www.psychotherapeutenjournal.de | ISSN 1611-0773 | D 60843 | 20. Jahrgang | 17. März 2021

Psychotherapeuten journal

- Wenn Computerspielen zur Sucht wird: Die Gaming Disorder – ein neues Störungsbild der ICD-11
- Probleme und Herausforderungen der Klinischen Neuropsychologie
- Entwicklungen und Impulse in der Psychosozialen Notfallversorgung
- Wie können Psychotherapeuten Betroffenen der Huntington-Krankheit und deren Angehörigen helfen?
- „Anderssein“ ohne Diagnose: Ein Gespräch zur Problematik einer nicht oder spät erkannten Autismus-Spektrum-Störung bei Frauen

PTJ 1/2021
(S. 1–102)

Geschlechtersensible Sprache

Das Psychotherapeutenjournal wechselt im Sinne eines geschlechtersensiblen Sprachgebrauchs in seinen Ausgaben zwischen einem in weiblicher Form und einem in männlicher Form verfassten Heft ab. Dies betrifft Textpassagen, in denen nicht eindeutig ein Mann/Männer bzw. eine Frau/Frauen gemeint sind. Durch das Abwechseln zwischen weiblicher und männlicher Sprachform sollen Frauen ebenso wie Männer sprachlich sichtbar gemacht werden. Transgeschlechtlichkeit kann aktuell in der Sprache des PTJ noch nicht abgebildet werden, transgeschlechtliche Menschen sind jedoch ausdrücklich mitgemeint und angesprochen. Zur ausführlichen Begründung dieses Beschlusses lesen Sie bitte das Editorial in Ausgabe 4/2017.

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir im Redaktionsbeirat hoffen, Sie konnten trotz aller Einschränkungen und Verzichtsleistungen, die die Pandemiezeit mit sich brachte und bringt, den Jahreswechsel gesund und mit der Aussicht auf bessere Zeiten erleben! Die ersten Monate dieses Jahres waren für diejenigen unter uns, die mit Aus- und Weiterbildungsfragen beschäftigt sind, geprägt von der Fahrt aufnehmenden Umsetzung des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes. Beim – sehr erfolgreich! – in Form einer Videokonferenz durchgeführten 37. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) fand eine erste Lesung der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) statt, die den erheblichen Bedarf nach weiterer Diskussion verdeutlichte ebenso wie die bisher bereits in der BPtK, in den Landeskammern und von den Verbänden geleistete Arbeit. Es bleibt noch einiges zu tun; dies wird jedoch sicher einen konstruktiven Verlauf nehmen. Im besagten Kontext der MWBO wird Sie gewiss auch der Artikel von Gauggel zur Klinischen Neuropsychologie in diesem Heft interessieren.

Leider nicht mehr begleiten wird diese und andere Fachdiskussionen unser sehr geschätzter Kollege Jürgen Hardt, der am 19. Dezember 2020 nach schwerer Krankheit verstarb. Als früherer Präsident der Landeskammer Hessen und im Rahmen seiner mehrjährigen Versammlungsleitung beim DPT hatte er sich sehr um die weitere Etablierung und Verankerung unserer Kammern im Gesundheitswesen wie auch in Kultur und Gesellschaft verdient gemacht. Im Redaktionsbeirat des PTJ trug er von Beginn an durch seinen Intellekt und seine profunde Sachkenntnis über viele Jahre zur Qualität dieser Fachzeitschrift bei. Bis heute stellt seine Devise, dass die Arbeit in den Kammern und eben auch am PTJ die respektvolle Kooperation von Verschiedenen erfordert, eine Leitlinie für die gemeinsame redaktionelle Gestaltung unseres Journals dar. Er war ein ebenso streitbarer wie versöhnungsbereiter, sein Fach liebender Psychoanalytiker mit steter Bereitschaft zum Blick über den eigenen Tellerrand. Er fehlt.

Wenn Sie dies lesen, dann befinden wir uns bereits im zweiten Jahr der Pandemie. Die Zeit seit dem Januar 2020 hat uns schon jetzt einiges gelehrt: das Fürchten vor einer Bedrohung, gegen die zunächst kein Kraut und kein Medikament gewachsen war, wie auch vor angst- und wutgetriebenen Verschwörungs„theorien" – aber ebenso die Entwicklung und breite Verwendung von Formen der Kommunikation in den Praxen, Institutionen und in der Lehre, die viele von uns erst neu erlernen mussten. Es wird sich zeigen, wie sich die Digitalisierung längerfristig auch in der Psychotherapie auf die Patienten, auf uns Psychotherapeuten und auf den therapeutischen Prozess auswirken wird: Dazu Triest, ein israelischer Autor, über die Folgen der Pandemie: "(E)s muss ein Weg gefunden werden, wie man im virtuell vermittelten Raum zusammen und getrennt sein kann (…) wie die Orchestermusiker (unter den aktuellen Bedingungen; eigene Einfügung) (…) oder (…) wie meine dreijährige Enkeltochter, die versuchte, eine improvisierte Rutsche hochzuklettern, welche ihre Eltern am anderen Ende der Zoomverbindung für sie aufgebaut hatten, und mir aus kilometerweiter Entfernung ihre Hand entgegenstreckte und rief: ‚Opa, Opa, gib mir die Hand – hilf mir, (…) hier hochzuklettern'" (Triest, J. (2021). Das Virus des Schreckens. Notizen zur Coronazeit, PSYCHE, 75, S. 171).

Mir bleibt, Ihnen wieder ein inhaltsreiches und anregendes Heft zur Lektüre zu empfehlen. Besonders interessant dürfte eine mit dieser Ausgabe startende Reihe werden, die in lockerer Folge – betreut durch Regina Steil (Hessen) – neu in die ICD-11 aufgenommene Diagnosen vorstellt und den jeweiligen Kontext dieser Ergänzungen bzw. Veränderungen der „alten" ICD-10-Diagnosen sowie die strukturellen Transformationen in der ICD erläutert. Eröffnet wird die Reihe in diesem Heft mit dem Artikel von Leo und Lindenberg zur *Gaming Disorder*, einem Krankheitsbild von leider hoher Aktualität. Auch die Texte von Wulfes, Rau und Kröger zur Psychosozialen Notfallversorgung und von Dose zur Huntington-Krankheit sowie ein Gespräch zwischen einer Betroffenen, einer Psychotherapeutin und einem Psychiater zur Problematik einer späten oder gar ausbleibenden Diagnose von Autismus bei Frauen veranschaulichen wieder die Vielfalt der Felder, in denen sich Psychotherapie heute bewährt.

Ich wünsche Ihnen Freude beim Lesen, aber vor allem Gesundheit; passen Sie auf sich und die Menschen, die Ihnen wichtig sind, weiterhin gut auf!

Anne Springer, Berlin
(Mitglied des Redaktionsbeirats)

Inhalt

Nachruf

5 *Heike Winter*
Zum Tod von Jürgen Hardt, Gründungspräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen

Originalia
Serie

6 *Katharina Leo & Katajun Lindenberg*
Gaming Disorder: Diagnostik und Psychotherapie der neuen ICD-11-Diagnose
Mit der Aufnahme der *Gaming Disorder* in die ICD-11 endet ein langer Diskurs um ein eigenständiges Störungsbild und dessen nosologische Einordnung. Dieser Übersichtsartikel beschreibt das Erscheinungsbild der neuen Diagnose wie auch dessen Entstehungsgeschichte und fasst aktuelle epidemiologische Befunde sowie Komorbiditäten zusammen. Ätiologiemodelle wie auch evidenzbasierte Behandlungsansätze werden vorgestellt.

14 *Siegfried Gauggel*
Probleme und Herausforderungen der Klinischen Neuropsychologie
In dem Beitrag werden verschiedene Probleme und Herausforderungen der Klinischen Neuropsychologie (KNP) beschrieben. Der Autor schlägt einen engen Schulterschluss der KNP mit der Klinischen Psychologie und Psychotherapie vor, der auch dem wissenschaftlichen Nachwuchs eine Zukunftsperspektive bieten würde. Die KNP sollte sich selbst darüber hinaus auch als eine elaborierte psychotherapeutische Methode begreifen.

23 *Nele Wulfes, Sabine Rau & Christoph Kröger*
Psychosoziale Notfallversorgung. Entwicklungen und Impulse aus psychotherapeutischer Sicht
Die Versorgung von Betroffenen nach Großschadenslagen ist auch für Psychotherapeuten von zunehmender Relevanz. Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) setzt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und anderen Berufsgruppen voraus. In diesem Artikel werden Neuerungen in Klassifikationssystemen und relevanten Leitlinien beleuchtet, Entwicklungen der PSNV aus psychotherapeutischer Sicht beschrieben, Ergebnisse einer Befragung der Landestherapeutenkammern vorgestellt und erste Impulse abgeleitet.

32 *Matthias Dose*
Die Huntington-Krankheit – eine Herausforderung (auch) für Psychotherapeuten
Als „Basiswissen" für Psychotherapeuten, die bereit sind, sich der vielfältigen Probleme im Zusammenhang mit der erblichen Huntington-Krankheit anzunehmen, gibt der Artikel einen Überblick über Geschichte, Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten, vor allem aber die unterschiedlichen „Bedarfe" der Betroffenen, Risikopersonen, weiterer Angehöriger und Betreuer bezüglich psychologischer/psychotherapeutischer Betreuung und Behandlung.

Interview

39 *Kerstin B. im Gespräch mit Martin Ahlers und Kristina Marquass*
Ursachen und Risiken einer ausbleibenden oder späten Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung bei Frauen

Buchrezensionen

45 **Handbuch in Zeiten des Paradigmenwechsels**
Eine Rezension von Margret Göth: Günther, M., Teren, K. & Wolf, G. (2019). Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen.

46 **Alles andere als einschläfernd – hilfreiches Manual zum Thema Schlafstörungen**
Eine Rezension von Daniela Schultheis: Binder, R., Schöller, F. & Weeß, H.-G. (2020). Therapie-Tools Schlafstörungen.

47 **Wegweisende Impulse zu einer gelingenden therapeutischen Beziehung**
Eine Rezension von Matthias Ochs: Staemmler, F.-M. (2017). Relationalität in der Gestalttherapie, Kontakt und Verbundenheit.

48 **Das Trauma begreifen und behandeln – ein fundierter Überblick über psychodynamische Therapieansätze**
Eine Rezension von Ingo Jungclaussen: Barwinski, M. (2020). Steuerungsprozesse in der Psychodynamischen Traumatherapie.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

51 Bundespsychotherapeutenkammer
55 Baden-Württemberg
59 Bayern
63 Berlin
66 Bremen
70 Hamburg
74 Hessen
78 Niedersachsen
81 Nordrhein-Westfalen
84 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
89 Rheinland-Pfalz
93 Saarland
97 Schleswig-Holstein

1 Editorial

49 Leserbriefe und Replik

101 Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

102 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A18 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

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

Nachruf

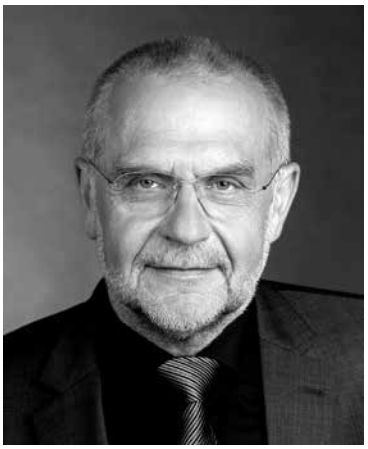
Zum Tod von Jürgen Hardt, Gründungspräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen

Nach schwerer Krankheit ist am 19. Dezember 2020 der ehemalige Präsident der Psychotherapeutenkammer, Dipl.-Psych. Jürgen Hardt, im Alter von 77 Jahren verstorben. Seine Leidenschaft, sein Engagement, die Courage und Hartnäckigkeit, mit der er seine Anliegen vertrat, seine Authentizität und Geradlinigkeit bleiben ebenso unvergessen wie seine Leistungen für die Psychotherapeutenkammer Hessen, der er von 2002 bis 2011 als Präsident vorstand. Unter seiner Führung wuchs die Kammer zu einer anerkannten Vertretung des Berufsstandes in Hessen. Darüber hinaus engagierte er sich als Versammlungsleiter des Deutschen Psychotherapeutentages und Sitzungsleiter im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals sowie in weiteren Organisationen und prägte Selbstverständnis und Stil dieser Positionen.

Die Aktivitäten der Kammer hat Hardt, der in Köln Philosophie und Psychologie studierte und seine psychoanalytische Ausbildung in Gießen absolvierte, dabei stets in ihrem soziokulturellen Umfeld verortet. Die psychotherapeutische Berufsausübung war für ihn zwar eine gesetzlich eng umschriebene heilkundliche Tätigkeit – aber eben zugleich ein Eingriff in Lebensformen, die in einer bestehenden Kultur und Gesellschaft gewählt, reguliert und ausgebildet werden. Seelische Erkrankungen waren für ihn immer sozial mitbedingt. Vor Fehlentwicklungen in dieser Gesellschaft zu warnen, war ihm deshalb ein zentrales Anliegen. Dabei blieb für ihn die Freiberuflichkeit der Psychotherapeuten untrennbar mit der Selbstbindung an ethische Normen verknüpft, die aus der Verantwortung für die Patienten und das Gemeinwesen erwachsen. Diese Haltung war es auch, die ihn 2009 veranlasste, zusammen mit anderen vor dem Bundesverfassungsgericht Klage gegen das BKA-Gesetz einzureichen. Bei diesem standen aus seiner Sicht nämlich der besondere Schutz der Psychotherapeuten und Ärzte als Berufsgeheimnisträger – und damit nicht zuletzt auch Grundrechte von Patienten und Bürgern – auf dem Spiel.

In der Kammerarbeit war es ihm eine Herzensangelegenheit, zwischen den psychotherapeutischen Schulen der Berufsangehörigen zu vermitteln. „Gemeinsamkeiten in der Anerkennung von Differenzen auszumachen" – so bezeichnete er einmal seine Losung für diese beharrliche Suche nach einem tragfähigen Konsens. Dieses Bestreben spiegelt sich auch in dem von ihm mitinitiierten „Geisenheimer Manifest" wider, das bis heute die Grundprinzipien der Psychotherapeutenkammer Hessen kennzeichnet und ihrem Wirken einen Rahmen gibt.

Neben seiner Tätigkeit als Kammerpräsident arbeitete Jürgen Hardt in seiner psychotherapeutischen Praxis in Wetzlar; er war zudem tätig als (Gruppen-) Lehr- und Kontrollanalytiker, Dozent und Supervisor sowie als Organisationsberater. Seine zahlreichen Publikationen und Vorträge legen Zeugnis ab über sein unermüdliches Bemühen, sich selbstkritisch mit der Psychotherapie auseinanderzusetzen und neue Denkanstöße zu geben.



Jürgen Hardt (02.09.1943–19.12.2020)

Jürgen Hardt hat mit seinem Wirken das Wesen der Psychotherapeutenkammer Hessen maßgeblich mitdefiniert. Insofern verlieren wir nicht nur einen hochgeschätzten Kollegen, sondern den Menschen, der Weichen für eine erfolgreiche Arbeit der Kammer gestellt hat. Dafür gebühren ihm Respekt und große Dankbarkeit.

Wir trauern gemeinsam mit seiner Ehefrau und seiner Familie und werden sein Andenken in Ehren halten. Er wird fehlen.

Dr. Heike Winter
Präsidentin

Wir trauern um Jürgen Hardt. Er hat den Aufbau nicht nur der hessischen Kammer, sondern unserer gesamten Kammerlandschaft und des PTJ maßgeblich mitgestaltet und geprägt.

Jürgen Hardt hat seit der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) verantwortlich in der Versammlungsleitung der Deutschen Psychotherapeutentage mitgewirkt, von 2005 bis 2008 als Versammlungsleiter. Viele strittige Themen konnten auch dank seiner klugen und vorausschauenden Sitzungsleitung in einer offenen und wertschätzenden Atmosphäre diskutiert werden. Er legte in seinem berufspolitischen Wirken großen Wert darauf, dass die Bedeutung der Psychotherapie in der Öffentlichkeit angemessen wahrgenommen wird, und hatte dabei immer auch die Mitverantwortung für gesellschaftliche Brennpunkte im Blick.

Unser Beileid gilt seiner Familie und seinen Freunden.

Der Vorstand und die Mitarbeiter*innen der BPtK

SERIE: Die neuen Störungsbilder der ICD-11

Gaming Disorder: Diagnostik und Psychotherapie der neuen ICD-11-Diagnose

Katharina Leo & Katajun Lindenberg

Zusammenfassung: Seit dem Lockdown der Corona-Pandemie ist die Computerspielstörung noch stärker in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Zunehmend stellt sich die Frage, wann aus einem exzessiven Freizeitverhalten eine Sucht wird. Mit der Aufnahme der *Gaming Disorder* in die ICD-11 endet ein langer Diskurs um ein eigenständiges Störungsbild und dessen nosologische Einordnung. In diesem Übersichtsartikel wird das Erscheinungsbild der neuen Diagnose beschrieben, dessen Entstehungsgeschichte sowie der Diskurs um den Einzug in die ICD-11. Aktuelle epidemiologische Befunde und die häufigsten Begleiterkrankungen einer Computerspielstörung werden dargestellt. International anerkannte Ätiologiemodelle, Entstehungsmechanismen und identifizierte Risikofaktoren werden erläutert. Darüber hinaus erhalten die Leser Einblicke in erste Proof-of-Concept- und Wirksamkeitsstudien zur Behandlung, Frühintervention und Prävention der Computerspielstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Redaktionelle Vorbemerkung: Eine Artikelserie zu neu in die ICD-11 aufgenommenen psychischen Störungen

Die 11. Revision der International Classification of Diseases (ICD-11) der World Health Organisation (WHO; https://icd.who.int/en/) soll ab dem 1. Januar 2022 mit einer mehrjährigen Übergangsfrist in Kraft treten. Die ICD-11 beinhaltet neben einigen strukturellen Umstellungen und Veränderungen der Definitionen bestimmter Krankheitsdiagnosen gegenüber der ICD-10 auch eine ganze Serie von neuen Störungsbildern, die erstmalig in dieses Kategoriensystem psychischer Erkrankungen aufgenommen wurden.

Mit der Symptomatik, die im Rahmen dieser neuen Störungsbilder nun als eigene diagnostische Entität gefasst werden wird, sind viele Kollegen[1] aus ihrer alltäglichen Praxis in der Regel bereits vertraut. Die Reduktion dieser Symptome ist sicher auch schon Teil der Therapieziele mit Patienten gewesen – wie z. B. bei wiederkehrender Selbstschädigung der Haut (Exkoriationsstörung), einer übergroßen Sehnsucht nach dem Verstorbenen infolge des Verlusts einer geliebten Person und der Vermeidung der Realität des Todes (Anhaltende Trauerstörung) oder ausgeprägtem Selbsthass nach schwerer interpersoneller Gewalt (komplexe Posttraumatische Belastungsstörung). Diese Symptome wurden aber bislang nicht als Indikatoren einer eigenständigen psychischen Erkrankung gewertet.

Um viele neu aufgenommene Störungsbilder gab es geschichtlich in der Fachöffentlichkeit und Wissenschaft einen z. T. starken Dissens darüber, wie sinnvoll es ist, hier eine neue Diagnose einzuführen oder nicht. So wurde z. B. die Anhaltende Trauerstörung als Diagnose in die ICD-11 aufgenommen, nicht aber in die aktuelle Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen der American Psychiatric Association (APA; DSM-5). Wo die Befürworter sich von der Einführung einer neuen Diagnose eine Verbesserung der Versorgungslage schwer belasteter Patienten erhoffen, befürchten die Gegner häufig eine Überpathologisierung von Beschwerden oder stellen in Abrede, dass eine bestimmte Ausprägungsform von Symptomen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt.

Die wichtigsten neu in die ICD-11 aufgenommenen Störungsbilder im zukünftigen Kapitel 06 (Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders), das an die Stelle des bisherigen Kapitels V (Psychische Störungen) tritt, sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Anhaltende Trauerstörung
Bipolare Störung II
Computerspielstörung
Essstörung mit Heißhungeranfällen
Exkoriationsstörung (Skin-Picking-Störung)
Intermittierende explosive Störung
Katatonie
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
Körperdysmorphe Störung
Körper-Integritätsstörung
Olfaktorische Referenzstörung
Pathologisches Horten
Prämenstruelle dysphorische Störung
Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
Zwanghafte Sexualverhaltensstörung

In diesem Heft finden Sie den Auftaktartikel zu einer Serie, in der wir Experten für ein neu aufgenommenes Störungsbild eingeladen haben, uns

1 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.

eine Übersicht über Diagnose, Diagnostik, Epidemiologie, Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung sowie Ansätze zu deren Behandlung und ihrer Wirksamkeit zu geben. Wir haben die Autoren gebeten, auch jeweils die Historie und Konflikte rund um die Einführung der neuen Störung darzustellen. Die Serie beginnt mit einem Überblicksartikel von Katharina Leo und Katajun Lindenberg zur Computerspielstörung.

Die Artikelserie soll Ihre Aufmerksamkeit auf die neu diagnostizierbaren Störungsbilder lenken. Die derzeit gebräuchlichen Interviews, mit denen man sich einen Überblick über beim Patienten vorliegende Diagnosen verschaffen kann, werden nämlich die neuen Störungsbilder für lange Zeit noch nicht gezielt erfragen – obwohl einige von ihnen durchaus häufig sind, wie z. B. die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung oder auch die Anhaltende Trauerstörung.

Mit der Einführung neuer Diagnosen ist für viele Betroffene wie auch Experten immer die Hoffnung verbunden, die Forschung zur Epidemiologie, Diagnostik und vor allem auch Behandlung der Störung zu inspirieren und zu fördern. Die gezielte Beschäftigung mit einem neuen Syndrom stimuliert die Entwicklung von auf diese Symptomkonstellation zugeschnittenen effektiven Psychotherapien. Wir hoffen, mit der nun startenden Artikelserie einen Beitrag hierzu leisten zu können. Bei vielen der neuen Störungsbilder liegen – wie Sie beim Lesen der Beiträge feststellen werden – schon empirisch gestützte wirksame psychotherapeutische Interventionen vor.

Die Autoren stellen die Störungsbilder vor ihrem jeweiligen wissenschaftlichen Hintergrund dar. Wir sehen diese Beiträge als Grundlage für eine weitere Beschäftigung mit diesen Störungsbildern.

Regina Steil
im Namen des Redaktionsbeirats

Diagnose und Kriterien

Mit der Aufnahme der *Gaming Disorder* in die ICD-11 wird die Computerspielstörung erstmals als vollwertiges Störungsbild mit einem klar umgrenzten Symptomprofil im Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, 2018b) aufgeführt. Die Symptome umfassen einen Kontrollverlust über das Spielverhalten, eine Priorisierung des Computerspielens gegenüber anderen Interessen und Alltagsaktivitäten sowie eine Fortsetzung des Spielens trotz negativer Folgen für die Betroffenen. Konnte die Computerspielstörung in der ICD-10 bisher nur unter den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen" als „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle" (F63.8) kodiert werden, so wird sie in der ICD-11 als eine Verhaltenssucht verstanden, die im Kapitel der „Substanzbezogenen Störungen und Verhaltenssüchte" unter der Überschrift „Störungen durch Verhaltenssüchte" zu finden sein wird. Damit erfolgt die Anerkennung der Computerspielstörung als eigenständige Diagnose in Übereinstimmung mit dem DSM-5 *(American Psychiatric Association, 2013)*,[2] das mit seiner Aufnahme der *Internet Gaming Disorder* die problematische, suchtartige Nutzung von digitalen Spielen 2013 erstmals in den Fokus der klinischen Forschung rückte und Kriterien zugrunde legte, die eine empirische Überprüfung ermöglichten (*Paschke et al., 2020*; Ko et al., 2014). Im Vergleich zu den drei Kriterien der ICD-11 führt das DSM-5 insgesamt neun Kriterien auf, von denen mindestens fünf für eine Dauer von zwölf Monaten erfüllt sein müssen, um die Diagnosevergabe einer *Internet Gaming Disorder* zu rechtfertigen (siehe Tab. 1).

In der ICD-11 werden die Kriterien einer Computerspielstörung durch ein andauerndes oder episodenhaft wiederkehrendes Muster eines Computerspielverhaltens charakterisiert, das sich online oder offline in o. g. Kriterien manifestiert (siehe Tab. 1). Um eine Diagnose vergeben zu können, muss das Computerspielverhalten inklusive der genannten Kriterien auch in der ICD-11 für mindestens zwölf Monate beste-

Internet Gaming Disorder (DSM-5)	Gaming Disorder (ICD-11)
1. Übermäßige Beschäftigung (gedankliche Vereinnahmung durch Computerspiele). 2. Entzugssymptomatik (z. B. Gereiztheit, Unruhe Ängstlichkeit oder Traurigkeit), wenn das Computerspielen wegfällt. 3. Toleranzentwicklung (z. B. Bedürfnis nach zunehmend längeren Spielzeiten). 4. Verlust der Kontrolle über das Computerspielen. 5. Interessensverlust bei früheren Hobbys und Freizeitbeschäftigungen (als Folge des Computerspielens). 6. Fortführung eines exzessiven Computerspielens trotz der Einsicht negativer psychosozialer Folgen. 7. Täuschen von Familienangehörigen, Therapeuten und anderen bezüglich des Ausmaßes des Computerspielens. 8. Nutzung von Computerspielen, um negative Gefühle (Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Angst) zu kompensieren. 9. Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, der Arbeitsstelle oder Ausbildungs-/Karrieremöglichkeit aufgrund des Computerspielens.	1. Kontrollverlust über das Spielen (in Bezug auf Beginn, Frequenz, Intensität, Dauer, Beendigung und Kontext des Spielens). 2. Bevorzugung des Computerspielens gegenüber anderen Interessen und Alltagsaktivitäten. 3. Fortsetzung oder Steigerung des Computerspielens trotz resultierender, negativer Konsequenzen. Das Verhalten ist so schwerwiegend, dass es zu einer Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen führt.

Tabelle 1: Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien der Internet Gaming Disorder nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) und der Kriterien der Gaming Disorder der ICD-11 (World Health Organization, 2018a)

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.

hen und das psychosoziale Funktionsniveau der Betroffenen dauerhaft beeinträchtigen. Das Zeitkriterium kann allerdings vernachlässigt werden, wenn alle Diagnosekriterien zutreffen und die Symptomatik besonders schwer ausgeprägt ist.

Ein rein missbräuchliches oder schädliches Computerspielverhalten stellt hingegen einen Ausschluss der Diagnose dar. Dieses kann in der ICD-11 unter *Hazardous Gaming* (dt.: riskantes Computerspielverhalten) kodiert werden und fällt in die Kategorie der „Problems associated with health behaviours". Somit müssen für die Diagnosevergabe einer Computerspielstörung analog zu anderen Süchten die klassischen Kriterien einer Abhängigkeit erfüllt sein.

Geschichte der Diagnose

Als eine der Ersten machte Kimberly Young mit Ihrem Werk zu *Internet Addiction (1998a)* die Öffentlichkeit auf das Problem der Internet- und Computerspielsucht aufmerksam. Da die Forschung zu pathologischem Videospiel- und Internetgebrauch Anfang der 1990er-Jahre noch in den Kinderschuhen steckte, entwickelten sich weltweit im Laufe der Jahre diverse Bezeichnungen wie *Videospielsucht* (*video game addiction*; Fisher, 1994), *zwanghafter Internetgebrauch (compulsive internet use*; Greenfield, 1999), *pathologischer Internetgebrauch (pathological Internet use;* Davis, 2001), *problematischer Internetgebrauch* (*problematic Internet use;* Shapira, 2000*)* oder *Internetsucht* (*Internet addiction;* Young, 1998b). Dies erschwerte eine zusammenfassende Beforschung, Beschreibung und Definition der Konstrukte internetbasierten Suchtverhaltens (Petersen et al., 2017). Ebenfalls unklar war in diesem Zusammenhang die nosologische Einordnung der Computerspielstörung. So wurde diese einerseits als Impulskontrollstörung ähnlich eines pathologischen Glückspielverhaltens verstanden (Beard & Wolf, 2001; Shapira et al., 2003; Young, 1998b), andererseits im Sinne einer Verhaltenssucht den Suchterkrankungen zugeordnet (King et al., 2011; Kuss & Griffiths, 2012). Erst mit der Aufnahme der *Internet Gaming Disorder* in das DSM-5 im Jahre 2013 etablierten sich einheitliche Kriterien für ein umschriebenes Störungsbild, die für die Forschung richtungsweisend waren. Spätestens mit dem Einschluss der *Gaming Disorder* in die ICD-11 ist der Diskurs um die nosologische Einordnung abgeschlossen. Aufgrund der neurobiologischen Ähnlichkeit zu substanzgebundenen Störungen wird sie neben der *Gambling Disorder* (dt.: pathologisches Glücksspielen) der neuen Kategorie der Verhaltenssüchte zugeordnet.

Wissenschaftlicher Diskurs um die Diagnosekriterien

Wie schon zuvor im DSM-5, wurde die Aufnahme der Computerspielstörung in die ICD-11 kontrovers diskutiert (*Aarseth et al., 2017*; Billieux et al., 2015). Sorgen einer übertriebenen Pathologisierung des täglichen Lebens kamen auf. Eine große Gruppe von eigentlich gesunden Menschen (*Gamer*), für die das Spielen nicht mehr und nicht weniger als ein wichtiges Hobby (*E-Sports*) darstellte, würden als abhängig stigmatisiert (*Aarseth et al., 2017*; James & Tunney, 2017; Przybylski & Orben, 2018). Oft wurde die mangelhafte Qualität der Studien zur Suchtforschung angeführt (van Rooij et al., 2018), die keine allgemeingültigen Rückschlüsse auf ein formales Störungsbild rechtfertigten. Kritisiert wurde auch eine unscharfe Trennung zu substanzgebundenen Störungen und pathologischem Glücksspiel (Kardefelt-Winther, 2015). Infrage stand zudem, ob ein problematisches Computerspielen nicht eher eine Art Copingstrategie sei, um andere zugrunde liegende Probleme, wie Depressionen oder Ängste, zu kompensieren (Kardefelt-Winther, 2014). Anderen reichte die Aufnahme einer Computerspielstörung in die ICD-11 alleine nicht weit genug, da dadurch weitere pathologische Internetaktivitäten wie exzessives Online-Shopping, exzessiver Online-Pornografiekonsum oder ein exzessiver Gebrauch sozialer Medien unberücksichtigt blieben (Musetti et al., 2016; Musetti & Corsano, 2018).

Allen Gegenstimmen zum Trotz überwogen schließlich die Argumente, die zu einer Aufnahme der neuen Diagnose führten. Hierzu zählen eine überzeugende Evidenzlage für die Existenz sowie die klinische, gesundheitspolitische und bildungspolitische Relevanz des Störungsbildes, der Fokus auf klar definierte Suchtkriterien (Kontrollverlust, Priorisierung, Fortsetzen trotz negativer Konsequenzen) mit signifikantem Leidensdruck (insbesondere in Abgrenzung zu einer selbstbestimmten Nutzung im Rahmen einer Freizeitaktivität), ein eigenständiges Bestehen der Diagnose auch ohne das Vorliegen von Begleiterkrankungen sowie gravierende physische (z. B. Auge, Hand, Rücken), psychische (wie Depressivität, Stress und Entwicklungsstörungen) und soziale (wie Vereinsamung, Vernachlässigung persönlicher Kontakte) Folgeschäden (*Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. und Fachverband Medienabhängigkeit e. V., 2020*; Griffiths et al., 2017; Király & Demetrovics, 2017; Lee et al., 2017; Saunders et al., 2017; Shadloo et al., 2017; van den Brink, 2017). Betroffene werden demnach ab dem 1. Januar 2022 mit Inkrafttreten der ICD-11 unter 6C51 mit der Diagnose einer *Gaming Disorder* kodiert und behandelt werden können.

Epidemiologie

Aufgrund des noch jungen Störungsbildes, das in der Vergangenheit in Studien weltweit uneinheitlich operationalisiert wurde, finden sich in der internationalen Literatur deutliche Unterschiede in den Prävalenzen. Diese reichen von 0,6 % bei Jugendlichen und Erwachsenen in Norwegen (Mentzoni et al., 2011) bis zu 21,5 % bei chinesischen Jugendlichen (Xu & Yuan, 2008). In einer Meta-Analyse von Fam (2018), in der Studien der letzten 30 Jahre miteinbezogen wurden, kam die *Internet Gaming Disorder* auf eine weltweite Prävalenz von 4,6 % unter Jugendlichen. Dabei zeigten insbesondere Jungen mit einer Prävalenz von 6,8 % deutlich höhere Werte als Mädchen mit einer Prävalenz von 1,3 %. In einer für Deutschland repräsentativen

Stichprobe kamen *Rehbein et al. (2015)* auf eine Prävalenz von 1,2 % bei 13- bis 18-Jährigen. Wartberg et al. (2020) berichteten eine Ein-Jahres-Prävalenzschätzung von 3,5 % für die *Internet Gaming Disorder* unter 12- bis 17-jährigen deutschen Jugendlichen. Auch hier erreichten die männlichen Befragten mit 5,9 % signifikant höher Prävalenzwerte als die weiblichen Probanden mit 1,0 %. Für die *Internet Use Disorder* (*IUD*), ein Mantelbegriff für die *Gaming Disorder* und andere internetbezogene Störungen, konnte in einer umfassenden Studie an deutschen Schulen eine Verdreifachung der Prävalenz zwischen 11 (2,8 %) und 21 Jahren (9,1 %) gefunden werden (Lindenberg et al., 2018). Auch andere Kollegen konnten einen Anstieg für Symptome einer IUD im Jugendalter nachweisen (Karacic & Oreskovic, 2017; Stavropoulos et al., 2018). Insbesondere Erwachsene scheinen weniger zu problematischem oder pathologischem Computerspielen zu neigen (Festl et al., 2013). Die bisherigen Ergebnisse sprechen für eine Zunahme der Prävalenzen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter und einen Rückgang bis zum Ende der dritten Lebensdekade. Damit zählt die Computerspielstörung zu einer der häufigsten Störungen des Jugendalters, wobei Jungen im Vergleich zu Mädchen deutlich häufiger davon betroffen erscheinen. Gleichzeitig gibt es Hinweise auf eine hohe Spontanremissionsrate im Jugendalter (Wartberg & Lindenberg, 2020). Über die Stabilität der Computerspielsucht über die Lebenszeit hinweg können aufgrund fehlender Längsschnittuntersuchungen bis heute keine zuverlässigen Angaben gemacht werden (Sussman et al., 2018).

Komorbiditäten

Nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand geht die Computerspielstörung mit einer vergleichbar hohen Zahl an Komorbiditäten einher wie substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen. Zu den Störungen, die am häufigsten mit einer Computerspielstörung assoziiert werden, zählen insbesondere die Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, Depressionen, Angststörungen (insbesondere soziale Phobien), dissoziale Störungen und somatische Beschwerden (Ho et al., 2014; Lindenberg, Szász-Janocha, Schoenmaekers, Wehrmann & Vonderlin, 2017; *Paschke et al., 2020*; *Te Wildt & Vukicevic, 2019*; Wartberg et al., 2017). Weiterhin gibt es Hinweise dafür, dass eine Computerspielsucht auch mit einem übermäßigen Konsum stoffgebundener Suchtmittel wie Cannabis, Alkohol und Nikotin einhergeht (Morioka et al., 2017; van Rooij et al., 2014; Walther et al., 2012).

Störungsmodelle

Auf neurobiologischer Ebene weist die Computerspielstörung Ähnlichkeiten mit substanzgebundenen Störungen auf (Kuss & Griffiths, 2012; Weinstein & Lejoyeux, 2015), weshalb sie als Verhaltenssucht klassifiziert wird. Im Unterschied zum Suchtmittelkonsum, bei dem die pharmakologischen Substanzen über Botenstoffe Reaktionen im dopaminergen Belohnungssystem auslösen (Everitt et al., 2001), wird Dopamin bei Verhaltenssüchten durch das exzessiv ausgeführte Verhalten freigesetzt. Der Verhaltensexzess wirkt konsistent positiv verstärkend. Für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Computerspielstörung spielen demnach klassische und operante Konditionierung eine entscheidende Rolle (Grüsser & Thalemann, 2006).

Das I-PACE-Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhaltenssüchten (*The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution*; *Brand et al.*, 2016, *2019*) beruht auf operanten Lernmechanismen und postuliert ein Zusammenspiel aus personenbezogenen Faktoren, affektiven und kognitiven Reaktionen auf bestimmte Stimuli sowie exekutiven Funktionen (Inhibitionskontrolle und Entscheidungsfindung). Ausgehend von allgemeinen und individuellen Prädispositionen (wie Genetik, frühen negativen Kindheitserfahrungen, dysfunktionalen Coping-Stilen, individuellen Bedürfnissen und Nutzungsmotiven) wird der Suchtprozess im Anfangsstadium durch ein vom Spielen ausgelöstes Gratifikationserleben begünstigt. Auf das Computerspiel(en) bezogene kognitive Verzerrungen (wie positive Einstellungen bezüglich des Computerspielens) lösen spezifische affektive und kognitive Reaktionen aus. Die Betroffenen entscheiden sich zu spielen. Das wiederum führt zu einem erneuten Erleben von Gratifikation, verzerrte Erwartungen eines übermäßig positiven Effekts durch das Spielen nehmen zu. Mit der Zeit lässt der Belohnungseffekt des Computerspielens nach, das Verhalten wird zunehmend habitualisiert. In Kombination mit einer herabgesetzten inhibitorischen Kontrolle spielen Betroffene immer häufiger auch in unangemessenen Situationen. Dadurch werden sie zunehmend mit den negativen Folgen ihres Verhaltens in der realen Welt konfrontiert. Diese kompensieren sie wiederum mit Computerspielen. Im späten Stadium der Sucht löst alleine der Anblick des Computers maladaptive affektive oder kognitive Reaktionen aus (wie Reizreaktivität/Craving, Attentional Bias oder schlicht das Bedürfnis, eine negative Emotion loszuwerden und das Computerspielen als einzig hilfreiches Mittel dagegen anzusehen). Ein dysfunktionaler Teufelskreis aus Kompensation von negativem Affekt und exzessivem Computerspielen ist entstanden. Bildgebende Verfahren liefern Hinweise dafür, dass sich dieser Suchtprozess auch auf neurobiologischer Ebene zeigt. Neben einer Sensibilisierung des dopaminergen Belohnungssystems, insbesondere des

Auf neurobiologischer Ebene weist die Computerspielstörung Ähnlichkeiten mit substanzgebundenen Störungen auf, weshalb sie als Verhaltenssucht klassifiziert wird.

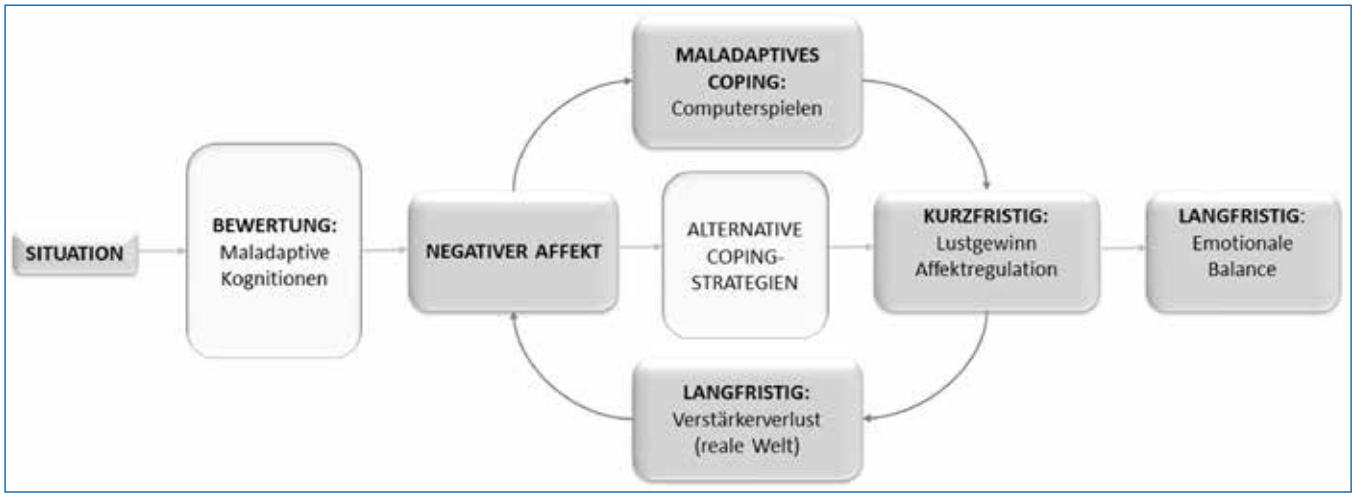


Abbildung 1: Das Translationsmodell für psychotherapeutische Interventionen bei Internetbezogenen Störungen und Computerspielstörung (Lindenberg et al., 2020)

ventralen Striatums (Berridge & Robinson, 2016), scheint es in späteren Stadien der Sucht zu einer Veränderung der Verarbeitungswege suchtassoziierter Reize zu kommen. Eine Verschiebung des Aktivierungsmusters vom ventralen zum dorsalen Striatum hin, lässt auf eine Habitualisierung der Verhaltenssucht schließen (Starcke et al., 2018). Das exzessive Computerspielverhalten wird also nicht mehr bewusst ausgeführt, sondern erfolgt zunehmend automatisiert (Antons & Brand, 2019). In Übereinstimmung mit der Dual-Prozesstheorie (Meng et al., 2015; Sussman et al., 2018; Weinstein et al., 2017) wird für die Computerspielstörung, wie auch bei anderen Suchterkrankungen, ein Ungleichgewicht zwischen zwei Netzwerken, dem reaktiven, aktivierenden und dem reflektiven, inhibierenden, angenommen. Das inhibierende Netzwerk weist eine geringere Aktivierung auf, das reaktive Netzwerk dominiert. Bei Kindern und Jugendlichen ist dieses Aktivierungsmuster entwicklungsbedingt häufig. Sie zeigen ein riskanteres Verhalten, bevorzugen kurzfristige Ziele und können sich schlechter selbst regulieren (Liu et al., 2017; *Paschke et al., 2020*).

Das *Translationsmodell für psychotherapeutische Interventionen bei Internet- und Computerspielabhängigkeit (Lindenberg et al., 2020)* baut auf dem I-PACE-Modell auf und überträgt diese Befunde aus der Grundlagenforschung auf psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten, um den beschriebenen kognitiv-affektiven Dysfunktionen entgegenzusteuern. Wie das I-PACE-Modell beruht das Translationsmodell auf der Annahme, dass eine Computerspielstörung mit dysfunktionalen Coping-Mechanismen negativer affektiver Zustände (z. B. motivationale Probleme oder Neigung zu Langeweile, Leistungsängsten, häufig verbunden mit einer Prokrastination unliebsamer Tätigkeiten und sozialer Ängstlichkeit, oft gepaart mit mangelnden sozialen Kompetenzen) einhergeht. Nach kognitiv-behavioralen Grundannahmen gehen diesen aversiven emotionalen Zuständen kognitive Verzerrungen voraus (insbesondere negative Attributionsstile, Übergeneralisierungen und Katastrophisieren), welche zu einer ungünstigen Bewertung von langweiligen, sozialen oder Leistungssituationen führen. Diese löst wiederum negative Gefühlszustände aus, welche mithilfe des Computerspielens kompensiert werden (siehe Abb. 1). Diese Coping-Strategie erscheint kurzfristig funktional, da sie mit angenehmen Gefühlen, wie einem Gratifikationserleben, verbunden ist und die unangenehme Situation vermieden werden kann. Durch die Priorisierung des Computerspielens verlieren andere, ehemals belohnende Verstärker ihre Wirkung, wodurch sich das Verhalten immer stärker einengt. Gleichzeitig kommt es zunehmend zu negativen Konsequenzen für die Betroffenen durch das exzessive Computerspielen, die sich mit immer stärkeren negativen Emotionen konfrontiert sehen. Die ursprüngliche Strategie einer Gratifikation durch das Computerspielen verändert sich nunmehr zu einer Kompensationsstrategie. Die im Modell beschriebenen kognitiven, emotionalen und behavioralen Dysregulationen bieten Ansatzpunkte für die Translation kognitiv-behavioraler Interventionen (kognitive Umstrukturierung, alternative Emotionsregulation, Aktivitätsaufbau und Verhaltenssubstitution, Abstinenz zur Löschung des erlernten Suchtverhaltens).

Müller und Wölfling (2017) bieten mit ihrem *Integrativen Prozessmodell der Internetsucht* (InPrIS) ein spezifisches Diathese-Stress-Modell für die Computerspielstörung. Es beruht auf der Annahme eines dysfunktionalen Lernprozesses. Aus einem Erleben von Inkompetenz in der realen Welt (z. B. Probleme in sozialen Beziehungen oder Leistungssituationen) und einem Kompetenzerleben in der virtuellen Welt entsteht ein Teufelskreis. Da sich Betroffene als Ergebnis vermehrt der virtuellen Welt zuwenden, leiden wiederum ihre sozialen Kompetenzen und die Probleme in der realen Welt (wie Schwierigkeiten in Schule oder Arbeit) verstärken sich.

