungewisse Zukunft verschoben, was Herr Weller „als sehr frustrierend“ bezeichnete.



Dr. Andrea Benecke und Michael Weller (Bundesgesundheitsministerium)

Doch auch wenn momentan Stillstand zu herrschen scheine, würde doch daran gearbeitet, noch so viel wie möglich von den geplanten Vorhaben zu retten. Wie wichtig diese Reformen sind, verdeutlichte auch der Fachvortrag von Prof. Dr. **Silvia Schneider**, Leiterin des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. Werden psychische Probleme in jungen Lebensjahren nicht rechtzeitig versorgt, geht häufig eine Störung in die andere über und es kann zu „negativen Entwicklungskaskaden“ kommen. Diese bringen nicht nur viel subjektives Leid, sondern letztlich auch großen ökonomischen Schaden für den Wirtschaftsstandort Deutschland mit sich. Risikofaktoren für psychische Erkrankungen sind unter anderem Armut und psychisch erkrankte Eltern, erklärte die Referentin. Sie stellte Studien vor, die zeigten, dass die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken durch Prävention deutlich gesenkt werden kann. Sie ermutigte die Zuhörer*innen: „Wir können also etwas tun!“ **Den gesamten Bericht zu „LPK trifft Gesundheitspolitik“ finden Sie auf www.lpk-rlp.de unter „Aktuelles“.**

Verdienstpreis der LPK RLP 2024: Preisträger*innen geben dem Ahrtal Hoffnung



Verleihung des Verdienstpreises der LPK RLP am 25. November 2024

Der **Verdienstpreis der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz** wurde im Rahmen der Veranstaltung „LPK trifft Gesundheitspolitik“ kollektiv an die **Psychotherapeut*innen im Ahrtal** verliehen. Die Flutkatastrophe ist mittlerweile über drei Jahre her,

aber viele Betroffene haben bis heute nicht nur unter den materiellen Folgen sowie der Zerstörung ihrer Heimatregion zu leiden, sondern vor allem unter dem, was sie in der Flutnacht und infolge der Katastrophe erlebt haben. „Das sind Erlebnisse, die ohne psychothera-

peutische Hilfe schwer zu bewältigen sind“, sagte LPK-Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke** in ihrer Laudatio. Mit dem Verdienstpreis ehrt die Landespsychotherapeutenkammer diejenigen Mitglieder, die den zahlreichen Betroffenen psychotherapeutische Unterstützung bei der Verarbeitung der Folgen der Flutkatastrophe leisten. „Die Kammer ist sehr stolz auf diese Mitglieder, die im Ahrtal unter diesen seit Jahren schwierigen Bedingungen unseren Berufstand hervorragend vertreten und möchte sich heute Abend ganz herzlich bedanken“, so Frau Dr. Benecke. „Für die Betroffenen, aber auch für den Rest des Landes ist es von enormem Wert, dass es Menschen wie diese Psychotherapeut*innen gibt, die dem Katastrophengebiet nicht den Rücken kehren, sondern dort bleiben und den Menschen dabei helfen, das Erlebte zu verarbeiten. Durch ihre Arbeit tragen Sie dazu bei, Wunden zu heilen und dem Ahrtal Hoffnung zu geben.“

Detlef Placzek als Präsident des Landesamtes verabschiedet

Der Präsident des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV), **Detlef Placzek** wurde am 10. Januar 2025 vom rheinland-pfälzischen Ministerpräsidenten **Alexander Schweitzer** und von Sozialministerin **Dörte Schall** in den Ruhestand verabschiedet. Zu der Feier im Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung wurden zahlreiche Gäste aus dem Ministerium, der Landespolitik und weitere Kooperationspartner*innen eingeladen. Auch Kammerpräsidentin **Sabine Maur** und Geschäftsführerin **Petra Regelin** sind zur Abschiedsfeier eingeladen worden. Das Landesamt ist für die Landespsychotherapeutenkammer ein sehr wichtiger Partner, unter anderem weil dort die Approbationsbehörde angegliedert ist. Die Kammer steht daher mit dem Landesamt im permanenten