Zu den biologischen Prädispositionen wurden u. a. Polymorphismen in Neurotransmitterbildung und -regulation, z. B. von 5HTTLPR, dem Serotonintransportergen, identifiziert (Lee et al., 2008; Weinstein & Lejoyeux, 2015) sowie eine gene-

rell erhöhte Vulnerabilität für Stress. Hinweise für persönlichkeitspsychologische Prädispositionen finden sich analog zu anderen Suchterkrankungen in erhöhten Neurotizismus-Werten (damit verbunden emotionale Instabilität/erhöhte Impulsivität, geringer Selbstwert und erhöhte Ängstlichkeit) sowie einer reduzierten Gewissenhaftigkeit, dadurch geringere Selbststrukturierung, weniger systematische Zielverfolgung *(Lindenberg et al., 2020; Müller & Wölfling, 2017)*. Ein entscheidender Risikofaktor in der Entwicklung von Verhaltenssüchten scheint eine dysfunktionale Emotionsregulation zu sein (Kwon et al., 2011; Young, 1998b; Young & de Abreu, 2011). Seitens sozialer Prädispositionen scheinen ein negatives Familienklima sowie ungünstige Sozialisationserfahrungen und damit verbundene Einsamkeit, fehlende soziale Unterstützung und ein soziales Misstrauen eine Rolle zu spielen. Wichtige nutzungsbedingte Risikofaktoren des Computerspielens selbst bestehen im Aufbau des Spiels (bspw. durch operante Verstärkung und ständig neue Reize), in der Möglichkeit zum Rollenwechsel, in dem Erleben von Zugehörigkeit zu einer Online-Community, einem Verpflichtungsgefühl den anderen Mitspielern gegenüber, zu bestimmten Zeiten online zu sein, und dem damit verbundenen Gruppendruck, durch den es für den Einzelnen immer schwieriger wird, sich dem Spielen zu entziehen.

Zudem existieren nennenswerte Befunde aus der Bindungsforschung, die eine Verbindung zwischen pathologischem Internetkonsum und unsicheren wie auch desorganisierten Bindungsstilen nachweisen konnten (Eichenberg et al., 2017; Greschner et al., 2017). Demnach scheinen sozial-kompensatorische Mechanismen eine wichtige Rolle für pathologisches Nutzungsverhalten digitaler Medien einzunehmen (van Loh, 2018).

Diagnostik

In Übereinstimmung mit einem Evidenzpapier der gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaft und Verbände (DGKJP, BAG und BKJPP) sollte die diagnostische Erfassung einer Computerspielstörung im Allgemeinen Folgendes beinhalten: Anamnese der suchtspezifischen Symptomatik, Nutzungsart und -zeiten, Funktionalität des Spielens, spezifische Rahmenbedingungen und Begleitsymptome (*Paschke et al., 2020*). Da Betroffenen während des Spielens häufig das Zeitgefühl (*Immersionseffekt*) verlieren und ihre tatsächliche Spieldauer unterschätzen, werden Tracking-Apps oder Computerspiel-Tagebücher empfohlen. Zusätzlich zu einer allgemeinen Diagnostik, sollte mindestens ein spezifischer Fragebogen sowie ein klinisches Interview eingesetzt werden. Für den Erwachsenbereich liegt ein solches Evidenzpapier noch nicht vor. Eine AWMF-Leitlinie (076–011) zur Diagnostik und Behandlung von Internetbezogenen Störungen ist aktuell in Arbeit.

In einem systematischen Review von *King et al. (2020)* werden 32 Screening-Instrumente verglichen und Empfehlungen für die Diagnostik ausgesprochen. Zwar zeigt sich in der Summe kein Fragebogen überlegen, jedoch geben die Autoren eine Übersicht jener Instrumente, die insgesamt die besten psychometrischen Eigenschaften aufweisen, und sich für den diagnostischen Einsatz eignen. Mit der GAS-7 (Lemmens et al., 2009), der IGD-9 (auch IGDS, *Internet Gaming Disorder Scale*, genannt; *Lemmens et al., 2015*) und der AICA-S-gaming (Wölfling et al., 2012) liegen drei Fragebögen in deutscher Sprache vor, die hierzulande für die Diagnostik einer Computerspielstörung eingesetzt werden können. Dabei deckt die IGD-9 als eine der wenigen Skalen sowohl fast alle DSM-5- als auch drei der ICD-11-Kriterien ab *(King et al., 2020)*. Zudem existiert eine Elternversion, die im Rahmen der Fremdeinschätzung eingesetzt werden kann (Wartberg et al., 2019). Mit der *Computerspielabhängigkeitsskala* (CSAS; *Rehbein et al., 2015*) steht ein in Deutschland entwickeltes, gut evaluiertes Diagnostikinstrument zur Verfügung, das alle DSM-5-Kriterien abdeckt. Mit seinen vier Versionen, bietet es die Möglichkeit zu einer altersangepassten Selbstbeurteilung (für Jugendliche und Erwachsene) sowie einer differenzierten Fremdbeurteilung durch Erziehungsberechtigte oder Lebenspartner.

Mit dem AICA-SKI: IBS von *Müller und Wölfling (2017)* liegt ein halbstandardisiertes, strukturiertes klinisches Interview für internetbezogene Störungen bei (jungen) Erwachsenen vor, das auf den DSM-5-Kriterien beruht. Es eignet sich für die Erstdiagnostik und Verlaufsbeurteilung. Ein weiteres semi-strukturiertes diagnostisches Interview, das die DSM-5-Kriterien der *Gaming Disorder* erfasst, wurde vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. und der Arbeitsgruppe *S:TEP (Substanzbezogene und verwandte Störungen: Therapie, Epidemiologie und Prävention)* am Universitätsklinikum in Lübeck entwickelt (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V.).

Die Empfehlungen zum diagnostischen Vorgehen beinhalten stets auch eine Diagnostik komorbider Erkrankungen sowie das übliche probatorische Vorgehen, inklusive Exploration der Betroffenen sowie von deren Bezugspersonen. Behandelnden wird zudem empfohlen, auf die sogenannten *red flags* der Computerspielstörung zu achten: Leistungsabfall (Vernachlässigung von Pflichten und überdurchschnittliche Fehlzeiten) in Schule/Ausbildung/Beruf, Schlafstörungen (inklusive verschobenem Schlaf-Wach-Rhythmus) sowie rückzügliches Verhalten bezüglich (nicht-virtueller) Freizeitaktivitäten und Beziehungen (*Paschke et al., 2020*; Sussman et al., 2018).

Intervention

Da sich die AWMF-Leitlinie *Diagnostik und Therapie Internetbezogener Störungen* (S1, Reg. 076–011) noch in Arbeit befindet, existiert für die Computerspielstörung noch kein standardisiertes therapeutisches Vorgehen. In der Wissenschaft haben sich für die ambulante und/oder (teil-)stationäre Behandlung fundierte kognitiv-behaviorale und suchttherapeutische Ansätze bewährt. Dazu zählen der Aufbau eines Störungsverständ-

nisses durch Psychoedukation, Vermittlung eines individuellen Störungsmodelles, Problem- und Verhaltensanalysen, Aufbau von Änderungsmotivation durch Identifikation kurz-/langfristiger Konsequenzen des Spielens sowie Dissonanzinduktion, Kognitive Umstrukturierung, positiver Aktivitätenaufbau und Verhaltensänderung durch Verhaltenssubstitution, Stimuluskontrolle, alternative Emotionsregulation, Teilabstinenz, Besprechen von Rückfällen, Expositionen mit Reaktionsverhinderung und Rückfallprophylaxe. Wie bei anderen Suchterkrankungen kann auch hier die motivationale Gesprächsführung eine entscheidende Rolle für den therapeutischen Prozess spielen (*Müller & Wölfling, 2017*). Psychodynamische Ansätze gehen davon aus, dass Computerspiele(n) alle drei Instanzen der Psyche, also Es, Ich und Über-Ich, auf verschiedene Art und Weise beeinflussen (siehe van Loh, 2018). Exemplarisch sei hier die lustvolle Aggressionsabfuhr (indem das Es regressiv mit dem Computerspiel verbunden ist), die narzisstische Aufwertung auf der Stufe des Ich oder eine andauernde Schuldentlastung des Über-Ichs genannt. Nach Winnicott (2018) sollte der Psychotherapeut dem Patienten in einer Psychotherapie dazu verhelfen, (wieder) spielen zu können. Da Computerspiele von psychodynamisch arbeitenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zunächst als Spiele verstanden werden, stellen auch diese einen möglichen kindlichen Königsweg zum Unbewussten dar (van Loh, 2018). Demnach kann von digitaler Spielsucht gesprochen werden, wenn das Individuum das Computerspiel nicht mehr um des Spielens Willen „spielt", sondern es vollständig zwanghaft ausführt, um seine Psyche zu stabilisieren (van Loh, 2018, S. 164). Das digitale Spiel erfahre dadurch, so van Loh (2018, S. 164), eine „orgastische Dynamisierung" und werde dann lediglich „libidinös-triebhaft betrieben". Das exzessive Spielverhalten übernimmt die Funktion von Abwehr, auch wenn es letztendlich einen Heilungsversuch des Subjekts widerspiegelt, der die „Ambivalenzanforderungen realer Beziehungen" nur über das Computerspielen zu regulieren vermag (van Loh, 2018, S. 164). Eine Behandlung auf Symptomebene erscheint van Loh bei einer solch strukturellen Abhängigkeit daher wenig zielführend. Da die Computerspielsucht und Internetabhängigkeit auch für psychodynamisch arbeitende Therapeuten noch ein sehr junges Krankheitsbild darstellen, fehlt bislang eine Übertragung auf die klinische Praxis mit entsprechendem Evidenznachweis.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die exzessiv Computer spielen, kommt insbesondere die Bedeutung von elternzentrierten Interventionen hinzu. Diese sollten u. a. die Stärkung der Erziehungskompetenzen, Etablierung und Durchsetzung von Regeln, Unterstützung des Kindes im therapeutischen Prozess und Verbesserung der intrafamiliären Kommunikation beinhalten (siehe *Paschke et al., 2020*; Illy, 2020; Möller, 2015). Gerade psychodynamische Ansätze verweisen hier auf die Verantwortung, die Eltern ihren Kindern gegenüber tragen, insbesondere, wenn sie selbst digitale Medien konsumieren. Dieses vorgelebte Verhalten kann die Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit der Kinder beeinflussen und somit in wichtige Prozesse der psychischen Entwicklung eingreifen (van Loh, 2018).

International gibt es bisher einige Proof-of-concept-Studien, in denen Präventionsmaßnahmen zur Reduktion der Gaming-Disorder-Symptomatik entwickelt und getestet wurden (Szász-Janocha et al., 2019). Die international erste abgeschlossene Wirksamkeitsstudie zeigt in einem randomisiert-kontrollierten Design eine signifikant stärkere Reduktion der Kernsymptomatik über 12 Monate in der Trainingsgruppe (*PROTECTtraining*; *Lindenberg et al., 2020*) verglichen mit einer unbehandelten Kontrollgruppe (Lindenberg, eingereicht). In vier 90-minütigen Sitzungen werden anhand von Fallbeispielen Suchtteufelskreise erarbeitet, maladaptive Verhaltensweisen und Kognitionen identifiziert und modifiziert (z. B. durch Aktivitätsaufbau, Verhaltensmodifikation und -substitution, kognitive Umstrukturierung, Emotionsregulation). Im Fokus der Verhaltensmodifikation stehen neben dem Computerspielen auch der Umgang mit Langeweile und Antriebslosigkeit sowie Prokrastinationsverhalten, soziale und Prüfungsängste.

Ein Gruppen-Frühinterventionsprogramm aus der *PROTECT*-Reihe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene konnte in einer einarmigen Studie an Patienten in einem frühen Krankheitsstadium eine signifikante Reduktion der Gaming-Disorder-Symptome nachweisen (Szász-Janocha et al., 2020; Szász-Janocha et al., im Druck). Das *PROTECT*-Programm liegt auch für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in manualisierter Form vor *(Lindenberg et al., 2020)*.

Für Jugendliche ab 16 Jahren und Erwachsene wurde von *Wölfling et al. (2013)* ein manualisiertes kognitiv-behaviorales Kurzzeit-Interventionsprogramm (STICA; *Short-term Treatment for Internet and Computer Game Addiction*) entwickelt. In einer 15-wöchigen Intervention aus Einzel- und Gruppensitzungen werden auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen der Computerspielstörung modifiziert. Es ist international bisher das erste Therapieprogramm, das in einer multizentrischen Wirksamkeitsstudie evaluiert wurde und bei ambulant behandelten Patienten zu einer signifikanten Reduktion der Symptomatik sowie einer Abnahme begleitender psychosozialer Probleme und Funktionsbeeinträchtigungen führte (Wölfling et al., 2019).

Für die ambulante und stationäre Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegt für den deutschen Sprachraum das kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm „Lebenslust statt Onlineflucht" vor (Moll & Thomasius, 2019). Die Wirksamkeit von Eltern-Gruppentrainings wird aktuell von einer Arbeitsgruppe in Tübingen in einer multizentrischen Studie untersucht.

Zusammenfassung und Fazit

Die Aufnahme der *Gaming Disorder* als eigenständiges Störungsbild in die ICD-11 stellt einen Meilenstein für das Forschungsgebiet der Verhaltenssüchte dar. Mit ihr erfolgt eine Anerkennung der massiven Leiden und Folgeschäden, die

durch eine Computerspielstörung entstehen können. Betroffenen wird so in Zukunft der Zugang zu geeigneten therapeutischen Maßnahmen erleichtert werden. Zudem wurde mit Anerkennung der Diagnose eine wichtige Grundlage für zukünftige Forschung auf dem Gebiet der Computerspielstörungen und weiteren exzessiven, pathologischen Internetaktivitäten geschaffen. Bislang fehlt es an einem einheitlichen diagnostischen Vorgehen, welches wiederum Auswirkungen auf Prävalenzschätzungen, Identifikation von Begleiterkrankungen und Risikofaktoren hat. Dabei liegen bereits gut evaluierte Instrumente und vielversprechende Behandlungsansätze vor, die künftig noch von epidemiologisch-klinischen Überprüfungen profitieren könnten. Außerdem ist nach wie vor wenig bekannt darüber, wer von welcher Interventionsform unter welchen Bedingungen am besten profitiert. Der erste Schritt in die richtige Richtung wäre eine Durchführung evidenzbasierter Interventionsstudien mit hohen Qualitätsstandards. Schließlich geht es nicht darum, eine populäre Freizeitbeschäftigung zu pathologisieren, sondern Menschen für spezifische Risiken des Computerspielens zu sensibilisieren und Betroffene mit geeigneten therapeutischen Maßnahmen zu erreichen, um ihnen so einen Ausstieg aus dem Teufelskreis der Sucht zu ermöglichen. Bis zur Gültigkeit der ICD-11 empfiehlt es sich für Patienten mit entsprechender Symptomatik, die aktuell empfohlene psychologische Testdiagnostik zu verwenden und die Diagnose unter der F63.8 der ICD-10 zu klassifizieren.

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.

Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D. et al. (2017). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. Journal of Behavioral Addictions, 6 (3), 267–270.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Dis-orders, fifth edition (5. Aufl.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Müller, A., Wölfling, K. [Klaus], Robbins, T. W. et al. (2019). The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for ad-dictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. Neuro-science and Biobehavioral Reviews, 104, 1–10.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. und Fachverband Medienabhängigkeit e.V. (Hrsg.). (2020). Ergebnispapier der Arbeitsgruppe „Problematisches Computerspielen und Gaming Disorder". Verfügbar unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Ergebnispapier_AG_Problematisches_Computerspielen_und_Gaming_Disorder.pdf (29.01.2021).

King, D. L., Chamberlain, S. R., Carragher, N., Billieux, J., Stein, D., Mueller, K. et al. (2020). Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive sys-tematic review. Clinical Psychology Review, 77, 101831.

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. & Gentile, D. A. (2015). The Internet Gaming Disor-der Scale. Psychological Assessment, 27 (2), 567–582.

Lindenberg, K., Kindt, S. & Szász-Janocha, C. (2020). Internet addiction in adolescents. The PROTECT Program for Evidence-Based Prevention and Treatment. Cham: Springer.

Müller, K. W. & Wölfling, K. (2017). Pathologischer Mediengebrauch und Internetsucht (Sucht: Risiken – Formen – Interventionen). Stuttgart: Kohlhammer.

Paschke, K., Holtmann, M., Melchers, P., Klein, M., Schimansky, G., Krömer, T. et al. (2020). Medienbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter: Evidenzpapier der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaft und Verbände (DGKJP, BAG, BKJPP). Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 48 (4), 303–317.

Rehbein, F., Kliem, S., Baier, D., Mößle, T. & Petry, N. M. (2015). Prevalence of Internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. Addiction (Abingdon, England), 110 (5), 842–851.

Rehbein, F., Baier, D., Kleimann, M. & Mößle, T. (2015). Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS): Ein Verfahren zur Erfassung der Internet Gaming Disorder nach DSM-5. Göttingen: Hogrefe.

Te Wildt, B. T. & Vukicevic, A. (2019). Medienabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In M. Walter, E. Gouzoulis-Mayfrank & A. Batra (Hrsg.), Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen (2. Aufl., S. 256–274). Stuttgart: Kohlhammer.

Wölfling, K., Jo, C., Bengesser, I., Beutel, M. E. & Müller, K. W. (2013). Computerspiel- und Internetsucht: Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual. Störungsspezifische Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

World Health Organization (WHO, Hrsg.). (2018a). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6C51 Gaming Disorder. Verfügbar unter: https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1448597234 (29.01.2021).

Young, K. S. (1998a). Caught in the net. How to recognize the signs of Internet addiction – and a winning strategy for recovery. New York: Wiley.

Dipl.-Psych. Katharina Leo

leo@psych.uni-frankfurt.de

Dipl.-Psych. Katharina Leo ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie der Goethe-Universität Frankfurt im Forschungsprojekt *PROTECTconfirm* zur Prävention von Computerspiel- und Internetabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen.

Prof. Dr. Katajun Lindenberg

Korrespondenzanschrift:
Institut für Psychologie der Goethe-Universität Frankfurt
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Varrentrappstr. 40–42
60486 Frankfurt
lindenberg@psych.uni-frankfurt.de

Prof. Dr. Katajun Lindenberg ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Professorin für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Goethe-Universität Frankfurt. Sie forscht zum Thema Computerspielabhängigkeit und ist federführend für den Frühinterventionsbereich an der AWMF-Leitlinienentwicklung beteiligt.

Probleme und Herausforderungen der Klinischen Neuropsychologie

Siegfried Gauggel

Zusammenfassung: Im vorliegenden Beitrag werden nach einem kurzen historischen Abriss der Entwicklung der Klinischen Neuropsychologie verschiedene Probleme und Herausforderungen des Fachgebiets beschrieben. Aus Sicht des Autors kann sich die Klinische Neuropsychologie nur dann weiterentwickeln, wenn sie einen engen Schulterschluss mit der Klinischen Psychologie und Psychotherapie sucht und es schafft, sich als ein Teil dieser universitär zu verankern. Diese Verankerung würde auch dem wissenschaftlichen Nachwuchs eine bessere Zukunftsperspektive bieten. Um die Chancen für eine Weiterentwicklung im therapeutischen Bereich zu erhöhen, muss sich die Klinischen Neuropsychologie als eine elaborierte psychotherapeutische Methode für die Behandlung von Patienten[1] mit organisch bedingten psychischen Störungen begreifen, die vor allem durch eine Integration in die Verfahrenslehre der Kognitiven Verhaltenstherapie strukturell und inhaltlich profitieren kann.

Einleitung

Die Klinische Neuropsychologie (KNP) ist ein Forschungsgebiet, das sich mit psychischen Störungen[2] beschäftigt, die durch eine Hirnerkrankung oder -verletzung (z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma) verursacht wurden. Die Ursprünge des Faches, das an der Schnittstelle zwischen Psychologie und Neurologie liegt, reichen bis weit in das 19. Jahrhundert zurück. Etwa ab Mitte des 19. Jahrhunderts veröffentlichten Nervenärzte (Broca, Wernicke, Korsakoff, Alzheimer etc.) eine Vielzahl auch heute noch aufgrund ihrer präzisen Verhaltensbeschreibungen lesenswerter Krankenberichte, in denen der Zusammenhang zwischen einer Hirnerkrankung oder -verletzung und daraus resultierenden kognitiven und Verhaltensstörungen erstmalig beschrieben wurde.

Während des 1. Weltkrieges kam es in Deutschland zu einer engen Zusammenarbeit zwischen experimentell ausgerichteten Psychologen und Nervenärzten bei der Diagnostik der Folgen kriegsbedingter Hirnverletzungen (siehe für einen Überblick Preilowski, 2009). Der Arzt Kurt Goldstein und der Psychologe Adhémar Gelb gelten als herausragende Beispiele für eine solche fruchtbare Zusammenarbeit und als Wegbereiter der späteren neuropsychologischen Diagnostik und Therapie.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit fand während des 2. Weltkriegs aufgrund berufspolitischer Gründe ein abruptes Ende. Nach dem 2. Weltkrieg interessierten sich vor allem Nervenärzte/Neurologen für Patienten mit Hirnerkrankungen oder -verletzungen. Es entstanden spezialisierte Kliniken für die Rehabilitation dieser Patienten (z. B. die Schmieder-Klinik am Bodensee), in denen Physiotherapie, Logopädie und Beschäftigungstherapie die zentralen Bestandteile waren. In den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts fand auch die Psychologie wieder langsam zurück in die Kliniken, nämlich in Form der (neuro-)psychologischen Diagnostik. Psychologen wurden vermehrt eingesetzt, um die kognitiven Störungen der Patienten zu erfassen und zu dokumentieren. Die neuropsychologische Diagnostik ist auch heute noch eine der zentralen Aufgaben der in den Kliniken tätigen Psychologen.

Mitte der 1980er-Jahre nahm auch das Interesse an der psychologischen Behandlung der betroffenen Patienten mit ihren vielfältigen kognitiven, emotionalen und Verhaltensstörungen zu. Mit dem Slogan „Computer helfen heilen" und einer finanziellen Unterstützung durch das Kuratorium ZNS[3] fand in Deutschland ein auch heute noch in vielen Kliniken zu findendes Therapiekonzept großen Anklang, bei dem kognitive Störungen mit den damals gerade neu verfügbaren Computern und speziellen Trainingsprogrammen behandelt wurden. Das sogenannte „kognitive Training" etablierte sich schnell flächendeckend in den neu gegründeten neuropsychologischen Abteilungen der neurologischen Rehabilitationskliniken.

1986 wurde die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) gegründet, die bis heute die fachlichen und berufspolitischen Interessen von Psychologen vertritt, die überwiegend im Bereich der Neurologie und der neurologischen Rehabilitation tätig sind. Die GNP bietet seit 1993 für Psychologen auch eine neuropsychologische Fortbildung an.

1 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.
2 Unter den Begriff „psychische Störungen" werden auch neurokognitive Störungen subsumiert.
3 heute ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, www.hannelore-kohl-stiftung.de

Durch das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahr 1999 änderten sich die Rahmenbedingungen für das Erbringen heilkundlicher Leistungen in Deutschland. Solche Leistungen durften bis dahin nur von Ärzten erbracht werden, zukünftig jedoch auch von ausgebildeten Psychotherapeuten. Auch die KNP war von dieser Entwicklung betroffen. In den Jahren vor der Verabschiedung des PsychThG boten engagierte Neuropsychologen vereinzelt ambulante Therapie für hirngeschädigte Patienten auf der Grundlage der Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V) an. Durch das PsychThG wurde endlich die heilkundliche Tätigkeit von Psychotherapeuten gesetzlich geregelt und die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) ermöglicht, eine zwingende Voraussetzung für das Erbringen einer ambulanten Psychotherapie und deren Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Entsprechend gab es schon im Vorfeld des Gesetzes viele Bemühungen der GNP, die KNP in diesem kommenden Gesetz zu verankern. Eine eigene Approbation für Neuropsychologie wurde sogar angestrebt.

Als das nicht gelang, wurde kurz nach dem Inkrafttreten des PsychThG beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 11 PsychThG[4] ein Antrag zur Anerkennung der KNP als ein wissenschaftlich fundiertes Psychotherapieverfahren gestellt. Damit sollte die aus der KNP abgeleitete Neuropsychologische Therapie (NPT) berufsrechtlich legitimiert werden. Das Gutachten des WBP betonte die Wirksamkeit der NPT für die Behandlung von Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen (ICD-10: F0), nimmt aber gleichzeitig die Einschränkung vor, dass es sich bei der NPT nicht um ein breit aufgestelltes Psychotherapieverfahren entsprechend den Vorgaben des Methodenpapiers des WBP, sondern „nur" um eine Psychotherapiemethode handelt. Der Einsatz der NPT bleibt somit auf die Gruppen der organisch bedingten psychischen Störungen (F0) beschränkt.

Nichtsdestotrotz verhalf das Votum des WBP der NPT zur berufsrechtlichen Anerkennung. 2006 wurde die KNP als ein eigenständiges psychotherapeutisches Weiterbildungsgebiet in die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) aufgenommen. Nach Abschluss ihrer Berufsausbildung können approbierte Psychotherapeuten eingehende und besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich der KNP erwerben und die Zusatzbezeichnung KNP führen. Nach Verabschiedung der MWBO erfolgte in den darauffolgenden Jahren eine Aufnahme der KNP in die Weiterbildungsordnungen (WBO) der verschiedenen Landespsychotherapeutenkammern. Das Land Rheinland-Pfalz hat dabei Ende Januar 2008 als eines der ersten Bundesländer die KNP in seine WBO aufgenommen. Durch Übergangsregelungen in den WBO wird bis heute sichergestellt, dass Mitglieder der Psychotherapeutenkammern, die vor Inkrafttreten der WBO eine in Inhalt und Umfang den Anforderungen entsprechende Qualifikation erworben haben, auf Antrag eine Anerkennung durch die Kammer erhalten können, wenn die Weiterbildung gleichwertig ist.

Die berufsrechtliche Anerkennung der NPT hatte aber auch sozialrechtliche Auswirkungen. Im Juli 2003 stellten die Ersatzkassen (VdAK/AEV) beim Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen (G-BA) einen Antrag zur Überprüfung der ambulanten NPT nach § 135 Abs. 1 SGB V. Diese Überprüfung durch den G-BA führte im November 2011 zu einer Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL). Kurz gesagt, es wurde eine neue diagnostische und therapeutische Leistung, nämlich die NPT, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Die neue Richtlinie trat am 23. März 2012 nach ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Seitdem können gesetzlich versicherte Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen eine ambulante NPT als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Zur Durchführung der NPT sind neben approbierten PP/KJP mit einer fachlichen Befähigung in einem Richtlinienverfahren auch Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berechtigt. Sowohl die PP/KJP als auch die genannten Fachärzte müssen allerdings eine neuropsychologische Zusatzqualifikation vorweisen, die inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß WBO der Landespsychotherapeutenkammern oder gemäß der MWBO der BPtK ist.

Die berufs- und sozialrechtliche Etablierung der Klinischen Neuropsychologie und der daraus abgeleiteten Neuropsychologischen Therapie ist als ein großer Erfolg des Faches zu werten.

Die Verabschiedung einer eigenständigen neuen Richtlinie, anstelle einer Aufnahme der NPT als eine weitere Psychotherapiemethode in die Psychotherapie-Richtlinien, war vor allem dem Umstand geschuldet, dass die neue Leistung auch durch Fachärzte (z. B. Facharzt für Neurologie) ohne Psychotherapieausbildung erbracht werden kann.

Die berufs- und sozialrechtliche Etablierung der KNP und der daraus abgeleiteten NPT ist sicherlich als ein großer Erfolg des Faches zu werten. Hierdurch wird nicht nur ein klinisches Berufsfeld definiert, sondern Patienten mit gestörten Hirnfunktionen können die in der stationären Behandlung begon-

4 Im PsychThG vom 22.11.2019 werden der WBP und seine Aufgaben in § 8 beschrieben.

nene NPT ambulant fortsetzen. Diese Möglichkeit gab es bislang nicht bzw. nur vereinzelt im Rahmen von mühseligen und nicht immer erfolgreichen Anträgen auf eine Kostenerstattung. Die ambulante neuropsychologische Behandlung von Patienten mit einer Hirnerkrankung oder -schädigung wurde vor der Richtlinie NPT von Ergotherapeuten übernommen.

An dieser Stelle muss aber kritisch angemerkt werden, dass seit Inkrafttreten der neuen Richtlinie NPT keine flächendeckende ambulante neuropsychologische Versorgung entstanden ist. Obwohl entsprechend qualifizierte Psychotherapeuten bei den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Sonderbedarfszulassung für Leistungen der ambulanten NPT beantragen können, gibt es in den verschiedenen Bundesländern bislang nur eine sehr überschaubare Anzahl an entsprechenden Zulassungen.

Die Gründe für das geringe Interesse aufseiten der approbierten Psychotherapeuten sind vielfältig. PP/KJP kommen während ihrer Approbationsausbildung kaum mit Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen in Berührung. Aus Unkenntnis wird die NPT häufig mit einem Hirnleistungstraining gleichgesetzt und als wenig interessant angesehen. Viele staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute behandeln das Thema KNP überhaupt nicht im Verlauf der dreijährigen Vollzeitausbildung, weil es zu spezialisiert und eine wenig zukunftsträchtige Nische zu sein scheint. Die 2-jährige Weiterbildung, die zusätzlich zur PP/KJP-Ausbildung abgeleistet werden muss, wird als zusätzliche finanzielle und zeitliche Belastung gesehen, ohne letztendlich einen finanziellen Mehrwert zu bringen. Auch auf Anbieterseite gibt es aufgrund der geringen Nachfrage kaum Aktivitäten, Weiterbildungsstätten für KNP aufzubauen. Beispielsweise gibt es in Nordrhein-Westfalen nach Wissen des Autors bislang nur zwei von der Landespsychotherapeutenkammer anerkannte Weiterbildungsstätten mit insgesamt nur drei bis vier Weiterbildungsplätzen.

Einen Überblick zur zeitlichen Einordnung wichtiger berufs- und sozialrechtlicher Ereignisse der Psychotherapie sowie der Klinischen Neuropsychologie/Neuropsychologischen Therapie gibt Tabelle 1.

Herausforderungen

Der vorausgehende skizzenhafte Abriss der historischen Entwicklung der KNP in Deutschland macht hoffentlich deutlich, dass (a) sich das Fach KNP an der Schnittstelle zwischen Neurologie und Psychologie mit einer etwas größeren Repräsentation in der Medizin als der Psychologie entwickelt hat, (b) eine besondere Stärke der neuropsychologisch qualifizierten Psychotherapeuten in der Diagnostik von kognitiven Störungen liegt und (c) die berufsrechtliche Etablierung und damit auch der Aufbau einer flächendeckenden neuropsychologischen Versorgung erst begonnen hat.

Aus Sicht des Autors ergeben sich nach vielen Jahren der erfolgreichen Entwicklung des Faches in Deutschland eine ganze Reihe von Herausforderungen und Probleme, auf die nachfolgend etwas ausführlicher eingegangen wird. Folgende kritischen Themen sind für den Autor erkennbar:

- Verbesserung und Weiterentwicklung der neuropsychologischen Diagnostik,
- Weiterentwicklung der Verfahrenslehre in Verbindung mit einer berufsrechtlichen Neuausrichtung und
- Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Ein wesentlicher Grund für die rasante Entwicklung und Etablierung der KNP ist im klinischen Nutzen der psychologischen Testdiagnostik zu sehen (siehe auch Gauggel & Mainz, 2018). Mit ihrer Hilfe war man in der Lage, die psychischen Folgen einer Hirnschädigung oder -erkrankung viel genauer festzustellen, als das bislang anhand von Verhaltensbeobachtungen möglich war. Vor der Verfügbarkeit bildgebende Verfahren (z. B. kranielle Computertomographie) wurden die neuropsychologischen Testergebnisse und die daraus ersichtlichen Funktionsstörungen sogar zur Lokalisation der Hirnschädigung verwendet. Mithilfe der Testdiagnostik konnte aber vor allem gezeigt werden, dass sich kognitive Prozesse (z. B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit) in Teilprozesse zerlegen lassen, die durch den hirnschädigungsbedingten Ausfall eines Teilprozesses sichtbar werden. Als ein häufig in der neuropsychologischen Literatur zitiertes Beispiel für eine solche Dissoziation kann der Fall des Patienten H. M. angesehen werden: Nach einer bilateralen Hippokampusentfernung aufgrund einer therapieresistenten Epilepsie trat bei H. M. eine massive Störung des episodischen, aber nicht des prozeduralen Gedächtnisses auf. Auch andere kognitive Funktionen waren bei H. M. nach der Hippokampektomie weitgehend intakt.

Aber nicht nur die Medizin profitierte von der neuropsychologischen Diagnostik und der Mikroanalyse kognitiver Prozes-

Themen wie Diagnosestellung anhand von ICD-10/-11 oder DSM-5, Psychischer Befund (…) Coping und Emotionsregulation (…) sowie die Auswirkungen neurokognitiver Störungen auf den Alltag der Patienten werden in den neuropsychologischen Untersuchungen und Berichten nur sehr selten aufgegriffen.

Datum	Ereignis
20.07.1963	Die Anlage 5 des Arzt/Ersatzkassen-Vertrags, die für die Richtlinien über die Anwendung von psychotherapeutischen Leistungen vorgesehen ist, wird veröffentlicht.
23.09.1967	Die erste Psychotherapie-Richtlinie wird veröffentlicht.
1986	Die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e. V. wird gegründet.
1990	Die Zeitschrift für Neuropsychologie wird gegründet und seitdem im Hogrefe Verlag verlegt.
1993	Die GNP beginnt mit einer geregelten Fortbildung, die mit dem Erwerb des Zertifikats „Klinische Neuropsychologie GNP e. V." abschließt.
1999	Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft und regelt in Deutschland zukünftig die Ausübung der Psychotherapie durch nichtärztliche Psychotherapeuten.
1999	Ein Antrag auf Anerkennung der Neuropsychologischen Therapie (NPT) als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren wird beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 11 PsychThG eingereicht.
08.06.2000	Das Gutachten des WBP zur KNP als wissenschaftlichem Psychotherapieverfahren wird im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.
2005	Ein Nachantrag auf Anerkennung der KNP wird beim WBP eingereicht.
13.05.2006	Die Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer wird auf dem 8. Deutschen Psychotherapeutentag in Frankfurt am Main beschlossen.
31.01.2008	Die Ergänzung zum Gutachten des WBP zur NPT wird im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.
29.01.2008	Die KNP wird als eine Weiterbildung in die Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz aufgenommen.
23.02.2012	Die Richtlinie „Neuropsychologische Therapie" tritt in Kraft. Damit wird die NPT Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen.
01.04.2017	Die Strukturreform der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurde mit der Veröffentlichung der geänderten Psychotherapie-Richtlinie umgesetzt.
15.11.2019	Das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.
12.03.2020	Die Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.
01.09.2020	Die im PsychThG festgelegte 12-jährige Übergangsphase in der Psychotherapieausbildung beginnt. Wer ab dem 01.09.2020 ein Psychologiestudium beginnt, kann die Psychotherapieausbildung nur noch nach den Vorgaben des neuen PsychThG absolvieren. Wer vor dem 01.09.2020 ein Psychologie-Studium begonnen hat oder sich in einer Psychotherapeutenausbildung befindet, kann noch bis zum 31.08.2032 seine Ausbildung nach den Vorgaben des alten PsychThG abschließen.

Tabelle 1: Zeitliche Einordnung wichtiger berufs- und sozialrechtliche Ereignisse der Psychotherapie (schwarz) und der Klinischen Neuropsychologie/Neuropsychologischen Therapie (blau)

se, sondern auch die Modellbildung in der kognitiven Psychologie. Anhand von experimentellen Studien konnten – wie bei dem Patienten H. M. – kognitive Prozesse dekomponiert und Modelle über die funktionelle Architektur des Denkens entwickelt werden.

Die durch die Läsions-Funktionsanalyse erzielten Erfolge führten zur Gründung einer ganzen Reihe von Fachzeitschriften und -gesellschaften sowie zur Publikation einer großen Anzahl an Lehr- und Handbüchern. Durch die Verfügbarkeit von Computern wurde auch die Testdiagnostik immer ausgefeilter und reliabler. Der Autor wagt hier die Behauptung, dass es keine neurologische Rehabilitationsklinik in Deutschland gibt, in der nicht mindestens ein Computer zur neuropsychologischen Diagnostik eingesetzt wird. Die Differenziertheit der neuropsychologischen Testdiagnostik ist beachtlich (siehe Tabelle 2), wobei der praktische Nutzen einer solchen ausdifferenzierten Testdiagnostik für die Behandlungsplanung nicht immer ersichtlich ist. Natürlich lassen sich anhand des Testprofils kognitive Störungen identifizieren und ein Trainingsplan für das kognitive Training festlegen. Allerdings fallen bei der neuropsychologischen Diagnostik wichtige Aspekte (z. B. soziale Kognitionen, Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen) häufig unter den Tisch, die für eine individualisierte und umfassendere Therapieplanung und auch sozialmedizinische Einschätzung sehr wichtig sind.

Die mikroskopische Betrachtung kognitiver Prozesse und deren Störung führte zu einer eher engen Ausrichtung der neuropsychologischen Diagnostik. Obwohl der Anspruch der neuropsychologischen Diagnostik in der Feststellung von hirnorganisch verursachten Störungen geistiger (kognitiver) Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen besteht, wird dieser Anspruch in der Praxis selten erfüllt. Der Fokus der neuro-

Testkonstrukt und -verfahren	Rohwerte	Normwerte	Beurteilung
Testbatterie zur Prüfung von Aufmerksamkeitsfunktionen			
Alertness			
ohne Warnton			
Mittlere Reaktionszeit	323 msec.	PR 10	x
Stabilität	111,43 msec.	PR 4	xx
mit Warnton			
Mittlere Reaktionszeit	265 msec.	PR 24	+
Stabilität	47,89 msec.	PR 34	+
Kennwert phasische Alertness	0.201	PR 92	+++
Go/Nogo			
Mittlere Reaktionszeit	885 msec.	PR<1	---
Stabilität	131,54 msec.	PR 5	--
Güte	1 Fehler	PR<42	+
	1 Auslassungen	PR<5	--
Geteilte Aufmerksamkeit			
Mittlere Reaktionszeit	887 msec.	PR 2	---
Stabilität	426,15 msec.	PR 3	---
Güte	3 Fehler	PR<16	-
	11 Auslassungen	PR 1	---
	10 visuelle Stimuli ausgelassen	PR<1	---
Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit			
Zahlenverbindungstest (ZVT)	95 sec.	PR 0-1	---
Nonverbal	142 sec.	PR 0-1	---
Lernen und Gedächtnis			
Zahlen nachsprechen	8	PR 9-13	-
Wortliste freier Abruf	5/8	PR 73	++
Wortliste verz. Abruf	2/8	PR 4	--
Bildertest	1/7	PR<2	---
Figurentest	8/12	PR 27-35	+
Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (WIE)			
Mosaiktest	25; 7 Wertepunkte	PR 16	+
Rechnerisches Denken	nicht durchführbar		-
Matrizentest	12; 10 Wertepunkte	PR 50	++

Tabelle 2: Auszug aus einem neuropsychologischen Untersuchungsbericht mit einer Auflistung der Testergebnisse. Die vielen Testergebnisse können als Stärke der neuropsychologischen Diagnostik, aber auch als einseitige Ausrichtung gesehen werden.
Anmerkung: PR = Prozentrang

psychologischen Diagnostik liegt sehr stark auf der Statusdiagnostik kognitiver Funktionsstörungen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung, Problemlösen und Planen. Themen wie Diagnosestellung anhand von ICD-10/-11 oder DSM-5, Psychischer Befund (inkl. Psychopathologie), soziale Kognitionen (z. B. Mentalisierung), Coping und Emotionsregulation, Selbstreflexion, die Funktionalität von Verhaltensstörungen, ambulantes Assessment sowie die Auswirkungen neurokognitiver Störungen auf den Alltag der Patienten (Stichworte: ICF und Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen) und auch Folgen für die Angehörigen werden in den neuropsychologischen Untersuchungen und Berichten nur sehr selten aufgegriffen. Auch in einschlägigen Lehrbüchern finden solche Themen wenig Beachtung. Deshalb wird die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung nicht nur vom Autor dieses Beitrags gesehen (Casaletto & Heaton, 2017).

Vielleicht haben die einseitige Ausrichtung und das enge Verständnis der Funktion einer psychologischen Diagnostik auch damit zu tun, dass durch die in den 80er- (z. B. CT) und vor allem 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelten bildgebenden Verfahren (z. B. MRT, fMRT, PET) das Interesse der akademischen Psychologie und der Medizin an der Läsions-Funktionsanalyse deutlich nachgelassen hat. Durch die heute verfügbaren bildgebenden Verfahren kann nun auch die Hirnaktivität von gesunden Probanden oder Patienten mit psychischen Störungen untersucht werden. Das Forschungsinteresse hat sich deshalb von der Läsions-Funktionsanalyse der klinischen Neuropsychologie auf die breiteren Themen der kognitiven und klinischen Neurowissenschaften verschoben. Die störungs- und methodenübergreifende Ausrichtung der Neurowissenschaften und die damit verbundene Verschiebung der Forschungsgelder hatten und haben an den Universitäten, insbesondere den medizinischen Fakultäten, erhebliche Auswirkungen auf die KNP.

Die neuropsychologische Diagnostik ist aber noch mit einem anderen schwerwiegenden Problem konfrontiert. Um die Testwerte von Patienten interpretieren zu können, bedarf es nicht nur objektiver, reliabler und valider Verfahren, sondern auch guter Testnormen. Gut sind Normen dann, wenn sie anhand einer großen und möglichst aktuellen Anzahl an gesunden Probanden gewonnen wurden, die die ganze Altersspanne und evtl. auch kulturelle und geschlechtsspezifische Faktoren abdecken. Viele neuropsychologische Tests erfüllen diese Anforderungen nicht. Häufig wurden über alle Altersgruppen hinweg nur 100 bis 200 gesunde Probanden in der teilweise mehr als 40 Jahre zurückliegenden Entwicklung der Tests erhoben. Dieses Problem neuropsychologischer Tests liegt zum großen Teil darin begründet, dass den Testentwicklern keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Erhebung einer umfangreichen Normstichprobe zu Verfügung stehen und daher viele Tests nur eingeschränkt im Rahmen von Master- oder Doktorarbeiten entwickelt und normiert wurden bzw. werden können. Das ist auch in anderen Bereichen der psychologischen Diagnostik der Fall, macht sich aber bei der neuropsychologischen Diagnostik doch erschwerend bemerkbar, da hier die Testdiagnostik einen großen Raum einnimmt und anhand der Testergebnisse weitreichende Entscheidungen (z. B. Fahreignung, EU-Rente, Minderung der Erwerbsfähigkeit) getroffen werden.

Weiterentwicklung der Verfahrenslehre in Verbindung mit einer berufsrechtlichen Neuausrichtung

Die berufsrechtliche Anerkennung als psychotherapeutische Methode für die Behandlung von organisch bedingten psychischen Störungen und die damit verbundene Verankerung in den Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern der Länder sowie die Verabschiedung einer Richtlinie Neuropsychologische Therapie können definitiv als große Erfolge des Faches gewertet werden. Allerdings darf sich die KNP nicht auf diesen Erfolgen ausruhen, sondern muss das noch sehr vom „kognitiven Trainingsmodell" geprägte Behandlungsmodell zügig erweitern und dann auch in der Praxis umsetzen.

In einer NPT wird nicht die Störung der selektiven Aufmerksamkeit oder des episodischen Gedächtnisses behandelt, sondern ein Mensch mit häufig multiplen Störungen (z. B. Lähmung, Störung der Merkfähigkeit, des Planen- und Problemlösens), emotionalen Reaktionen auf die Erkrankung und deren Folgen, einer Lebensbiografie, Bedürfnissen, Persönlichkeitsmerkmalen sowie einem familiären, sozialen und beruflichen Umfeld. Die Richtlinie Neuropsychologische Therapie definiert deshalb die NPT auch folgerichtig in § 2 der Richtlinie als eine Methode, die die „… *Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit) umfasst.*" Eine NPT kann also nur dann als solche bezeichnet werden, wenn sie mehr als ein (computergestütztes) kognitives Training anzubieten hat. Nur durch eine spezielle psychologische Störungs- und Verfahrenslehre und einen damit für den Patienten und seine Angehörigen verbundenen Mehrwert wird sich die NPT auch von der in § 38 der Heilmittelrichtlinie festgeschriebenen und von Ergotherapeuten zu erbringenden Behandlung („Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung") abgrenzen können.

Die Widerstände gegen eine Einordnung der NPT als eine Psychotherapiemethode sind bei den Neuropsychologen in Deutschland allerdings groß. Dies zeigt sich zum Beispiel in einem Artikel von Herrmann et al. (2014), der den provokanten Titel „Klinische Neuropsychologie ist keine psychologische Psychotherapie" hat. Die Eingliederung der klinischen Neuropsychologie in die psychologische Psychotherapie wird in dem Beitrag als sachlich und fachlich falsch angesehen. Es wird sogar befürchtet, dass es durch eine solche Einordnung mittelfristig zu einer Gefährdung des Patientenwohls kom-

men kann. Um eine solche Gefährdung zu verhindern, wird gefordert, *„… dass nach Staatsexamen und Approbation die neuropsychologische Fortbildung sowohl unabhängig von einem psychotherapeutischen Richtlinienverfahren als auch in enger Kooperation mit FachkollegInnen und Kliniken aus der Neurologie durchgeführt wird und dass die von den Fachverbänden erarbeiteten Weiterbildungsinhalte und -standards volle Berücksichtigung finden."* (Herrmann et al., 2014, S. 67). In die gleiche Richtung argumentiert Wallesch (2014) in einem Beitrag, der in der Zeitschrift Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie erschienen ist. In einer Replik von Gauggel (2014) wird dieser Einschätzung vehement widersprochen und die Notwendigkeit einer berufs- und sozialrechtlichen Verankerung der NPT ausführlich begründet. Dennoch gibt es bei den Vertretern der KNP und insbesondere bei den kooperierenden neurologischen Kollegen noch immer ein großes Unbehagen bezüglich der Einordnung der NPT als eine Methode der Psychotherapie.

Ein Bezug zur Psychotherapie ist aus meiner Sicht allerdings nicht nur berufs- und sozialrechtlich extrem wichtig, sondern auch für die Weiterentwicklung therapeutischer Kompetenzen und von Interventionsmethoden sowie einer empirisch fundierten Verfahrenslehre (siehe Tabelle 3). Hier ist es nicht ausreichend, sich einfach auf die großen Psychotherapieverfahren (z. B. Systemische Therapie für Neuropsychologen) zu beziehen. Es müssen auf der Grundlage (neuro-)psychologischer (Störungs-)Theorien und empirischer Befunde Wirkfaktoren benannt, störungsspezifische Interventionen abgeleitet und in eine umfassende Verfahrenslehre eingeordnet werden. Letztendlich gilt es auch, die postulierten Interventionen empirisch zu überprüfen. Zwingende Voraussetzung hierfür ist eine enge Zusammenarbeit mit der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, da an den psychologischen Instituten in Deutschland nur dieses Fach für die aufgeführten Entwicklungsschritte über die entsprechenden Ressourcen und Kompetenzen verfügt. Eine solche Zusammenarbeit ist allerdings aus meiner Sicht nur möglich, wenn sich die KNP als ein Teilgebiet der Klinischen Psychologie und Psychotherapie begreift und nicht vehement auf eine Eigenständigkeit und Abgrenzung pocht, wie das in dem Artikel von Herrmann et al. (2014) der Fall ist.

Die meisten Prüfungs- und Studienordnungen kennen als psychologische Anwendungsfächer nur die Klinische Psychologie und Psychotherapie, die Pädagogische Psychologie und die Arbeits- und Organisationspsychologie – nicht aber die Klinische Neuropsychologie.

Alle Psychologiestudierenden, die ab dem 1. September 2020 ein Psychologiestudium beginnen und eine Approbation als Psychotherapeut anstreben, können das nur noch im Rahmen eines Psychologiestudiums erreichen, das konform zum Psychotherapeutengesetz und der im März 2020 veröffentlichten Approbationsordnung ist. Die Umsetzung solcher Studiengänge ist aktuell in vollem Gang und wird dabei federführend von Fachvertretern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie koordiniert (Wannemüller et al., 2020). Diese Vertreter gilt es zu überzeugen, der KNP – soweit es die Approbationsordnung zulässt – einen Raum zur Entfaltung zu geben. Wie eine solche Integration gelingen kann, beschreiben Thoma et al. (2020) in einem jüngst erschienenen Artikel. Das Bochumer Studienmodell für den Bachelor- und Masterstudiengang sieht Vorlesungen und Seminare zum Thema KNP sowohl im Bachelor- als auch im Masterstudiengang vor. Im Bachelorstudiengang können sich die Studierenden im Orientierungspraktikum einen ersten Eindruck über das Berufsfeld KNP verschaffen. Im Masterstudiengang soll dann die KNP und die NPT Bestandteil der berufsqualifizierenden Tätigkeit (BQT-II und -III) werden, wobei die in Bochum verfügbare Neuropsychologische Hochschulambulanz eine ideale, letztlich aber auch zwingende Voraussetzung für die Umsetzung der berufspraktischen Anteile bietet.

In naher Zukunft werden sich die ab dem 1. September 2020 an den Hochschulen ausgebildeten und approbierten Psychotherapeuten die Frage nach der dem Studium anschließenden psychotherapeutischen Weiterbildung stellen müssen. Diese soll, wie momentan angedacht, getrennt für Altersgruppen und die verschiedenen Richtlinienverfahren erfolgen und insgesamt fünf Jahre dauern. Die Umsetzung einer solchen umfangreichen Weiterbildung in der stationären und ambulanten Versorgung stellt eine enorme Herausforderung dar, da in den verschiedenen Sektoren der Versorgung eine ausreichende Anzahl an Weiterbildungsstätten und -stellen geschaffen werden müssen. Es gilt eine komplett neue psychotherapeutische Weiterbildungsinfrastruktur aufzubauen, bei der die Weiterbildungsbefugten auch über eine Weisungsbefugnis gegenüber den Weiterbildungsteilnehmern verfügen müssen.

Von der GNP wird in diesem Zusammenhang eine eigenständige Gebietsweiterbildung „Klinische Neuropsychologie" angestrebt. Nach einer solchen erfolgreichen fünfjährigen neuropsychologischen Weiterbildung hätten sich die Weiterbildungsteilnehmer sozialrechtlich als Leistungserbringer für die NPT, also für die Psychotherapie von Patienten mit einer organisch bedingten psychischen Störung, qualifiziert. Sozialrechtlich könnten Psychotherapeuten mit einer Gebietsweiterbildung „KNP" allerdings nur eine Ermächtigung oder Zulassung für die Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für dieses Fachgebiet, nicht aber für die Psychotherapie von Patienten mit anderen psychischen Störungen (F1 bis F9) erlangen.

Ziele der Neuropsychologischen Therapie	Interventionen (Patient und ggf. Bezugspersonen)	flankierende alltagsorientierte Interventionen und Beratung
■ Restitution ■ Kompensation ■ Akzeptanz/emotionales Coping	■ kognitives Funktionstraining (z. B. Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Planen und Problemlösen) ■ Vermittlung und Training von Kompensationsstrategien und -hilfen ■ habit reversal ■ Feedbackinterventionen ■ Beziehungsarbeit ■ Rollenspiele ■ Aktivitätsaufbau ■ Etablierung und Umsetzung eines Token-Programms (mit oder ohne response cost) ■ Diskriminationsübungen ■ Psychoedukation ■ Selbstbeobachtung ■ Selbstinstruktionstraining ■ kognitive Interventionen (z. B. sokratischer Dialog, Stühle-Technik, empathische Konfrontation) ■ Imaginationsübungen ■ Realitätsüberprüfungen/Verhaltens-experimente ■ Selbstmanagement ■ Zielerreichungsskalierung ■ Motivational Interviewing ■ usw.	■ Belastungserprobungen ■ Sozialberatung ■ Selbsthilfeangebote ■ unterstützte Beschäftigung ■ stufenweise Wiedereingliederung

Tabelle 3: Übersicht über die Ziele und Interventionen einer neuropsychologischen Therapie (NPT)

Anmerkung: Die in dieser Tabelle präsentierte Übersicht über die Ziele und Methoden der NPT stellt eine aktualisierte konzeptuelle Einordnung dar und ordnet die im Artikel von Gauggel (2003) und in der Richtlinie NPT publizierte Gliederung neu. Ein wesentlicher Grund für die Änderung besteht darin, dass in der ursprünglichen Fassung von Gauggel (2003) hauptsächlich die Ziele, aber nicht die therapeutischen Methoden genannt werden. Hinzu kommt, dass bei genauerer Betrachtung die therapeutischen Methoden nicht immer eindeutig einem Therapieziel (z. B. Kompensation) zugeordnet werden können und teilweise Methoden miteinander kombiniert werden müssen. Hinzu kommt, dass das Ziel der emotionalen Bewältigung der Folgen der Hirnschädigung oder -erkrankung in der ursprünglichen Konzeption keine wesentliche Rolle gespielt hat.

Die Ermächtigung oder Zulassung der so weitergebildeten Psychotherapeuten setzt aber auch noch voraus, dass die jetzt noch gültige Richtlinie NPT vom G-BA geändert wird. In dieser Richtlinie ist nämlich noch die Forderung nach einer fachlichen Befähigung in einem Richtlinienverfahren enthalten. Eine Veränderung ist vermutlich möglich, wobei die ärztlichen Kollegen sicherlich darauf bestehen werden, dass sie den Zugang zu der Richtlinie NPT nicht verlieren. Somit wird die Richtlinie NPT vermutlich neben der Psychotherapie-Richtlinie koexistieren.

Insgesamt stellt sich für den Autor an dieser Stelle die Frage, für wie viele approbierte Psychotherapeuten eine solche „eingeschränkte" Weiterbildung überhaupt attraktiv ist. Wäre nicht die Weiterbildung in einem der Richtlinienverfahren und einer darin enthaltenen neuropsychologischen Zusatzqualifikation zukunftsweisender und attraktiver? Hierdurch könnten die zukünftig weitergebildeten Psychotherapeuten eine uneingeschränkte Ermächtigung oder Zulassung zur psychotherapeutischen Versorgung erlangen und die NPT in die Verfahrenslehre der Kognitiven Verhaltenstherapie integriert werden. Auch das evtl. mit einer eigenen Gebietsweiterbildung verbundene Problem der gesonderten Bedarfsplanung (allgemeine fachärztliche Versorgung versus spezialisierte fachärztliche Versorgung) wäre damit vom Tisch. Schon jetzt, mehr als acht Jahr nach Aufnahme der NPT in den Leistungskatalog der Krankenkassen, zeigt sich, dass der Weg einer eigenständigen neuropsychologischen Weiterbildung nur von sehr wenigen approbierten Psychotherapeuten gegangen wird.

Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Jedes akademische Fach, und als solches versteht sich die KNP, ist auf eine universitäre Verankerung und eine intensive und weitsichtige Nachwuchsförderung angewiesen. Als offensichtliches Zeichen einer solchen Verankerung ist die Aufnahme als eigenständiges Anwendungsfach in der Studien- und Prüfungsordnung der Bachelor- und Masterstudiengänge für Psychologie zu sehen. Eine solche Aufnahme in die Prüfungs- und Studienordnungen der Psychologie ist der KNP allerdings leider nie gelungen. Oft findet man die KNP in Modulen der Kognitiven, Diagnostischen oder Klinischen Psychologie. Die meisten Prüfungs- und Studienordnungen kennen als psychologische Anwendungsfächer nur die Klinische Psychologie und Psychotherapie, die Pädagogische Psychologie und die Arbeits- und Organisationspsychologie, nicht aber die KNP. Dieser Umstand liegt sicherlich zum größten Teil darin begründet, dass trotz der Erfolge der Neuropsychologie kaum entsprechende Professuren an den Psychologischen Instituten und Fachbereichen geschaffen wurden, die in der Lage gewesen wären, die Interessen der KNP zu vertreten. Aufgrund seiner interdisziplinären Ausrichtung und der Nä-

he zur Medizin wurden entsprechende Professuren häufiger dort eingerichtet. Mit dem Erreichen der Altersgrenze fallen und fielen in den letzten Jahren aber eine ganze Reihe dieser Professuren weg (z. B. das Lehr- und Forschungsgebiet KNP am Uniklinikum der RWTH Aachen). Ein solcher Wegfall von Professuren hat enorme Konsequenzen. Es fehlen dann nicht nur Interessenvertreter des Fachs, sondern auch interessierte Studierende, Bachelor-, Master- und Doktorarbeiten, und damit auch wissenschaftliche Veröffentlichungen, die die Sichtbarkeit des Faches nach außen national und international dokumentieren. Letztendlich fehlen aber auch Qualifikationsstellen und Professuren für den wissenschaftlichen Nachwuchs. Die Umsetzung der seit März 2020 gültigen Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) wird sicherlich nicht dazu führen, dass Stellen für Neuropsychologen an den psychologischen Instituten eingerichtet werden.

Von Fachvertretern der KNP wird immer wieder argumentiert, dass neuropsychologisch qualifizierte Psychologen händeringend in den Rehabilitationskliniken gesucht würden und hier ein sehr großer Arbeitsmarkt bestehen würde. Es mag stimmen, dass in den Rehakliniken Psychologen gesucht werden. Allerdings spielt bei der Besetzung der ausgeschriebenen Stellen, hier sollte man sich keiner Illusion hingeben, die psychotherapeutische Qualifikation meistens keine große Rolle. Die Kliniken sind primär daran interessiert, kostengünstiges Personal zu rekrutieren. Gegenüber dem Kostenträger reicht es, bei der geforderten Strukturqualität anzugeben, dass der Mitarbeiter über einen Masterabschluss in Psychologie verfügt und eine neuropsychologische Fortbildung begonnen hat. Das erklärt auch, warum die von der GNP angebotene neuropsychologische Fortbildung noch immer nachgefragt und von vielen Berufsanfängern als ein alternativer Weg zur Psychotherapieausbildung gesehen wird.

Abschließende Worte

Dieser Beitrag mit der Beschreibung von Problemen und Herausforderungen ist eine persönliche und möglicherweise zu kritische Sichtweise auf die KNP und deren zukünftige Entwicklung. Der Autor würde sich freuen, wenn sich das Gegenteil seiner Befürchtungen bewahrheiten würde. Momentan ist er aber skeptisch und der festen Überzeugung, dass sich die KNP nur weiterentwickeln und ihre Existenz sichern kann, wenn sich die neuropsychologischen Fach- und berufspolitischen Vertreter als ein Teilgebiet der Klinischen Psychologie und Psychotherapie verstehen und so schnell wie möglich den Schulterschluss mit diesem Fach suchen. Im Gegensatz zu der Einschätzung von Wallesch (2014), der ein Scheitern der KNP dann sieht, wenn sich die KNP nicht vehement von der Psychotherapie abgrenzt, kommt der Autor dieses Beitrags genau zu der entgegengesetzten Bewertung. Die Zukunft wird zeigen, welchen Weg die KNP und die NPT in Deutschland gehen werden. Der Autor kann dem Fach nur das Beste wünschen.

Literatur

Casaletto, K. B. & Heaton, R. K. (2017). Neuropsychological assessment: Past and future. Journal of the International Neuropsychological Society, 23, 778–790.

Gauggel, S. (2003). Grundlagen und Empirie der Neuropsychologischen Therapie: Neuropsychotherapie oder Hirnjogging? Zeitschrift für Neuropsychologie 14 (4), 217–246.

Gauggel, S. (2014). Einspruch! Neuropsychologen sind Psychotherapeuten. Zeitschrift für Neuropsychologie, 25 (3), 215–224.

Gauggel, S. & Mainz, V. (2018). Nutzen der Neuropsychologie und der neuropsychologischen Diagnostik für die Psychiatrie und Psychotherapie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 66 (3), 157–168.

Herrmann M., Willmes-Von Hinckeldey K., Sturm W., Wallesch C.-W., Karnath H.-O., Jäncke L. et al. (2014). Stellungnahme: Klinische Neuropsychologie ist keine psychologische Psychotherapie. Zeitschrift für Neuropsychologie, 25 (1), 65–68.

Preilowski, B. (2009). Zur Geschichte der Neuropsychologie. In W. Sturm, M. Herrmann & T. F. Münte (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie (S. 5–31). Heidelberg: Spektrum.

Thoma, P., Teismann, T., Wannemüller, A., Friedrich, S., Margraf, J., Schneider, S. & Suchan, B. (2020). Die Rolle der Klinischen Neuropsychologie im Rahmen der reformierten universitären Masterstudiengänge zur Vorbereitung auf das Staatsexamen Psychotherapie. Zeitschrift für Neuropsychologie, 31 (3), 157–163.

Wallesch, C. W. (2014). Klinische Neuropsychologie: am Scheideweg oder am Scheitern? Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 82, 371–372.

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.

Prof. Dr. Siegfried Gauggel

Institut für Med. Psychologie und Med. Soziologie
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Pauwelsstraße 19
52074 Aachen
sgauggel@ukaachen.de

Univ.-Prof. Dr. phil. Siegfried Gauggel, Dipl.-Psych., ist Psychologischer Psychotherapeut (Klinische Neuropsychologie) und geschäftsführender Direktor des Institutes für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum der RWTH Aachen. Seit 2009 ist er Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind organisch bedingte psychische Störungen, Diagnostik und Therapie von Patienten mit einer verminderten Krankheitseinsicht und die Neuropsychologie metakognitiver Prozesse.

Psychosoziale Notfallversorgung

Entwicklungen und Impulse aus psychotherapeutischer Sicht

Nele Wulfes, Sabine Rau & Christoph Kröger

Zusammenfassung: Die Versorgung von Betroffenen nach Großschadenslagen in Deutschland ist auch für Psychotherapeuten[1] von zunehmender Relevanz. Das Ziel von Psychosozialer Notfallversorgung (PSNV) ist die Prävention bzw. Früherkennung von Belastungsfolgen, adäquate Akuthilfe und Vermittlung von Behandlungsangeboten. Neuerungen in Klassifikationssystemen und AWMF-Leitlinien zum Umgang mit Akuter Belastung sowie der Posttraumatischen Belastungsstörung wurden 2019 veröffentlicht und geben Interessierten Handlungsempfehlungen. Psychotherapeuten sind in der PSNV überwiegend in der dritten Linie der Versorgung tätig, können aber auch in der Akutsituation Teil des interdisziplinären Teams sein. Eine im Rahmen dieses Artikels durchgeführte Befragung der Landespsychotherapeutenkammern zeigt, dass sich die PSNV sowie die Rolle der Kammern dabei in den unterschiedlichen Bundesländern stark unterscheiden. Regionale und überregionale Strukturen und Vernetzung sollten weiter ausgebaut sowie Schulungen, Trainings und Simulationen gemeinsam mit anderen PSNV-Akteuren etabliert werden.

Im Zuge von größeren Unfällen und gravierenden Naturereignissen, gewalttätigen Angriffen sowie terroristischen Anschlägen, wie zum Beispiel den Anschlägen in Hanau (2020) und Volkmarsen (2020) oder dem Germanwings-Absturz (2015), rückt auch in Deutschland die psychosoziale Versorgung der Betroffenen und Angehörigen immer mehr in den Fokus. Psychotherapeuten spiel(t)en hierbei kurz-, mittel- und langfristig immer wieder eine entscheidende Rolle – organisatorisch, beratend, behandelnd. Im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Pandemie wird die Wichtigkeit psychotherapeutischer Tätigkeiten in außergewöhnlichen oder bedrohlichen Situationen erneut deutlich (etwa bei der Unterstützung von Hinterbliebenen und Pflegekräften). Derartige außergewöhnliche Ereignisse benötigen dabei besondere Aufmerksamkeit und Planung: Angenommen, in Ihrer Stadt oder Ihrer Kommune käme es zu einer Katastrophe mit vielen Betroffenen. Wie würde die psychotherapeutische Versorgung einer großen Anzahl von zeitgleich potenziell traumatisierten Personen vor Ort sichergestellt?

Obwohl fast jeder Mensch durchschnittlich mindestens einmal im Leben einem Ereignis ausgesetzt ist, durch das das eigene Leben oder das einer anderen, ihm nahestehenden Person akut bedroht ist, nimmt die psychische Belastung bei der Mehrheit innerhalb von wenigen Tagen und Wochen schnell wieder ab. Nur bei einem kleinen Teil bleiben die Symptome auch nach über zwei Wochen bestehen. Diese Personen weisen ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), komplexen PTBS, Anhaltenden Trauerstörung oder Anpassungsstörung auf. Aber auch andere Störungen wie Depressionen oder substanzbezogene Störungen können als Folgen traumatischer Ereignisse auftreten (Maercker & Hecker, 2016). Neben der (notfall-) medizinischen Versorgung sollte belasteten Betroffenen und Angehörigen daher auch die Möglichkeit zur psychosozialen Unterstützung angeboten werden *(Kröger, 2018)*.[2] Hier setzt die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) an.

Die PSNV ist ein interdisziplinäres Arbeitsfeld und zeichnet sich durch eine sehr heterogene Struktur und eine große Vielfalt von Akteuren aus. Unter der Federführung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) wurden auf der Grundlage eines Konsensus-Prozesses von 2007 bis 2010 erste Qualitätsstandards und Leitlinien erarbeitet *(BBK, 2012)*. In diesem Kontext wurde die „Psychosoziale Notfallversorgung" als Oberbegriff für die unterschiedlichen Strukturen und Maßnahmen im Rahmen von Notfällen und Einsatzsituationen eingeführt und als verbindende Ziele „Prävention bzw. Früherkennung von Belastungsfolgen", „adäquate Akuthilfe" und „Vermittlung von Behandlungsangeboten" definiert. Unterschieden werden auf der Grundlage dieser Definition die Psychosoziale Notfallversorgung für Betroffene (PSNV-B) und Einsatzkräfte (PSNV-E). Hierbei gliedern sich Psychosoziale Hilfen zeitlich in drei Segmente (vgl. Abbildung 1, s. S. 24):

1. Psychische erste Hilfe: Kurzfristig und ereignisnah angebotene psychologische, psychosoziale und psychotherapeutische Akuthilfen (sog. „erste Linie der Versorgung"),
2. Mittel- und längerfristige psychologische, psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen („zweite Linie der Versorgung"),

1 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.

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.

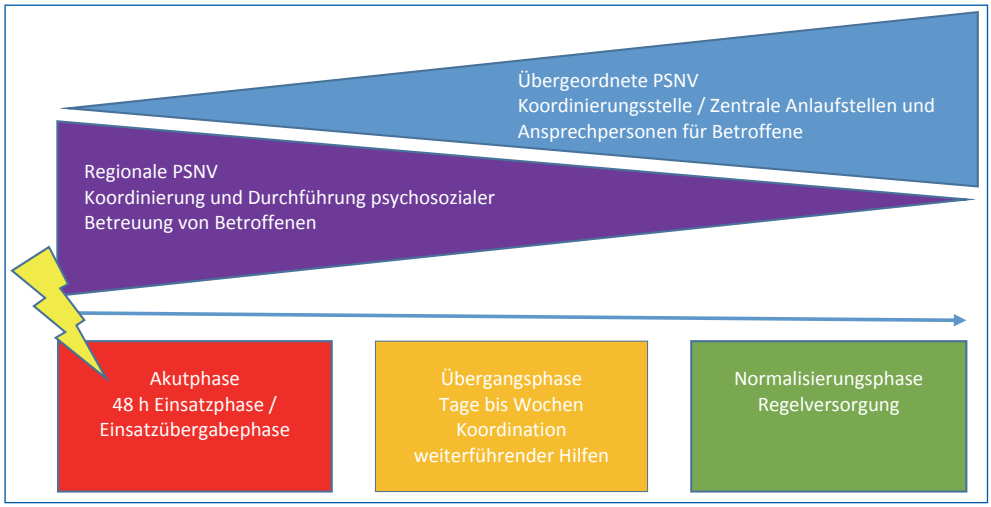


Abbildung 1: Phasen der PSNV in Verbindung zur Relevanz der regionalen und übergeordneten Hilfestrukturen (modifiziert nach BBK, 2012)

3. Heilkundliche Maßnahmen/Psychotherapie: Diagnostik und weitere Indikationsstellung, ggfs. Behandlung psychischer Störungen („dritte Linie der Versorgung").

Im Folgenden sollen aus einer psychotherapeutischen Sicht Neuerungen in relevanten Leitlinien beleuchtet, Entwicklungen der PSNV beschrieben, Ergebnisse einer Befragung der Landestherapeutenkammern vorgestellt und Impulse abgeleitet werden.

Neuerungen in der ICD-11

2018 hat die World Health Organization (WHO) die elfte überarbeitete Fassung der International Classification of Diseases (ICD-11; *WHO, 2018a*) vorgestellt. Diese soll voraussichtlich Anfang 2022 in Kraft treten (WHO, 2018b). Wichtige Änderungen im Vergleich zur ICD-10 (Dilling et al., 2016) im Bereich der Traumafolgestörungen sind hier vor allem die Klassifikation der akuten Belastungsreaktion (ABR), Änderungen in den Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und der Anpassungsstörung sowie die Aufnahme der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (K-PTBS) und der Anhaltenden Trauerstörung *(WHO, 2018a)*. Während im DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) die Akute Belastungsstörung (ABS) weiterhin als Störung geführt wird, findet sich die ABR in der ICD-11 nicht mehr im Kapitel der Psychischen Störungen. Vielmehr wird die ABR als eine normale Reaktion konzeptualisiert, die keine klinische Störung darstellt. So soll die häufig innerhalb eines Monats von allein remittierende Reaktion entpathologisiert werden *(Maercker et al., 2013* und *Reed et al., 2019* als vertiefender Überblick). Dennoch kann die ABR zu starken Einschränkungen und wahrgenommenem Leidensdruck führen und eine klinische Intervention notwendig machen. Die PTBS wird in der ICD-11 durch ein Minimum an Kernsymptomen beschrieben, um eine Überschneidung mit anderen Diagnosen möglichst gering zu halten und die klinische Brauchbarkeit zu verbessern. Hierbei liegt der Fokus auf dem Wiedererleben, der Vermeidung und der anhaltenden Wahrnehmung von erhöhter aktueller Bedrohung *(WHO, 2018a)*, wobei in allen drei Bereichen mindestens je zwei Symptome vorliegen müssen. Zusätzlich beinhalten die Diagnosekriterien in der ICD-11 – anders als im DSM-5 – kein Zeitkriterium, sodass die PTBS-Diagnose bei ausreichenden und anhaltenden Symptomen mit hohem Leidensdruck auch schon für Zeiträume unter einem Monat gestellt werden kann.

Aktuelle Leitlinien

2019 erschien die überarbeitete Fassung der S2k–Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung" *(Bengel et al., 2019)*. Diese ist im Rahmen der PSNV von besonderer Bedeutung, da sie Empfehlungen für Screening, Diagnostik, Früherkennung und Frühinterventionen nach kritischen, potenziell traumatischen Ereignissen in einem sich anschließenden Zeitraum von drei Monaten gibt. Die Komplettfassung der Leitlinie findet sich frei zugänglich auf der Seite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)[3] und gibt den in der PSNV tätigen Kollegen Hilfestellungen und Handlungsempfehlungen. Ausgewählte Empfehlungen finden sich im Info-Kasten 1 auf S. 25.

Das Ziel sog. Screenings, wie es in der Leitlinie gefordert wird, besteht vor allem darin, psychische Störungen frühzeitig zu erkennen. Dies ist besonders dann sinnvoll, wenn eine frühzeitige Erkennung und Behandlung für den weiteren Verlauf und auch für die Heilungschancen vorteilhaft sind (Kröger & Kliem, 2014). Zwar scheint kein linearer Zusammenhang zwischen ABR und PTBS zu bestehen, dennoch stellen die kognitive Verarbeitung und die Einstellung zur eigenen Person wichtige Prädiktoren für die spätere Symptomatik dar *(Bryant, 2018)*. Dafür können leicht zugängliche Screening-Instrumente großflächig einige Tage nach dem potenziell traumatischen Ereignis eingesetzt werden, um Personen mit definierten Risikomerkmalen aus einer großen Gruppe ökonomisch und reliabel erkennen zu können. Im Rahmen des sog. Screen-and-Treat-Ansatzes sollen belastete oder gefährdete Personen anschließend eine ausführliche Diagnostik und – bei psychischer Indikation – die Möglichkeit einer Behandlung erhalten. In Deutschland wurde dieser Ansatz beispielsweise im Rahmen der Versorgung von Geflüchteten eingesetzt *(Wulfes et al., 2019;* siehe Info-Kasten 2, S. 25).

3 www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-027.html

1.	Nach traumatischen Ereignissen sollen in den ersten Stunden bis Tagen psychologische, psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen angeboten werden. Dies gilt insbesondere für ein Erleben eines schweren Unfalls, einer akut lebensbedrohenden Erkrankung, körperlicher und/oder sexueller Gewalt, einer Entführung oder Geiselnahme, eines Terroranschlags, eines Kriegsereignisses, von Folter oder einer Naturkatastrophe.
6.	Screeninginstrumente können Schutz- und Risikofaktoren und/oder psychische Symptome erfassen und zur Indikationsstellung für eine Frühintervention eingesetzt werden. Sie sollen in Abhängigkeit vom jeweiligen Ereignis und der Akzeptanz verwendet werden. Symptomorientierte Screeninginstrumente sollen in den ersten Tagen vorsichtig interpretiert werden.
12.	Betroffene sollten über Wege und Möglichkeiten der Frühinterventionen inklusive ihrer Rechte z. B. nach dem Opferentschädigungsgesetz informiert werden. Die Interventionen sollen den Betroffenen nicht aufgedrängt werden, sie basieren auf Freiwilligkeit und werden als Angebot formuliert.
13.	Die ersten Interventionen sollen den Prinzipien Beruhigen und Entlasten, Steigern von Kontrolle und Selbstwirksamkeit, Fördern von Kontakt und sozialer Anbindung sowie Stärkung von Hoffnung und Zukunftsorientierung folgen.
15.	Allen Betroffenen, insbesondere die mit einer hohen Symptomlast und/oder einem erhöhten Risiko für Traumafolgestörungen, sollen in den ersten Wochen beobachtet, begleitet und ggf. weiter versorgt werden (Screening und Monitoring). Im Verlauf ist mit fluktuierenden Symptomen und symptomarmen Intervallen zu rechnen.
20.	Debriefing als einmalige Intervention mit einem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung soll nicht als Frühintervention für Betroffene angeboten werden.

Info-Kasten 1: Ausgewählte Hilfestellungen und Handlungsempfehlungen

Anmerkung: wörtlich zitiert aus Bengel et al. (2019); S. 4 f.

Auf Empfehlung der S2k-Leitlinie soll Betroffenen auch akute Hilfe (vgl. *Kröger, 2013* für eine konkrete Beschreibung) angeboten, aber nicht aufgedrängt werden. Liegt im weiteren Verlauf eine ABR bzw. akute PTBS vor, so kann eine international empfohlene Frühintervention effektiv die Chronifizierung der Störung verhindern *(Kröger et al., 2012)*. Selbstverständlich sollten die Betroffenen über weitere Hilfen und Möglichkeiten der Beratung und Behandlung informiert werden *(Franke et al., 2017)*. Informationsmaterialen zum altersgerechten Umgang im Alltag mit Betroffenen in verschiedenen Sprachen finden sich auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen.[4]

Ebenfalls 2019 ist die neue Fassung der S3-Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung erschienen *(Schäfer et al., 2019)*. Hierbei wurde die komplexe PTBS neu in die Leitlinien aufgenommen, ebenso wie die Behandlung von PTBS-Betroffenen mit komorbiden Diagnosen. Laut Leitlinie erweisen sich traumafokussierte Behandlungsansätze der Psychotherapie bei PTBS als Behandlung erster Wahl (Ehring et al., 2020; *Schäfer et al., 2019)*.

Geflüchtete waren häufig einer Vielzahl von potenziell traumatischen Ereignissen ausgesetzt (Kröger et al., 2016). Damit einher geht eine erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen, wie der PTBS, depressiven Störungen oder Angststörungen (Henkelmann et al., 2020). Aufgrund fehlender personeller Ressourcen ist jedoch eine ausführliche Diagnostik aller potenziell betroffenen Personen unmöglich. Im Rahmen einer Kooperation zwischen der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig und der Stadt Braunschweig wurde der Screen-and-Treat-Ansatz bei Geflüchteten gewählt. In einem gestuften Vorgehen füllten zunächst alle Geflüchteten, die sich zu einer Teilnahme bereiterklärten, Screening-Instrumente aus. Daraufhin erfolgte eine erste Diagnostik im Hinblick auf die PTBS und depressive Störung durch das Projektteam direkt vor Ort in den Unterkünften. Besonders belastete Personen wurden daraufhin zu einer vertieften Diagnostik in die Psychotherapieambulanz eingeladen. Wenn in dieser zweiten Phase eine Therapieindikation ermittelt werden konnte, wurde in einem dritten Schritt eine Behandlung angeboten und durchgeführt. Somit konnten mit möglichst wenig personellen Ressourcen aus einer großen Gruppe von potenziell betroffenen Personen gezielt besonders belastete Personen identifiziert und weiterbehandelt werden *(Wulfes et al., 2019)*.

Info-Kasten 2: Screen-and-Treat-Ansatz

Vorhandene Strukturen und Vernetzung

Ein breites Engagement der Psychotherapeutenschaft im Feld der PSNV ist wichtig. Während akuter Schadenslagen gibt es oft auch eine hohe Bereitschaft von Psychotherapeuten, unterstützende Angebote bereitzustellen – die Möglichkeiten, sich hier einzubringen, sind vielfältig. Hilfsangebote und Bedarfe lassen sich aber nicht gut in einer Akutsituation spontan zusammenführen. Stellen Sie sich vor, Sie benötigen die Hilfe von Feuerwehr oder Rettungsdienst und deren Einsatzstruktur und Zusammenarbeit müsste während des laufenden Einsatzes erst noch geklärt werden. Ein Einsatz setzt klare, vorab definierte Strukturen und einen eindeutigen Auftrag voraus. Deshalb wird im Weiteren ein Einblick in eben diese Strukturen gegeben.

Großschadenslagen liegen vor, wenn es infolge eines Ereignisses eine große Zahl (50, 100, 500) von betroffenen Personen zu versorgen gilt. Analog des medizinisch-somatischen Vorgehens bei Massenanfällen von Verletzten (MANV) ist in der sog. ersten Linie ab einer Anzahl von fünf psychosozial zu versorgenden Betroffenen oder Angehörigen eine PSNV-Führungskraft als Leitung und Koordination vorzusehen. Diese Führungskraft könnte auch ein Psychotherapeut sein.

Schadenslagen treten plötzlich und unvorhergesehen ein und sind in der Regel zunächst durch eine Chaosphase geprägt, die es zu strukturieren und zu organisieren gilt. Während jede Schadenslage einzigartig ist, kann eine feste Hilfestruktur einen sicheren Hilferahmen für Betroffene und Helfende ermöglichen. Dabei ist auch das Zusammenwirken unterschiedlicher Hilfestrukturen zu definieren, dazu gehört die Festle-

4 www.pknds.de/index.php?id=139

gung von Schnittstellen und die systematische Einbindung von Psychotherapeuten. Unstrittig hat das körperliche Überleben Vorrang und es gilt daher im Einsatz das Motto „Körper vor Psyche", allerdings können auch psychische Störungen das Leben bedrohen und die Lebensqualität von Menschen langfristig einschränken. Daher benötigen auch kurzfristige, ereignisnahe psychosoziale Hilfen eine Berücksichtigung in der Vorsorgeplanung. Als Voraussetzung für den Einbezug in den Einsatz gehören neben einer Teilnahme an der 24/7-Rufbereitschaft auch die Teilnahme an vorhergehenden Übungen, die Kenntnis der Vernetzung und die Integration in die Einsatzstruktur im kommunalen MANV-Konzept sowie die Ausstattung und Kennzeichnung der Psychotherapeuten in der akuten Schadenslage. Dabei wird die Aufgabe „PSNV-B" gewöhnlich in der Einsatzstruktur des Feuerwehr- und Rettungsdienstes und dort im Abschnitt „Betreuung" abgebildet. In der Regel handelt es sich bisher bei der PSNV-B noch um eine überwiegend ehrenamtliche Unterstützung.

Die Bereitstellung von Angeboten für Betroffene in der zweiten bzw. dritten Linie der Versorgung ist deutlich breiter aufgestellt. Die Art des Ereignisses, Kosten- und Leistungsträger und örtliche Hilfestrukturen können für die Betroffenen relevant sein: Nicht immer ist das Hilfesystem für Laien nachvollziehbar – so gibt es etwa meist viele unterschiedliche Ansprechpartner und Zugänge zu Hilfsangeboten. Zum Beispiel kann für Opfer einer vorsätzlichen Gewalttat und deren Angehörige ein Anspruch auf Grundlage des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) bestehen (*Franke et al., 2017*). Im beruflichen Kontext fallen Angebote für Einsatzkräfte und Mitarbeitende u. a. in den Verantwortungsbereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und ggfs. der Unfallkassen – hierbei kann eine fehlende Unfallmeldung einen späteren Zugang zu Hilfen erschweren. Ein individueller Zugang zu psychotherapeutischen Akuthilfen ist seit dem 1. April 2017 zusätzlich über die psychotherapeutische Sprechstunde ermöglicht, im Anschluss an die Sprechstunde kann bei Bedarf eine Akutbehandlung direkt angeschlossen werden.

Psychotherapeuten verstehen sich bisher überwiegend als Teil der dritten Linie der Versorgung, können aber auch in der Koordination und in der Akutsituation wertvolle Partner in einem interdisziplinären Team sein. Dabei gilt der Grundsatz: „Kein Einsatz ohne Auftrag". Folgende Hilfeaufträge und Einsatzkontexte lassen sich unterscheiden:

(A) übergeordnete Stellen der Hilfevermittlung und Koordination,

(B) regionale Koordinierung (z. B. Fachberatung PSNV im Stab, Leitender Notfallpsychologe),

(C) Koordination und Erfassung der Bedarfe an der Einsatzstelle (z. B. Einsatzleitung PSNV vor Ort an der Schadensstelle),

(D) Hilfe an der Person.

Im ersten zeitlichen Segment sind die Aufträge „regionale Koordinierung" und „Bedarfserfassung an der Einsatzstelle" (B, C) zentral, um eine gute Versorgung der betroffenen Personen (D) zu gewährleisten sowie Maß und Form der Hilfen bedarfsorientiert zu gestalten. Abbildung 2 gibt eine grundsätzliche Einsatzstruktur wieder, die es bei dynamischem Einsatzverlauf auch ermöglicht, die Bedarfe an verschiedenen Einsatzorten abzudecken. Bei nicht überschaubaren Einsatzbereichen ist jeweils ein „Einsatzleiter PSNV" als Ansprechperson für die Funktion „Fachberater im Stab" erforderlich. Während in Regeleinsätzen Ansprechpersonen vor Ort sichergestellt sind und ausreichend erscheinen, erfordern Einsatzlagen mit großem Bedarf an PSNV Vorbereitung und eine ergänzende Struktur.

Die übergeordnete Struktur wird im Übergang zur zweiten Linie der Versorgung relevant (vgl. Abbildung 1, S. 24). Hilfreich für die Betroffenen und Angehörigen sind Kenntnis der und Vernetzung zwischen den übergeordneten und regionalen Strukturen. Oft ist die Hemmschwelle groß, sich nach einem sehr belastenden Ereignis an eine fremde Person zu wenden. Die Hürde ist umso größer, je entpersonifizierter eine Struktur wirkt. Das Hilfeangebot ist vielfältig, aber nicht leicht zugänglich. Die übergeordnete Struktur kann navigierend unterstützen sowie den Zugang zu Hilfen vermitteln und erheblich erleichtern. In den übergeordneten Strukturen der Länder und des Bundes wurden dazu zentrale Ansprechpersonen in Form von Opferschutzbeauftragten benannt und z. B. eine Koordinierungsstelle „Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe" (NOAH) gegründet. Unter der Bezeichnung „Opferschutzbeauftragter" finden sich wiederum zum Teil unterschiedliche Aufträge und Zuständigkeiten.

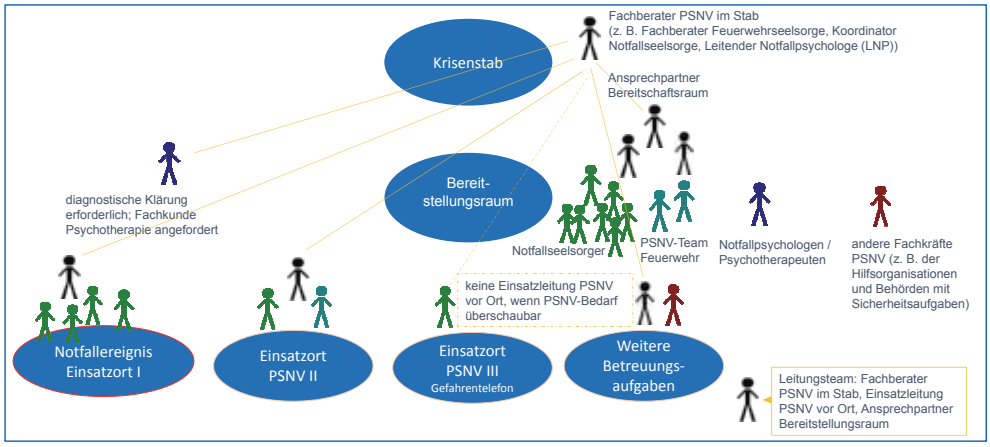


Abbildung 2: Einsatzstruktur für einen Akuteinsatz mit mehreren Einsatzorten, die sich im Einsatzverlauf entwickeln können

Einen Überblick über die Strukturen der PSNV, inkl. Ansprechpartnern und gesetzlicher Erlasse, findet sich in der Broschüre „Psychosoziale Notfallversorgung. Übersicht über die Strukturen in den Bundesländern" des *BBK (2019)*. Bei aller Verschiedenheit ist den vorhandenen Strukturen der PSNV in der ersten und zweiten Linie der Versorgung gemeinsam, dass sie oft aus Schadensereignissen und realen Lagen erwachsen sind oder nach solchen Ereignissen verbessert und im Sinne tragfähiger Netzwerke ausgebaut wurden. So entstanden teilweise regionale Verfahrensvorschläge und bundesweite Arbeitsgruppen. Eine weitere große Bedeutung im Sinne der Strukturschaffung hatten Vorsorgeplanungen für Großereignisse. Auf einen solchen Zusammenhang geht z. B. der für NRW gültige Runderlass (RdErl.) des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie[5] im Zusammenhang mit den Vorbereitungen u. a. der Fußballweltmeisterschaft in Deutschland 2006 zurück. Dieser Erlass sieht – vergleichbar der Struktur der Leitenden Notärzte – die Benennung von Leitenden Notfallpsychologen (LNP) vor und ordnet der Psychotherapeutenkammer eine Aufgabe im Verfahren zu.

Befragung der Landeskammern der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum Stand der PSNV

Um einen Überblick über die Beteiligung und Aufgaben der Psychotherapeutenschaft in der PSNV zu erlangen, wurde im Länderrat der Landespsychotherapeutenkammern eine Befragung der zwölf Geschäftsstellen beschlossen, die im Zeitraum von Dezember 2019 bis Februar 2020 stattfand. Arbeitsgruppen (Hamburg, Saarland und Hessen) oder Kommissionen (Nordrhein-Westfalen), die sich mit der PSNV befassen, werden von vier der zwölf zuständigen Kammervertretungen unterhalten, in sechs Kammern sind Einzelpersonen für die PSNV zuständig. Nur in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Rheinland-Pfalz besteht ein Auftrag im Kontext der Vorsorgeplanung für die gesundheitliche Versorgung bei Großschadensereignissen. Einen Notfallplan im Falle eines Großschadensfall zu haben, gaben lediglich zwei Kammern (16,7 %; Hessen und Rheinland-Pfalz) an. Elf (91,7 %) Kammern berichteten, Kontakt zu Ansprechpartnern im regionalen PSNV-Netzwerk zu haben. Koordiniert wird die PSNV über Landeszentralstellen (41,7 %; n = 5) oder andere behördliche Einrichtungen (58,3 %; n = 7). Listen mit Kollegen, die bereit sind, im Großschadensfall kurzfristig Behandlungsplätze zur Verfügung zu stellen, finden sich eher (58,3 %; n = 7) als Listen mit Kollegen, die bereit sind, im Großschadensfall zum Einsatzgebiet zu fahren (33,3 %; n = 4). Erwartungsgemäß werden Psychotherapeuten nicht direkt am Unfallort (0 %; n = 0), sondern vorwiegend in der Versorgung ein paar Tage später (58,3 %; n = 7) tätig. Sie sind in der Versorgung nach Manifestation einer psychischen Störung (41,7 %; n = 5) und bei der Versorgung von Angehörigen (41,7 %; n = 5) aktiv. Zeitlich erfolgt dies hauptsächlich mittelfristig – in der zweiten Linie der Versorgung (75,0 %; n = 9). Bereitschaft zur Übernahme der Funktion als Leitender Notfallpsychologe innerhalb der ersten 48 Stunden nach dem Ereignis besteht der Umfrage zufolge lediglich in Nordrhein-Westfalen. Dies dürfte mit dem erwähnten Erlass und der spezifischen Ausbildung in Nordrhein-Westfalen in Zusammenhang stehen. Schwierigkeiten hinsichtlich der PSNV sahen die Kammervertreter in der Akzeptanz, Zuständigkeit und Struktur und teilweise der Kompetenzwahrnehmung der eigenen Mitglieder. Wünsche zur PSNV gehen vor allem in die Richtung einer Vereinheitlichung und Zusammenarbeit der PSNV auf Bundesebene, einer besseren Schulung und Vernetzung der einzelnen Akteure und mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten der Psychotherapeuten. Ausführlichere Ergebnisse der Befragung finden sich in Tabelle 1 auf S. 28 und in den Online-Zusatzmaterialien.[6] Die Zuständigen der Kammern füllten die Befragung sehr unterschiedlich detailliert aus. Daher kommt es teilweise zu einem hohen Anteil fehlender Werte. Dies scheint vor allem auch darin begründet zu sein, dass die Strukturen der PSNV sich in den einzelnen Bundesländern stark unterscheiden und die Kammern in sehr unterschiedlichem Maße in die PSNV einbezogen sind.

Schlussfolgerungen und Impulse

Häufig sind weder die Strukturen noch die regional ansässigen Psychotherapeuten auf Großschadensereignisse ausreichend vorbereitet. Um die Kollegen vor Ort möglichst gut auf einen etwaigen Einsatz vorbereiten und im Falle möglichst schnell handeln zu können, empfiehlt sich die Durchführung von Online-Schulungen. Diese sind zeitlich und örtlich flexibel anzusetzen und können im Bedarfsfall ohne Anreisezeit schnell und effizient abgerufen werden. So fanden beispielsweise nach den Anschlägen von Hanau (2020) und Volkmarsen (2020) zwei von der Psychotherapeutenkammer Hessen organisierte Online-Schulungen statt. Somit konnte schnell auf den erhöhten Informationsbedarf in der Situation eingegangen und bereits vorhandenes Wissen aufgefrischt werden. Dennoch ist es in den meisten Fällen nicht ausreichend, die Kollegen erst *nach* einer Schadenslage auf die PSNV vor-

Häufig sind weder die Strukturen noch die regional ansässigen Psychotherapeuten auf Großschadensereignisse ausreichend vorbereitet.