Austausch, beispielsweise über Approbationen sowie Fachsprachenprüfungen und kann sich dabei über eine herausragend gute Zusammenarbeit freuen. Mit Herrn Placzek verbindet die Kammer darüber hinaus eine besonders lange Kooperation in Krisenzeiten: Als Opferbeauftragter des Landes war er für die Kammer nach der Amokfahrt in Trier im Dezember 2020 und besonders im Nachgang der Flutkatastrophe im Juli 2021 erster Ansprechpartner, um Hilfe von psychotherapeutischer Seite anzubieten. In seiner Abschiedsrede bedankte er sich ausdrücklich bei Sabine Maur und Petra Regelin für diese gute Zusammenarbeit. Die Kammer erwidert diesen Dank herzlich und schätzt sich glücklich, dass Herr Placzek weiterhin ehrenamtlich Opferbeauftragter des Landes bleibt.



S. Maur, D. Placzek und P. Regelin

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9–11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055–0
Fax: 06131/93055–20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Veröffentlichung der neuen Weiterbildungsordnungen im Saarland

Am 17. Dezember 2024 konnten wir die 85. Ausgabe unseres offiziellen Mitteilungsblatts FORUM mit insbesondere auch den neuen Weiterbildungsordnungen (WBO) für das Saarland veröffentlichen.

Das FORUM 85 enthält:

- die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- die neu gefasste Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.

Weiterhin:

- die neu gefasste Gebührenordnung,
- die neu gefasste Regelung der Aufwandsentschädigungen und Reisekosten,
- die neu gefasste Berufsordnung,
- die Beitragsordnung 2025 mit der – unveränderten – Beitragstabelle.

Alle Ordnungen wurden von der Vertreterversammlung beschlossen und von der Aufsichtsbehörde, dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit genehmigt. Das FORUM ist auf unserer Website unter <https://ptk-saar.de/aktuelles/forum> zu finden. Alle Ordnungen sind auch einzeln, in der aktuell gültigen Form auf der Website unter „Satzung und Ordnungen“ einsehbar.

Derzeit arbeiten die Mitglieder des Weiterbildungsausschusses der PKS



Deckblatt mit Inhaltsverzeichnis des FORUM 85

(Ausschussvorsitzende: Dr. Elisabeth Hahn) an der finalen Ausgestaltung der Antragsformulare für die Anerkennung

als Weiterbildungsstätte und Weiterbildungsbefugte*r in der Gebiets- und Bereichsweiterbildung gemäß der neu-

en Weiterbildungsordnung. Die Veröffentlichung der Anträge ist für März 2025 geplant.

Engagement für die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung: Studierende zusammen mit der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes im Gespräch mit Gesundheitsminister Dr. Magnus Jung

Am 21. Januar 2025 hatten zwei Studierende, Alissa Drohberg und Timmi Schüssler, die Gelegenheit, ihre Anliegen zur Finanzierung der psychotherapeutischen Fachweiterbildung direkt an Gesundheitsminister Dr. Magnus Jung heranzutragen. Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes unterstützt die Initiative der Studierenden ausdrücklich und nahm daher begleitend an dem Gespräch mit dem Gesundheitsminister teil. Im persönlichen Dialog stellten die Studierenden die Kernforderungen des offenen Briefes „Die Zukunft der Studierenden und die Gesundheit der Bevölkerung stehen auf dem Spiel –

Wir fordern eine klare Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung“ vor. Dieser Brief wurde vom Fachschaftsrat Psychologie der Universität des Saarlandes gemeinsam mit den Psychologiestudierenden verfasst und durch die Professor*innen der Fachrichtung Psychologie unterstützt. Er war zuvor an das Landesamt adressiert worden, um eine angemessene finanzielle Absicherung der psychotherapeutischen Weiterbildung einzufordern. „Es betrifft uns alle. Dieses Problem darf nicht länger ignoriert werden“, betonen die Verfasser*innen des Briefes. Um der Forderung Nachdruck zu verleihen,

wurde der offene Brief mit einem Begleittext im Vorfeld an die Landtagsfraktionen, das saarländische Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit, das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Presse gesendet. Ziel war es, das Anliegen nicht nur politisch, sondern auch in der breiten Öffentlichkeit sichtbar zu machen.

Der offene Brief der Studierendenschaft kann erinnernd unter https://ptk-saar.de/wp-content/uploads/2024/11/FSR_Finanzierung_Pth-Weiterbildung_final.pdf eingesehen werden.