5 vom 12.02.2004 – III 8 – 0713.7.4

6 Die Online-Zusatzmaterialien finden Sie auf der Homepage der Zeitschrift, www.psychotherapeutenjournal.de, bei Ausgabe 1/2021.

Notfallplan im Falle eines Großschadensfalls (z. B. Terroranschläge, Naturkatastrophen, technische Katastrophen)	n	%
Ja	2	16,7
Nein	9	75,0
fehlend	1	8,3

Wie wird die PSNV in Ihrem Bundesland koordiniert?								
	Einzelperson		Landeszentralstelle		Landesbeirat		Andere	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	3	25,0	5	41,7	1	8,3	7	58,3
Nein	8	66,7	6	50,0	10	83,3	4	33,3
fehlend	1	8,3	1	8,3	1	8,3	1	8,3

Vorbereitung der Psychotherapeut/innen auf PSNV										
	Fortbildungen der Kammer		Schulungen der Hilfsorganisationen bzw. Notfallseelsorger		Fortbildungen des Berufsverband Deutscher Psychologen		Übungen gemeinsam mit Hilfsorganisationen		Sonstiges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	7	58,3	4	33,3	1	8,3	2	16,7	5	41,7
Nein	3	25,0	6	50,0	9	75,0	8	66,7	6	50,0
fehlend	2	16,7	2	16,7	2	16,7	2	16,7	1	8,3

Begleitung von in PSNV tätigen Psychotherapeut/innen über die Fortbildungen hinaus	n	%
Ja	2	16,7
Nein	8	66,7
fehlend	2	16,7

PSNV-Einsätze für PSNV zuständige Psychotherapeut/innen pro Jahr	n	%
Keine Einsätze	3	25,0
unbekannt	5	41,7
fehlend	4	33,3

Arten von Einsätzen von PSNV-Psychotherapeut/innen												
	Kleinere Verkehrsunfälle		Verkehrsunfälle mit mehr als 2 beteiligten Parteien		Technische Großschadensfälle		Gewalttaten		Naturkatastrophen		Sonstiges	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	3	25,0	4	33,3	3	25,0	4	33,3	1	8,3	8	66,7
Nein	4	33,3	3	25,0	4	33,3	3	25,0	5	41,7	2	16,7
fehlend	5	41,7	5	41,7	5	41,7	5	41,7	5	41,7	5	41,7

Anbieten von Veranstaltungen (z. B. Tagungen und Fortbildungen), die auch für andere an der PSNV beteiligte Berufsgruppen offen sind	n	%
Ja	2	16,7
Nein	7	58,3
fehlend	3	25,0

Tabelle 1: Eine Auswahl der Ergebnisse der Befragung zur PSNV

Anmerkung: N = 12; weitere Ergebnisse finden sich in den Online-Materialien

zubereiten. Simulationen, z. B. in Form Notfallübungen, wie das im Folgenden dargestellte Szenario „Notfall in der Kita", können ermöglichen, vorgesehene Abläufe auf der Grundlage realitätsnaher Erkenntnisse zu prüfen und diese bei Bedarf anzupassen.

Abbildung 3: Übersicht über die Phasen und Einsatzabschnitte der Notfallübung

Übungsszenario „Notfall in der Kita": *Notfälle mit Kindern haben ein besonders hohes emotionales Potenzial. Die kindliche Einschätzung der Gefahr weicht oft deutlich von der Erwachsener ab (Bengel et al., 2019; ausführlich in Kap. 7.4). Auch beschäftigen Kinder in Notfallsituationen nicht selten ganz andere Aspekte des Ereignisses als Erwachsene. Ziel der hier beschriebenen Notfallübung war es, geplante Abläufe und Betreuungsstrukturen aus der Sicht der speziellen Zielgruppe „Kita-Kinder und sie betreuende Erwachsene" zu überprüfen und Erkenntnisse über Herausforderungen und Ressourcen in der Bewältigung von Notfallsituationen zu gewinnen.*

Eine Übersicht über die Phasen und ihre Inhalte gibt Abbildung 3. Die Übung hat mit 280 Beteiligten an vier Standorten (Ereignis-Kita, Sammelstelle, Behandlungsplatz und Aufnahme-Kita) stattgefunden. Die Einsatzstruktur beinhaltete vier Einsatzabschnitte der örtlichen Hilfestruktur. Die Übung fand an einem Samstag statt, um eine freiwillige Teilnahme der Kinder ohne Betreuungsdruck der Eltern zu gewährleisten.

Abbildung 4 zeigt die der Übung zugrundeliegende Organisation des Einsatzabschnitts Betreuung. Gemäß RdErl. „Vorsorgeplanungen für die gesundheitliche Versorgung bei Großschadensereignissen" des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW vom 12.02.2004 ist in der Einsatzleitung dieses Abschnitts in NRW ein Leitender Notfallpsychologe (LNP) vorgesehen. Alternativ können die Funktionen „Fachberater PSNV im Stab" und „Einsatzleiter PSNV vor Ort" eingesetzt werden.

Grundlage der Auswahl des Übungsszenarios war eine Abbildung von Krisenszenarien auf den Ebenen „Auftretenswahrscheinlichkeit" und „erwartetes Ausmaß der Betroffenheit" (siehe Online-Zusatzmaterialien). Es wurde ein Szenario mit hohem Ausmaß der Betroffenheit gewählt. Zunächst wurde ein Planspiel „Brandlage in der Kita" mit den Eltern durchgeführt. Alltagsrelevante Abläufe, z. B. das teiloffene Konzept, und deren mögliche Wechselwirkungen im Notfallgeschehen wurden diskutiert. Bekannte Grund- und Leitsätze wie „Eigensicherung hat Vorrang" oder „der Erwachsene geht zuletzt" wurden mit Blick auf die Anwendbarkeit auf die Zielgruppe und Situation geprüft.

Das Erleben erfolgreichen gemeinsamen Handelns unterstützt die Handlungssicherheit des Einzelnen, stärkt die Teamstruktur, das Hilfenetzwerk und das Zusammenspiel der örtlichen Akteure.

Um die Kompetenz der Psychotherapeuten in der PSNV zu verbessern, sollten Fort- und Weiterbildung weiter ausgebaut werden. Dabei wäre eine Zusammenarbeit der Psychotherapeutenkammern mit dem BBK bzw. landesspezifischen Einrichtungen (z. B. der Feuerwehrakademien) vorteilhaft. Ein Fort- und Weiterbildungskonzept könnte aus drei Bausteinen bestehen:

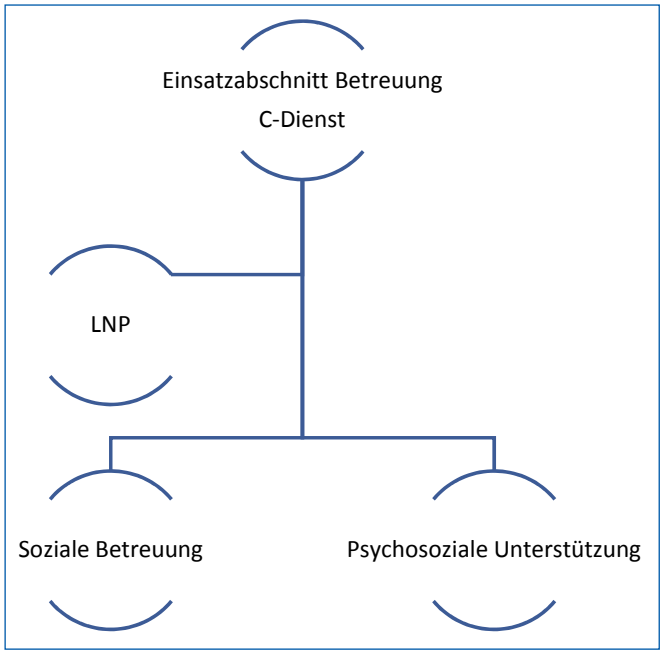


Abbildung 4: Organisation des Einsatzabschnitts Betreuung in der Notfallübung

1. Zunächst sollte eine Fortbildung mit den theoretischen Inhalten erfolgen, die insbesondere das bisherige evidenzbasierte Wissen in den erwähnten Leitlinien umfasst. Wie sich in der aktuellen Pandemie-Situation gezeigt hat, wäre eine solche Schulung auch in Form eines Online-Seminars möglich.
2. Im zweiten Schritt sollte ein Training mit Simulationspatienten (oder Fallvignetten und Rollenspielern) als Präsenzveranstaltung erfolgen. Hierbei sollte der Fokus möglichst auf das Einüben von Gesprächstechniken liegen.
3. Abschließend ist die Simulation eines Einsatzes in Kooperation mit anderen Akteuren wie Feuerwehr, Rettungsdienst und Notfallseelsorge wünschenswert. Psychotherapeuten sind bislang jedoch selten an solchen Simulationen beteiligt. Hier wäre eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren und den Landespsychotherapeutenkammern wichtig. Nur Personen, die sich bereits kennen- und schätzen gelernt haben, werden sich bei einem Großschadensfall mit ihrer jeweiligen spezifischen Expertise gegenseitig effektiv unterstützen.

Großschadenslagen treten plötzlich und unvorhergesehen auf. Für die erste Linie der Versorgung und die Übergangsphase der PSNV während und nach akuten Großschadenslagen mit einer hohen Zahl an Betroffenen werden häufig ereignisnah umfangreiche finanzielle Mittel bereitgestellt und Lösungen spontan angefragt, während die kontinuierliche Entwicklung von Regelstrukturen immer wieder an der Bereitstellung entsprechender Ressourcen scheitert und in Ruhephasen das Klärungsinteresse gering scheint. Großschadenslagen haben eine geringe Auftretenswahrscheinlichkeit, was möglicherweise bedeutsam für die Erklärung der fehlenden Finanzierungsmotivation und -modelle für langfristig zu etablierende Strukturen ist. Lediglich zwei Kammern gaben in der Befragung an, einen Notfallplan für den Fall eines Großschadensereignisses zu haben. Um im Ernstfall möglichst schnell handeln zu können, ist jedoch eine Vorbereitung in Ruhephasen vonnöten. Daher bedürfen auch kurzfristige, ereignisnahe psychosoziale Hilfen einer Berücksichtigung in der Vorsorgeplanung, inkl. eines mit Behörden abgestimmten Krisenplans zum Einsatz von Psychotherapeuten. Einen Auftrag im Kontext der Vorsorgeplanung für die gesundheitliche Versorgung bei Großschadenslagen zu haben, gaben allerdings nur drei Landeskammern an. Listen mit Kollegen, die bereit sind, in Großschadenslagen kurzfristig Behandlungsplätze anzubieten, sind in einigen Psychotherapeutenkammern vorhanden – diese müssen jedoch auch regelmäßig gepflegt und aktualisiert werden.

Die Zuständigen der Kammern wünschten sich in der Befragung auch eine Vereinheitlichung der PSNV-Strukturen über die Bundesländer hinaus und eine bessere Vernetzung der PSNV-Beauftragten der Kammern untereinander. Hier wäre beispielsweise eine Vereinheitlichung nach dem Vorbild der Feuerwehr denkbar: So gibt es bei der Feuerwehr bundesweit einheitliche Strukturen, wodurch die gegenseitige Unterstützung zwischen den Kommunen oder Bundesländern gefördert werden kann. Dies dürfte in den föderalen Strukturen der Bundesrepublik Deutschland schwer möglich sein, jedoch ist es innerhalb eines Bundeslandes realisierbar. Dazu wäre es hilfreich, wie schon von *Kröger (2006)* gefordert, Landeszentralstellen PSNV in allen Bundesländern einzurichten, welche gleiche (oder ähnliche) Strukturen aufbauen und zentrale Aufgaben (u. a. zur Sicherung der Qualitätsstandards und Koordination im Schadensfall) wahrnehmen.

Um die Vernetzung und den Austausch zwischen den Kammervertretern zu fördern, sind regelmäßige Treffen notwendig und die Einrichtung einer Taskforce ist wünschenswert. In Akutlagen würde damit eine abrufbare Struktur bestehen, die die regionalen Systeme ergänzen kann. Erfahrungen während der Pandemie 2020 haben gezeigt, dass es durchaus möglich sein kann, Treffen kurzfristig online stattfinden zu lassen. Wichtig hierfür ist jedoch ein koordinierendes Gremium auf Bundesebene.

Häufig fällt es Betroffenen nicht leicht, den Überblick über Rechte, Möglichkeiten und Behandlungsangebote zu wahren. Daher ist eine ausführliche Information der Betroffenen und eine übergeordnete Struktur von Ansprechpartnern vonnöten, die Betroffene im Bedarfsfall weiterleiten können. Während in Großstädten und in (meist finanziell besser aufgestellten) Kommunen eine Vernetzung besteht und Behandlungsplätze vergleichsweise schnell gefunden werden können, stellt dies besonders im ländlichen Raum häufig ein Problem dar. Psychotherapeuten fällt hier als eine Aufgabe zu, die Vernetzung zwischen Qualitätszirkeln interessierter Kollegen und PSNV-Akteuren in der Region zu fördern.

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.

Bengel, J., Abilgaard, P., Albs, B., Driessen, M., Frommberger, U., Hillebrecht, J. et al. (2019). S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung: AWMF.

Bryant, R. A. (2018). The Current Evidence for Acute Stress Disorder. Current Psychiatry Reports, 20 (12), 111.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. (2012). Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II (3. Aufl.). BBK: Bonn.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. (2019). Psychosoziale Notfallversorgung. Übersicht über die Strukturen in den Bundesländern: BBK.

Franke, S., Wehrmeyer, M. & Kröger, C. (2017). Trauma-Netzwerk Niedersachsen: Zusammenarbeit zwischen Behörde und Kliniken zur optimierten Versorgung der Opfer von Gewalttaten. In J. Gysi & P. Rüegger (Hrsg.), Handbuch sexualisierter Gewalt. Therapie, Prävention und Strafverfolgung. (S. 225–232). Bern: Hogrefe.

Kröger, C. (2006). Ein Konzept zur psychosozialen Notfallversorgung – ein Diskussionsbeitrag. Psychotherapeutenjournal, 5 (2), 108–115.

Kröger, C. (2013). Psychologische Erste Hilfe. Göttingen: Hogrefe.

Kröger, C. (2018). Akuttraumatisierung und akute Belastungsreaktion In J. Schellong, K. Weidner & F. Epple (Hrsg.), Praxisbuch Psychotraumatologie (S. 50–62). Stuttgart: Thieme.

Kröger, C., Ritter, C. & Bryant, R. A. (2012). Akute Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M. et al. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress. Proposals for ICD-11. World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 12 (3), 198–206.

Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W. et al. (2019), Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry, 18, 3–19.

Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevlesrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2019). S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: AWMF.

World Health Organisation. (2018a). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Genf: WHO.

Wulfes, N., del Pozo, M. A., Buhr-Riehm, B., Heinrichs, N. & Kröger, C. (2019). Screening for Posttraumatic Stress Disorder in Refugees. Comparison of the Diagnostic Efficiency of Two Self-Rating Measures of Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress, 32 (1), 148–155.

Nele Wulfes, M. Sc. Psych.

Korrespondenzadresse:
Universität Hildesheim
Universitätsplatz 1
31141 Hildesheim
nele.wulfes@uni-hildesheim.de

Nele Wulfes, M. Sc. Psych., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Hildesheim und befindet sich in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Ihr Forschungsschwerpunkt ist das Screening von Traumafolgestörungen.

Prof. Dr. Christoph Kröger

Prof. Dr. Christoph Kröger ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Hildesheim. Seine Forschungsschwerpunkte sind interpersonelle Faktoren bei psychischen Störungen und paarunterstützende Behandlung sowie Diagnostik und Behandlung trauma-assoziierter Störungen. Er ist Beauftragter für die Psychosoziale Notfallversorgung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und hat an den SK-Leitlinien „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ mitgewirkt.

Dr. Sabine Rau

Dr. Sabine Rau ist Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (M. A.) und leitet die neue Stabstelle Krisenmanagement bei der Stadt Viersen. Zuvor war sie Leiterin des Jugendamtes. Ein Tätigkeitsschwerpunkt ist die Notfallpsychologie, von der individuellen Hilfe in schweren Notlagen über Einsätze bei Großereignissen bis hin zur Vorsorge und Einsatzkräftenachsorge. Bis 2017 übernahm sie im Rahmen ihrer Tätigkeit im Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf die Funktion der Leitenden Notfallpsychologin (LNP). Sie ist Sprecherin der Kommission Großschaden/Notfallpsychotherapie der Psychotherapeutenkammer NRW.

Die Huntington-Krankheit – eine Herausforderung (auch) für Psychotherapeuten[1]

Matthias Dose

Zusammenfassung: Die erbliche Huntington-Krankheit (HK) stellt für Betroffene, Angehörige und Betreuungspersonen mit ihrem zu vollständiger Pflegedürftigkeit führenden chronisch progredienten Verlauf und den sie begleitenden kognitiven, psychischen und motorischen Beeinträchtigungen eine erhebliche psychosoziale Belastung dar. Die betroffenen Patienten, aber auch deren Kinder mit dem 50%igen Risiko, selbst zu erkranken, und (häufig häuslich) pflegende Angehörige bedürfen psychologischer/psychotherapeutischer Unterstützung und Behandlung. Dieser in Deutschland mindestens 30.000 Menschen umfassende Personenkreis von Betroffenen und Risikopersonen findet gegenwärtig zu wenig mit dem Krankheitsbild vertraute Psychotherapeuten. Vor diesem Hintergrund soll dieser Artikel Basiswissen zur Huntington-Krankheit vermitteln und die daraus resultierenden „Bedarfe" von Betroffenen, Risiko- und z.T. pflegenden Bezugspersonen mit dem Ziel darstellen, dass sich Psychotherapeuten angesprochen fühlen, sich dieser bislang vernachlässigten Klientel anzunehmen.

Einleitung

Von der erblichen Huntington-Krankheit (HK) sind in Deutschland bei einer geschätzten Prävalenz von 5–10/100.000 ca. 10.000 Menschen betroffen. Bezieht man Verwandte 1. Grades als mögliche „Risikopersonen" mit ein, erhöht sich diese Zahl auf das Dreifache (Nguyen & Weydt, 2018). Bei all diesen Personen besteht ein hoher Bedarf an psychologischer/psychotherapeutischer Beratung und Behandlung, der gegenwärtig nicht durch eine ausreichende Zahl von Psychotherapeuten gedeckt wird, die zumindest über Grundkenntnisse dieser Erkrankung verfügen und somit eine qualifizierte Beratung/Behandlung anbieten können.

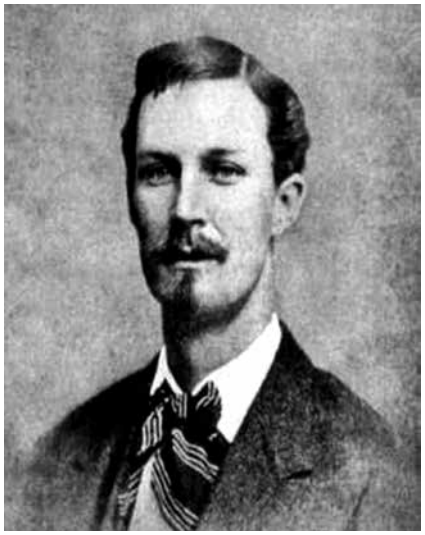


Abbildung 1: George Huntington

Was ist die Huntington-Krankheit?

Der Name „Huntington-Krankheit" geht auf den amerikanischen Arzt George Huntington zurück, der 1872 als einer der ersten diese Erkrankung beschrieb, die früher auch als „Veitstanz", Chorea major, Chorea Huntington oder Huntington'sche Chorea bezeichnet wurde. „Chorea" leitet sich vom griechischen choreia (Tanz) ab – eine Beschreibung des im Rahmen der Erkrankung gelegentlich auftretenden tänzelnden Gangbildes als Teil der neurologischen Symptome. Zu diesen zählen abnorme, unwillkürliche Bewegungen (Hyperkinesen), Sprach- und Schluckstörungen, bei der juvenilen Form aber auch Rigidität und Spastik, manchmal auch Muskelzuckungen (Myokloni) und epileptische Anfälle. Nachdem neuere Forschungsarbeiten gezeigt haben, dass den neurologischen Symptomen psychiatrische Symptome und der Verlust kognitiver Fähigkeiten um bis zu zehn Jahre vorausgehen und das Krankheitsbild prägen können, hat sich international die Bezeichnung „Huntington-Krankheit/HK" bzw. „Huntington's Disease/HD" durchgesetzt.

Genetik und Pathophysiologie

Obwohl seit der Entdeckung des die Erkrankung verursachenden Gens auf dem kurzen Arm von Chromosom 4 (Huntington's Disease Collaborative Research Group, 1993) die Erforschung des den Krankheitssymptomen zugrunde

1 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.

Stadium	Berufs-/Erwerbs-tätigkeit	Finanzielle, juristische Angelegenheiten	Haushaltsführung	Aktivitäten des täglichen Lebens	Pflegebedarf
1	ohne Einschränkungen	selbständig	selbständig	uneingeschränkt	keiner
2	eingeschränkt	leichte Hilfestellung	selbständig	uneingeschränkt	keiner
3	stark eingeschränkt	weitgehende Unterstützung	deutlich eingeschränkt	leichte Einschränkungen	gering (zu Hause)
4	berufs-/erwerbsunfähig	nicht mehr möglich	nicht mehr möglich	deutlich eingeschränkt	erhöht (z. B. ambulanter Pflegedienst)
5	wie 4	wie 4	wie 4	so gut wie keine	umfassend Pflegebedürftig

Tabelle 1: Krankheitsstadien nach Shoulson & Fahn (1979)

liegenden Pathomechanismus und damit verbunden die Suche nach einer kausalen Therapie große Fortschritte gemacht haben, ist dieser bis heute nur unvollständig aufgeklärt. Bei der die HK verursachenden Mutation liegt eine verlängerte, instabile Wiederholungssequenz (repeats) der Nukleinbasen Cytosin, Adenin und Guanin (CAG) vor, die in dem an dem Gen abgelesenen Protein (dem Huntingtin/Htt) zu einer verlängerten Polyglutaminsequenz (PolyQ) führt, durch die die Eigenschaften des Proteins pathologisch verändert werden. Während gesunde Personen in der Regel 6–35 CAG-repeats aufweisen, sind bei Betroffenen bis zu 200 solcher repeats zu finden. Bei einer repeat-Zahl von mehr als 40 wird von einer 100%igen Penetranz der Erkrankung ausgegangen. Aber auch im Intermediärbereich (27–35 repeats) kann es in seltenen Fällen (z. B. wenn ein hohes Lebensalter erreicht wird) zur Erkrankung kommen. Aufgrund der Möglichkeit, dass es im Rahmen der Meiose von Samen- und in selteneren Fällen Eizellen zu einer Expansion (Verlängerung) der repeats kommt, kann für Nachkommen von Eltern aus dem „Intermediärbereich" ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bestehen (Nguyen & Weydt, 2018).

Seit Langem ist bekannt, dass das Erkrankungsalter sich umgekehrt proportional zur Zahl der CAG-repeats verhält (je mehr repeats, desto früherer Krankheitseintritt), wobei inzwischen auch eine Reihe genetischer Modifikatoren und Umwelteinflüsse identifiziert wurden, die Einfluss auf den Beginn und Verlauf der Erkrankung haben (Genetic Modifiers of Huntington's Disease (GeMHD) Consortium, 2015).

Das bereits für die Embryonalentwicklung lebenswichtige Huntingtin ist in sämtlichen Körperzellen nachweisbar, findet aber seine ausgeprägteste Expression u. a. im Gehirn. Nach aktuellem Forschungsstand wird das mutierte Huntingtin mit gestörten Mechanismen der DNA-Reparatur, der Transkription, der Mitochondrien, des Energiehaushaltes, des intrazellulären Transports von Vesikeln, des Abbaus von toxischen Stoffwechselprodukten und der synaptischen Übertragung in Verbindung gebracht. Darüber hinaus kann es unabhängig von der Huntingtin-Produktion zur Entstehung neurotoxischer Oligopeptide kommen, die ebenfalls zur Pathologie der HK beitragen können (Bañez-Coronel et al., 2015).

Klinik der Huntington-Krankheit

In der Regel beginnt die HK schleichend, häufig mit zunächst unspezifischen psychischen Veränderungen und kognitiven Beeinträchtigungen. Diese betreffen auf psychischem Gebiet Antriebsstörung, soziale Ängste und Rückzug, Depressivität, zwanghaftes Verhalten, Störungen der Impulskontrolle bis hin zu psychotischen Symptomen. Kognitiv kann es zu nachlassender Flexibilität, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen kommen, die – mit Ausnahme der „juvenilen Form" – dem Auftreten neurologischer Symptome um bis zu 15 Jahre vorausgehen können (Martinez-Horta et al., 2016).

Obwohl seit der Entdeckung des die Erkrankung verursachenden Gens die Erforschung des den Krankheitssymptomen zugrunde liegenden Pathomechanismus und damit verbunden die Suche nach einer kausalen Therapie große Fortschritte gemacht haben, ist dieser bis heute nur unvollständig aufgeklärt.

Neurologisch fallen – außer bei der juvenilen Form, die durch Hypo- und Bradykinesie sowie Rigor charakterisiert ist – im Krankheitsverlauf fortschreitende choreatische Hyperkinesen auf. Diese imponieren zunächst oft als scheinbar willkürliche, in Verlegenheitsgesten umgelenkte Bewegungen (z. B. nervös-zappliges Fingerspiel, Sich-durch-die-Haare-Streichen). Im weiteren Verlauf werden abnorme, unwillkürliche Bewegungsstörungen deutlicher und führen schließlich zu Gang-, Sprech-, und Schluckstörungen sowie im Endstadium der Erkrankung zu Bettlägerigkeit und vollständiger Pflegebedürftigkeit.

Häufigste Todesursache ist mit 30 % eine durch Verschlucken von Nahrung und/oder Flüssigkeit entstandene Aspirationspneumonie, gefolgt von Tod durch Ersticken, Herzversagen und Verletzungen durch Stürze und Ernährungsmangel. 7 % aller Todesfälle bei HK-Betroffenen sind Suizide.

Zur Verlaufseinteilung der HK werden fünf Krankheitsstadien unterschieden, die danach beurteilt werden, inwieweit die Betroffenen in der Lage sind, eine Berufs- und/oder Erwerbstätigkeit auszuüben, finanzielle Angelegenheiten zu regeln, selbständig einen Haushalt zu führen, an Aktivitäten des täglichen Lebens teilzuhaben, und ob eine pflegerische Betreuung noch durch Angehörige gewährleistet werden kann oder professionelle Hilfe erforderlich ist.

Behandlungsmöglichkeiten

Obwohl es bis heute keine kausale bzw. den Krankheitsbeginn und -verlauf entscheidend beeinflussende Behandlung für die HK gibt, finden sich zahlreiche evidenzbasierte medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten, die trotz der Progredienz der HK die Lebensqualität der Betroffenen (und ihres Umfeldes) erhalten und verbessern können. Neben Antihyperkinetika (wie z.B. Tiaprid, Tetrabenazin) zur Behandlung der choreatischen Hyperkinesen, bei medikamentöser Therapieresistenz auch die tiefe Hirnstimulation, zählen dazu vor allem Psychopharmaka, die – analog zu den psychiatrischen Leitlinien-Empfehlungen für Depression, Zwänge, psychotische Symptome etc. – auch bei HK-Patienten eingesetzt werden können (Saft et al., 2017).

Zu den nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gehören neben den hier näher zu besprechenden Möglichkeiten der Psychotherapie u. a. Physio-, Logo- und Ergotherapie, für die es im Rahmen des Europäischen Huntington-Netzwerks (EHDN)[2] und der Deutschen Huntington-Hilfe (DHH) e. V.[3] Arbeitsgruppen und Informationsmaterial gibt. Bezüglich der mit der HK verbundenen sozialmedizinischen Probleme ist eine kompetente sozialpädagogische Unterstützung und Betreuung sinnvoll. Darüber hinaus finden Betroffene, Risikopersonen, Angehörige und Betreuungspersonen bei den regional und lokal bestehenden Kontaktgruppen der DHH wertvolle Unterstützung.

„Gentherapeutische" Therapieansätze

Aktuelle Behandlungsansätze bei der HK sind darauf ausgerichtet, deren natürlichen Verlauf zu modifizieren. Ziel dieser neuen Behandlungsansätze (Übersicht bei Mühlbäck et al., 2020) ist es, die Nachbildung mutanter *Huntingtin*-(*HTT*-)Gen-Produkte zu verringern. Dadurch ergeben sich erstmals konkrete Hoffnungen, durch einen Eingriff am Beginn der Kette der pathogenetischen Ereignisse eine klinisch bedeutsame, krankheitsmodifizierende Wirkung erzielen und die bisher unaufhaltsame Progression der HK bremsen zu können. Gegenwärtig werden verschiedene therapiestrategische Stränge diskutiert: Der eine zielt dabei auf eine Degradation von mRNA-Spezies ab, die für HTT kodieren; dies soll entweder mithilfe von Antisense-Oligonukleotiden (ASO), RNA-Interferenz-basierten Ansätzen oder oral verfügbaren, niedermolekularen Spleißmodulatoren erreicht werden. Darüber hinaus versuchen einige Ansätze mithilfe von Zinkfingerprotein-Repressor-Komplexen eine Suppression der HTT-Gen-Expression zu bewirken, während andere wiederum eine Genomeditierung mittels des CRISPR/Cas9-Systems anvisieren.

Eine erste sog. Phase-III-Studie der Fa. Hoffmann-La Roche, in die weltweit über 600 Betroffene einbezogen wurden, von denen die Patienten in der Behandlungsgruppe alle 16 Wochen das Antisense-Oligonukleotid Tominersen® per Lumbalpunktion verbreicht bekommen, soll im März 2022 abgeschlossen sein. Bis zu diesem Zeitpunkt sollte sich die Frage nach dem klinischen Nutzen für die Betroffenen beantwortet haben, nachdem sich die Behandlung in vorausgegangenen Studien zur Anwendbarkeit und Sicherheit als verträglich erwiesen hat. Zu weiteren „gentherapeutischen" Ansätzen (siehe Mühlbäck et al., 2020) laufen derzeit Phase-I/II-Studien im Hinblick auf Sicherheit und Verträglichkeit.

Psychotherapie bei Huntington-Krankheit

Die psychischen Belastungen und Störungen, die die Huntington-Krankheit für die unmittelbar und mittelbar Betroffenen bedeuten kann, bedingen wie bei anderen chronisch-progredienten Erkrankungen auch Bedarfe für psychotherapeutische Hilfen und Unterstützung auf unterschiedlichen Ebenen:

- Die durch genetische Diagnostik als Genträger identifizierten (noch präsymptomatischen) Personen müssen sich darauf einstellen, zu einem ihnen unbekannten Zeitpunkt derzeit unheilbar und im Endstadium umfassend pflegebedürftig zu erkranken. Für sie sehen die Leitlinien zur präsymptomatischen Diagnostik (International Huntington Association and the World Federation of Neurology Research Group on Huntington's Chorea, 1994) eine die Diagnostik begleitende psychologische Beratung/Betreuung vor.
- Symptomatisch Erkrankte müssen sich – nachdem im Frühstadium berufliche und soziale Funktionsfähigkeit noch mit nur geringen Einschränkungen erhalten sein kann – mit dem zunehmenden Verlust ihrer Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung und -gestaltung sowie dem damit verbundenen Rollenwechsel in Familie und sozialem Umfeld auseinandersetzen.
- Risikopersonen, also Nachkommen eines betroffenen Elternteils, sind mit der Frage konfrontiert, ob sie sich zur Klärung des statistischen 50%igen Risikos, selbst zu er-

2 www.ehdn.org (29.01.2021).
3 https://www.dhh-ev.de/ (29.01.2021).

kranken, mit erreichter Volljährigkeit einer präsymptomatischen genetischen Diagnostik unterziehen oder lieber mit der Ungewissheit leben möchten. Selbst wenn diese Diagnostik kein mutiertes Gen nachweist, besteht dann häufig das mit Schuldgefühlen verbundene subjektive Gefühl, dass sich dadurch das Erkrankungsrisiko für Geschwister erhöhen könnte.

- Sowohl Risikopersonen wie auch Betroffene sehen sich bei bestehendem Kinderwunsch mit der Frage konfrontiert, wie dieser Wunsch ohne mögliche Weitergabe des mutanten Huntington-Gens erfüllt werden kann.
- Familienangehörige und Menschen aus dem sozialen Umfeld können durch die krankheitsbedingten psychischen und körperlichen Veränderungen der Betroffenen, vor allem aber durch die in Huntington-Familien sehr häufig praktizierte häusliche Pflege und Versorgung der Betroffenen außerordentlich belastet sein. So gibt es z. B. Frauen und Männer, die im Verlauf ihres Lebens zunächst den erkrankten Elternteil ihres Partners, dann den erkrankten Partner selbst und später erkrankte Kinder in häuslicher Pflege bis zur Selbstaufgabe über Jahre betreuen.
- Insbesondere bei Kindern, die mit einem deutlich von der HK gezeichneten Elternteil aufwachsen und deren Symptome und Verhaltensweisen nicht verstehen können, treten häufig Ängste und Verhaltensauffälligkeiten auf, die zur Vorstellung bei Kinder- und Jugendlichentherapeuten führen. Für die therapeutische Arbeit und das Gespräch mit ihnen stehen Informationsangebote der Selbsthilfe[4] bereit.

Kam eine 2020 erschienene Übersichtsarbeit (Zarotti et al., 2020) noch zu dem Ergebnis, dass derzeit keine verbindlichen Empfehlungen für psychotherapeutische Interventionen gegeben werden könnten, veröffentlichte die British Psychological Society im Januar 2021 „Guidelines" für „psychololological interventions" u. a. auch für die HK, die neben der Empfehlung psychoedukativer Maßnahmen für HK-spezifische psychische Probleme auf bestehende Leitlinien auch für Betroffene ohne HK, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, sowie achtsamkeitsbasierte Akzeptanz- und Commitment-Therapie verweisen.[5]

Somit bleibt es für Psychotherapeuten bei der Empfehlung, sich mit dem Krankheitsbild und den damit verbundenen Problemen möglichst eingehend vertraut zu machen, um sich dann im Rückgriff auf ihre Kompetenzen und unter Einsatz der für ähnliche Problemkonstellationen eingesetzten Behandlungsoptionen den individuell (oder auch z. B. in Gruppen von Angehörigen, Risikopersonen und Betroffenen) vorgebrachten Problemen zu stellen. Einige Hinweise können jedoch trotzdem – gestützt auf entsprechende Publikationen – gegeben werden.

Risikopersonen vor, während, nach präsymptomatischer genetischer Diagnostik

Wie bereits oben ausgeführt, empfehlen internationale Leitlinien der International Huntington's Association (IHA) und des Weltverbandes der Neurologen (WFN) eine psychologische Beratung für Risikopersonen, die sich einer präsymptomatischen Diagnostik unterziehen wollen. In deren Rahmen sollte vor bzw. begleitend zu der durch das Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) vorgeschriebenen genetischen Beratung über die Motivation zur Untersuchung und ebenso darüber gesprochen werden, welche Gedanken und Pläne sich die Personen im Falle eines günstigen oder ungünstigen Ergebnisses machen. Nach den bislang vorliegenden Erfahrungen geht es bei den Ratsuchenden in der Regel um Fragen der Familienplanung, berufliche Entscheidungen bzw. darum, mit Gewissheit besser umgehen zu können als mit dem ungewissen Risiko. Darüber hinaus sollte – in Abstimmung mit den die genetische Diagnostik durchführenden Ärzten – zum geplanten Zeitpunkt der Ergebnismitteilung eine Beurteilung der aktuellen psychosozialen Situation der Untersuchten mit Hinblick auf die Bewältigungsmöglichkeiten eines ungünstigen Ergebnisses besprochen und eine Weiterbetreuung einschließlich der Möglichkeit der Erreichbarkeit in Krisensituationen angeboten werden.[6]

Wenn im Rahmen der präsymptomatischen Diagnostik das mutierte Gen nachgewiesen wird, ist wichtig, den Betroffenen zu vermitteln, dass sie ab diesem Zeitpunkt präsymptomatische Träger des mutanten Huntington-Gens, aber nicht symptomatisch erkrankt sind. Ihnen sollte empfohlen werden, den Kontakt zu Selbsthilfegruppen zum Austausch mit anderen präsymptomatischen Genträgern und zu den bestehenden Huntington-Zentren bzw. dem Europäischen Huntington-Netzwerk zu suchen. Dort können sie sich über ihre Möglichkeiten zum Umgang mit der Diagnose und der Beteiligung an laufenden Studien zur Behandlung der HK informieren.

Kam eine Übersichtsarbeit von 2020 noch zu dem Ergebnis, dass derzeit keine evidenzbasierten Empfehlungen für psychotherapeutische Interventionen ausgesprochen werden könnten, stellte eine im Januar 2021 erschienene Veröffentlichung der British Psychological Society erstmals Behandlungsleitlinien zur Verfügung.

4 Vgl. u. a. https://dhh-ev.de/wie-spreche-ich-mit-kindern-%c3%bcber-die-huntington-krankheit (29.01.2021).
5 Vgl. https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Policy/Policy%20-%20Files/Psychological%20interventions%20-%20Huntingtons%2C%20Parkinsons%2C%20motor%20neurone%20disease%2C%20multiple%20sclerosis.pdf (29.01.2021).
6 Hinweise auf Inhalte der Beratung finden sich in den bei der „Deutschen Huntington-Hilfe" beziehbaren „Denkanstößen" zur präsymptomatischen Diagnostik (https://www.dhh-ev.de/sites/default/files/Literatur/Denkanstoesse.pdf (29.01.2021)).

Bei bestehendem Kinderwunsch haben sowohl weibliche Betroffene wie auch Risikopersonen, die das mutante Huntington-Gen tragen, im Rahmen einer pränatalen Diagnostik die Möglichkeit, ab der 10. Schwangerschaftswoche durch eine Chorionzottenbiopsie untersuchen zu lassen, ob das erwartete Kind das mutante Gen geerbt hat. Derzeit ist diese pränatale Diagnostik allerdings durch das GenDG auf Fälle beschränkt, bei denen eine frühe Manifestation der Erkrankung zu erwarten ist, was bei der HK möglich, aber nicht von vornherein gegeben ist. Sollte im Rahmen dieser pränatalen Diagnostik das mutierte Gen nachgewiesen werden, ist nach geltendem Recht bis zur 14. Schwangerschaftswoche ein straffreier Schwangerschaftsabbruch möglich, der insbesondere für die Schwangeren, aber auch für die Väter sehr problematisch sein kann. Denn die Mutter muss im Rahmen der Schwangerenberatung geltend machen, dass sie mit einem betroffenen Kind einer unerträglichen erheblichen psychischen Belastung ausgesetzt wäre.

Darüber hinaus besteht für Paare mit Kinderwunsch die Möglichkeit, nach positivem Bescheid einer Ethikkommission vor der Implantation einer künstlich befruchteten Eizelle im 8-Zell-Stadium eine Präimplantationsdiagnostik (PID) vornehmen zu lassen. Die Kosten der dafür notwendigen Prozeduren, zu denen Hormonbehandlungen für die Frauen und meist mehrfach wiederholte Implantationen gehören, sind in der Regel von den Eltern selbst zu tragen. Insbesondere wegen der derzeit noch sehr unterschiedlichen und restriktiven Handhabung entsprechender Anträge von HK-Betroffenen durch die Ethikkommissionen der verschiedenen Bundesländer weichen manche Paare ins benachbarte Ausland aus, wo die entsprechenden Hürden niedriger sind.

Bei symptomatisch Erkrankten wird es im Rahmen einer „stützenden" Psychotherapie zunächst darum gehen, die angesichts des progredienten Krankheitsverlaufs subjektiv in der Regel als „Katastrophe" erlebte Diagnose zu verarbeiten.

Fallvignette 1

Die 22-jährige Tochter eines an der HK im Stadium 3 leidenden Vaters hat sich nach eingehender psychologischer und humangenetischer Beratung testen lassen und als Ergebnis mitgeteilt bekommen, dass sie Trägerin des mutierten Huntington-Gens mit 43 CAG-repeats ist.

Obwohl sie im Rahmen der Vorbereitung der präsymptomatischen Diagnostik davon ausgegangen war, auch auf ein für sie negatives Ergebnis vorbereitet zu sein, leidet sie jetzt doch an einer durch Zukunftsängste, Schlafstörungen, traurige Verstimmung, Grübeln (warum ich?) und Wutgefühle gegenüber den Eltern (warum haben sie mich in die Welt gesetzt?) geprägten Anpassungsstörung.

Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung unter der ICD-10-Diagnose F43.2 (Anpassungsstörungen) standen folgende Themen im Vordergrund:

- Negative Gefühle und Gedanken zulassen, dann aber im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung bearbeiten: Bei 43 CA-repeats ist in der Regel ein Krankheitsbeginn ab dem 40. Lebensjahr zu erwarten; wie kann ich die mir verbleibende Zeit für mich sinnvoll und positiv gestalten? Zum Zeitpunkt der Geburt war den Eltern das Huntington-Risiko (das in der Familie des Vaters verschwiegen worden war) nicht bekannt.
- Unterstützung und Hilfe suchen und annehmen: Mit wem (Verwandte, Freunde, Kollegen) kann ich über mein Erkrankungsrisiko sprechen? Durch Kontakt zu Selbsthilfegruppen Austausch mit Betroffenen und Informationen zum Stand der Forschung und Behandlungsmöglichkeiten; Beteiligung an klinischen Studien im Rahmen des Kontakts zu einem „Huntington-Zentrum".
- Ggf. im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung (am besten durch einen auf dem Gebiet der HK erfahrenen Arzt) medikamentöse Unterstützung (Antidepressiva).

Mithilfe der psychotherapeutischen Behandlung und des Kontaktes zu gleichaltrigen Risikopersonen konnte die Patientin eine berufliche und private Zukunftsaussicht für sich entwickeln: Reduktion ihrer Arbeitszeit, um „Freiräume" für sich zu gewinnen. Privat konnte sie sich mit den Eltern aussöhnen, die Mutter bei der Pflege des Vaters unterstützen, sich mit ihrem Partner aussprechen und mit ihm klären, dass sie beide unter den gegebenen Umständen auf Kinder verzichten wollten. Im Rahmen einer Phase-III-Studie nimmt sie an der Erprobung eines Medikaments teil, von dem eine Verzögerung des Krankheitsverlaufs erwartet wird.

Symptomatisch Erkrankte

Bei symptomatisch Erkrankten wird es – vor allem wenn die Diagnose erst kürzlich gestellt worden ist – im Rahmen einer „stützenden" Psychotherapie zunächst darum gehen, die subjektiv in der Regel als „Katastrophe" erlebte Diagnose zu verarbeiten. Im Hinblick auf den derzeit unausweichlich progredienten Verlauf der Krankheit können suizidale Gedanken und Impulse auftreten, die erfragt und bearbeitet werden sollten. Gleichzeitig sollten in der Therapie die nicht automatisch mit der Diagnosestellung eingeschränkten oder aufgehobenen Fähigkeiten zur Lebens- und Berufsgestaltung herausgearbeitet und Strategien entwickelt werden, sie so lange wie möglich zu erhalten.

Im weiteren Verlauf sind es meist die unterschiedlich ausgeprägten psychischen und kognitiven Veränderungen, die

sowohl den Betroffenen wie auch dem Umfeld Probleme bereiten. Dazu gehören als mögliche psychische Symptome bzw. Störungen vor allem Anpassungsstörungen vor dem Hintergrund der durch die Diagnose zu erwartenden Lebensveränderungen, dann aber auch Ängste, Zwänge, Reizbarkeit, Impulskontrollstörungen, Antriebslosigkeit/Apathie bis hin zu psychotischen Symptomen, z. B. Eifersuchtswahn und andere Wahnvorstellungen, oder Halluzinationen. Alle diese möglichen psychopathologischen Symptome und Syndrome sollten unter Berücksichtigung der Besonderheiten der HK entsprechend vorliegender Therapieleitlinien psychotherapeutisch behandelt werden. Hinweise bezüglich der Besonderheiten bei der Huntington-Krankheit sind einem „Ratgeber" für Fachkräfte[7] zu entnehmen.

Fallvignette 2

Ein 56-jähriger Mann ist seit elf Jahren an der HK erkrankt. Während er zum Zeitpunkt der Diagnose zunächst noch in seinem Beruf als Sachbearbeiter uneingeschränkt, nach zwei Jahren aber (im Rahmen eines anerkannten Grades der Behinderung von 50) nur noch mit reduzierter Stundenzahl und verringerten Anforderungen arbeiten konnte, erfolgte vier Jahre später die Berentung. Seit er nun ohne berufliche Tätigkeit zu Hause ist, liegt er überwiegend auf dem Sofa, sieht fern, raucht viel, mag auch nach Aufforderung (obwohl er bei leichten Einschränkungen durch seine choreatischen Bewegungsstörungen noch mobil ist) weder an Freizeitaktivitäten teil- noch soziale Kontakte wahrnehmen. Eine Beteiligung an häuslichen Arbeiten (zur Entlastung der berufstätigen Ehefrau) lehnt er ab. Besonders belastend für die Familie sind seine gereizten Reaktionen auf jedwede Vorschläge und Aktivitätsangebote, ein (vor der Erkrankung nicht bestehender) Waschzwang mit ca. drei einstündigen Waschritualen wegen der Befürchtung, sich bei Berührung von Haushaltsgegenständen mit nicht näher bezeichneten Erregern kontaminiert zu haben und sein „Kettenrauchen", das auf Möbeln und Fußboden schon erhebliche Brandflecke hinterlassen hat.

Im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung unter der Diagnose F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) bei G10 (Chorea Huntington) wurde mit dem Patienten zunächst ein realistisches Krankheitskonzept erarbeitet. Es stellte sich heraus, dass er (bei einem nur langsam progredienten Verlauf) nur noch den „Endpunkt" der Erkrankung (vollständige Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit) vor Augen, aber keine Vorstellung von den bei ihm nach wie vor vorhandenen Ressourcen hatte. Bezüglich des Vermeidens sozialer Kontakte zeigten sich Schamgefühle („Die denken, ich sei betrunken.") als wesentliche Ursache. Hier konnte mit dem Patienten erarbeitet werden, dass er vertrauenswürdige Freunde und Bekannte über seine Erkrankung informieren könne, die ihm daraufhin wider seine Erwartungen mit viel Verständnis begegneten, sodass sich soziale Kontakte deutlich verbesserten und der Patient auch wieder Freude an gemeinsamen Freizeitaktivitäten entwickelte. Im Rahmen einer mit den Familienangehörigen besprochenen und von diesen unterstützten kognitiven Verhaltenstherapie wurde ein gemeinsam besprochenes Programm mit Desensibilisierung, Expositionstraining und kontinuierlich reduzierten Waschzeiten durchgeführt, bei dem Ruhezeiten auf dem Sofa und Zigaretten als positive Verstärker eingesetzt wurden. Dem Problem der Brandflecke konnte durch eine sog. Rauchhilfe, einer Kombination aus Aschenbecher, Halter, Schlauch und Mundstück (ähnlich einer Wasserpfeife) erfolgreich begegnet werden.

Angehörige

Insbesondere pflegende Familienangehörige neigen zu Selbstaufopferung und Selbstüberforderung, die dann entweder zu depressiven Erschöpfungszuständen oder jedoch zu Wut, damit verbunden Ungeduld, Reizbarkeit und Aggressivität führen können. Dabei spielen Schuldgefühle gegenüber Verwandten und Nachbarn, aber auch Selbstvorwürfe eine in der Psychotherapie zu bearbeitende Rolle. In der therapeutischen Arbeit mit Angehörigen gilt es, diese auf einen langen Weg mit den Erkrankten, damit verbunden das Haushalten mit den eigenen Kräften, die Erhaltung von Freiräumen zur Regeneration und die Inanspruchnahme von Hilfen ohne schlechtes Gewissen vorzubereiten. Hinweise auf die Bedürfnisse von Angehörigen und Betreuungspersonen gibt der „Leitfaden für Huntington-Familien"[8].

Für alle genannten Gruppen sollten Psychotherapeuten dringend auch den Kontakt zu Selbsthilfegruppen empfehlen.[9] Darüber hinaus bietet die DHH Gruppen und Foren für junge Leute, pflegende Angehörige, Risikopersonen und Betroffene an.

Fallvignette 3

Die 58-jährige Ehefrau eines HK-Patienten im Stadium 4 stellt sich auf Anraten von Freunden zur psychotherapeutischen Beratung/Behandlung vor: Seit über fünf Jahren hat sie ihr Leben komplett auf die Pflege des Ehemannes eingestellt. Da der Ehemann auf ihre Abwesenheit mit verbaler, z. T. auch körperlicher Aggression reagiert, ihr außerdem im Rahmen eines Eifersuchtswahns Untreue unterstellt, hat sie – bis auf zweimal Einkaufen pro Woche – alle Freizeitaktivitäten und sozialen Kontakte eingestellt. Da sie Kritik von Familienangehörigen befürchtet und sich diesbezüglich auch Selbstvorwürfe des „Versagens" macht, hat sie bislang das Hinzuziehen eines ambulanten Pflegedienstes bzw. eine Verlegung in eine Pflegeeinrichtung strikt ausgeschlossen. Gleichzeitig leidet sie jedoch unter Erschöpfung, Schlafstörungen und (wiederum begleitet von Schuldgefühlen, als Ehefrau zu versagen) aggressiven Gedanken und Impulsen gegenüber dem erkrankten Ehemann.

7 https://www.dhh-ev.de/huntington-betroffene-verstehen-ein-leitfaden-f%C3%BCr-fachkr%C3%A4fte (29.01.2021).
8 https://www.dhh-ev.de/leitfaden-f%C3%BCr-huntington-familien (29.01.2021).
9 Übersicht bei https://www.dhh-ev.de/Selbsthilfegruppen (29.01.2021).

In der Psychotherapie wurden unter der Diagnose F43.23 (Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle) zunächst die Schuld- und Versagensgefühle dahingehend bearbeitet, dass dafür angesichts des über fünf Jahre währenden Dauereinsatzes für den Ehemann keine Veranlassung bestünde und vorwurfsvolle Verwandte und Freunde gerne eingeladen werden könnten, sich an der häuslichen Pflege und Versorgung zu beteiligen. Die berichteten aggressiven Gedanken und Gefühle wurden angesichts der permanenten Überforderung als verständlich und als Grundlage dafür besprochen, Hilfe von außen (ambulanter Pflegedienst; Tagesstätte) zu organisieren und anzunehmen. In diesem Zusammenhang wurde die Ehefrau ermuntert und ermutigt, die gewonnenen Freiräume zur eigenen Regeneration zu nutzen und zu erhalten, da angesichts der Progredienz der HK noch eine lange Wegstrecke vor ihr liege. Bezüglich der Verlegung in eine Pflegeeinrichtung wurde empfohlen, zeitnah Kontakt zu geeigneten Einrichtungen aufzunehmen, sich dort auf die Warteliste setzen zu lassen und gemeinsam Kriterien dafür zu erarbeiten, wann (angesichts objektiver Überforderung durch die häusliche Pflege) ohne Schuld- und Versagensgefühle von der Möglichkeit einer Heimunterbringung Gebrauch gemacht werden sollte.

Was können Psychotherapeuten tun?

Wie einleitend dargestellt, ist es für Betroffene, Risikopersonen, Angehörige und Betreuungspersonen derzeit noch schwierig, für ihre unterschiedlichen „Bedarfe" nach psychotherapeutischer Beratung bzw. Behandlung Ansprechpartner zu finden, die auf der Grundlage von Basiskenntnissen zur Huntington-Krankheit bereit sind, sich den vielfältigen Problemstellungen im Rahmen und im Umfeld dieser Erkrankung zu stellen. Entsprechend ist die DHH gerne bereit, Psychotherapeuten, die sich dieser Aufgabe stellen wollen, in ein bereits für Ärzte bestehendes Verzeichnis aufzunehmen, das bei entsprechenden Anfragen zur Verfügung gestellt werden kann. Über das oben genannte Verzeichnis lokaler und regionaler Selbsthilfegruppen können entsprechende Ansprechpartner gefunden und mit dem Ziel kontaktiert werden, sich bei einem der regelmäßig stattfindenden Treffen vorzustellen und so die konkreten Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen kennenzulernen und eigene Angebote zu präsentieren.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich im EHDN der Arbeitsgruppe Psychological Interventions and Approaches anzuschließen, bzw. sich über deren Aktivitäten zu informieren[10]

Über die Geschäftsstelle der DHH in Duisburg[11] können Sie Antworten auf mit der Huntington-Krankheit zusammenhängende Fragen erhalten oder auch Kontakte zu dem mit der Erkrankung befassten Fachpersonal in ihrer Stadt/Region vermittelt bekommen.

Für die unmittelbar oder mittelbar von der HK Betroffenen und ihre professionellen Helfer und Betreuer wäre es eine Freude und Bereicherung, wenn sich möglichst viele Leser dieses Artikels ermutigt fühlen würden, ihnen mit ihrem professionellen Wissen zur Seite zu stehen.

Literatur

Bañez-Coronel, M., Ayhan, F., Tarabochia, A. D., Zu. T.Perez, B. A., Tusi, S. K. et al. (2015). RAN translation in Huntington Disease. Neuron, 88 (4), 667–677.

Genetic Modifiers of Huntington's Disease (GeMHD) Consortium. (2015). Identification of genetic factors that modify clinical onset of Huntington's Disease. Cell, 162 (3), 516–526.

Huntington's Disease Collaborative Research Group. (1993). A novel gene containing a trinucleotide repeat that is expanded and unstable on Huntington's disease chromosomes. Cell, 72, 971–983.

International Huntington Association and the World Federation of Neurology Research Group on Huntington's Chorea. (1994). Guidelines for the molecular genetics predictive test in Huntington's disease. J Med Genet, 31 (7), 555–9.

Martinez-Horta, S., Perez-Perez, J., van Dujin, E., Fernandez-Bobadilla, R., Carceller, M., Pagonabarraga, J. et al. (2016). Neuropsychiatric symptoms are very common in premanifest and early stage Huntington's Disease. Parkinsonism Relat. Disord., 25, 58–64.

Mühlbäck, A., Lindenberg, K. S., Saft, C., Priller, J. & Landwehrmeyer, G. B. (2020). Genselektive Therapieansätze bei der Huntington-Krankheit. Nervenarzt, 91, 303–311.

Nguyen, H. H. P. & Weydt, P. (2018). Huntington-Erkrankung. medgen, 30, 246–251.

Saft, C. et al. (2017). S2k-Leitlinie Chorea/Morbus Huntington. In Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Verfügbar unter: 030028_LL_Chorea_Huntington_2017.pdf (29.01.2021).

Shoulson, I. & Fahn, S. (1979). Huntington disease: Clinical care and evaluation. Neurology, 29, 1–3.

Zarotti, N., Dale, M., Eccles, F. & Simpson, J. (2020). Psychological Interventions for People with Huntington's Disease: A Call to Arms. Journal of Huntington's Disease, 9, 231–243.

Prof. Dr. Matthias Dose

c/o kbo-Isar-Amper-Klinikum gGmbH
Vockestr. 72
85540 Haar
matthias.dose@kbo.de

Prof. Dr. med. Matthias Dose ist als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Fachberater des Kommunalunternehmens „Kliniken des Bezirk Oberbayern/kbo" für Autismus-Spektrum-Störungen und die Huntington-Krankheit. Er ist langjähriges Mitglied des European Huntington's Disease Network (EHDN) und Sprecher des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Huntington-Hilfe (DHH) e. V.

10 http://www.ehdn.org/psychological-interventions-and-approaches-wg/ (29.01.2021).
11 https://www.dhh-ev.de/ (29.01.2021).

Interview

Ursachen und Risiken einer ausbleibenden oder späten Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung bei Frauen

Kerstin B. im Gespräch mit Kristina Marquass und Martin Ahlert

Redaktionelle Vorbemerkung:

Wie kommt es, dass eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS), insbesondere vom Typ Asperger-Syndrom, bei Mädchen und Frauen oft unerkannt bleibt? Was hat es für Konsequenzen, wenn die Diagnose erst in einem späten Lebensabschnitt erfolgt? Mit solchen Folgen war die promovierte Biologin Kerstin B. (Name von der Redaktion geändert) als Betroffene – sie erhielt ihre Diagnose erst im Alter von vierzig Jahren – lange Zeit selbst konfrontiert. In einem Gespräch mit Kristina Marquass, Psychologische Psychotherapeutin, und Martin Ahlert, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, versucht sie, den vielseitigen Ursachen auf den Grund zu gehen und nach konkreten Lösungsmöglichkeiten für eine Verbesserung der Situation zu suchen.

Ursachen der hohen Anzahl nicht oder spät diagnostizierter Fälle von Asperger-Autismus bei Frauen

Kerstin B.: Frau Marquass, viele hochfunktionale Frauen im Autismus-Spektrum bekommen erst spät die Diagnose gestellt, andere fallen ganz durch das diagnostische Raster. Warum?

Kristina Marquass: Das kann unterschiedliche Gründe haben. Während Jungen und Männer bei Überforderung oder Missverständnissen externalisierendes Verhalten, wie z. B. Schreien oder Schubsen, zeigen, tendieren Mädchen und Frauen in solchen Situationen zu einem rückzügigen, stillen oder passiven Verhalten. Somit fallen sie oft nicht störend auf, auch wenn sie als seltsam, burschikos, zickig, übersensibel oder kompliziert wahrgenommen werden.

Weiter zeigen sich autistische Besonderheiten bei Frauen häufig nicht so, wie sie in der Gesellschaft oder im klinischen Bereich erwartet werden. Die Diagnosekriterien für Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)[1] werden immer noch an einem männlichen „Prototyp" orientiert. Abgesehen davon, dass dieser Prototyp selten anzutreffen ist und ASS sich sehr unterschiedlich zeigen, können einige Symptome bei Frauen auf den ersten Blick dem neurotypischen Verhalten ihrer Peers ähneln. Erst bei genauerer Nachfrage fällt auf, dass ein Mädchen z. B. wenig Interesse am Reiten hat, jedoch alle Knochen des Pferdeskeletts und Pferderassen fachlich korrekt benennen kann, sich mehrere Stunden am Tag mit Lesen und Malen zum Thema Pferd beschäftigt und am liebsten den ganzen Tag über Pferde reden möchte. Auch bei sozialen Kontakten ist ein genaueres Hinsehen erforderlich, um eine echte Freundschaft beispielsweise von einer Interessengemeinschaft, einem ausnutzenden Verhältnis oder einem „Nebeneinanderher"-Spielen ohne echte Wechselseitigkeit zu unterscheiden.

Darüber hinaus scheinen autistische Mädchen soziale Kompetenzen eher erlernen und anwenden zu können. Dies kostet die betroffenen Mädchen und Frauen enorm viel Kraft, führt jedoch dazu, dass sie in der Gesellschaft weniger auffallen. Ein Grund hierfür könnte der höhere gesellschaftliche Erwartungsdruck sein, der Frauen im Autismus-Spektrum stärker fordert und somit auch fördert als Männer. Oft beobachte ich in meiner Praxis auch, dass betroffene Frauen ein Spezialinteresse an „sozialer Interaktion" sowie „Interaktionsanalyse" entwickeln und dadurch bessere Kompetenzen vorweisen können. Viele haben auch einzelne, langjährige Freunde, die sie z. B. durch Lebensphasen wie die Schulzeit begleitet und für sie gedolmetscht oder sie abgeschirmt haben, wodurch sie weniger aufgefallen sind. All das führt zu einem besseren Camouflageverhalten, hinter dem Frauen ihre Symptome verbergen können.

Neben vielen weiteren Gründen möchte ich noch erwähnen, dass die ASS in der Ausbildung der meisten Psychotherapeuten[2] und Psychiater keinen großen Anteil einnimmt. In meinem Psychologiestudium habe ich z. B. in einer einzigen

1 Die Gesprächsteilnehmer verwenden in diesem Interview den Begriff „Störung" im Zusammenhang mit dem Asperger-Syndrom, da dieser im klinischen Bereich verbreitet ist. Sie sind sich jedoch bewusst, dass er die neurotypische Perspektive widerspiegelt und nicht unbedingt dem Selbstverständnis von Betroffenen entspricht.

2 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.

Vorlesung zur Klinischen Psychologie etwas über Kinder mit ASS gelernt. Während der Psychotherapieausbildung wurde ein fünfstündiges Seminar zur Behandlung des Asperger-Syndroms angeboten.

Kerstin B.: Was kann später doch zu einer Diagnosestellung führen?

Kristina Marquass: Die meisten erwachsenen Patientinnen, die sich in meiner Praxis zur Diagnostik vorstellen, suchen nach einer Erklärung für ihr Anderssein und die Folgebeschwerden, die sich daraus ergeben: vor allem Erschöpfung und Depressionen. Auch anhaltende Konflikte in der Partnerschaft, am Arbeitsplatz oder mit Kindern und das Ausbleiben üblicher Entwicklungsschritte wie Auszug, Jobeinstieg oder Familiengründung können Anlass zur Vorstellung geben. Häufig sind es auch Mütter autistischer Kinder, die auf Gemeinsamkeiten hingewiesen wurden. Diese Patientinnen haben oft schon unterschiedlichste Diagnosen erhalten, die ihre Symptome jedoch nie ausreichend erklären konnten. Oft beschäftigen sie sich intensiv mit dem Thema Autismus und berichten von erlerntem Kompensationsverhalten wie vorgetäuschtem Blickkontakt oder dem Training sozialer Kompetenzen mit Hilfe von Büchern, Serien oder Theaterkursen. Als Diagnostiker muss man in solchen Fällen scheinbar unauffällige Antworten hinterfragen, um auf eine ASS zu stoßen, die hinter den Folgestörungen und Camouflagestrategien steckt.

Kerstin B.: Welche Aspekte autistischen Verhaltens werden bei unerkannter ASS leicht fehlinterpretiert und können sogar zu Fehldiagnosen beitragen, Herr Ahlert?

Martin Ahlert: Da gibt es leider gleich mehrere Ansatzpunkte für Fehlinterpretationen. Fehldiagnosen können mitunter eine Zwangsstörung, verschiedene Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Typ, schizotyp oder narzisstisch) oder ein ADHS sein [1].[3]

Zum klinischen Eindruck einer Zwangsstörung können sich wiederholende Verhaltensweisen führen, die Menschen im Autismus-Spektrum oft zeigen. Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung kann aus verschiedenen Gründen irrtümlich angenommen werden: Selbstverletzendes Verhalten wie Hautritzen, Haareausreißen oder Hautkneifen, das Menschen im Autismus-Spektrum häufig als Ausdruck ihrer immensen inneren Anspannung zeigen, kann zur Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung fehlleiten. Die Defizite im sozialen Einfühlungsvermögen können Betroffene egoistisch erscheinen lassen, was fälschlicherweise den Eindruck einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung vermitteln kann. Spezialinteressen, die scheinbare Freudlosigkeit, die geringe Anzahl an Sozialkontakten, das sozial manchmal unangepasste Verhalten sind auch Charakteristika einer schizotypen Störung. Zur Fehldiagnose eines ADHS kann eine Störung der Aufmerksamkeit in Menschengruppen, bedingt durch eine soziale Reizüberflutung, führen. Durch ein Zuviel an sozialem Input kommt es in diesen Fällen häufig zur kognitiven Erschöpfung mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, Reizbarkeit, Anspannung und innerer Unruhe. Kompliziert wird es, wenn gleichzeitig ein Asperger-Syndrom und eine der oben genannten Erkrankungen vorliegen.

Kerstin B.: Herr Ahlert, welche Instrumente der psychotherapeutischen und psychiatrischen Qualitätssicherung sollten hier greifen und warum versagen sie offenbar in vielen Fällen?

Martin Ahlert: Innerhalb einer Klinik gibt es eine Qualitätssicherung der Diagnostik durch Vorgesetzte, Supervisoren und Kollegen. Der Vorgesetzte überprüft die diagnostischen Einschätzungen von Stationsärzten und psychologischen Psychotherapeuten. Einige der schwierigen Fälle werden zudem in sogenannten Fallkonferenzen dem Kollegium vorgestellt. Kliniken müssen sich zudem wiederkehrend extern zertifizieren lassen [2]. Große Rollen spielen dabei Personalstärke und -qualifikation, ein internes Fehlermeldesystem, organisatorische Abläufe und medizinisches Inventar. Mit Patientenbefragungen erfasst man teilweise die Qualität der Behandlung. Eher oberflächlich wird bei einer Zertifizierung die Qualität der Diagnostik ausgewertet [3]. Die Qualitätssicherung der Diagnostik greift also nur dann, wenn Vorgesetzte, Supervisoren und Kollegen Kenntnisse um das Asperger-Syndrom haben.

Als niedergelassener Psychiater tausche ich mich manchmal mit dem behandelnden Psycho- oder Ergotherapeuten aus. Schwierige Fälle bespreche ich zum Teil mit anderen ärztlichen Kollegen. Wenn vorhanden, lese ich Entlassungsberichte oder Berichte anderer niedergelassener Psychiater. Wenn ich ansonsten aber nicht auf die Verdachtsdiagnose ASS komme, hört hier schon die Qualitätssicherung auf.

Interessant ist momentan die Entwicklung im Bereich der ambulanten Psychotherapie, wo aktuell überprüft wird, wie eine Qualitätssicherung ablaufen kann [4].

Die Qualität der Diagnostik wird eingeschränkt durch Wissenslücken, Zeitdruck, unkritisches Übernehmen von Vordiagnosen, fehlendes Weitersuchen und eine unzureichende Überprüfung einmal gestellter Diagnosen bei ausbleibendem Therapieerfolg. Während meines Studiums und meiner Assistenzarztzeit erfuhr ich nur stichpunktartig etwas über ASS. Einige Psychotherapeuten verrieten mir, mit ASS wenig anfangen zu können. Der Zeitdruck führt besonders im ambulanten Rahmen zum Auslassen der kindlichen und schulischen Entwicklung des Patienten, die aber meiner Meinung nach ein sehr guter Hinweisgeber für ein etwaiges Asperger-Syndrom sein kann. Durch Übernehmen von Vordiagnosen wird der Diagnoseprozess manchmal übersprungen und sofort eine Behandlung begonnen. Solche Patienten hadern zu Recht

3 Die Literaturreferenzen zu den hier in eckigen Klammern stehenden Zahlen sind aufgeschlüsselt auf unserer Homepage www.psychotherapeutenjournal.de. Dort finden Sie zudem weitere hilfreiche Hinweise und Links zum Thema.

mit ihren Diagnosen, was dann kein Compliance-Problem ist. Besteht eine Diagnose, z. B. eine mittelgradige depressive Episode, wird manchmal nicht weiter überprüft, welche Störungen dem zugrunde liegen. Nach der ASS-Diagnosestellung zeigt sich häufig, dass der ursprünglich vermutete Kern des Problems, z. B. eine depressive Episode, tatsächlich ein Folgeproblem ist.

Risiken eines unerkannten Asperger-Syndroms bei Frauen

Kerstin B.: Frau Marquass, welche Risiken sind mit einer unerkannten Autismus-Spektrum-Störung verbunden?

Kristina Marquass: Menschen im Autismus-Spektrum haben ein erhöhtes Risiko psychischer Störungen (z. B. Depressionen, Phobien, Essstörungen oder Traumafolgestörungen) [5,6] und es gibt Hinweise, dass die Kenntnis der Grundstörung das Coping verbessern und dem Auftreten von Folgeproblemen entgegenwirken kann [7]. Bleibt eine ASS jedoch bis ins Erwachsenenalter unerkannt, können sich in der Folge anhaltende Erschöpfung, Verzweiflung, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, zunehmende Ängste, vermeintliche Panikattacken (oft meltdowns/overloads), An- und Verspannungszustände, soziale Konflikte und Rückzugsverhalten entwickeln. Diese führen meist zu Folgeproblemen, wie vermehrten Krankmeldungen, Konflikten am Arbeitsplatz und in der Familie, Kündigungen, dem Verfehlen altersgerechter Ziele und folglich Existenzängsten.

Solange sie nichts von der eigenen ASS wissen, überwiegen bei Müttern im Autismus-Spektrum häufig Belastung und Frustration, da sie in der Erziehung ihrer Kinder schneller an ihre Grenzen stoßen. Dies gilt insbesondere, wenn die Kinder ebenfalls von ASS betroffen sind. So gelingt es ihnen meist weniger gut, für sich und die Bedürfnisse ihrer Kinder zu werben und zu sorgen. Hinzu kommt, dass sie in der Gruppe oft selbst schnell ins Abseits geraten oder anecken. In der Folge werden viele von ihnen depressiv oder sozial ängstlich.

Vor allem in Verbindung mit weiteren komorbiden Störungen, wie einer Intelligenzminderung (bei Asperger nicht möglich) oder einer Epilepsie, ist das Risiko erhöht, früher als der neurotypische Durchschnitt zu sterben. Insgesamt liegt die Mortalität bei ASS etwa doppelt so hoch wie in der normalen Bevölkerung [8]. Mouridsen et al. (2008) benennen als Todesursachen für ASS-Betroffene Selbstverletzung, Epilepsie, Unfälle, Ersticken durch Verschlucken gefährlicher Gegenstände, Infektionen und Suizid [9]. Bei Asperger-Betroffenen scheint der frühzeitige Tod laut Hirvikoski et al. (2016) vor allem durch Suizide begründet zu sein [10]. Auch die zum Teil vorliegende körperliche Unterempfindlichkeit in Kombination mit der Angst vor Arztbesuchen kann meiner Ansicht nach eine Erklärung für die laut Bölte (2016) im Mittel etwa 16 Jahre geringere Lebenserwartung sein [11].

Verschiedene Symptome einer unerkannten ASS können, wie von Herrn Ahlert beschrieben, einem anderen Störungsbild zugeordnet werden. Führt dies zu einer Fehldiagnose, kann es sein, dass die Behandlung keine Erleichterung verschafft, sondern die bestehenden Probleme verschärft. So werden z. B. Phobien in der Verhaltenstherapie in der Regel mit Exposition behandelt. Reizüberflutungszuständen, die wie Panikattacken wirken können, und autismusbegründeten Ängsten sollte jedoch mit Reizreduktion, Erarbeitung von Handlungsalternativen oder sogar Vermeidung begegnet werden. Zur Verdeutlichung: Einen Patienten mit bekannter Erdnussallergie würde man auch nicht zum Konsum von Erdnüssen ermuntern und eine Habituation nach ausreichendem Verzehr erwarten. Dies wäre ein Behandlungsfehler. Durch Fehlbehandlung kann das Risiko eines Therapieabbruchs und der Vermeidung weiterer Therapieanläufe zunehmen. Ebenso können bestehende Symptome zunehmen, die Abnahme belastender Symptome verhindert werden und zusätzliche Belastungssymptome entstehen. Auch das Ausbleiben einer Besserung trotz vermeintlich richtiger und oft monatelanger Behandlung kann zu Angst, Verzweiflung, Schuldgefühlen und Traumatisierung führen. Traumatisierend kann dabei die scheinbare Unheilbarkeit der Störung und die Hilflosigkeit von Ärzten und Therapeuten wirken. Gleiches kann übrigens auch für eine fälschlich diagnostizierte ASS bei neurotypischen Patienten gelten.

> „Menschen im Autismus-Spektrum haben ein erhöhtes Risiko psychischer Störungen (z. B. Depressionen, Phobien, Essstörungen oder Traumafolgestörungen) und es gibt Hinweise, dass die Kenntnis der Grundstörung das Coping verbessern und dem Auftreten von Folgeproblemen entgegenwirken kann ." (Kristina Marquass)

Kerstin B.: Ich würde aufgrund meiner eigenen Erfahrung zudem davon ausgehen, dass eine Verzögerung der Diagnosestellung sowohl die Persönlichkeitsentwicklung, als auch die Berufsausbildung von Betroffenen beeinträchtigen kann. Hierfür sehe ich unter anderem soziale, schulische bzw. berufliche und identitätsbezogene Gründe: Soziale Gründe können u. a. sein, dass Betroffene die Erwartungen ihrer Eltern nicht erfüllen können und immer das Gefühl haben, anders zu sein und nicht dazuzugehören. Gründe im Bereich der schulischen und beruflichen Leistung können sein, dass Informationen im Schulunterricht, Studium und Berufsleben in der Regel neurotypisch aufbereitet werden und aufgrund der mangelnden Struktur, der Unvollständigkeit, der logischen

Brüche und der Sprache für Autisten nicht durchgängig nachvollziehbar sind. Diese abweichende Art der Informationsverarbeitung kann auch in anderen Lebensbereichen zu einem Gefühl des Unverständnisses und der Orientierungslosigkeit führen. Gründe im Bereich der Identitätsentwicklung können eine abweichende Geschlechtsidentität und eine geringere Identifizierung mit gesellschaftlichen Rollen sein. Die Kombination dieser Faktoren kann nach meiner Erfahrung eine altersgemäße Persönlichkeitsentwicklung und eine erfolgreiche Berufsausbildung erschweren. Daher denke ich, dass eine frühzeitige Diagnosestellung die Entwicklungs- und Bildungschancen von Asperger-Autisten verbessern kann.

Kerstin B.: In welchen Fällen würden Sie als Diagnostikerin Ihren psychotherapeutischen und ärztlichen Kollegen empfehlen, eine Patientin zur Autismusdiagnostik zu schicken?

Kristina Marquass: Meinen psychotherapeutischen und ärztlichen Kollegen würde ich empfehlen, an eine Autismusdiagnostik zu denken, wenn Patientinnen beschreiben, dass sie sich immer schon anders gefühlt und nie eine Erklärung hierfür gefunden haben. Diese Patientinnen sind nach meiner Beobachtung oft sehr pragmatisch, bequem oder sportlich gekleidet. Sie legen wenig Wert auf Mode und Make-up, viel Wert auf umfassende Information und Vorbereitung der ersten Therapiekontakte und reichen Ergänzungen zu Fragen aus den Sitzungen nach. Sie zeigen alle mehr oder weniger deutlich Beeinträchtigungen in der autistischen Triade (nach Wing und Gould: soziale Interaktion, soziale Kommunikation, soziale Phantasie) und deutliche repetitive Routinen. Nach aktueller S3-Leitlinie ist insbesondere dann ein ASS-Screening in Erwägung zu ziehen, wenn diese klassischen Symptome im Zusammenspiel mit beruflichen Schwierigkeiten, Beziehungsproblemen oder vorangegangener Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Versorgung auftreten [12].

Ich habe in meiner Praxis zudem die Erfahrung gemacht, dass auch ein auffallend heterogenes Entwicklungs- und Fertigkeitsprofil ein relativ zuverlässiger Hinweis auf eine ASS sein kann. Diese Frauen zeigen sich oft sehr starr, hölzern und wirken pedantisch. Viele sind hochintelligent, wirken aber gleichzeitig etwas kindlich-naiv und leiden nicht selten unter anhaltender Erschöpfung.

Kristina Marquass: Was kann nach Ihrer Erfahrung eine ASS-Diagnose bringen?

Kerstin B.: Von einer frühen Diagnosestellung im Kindes- oder Jugendalter würde ich, wie erläutert, bessere Entwicklungs- und Bildungschancen erwarten. Aber auch eine spät gestellte Diagnose oder Selbstdiagnose kann helfen, die eigenen Besonderheiten besser zu verstehen und mit ihnen umzugehen. Die Erkenntnis, dass man bestimmte Dinge selbst bei größter Anstrengung nie richtig können wird, trägt zur Akzeptanz und Entspannung bei und reduziert Gefühle der Unzulänglichkeit und Schuld. Beispielsweise verstehe ich bestimmte mediale Formate wie Radio-Features bis heute nicht, ohne dass mir jemand den roten Faden aufzeigt.

Auf der anderen Seite kann die Diagnose auch helfen, die Heterogenität des eigenen Begabungsprofils zu erkennen und seine Stärken besser wahrzunehmen. So kann man viel gezielter die berufliche Nische finden, in der man die eigenen Stärken zum Einsatz bringen kann. Meine Nische ist zum Beispiel die pflanzenwissenschaftliche Forschung.

Eine weitere positive Veränderung kann sein, dass Betroffene nach Bekanntwerden ihrer ASS auf mehr Verständnis und Akzeptanz stoßen, wenn sie ihre Grenzen und Bedürfnisse aufzeigen. Das kann aber auch umgekehrt der Fall sein. Ich mache zum Beispiel die Erfahrung, dass ich neurotypische Menschen besser verstehe, seit ich beobachte, wie sie automatisch und unbewusst selbst aus lückenhaften oder sogar widersprüchlichen Informationen ein sinnvolles Gesamtbild zusammenfügen, das mir oft unplausibel und wenig wahrscheinlich erscheint. Ich sehe in solchen Situationen meist nur einzelne Informationsfragmente, die nicht zusammenpassen und keinerlei Sinn ergeben.

„Auch eine spät gestellte Diagnose oder Selbstdiagnose kann helfen, die eigenen Besonderheiten besser zu verstehen und mit ihnen umzugehen. Die Erkenntnis, dass man bestimmte Dinge selbst bei größter Anstrengung nie richtig können wird, trägt zur Akzeptanz und Entspannung bei und reduziert Gefühle der Unzulänglichkeit und Schuld.“ (Kerstin B.)

Kerstin B.: Aufgrund neurophysiologischer Abweichungen ist davon auszugehen, dass auch die Wirkung von Psychopharmaka bei Menschen im Autismus-Spektrum eine andere sein kann [13]. Was ist darüber bekannt und welche Risiken ergeben sich daraus, Herr Ahlert?

Martin Ahlert: Diese neurophysiologischen Abweichungen bei Menschen im Autismus-Spektrum und ihre Bedeutung für die Wirkung von Psychopharmaka sind nicht leicht zu untersuchen und scheinen komplex zu sein. Ergebnisse aus der Grundlagenforschung deuten jedoch auf vielfältige Abweichungen in verschiedenen Transmittersystemen hin [14].

Für die Psychopharmakawirkung besonders relevant ist die sogenannte Hyperserotoninämie-Hypothese, der zufolge bei

frühkindlichem Autismus überdurchschnittlich hohe Serotoninkonzentrationen im Blut vorliegen [15]. Wenn wir diese Hypothese auf das eng verwandte Asperger-Syndrom anwenden, müssen wir davon ausgehen, dass serotoninstimulierende Medikamente bei diesen Patienten andere Effekte haben. Somit würden viele Antidepressiva bei Menschen mit ASS auf völlig andere Neurotransmittergleichgewichte treffen, was mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem abweichenden Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum führt.

Da dies noch nicht ausreichend erforscht ist, lassen sich die Risiken nicht abschätzen. Ich habe in meiner Tätigkeit gelernt, bei solchen Patienten vorsichtiger und langsamer aufzudosieren und ihnen zu glauben, wenn sie bei niedrigster Dosis schon nach zwei Tagen von starken Nebenwirkungen berichten. Wäre die ASS bekannt, könnte ich dies berücksichtigen und Nebenwirkungen ließen sich reduzieren.

Lösungsansätze

Kerstin B.: Frau Marquass und Herr Ahlert, was wird derzeit getan, um die Awareness von Psychotherapeuten und Psychiater für die Ursachen und Risiken eines unerkannten Asperger-Syndroms bei Frauen zu erhöhen? Was sollte Ihres Erachtens darüber hinaus getan werden?

Kristina Marquass: Leider wird aktuell viel zu wenig getan. Autismusverbände, Autismustherapiezentren und Fachleute bieten Fortbildungen und Schulungen an, die oft aber nicht akkreditiert und so für viele approbierte Kollegen nicht interessant genug sind. Auch in der Ausbildung nimmt das Thema ASS, wie bereits erwähnt, einen sehr geringen Raum ein. Über weiblichen Autismus wird hier kaum oder gar nicht gesprochen. Betroffene erstellen Flyer und informieren online – hier sogar über Frauen und ihre spezifischen Symptome … und da hört es meines Wissens fast schon auf.

Das Thema ASS allgemein und speziell bei Frauen sollte fester Bestandteil jeder ärztlichen bzw. medizinischen, pädagogischen, psychologischen und therapeutischen Ausbildung sein. Auch Polizisten, Juristen und Personen in Schlüsselpositionen bei typischen Übergangssituationen (z. B. Berufsberater, Sachbearbeiter im Kundenkontakt bei Ämtern, Lehrer etc.) sollten diesbezüglich gut geschult werden. Da ca. 1 % aller Menschen von einer Autismus-Spektrum-Störung betroffen sind [12], könnten o. g. Berufsgruppen einen bedeutenden Beitrag dazu leisten, dass Betroffene leichter Zugang zum System der Diagnostik und Behandlung sowie zu passenderen Bildungsangeboten erhalten.

Martin Ahlert: Beiträge in Fachzeitschriften und Patientenmagazinen können aufklären. Zudem empfehle ich, ASS in mehr Leitlinien anderer psychischer Erkrankungen (z. B. PTBS [16]) als Differentialdiagnose zu nennen, um die Aufmerksamkeit zu erhöhen. Dem von Frau Marquass vorgeschlagenen Screening auch durch nicht-medizinisches Personal kann ich nicht zustimmen, da die auf Deutsch verfügbaren Screening-Tests unpräzise sind und somit sehr viele Verdachtsdiagnosen bei Menschen ohne ASS hervorbringen. Dies könnte die bestehenden ASS-Spezialambulanzen überfordern und noch längere Wartezeiten erzeugen [12]. Für Osnabrück und Hannover sind das aus meiner Erfahrung aktuell schon über sechs Monate.

„Dem Vorschlag eines Screenings auch durch nicht-medizinisches Personal kann ich nicht zustimmen, da die auf Deutsch verfügbaren Screening-Tests unpräzise sind und somit sehr viele Verdachtsdiagnosen bei Menschen ohne ASS hervorbringen. Dies könnte die bestehenden ASS-Spezialambulanzen überfordern und noch längere Wartezeiten erzeugen." (Martin Ahlert)

Kerstin B.: Herr Ahlert, werden Fälle von Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen und Folgeschäden in Ihrem Fachgebiet zentral erfasst und ausgewertet? Falls nicht, welchen Nutzen würden Sie für die Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Diagnostik und Therapie erwarten?

Martin Ahlert: Eigentlich wird eine Fehleranalyse mittlerweile als elementarer Bestandteil moderner Medizin gesehen. So eine Art Register, wie Sie es ansprechen, existiert meines Wissens jedoch nicht. Wir können da lediglich auf die Zahlen von Kunstfehlern zurückgreifen, was viele ASS-Fehldiagnosen aber nicht sind.

Des Weiteren bin ich überzeugt, dass die Fehlerkultur unter Ärzten aktiver gefördert werden sollte. Einerseits durch Kampagnen und Beiträge in Fachzeitschriften. Vielleicht sollte man auch mal auf Kongressebene (z. B. der DGPPN) Fehler in Diagnostik und Therapie zum Thema machen. Andererseits sollte es klarere juristische Rahmenbedingungen für ärztliches Handeln geben, um nicht die Fehlerkultur mit der Klagekultur zu verknüpfen.

Kerstin B.: Frau Marquass, wie beurteilen Sie abschließend die Ausgangslage für ASS-Patienten in Deutschland? Durch die Umsetzung welcher konkreten Vorschläge könnte die Situation noch verbessert werden?

Kristina Marquass: Obwohl wir in Deutschland vergleichsweise schon zahlreiche Angebote für Menschen mit ASS

bieten, das Netz für Diagnostik, Behandlung und Förderung zunehmend dichter wird und das Thema verstärkt den Weg in die Hörsäle, Curricula und Fortbildungsveranstaltungen findet, bleibt noch viel Entwicklungsspielraum zur Erhöhung der Awareness und Verbesserung der Lebens- und Behandlungsbedingungen Betroffener. Daher wäre es wünschenswert, wenn z. B. künftig

1. mehr akkreditierte Fortbildungen zum Thema angeboten würden,
2. das Thema ASS allgemein und speziell bei Frauen mehr Raum in der ärztlichen, pädagogischen, psychologischen und therapeutischen Ausbildung einnehmen würde,
3. mehr Schulungen für Personen in Ämtern und typischen Übergangssituationen (Polizisten, Juristen, Berufsberater, Sachbearbeiter im Kundenkontakt bei Ämtern, Lehrer etc.) zur Förderung einer „autismusfreundlichen" Kommunikation, die allen Kunden guttun würde, durchgeführt würden,
4. mehr Beiträge in Fachzeitschriften und Patientenmagazinen zur Aufklärung und Bekanntheit beitragen würden,
5. ASS in mehr Leitlinien anderer psychischer Erkrankungen (z. B. PTBS [16]) als Differentialdiagnose benannt würde,
6. die Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Diagnostik verbessert würde, u. a. durch eine verbesserte differenzialdiagnostische Abgrenzung überlappender Störungsbilder, insbesondere bei rein deskriptiver Diagnosestellung und unterschiedlich hohen diagnostischen Schwellen,
7. in der Diagnostik vermehrt überprüft würde, ob einer diagnostizierten Störung eine andere Erkrankung zugrunde liegt,
8. in der Psychotherapie einmal gestellte Diagnosen bei ausbleibendem Therapieerfolg standardmäßig erneut überprüft würden und
9. mehr Offenheit beim Umgang mit Fehlern in der Medizin kultiviert wird und Patienten beim Umgang mit diesen Fehlern aktiv einbezogen werden.

Kerstin B.: Frau Marquass, Herr Ahlert, ich danke Ihnen für dieses Gespräch.

Dipl.-Psych. Kristina Marquass

Kristina Marquass
Weißhausstr. 21
50939 Köln
therapeutin@gmx.de

Dipl.-Psych. Kristina Marquass ist als approbierte Verhaltenstherapeutin in eigener (Privat-)Praxis in Köln tätig. Ihr Arbeitsschwerpunkt liegt in der Behandlung und Diagnostik von Menschen im autistischen Spektrum sowie in der Fortbildung, Supervision und Beratung von Betroffenen, deren Angehörigen und Einrichtungen im pädagogischen und klinischen Bereich.

Martin Ahlert

Praxis Dr. med. C. Schenk
Lotter Str. 5
49088 Osnabrück
martin.ahlert@freenet.de

Martin Ahlert ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er arbeitet als angestellter Arzt in einer Praxis in Osnabrück. Dort bietet er eine Sprechstunde für alle psychischen Erkrankungen an und führt Verhaltenstherapien durch.

Rezensionen

Handbuch in Zeiten des Paradigmenwechsels

Günther, M., Teren, K. & Wolf, G. (2019). Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. München: Ernst Reinhardt Verlag, 355 S., 39,90 €

Seit einigen Jahren findet ein fundamentaler Paradigmenwechsel im Verständnis und damit auch in der Diagnostik und Psychotherapie von trans* Menschen statt. Dieser Paradigmenwechsel ist deutlich erkennbar an den Veränderungen in den aktuellen Auflagen von DSM und ICD. Psychotherapeuten,[1] Ärzte und Mitarbeitende in der Gesundheitsversorgung sind gefordert, sich ändernde und sich teilweise widersprechende Haltungen und Lehrmeinungen zu berücksichtigen und einen angemessenen Umgang mit trans* Menschen und ihren Bedürfnissen nach einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung zu finden. Vor diesem Hintergrund hat das im Herbst 2019 erschienene „Handbuch für die Gesundheitsversorgung", so der Untertitel des Buches „Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen" von Mari Günther, Dr. Kirsten Teren und Dr. Gisela Wolf, als umfassender Überblick eine besondere Bedeutung.

Die Kapitel strukturieren die wichtigsten Bereiche der Auseinandersetzung und des Umgangs mit der Thematik. Als erstes erfolgt die eingehende Beschäftigung mit der Sprache: Wie kann über Transsexualität gesprochen werden, wenn die deutsche Sprache ein eindeutiges, binäres Benennen verlangt? Die klare Lösung der Autoren für Benennung und Schreibweise wird gut entwickelt und im ganzen Buch konsequent umgesetzt. Im nächsten Kapitel werden die grundlegenden Modelle sowie die aktuellen Diagnosekriterien mit Fallbeispielen dargestellt. Gleichzeitig wird die Bedeutung biografischer Beschreibungen von trans* Menschen für Haltung und Umgang mit ihnen vonseiten des Gesundheitssystems verständlich gemacht. Unter der Überschrift „Trans* im Kontext" folgt die Betrachtung der Entwicklung sowie des aktuellen Stands der Gesundheitsversorgung. Diese wird ergänzt durch eine umfassende Beschreibung der gesellschaftlichen Situation von Diskriminierung und Gewalterfahrungen und deren Folgen für trans* Menschen. Im folgenden Kapitel werden die zentralen Themen der Biografie und individuellen Entwicklung von trans* Menschen ausführlich dargestellt. Neben der Beschäftigung mit möglichen Belastungen werden trans*spezifische Ressourcen und Resilienzen aufgezeigt und die vorliegenden Erfahrungen von Re-Transition beschrieben. Die beiden darauffolgenden Kapitel befassen sich mit der Haltung gegenüber und dem Kontakt mit trans* Menschen sowie den grundlegenden Fragen innerhalb von Psychotherapie und Beratung. Neben der Stärkung einer grundlegenden wertschätzenden Haltung wird eben diese Haltung in Bezug auf viele konkrete Fragen sowie die notwendigen Berichte und Stellungnahmen differenziert vermittelt. Ein wichtiger Aspekt ist dabei der Umgang mit der eigenen Verwirrung bei der Infragestellung von Geschlecht als einer der grundlegendsten Kategorien unserer Gesellschaft. Unter der Überschrift „Trans* im Recht" geben die Autoren umfassende Informationen nicht nur zu medizinisch notwendigen Gutachten, sondern auch zu Gutachten, Attesten und Stellungnahmen im Bereich von Namens- und Personenstandsgesetz sowie im Asyl- und Aufenthaltsrecht.

Die Autoren haben es sich zum Ziel gesetzt, mittels Information und Anregung zur Selbstreflexion die Versorgung von trans* Menschen im Gesundheitsbereich zu verbessern. Dieses Ziel verfolgen sie fachkompetent und diskriminierungsfrei. Sehr sachlich und immer fachlich begründet geben sie einen umfassenden Überblick über vergangene und aktuelle Entwicklungen sowie die verfügbaren Studien und Leitlinien. Dabei vermitteln sie eine klare Haltung, die immer wertschätzend und auf Augenhöhe mit Patienten und Ratsuchenden umgeht. Ergänzt werden die fachlichen Ausführungen durch nachvollziehbare und passende biografische Beispiele sowie konkrete Anregungen zur Selbstreflexion. Für meine eigene beraterische Tätigkeit konnte ich bereits einige Anregungen erfolgreich umsetzen und die konkreten Hinweise zu Attesten und Stellungnahmen nutzen. Allein die Fülle an Informationen kann manchmal erschlagend wirken, aber insgesamt ist das Buch sehr hilfreich und im besten Sinne bestärkend für Psychotherapeuten und Mitarbeitende in allen Bereichen des Gesundheitssystems, die sich der Herausforderung stellen wollen, trans* Menschen in dieser Zeit des Paradigmenwechsels angemessen zu begleiten. Denn – wie im Buch deutlich wird – *alle* Bereiche der Gesundheitsversorgung müssen sich mit der Frage beschäftigen, wie sie fachlich angemessen und möglichst diskriminierungsfrei für alle Patienten da sein können. Die Lektüre des Handbuchs ist eine hervorragende Grundlage dazu.