Redaktion

Sandra Dörrenbächer, Julia Spanier

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/95455-56
Fax: 0681/95455-58
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.

Die Wahlen stehen vor der Tür – nein, nicht die Wahlen zum Bundestag. Die sind, wenn Sie dieses Heft erhalten, längst entschieden. Vermutlich werden dann beim Lesen dieser Zeilen die Koalitionsverhandlungen begonnen haben, um eine tragfähige Regierung bilden zu können.

Auch für unseren Berufsstand geht es um wichtige Zukunftsfragen. Es werden vermutlich die Weichen für die weitere Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen gestellt und auch über die Finanzierung der Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen entschieden. Hier besteht ein dringender Handlungsbedarf durch den Gesetzgeber.

In Schleswig-Holstein bemühen wir uns weiter mit tatkräftiger Unterstützung des Ministeriums für Justiz und Gesundheit um Möglichkeiten, die Finanzierung der Weiterbildung mit Unterstützung der Leistungs-

träger zu ermöglichen. Auch hier zeichnen sich zum heutigen Zeitpunkt allerdings noch keine tragfähigen Perspektiven ab. Vielleicht werden die nächsten Wochen einen „Durchbruch“ bringen. Dies wird umso wichtiger sein, als wir in den nächsten Monaten die ersten approbier-ten Psychotherapeut*innen nach neuem Recht als Mitglieder begrüßen können.

Die Vizepräsidentin der Kammer, Birte Ernst, hat auf Einladung des Sozialausschusses des Landtags an einem Fachgespräch zum Thema „Suizide und Suizidprävention in Schleswig-Holstein“ teilgenommen. Lesen Sie ihren Bericht von dieser Veranstaltung und den von der Kammer unterbreiteten Vorschlägen zu mehr Angeboten und Hilfen zur Suizidprävention, sowie mehr gezielten therapeutischen Angeboten für Menschen nach Suizidversuchen.

Die Wahlen stehen vor der Tür – es finden wieder Wahlen zur Kammer-versammlung der PKSH statt. Wir hoffen auf eine hohe Wahlbeteiligung und damit auf breite Unterstützung für unser durch das Heilberufekammergesetz abgesicherte Recht zur Selbstverwaltung in wichtigen beruflichen Angelegenheiten. Gerade in den letzten Jahren ist es in der Kammerversammlung, in den Ausschüssen und im Vorstand gelungen, fraktionsübergreifend gemeinsame Positionen zu erarbeiten und zielführend umzusetzen. Dieses ehrenamtliche Engagement mit Unterstützung der Mitarbeitenden in der Geschäftsstelle gilt es fortzusetzen.

Die Wahl wird erstmals digital durchgeführt. Dadurch erhoffen wir uns, dass es den Mitgliedern leichter fällt, von ihrem Wahlrecht Gebrauch zu machen.

Ihnen einen schönen Frühling!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Clemens Veltrup
 Präsident

Kammerwahl 2025 – erstmals als Onlinewahl

Mit einer Neufassung der Wahlverordnung für die vier Heilberufekammern in Schleswig-Holstein wurde es möglich, dass die alle fünf Jahre stattfindende Kammerwahl nun auch elektronisch durchgeführt werden kann. Der Vorstand der PKSH hat daraufhin entschieden, dass die diesjährige Kammerwahl als elektronische Wahl (Onlinewahl) organisiert werden soll. Sie findet statt



Kammerwahl 2025
 19.06. bis 10.07.



vom 19. Juni 2025 (Versand der Wahlunterlagen) bis zum 10. Juli 2025 (Ende des Wahlvorgangs um 18:00 Uhr).

Ein Wahlvorstand ist bereits bestellt. Einzelheiten zum Ablauf der Wahl und zur Möglichkeit von Wahlbewerbungen

(Wahlvorschläge) wird der Wahlleiter in seinem Wahlausschreiben bis spätestens 24. April 2025 bekannt geben.

Um eine wirkungsvolle Interessenvertretung des Berufsstandes zu ermöglichen, ist es wünschenswert, dass möglichst viele Mitglieder von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen. Psychotherapeut*innen, welche in Schleswig-Holstein ihren Beruf ausüben oder, sofern sie ihn nicht ausüben, hier ihren Wohnsitz haben, sind grundsätzlich wahlberechtigt. Mit der Wahl werden die 18 Mitglieder der Kammerversammlung bestimmt. Deren Haupt-

aufgabe besteht darin, in 2–3 Sitzungen jährlich über Angelegenheiten der Kammer von allgemeiner Bedeutung zu beschließen. Nach dem Heilberufekammergesetz als Grundlage der Kammerorganisation gehören dazu insbesondere Beschlüsse über

- die Hauptsatzung, die Berufsordnung und die Weiterbildungsordnungen,
- die Satzung über soziale Einrichtungen (= Versorgungswerk),
- die Beitrags- und Gebührensatzung,
- die Satzung zur Feststellung des Haushaltsplans,

- die jährliche Entlastung des Vorstands auf der Grundlage von Jahresbericht und Jahresrechnung und
- die Wahl von Vorstand und Ausschüssen.

Der fünfköpfige Vorstand führt die laufenden Geschäfte der Kammer unter Beachtung der Satzungen/Ordnungen sowie der von der Kammerversammlung gefassten weiteren Beschlüsse.

Michael Wohlfarth
Geschäftsführer

PKSH beim Fachgespräch zum Thema Suizidalität im Sozialausschuss

Am 14. November 2024 tagte im Kieler Landtag der Sozialausschuss zum Thema „Suizidalität“. Zu einem Fachgespräch wurden neben der PKSH, vertreten durch die Vizepräsidentin, Frau Birte Ernst, Expert*innen aus der Sozialpsychiatrie, dem Kinderschutz, dem Landessenorenrat, der stationären psychiatrischen Versorgung, der Wohlfahrt und der Präventionsarbeit im KiJu-Bereich eingeladen.

Als Grundlage für das Gespräch diente der kurz zuvor veröffentlichte Bericht zu Suiziden und Suizidprävention des Ministeriums für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (Link zum Bericht). Es zeigt sich, dass die altersstandardisierte Sterberate durch Suizide in Schleswig-Holstein im Jahr 2021 bei 11,2 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern lag. Somit hat sie sich seit 1998 um fast ein Drittel reduziert, ist aber in den letzten zehn Jahren weitgehend stabil geblieben. Mindestens eine Person aus SH nimmt sich am Tag das Leben. Die aktuelle Suizidrate liegt nahe am Bundesdurchschnitt, Schleswig-Holstein nimmt Rang 7 im Vergleich der Bundesländer ein (Range: 7,2–14,2 %). Die Zahl der Suizidversuche in Schleswig-Holstein ist im letzten Jahrzehnt laut der polizeilichen Kriminalstatistik deutlich (um 42 %) zurückgegangen. Die Prävalenz von Suizidalität in Schleswig-Holstein ist seit 2011 jedoch erheblich angestiegen. Es zeigt

sich dabei eine deutliche Häufung bei Mädchen (ab 10 Jahren) und (jungen) Frauen (bis 40 Jahren). Grundsätzlich lässt sich auch für Schleswig-Holstein feststellen, dass Suizide in jüngeren Altersgruppen häufiger versucht und in älteren Altersgruppen häufiger realisiert werden. Männer verüben etwa zwei

zu unternehmen oder sich das Leben zu nehmen.

Frau Ernst plädierte in der Anhörung dafür, das Thema „Suizidalität“ zu enttabuisieren, damit Betroffene sich eher zutrauen, Hilfe im Anspruch zu nehmen. Zeitgleich benötigt es mehr nieder-



Vizepräsidentin Birte Ernst beim Fachgespräch zum Thema Suizidalität im Sozialausschuss (vordere Reihe, 2. von links)
Foto: Jürgen Sieg