Margret Göth,
Mannheim

1 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.

Alles andere als einschläfernd – hilfreiches Manual zum Thema Schlafstörungen

Binder, R., Schöller, F. & Weeß, H.-G. (2020). Therapie-Tools Schlafstörungen. Weinheim: Beltz, 292 S., mit E-Book und Arbeitsmaterial, 49,95 €

Schlafstörungen gelten aufgrund ihrer Häufigkeit als Volkskrankheit, die nicht selten bagatellisiert wird und in der psychotherapeutischen Behandlung noch oft ein Schattendasein fristet. Dabei ist der gesundheitliche sowie ökonomische Schaden immens: Menschen mit Insomnie weisen mehr als doppelt so viele Krankheitstage auf wie Schlafgesunde. Werden Schlafstörungen nicht oder unzureichend behandelt, ist die Gefahr einer Chronifizierung hoch.

Die Aufnahme von Schlafstörungen in die praxisorientierte und leicht handhabbare Fachliteraturreihe „Therapie-Tools" des Beltz Verlages stellt eine Chance dar, die Diagnostik und Behandlung von Schlafstörungen stärker ins Therapeutenbewusstsein zu rücken.

Unterteilt ist das Buch in sieben übersichtliche Kapitel, die zahlreiche Arbeits- und Informationsblätter sowohl für Psychotherapeuten als auch für Patienten enthalten. Allen Kapiteln gemeinsam ist, dass sie bemerkenswert differenziert und detailliert auf einzelne Teilaspekte der Insomnie eingehen. Während Kapitel 1 als Einführung in die Handhabung des Manuals dient, werden in Kapitel 2 die einzelnen Störungsbilder und die damit verbundene Diagnostik anhand bestimmter Erhebungsverfahren vorgestellt. In den Kapiteln 3 und 4 steht die Psychoedukation zu Schlaf, Schlafverhalten und Insomnien im Fokus, was mit Grafiken, Tabellen und Veranschaulichungen wie etwa einer „Bären-Metapher" ausgeschmückt wird. Den größten Raum nimmt Kapitel 5 ein: Hier werden sämtliche Behandlungsmethoden der Verhaltenstherapie zu Insomnien übersichtlich vorgestellt, angefangen bei (meta-)kognitiven Ansätzen über emotionsfokussierte Interventionen bis hin zu einer breiten Palette von Entspannungsverfahren. Das darauffolgende Kapitel 6 stellt komorbide Insomnien wie das Restless-Legs-Syndrom, das Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom sowie Albträume, aber auch Schlafstörungen in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen vor. In diesem Kapitel widmet sich ein Abschnitt auch dem Thema Schichtarbeit. Abschließend präsentiert das Manual ein kurzes Kapitel zur Pharmakotherapie bei Insomnien.

Das Herzstück des Manuals ist im psychoedukativen Bereich sowie in den vorgestellten Behandlungsmethoden zu sehen. Die beiden letzten Kapitel zu Komorbiditäten und medikamentöser Behandlung sind sehr kurzgehalten und für detaillierter Interessierte nur bedingt informativ. So werden beispielsweise keine konkreten Medikamente mit ihren Nebenwirkungen und ihrer genauen Wirkung auf die Schlafarchitektur dargestellt und aus der Reihe möglicher psychischer Erkrankungen werden lediglich Depressionen und Angststörungen erwähnt. Betrachtet man die Dichte und Detailliertheit an Informationen und Therapiematerial in den übrigen Kapiteln zu Diagnostik, Psychoedukation und Behandlung, kann man über diesen Kritikpunkt hinwegsehen. Im Behandlungsteil werden klassische Interventionen aus dem verhaltenstherapeutischen Bereich ausgiebig dargestellt, wie man sie auch aus der Behandlung anderer Störungsbilder kennt: Umgang mit Grübeln, Teufelskreis der Angst, Anspannungsprotokolle und auch Ansätze der dritten Welle der Verhaltenstherapie, wie etwa Radikale Akzeptanz oder Bausteine der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Ähnliches gilt für die Entspannungsverfahren wie Progressive Muskelrelaxation (PMR), autogenes Training oder Fantasiereisen. Das psychotherapeutische Rad wurde somit zwar nicht neu erfunden, aber mit großer Liebe zum Detail und größtmöglicher Vollständigkeit – manchmal vielleicht etwas zu textlastig – an das Thema Schlaf und Insomnien angepasst. Für Leser ist erkennbar, dass die in der Somnologie sehr renommierten Kollegen Dr. Binder und Dr. Weeß viel Herzblut in die Erstellung dieses Manuals gesteckt haben. Es liegt in der Natur eines Therapiemanuals, dass es eher technisch und an einer hohen Behandlungsstandardisierung orientiert ist. Was dadurch etwas aus dem Blick gerät, sind die zugrundeliegenden Themen einer Schlafstörung sowie die therapeutische Beziehung. Welche Persönlichkeitstypen stehen in Zusammenhang mit Insomnien, welche Motive bewegen sie und wie kann eine gute therapeutische Allianz mit diesen Patienten gelingen? Dazu erfahren Leser wenig.

Bilanzierend kann ich das Manual zu Schlafstörungen empfehlen. Praktizierende Psychotherapeuten im klinischen wie im ambulanten Setting wissen, dass Schlafstörungen auch zu den Leitsymptomen vieler psychischer Erkrankungen gehören. Da stellen die Therapie-Tools einen hilfreichen Werkzeugkoffer zur Verfügung, aus dem sich Behandelnde nützliche Anregungen und konkrete Arbeitsblätter herausgreifen können.

Daniela Schultheis,
Karlsruhe

Wegweisende Impulse zu einer gelingenden therapeutischen Beziehung

Staemmler, F.-M. (2017). Relationalität in der Gestalttherapie, Kontakt und Verbundenheit. Köln: EHP-Verlag, 307 S., 26,99 € (E-Book: 20,99 €)

Der Würzburger Psychotherapeut Dr. Frank Staemmler legt nach Veröffentlichungen wie „Therapeutische Beziehung und Diagnose" (1993) oder „Das dialogische Selbst" (2015) mit diesem Buch ein weiteres – wie das Milan Sreckovic treffend ausgedrückt hat – „Chef d´OEuvre" vor. Allen seinen Werken ist gemeinsam, dass das Beziehungsgefüge innerhalb des psychotherapeutischen Diskurses im Mittelpunkt steht, ob thematisiert im Kontext diagnostischen Verstehens, dialogischer Perspektiven oder von Relationalität. Letzteres steht im Mittelpunkt des vorliegenden Buches, wobei Staemmler hierunter mit Bezug auf den Soziologen Hartmut Rosa versteht, „dass nicht Subjekte oder Objekte, sondern Relationen und dynamische Bezogenheit das Ausgangsmaterial der Wirklichkeit bilden könnten, (…) Selbst und (wahrnehmbare) Welt (…) sind keine der Beziehung vorgängigen Entitäten, sie formen sich im Relationsgeschehen" (S. 176).

Wie dieses zunächst soziologische Resonanz-Kalkül von Rosa im psychotherapeutischen Kontext konkretisiert, realisiert und entfaltet werden kann, davon handelt dieses Buch. Auch wenn der Autor einer der in Europa theoretisch versiertesten Gestalttherapeuten ist, so ist es nicht primär eine verfahrensbezogene Abhandlung, sondern ein sehr gelungener und spannender Überblick zum Wesen der Relationalität in der Psychotherapie. Hierzu werden zunächst historische Linien der relationalen Wende in den 1980er-Jahren nachgezeichnet sowie nachvollziehbar dargestellt, worin diese eigentlich im therapeutischen Beziehungsangebot besteht. Dieses relational ausgeformte therapeutische Beziehungsangebot steht im Mittelpunkt des Buches und wird hinsichtlich psychologischer, philosophischer, ethischer und spezieller Aspekte ausdifferenziert. Sehr lesenswert und geradezu faszinierend sind die Überlegungen des Autors, die er unter „spezielle Aspekte" tätigt, da er hier u. a. – gewissermaßen en passant – verstehbar macht, wie viele der glücklicherweise inzwischen verstärkt innerhalb der Profession diskutierten möglichen Nebenwirkungen von Psychotherapie thematisiert, aufgefangen und genutzt, gar teils vermieden werden können mittels einer relationalen Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung: „Als ‚Hüterin des Dialogs' (Hycner) gehört es zu ihrer Aufgabe, dass Krisen in der therapeutischen Beziehung nach Möglichkeit geklärt, überwunden und mit dem Klienten auf eine Weise verarbeitet werden, die sowohl die therapeutische Beziehung bestärkt als auch generell die Fähigkeiten des Klienten fördert, Beziehungsprobleme zwischen ihm und wichtigen Bezugspersonen mit Gewinn für alle Beteiligten zu bereinigen" (S. 141).

Gerade letztgenannter Aspekt, nämlich wichtige Bezugspersonen des Patienten, also lebensweltliche Sichtweisen, betont der Autor als eine wesentliche Perspektiverweiterung, die sich aus der Verwirklichung von Relationaliät in Psychotherapie ergibt: „Menschliche Bezogenheit schließt die Zugehörigkeit der Person zu allen möglichen Gemeinschaften ein, u. a. (…) zu landschaftlich geprägten regionalen Volksgruppen, zu städtischen und dörflichen Strukturen, Kirchengemeinden, politischen Parteien, Gewerkschaften, Vereinen, Bürgerinitiativen, Arbeitsgemeinschaften, (…) zu Selbsthilfegruppen (…), ja selbst zu mehr oder minder diskriminierten Minderheiten" (S. 221). Staemmler bezieht sich hierbei u. a. auf den Psychiater und Resilienz-Forscher Gregor Haßler: „Je mehr sich eine psychologische Therapie auf das aktuelle soziale Umfeld bezieht, desto wirksamer ist sie." Diese lebensweltliche Bezogenheit in den Blick zu nehmen, stellt in relational ausgerichteter Psychotherapie sehr viel mehr dar als „lediglich" Aktivierung und Stärkung sozialer Ressourcen – sie trägt dazu bei, „was eine Person ausmacht und welchen Sinn sie in ihrem Leben findet" (S. 222).

Staemmler bezieht sich bei seinen Ausführungen einerseits sehr kenntnisreich auf einschlägige psychologisch-empirische Fachliteratur sowie auf sozial- und geisteswissenschaftliche Topoi; immer wieder werden, übersichtlich gestalterisch in Kastenform abgehoben, theoretische Ergänzungen und Vertiefungen (36 an der Zahl) angeboten. Andererseits profitiert dieses Buch enorm von der über ein halbes Jahrhundert lang gesammelten Praxiserfahrung des Autors als täglich praktizierender Psychotherapeut und Weiterbildner; diese Praxiserfahrung fließt durch ebenfalls gestalterisch abgesetzte, leicht zu lesende Fallvignetten (21 an der Zahl) ein.

Zu empfehlen ist dieses Buch allen Psychotherapeuten, die das Wesen und die gelingende Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung besser verstehen möchten. Darüber hinaus stellt es eine wunderbare Gelegenheit dar, bedeutsame Autoren, die in Gefahr sind, in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten in Vergessenheit zu geraten, wie Emmanuel Levinas, Gabriel Marcel, Mikhail Bakhtin oder Maurice Merleau-Ponty, wenigstens per Sekundärliteratur noch einmal kennenzulernen.

Matthias Ochs,
Fulda

Das Trauma begreifen und behandeln – ein fundierter Überblick über psychodynamische Therapieansätze

Barwinski, R (2020). Steuerungsprozesse in der Psychodynamischen Traumatherapie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 272 S., 32,00 € (E-Book: 25,99 €)

Die bekannteste psychodynamische Fachliteratur zur Traumatherapie wird vor allem mit den Autorennamen Reddemann, Wöller, Sack/Sachsse und Peichl in Verbindung gebracht. Wenn man dieses Buch mit seinem Titel „Psychodynamische Traumatherapie" in die Hand nimmt, stellt sich dem Leser als Erstes die Frage, zu welchem Spektrum der psychodynamischen Traumatherapie das Buch gehört.

Die Autorin Frau Prof. Dr. Rosmarie Barwinski – welche selbst Leiterin eines auf die Traumabehandlung ausgerichteten Instituts und Mitherausgeberin einer entsprechenden Fachzeitschrift ist – gehört zum Spektrum der psychoanalytischen Psychotraumatologie der Schule um Prof. Dr. Gottfried Fischer, welcher bis 2009 an der Universität Köln im Bereich der Psychotraumatologie gelehrt, geforscht und publiziert hat und für viele als „Traumapionier" gilt.

Das 272 Seiten umfassende Buch aus dem Klett-Cotta Verlag ist übersichtlich strukturiert: Es ist in drei große Teile gegliedert. Teil 1 beginnt mit einer grundlegenden Übersicht und erläutert, was ein Trauma ist und wie es verarbeitet werden kann. Teil 2 widmet sich der Traumatherapie und der theoretischen Darlegung ihrer wichtigsten Funktionsprinzipien. Teil 3 fasst übersichtsartig alle wichtigen therapeutischen Methoden und Techniken zur Traumabehandlung aus verschiedenen Psychotherapierichtungen zusammen.

Als letzten Ansatz stellt die Autorin ihren eigenen vor: In Anlehnung an den psychoanalytischen Ansatz von Fischer – die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT) – entwickelt die Autorin ein sechsstufiges Veränderungs- und Prozessmodell, in dem wichtige Gegensätzlichkeiten reflektiert und dialektisch aufgelöst werden.

Die Kapitelüberschriften geben durch ihre Frage-Form (z. B. „Wo sind traumatische Erlebnisse gespeichert?") eine hilfreiche Orientierung; die einzelnen Texteinheiten sind zudem durch die Nennung von Verstehenszielen sowie Zusammenfassungen ansprechend didaktisiert. Die Ausführungen werden ferner mit zahlreichen Fallbeispielen anschaulich unterstützt.

Es gibt in der Fachliteratur zahlreiche gute, manualisierte Anleitungen zur Traumatherapie, mit der Darstellung verschiedenster spezifischer Traumabewältigungstechniken und Stabilisierungsübungen. Woran es bislang fehlte, war ein Übersichtswerk, welches systematisch ausarbeitet, wie ein Trauma aus unterschiedlichen Blickwinkeln verstanden und theoretisch fundiert definiert werden kann. Diese Lücke schließt dieses Buch. In einem wertschätzenden Ton eröffnet die Autorin auch über die im Zentrum stehenden psychodynamischen Ansätze hinaus schulenübergreifende Einblicke in die wichtigsten Therapieformen zur Traumabehandlung.

Kritisch kann angemerkt werden, dass nicht auf alle Autoren aus der Fülle der Fachliteratur, wie z. B. Maercker, Levine und Huber, Bezug genommen wird und die systemische Traumatherapie gänzlich unerwähnt bleibt. Außerdem fehlen für die in der deutschen Kassenversorgung tätigen Praktiker nähere Ausführungen zu Besonderheiten von traumatherapeutischen Interventionen in der Richtlinien-Psychotherapie, welche seit dem 9. Faber/Haarstrick-Kommentar (2012) entsprechende Erleichterungen mit sich brachte. Ferner hätte man sich gewünscht, dass das Buch Hinweise zu den neuen Diagnosemöglichkeiten für die komplexe Traumafolgestörung in der künftigen ICD-11 erwähnt hätte.

Dennoch ist das Buch eine der besten Überblicksdarstellungen zur theoretischen Fundierung des Traumas und zu dessen interdisziplinärer Behandlung. Die Autorin hat unter Einbezug entsprechender Nachbardisziplinen, wie den Neuro- und Kognitionswissenschaften, ein eigenes psychodynamisches Prozessmodell ausgearbeitet und dabei andere Ansätze in Bezug gesetzt. Dabei findet die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung gleichermaßen wichtige Berücksichtigung.

Das Bedeutsame an diesem Ansatz ist, dass die Autorin psychoanalytische Traumakonzepte und Therapiemöglichkeiten präzise theoretisch herleiten und systematisch begründen kann. Das tut sie, indem sie z. B. das Konfliktdenken der Psychoanalyse auf den Begriff der Antinomie (Widerspruch zwischen unterschiedlichen psychischen Strukturen) übertragt und somit psychoanalytisches Ur-Denken und die Traumadynamik überzeugend verbindet. Das ist nicht nur bemerkenswert, weil sich die Verfasserin hiermit von anderen psychoanalytischen Autoren auf diesem Feld abhebt, sondern auch spannend, da das Buch dem Leser so eine neue Sichtweise auf die Vielfalt psychoanalytischen Denkens offeriert.

Letztlich ist das Thema Traumatherapie auch mit Blick auf die Richtlinien-Reform aktueller denn je: Denn es ist mit Blick auf die Abschaffung des Gutachterverfahrens und die neuen Formen der Qualitätssicherung künftig nicht ausgeschlossen, dass Traumatherapeuten im Kassensystem für längere Behandlungen einem erhöhten Rechtfertigungsdruck ausgesetzt sein könnten, sodass die Versorgungssituation traumatisierter Menschen kritisch auf dem Prüfstand steht. Auch mit Blick auf diese Entwicklung liefert das Buch eine hilfreiche theoretische Fundierung aller diagnostischen und behandlungstechnischen Aspekte rund um die Traumatherapie und betont damit die Wichtigkeit dieses Feldes für die Zukunft.

Ingo Jungclaussen,
Köln

Leserbriefe

Wir brauchen ein neues Narrativ zur Selbstbehauptung der Psychotherapie!

Zum Interview von Thorsten Padberg mit der Wissenschaftshistorikerin Anne Harrington, Psychotherapeutenjournal 4/2020, S. 373–375.

Man möchte mit der Zunge schnalzen beim Lesen des Interviews mit Frau Harrington, das so manches in der aktuellen „Krise der Psychiatrie" klarstellt und klarmacht. Aber zunächst einmal muss man Thorsten Padberg Dank sagen, der (mal wieder!) das PTJ mit einem hochkarätigen Beitrag bereichert hat!

Die Ausführungen der Wissenschaftshistorikerin lassen sich ja in zwei Sätzen zusammenfassen: 1. Psychotherapie ist das angemessene Verfahren zur Behandlung von psychischen Krankheiten. 2. Wenn wir die Expertise aus verschiedenen Fachrichtungen (Sozialwissenschaften, Psychotherapie, Psychopharmakologie) bündeln, erreichen wir das Beste für die Patienten.

Was heißt das jetzt für uns als Psychologen resp. Psychologische Psychotherapeuten? Wohl eindeutig, dass wir aufhören sollten, uns klein zu machen! Dass wir als Vertreter der Kernheilmethode Psychotherapie *unsere Vorrangstellung* anmelden sollten gegenüber biologisch orientierten Psychiatern (die ggf. natürlich wertvolle Hilfe leisten könnten). Und dass wir hierbei stets psycho*sozial* denken sollten, um nicht unsererseits einem anderen falschen „-ismus" Folge zu leisten.

Und es bedeutet auch, endlich das Feld der Narrative mit unseren *psychosozialen* Erklärungsmodellen zu besetzen. Denn es ist ja ein fürchterlicher Kollateralschaden, den die falsche biologische Geschichte der Psychiatrie mit ihrer Behauptung, psychische Krankheiten seien Gehirnkrankheiten, angerichtet hat. Eine breite Öffentlichkeit glaubt (schrecklicherweise!) heute daran – an die Serotoninmangelhypothese u. a., obwohl all das *nie* gestimmt hat und längst falsifiziert ist.

Zeit also, der Transformation der 1980er-Jahre im Verständnis psychischer Krankheiten jetzt zum Ende der Ära der Biologischen Psychiatrie eine neue und bessere Erzählung entgegenzustellen.

Dipl.-Psych. Jürgen Karres,
Landsberg am Lech

Im therapeutischen Beziehungsdreieck mit der Technik

Zum Schwerpunkt „Psychotherapie, Supervision, Ausbildung – geht alles online? Chancen, Probleme und Grenzen der Digitalisierung". Psychotherapeutenjournal 4/2020, S. 334–356.

Vielen Dank, dass Sie sich dieses brisanten Themas gleich so ausführlich angenommen haben. Ich vermisse aber nun doch die nähere Betrachtung der interpersonellen Ebene im Artikel über Psychotherapie per Video. Die Artikel basieren auf der Annahme, dass beide Parteien mit der Digitalbegegnung einverstanden sind. Dies ist auf einer oberflächlichen, bewussten Ebene sicher so. In Wahrheit aber ist es die Regel, dass vor allem ältere Kollegen dieses Setting nutzen, um sich selbst zu schützen und auch keinen zu infizieren, es den Patienten also aufgezwungen wird, auch wenn diese es nicht für nötig halten. Auch wenn sie sich nach außen hin verständnisvoll mit dem Setting identifizieren, kommt es unterschwellig zu rebellischeren Impulsen und entsprechenden Theorien über den Therapeuten. (Der Kollege meines Therapeuten ist genauso alt und macht Präsenztermine. Ist mein Therapeut vielleicht überängstlich? Wieso bricht bei ihm immer die Technik zusammen und woanders höre ich das nicht? Macht er mit anderen vielleicht Präsenztermine? Hält er mich für ansteckender als die anderen? Und so weiter …)

Das ist ein Grundrauschen, dessen wir uns bewusst sein müssen. Die Anwesenheit eines Dritten, gegen den man sich verbünden kann, stabilisiert die Zweierbeziehung – nur ob das so gut ist? Damit impliziert die Autorin, dass die Technik als Dritter im Bunde ist, und eine Dreiheit hat nun mal eine andere Psychodynamik als eine Zweiheit, das ist das Grundrauschen Nr. 2. Die Technik lauert omnipräsent im Hintergrund, sie kann die Beziehung ermöglichen, aber auch gewaltsam unterbrechen und das dringend benötigte Gegenüber in seine Pixel zerfallen lassen, sie ist ein willkürlich herrschender Dritter und man kann nur hoffen, dass der Therapeut die Störung in den Griff bekommt und nicht kapitulierend zum Telefonhörer greift. (Stellt mein Therapeut sich nicht ein bisschen doof bei der Technik an?)

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen, wenn sie das grobe Richtmaß von 2.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen) deutlich überschreiten.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 9. April 2021 bei der Redaktion (E-Mail: redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

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

Dabei besteht die Gefahr, dass unterschwellige Aggression in der Beziehung auf die böse oder insuffiziente Technik projiziert und in der Übertragungsbeziehung nicht aufgearbeitet wird.

Grundrauschen Nr. 3: Jüngere Patienten sind in Bezug auf Corona oft angstfreier und wollen Präsenztermine, die ihnen der Therapeut nicht gewähren will und deshalb Schuldgefühle hat, vielleicht auch aufgrund dieser Gefühle weniger konfrontativ oder generell „weichgespülter" auftritt als sonst, um für den armen Patienten einen Ausgleich zu schaffen. Dies sind Faktoren, die als Bias (insbesondere auf dem Feld der Übertragungsaggression und Übertragungsschuld) die therapeutische Arbeit beeinflussen.

Dipl.-Psych. Ursula Mayr,
Übersee

Der Therapeut als sprechendes Wesen – auch online?

Zum Schwerpunkt „Psychotherapie, Supervision, Ausbildung – geht alles online? Chancen, Probleme und Grenzen der Digitalisierung". Psychotherapeutenjournal 4/2020, S. 334–356.

Die Kolleginnen und Kollegen Nina Romanczuk-Seiferth, Lavina Thelen, Anja Görtz-Dorten, Manfred Döpfner und Christina Sümmerer haben drei sehr schöne Artikel zum Thema Digitalisierung geschrieben. Um es vorneweg zu sagen: Ich habe überhaupt nichts gegen die Digitalisierung in der Psychotherapie. Ich habe selbst in wissenschaftlichen Projekten zur Online-Behandlung in der Psychotherapie mitgearbeitet. Es muss auch nicht betont werden, dass in Zeiten der Corona-Krise die Digitalisierung von unschätzbarem Wert ist. Soweit ist alles richtig und gut. Aber: Ich darf schon darauf hinweisen, dass wir jetzt das Kind nicht mit dem Bade ausschütten dürfen. Sollte sich nämlich eine digitalisierte Psychotherapie in Richtung einer digitalistischen Psychotherapie entwickeln, werden wir uns davon nichts kaufen können. Wollen und – dann auch in naher Zukunft: sollen – wir uns nur noch mit Computern und Robotern begegnen? *Die Psychotherapie bleibt anthropologisch gesehen sprachlich fundiert.* Das sagt uns schon der gesunde Menschenverstand; dazu muss ich nicht die Lehrbücher der anthropologischen Philosophie studieren. In diesen Büchern werden wir nämlich lesen: der Mensch ist ein sprechendes Wesen. Daran darf in einer digitalisierten Welt noch erinnert werden.

Ich habe nun zu diesem Thema 2020 ein Buch geschrieben („Stimme und Sprechen in der Psychotherapie. Ein Leitfaden zur Selbsterfahrung und Supervision"), um meine Bedenken zu begründen. Ausgangspunkt meines Buches war meine Erfahrung als Lehrtherapeut, dass Kandidaten und Kandidatinnen in meinen Workshops fast unisono berichteten, dass ihre Stimme in ihrer Ausbildung überhaupt nicht supervidiert worden sei. Auf Basis dieser Erfahrung beschreibe ich ausführlich Beispiele, bei denen die Stimme sowohl der Therapeuten als auch der Patienten eine ganz wichtige Rolle spielt. Etwa beim Schweigen. Wie hole ich das Schweigen in die Therapie bei einer hochstrukturierten Online-Behandlung? Oder beim schnellen Wechsel von Objekt-Beziehungs-Dyaden? Wie nehme ich in einer Videokonferenz folgende Stimmung wahr: „Die Luft ist zum Schneiden dick" oder eine projektive Identifikation?

Auch ich arbeite aktuell wegen der Corona-Krise mit einem Videokonferenzsystem, freue mich aber wieder darauf, meine Kollegen und Kolleginnen live zu erleben. Nun: Dies dürfte wohl den meisten so gehen. Nur in Klammern: Die Tonqualität hält sich bei den Online-Sitzungen auch in Grenzen, wenn man nicht über ein Aufnahmestudio beim Fernsehen verfügt. Auch die Mimikanalyse bleibt bescheiden, worauf Romanczuk-Seiferth in ihrem Artikel zu Recht hinweist.

Fazit: Wir werden nur verlieren, wenn wir eine sprachlich fundierte Psychotherapie aufgeben, bei der die Stimme eine große Rolle spielt. Des Pudels Kern ist jetzt nur, dass die „Stimme" der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nicht vom Himmel fällt, sondern dass diese auch trainiert und supervidiert sein will. Die Stimme mit einem verkörperten Selbst bleibt auch in einer digitalisierten Psychotherapie von Bedeutung.

Dr. Lothar Schattenburg,
Bad Neustadt/Saale

Ein Bauvorhaben ohne solides Fundament

Zum Schwerpunkt „Die Musterweiterbildungsordnung in der Diskussion". Psychotherapeutenjournal 3/2020, S. 233–274.

(…) Ich habe die Aufsätze zur zukünftigen Weiterbildung aufmerksam studiert. Was dort geschrieben worden ist, ist inhaltlich wunderbar. Ein schönes Haus habt Ihr dort gebaut. Vielfältig und doch einheitlich zugleich. Leider nur hat dieses Haus keinen Untergrund, nach dem Motto der rheinischen Frohnatur: „Wer soll das bezahlen, wer hat das bestellt? Wer hat so viel Pinkepinke, wer hat so viel Geld?" Die total offene Finanzierung der Weiterbildung – auch im stationären Rahmen – klingt ja in mehreren Aufsätzen auch an. Das Pferd ist m. E. falschherum aufgezäumt worden. Jeder Hausbau beginnt (!) nämlich mit der Finanzierung, sonst bleibt es ein Luftschloss. Denn: „Ohne Moos nix los." Seriöse betriebswirtschaftliche Berechnungen bei dieser WBO und deren Anforderungen gehen davon aus, dass mind. 160 € pro Therapiestunde seitens der Kassen gezahlt werden müssten, um diese Qualität zu finanzieren. Seht ihr eine Krankenkasse, die dies bezahlen will? Aber, wie das halt so ist und sein wird: Nach jedem lustvollen Rausch kommt der Kater.

Dipl.-Psych. Dipl.-Päd.
Werner Dinkelbach
(Geschäftsführer des
Instituts für Psychotherapie
und Psychoanalyse Rhein-Eifel)

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Neuerungen in der Gruppenpsychotherapie

Mit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz war der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt worden, Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppenpsychotherapie zu treffen. Darüber hinaus sollte der G-BA das Gutachterverfahren weiter vereinfachen. Zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags hat der G-BA am 20. November 2020 eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie beschlossen.

Antragsfreie Kurzgruppe

Patienten soll ein niederschwelliger Zugang zur gruppenpsychotherapeutischen Versorgung ermöglicht werden. Hierzu führt der G-BA eine antragsfreie Kurzgruppe („gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung") ein. In bis zu vier Sitzungen à 100 Minuten sollen Patienten künftig über diese Form der Psychotherapie informiert werden und erste praktische Erfahrungen sammeln können. Diese Gruppe kann alternativ auch in bis zu acht Sitzungen à 50 Minuten angeboten werden. Die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung ist eine antrags- und anzeigefreie Gruppe, die von den Psychotherapeuten auch als problem- oder krankheitsspezifische Kurzgruppe ausgestaltet werden kann. Behandlungsstunden dieser Kurzgruppe werden nicht auf die Behandlungskontingente der Richtlinienpsychotherapie angerechnet. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hatte sich im Stellungnahmeverfahren dafür ausgesprochen, für diese neue Leistung mindestens acht Doppelstunden vorzusehen, damit ein Behandlungsumfang gewährleistet ist, bei dem bereits eine erste wirksame Behandlung durchgeführt werden kann.

Probatorische Sitzungen im Gruppensetting

Als weitere Neuerung können probatorische Sitzungen künftig auch im Gruppensetting durchgeführt werden. Dafür muss eine Indikation für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung bestehen, allein oder in Kombination mit einer Einzelpsychotherapie. Mindestens eine probatorische Sitzung muss jedoch weiterhin als Einzelstunde erfolgen, bei einem Wechsel des Psychotherapeuten nach der Sprechstunde sind sogar zwei Einzelstunden erforderlich. Die BPtK hatte sich für eine flexiblere Regelung ausgesprochen.

Gruppe mit zwei Psychotherapeuten

Gruppen können künftig auch von zwei Psychotherapeuten durchgeführt werden. Auch diese sinnvolle Neuerung wurde jedoch unnötig verkompliziert. So sind je Psychotherapeut mindestens drei und höchstens neun Patienten fest zuzuordnen und von diesen entsprechend abzurechnen. In einer solchen Gruppe mit zwei Psychotherapeuten dürfen dann bis zu 14 Patienten behandelt werden. Für die Abrechnung nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) ist zu erwarten, dass dann jeweils die Gebührenordnungspositionen für die Gruppenpsychotherapie entsprechend der Anzahl der eines Psychotherapeuten zugeordneten Patienten zu verwenden sind.

Anpassung des EBM voraussichtlich ab Juli

Die entsprechenden Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie wurden bereits vom Bundesgesundheitsministerium rechtlich geprüft und sind mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten. Der Bewertungsausschuss wird voraussichtlich bis Ende Juni den EBM entsprechend anpassen und dabei auch die Vergütungshöhe für die neue Kurzgruppe und die Gruppentherapie durch zwei Psychotherapeuten beschließen.

Probatorik während der Krankenhausbehandlung weiter ungeregelt

Entgegen dem gesetzlichen Auftrag hat der G-BA die Regelung zur Probatorik während der stationären Behandlung nicht weiter konkretisiert. Insbesondere bleibt für diesen Fall die Durchführung von probatorischen Sitzungen in der Praxis des Psychotherapeuten ungeregelt. Die BPtK hatte hier eine Klarstellung gefordert. Um zu einer versorgungsorientierten Lösung zu kommen, setzt sich die BPtK zurzeit im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes für eine gesetzliche Klarstellung in § 92 Absatz 6a SGB V ein.

Vereinfachung des Gutachterverfahrens

Zur weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens hat der G-BA beschlossen, dass auch die Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie als Langzeittherapie nicht mehr gutachtenpflichtig ist, wenn überwiegend eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung stattfindet. Diese Regelung ist mit Inkrafttreten der Richtlinienänderung bereits wirksam. Per Gesetz war zuvor schon die reine Gruppenpsychotherapie vom Gutachterverfahren ausgenommen worden.

Neue BPtK-Praxis-Infos „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“ und „Ergotherapie“ erschienen

Praxis-Info „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“

Seit September letzten Jahres können Vertragspsychotherapeuten Erwachsenen psychiatrische häusliche Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Damit steht Psychotherapeuten ein weiterer Baustein zur Verfügung, um Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der ambulanten Praxis besser zu versorgen.

Praxis-Info „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“

Psychiatrische häusliche Krankenpflege unterstützt Patienten mit starken Einschränkungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung dabei, ihren Tag zu strukturieren und möglichst selbstständig zu leben. Sie kann helfen, akute Krisensituationen zu bewältigen. Patienten sollen so in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung bleiben können und stationäre Behandlungen vermieden oder verkürzt werden. Die psychiatrische Krankenpflege in den eigenen vier Wänden kann die Patienten außerdem darin unterstützen, Übungen im Alltag umzusetzen, die in der Psychotherapie besprochen wurden.

Die neue BPtK-Praxis-Info informiert über die Ziele und Inhalte der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Außerdem erläutert die Broschüre, was bei der Verordnung zu beachten ist und wie diese genau erfolgt.

Praxis-Info „Ergotherapie“

Seit diesem Jahr können Vertragspsychotherapeuten auch Ergotherapie verordnen. Ergotherapie ist – in der Regel – bereits fester Bestandteil der stationären Behandlung psychischer Erkrankungen in der Psychiatrie und Psychosomatik. Innerhalb eines multiprofessionellen Teams bieten Ergotherapeuten dabei unterschiedlichste Behandlungen an. Diese reichen vom Training von Alltagsaktivitäten über das therapeutische Arbeiten in Werkräumen, die Stärkung kognitiver Fähigkeiten bis hin zu sozialem Kompetenztraining und anderen manualisierten Interventionen.

Auch niedergelassene Ergotherapeuten, die sich auf die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen spezialisiert haben, können das gesamte Spektrum dieser Interventionen anbieten. Hierdurch ergeben sich für Vertragspsychotherapeuten neue Chancen der multiprofessionellen Zusammenarbeit und eine Ergänzung der Psychotherapie. Wie sich die Zusammenarbeit und Kooperation gestaltet, wird dabei sehr vom Kompetenzprofil der Ergotherapeuten vor Ort abhängen.

Praxis-Info „Ergotherapie“

Die BPtK-Praxis-Info „Ergotherapie“ informiert über die Ziele und Inhalte von Ergotherapie in der ambulanten Versorgung. Außerdem erläutert die Broschüre, was bei der Verordnung zu beachten ist und wie diese genau erfolgt. Die Broschüre soll zudem Ideen vermitteln, wie durch die Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Ergotherapeuten die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessert werden kann.

Beide Praxis-Infos können auf der Webseite der BPtK unter der Rubrik „Publikationen“ heruntergeladen werden (www.bptk.de/publikationen/psychotherapeuten).

BPtK-Elternratgeber „Internet“ geht online

Den Elternratgeber „Internet“, den die BPtK im Oktober 2020 als Printversion veröffentlicht hat, gibt es nun auch als Website. Unter https://www.elternratgeber-internet.de/ finden Eltern Informationen dazu, worauf es bei der Internetnutzung je nach Alter des Kindes ankommt und wie sie gemeinsam mit ihrem Kind Absprachen zur Mediennutzung treffen können. Der Ratgeber hilft auch bei heiklen Themen wie Porno- und Gewaltvideos im Internet weiter und zeigt auf, was Eltern bei übermäßigem Internetkonsum ihrer Kinder tun können.

Printexemplare des Ratgebers können weiterhin kostenfrei über die BPtK-Geschäftsstelle bestellt werden (bestellungen@bptk.de).

Psychische Folgen der Corona-Pandemie: Ein Update

Mit außergewöhnlichem Engagement sorgen Psychotherapeuten momentan in Kliniken, Praxen, der Rehabilitation und der Kinder- und Jugendhilfe dafür, dass die psychotherapeutische Versorgung während der Corona-Pandemie sichergestellt wird. Forschungsergebnisse aus früheren Epidemien legten bereits nahe, dass die Krise psychische Spuren hinterlassen wird (BPtK-Hintergrund zur Corona-Pandemie, 2020). Inzwischen stützen neuere Publikationen diese Einschätzungen.

Besonders hart trifft es Menschen, bei denen bereits eine psychische Verletzlichkeit besteht. Das im November veröffentlichte Deutschland-Barometer Depression zeigte zum Beispiel, dass depressive Menschen stärker durch die Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen belastet sind als die Allgemeinbevölkerung. Sie litten doppelt so häufig unter der fehlenden Tagesstruktur und blieben deutlich öfter tagsüber im Bett (Deutsche Depressionshilfe, 2020).

Auch Familien leiden teilweise stark unter der Pandemie. Eine Studie kam zu dem Ergebnis, dass über 70 Prozent der Kinder und Jugendlichen durch die Kontaktbeschränkungen belastet sind. Vermehrt wurde von Gereiztheit, Einschlafproblemen, Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit und Bauchschmerzen berichtet. Das Risiko für psychische Auffälligkeiten verdoppelte sich fast (Ravens-Sieberer et al., 2020). Und auch Babys und Kleinkinder sind bereits von den Auswirkungen der Pandemie betroffen, wie erste Auswertungen einer Studie der Ruhr-Universität Bochum zeigen (Vorabinformation der Autorinnen).

Immer deutlicher wird außerdem, dass wir die Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung beachten müssen. Patienten berichten oft noch monatelang von Müdigkeit, Erschöpfung und auch neuropsychologischen Symptomen wie Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen. Eine intensivmedizinische Behandlung kann als traumatisch erlebt werden und hinterlässt psychische Spuren. Viele Patienten werden langfristig rehabilitative Maßnahmen benötigen.

Das wirkliche Ausmaß dieser Beschwerden und den langfristigen Versorgungsbedarf können wir momentan nur erahnen. Klar ist aber, dass die psychischen Folgen der Corona-Pandemie noch vielfältiger sind als zunächst angenommen. Wir werden weiterhin wachsam bleiben müssen, um rechtzeitig auf diese individuellen psychischen Belastungen reagieren zu können.

Höhere Honorare für die Behandlung von Bundespolizisten in Privatpraxen

Seit dem 1. Januar 2021 gilt für die psychotherapeutischen Leistungen bei Bundespolizisten in Privatpraxen der 2,3-fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zusätzlich erhalten Psychotherapeuten, die eine tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie durchführen, 5 Euro Zuschlag pro Sitzung. Insgesamt erhalten Psychotherapeuten damit für eine Verhaltenstherapie zukünftig 100,55 Euro und für eine tiefenpsychologisch fundierte oder eine analytische Psychotherapie 97,50 Euro pro Sitzung. Die unterschiedliche Vergütung der Psychotherapieverfahren ergibt sich aus einer historisch ungleichen Bewertung der Leistungen in der GOÄ. Forderungen der BPtK nach einer weiteren Angleichung an die vertragspsychotherapeutische Vergütung wurden vom Bundesinnenministerium abgelehnt.

Darüber hinaus kann befristet bis zum 30. Juni 2021 einmal pro Sitzung der Hygienezuschlag (GOÄ 245) zum 1,0-fachen Satz abgerechnet werden.

Geschäftsstelle

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

Bekanntmachung

Zweite ergänzende Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zum Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 8 PsychThG

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie entsprechend der Vereinbarung vom 27. Oktober 2003, der ergänzenden Vereinbarung vom 27. Februar 2009 und dieser Vereinbarung auch die Aufgaben nach § 8 PsychThG in der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung wahrnimmt. Die bisherigen Vereinbarungen gelten ab dem 1. September 2020 mit folgenden Maßgaben:

1. Die ersten drei Unterabsätze des § 3 werden wie folgt gefasst:

   „Der Beirat besteht aus zwölf Mitgliedern, von denen jeweils sechs von jeder Vertragspartei aus den Reihen der von ihr vertretenen Berufsgruppen berufen werden. Für jedes Mitglied wird ein(e) persönliche(r) Stellvertreter(in) berufen.

   Die BÄK stellt hierbei sicher, dass mindestens ein Mitglied und dessen Stellvertreter(in) aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie berufen wird. Die BPtK stellt sicher, dass mindestens ein Mitglied und dessen Stellvertreter(in) aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie berufen wird.

   Die Mitglieder des Beirats und ihre Stellvertreter(innen) werden für die Dauer von fünf Jahren berufen. Wiederberufung ist ebenso möglich wie Abberufung aus wichtigem Grund."

2. Zum Schutz vor Interessenkonflikten und zur Vermeidung des Anscheins der Befangenheit legen die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder ihre für die Tätigkeit im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie relevanten Interessen offen.

3. Diese Vereinbarung tritt rückwirkend zum 1. September 2020 in Kraft.

Berlin, 16.10.2020

Dr. med. (I) K. Reinhardt
Präsident der Bundesärztekammer

Berlin, 21.10.2020

Dr. rer. nat. D. Munz
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

noch immer bestimmt die Eingrenzung der Corona-Pandemie unseren Alltag und unsere Berufsausübung. Unsere Erwartung einer raschen Besserung der Gesamtlage und auch unser Bedürfnis nach Sicherheit und dem Schutz vor einer Infektion durch eine Impfung wird hoffentlich bald erfüllt werden. Da es bei dem Beschluss der Impfkommission Unklarheiten gab, hat die Kammer sich dafür eingesetzt, dass wir in der Priorisierung mit Ärzten in der Alltagsversorgung gleichgestellt werden, und dies wurde auch zugesichert.

Es wird, je länger die Pandemie andauert, immer schwerer, die Begrenztheit unserer Möglichkeiten zur Eindämmung einer solchen Situation zu akzeptieren, vor allem auch deshalb, weil die Wissenschaft in den letzten knapp hundert Jahren enorme Fortschritte erzielt hat und Krankheiten und körperliche Gebrechen immer beherrschbarer schienen. Eine derartige Ausbreitung einer Krankheit hatten wir für fast unmöglich gehalten. Letzteres, das müssen wir jetzt schmerzhaft lernen, war nie Stand der Wissenschaft, sondern Hoffnung und vielleicht auch ein wenig Illusion bezüglich des menschlich Machbaren, die jetzt enttäuscht wird. Als Psychotherapeuten und Psychologen wissen wir, dass wir Menschen in solchen beängstigenden Situationen dazu neigen, die Furcht zu überhöhen, die Angst und ihre Ursachen zu verleugnen und Schuldige zu suchen, die die Verursacher sind, obwohl dies nicht belegbar ist. Es geht jedoch darum, die Realität zu akzeptieren und weiter auf die Wissenschaft zu vertrauen. Dann sind wir auch eher in der Lage, zu erkennen, dass es gesamthistorisch gesehen bisher nie gelungen ist, eine derart bedrohliche Epidemie so rasch einzugrenzen. Dies dank des wissenschaftlich begründeten und rasch zunehmenden Wissens und der trotz aller Umsetzungsschwierigkeiten darauf aufbauenden Verhaltensregeln sowie der in so kurzer Zeit entwickelten geeigneten Impfstoffe. Das darf uns natürlich nicht vergessen lassen, dass leider bereits viele Menschen Opfer der Pandemie geworden sind und viele derzeit unter dieser Bedrohung und den Maßnahmen zur Eindämmung leiden. Ein wenig Hoffnung macht das allerdings schon.

Ihr Kammervorstand

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

Dritter Versorgungsbericht „Traumatisierte Geflüchtete“ veröffentlicht

Viele Flüchtlinge, die nach Baden-Württemberg kommen, sind psychisch schwer traumatisiert. Die psychotherapeutische Versorgungslage ist aber meist unzureichend. Dies sind zentrale Erkenntnisse des neuen Berichts zur Versorgung traumatisierter Geflüchteter, den die Landesärztekammer (LÄK) und die Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg am Tag der Menschenrechte am 10. Dezember vorgestellt haben. Beide appellieren an die Landespolitik, die psychotherapeutische Versorgungslage zu verbessern.

„Die schwierige Situation, in der sich traumatisierte Geflüchtete befinden, wird zu wenig wahrgenommen“, sagt Dr. Robin Maitra, Menschenrechtsbeauftragter der LÄK. „Mit dem Versorgungsbericht wollen wir aufzeigen, dass das Leid dieser Menschen nicht ausgeblendet werden darf.“ Birgitt Lackus-Reitter, Menschenrechtsbeauftragte der LPK, ergänzt: „Uns geht es nicht nur darum, Mängel aufzuzeigen. Wir benennen auch Lösungsansätze, um Menschen, die dringend Hilfe brauchen, effektiv in Therapie zu bringen.“

Wodurch werden Menschen in der Heimat und auf der Flucht psychisch belastet? Was sind die Hürden, die effektive psychotherapeutische Hilfe in der Praxis oder in der psychiatrischen Klinik erschweren – und wie sind sie zu überwinden? Zu diesen Themen liefert der Versorgungsbericht Antworten und Analysen.