Drittel aller Suizide, während Frauen bei den Suizidversuchen überrepräsentiert sind. Wie im Bericht ausgeführt, sind insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen gefährdet, in suizidale Krisen zu geraten, Suizidversuche

schwellige Anlaufstellen im professionellen Hilfesystem, darunter mehr Psychotherapieplätze. Denn bei Suizidalität darf nicht gewartet werden und eben die langen Wartezeiten im ambulanten Bereich bedingen, dass den Menschen

nur der Weg in die Notaufnahme einer psychiatrischen Klinik bleibt, was oft mit starken Ängsten einhergeht. Aus Sicht der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein benötigt es ebenfalls dringend mehr Angebote und Hilfen zur Suizidprävention, sowie mehr gezielte therapeutische Angebote für Menschen nach Suizidversuchen. Prävention könnte bereits in den Schulen beginnen, indem auch Lehrer*innen und Schulsozialarbeiter*innen entsprechend geschult werden. Das Modell der „Betrieblichen Ansprechpartner*innen für Sucht und psychische Störungen“, wie es in den Behörden und Ministerien des Landes Schleswig-Holstein umgesetzt wird, sollte auch bei anderen Organisationen und Unternehmen im Land realisiert werden. Mitarbeitende in Behörden, die mit Menschen in besonderen Notlagen arbeiten (z. B. in den Agenturen für Arbeit, in den Jobcentern, in der Jugendhilfe, in der Flüchtlingshilfe), sollten für das Thema „Suizidale Krisen“ sensibilisiert werden und auch die Selbsthilfegruppen im Land sollten ein spezifisches Fortbildungsangebot für den Umgang mit „suizidalen Besucher*innen“ und den Umgang mit Trauer nach erfolgtem Suizid von Gruppenmitgliedern erhalten. Die Angebote der Seelsorge in den Kirchengemeinden

des Landes sollten erkennbar auch für Menschen in suizidalen Krisen nutzbar sein und der sozialpsychiatrische Dienst erkennbare Anlauf- und Hilfestelle für Menschen in psychischen Notlagen.



Vizepräsidentin Ernst im Sozialausschuss
Foto: Jürgen Sieg

Eine besondere Risikogruppe für Suizide sind ältere Menschen ab 60 Jahren. Hier spielen vermutlich sehr unterschiedliche Gründe für die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, eine Rolle. Erlebte Einsamkeit oder „Sinnarmut“ nach Beendigung von beruflicher Tätigkeit können dabei auch

bedeutsam sein. Durch gezielte Gruppenangebote und Möglichkeiten von sinnvoller ehrenamtlicher Tätigkeit (und Zuverdienst) kann es vielleicht gelingen, das Leben im Alter als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft zu erleben und damit suizidale Krisen zu verhindern. Der Ausbau von Angeboten für einen gelingenden Übergang ins Rentenalter könnte auch einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Die geplanten Integrierten Notfallzentren (INZ) sollten so ausgestattet werden, dass auch psychische Notfälle fachgerecht eingeschätzt und in die passende Behandlung vermittelt werden können. Alternativ dazu wäre die Implementierung eines psychosozialen Krisendienstes, wie er bisher nur in Berlin und Bayern existiert, wünschenswert.

Für eine bessere und passgenaue Planung von Schulungs-, Präventions-, Hilfs- und Behandlungsangeboten wäre eine Erhebung von suizidalem Verhalten im Bereich der stationären und ambulanten psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen hilfreich.

Dipl.-Psych. Birte Ernst
Vizepräsidentin

Aktivitäten der PKSH im Pakt für Gesundheits- und Pflegeberufe in Schleswig-Holstein und weitere Entwicklungen der neuen Weiterbildung

Die PKSH hat im letzten Jahr das Projekt „Neue Weiterbildung für Psychotherapeut*innen“ beim Pakt für Gesundheits- und Pflegeberufe des Ministeriums für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein eingereicht. Seitdem unterstützt der Pakt die Weiterbildung für Psychotherapeut*innen tatkräftig durch Informationsveranstaltungen und Workshops. Die PKSH hat bereits in unterschiedlichen PTJ-Ausgaben 2024 darüber berichtet.