Zu den großen Hürden, die insbesondere den Zugang zur Psychotherapie, aber auch deren effektive Durchführung erschweren, zählen unter anderem sehr lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz, großer bürokratischer Aufwand bis zur Kostenübernahme von Therapien, das weitgehende Fehlen psychotherapeutischer Angebote im ambulanten Sektor sowie Personalmangel in psychiatrischen Einrichtungen. Zentrale Probleme bei der Behandlung traumatisierter Geflüchteter sind vor allem Sprach- und Kulturbarrieren zwischen Therapeut und Patient sowie die Tatsache, dass professionelle und geschulte Dolmetscher im Rahmen der Therapie allzu oft nicht finanziert werden. In der Folge müssen viele Therapeuten selbst für Dolmetscherkosten aufkommen, auf ehrenamtliche Angebote ausweichen oder können gar nicht mit Behandlungen beginnen.

Der im Bericht enthaltene Maßnahmenkatalog listet auf, wie sich die Situation grundlegend verbessern lässt. So fordern die Kammern unter anderem Politik und Verwaltung auf, den Einsatz von professionellen und geschulten Dolmetschern zu finanzieren, um Behandlungen effektiver durchführen zu können. Darüber hinaus wird gefordert, die sich um die Geflüchteten-Versorgung kümmernden Psychosozialen Zentren durch regelmäßige öffentliche Zuwendungen stabil und langfristig abzusichern.

LÄK und LPK verweisen darauf, dass sich die Landespolitik vor Jahren bindend verpflichtet hat, die Situation zu ändern. Die beiden Kammern appellieren auch vor dem Hintergrund der Landtagswahlen im kommenden Jahr an aktuelle und zukünftig politisch Verantwortliche, mit Entschlossenheit an der Umsetzung zu arbeiten. Gerade vor dem Hintergrund der Versorgung und Integration Geflüchteter dürfe das Thema nicht vernachlässigt werden.

Cover des Versorgungsberichts 2020

Als zusätzliches Hindernis sehen die Menschenrechtsbeauftragten die Corona-Pandemie, die die öffentliche Wahrnehmung dominiert. Es sei zu befürchten, dass die Nöte traumatisierter Geflohener weiterhin kaum wahrgenommen werden, sagt Dr. Maitra. „Dabei sind es gerade Geflüchtete, die oft durch problematische Lebensverhältnisse Hygieneregeln nicht einhalten können und besonders gefährdet sind, sich zu infizieren und die Infektion weiterzutragen." Lackus-Reitter ergänzt: „Sie sind es auch, denen coronabedingte Kontaktreduktion und soziale Isolation wegen ihrer belasteten Psyche besonders stark zusetzen." – Corona sei damit ein weiterer gewichtiger Anlass, Versorgungsverbesserungen schnell in die Wege zu leiten.

Der gemeinsam von LÄK und LPK herausgegebene Versorgungsbericht steht unter www.lpk-bw.de/node/1481 als Download zur Verfügung. Der Bericht ist nun zum dritten Mal erschienen – der erste Versorgungsbericht wurde im Jahr 2011 veröffentlicht, der zweite im Jahr 2015.

Treffen des LPK-Vorstands mit neuapprobierten Kollegen

Am 27. November 2020 fand ein Video-Treffen des LPK-Vorstands mit 62 neuapprobierten Kollegen statt. Dabei stellte Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz zunächst den Aufbau, die Aufgaben und die Struktur der Kammer vor und erläuterte auch die anderen Körperschaften im Gesundheitswesen sowie die Zusammenarbeit der LPK mit diesen.

In der anschließenden Frage- und Diskussionsrunde ging es vor allem um die Situation der psychotherapeutischen Arbeit unter Corona-Bedingungen, die Fortbildungspflicht und um Fragen zum Erwerb eines Kassensitzes.

Dabei machten die neuen Kollegen sehr deutlich, dass sie hinsichtlich der Übergabe von Praxissitzen enttäuscht von den abgebenden Kollegen seien, da die verlangten Preise für einen Kassensitz, so die einhellige Meinung, zu hoch seien. Dies war mit der Bitte verbunden, die LPK möge sich bei ihren Mitgliedern für den fairen Umgang mit den nachkommenden Kollegen einsetzen.

Das Treffen fand – trotz des Videokonferenzformats – in einer freundlichen und vertrauensvollen Atmosphäre statt.

LPK goes Twitter

Seit dem 11. Februar 2021 hat die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg nun auch einen Twitter-Auftritt. Sie können ihm auf Twitter unter @lpkbw folgen.

Wir posten dort Nachrichten von unserer Homepage, dem Newsletter und den baden-württembergischen Länderseiten des Psychotherapeutenjournals und „retweeten" Aktuelles von anderen Kammern (andere PT-Landeskammern, BPtK, Ärztekammern), aus der Gesundheitspolitik des Landes und des Bundes, von Krankenkassen oder von Forschungsinstitutionen und Forschungsprojekten. Selbstverständlich mit Bezug bzw. Fokus auf die Psychotherapie bzw. die psychotherapeutische Versorgung.

Hier geht's zum Twitter-Auftritt:
https://twitter.com/lpkbw

Twitter-Outfit der LPK Baden-Württemberg

FDP-Anfrage an die Landesregierung zur Einführung der neuen Psychotherapiestudiengänge

Der Stand der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) in Baden-Württemberg war Gegenstand einer Anfrage des FDP-Landtagsabgeordneten Jochen Haußmann bzw. seiner Fraktion an die Landesregierung (Landtagsdrucksache 16/8928). U. a. wurde um eine Erklärung gebeten, warum bisher an den Universitäten des Landes noch keine Bachelorstudiengänge zugelassen wurden, bis wann mit der Akkreditierung solcher Studiengänge zu rechnen ist und wie sie sicherzustellen gedenkt, dass den derzeit Studierenden in einschlägigen Studiengängen durch die Neuausgestaltungen nach dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThG-AusbRefG) keine Nachteile erwachsen. Nach diesem am 1. September 2020 vollständig in Kraft getretenen Gesetz müssen an Universitäten oder diesen gleichgestellten Hochschulen die neuen Studiengänge angeboten werden. Nach Hochschulrecht müssen die neuen Studiengänge akkreditiert sein, was bislang an den Universitäten des Landes noch nicht geschehen ist. Das Ministerium nahm mit Schreiben vom 27. Oktober 2020 dergestalt Stellung, dass sich die Umsetzung v. a. auch wegen der Corona-Pandemie verzögert hätte, die Universitäten derzeit an der Umsetzung der Reform arbeiteten, „indem sie die Studien- und Prüfungsordnungen umgestalten sowie sich um die Akkreditierung und die Anerkennung der berufsrechtlichen Voraussetzungen bemühen". Nach dem aktuellen Planungsstand sollten die reformierten Studiengänge im Wintersemester 2021/2022 starten. Die Anfrage sowie die Stellungnahme finden Sie unter http://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP16/Drucksachen/8000/16_8928_D.pdf.

Wie der Kammer jetzt bekannt wurde, ist die erforderliche Finanzierung des Mehraufwandes für den neuen Studiengang noch nicht sichergestellt. Es ist für die Universitäten unzumutbar, mit dieser Unsicherheit das Studium einzurichten. Es ist Aufgabe des Landes, für die zukünftige Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung den Nachwuchs sicherzustellen und die Studiengänge zu ermöglichen.

(Online-)Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg

Am 15. Januar 2021 trafen sich Entscheider und Verantwortungsträger aus Ärzteschaft, Verbänden und Krankenkassen sowie politische Vertreter beim 6. Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg unter dem Motto „Stresstest für unser Gesundheitswesen – was lernen wir aus der Corona-Krise?". Der Kongress fand in diesem Jahr erstmals per digitalem Livestream statt. Hochkarätige Referenten sowie Vertreter politischer Parteien auf Landesebene bezogen unter anderem Stellung dazu, welche weiteren Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie geboten sind und wie effektive Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund der kommenden Landtagswahlen aussehen muss. Die Kongressteilnehmer konnten ihre Fragen und Diskussionsbeiträge per Chatfunktion einsenden.

Podiumsdiskussion mit den gesundheitspolitischen Sprechern der Landtagsfraktionen (v. l.: Dr. F. Staeck, R. Hinderer, C. Martin, J. Haußmann, H. Brenninkmeyer, P. Krebs)

Die beiden Referenten, der Virologe Prof. Dr. Hendrik Streeck und der Jurist und ehemalige Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichts Ferdinand Kirchhof schätzten die Pandemiesituation aus ihren jeweiligen Perspektiven heraus ein. Sie gingen beide davon aus, dass die Gesellschaft sich darauf einstellen müsse, längerfristig mit dem Coronavirus umzugehen.

Prof. Streeck forderte von den Verantwortlichen unter anderem mehr Mut dazu, lokale bzw. regionale Maßnahmenkonzepte auszuprobieren. Darüber hinaus appellierte er, Maßnahmen nicht nur von Fallzahlen abhängig zu machen, sondern auch die intensivmedizinischen Kapazitäten in Kliniken einzubeziehen. Auch forderte er eine zentrale und unabhängige Koordinierung der Forschung zum Coronavirus. Prof. Kirchhof ging insbesondere auf (verfassungs-) rechtliche Aspekte der Entscheidungsfindung zu den Maßnahmen mit Fokus auf Schutzpflichten vs. Freiheitsrechte, Gleichheitsgrundsatz, Sachlichkeit und Verhältnismäßigkeit ein und betonte, dass genauere Untersuchungen nötig

seien, z. B. sollte der Aspekt der ausgeübten Tätigkeit mit einbezogen werden, um mehr Informationen über mögliche Ansteckungsherde zu erhalten. Zudem sollten in der Diskussion über neue Maßnahmen die Situation von Studenten, Schülern oder bestimmte Gruppen von Arbeitnehmern mitbedacht werden, die an die Universität, die Schule sowie an ihre Arbeitsplätze müssten, um sich voll entfalten beziehungsweise effizient wirken zu können.

Hauptreferenten Prof. Hendrik Streeck und Prof. Ferdinand Kirchhof mit Moderatorin Hendrike Brenninkmeyer

Nach den Impulsreferaten bekamen Vertreterinnen und Vertreter der baden-württembergischen Parteienlandschaft Gelegenheit, politische Positionen und Projekte zu aktuellen und grundsätzlichen Fragen im Gesundheitswesen zu skizzieren. Mit auf dem Podium bzw. per Video zugeschaltet waren die Landtagsabgeordneten Petra Krebs (Bündnis 90/Die Grünen), Rainer Hinderer (SPD), Claudia Martin (CDU) und Jochen Haußmann (FDP).

Weitere Informationen bzw. einen ausführlicheren Bericht finden Sie unter www.lk-gesundheit.de

Psych-Hotline Corona/Planung Workshop mit ZI und Sozialministerium

Minister Lucha kündigte in einem Brief an die aktiven Teilnehmer der Corona-Hotline des Landes an, dass diese als Dank für ihr Engagement zu einem Fachtag des Landes eingeladen werden. Das Ministerium bereitet zur Zeit die Veranstaltung mit den Organisationen vor, die die Corona-Hotline unterstützten und organisierten. Es sollen die verschiedenen Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Baden-Württemberg vorgestellt und deren Vernetzungsmöglichkeiten sowie die Probleme einer besseren Zusammenarbeit diskutiert werden. Die Landespsychotherapeutenkammer beteiligt sich aktiv an der Planung und Durchführung dieser Fortbildungsveranstaltung.

WICHTIGE Mitglieder-Info zur Einreichung von Akkreditierungsanträgen

In letzter Zeit haben sehr kurzfristig eingereichte Anträge auf Akkreditierungen deutlich zugenommen. Deren Bearbeitung führt zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand, weshalb wir auf folgende ab dem 1. März 2021 geltende Regelungen hinweisen:

Fortbildungsveranstaltungen

Anträge für Fortbildungsveranstaltungen entsprechend **der Kategorie A, B, C1, C2 und H** der Fortbildungsordnung der LPK Baden-Württemberg müssen mindestens **5 Werktage vor Durchführung** der jeweiligen Veranstaltung bei der LPK eingegangen sein. Anträge der **Kategorie D, I und K** müssen mindestens **10 Werktage vor Durchführung** bei der LPK eingegangen sein.

Reflexive Veranstaltungen

Termine für reflexive Veranstaltungen (Kategorie C2 der Fortbildungsordnung der LPK Baden-Württemberg) müssen **vor Durchführung der jeweiligen Veranstaltung** bei der LPK gemeldet werden.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass zu **spät eingereichte Anträge** nicht bearbeitet werden können. Fortbildungsveranstaltungen, die **bereits stattgefunden** haben, werden **nachträglich nicht mehr akkreditiert**.

Zum VORMERKEN: Fachtag Berufsordnung „Raus mit der Sprache – PP und KJP als Sachverständige und Zeugen“ am 19.06.2021 (Onlineveranstaltung). Infos demnächst unter: www.lpk-bw.de/fortbildung/veranstaltungen.

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

37: Delegiertenversammlung der PTK Bayern: Erstmals online!

Die 37. Delegiertenversammlung am 26. November 2020 war eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten. Die Frühjahrs-DV war aufgrund der Corona-Pandemie und des ersten Lockdowns ausgefallen, nun musste die Herbst-DV wegen der wieder ansteigenden Infektionszahlen und der daraus folgenden Beschränkungen als Videokonferenz abgehalten werden. Organisation und Durchführung waren ungewohnt anders: Die Versammlungsleitung Agnes Mehl führt die Delegiertenversammlung im Videomodus, Reaktionen der Delegierten kamen als Videobilder an, Entscheidungen wurden mittels eines Online-Abstimmungsprogramms getroffen, Vorstandsmitglieder referierten online und die Geschäftsstelle war im Hintergrund intensiv mit der organisatorischen und technischen Durchführung beschäftigt. Trotz des außergewöhnlichen Formats wurden alle Themen umfassend diskutiert und die erforderlichen Beschlüsse gefasst.

Bericht des Vorstands

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop legte im Bericht des Vorstands den Fokus auf das aktuell beherrschende Thema: die Corona-Pandemie und die Auswirkungen auf die Psychotherapie. Er beschrieb den engagierten Einsatz der bayerischen Psychotherapeuten, die notwendigen Änderungen in der Durchführung der Berufspraxis, freiwillige zusätzliche Angebote und informierte über die umfangreichen Aktivitäten der PTK Bayern und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zur Unterstützung der Mitglieder, zu Beiträgen in den Medien und zum Einsatz für besonders betroffene Zielgruppen, wie z. B. Pflegepersonal.

Präsident Melcop erinnerte aber auch an weitere Themen, die während der Coronakrise nicht in Vergessenheit geraten dürfen. Er wies dabei auf den Klima- und Umweltschutz hin. Psychotherapeuten sollten im Rahmen ihres Fachgebiets Gesundheitsgefahren benennen, mit psychotherapeutischem Sachverstand Präventionsmaßnahmen zur Minderung bzw. Verhinderung der Gesundheitsgefahren unterstützen und psychotherapeutische Behandlungen von Patienten mit klima-/umweltbezogenen psychischen Gesundheitsschäden (z. B. bei Klimaängsten) anbieten. Ein weiteres zentrales Thema stellte die Digitalisierung im Gesundheitswesen dar. Melcop betonte, dass der Goldstandard bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen Psychotherapie im direkten persönlichen Kontakt sei. Er betonte, dass Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) zwar in dafür geeigneten Fällen eine gute Ergänzung zur psychotherapeutischen Behandlung darstellen könnten, aber in jedem Fall nur von Psy-

Vorstandsmitglieder und Versammlungsleitung informierten die Delegiertenversammlung dieses Jahr per Videokonferenz. V. l. n. r.: 1. Reihe: Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop, Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel, Vizepräsident Peter Lehndorfer. 2. Reihe: Vorstandsmitglieder Prof. Monika Sommer, Prof. Heiner Vogel und Dr. Anke Pielsticker. 3. Reihe: Vorstandsmitglied Birgit Gorgas und Versammlungsleiterin Agnes Mehl. (Foto: Hiller)

chotherapeuten oder Ärzten verordnet werden dürften. Zudem müsse immer genau beobachtet werden, ob sie wissenschaftlich erprobt seien und ob ggf. unerwünschte Wirkungen zu erwarten sind. Die vorgesehene Verordnung von DiGA durch Krankenkassen-Mitarbeiter lehnt die PTK Bayern ab.

Vorstandsmitglied Prof. Monika Sommer ergänzte den Vorstandsbericht um Erläuterungen zur Personalrichtlinie für Psychiatrische und Psychosomatische Kliniken (PPP-RL), die Anfang 2020 beschlossen wurde, und die dadurch für Psychotherapeuten entstandenen Änderungen. Außerdem informierte sie über das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und dessen Auswirkungen auf die PPP-RL.

Vorstandsmitglied Prof. Heiner Vogel informierte über eine Reihe von Veranstaltungen und Terminen, z. B. das diesjährige Suchtforum zum Thema Alkoholkonsum, eine Arbeitsgruppe mit dem Justizministerium zur ambulanten Psychotherapie für Menschen, die straffällig geworden sind, sowie Online-Informations- und Diskussionsveranstaltungen mit Psychotherapeuten in Institutionen.

Vorstandsmitglied Birgit Gorgas erläuterte die Psychiatrieberichterstattung, die mit dem Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) beschlossen wurde. Sie ist Mitglied des ehrenamtlichen Beirats, der die Erstellung der Psychiatrieberichterstattung begleitet. Außerdem berichtete sie über Barrierefreiheit für Menschen mit Beeinträchtigungen, die auch Menschen mit seelischer Behinderung einschließt.

Gendersensible Schreibweise

Die Gleichstellungskommission stellte einen Antrag zur gendersensiblen Sprache und Schreibweise (Nutzung geschlechtsneutraler Begrifflichkeiten wo möglich, ansonsten Verwendung des Gendersterns). Die Delegiertenversammlung stimmte für die vorgeschlagene gendersensible Schreibweise. Sie wird künftig für alle internen wie externen Schriftsätze und Veröffentlichungen der PTK Bayern angewandt. Außerdem sollen bestehende und noch aktuelle Texte (z. B. auf der Homepage) nach und nach überarbeitet werden. Das PTJ verfolgt gemeinsam mit allen Landeskammern eine andere Strategie bezüglich der gendersensiblen Schreibweise. Der Genderstern wird hier daher nicht angewandt.

Reform von Aus- und Weiterbildung

Einen weiteren wichtigen Schwerpunkt der Delegiertenversammlung stellte die Reform der Aus- und Weiterbildung dar. Dr. Nikolaus Melcop stellte den aktuellen Projektstand und den Ausblick zur neuen Weiterbildung vor. Er erläuterte ausführlich die bislang vorgesehenen allgemeinen Regelungen der neuen Musterweiterbildungsordnung (Qualifizierung in Psychotherapieverfahren, Weiterbildung in Teilzeit) sowie die drei Fachgebiete „Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen", „Psychotherapie mit Erwachsenen" und „Klinische Neuropsychotherapie". Melcop stellte die nächsten Schritte vor: Nun müsse eine Beschlussvorlage für die MWBO inklusive Paragrafenteil und besonderem Teil „Gebiete" erarbeitet und Gespräche mit (potentiellen) Weiterbildungsstätten geführt werden. Intensiv diskutiert werde aktuell noch die Dauer der Weiterbildung. Bereits ab Herbst 2022 könnten die ersten Absolventen des neuen Studiums mit einer Weiterbildung beginnen. Die reformierte MWBO soll daher auf dem Frühjahrs-DPT 2021 verabschiedet werden. Anschließend wird vermutlich im Herbst 2021 eine Novellierung der Weiterbildungsordnung durch die Delegiertenversammlung der PTK Bayern beschlossen. Die Delegierten diskutierten engagiert unterschiedliche Aspekte der künftigen Fachgebietsweiterbildung.

Änderung der Satzung und der Geschäftsordnung für die Delegiertenversammlung, Finanzielle Entwicklung

Vizepräsident Bruno Waldvogel trug die vom Vorstand vorgeschlagenen Ergänzungen der Satzung und der Geschäftsordnung vor, die dem Erhalt der Handlungsfähigkeit der Kammer in unvorhergesehenen Situationen wie der derzeitigen Corona-Pandemie dienen sollen. Der Vorschlag des Vorstands beinhaltete die Möglichkeit der Durchführung von virtuellen Delegiertenversammlungen (Online-Versammlungen), ein schriftliches Abstimmungsverfahren der Delegiertenversammlung ohne Sitzung sowie ein Notfallentscheidungsrecht des Vorstands. Die DV stimmte dem Antrag des Vorstands nach engagierter Diskussion zu. Damit wird die Kammer und die DV auch in unvorhersehbaren Not- oder Krisensituationen handlungsfähiger und flexibler. Die Möglichkeit der Durchführung der DV als Online-Versammlung dient aktuell dem Infektionsschutz, bietet gleichzeitig aber auch weitere positive Aspekte, wie z. B. Kostensenkung, Zeitersparnis und Klimaschutz, da An- und Abreise der Delegierten aus ganz Bayern entfallen.

Die Delegiertenversammlung nahm außerdem den Jahresabschluss 2019 an, entlastete Vorstand und Geschäftsführung und stimmte dem Haushaltsplan 2021 zu.

Weiterbildungsordnung: Übergangsregelungen verlängert

Die Delegiertenversammlung beschloss eine Verlängerung der Übergangsregelungen der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung (WBO) für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in den Bereichen der Systemischen Therapie und der Klinischen Neuropsychologie. Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker erläuterte, dass diese Übergangsregelungen u. a. die Anerkennung der Zusatzbezeichnungen in den entsprechenden Bereichen sowie die Zulassung von Weiterbildungsstätten betreffen. Durch die Verlängerung der Geltung dieser Übergangsregelungen solle für möglichst viele Mitglieder die Erlangung einer Abrechnungsgenehmigung im Bereich der Systemischen Therapie erleichtert werden. Darüber hinaus unterstützt eine Verlängerung der Übergangsbestimmungen eine Stärkung der Strukturen

in der Systemischen Therapie und der Klinischen Neuropsychologie.

Außerdem berichtete Anke Pielsticker vom Beschluss des 37. Deutschen Psychotherapeutentags (DPT) zur Erweiterung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) um den Bereich Sozialmedizin.

Große Nachfrage an Veranstaltungen zu Selbsthilfe und Psychotherapie: Wiederholungstermin wieder ausgebucht!

Seit mehreren Jahren läuft die Zusammenarbeit der PTK Bayern mit der Selbsthilfekoordination Bayern e. V. (SeKo), die auch im Jahr 2021 weitergeführt wird. Ende 2020 fanden zwei Online-Infoveranstaltungen statt, die dem Austausch zwischen Psychotherapeuten, Selbsthilfeaktiven und Selbsthilfe-Mitarbeitern dienten. Beide Veranstaltungen waren innerhalb kürzester Zeit ausgebucht und wurden daher im Januar 2021 kurzerhand erneut angeboten. Auch diese Wiederholungstermine wurden stark nachgefragt und waren wieder ausgebucht.

In der Informationsveranstaltung „Selbsthilfe informiert Psychotherapie", die sich primär an Psychotherapeuten richtete, informierten drei Selbsthilfeaktive über die Konzepte und Arbeitsweisen ihrer Selbsthilfegruppen zu den Themen Zwang, Psychose und Depression. Eine Mitarbeiterin des Selbsthilfezentrums München stellte außerdem die Tätigkeit von Selbsthilfekontaktstellen am Beispiel München vor. Zahlreiche Fragen wurden beantwortet und zeigten das große Interesse der Psychotherapeuten an der konkreten Arbeit der Selbsthilfe und an dem Wunsch einer engeren Vernetzung.

Die Veranstaltung „Psychotherapie informiert Selbsthilfe" richtete sich vor allem an interessierte Menschen aus Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen. Es wurden Basisinformationen rund um das Thema Psychotherapie vermittelt und Vertreter der unterschiedlichen Richtlinienverfahren stellten die Grundlagen und Arbeitsweisen der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren vor. Da das Veranstaltungsformat bei allen Beteiligten gut angekommen ist, werden bereits weitere Termine geplant.

Aktuelles aus der Kommission „Psychotherapie in Institutionen": Wie mit dem Spannungsverhältnis zwischen Berufs- und Dienstrecht umgehen?

Mitglieder der PTI-Kommission und Gäste tauschten sich aus. V. l. n. r.: 1. Reihe: Maria Schwitalla, Heiner Vogel, Christian Hartl, 2. Reihe: Ulla Schaller, Monika Sommer, Bruno Waldvogel, 3. Reihe: Beate Leinberger, Agnes Mehl, Gabriele Tavan, 4. Reihe: Thomas Schmidt, Willi Drach (Foto: Vogel)

Die Kommission „Psychotherapie in Institutionen" der PTK Bayern hatte bei ihrer Sitzung am 25. Januar 2021 zwei wichtige Themen. Zunächst ging es um das häufige Spannungsverhältnis von Berufsrecht und Arbeits- bzw. Dienstrecht und die Frage, wie die Kammer bzw. die Berufsordnung Kollegen diesbezüglich unterstützen kann. Zu dieser Frage war Willi Drach, langjähriger Betriebsratsvorsitzender des kbo-Heckscher-Klinikums in München, als Gast eingeladen. Er führte anhand von Beispielen in das Thema ein und wies auf Situationen hin, in denen Weisungen von Vorgesetzten mit fachlichen Vorgaben der Berufsordnung kollidieren können. Dann stellt sich die Frage, wie das im Rahmen der innerbetrieblichen Hierarchie gelöst werden kann. Ausführlich wurde gemeinsam mit Thomas Schmidt, dem Justitiar der Kammer, und dem Vizepräsidenten Bruno Waldvogel darüber beraten, welche Unterstützung angestellte Kollegen in vergleichbaren Situationen erhalten können. Das zweite Thema betraf Vorbereitungen auf die Umsetzung der Weiterbildungsordnung für die Kollegen, die das zukünftige Psychotherapiestudium absolviert haben. Diese werden – so die derzeitigen Pläne – einen Teil ihrer Weiterbildungszeit in entsprechend qualifizierten Einrichtungen des institutionellen Bereichs absolvieren können. Die Kommission begrüßte daher die Initiative des Kammervorstandes, über die Vizepräsident Peter Lehndorfer berichtete, in Gesprächen mit dem bayerischen Sozialministerium, den Jugendämtern, der LAG Erziehungsberatung und den Wohlfahrtsverbänden Umsetzungsmöglichkeiten in der Jugendhilfe zu diskutieren. Die Kommission möchte diese Entwicklung nachhaltig unterstützen und plant dazu im Sommer eine Info-Veranstaltung für KJP und PP in der Jugendhilfe.

BY

Hinweis auf amtliche Verlautbarungen der Kammer

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

Am 14. Februar 2020 wurden folgende Verlautbarungen veröffentlicht:

- Änderungen der Berufsordnung und der Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Bayerns
- Erlass einer Fortbildungsordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Am 17. Dezember 2020 wurden folgende Verlautbarungen veröffentlicht:

- Änderungen der Satzung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Geschäftsordnung für die Delegiertenversammlung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Änderung der Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Bayerns

Die vollständigen Verlautbarungen finden Sie unter

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

Kurznachrichten

Kurz und Knapp – Aktivitäten der Kammer

Im Folgenden werden Aktivitäten und Veranstaltungen, an denen Kammervertreter teilgenommen haben, kurz vorgestellt.

++ Vorstandsmitglied Brigit Gorgas nahm am 26. Januar 2021 für die PTK Bayern an der konstituierenden Sitzung der Lenkungsgruppe zur **Überarbeitung der Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen** in Bayern teil, die das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege einberufen hat. ++

++ Ende Januar traf sich der Vorstand mit den **Sprechern der Direktoren der psychiatrischen Kliniken in Bayern**. Dabei wurde die Ausgestaltung der zukünftigen psychotherapeutischen Weiterbildung insbesondere im stationären Bereich erörtert. Ende des letzten Jahres fand eine Besprechung mit den **Sprechern der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Bayern** mit der gleichen Themenstellung statt. ++

++ Am 29. Januar 2021 fand die **Berufsrechtskonferenz** der Landespsychotherapeutenkammern statt. Kammervertreter tauschen sich hierbei zu aktuellen berufsrechtlich relevanten Themen aus – dieses Jahr u. a. zu berufsrechtlichen Implikationen bei der Durchführung von Online-Therapien, über beispielhafte Berufsrechtsverfahren und Fragen zum Datenschutz, z. B. hinsichtlich der elektronischen Patientenakte sowie Ton- und Videoaufzeichnungen in Ausbildungsambulanzen. ++

Bevorstehende Veranstaltungen

Veranstaltungen der PTK Bayern werden bis August 2021 als Online-Veranstaltungen geplant. Für aktuelle Informationen besuchen Sie bitte unsere Homepage www.ptk-bayern.de.

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Die Dynamik der Transition – Überlegungen aus der aktuellen Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Wir alle vollbringen in Zeiten von Corona eine große Anpassungsleistung, suchen und beschreiten neue Wege. Alles scheint im unaufhaltsamen Fluss der Veränderung. Wir sind herausgefordert, haben Ängste, die wir auch abwehren. Über welchen Mechanismus, das entspricht unserer individuellen Lebensgeschichte. Wir stehen vor neuen fachpolitischen Herausforderungen, die Rückwirkungen haben werden. Die geplante Anhebung des Transitionsalters wirft viele Fragen auf, die wir kontrovers diskutieren. Die Vielschichtigkeit kann hier leider nicht ausreichend breit dargestellt werden.

Alt vs. neu, Veränderung oder Bewahrung, entwedervoder – sowohlvals auch …
Wo ist ein Mitdenken, Diskutieren erwünscht, wo ist längst entschieden, wie was sein soll, sein wird? Wer entscheidet?

Alles ist im Übergang befindlich und wir sind mittendrin. Die Blickwinkel auf die Frage, wer wen behandeln kann, sollte, werden wohl bedingt von Notwendigkeiten, aber auch unseren Ausbildungen, der beruflichen Praxis, Erfahrungen, wirtschaftlichen und auch eigenen, (un)bewussten Motiven hinsichtlich der Entscheidung, mit welchen Zielgruppen wir arbeiten.

Die Diskussion um eine mögliche Anhebung des Transitionsalters von 21 Jahren auf … wie viel Jahre (?) ist u. a. eng an die Diskrepanz von Entwicklungs- versus Lebensalter und die neurobiologischen Umbauprozesse in der Adoleszenz gekoppelt. Aber sie wirft auch die Frage auf, wer wen wann wie lange behandeln darf, wer wofür ausgebildet ist und sich persönlich befähigt fühlt.

Ich möchte Überlegungen aus der Alltagspraxis mit Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen einbringen.

24 Jahre Arbeit im erwachsenenpsychiatrischen Bereich liegen hinter mir. Viele Jahre lag mein Fokus auf den Besonderheiten der Adoleszenz sowie den Familiendynamiken. In all den Jahren entstand in mir der Wunsch, so früh wie möglich auf die Gesundung der Interaktion zwischen Kindern und Eltern abzuzielen, damit Kinder und Heranwachsende bindungsgestärkt die herausfordernden Entwicklungsaufgaben der einzelnen Altersschritte bewältigen können in sich rapide verändernden, dichten gesellschaftlichen Prozessen.

Dies war mein Motiv dafür, mich noch einmal für die Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ausbilden zu lassen. Mein Praxisalltag ist bunt, herausfordernd, zeitlich intensiv. Wenn Erwachsenentherapeuten mich zur Intervision einladen, muss ich meist passen, da mein Tag entsprechend der Altersgruppen gegliedert ist. Morgens und vormittags kommen die Eltern mit ihren Säuglingen und Kleinkindern, ab frühen Nachmittag die Kindergarten- und Grundschulkinder, zu später Stunde die Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Aber auch die Elternstunden, die Gespräche mit den Betreuern aus Wohngruppen, Ärzten, Lehrern gehören dazu, das Besorgen und Bereitstellen von therapeutischen Spielmaterialen und das Aufräumen. Eltern mit ihrem eigenen komplexen Alltag haben selten Zeit, sich meiner Zeitstruktur anzupassen. Die zehn Minuten zwischen den Stunden existieren nicht, denn meist sind die Kleinen zu früh da, nicht wartefähig oder müssen erst in einem längeren Prozess befähigt werden, pünktlich wieder zu gehen. Wenn wir kleine Kinder oder auch kognitiv eingeschränkte Jugendliche mit ihren umfassenden, umgebenden Systemen begleiten, sind wir zudem mit der Wucht unregulierter Affekte konfrontiert, mit aktuellen Missbrauchs- und Gewaltsituationen, Fragen des Kinderschutzes. Das alles muss dokumentiert und rechtlich abgesichert sein. Kommt der Nachmittag, freue ich mich auf die Intellektualisierungen mit den jungen Erwachsenen, die mich anders fordern als die Kleinen. Aufgrund ihrer Volljährigkeit fällt der Druck der rechtlichen Mitverantwortung weg. Die Abwehr und der Kampf um die Autonomie und Bezogenheit, die Ambivalenzen sind nicht weniger anstrengend, aber der Aspekt der intensiven Bezugspersonen- und Netzwerkarbeit und rechtlichen Mitverantwortung entfällt oft.

Seit ich Säuglinge behandle, habe ich das Gefühl, dass ich die intrapsychischen und interpersonellen Konflikte, aber vor allem auch die Strukturmängel besser verstehe. Ich fühle mich, gerade in der Behandlung von volljährigen Jugendlichen mit einer Borderline-Entwicklungsstörung, gewappneter, denn immer geht es um das Frühe, das wir in die Behandlungsplanung integrieren müssen.

Es geht also bei Weitem nicht nur um die Frage „21+“, sondern auch um Bedarfe und Rahmenbedingungen, aber auch die persönlichen Umstände von Therapeuten, was wer wann leisten kann.

Werden genügend Kollegen übrigbleiben, die sich der Kleinen und der nö-

tigen Netzwerkarbeit annehmen? Wir müssen die Zusammenhänge weiterdenken und diskutieren. Übergänge: wie schaffen und begleiten wir sie gut? Transition ist ein dynamischer Prozess, der auch kontextabhängig ist.

Carmen Eger, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP).

Tätig an der IPU Berlin, Supervisorin und Dozentin in Berlin und niedergelassen in eigener Praxis in Templin; Delegierte der Berliner Psychotherapeutenkammer.

Neue Kinderschutzbeauftragte der PTK Berlin: Andrea S. Kaden

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin dankt dem bisherigen Kinderschutzbeauftragten Herrn Peter Ellesat, der nach fünf Jahren engagierter ehrenamtlicher Tätigkeit von diesem Amt zurücktritt.

Als Nachfolgerin berief der Vorstand zum 1. Februar 2021 Frau Andrea S. Kaden.

Kinderschutzbeauftrage Andrea S. Kaden

Frau Kaden arbeitet seit fast 30 Jahren im Kinderschutz-Zentrum Berlin, davon über 25 Jahre in der milieutherapeutischen Kinderwohngruppe mit traumatisierten Kindern und seit 2018 in der Beratungsstelle des Kinderschutz-Zentrums in Hohenschönhausen. Frau Kaden ist Sozialpädagogin, Diplom-Psychologin und approbierte KJP (TfP) und verfügt über viel Erfahrung in der Arbeit mit misshandelten, missbrauchten und vernachlässigten Kindern und deren Eltern. Zudem hat sie einige Jahre Sachverständigengutachten mit dem Schwerpunkt Kindeswohlgefährdung und Umgangsregelungen bei hochstrittigen Eltern für das Familiengericht verfasst.

Frau Kaden ist eine zertifizierte „insofern erfahrene Fachkraft" (gemäß § 8a/8b SGB VIII). Als ehrenamtliche Kinderschutzbeauftragte ist Frau Kaden Ansprechpartnerin für die approbierten Kollegen (und den Vorstand der Kammer) in Fragen des Kinderschutzes.

Im § 4 KKG (des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz) wurden die Pflichten und Rechte von „Geheimnisträgern" bei Kindeswohlgefährdung geregelt: Sie sollen, wenn ihnen „gewichtige Anhaltspunkte" für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden, diese Situation mit den Eltern und Kindern/Jugendlichen erörtern und (soweit erforderlich) „auf Hilfen hinwirken" (§ 4 Abs. 1 KKG). Dies sollen sie nur dann tun, wenn „hierdurch der wirksame Schutz des Kindes nicht infrage gestellt wird". Um dies einzuschätzen, haben sie Anspruch auf die Beratung durch eine „insofern erfahrene Fachkraft" (Abs. 2), denen sie die notwendigen Daten pseudonymisiert übermitteln dürfen. Wenn eine Gefahrenabwehr ihrer Einschätzung nach anders nicht möglich ist, sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren und die erforderlichen Daten mitzuteilen (§ 4 Abs. 3 KKG). Soweit die Formulierungen des Gesetzestextes.

Allein diese zitierten Formulierungen werfen viele Fragen auf, Unsicherheiten ob des Graubereiches und der Grenze, wann der Schutz des Kindes/Jugendlichen nur noch durch eine Meldung an das Jugendamt gewährleistet werden kann.

Erschwerend kommt hinzu, dass Kinder oder Jugendliche dann therapeutisch behandelt werden, wenn bereits Auffälligkeiten vorliegen. Diese Symptome können ganz unterschiedlichen Ursprungs sein und beispielsweise in einer Entwicklungsstörung des Kindes, der Familiendynamik, Traumatisierungen oder auch durch die Gefährdung durch die Eltern begründet sein. Im Laufe der Therapie wird außerdem sichtbar, ob die Eltern bereit und in der Lage sind, mitzuarbeiten, sich umzustellen und Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Aber auch in der Therapie Erwachsener können sich Fragen des Kinderschutzes eröffnen, wenn beispielsweise die Patienten als Eltern das Wohl ihrer Kinder nicht gewährleisten können.

Die gesetzlich vorgesehene Beratung kann inhaltlich vielfältig gestaltet sein: Da ist die konkrete Gefahreneinschätzung, die Vorbereitung auf das Elterngespräch, des Weiteren Informationen über andere Dienste und Hilfen sowie das Planen von Interventionen. Schließlich sind die emotionale Entlastung des Therapeuten sowie das Aufzeigen der Grenzen der Arbeit ein weiterer möglicher Aspekt.

Da Sie als Therapeut verantwortlich bleiben in der anstehenden Entscheidung, wie der Kinderschutz zu gewährleisten ist, sind auch mehrmalige Beratungen, auch bei verschiedenen „insofern erfahrenen Fachkräften", möglich und manchmal notwendig.

Die Beratung ist für die Mitglieder der Kammer kostenlos, sie erfolgt persönlich oder telefonisch, wenn erwünscht auch anonym.

Kontakt:

kinderschutzbeauftragte@psychotherapeutenkammer-berlin.de oder a.kaden@kszb.de

Kinderschutz-Zentrum
Telefon: 030/683911–0
Durchwahl: 030/683911–43

Dipl.-Psych. Andrea S. Kaden, Kinderschutz-Zentrum Berlin e. V.

Freiwillige Mitgliedschaft für PiA in der Psychotherapeutenkammer Berlin

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, das am 15. November 2019 verabschiedet wurde, ändert sich vieles für unsere zukünftigen Kollegen. Inzwischen gibt es an den deutschen Universitäten einen Studiengang Psychotherapie, der mit der Approbation abschließt. Dessen Absolventen werden also gleich nach dem Studium, noch bevor sie ihre Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten in den verschiedenen Verfahren beginnen, Pflichtmitglieder unserer Kammer werden. Für die Kollegen, die nach dem bisher geltenden Gesetz eine Ausbildung zum Psychotherapeuten begonnen haben oder beginnen werden, gibt es eine Übergangsregelung. Die Approbation erhalten sie erst nach dem Ende ihrer Ausbildung. Somit wird es in naher Zukunft junge Kollegen geben, die Mitglieder der Kammer sind, obwohl sie erst am Anfang ihrer Weiterbildung stehen, und andere junge Kollegen, die in ihrer Ausbildung schon weiter sind, aber nicht Mitglieder der Kammer sein dürfen. Diese zukünftigen Psychotherapeuten waren in großer Sorge, aus dem Blickfeld der Berliner Kammer zu geraten und marginalisiert zu werden. Sie strebten daher eine Änderung des bisherigen Gaststatus in einen Status an, der ihnen mehr Mitspracherechte in der Kammer ermöglichen sollte. Mit der Änderung des Berliner Heilberufekammergesetz vom 2. November 2018 eröffnete sich die Möglichkeit, einen anderen Status der Mitgliedschaft für solche Personen einzuführen, die noch nicht Berufsangehörige sind.

Der Prozess

Es war ein schwieriges, zähes Ringen, das über ein Jahr dauerte. Alle Beteiligten, die PiA-Vertreterinnen, die Delegierten und der Vorstand setzten sich in den Fraktionen, den Ausschüssen, der Delegiertenversammlung (DV) und in einem Workshop intensiv und ernsthaft mit den unterschiedlichen Wünschen, Argumenten und Modellen auseinander. Vieles musste in seinen Implikationen und auch im rechtlichen Rahmen gründlich bedacht werden. Wie häufig in der Kammerarbeit, war die Kompromiss- und Einsichtsfähigkeit der Mitwirkenden sehr gefordert. Langsam bildeten sich Einigungsmöglichkeiten heraus, die der Vorstand schließlich in einem Antrag zusammenfasste, der den Delegierten in der virtuellen DV am 21. November 2020 zur Abstimmung vorgelegt wurde. In geheimer Briefwahl stimmten von den 38 stimmberechtigten (anwesenden) Delegierten 32 mit Ja, 6 mit Nein bei 0 Enthaltungen. Damit war der Antrag mit der erforderlichen 2/3-Mehrheit angenommen.

Der Beschluss

- PiA können ab ihrem Ausbildungsbeginn die freiwillige Mitgliedschaft in der Kammer beantragen. Der Status endet mit der Approbation oder durch Kündigung.
- Bis zum Erhalt der Behandlungserlaubnis müssen sie keine Mitgliedsbeiträge zahlen, danach unterliegen sie der Beitragspflicht nach Maßgabe der Beitragsordnung der Kammer.
- Freiwillige Mitglieder unterliegen, da sie keine Berufsangehörigen sind, nicht der Berufsaufsicht der Kammer. Diese liegt bei den Ausbildungsinstituten. Sie unterliegen aber der Meldeordnung und der Schlichtungsordnung.

Quotierungs-Regelung

Die freiwilligen Mitglieder bilden einen eigenen Wahlkörper (Liste). Sie sind wahlberechtigt und wählbar zur Delegiertenversammlung der Kammer. Aus dieser Liste können drei Vertreter Mitglieder der DV werden. (Die DV besteht aus 45 gewählten Delegierten. 42 werden nach dem Grundsatz der Verhältniswahl allein von den Pflichtmitgliedern gewählt. Drei der 45 gewählten Mitglieder werden als Vertreter der freiwilligen Mitglieder allein von diesen Mitgliedern gewählt.)

- Freiwillige Mitglieder sind weder in den Vorstand noch als Ausschusssprecher wählbar. Sie dürfen auch nicht die Personen für diese Ämter mitwählen.
- Die drei gewählten freiwilligen Mitglieder haben Stimmrecht in der DV und im jeweiligen Ausschuss, dem sie angehören.
- Die drei gewählten freiwilligen Mitglieder erhalten für ihre ehrenamtliche Tätigkeit eine Entschädigung nach der Entschädigungsordnung der Kammer.

Das Fazit

Liebe Kolleginnen und Kollegen, mit dieser Entscheidung haben wir dem Nachwuchs in unserer Kammer, der nach der bisherigen Ausbildungsordnung ausgebildet wird, ein Mitspracherecht eingeräumt. Es ist quotiert, da die Psychotherapeuten in Ausbildung noch keine Berufsangehörigen sind. Zahlreiche andere Kammern im Bundesgebiet haben schon seit vielen Jahren ähnliche oder auch weitreichendere Mitspracherechte für den Nachwuchs. Vielleicht wird unter diesen Vorrausetzungen die Mitarbeit in der Kammer für unsere jungen Kollegen attraktiver. Das würde uns freuen!

Die Bitte

Bitte weisen Sie die PiA (an den Instituten oder in anderen Kontakten) auf die Option der freiwilligen Mitgliedschaft hin und auch auf die Möglichkeit, sich über die Liste der freiwilligen Mitglieder in die Kammer wählen zu lassen. Die Kontaktaufnahme kann über unser Sekretariat info@psychotherapeuenkammer-berlin.de oder die Adresse pia@psychotherapeutenkammer-berlin.de erfolgen.

gez. Vorstand der PTK Berlin

Geschäftsstelle

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

PK BREMEN
PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER BREMEN

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

42. Kammerversammlung unter Pandemiebedingungen

Die Präsidentin Amelie Thobaben eröffnete am 17. November 2020 die 42. Kammerversammlung, die dieses Mal unter besonderen Bedingungen stattfand. Aufgrund der Corona-Pandemie konnte die Kammerversammlung nicht in den üblichen Räumlichkeiten der Weserterrassen stattfinden, da dort der Mindestabstand zwischen den angemeldeten Kammermitgliedern nicht hätte eingehalten werden können. Als alternativer Veranstaltungsort konnte das Haus im Park auf dem Gelände des Klinikums Bremen-Ost angemietet werden, sodass alle Corona-Hygienemaßnahmen gewährleistet werden konnten.