Anknüpfend an die Auftaktveranstaltung im Februar 2024 fand am 6. September 2024 der geplante zweite Workshop unter Leitung des Staatssekretärs des Ministeriums für Justiz und Ge-

sundheit, Dr. Oliver Grundei, statt. Den Vertreter*innen des Ministeriums, der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH), der Kassenärztlichen Vereinigung (KVSH), der Leistungsträger (AOK, vdek und DRV Nord), der Universitäten (CAU Kiel und Universität zu Lübeck), des Landesamts für soziale Dienste (LASD) und der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄK SH) wurde die bisherige Zurückhaltung der potenziellen Weiterbildungsstätten hinsichtlich ihrer Akkreditierung, maßgeblich aufgrund der ungeklärten Finanzierung der Weiterbildung, durch die PKSH dargestellt. Sehr eindrucksvoll berichteten zudem Frau Prof. Dr. Pedersen (CAU Kiel) und Frau Prof. Dr. Wilhelm-Groch

(Universität zu Lübeck), wie betroffen und perspektivlos sich motivierte und überwiegend sehr gute Psychologie-Student*innen fühlen, die, teilweise kurz vor dem Abschluss stehend, sogar ihre Approbationsprüfung verschieben, da u. a. in Schleswig-Holstein noch keine Weiterbildungsplätze vorhanden sind. Die PKSH informierte, dass in Rheinland-Pfalz und in Hamburg für die ambulante Weiterbildung Gehaltszuschüsse in Höhe von 2.700 € für eine begrenzte Anzahl an PtW durch die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen existieren. Zudem ist in Sachsen die Bezuschussung für alle PtW in allen ambulanten Weiterbildungsabschnitten (bis zu 36 Monate) möglich.

Vor dem Hintergrund, dass in nächster Zeit auf Bundesebene vermutlich keine gesetzlichen Initiativen zur Finanzierung der Weiterbildung approbierter Psychotherapeut*innen zu erwarten sind, wurde diskutiert, ob und wie eine tragfähige Perspektive für die Finanzierung der Weiterbildung erreicht werden könnte. Zum Abschluss des Treffens wurde die Vereinbarung getroffen, dass die PKS H in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Justiz und Gesundheit Ideen entwickelt, wie eine solche Perspektive aussehen könnte. Diese wird in einem nächsten Workshop im Frühjahr vorgestellt und zur Diskussion gestellt werden.

Das letzte Netzwerktreffen zum Thema Weiterbildung fand am 17. Oktober

2024 statt. Die PKS H hat dieses für alle Mitglieder eingerichtet, die Interesse als Weiterbildungsstätte bzw. Weiterbildungsbefugte bekundet haben. Sie bietet für die Teilnehmenden eine Plattform, sich über aktuelle Themen und Fragen auszutauschen und wird zahlreich in Anspruch genommen. Die PKS H steht dabei vor allem für Auskünfte rund um die Akkreditierung zur Verfügung. Ein weiteres Netzwerktreffen im ersten Halbjahr 2025 ist bereits in Planung.

Auch wenn das Interesse an der Weiterbildung durch die regelmäßigen Netzwerktreffen sicher gesteigert werden konnte, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt weiterhin nicht garantieren, dass dauerhaft für alle approbierten

Psychotherapeut*innen auch Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Die PKS H wird mit der Abteilung für Weiterbildung weiterhin mit Rat und Tat zur Seite stehen, um potentiellen Weiterbildungsbefugten und -stätten bei der Beantragung zu helfen. Die Anträge sowie Begleitinformationen finden sich auf der Internetseite der PKS H.

Dr. jur. Christina Bern
Leitung Abteilung Weiterbildung

Gedenken

Wir gedenken der
verstorbenen Kolleg*innen:

Adinew, Charlotte
geb. 21.08.1931
verst. 16.11.2024

Wulff, Günter
geb. 14.02.1935
verst. 21.12.2024

Schwetke, Joachim
geb. 01.07.1958
verst. 05.02.2025

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/661199–0
Fax: 0431/661199–5
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

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, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie Psychotherapeut*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), Dr. Sandra
Dörrenbächer (Saarland), Jens J. Müller
(Schleswig-Holstein), Dr. Björn Riegel
(Schleswig-Holstein).

Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin
Matthias Schmid M. A., Redakteur,
C. v. D. (V. i. S. d. P.)
Psychotherapeutenkammer Bayern
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19 und -26
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V. i. S. d. P.) für den Inhalt des in diesem Heft enthaltenen Stellen- und Praxismarktes des medhochzwei Verlages sowie der vom medhochzwei Verlag beigefügten Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils. Die Verantwortung für diese Inhalte trägt ausschließlich der medhochzwei Verlag.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der nebenstehend genannten Psychotherapeutenkammern enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournal's erforderlichen Adressdaten

haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei und nur zu diesem Zweck Zugriff.

24. Jahrgang, Ausgabe 1/2025

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



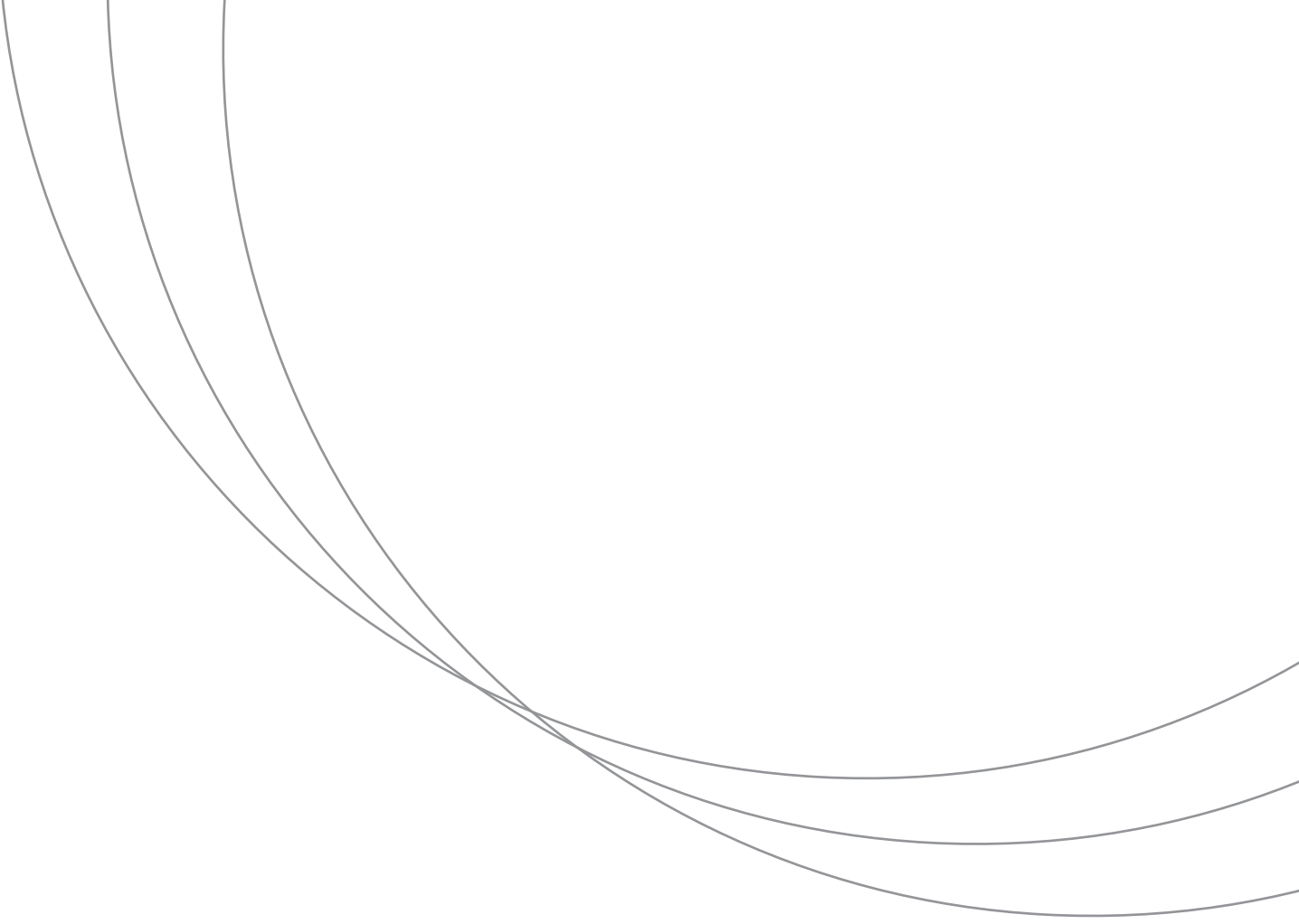
Manuskripte

Einreichungsschluss für Ausgabe 3/2025 ist der 13. Juni 2025 und für Ausgabe 4/2025 der 12. September 2025. 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 Psychotherapeutenkammer Bayern 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