An der Kammerversammlung nahmen insgesamt 19 Mitglieder inklusive des Kammervorstands teil. Der thematische Schwerpunkt der 42. Kammerversammlung lag dabei auf formalen Aspekten wie bspw. dem Haushaltsplan für 2021, Nachwahlen und Satzungsänderungen, um die Handlungsfähigkeit des Vorstands während der Corona-Pandemie weiterhin gewährleisten zu können. Die inhaltliche Arbeit des Vorstands war bereits ausführlich auf der Online-Informationsveranstaltung am 4. November 2020 im Vorfeld der Kammerversammlung dargestellt worden, die auf großes Interesse stieß (siehe dazu die vorherige Ausgabe des PTJ).

Kammerversammlung im Haus im Park

Finanzen

Franca Collmann, Vorsitzende des Finanzausschusses, stellte den Jahresabschluss 2019 vor, berichtete von den Beratungen im Ausschuss und stand für mögliche Rückfragen der Mitglieder zur Verfügung. Da es keine Nachfragen gab, konnte Frau Collmann den Antrag auf Entlastung des Vorstands stellen, dem die anwesenden Mitglieder mit großer Mehrheit zustimmten.

Franca Collmann

Anschließend stellte Christoph Sülz für den Vorstand den Haushaltsplan für 2021 vor und erläuterte einzelne Posten näher. Nachfragen aus der Mitgliederschaft gab es keine und auch der Finanzausschuss befürwortete den Haushaltsplan, nachdem dieser im Vorfeld geprüft worden war. Dem Antrag auf Festlegung des prozentualen (unveränderten) Hebesatzes sowie dem Haushaltsplan wurde wiederum einstimmig von Seiten der anwesenden Mitglieder zugestimmt.

Nachwahlen

Es standen zwei Nachwahlen, zum einen für den Vorstand und zum anderen zum DPT-Delegierten, an. Es wurde zunächst eine Wahlkommission gebildet, für die sich aus der Mitgliederschaft Frau Dr. Hatice Ecirli und Frau Prof. Dr. Nina Heinrichs zur Verfügung stellten.

Prof. Dr. Heinrichs (links) und Dr. Ecirli (rechts) bei der Auszählung der Stimmen

Für die Nachwahl eines fünften Beisitzers im Vorstand kandidierte als einziges Mitglied Anne-Lina Mörsberger, die bisher kooptiertes Vorstandsmitglied war. Frau Mörsberger stellte sich in einer Rede zu ihrer Kandidatur den Mitgliedern vor und wurde anschließend mit großer Mehrheit gewählt. Damit ist der Vorstand wieder komplett und gewinnt mit Frau Mörsberger eine Kollegin, die sowohl in systemischer Therapie approbiert als auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin ist.

Anne-Lina Mörsberger bei ihrer Rede zur Kandidatur als Beisitzerin

In der zweiten Nachwahl des Abends wurde Dr. Christoph Sülz einstimmig als Delegierter für den Deutschen Psychotherapeutentag gewählt.

Außerdem stimmte die Kammerversammlung der Vorschlagsliste für die ehrenamtlichen Beisitzer für das Berufsgericht und den Gerichtshof für die Heilberufe zu. Der Vorstand dankt allen Kollegen, die sich für die verschiedenen ehrenamtlichen Ämter zur Verfügung gestellt haben.

Neue Anforderungen an die Kammer

Die zunehmenden Aufgaben sowie die steigende Zahl der Mitglieder stellen die kleine Bremer Kammergeschäftsstelle vor große Herausforderungen. Gemeinsam berieten Vorstand und Kammerversammlung über mögliche strukturelle Veränderungen. Weiteres dazu können die Kammermitglieder dem Protokoll zur Kammerversammlung entnehmen.

Satzungsänderung

Der Kammervorstand legte der Kammerversammlung einen Antrag auf Satzungsänderung vor, der aufgrund der Corona-Pandemie notwendig geworden war. Durch die Satzungsänderung sollte es ermöglicht werden, Abstimmungen auch im schriftlichen Beschlussverfahren durchführen zu können, wenn es aufgrund besonderer Umstände wie der Corona-Pandemie nicht möglich sein sollte, die vorgesehene jährliche Kammerversammlung durchzuführen. Bisher war dies nicht möglich, sodass das Risiko bestand, dass der Vorstand hätte handlungsunfähig werden können, z. B. wenn über den Haushaltsplan nicht abgestimmt werden könnte. Nach ausführlicher Diskussion sowie ergänzenden Erläuterungen des Kammerjustiziars Herr Rasehorn stimmte die Kammerversammlung der Satzungsänderung sowie der damit notwendigen Änderung der Geschäftsordnung einstimmig zu.

Abschließend stimmte die Kammerversammlung auch der Änderung der Fortbildungsordnung zu, die vom Fort- und Weiterbildungsausschuss erarbeitet und von Dr. Rosa Steimke vorgestellt worden war.

Amelie Thobaben bedankte sich bei allen Anwesenden für ihr Kommen wie auch die Unterstützung und schloss die Kammerversammlung coronabedingt leider vermutlich erstmals ohne anschließendes kollegiales Zusammensein.

Online-Informationsveranstaltung zum neuen Bachelor- und Master-Studiengang an der Universität Bremen

Am 19. Januar 2021 fand eine Online-Informationsveranstaltung zu „Studiengänge Psychologie an der Universität Bremen – Praktika und Berufsqualifizierende Tätigkeiten“ statt, die auf großes Interesse bei den Kollegen stieß.

Frau Prof. Dr. Nina Heinrichs stellte die Entwicklung der Studiengänge in Bremen vor. Dazu gehört auch die Frage danach, wie ein gutes Auswahlverfahren für Studierende, die den zukünftigen Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie absolvieren möchten, gelingen kann, das mehr als nur die Abschlussnoten berücksichtigt. Wir freuten uns darüber, dass es in Bremen gelingen soll, eine Ausbildung mit evidenzbasierter Verfahrensvielfalt (z. B. mit psychodynamischer Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemischer Therapie und Neuropsychologi-

Prof. Dr. Nina Heinrichs mit Teilnehmerinnen der Online-Informationsveranstaltung

scher Psychotherapie) im Studium vorzuhalten. Dafür sollen Psychotherapeuten mit entsprechenden Fachkunden im Studium mitarbeiten.

Ein besonderer Schwerpunkt der Informationsveranstaltung lag auf der konkreten Umsetzung der Praktika und berufspraktischen Einsätzen („berufsqualifizierende Tätigkeiten") während des Studiums. Den Kammerangehörigen wurden die Möglichkeiten aufgezeigt, wie sie sich konkret in der Ausbildung der Studierenden beteiligen können und so auch damit dazu beitragen, dass Studierende eine Möglichkeit haben, Verfahrensvielfalt lebendig kennenzulernen.

Einerseits gäbe es Vorgaben aus der Approbationsordnung, was Praktikanten erleben, begleiten und unter Anleitung und Aufsicht durchführen sollen, andererseits wurde deutlich, dass es auch kreative Gestaltungsspielräume gibt, die sich an dem Angebot der Praxen orientiert. Praktika können auch in Teilzeit erbracht werden.

In einer weiteren Veranstaltung sollen Ideen und Best-Practice-Beispiele vorgestellt und miteinander ausgetauscht werden.

Einen Überblick über die Anforderungen an Praktika im Bachelorstudiengang finden Sie im Modulhandbuch und der Praktikumsordnung für den Bachelorstudiengang Psychologie auf der Homepage der Universität Bremen.

HB

Bremer CDU-Landesvorsitzender Carsten Meyer-Heder zu Besuch in einer psychotherapeutischen Praxis

Im Januar besuchte Carsten Meyer-Heder, Landesvorsitzender der CDU Bremen, die Praxengemeinschaft der Kammerpräsidentin Amelie Thobaben, um sich über die Arbeitssituation von Psychotherapeuten zu informieren. Herr Meyer-Heder war beeindruckt von den vielfältigen Anwendungsbereichen und Tätigkeitsfeldern, die er exemplarisch in der Praxengemeinschaft erfahren konnte.

Ein besonderes Interesse lag auf der Frage, wie die Digitalisierung in psychotherapeutischen Praxen ankommt. Amelie Thobaben sieht Chancen in der Digitalisierung, z. B. durch die sichere Übermittlung von e-Arztbriefen. Sie konnte jedoch auch darstellen, wie schwierig es v. a. für kleine vertragspsychotherapeutische Einzelpraxen ist, alle technischen Anforderungen zu erfüllen. Sie formulierte ihre Skepsis darüber, ob es genügend KBV-zertifizierte Dienstleister zur Umsetzung der IT-Sicherheitsrichtlinie für die Vertragspsychotherapeuten geben wird. Frau Thobaben konnte die Schwierigkeiten erläutern, die die Landeskammern ganz aktuell damit haben, die Digitalisierung durch Ausgabe der elektronischen Psychotherapeutenausweise zu unterstützen. Sie sprachen auch über das Problem der digitalen Gesundheitsanwendungen. Für

Kammerpräsidentin Amelie Thobaben mit Carsten Meyer-Heder, Bremer Landesvorsitzender der CDU (Foto: Paula Emigholz)

die Sicherheit der Patienten sowie aus Gründen der Wirtschaftlichkeit braucht es nach Meinung von Amelie Thobaben einen Wirksamkeitsnachweis sowie ein fachlich abgesichertes Verordnungsverfahren und überprüften Datenschutz.

Politischer Austausch mit Mitgliedern der Partei „Die Linke“

Am 9. Dezember 2020 trafen sich Amelie Thobaben, Eva John und Johannes Lindner als Vertreter des Kammervorstands per Videokonferenz mit den beiden „Die Linke“-Politikern Nelson Janßen, Abgeordneter der Bremer Bürgerschaft und stellvertretender Sprecher der Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz, und Charlotte Schmitz, wissenschaftliche Mitarbeiterin für Gesundheit.

Das Treffen fand im Nachgang zur Anhörung der Bremer Gesundheitsdeputation zur Novellierung des Bremer Krankenhausgesetzes Ende August statt, bei dem es zu einem ersten kurzen Kennenlernen zwischen Amelie Thobaben und Nelson Janßen gekommen war.

Über das persönliche Kennenlernen hinaus gab es einen interessanten lebendigen Austausch über verschiedene (berufs-)politische Themen und gemeinsame Felder in der Gremienarbeit: Die Versorgungssituation in Bremen, Patientenschutz bei den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und die zukünftige Weiterbildung der Psychotherapeuten. Das Treffen wurde von allen Teilnehmern als positiv wahrgenommen und es bestand Interesse an einem weiteren Austausch.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Dr. Kim Sarah Heinemann, Eva John, Amelie Thobaben.

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/277200–0
Fax: 0421/277200–2
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo., Di., Do., Fr.: 10.00–12.00 Uhr
Mi.: 13.00–15.00 Uhr

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer HAMBURG

Bericht zur 80. Delegiertenversammlung

Am 25. November 2020 fand die 80. Sitzung der Delegiertenversammlung (DV) der PTK Hamburg unter Einhaltung von Hygiene- und Schutzmaßnahmen entsprechend der Senatsverordnung zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie im Theatersaal des Rudolf-Steiner-Hauses statt. Die DV war mit 20 anwesenden Delegierten beschlussfähig.

Nach Eröffnung und Begrüßung der Delegierten verabschiedete Präsidentin Heike Peper zunächst Sandra-Catherine Päpper, die aufgrund ihrer Schwangerschaft aus der DV ausscheidet, und dankte ihr für ihr Engagement. Als ihre Nachfolgerin wurde Dr. Barbara Brandauer begrüßt, die als Gast anwesend war. Ebenfalls verabschiedet wurde Anne Giorelli, die als Vertreterin des öffentlichen Gesundheitsdienstes der DV angehörte.

Bericht des Vorstandes

Im Bericht des Vorstandes wurde u. a. über die Suche nach neuen Geschäftsräumen für die Kammer berichtet. Die Vergrößerung der Geschäftsstelle ist aufgrund der mit der Ausbildungsreform verbundenen Zunahme der Aufgaben der Kammer nötig. Zum 1. Februar 2021 wurde eine Juristin in Teilzeit eingestellt, die im Schwerpunkt mit der Entwicklung und Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen der neuen Weiterbildung beschäftigt sein wird. Darüber hinaus soll 2021 ein wissenschaftlicher Referent für den Bereich Weiterbildung eingestellt werden.

Weiterhin berichtete Heike Peper vom 37. Deutschen Psychotherapeutentag am 13./14. November 2020, der erstmals online stattfand. Die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) wurde hinsichtlich ihres Paragraphenteils diskutiert und Meinungsbilder zu den kontroversen Punkten erhoben. Als einziger Beschluss wurde mit großer Mehrheit die „Neuropsychologische Psychotherapie" als ein zusätzliches Weiterbildungsgebiet befürwortet.

Darüber hinaus wurde die Erweiterung der MWBO um den Bereich „Sozialmedizin" befürwortet. In Hamburg wird zu überlegen sein, ob diese Erweiterung auch in die Hamburger Weiterbildungsordnung (WBO) übernommen werden soll. Mit einer Weiterbildung im Bereich „Sozialmedizin" könnten sich neue Arbeitsbereiche für Kammermitglieder eröffnen.

Haushaltsplan 2021

Anschließend stellte Dr. Christoph Düring den Haushaltsplan 2021 vor und erläuterte den Delegierten die Planungen. Der Grundbeitrag für Kammermitglieder kann aufgrund der stabilen Haushaltslage erneut um 50 % auf 47,50 € p. a. reduziert werden. Die einkommensabhängigen Beitragssätze bleiben unverändert. Der Haushaltsausschuss hatte dem Haushaltsentwurf 2021 und dem Beschlussvorschlag zugestimmt. Die DV dankte für die transparente Vorbereitung und nahm den Haushaltsplan einstimmig an.

Ethikkommission

Als neues Mitglied der Ethikkommission stellte Gitta Tormin Ute Rutter vor, die zukünftig als ihre Stellvertreterin in der Kommission mitarbeiten wird. Sie ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und wurde nach der Vorstellung von der DV bestätigt.

Fortbildungsordnung

Sarah Dwinger und Dr. Helene Timmermann stellten für den Ausschuss für Fort- und Weiterbildung (AFW) Vorschläge zur Überarbeitung der Fortbildungsordnung vor, nachdem Dr. Thomas Bonnekamp einführend die Hintergründe und die Orientierung an der Musterfortbildungsordnung (MFO) erläutert hatte. Der AFW schlägt in verschiedenen Kategorien Abweichungen von der MFO vor, die in der Delegiertenversammlung kontrovers diskutiert wurden. Besonders die mögliche Schlechterstellung gegenüber Mitgliedern anderer Landespsychotherapeutenkammern sorgte für Kontroversen. Es wurden verschiedene Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen und der AFW beauftragt, diese Anregungen erneut zu diskutieren und in einer folgenden DV eine geänderte Beschlussvorlage vorzulegen.

Berufsordnung

Anschließend stellte Torsten Michels den aktuellen Stand der überarbeiteten Berufsordnung (BO) vor. Die bisherigen Anregungen und Änderungen aus der Delegiertenversammlung waren eingearbeitet worden. Um den breit gefächerten Tätigkeitsfeldern der Kammermitglieder gerecht zu werden, wurde von den Delegierten vorgeschlagen, den Begriff „Ratsuchende" durch „Personen, die psychotherapeutische Dienstleistungen in Anspruch nehmen" zu ersetzen. Außerdem wurde die Frage der Dokumentationspflicht für Beratungsstellen diskutiert, d. h. wie Kammermitglieder bei anonymer Beratung handeln sollen, da dort in der Regel keine Dokumentation vorgesehen ist.

Die abschließende Version der BO soll auf der DV im Februar 2021 vorgelegt und verabschiedet werden.

GT

Interview mit dem Vorsitzenden des Arbeitskreises „Migration und Psychotherapie“, Prof. Dr. Mike Mösko, Psychologischer Psychotherapeut, Fachkunde Verhaltenstherapie

Welche Aufgaben hat der Arbeitskreis (AK)?

Der AK war das Ergebnis eines Workshops auf dem 4. Hamburger Psychotherapeutentag 2012. Er verfolgt das Ziel, die Versorgung von Menschen mit Flucht- oder Migrationshintergrund, die in Hamburg leben und unter psychischen Störungen leiden, zu verbessern. Wir verstehen ihn als Runden Tisch für alle Fachpersonen, die an der psychosozialen Versorgung beteiligt sind. Hier werden verschiedene Akteure zusammengebracht, Informationen ausgetauscht, Projekte, Akteure und Fälle vorgestellt sowie Schwierigkeiten identifiziert und Lösungswege erörtert.

Wie viele Mitglieder hat der AK und wie ist die Zusammensetzung? Sind im AK verschiedene Perspektiven vertreten – wäre es wünschenswert?

Dem AK gehören etwa 30 Personen an. Zu den Treffen kommen zwischen 10 und bei besonderen Anlässen 20 Personen. Im Gegensatz zu den meisten anderen Gremien der PTK Hamburg sind im AK auch Nicht-Mitglieder und andere Berufsgruppen aus dem Feld willkommen.

Im AK nehmen für die Behandlung psychisch kranker Geflüchteter ermächtigte Kollegen, niedergelassene Kollegen, Kollegen aus spezialisierten Einrichtungen für die Zielgruppe, aber auch Kollegen der Regelversorgung (Krankenhaus, Beratungsstelle, Schulbehörde etc.) teil.

Um eine zielführende psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden zu ermöglichen, ist gerade das Wissen um die verschiedenen Perspektiven und die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder notwendig.

Hat sich die Gruppengröße bewährt? Wie oft tagt der AK? Würden Sie es begrüßen, wenn der AK an verschiedenen Orten in den jeweiligen Bezirken tagt?

Es hat sich bewährt, vier Mal im Jahr zu tagen. Dabei handelt es sich um offene Termine, an denen alle am Themenfeld Interessierte teilnehmen können.

Die Treffen des AK mit der Besichtigung von anderen Orten in den Bezirken verbinden zu können, wäre wunderbar. Auf der anderen Seite gab es schon mehrere ungewollte Ortswechsel, die zu viel Unruhe führten. Außerdem gelangen Informationen über Ortswechsel nicht immer zu allen. Daher haben wir eine gewisse örtliche Stabilität etabliert. Aktuell treffen wir uns in der denkmalgeschützten ehemaligen Viktoria-Kaserne in Hamburg-Altona, welche sich zu einem lebendigen Ort für Künstler, Gewerbetreibende und soziale Einrichtungen entwickelt hat.

Wieso haben Sie sich für die ehrenamtliche Arbeit im AK entschieden?

Aufgrund des politischen Willens in Deutschland haben Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund keine gleichen und fairen Chancen beim Zugang zum (psychosozialen) Gesundheitssystem. Wie auch für andere marginalisierte Gruppen bedarf es daher einer Lobby, die sich für dieses Grundrecht einsetzt.

Was motiviert Sie? Was interessiert Sie an der AK-Arbeit? Welche positiven Aspekte und welche negativen stecken in einem solchen Ehrenamt?

Schiller hat meine Motivation schön auf den Punkt gebracht: *„Verbunden werden auch die Schwachen mächtig.“* Zudem empfinde ich es für die eigene Arbeit als sehr motivierend und entlastend, mich mit Kollegen zu vernetzen und Zeit für Austausch zu haben. Darüber hinaus bietet die Kammer als Selbstverwaltungsorgan ideale Möglichkeiten für diese Plattform. Als positiv erachte ich die Gestaltungsmöglichkeiten. So hatten wir beispielsweise einmal die Leiterin der Außenstelle des BAMF mit zwei Entscheiderinnen zu Gast und konnten einen fruchtbaren Dialog anregen. Absolut positiv ist für mich auch die Begegnung mit den großartigen Kollegen, die sich leidenschaftlich für Menschenrechte engagieren.

Gibt es nachwuchsrelevante Fragen und Aspekte in dem AK, die eine Rolle spielen?

Das interkulturelle Themengebiet genießt unter den jüngeren Kollegen erfreulicherweise eine gewisse Attraktivität, sodass wir aktuell keine Nachwuchssorgen haben.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den Hauptamtlichen und den Ehrenamtlichen?

Die Zusammenarbeit ist schlicht ideal und die Unterstützung der hauptamtlichen Mitarbeiter der Geschäftsstelle der PTK Hamburg großartig. Zudem funktionieren die Abstimmung und die Kommunikation mit dem Vorstand der Kammer ausgezeichnet.

Mit welchen Themen beschäftigt sich der AK aktuell?

Jahrelang hat uns das Thema der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungskapazitäten begleitet. Glücklicherweise hat sich dies insbesondere durch das bundesweite Modellprojekt „Sprachmittlerpool für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung“ in Hamburg wesentlich verbessert. Seit dem Asylpaket 2 im Jahr 2016 begleitet uns leider dauerhaft das Thema Gutachten bei gesundheitsbedingten Abschiebungshindernissen.

In der kommenden Sitzung des AK werden wir erstmals zwei Richterinnen vom Oberverwaltungsgericht zu Gast haben. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, mit dieser wichtigen Berufsgruppe über verschiedene Themen ins Gespräch zu kommen.

Wie beeinflusst die Corona-Krise die Ausschussarbeit? Haben sich dadurch Arbeitsabläufe verändert?

Positiv ist die Reduktion des zeitlichen

Aufwandes durch Wegfall der Fahrtzeiten. Negativ ist der Verlust der notwendigen und zahlreichen bilateralen Vor- und Nachgespräche.

Und zum Abschluss: Welches Buch lesen Sie gerade?

Gerade habe ich angefangen, das Buch „Achtsam Morden" von Karsten Dusse zu lesen.

TM

Tätigkeitsbericht der Ethik-Kommission für das Jahr 2020

Die Ethik-Kommission ist eine Kommission der PTK Hamburg, deren Errichtung im Hamburgischen Gesetz für die Heilberufe (HmbKGH) vorgesehen ist. Danach hat sie die Aufgabe, Mitglieder der PTK Hamburg sowie andere Wissenschaftler auf der Grundlage geltenden Rechts und des neuesten Stands der Wissenschaft hinsichtlich ethischer und fachrechtlicher Gesichtspunkte bei Forschungsvorhaben an Menschen zu beraten und dazu schriftliche Stellungnahmen abzugeben. Dies geschieht vor allem zum Schutz der in Klinische Forschungen einbezogenen Patienten.

Die Arbeit der Ethik-Kommission basiert auf gesetzlichen Bestimmungen und allgemein anerkannten ethischen Grundsätzen, wie sie

- sich insbesondere aus den allgemeinen Menschenrechten gemäß der Charta der Vereinten Nationen und aus Artikel 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ableiten lassen,
- in der letztgültigen Fassung der Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes festgelegt sind,
- sich aus der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg ergeben, sowie
- in Absatz C der ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) formuliert sind.

Die Kommission trifft sich quartalsweise und ist zuständig für alle psychotherapeutischen Forschungsvorhaben gemäß § 9 Absätze 2 und 5 HmbKGH, die durch Mitglieder der PTK Hamburg verantwortlich durchgeführt werden, soweit nicht eine Zuständigkeit nach § 9 Absätze 3 und 4 HmbKGH besteht. Sie wird auf schriftlichen Antrag tätig. Die Anforderungen hierfür sind auf der Homepage der PTK Hamburg beschrieben. Die PTK Hamburg erhebt für das Tätigwerden der Ethik-Kommission von den Antragstellern Gebühren gemäß der Gebührenordnung der PTK Hamburg in der jeweils geltenden Fassung.

Seit der konstituierenden Sitzung der Ethik-Kommission der PTK Hamburg im Jahr 2008 wurden 155 Forschungsanträge durch die Kommission geprüft.

Die Ethik-Kommission wurde nach der Kammerwahl 2019 von der Delegiertenversammlung auf Vorschlag des Vorstandes neu besetzt. Ihre Mitglieder wurden für die Dauer der Amtszeit der Delegiertenversammlung gewählt. Vorstand und Delegiertenversammlung danken den ausscheidenden bisherigen langjährig engagierten Mitgliedern Prof. Dr. phil. Hertha Richter-Appelt, die den Vorsitz der Ethik-Kommission innehatte, Prof. Gerhard Süß und Dr. Michael Wunder sowie Dr. Susanne Hommel als stellvertretendes Mitglied für ihr Engagement.

Der Ethikkommission gehören seit 2020 als ordentliche Mitglieder an:

- Dr. Judith Peth (PP)
- Dr. Susanne Sarkar (PP)
- Dipl.-Soz.päd. Gitta Tormin (KJP)
- Dr. Rainer Stelling (Jurist)

Stellvertretende Mitglieder sind:

- Dr. Claudia Gorba (PP)
- Dipl.-Psych. Sandra-Catherine Päpper (PP)
- Dipl.-Psych. Ute Rutter (KJP)
- Agnes Frfr. von Diepenbroick, LL.M. (Juristin)

Aus der Geschäftsstelle der PTK Hamburg nimmt Kathrin Zander, Vorstands- und Geschäftsführungsassistentin, an den Sitzungen teil.

Im Jahr 2020 wurden der Ethik-Kommission insgesamt 12 Anträge zur Begutachtung vorgelegt.

Im Vordergrund der Beratungen standen Rückmeldungen an die Forschenden zur Patienteninformation, zum Datenschutz, zur Frage psychotherapeutisch ausgebildeter Ansprechpartner für die Studienteilnehmer, zum Studiendesign, zur Studienaufklärung, zur Schweigepflichtentbindung sowie zur Datenerhebung, -speicherung, -nutzung und -löschung.

Zur Mitteilung der Studienergebnisse an die Ethikkommission gibt es laut Satzung keine Verpflichtung. Allerdings wäre es begrüßenswert, wenn diese Studienberichte eingereicht werden würden.

Für Kammermitglieder, die einen Antrag bei der Ethik-Kommission einreichen möchten, bietet die Kommission Vordrucke auf der Homepage der PTK Hamburg unter „Die Kammer" > „Ausschüsse und Kommissionen" > „Ethik-Kommission" an. Dort finden Sie auch weitere Informationen. Seit diesem Jahr ist es auch möglich, Eilanträge unabhängig von den Fristen einzureichen. Die Eilbedürftigkeit muss allerdings belegt werden. Auf der Website sind die Sitzungstermine der Ethikkommission und die Anmeldefristen öffentlich einzusehen.

GT

Bericht zur 81. Delegiertenversammlung

Am 10. Februar 2021 fand die 81. Sitzung der Delegiertenversammlung (DV) der PTK Hamburg aufgrund des Lockdowns im Rahmen der Covid-19-Pandemie zum ersten Mal als Videokonferenz statt. Die DV war mit 27 anwesenden Delegierten beschlussfähig. Präsidentin Heike Peper begrüßte die Delegierten und Gäste und erläuterte die Rahmenbedingungen der Online-Veranstaltung. Danach stellte sie Inga Zimmermann vor, die als weitere Kammerjuristin in der Geschäftsstelle begonnen hat. Sie wird im Schwerpunkt für die Weiterbildung zuständig sein.

Als erstes standen auf der Tagesordnung der Beschluss über zehn zusätzliche Fortbildungspunkte für die Anerkennung des erhöhten Informations- und Fortbildungsaufwandes im Selbststudium und die Umwandlungsmöglichkeit bereits akkreditierter Fortbildungsveranstaltungen in Online-Veranstaltungen während der Corona-Pandemie. Die Umwandlung ist daran gebunden, dass Umfänge, Inhalte, Diskussionsbeiträge und die Möglichkeit für Feedback gegeben sind. Der Vorstand hatte der DV einen entsprechenden Beschlussvorschlag vorgelegt, der von den Delegierten begrüßt und einstimmig beschlossen wurde.

Anschließend stand der Beschluss der Revision der Berufsordnung auf der Tagesordnung. Torsten Michels führte zunächst in die Historie der Revision ein, die in der DV bereits mehrfach diskutiert worden war und nun in der endgültigen Form zur Abstimmung stand. Er dankte den Delegierten für ihr Engagement bei der Erarbeitung, ihre Anregungen und qualifizierten Rückmeldungen. Außerdem dankte er ausdrücklich Nadine Tuscher, die als Juristin in der Geschäftsstelle maßgeblich die rechtliche Prüfung der Ideen der Ehrenamtlichen begleitet hatte. Nach wenigen Rückfragen wurde die Revision einstimmig beschlossen. Anschließend dankte Präsidentin Heike Peper Nadine Tuscher und Torsten Michels für deren engagierte Arbeit an der neuen Berufsordnung und kündigte an, dass nach Genehmigung der Revision der Berufsordnung durch die Sozialbehörde Informationsveranstaltungen zur neuen Berufsordnung geplant werden.

Den größten Anteil des Abends aber sollten Stand und Diskussion zum Thema MWBO haben und der Zeitplan bis zum nächsten DPT im April, auf dem der sogenannte Paragraphenteil beschlossen werden soll. Heike Peper schilderte zunächst die Zeitpläne der verschiedenen Arbeitsgruppen und die in Hamburg geplanten Veranstaltungen. Anschließend führte sie in die aktuell noch kontrovers diskutierten Punkte des Paragraphenteils ein. Es entwickelte sich eine für Online-Veranstaltung überraschend lebendige und intensive Diskussion, bei der zum Teil sehr weit auseinanderliegende Vorstellungen sichtbar wurden. Heike Peper dankte den Delegierten sehr und schlug vor, in der nächsten Delegiertenversammlung, die direkt vor dem 38. DPT liegt, Stimmungsbilder zu den kontroversen Punkten einzuholen, um den Hamburger Delegierten des DPT eine Vorstellung der DV für den DPT mitzugeben.

Zum Abschluss folgten Berichte von Gitta Tormin zur schwierigen Lage von Kindern und Jugendlichen, die in deren psychotherapeutischen Behandlungen sichtbar werden. Kerstin Sude berichtete zum neusten Digitalisierungsgesetz und dessen Auswirkungen. Abschließend dankte Heike Peper allen Delegierten und wies noch einmal darauf hin, dass alle Beschlüsse der heutigen Sitzung schriftlich bestätigt werden müssen. Den Stimmzettel erhielten alle Delegierten am nächsten Tag.

TM

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Gitta Tormin, Kathrin Zander.

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel.: 040/226226–060
Fax: 040/226226–089
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Dr. Heike Winter

2021 ist das Superwahljahr! Neben der Bundestagswahl, Landtagswahlen in sechs Bundesländern und Kommunalwahlen in Hessen und Niedersachsen findet im Juni auch die Wahl der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen statt. Die fünfjährige Wahlperiode endet in diesem Jahr und es stellen sich viele Kollegen für die Delegiertenversammlung zur Wahl. Diese wählt aus ihren Reihen Präsident(in) und Vizepräsident(in) sowie die weiteren Mitglieder des Vorstands. Außerdem bestimmt die Delegiertenversammlung auch die Besetzung aller Ausschüsse. Mit Blick auf den Kammerbeitrag fragen sich einige Kollegen immer mal wieder: Brauchen wir wirklich eine Kammer? Als Psychotherapeutin kann ich diese Frage mit einem klaren „Ja" beantworten. Aber lassen Sie mich dies begründen: In Deutschland hat der Staat allen verkammerten Berufen, und damit auch allen akademischen Heilberufen, im Rahmen der Selbstverwaltung staatliche Aufgaben übertragen, um sich zu entlasten. Dazu gehören z. B. die Berufsaufsicht, die Qualitätssicherung oder die Fort- und Weiterbildung. Wer könnte dies auch besser als der Berufsstand selbst? Kernidee der Verkammerung ist es darüber hinaus, die Gesamtinteressen aller Mitglieder wahrzunehmen und der Politik mit Sach- und Fachkompetenz als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Als Berufsstand mit einer Stimme sprechen zu können, wenn es um gesellschaftliche Fragen zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung und Psychotherapie wie auch um die Interessen der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zukünftigen Psychotherapeuten geht – das ist unsere unschlagbare Stärke als verkammerter freier Heilberuf.

Bitte nutzen Sie als Kammermitglied der Psychotherapeutenkammer Hessen Ihr Mitwirkungsrecht und wählen Sie. Vom 1. bis 30. Juni 2021 haben Sie dazu per Briefwahl Gelegenheit.

Vielen Dank und herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

HE

Spezielle Schmerzpsychotherapie: Der sichere Umgang mit betroffenen Patienten ist ein wichtiges Thema

Seit 2018 findet sich die spezielle Schmerzpsychotherapie in der Musterweiterbildungsordnung wieder. Im November 2020 beschloss die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen, dass diese auch in die Weiterbildungsordnung (WBO) – und hier im Abschnitt B – Eingang findet. Dem vorausgegangen waren umfangreiche Vorarbeiten und Diskussionen im Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung, die in einer klaren Empfehlung für die Aufnahme in die WBO mündeten. Letztlich stimmte eine sehr große Mehrheit der Delegierten für die Erweiterung. Das ist auch insbesondere für die Patienten ein sehr erfreuliches Ergebnis.

Die Versorgungssituation für Patienten mit chronischen Schmerzen ist unzureichend. Die Prävalenzraten sind indes für chronische Schmerzerkrankungen hoch – in Deutschland liegen sie zwischen 14 und 28 Prozent. Dazu kommen die hohe individuelle psychische Belastung der Patienten selbst sowie enorme Versorgungskosten. Trotz des großen Bedarfs erhalten rund 60 Prozent der Patienten keine adäquate Behandlung. Gerade auch chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen nehmen an Häufigkeit zu. Sie sind für Therapeuten eine ganz besondere Herausforderung, insbesondere wenn es um Kleinkinder geht. Es gibt deutlich zu wenige auf die speziellen Bedürfnisse dieser Gruppe ausgerichtete Angebote. Mit der Einführung der Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerzpsychotherapie besteht die begründete Aussicht, dass sich die Situation für Hessen deutlich verbessern wird und sich mehr Psychotherapeuten auf diesen Bereich spezialisieren werden.

Sensibilisierung

Die Sensibilisierung für das Thema und das Interesse der Psychotherapeuten an Fortbildungsmaßnahmen ist jedenfalls groß. An der mit einer Vortragsreihe am Vormittag und vier Workshops am Nachmittag – aufgrund der Umstände online – durchgeführten Fortbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie" der Psychotherapeutenkammer Hessen

nahmen am 28. November 2020 über 500 Psychotherapeuten teil. In der abschließenden Umfrage zeigte sich, dass rund ein Drittel der Teilnehmer schon „häufig" mit Schmerzpatienten Erfahrungen gemacht hat, weitere 47 Prozent immerhin „gelegentlich". „Sehr sicher" im Umgang mit dem Thema fühlen sich nur etwa 25 Prozent. Weitere 47 Prozent gaben an, dass sie zwar theoretische Kenntnisse hätten, im praktischen Umgang mit Betroffenen aber noch unsicher seien.

© peterschreiber.media/Adobe Stock

Vielfältige Ansätze

Per Definition beinhaltet die spezielle Schmerzpsychotherapie die Diagnostik psychischer Merkmale, Ursachen und Auswirkungen von Schmerzempfindungen sowie die speziell auf Schmerz und seine neuroplastisch begründbaren Chronifizierungsprozesse ausgerichtete psychotherapeutische Behandlung. Die Veranstaltung im November 2020 deckte inhaltlich eine Vielzahl entscheidender Aspekte im Zusammenhang mit der speziellen Schmerzpsychotherapie ab. Prof. Dr. Christiane Herrmann (Klinische Psychologie am Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen) sprach zu chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter, Störungsmodellen sowie zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung. Prof. Dr. Tanja Hechler (Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Fachbereich Psychologie der Universität Trier) gab einen Überblick über Entstehung und Behandlungsansätze bei Schmerzerkrankungen von Kindern und Jugendlichen. Prof. Dr. med. Ulrich T. Egle (Senior Consultant Psychosomatik und Schmerz an der Psychiatrischen Klinik Sanatorium Kilchberg/Schweiz) führte die Zuhörer in den Bereich der neurobiologisch fundierten Psychotherapie bei stressbedingten Schmerzerkrankungen ein. Bei den nachmittäglichen Workshops ergänzte PD Dr. med. Charly Gaul von der Migräne- und Kopfschmerz-Klinik Königstein das Trio und beschäftigte sich mit der multimodalen Schmerzpsychotherapie und praktischem Vorgehen bei medikamentös mitbedingten chronischen Schmerzen.

Die Veranstaltung verlief insgesamt sehr erfolgreich. Inhaltlich bewerteten sie 57 Prozent der Teilnehmenden mit „sehr gut" und 34 Prozent mit „gut". Und auch, was Technik und Organisation angeht, war die Zufriedenheitsquote mit 85 Prozent sehr hoch. Natürlich wäre es schön, wenn sich Teilnehmende und Referenten bei Veranstaltungen persönlich treffen und austauschen können, aber das vergangene Jahr hat gezeigt, was online alles möglich ist.

Erfolgreiche Kooperation der Psychotherapeutenkammer mit Hessischem Kultusministerium – Fortbildung für Lehrer zu psychischen Störungen bei Schülern

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind ein häufig unbemerktes Phänomen. Je früher sie erkannt und gegebenenfalls therapiert werden, desto größer sind die Heilungschancen. Ein zentraler Ort für die Früherkennung ist die Schule. Entscheidende Bedeutung kommt daher Lehrern zu. Um sie für typische Symptome einer psychischen Erkrankung zu sensibilisieren, führen das Hessische Kultusministerium und die Psychotherapeutenkammer Hessen eine gemeinsam konzipierte Veranstaltungsreihe durch. In Zeiten der Corona-Pandemie findet diese online statt. Mit großem Erfolg: Am ersten Seminar zum Thema Depression nahmen knapp 800 Lehrer teil und tauschten sich nach einem Vortrag mit der Referentin Prof. Hanna Christiansen, Philipps-Universität Marburg, aus. Das zweite Seminar, in dem Anke Pfeffermann, Justus-Liebig-Universität Gießen, zu Essstörungen im Kindes- und Jugendalter referierte, wurde von 760 Teilnehmern besucht. Die Evaluation zeigte eine hohe Zufriedenheitsquote der Teilnehmer von über 90 Prozent.

Derzeit sind vier Veranstaltungen geplant. Im Fokus stehen weitere psychische Erkrankungen beziehungsweise Phänomene, die bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter besonders

© Drazen/Adobe Stock

häufig auftreten. Nach den Themen Depression und Essstörungen werden im April und Juni 2021 in weiteren Online-Seminaren Angststörungen und selbstverletzendes Verhalten auf der Agenda stehen.

Delegiertenversammlungen unter Corona-Bedingungen – außerordentliche Delegiertenversammlung erfolgreich im digitalen Format

Die Corona-Pandemie hat praktisch alle Bereiche des Alltags vor große Herausforderungen gestellt, das zeigte sich auch in der Arbeit der Kammer. Präsenzsitzungen waren nicht mehr möglich und auch die Fortbildungen mussten völlig neu organisiert werden. Mittlerweile haben wir vielfältige Erfahrungen mit videobasierter Kommunikation gemacht. Sowohl die Sitzungen der Ausschüsse der Kammer als auch die Vorstandssitzungen fanden seit dem ersten Lockdown ausschließlich als Videokonferenzen statt. Besonders mit dem digitalen Format aller Fortbildungsveranstaltungen konnten wir hessenweit Teilnahmezahlen erreichen, die bei Präsenzveranstaltungen nie erwartbar gewesen wären. Natürlich fehlt bei diesen Formaten beispielsweise der informelle Austausch in den Sitzungspausen und natürlich sehnen alle eine Zeit nach Corona herbei, die es uns ermöglicht, auch wieder Präsenzsitzungen durchzuführen. Dass es möglich ist, wichtige Arbeitsergebnisse in digitalen Formaten zu erzielen, hat sich aber klar gezeigt.

© ST.art/Adobe Stock

So fand im Mai 2020 auch die erste digitale Versammlung der Delegierten per Videokonferenz statt. Hier waren alle noch relativ unerfahren mit dem Format, mussten sich eingewöhnen und einige technische Hürden meistern. Gleichwohl diente die Versammlung im Mai dem Austausch und der Diskussion wichtiger berufspolitischer Themen. Sie wurde als Arbeitssitzung durchgeführt, weil es zu diesem Zeitpunkt noch unklar war, ob Beschlüsse, die von Delegiertenversammlungen (DV) in digitalen Formaten gefasst werden, denen aus Präsenzsitzungen gleichzustellen sind. Die Hauptsatzung der Psychotherapeutenkammer Hessen, die die Formalia regelt, stammt aus den frühen 2000er-Jahren, als man weit entfernt von Videokonferenzen war. Dieses Problem beschäftigte im vergangenen Jahr nicht nur den Vorstand und die DV der Psychotherapeutenkammer, sondern auch die anderen Kammern sowie Aktiengesellschaften, Parteien, Vereine und zudem alle weiteren Organisationen und Gremien, die regelmäßige Sitzungen abhalten und dort Beschlüsse fassen müssen. Beschlüsse, die zum Teil weitreichende finanzielle Folgen haben und daher rechtssicher getroffen sein müssen. Der Gesetzgeber verabschiedete deshalb im Frühjahr 2020 ein Gesetz zur Abmilderung negativer COVID-Folgen, das u. a. Aktien- und Kommanditgesellschaften erlaubte, die Hauptversammlungen der Aktionäre mittels elektronischer Kommunikation durchzuführen. Leider fanden die Kammern in diesem Gesetz keine Erwähnung. Deshalb bemühten sich die Kammern in Hessen intensiv um eine gesetzliche Regelung auf Landesebene, die eine vergleichbare Klarstellung schaffen sollte. Wir waren als Psychotherapeutenkammer aktiv beteiligt und haben uns dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) gegenüber für eine entsprechende Ergänzung des Heilberufegesetzes eingesetzt.

Im Oktober fand dann die erste videobasierte Delegiertenversammlung statt und die Delegierten diskutierten lebhaft über die Satzungskonformität des digitalen Formats. Der Haushalt 2021 und die Weiterbildungsordnung „Spezielle Psychotherapie bei Schmerz" wurden einstimmig beschlossen und dem Ministerium zur Genehmigung vorlegt. Alle Beschlüsse wurden ohne Beanstandung durch das Ministerium genehmigt.

Im Dezember verabschiedete der Hessische Landtag dann endlich das langersehnte Gesetz (Gesetz zur Abmilderung der Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie im Bereich der hessischen berufsständischen Selbstverwaltungsorganisationen), das den Heilberufekammern erlaubt, Delegiertenversammlungen ohne Anwesenheit am Sitzungsort im Wege der elektronischen Kommunikation durchzuführen. Die Entscheidung für das digitale Format kann abweichend von satzungsrechtlichen Bestimmungen vom Vorstand getroffen werden. Durch die Verabschiedung dieses Gesetzes wurde eine zuvor vom Vorstand einberufene digitale DV im Dezember obsolet und wurde abgesagt, da der einzige Tagesordnungspunkt auf die Diskussion einer möglichen Satzungsänderung abzielte, die die Durchführung digitaler DVen regeln sollte.

Eine Gruppe von Delegierten beantragte daraufhin die Einberufung einer außerordentlichen DV und legte einen Antrag auf Satzungsänderung vor. Der Antrag beinhaltete die Notwendigkeit zur Einholung der Zustimmung von 2/3 der Delegierten vor Durchführung einer digitalen DV. Am 30. Januar 2021 fand

diese DV als Videokonferenz statt und es wurde engagiert diskutiert. Argument für den Antrag war die Einbeziehung der Delegierten in die Entscheidung für videobasierte DVen, Argumente dagegen die übergeordneten gesetzlichen Bestimmungen, das geforderte Zwei-Drittel-Quorum, das im parlamentarischen Raum eine hohe Hürde darstellt, und die Inkonsistenz mit anderen Bestimmungen der Satzung. Letztendlich wurde der Antrag zurückgezogen.

Weitere Tagesordnungspunkte waren Informationen über den Heilberufsberufsausweis und seine bevorstehende Einführung sowie die bevorstehenden Kammerwahlen in diesem Jahr.

Hessische Delegiertenversammlung macht sich stark für bessere Vergütung von PiA

Im Rahmen der Delegiertenversammlung wurde auch eine Resolution zur Verbesserung der Vergütung von Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) verabschiedet. PiA erhalten immer noch deutlich zu wenig Geld für ihre Arbeit im Rahmen der Praktischen Tätigkeiten, die zumeist in Kliniken absolviert wird. Zwar hat der Gesetzgeber im Psychotherapeutengesetz nun geregelt, dass die Praktische Tätigkeit I in der Psychiatrie in Höhe von 1.000 € bei einer Vollzeitausbildung vergütet werden muss. Diese Summe wird dem akademischen Abschluss der Ausbildungsteilnehmer sowie der geleisteten Arbeit in der Psychiatrie aber nicht gerecht.

Nicht hinnehmbar ist es, dass es keinerlei Vergütung für gleichgestellte und ambulante Einrichtungen der Praktischen Tätigkeit I gibt. Und ebenso wenig hinnehmbar ist es, dass die Praktische Tätigkeit II vom Gesetzgeber komplett außer Acht gelassen wurde. Für die Arbeit in der Psychosomatik, in der psychosomatischen Rehabilitation oder in Praxen von niedergelassen Psychotherapeuten oder Psychiatern bekommen Ausbildungsteilnehmer häufig keinerlei Vergütung. Davon betroffen sind in besonderem Maße die Teilnehmer, die ihre Ausbildung im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie absolvieren, weil viele von ihnen die Hälfte der Praktischen Tätigkeit I in der Praxis eines Kinder- und Jugendpsychiaters absolvieren.

© Stockfotos-MG/Adobe Stock

Teilnehmer der Psychotherapieausbildung leisten bereits in der praktischen Phase ihrer Ausbildung einen wesentlichen Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung in der stationären oder ambulanten Versorgung. Die gewährte Vergütung von 1.000 € in der Psychiatrie ist insgesamt deutlich zu gering. Praktische Tätigkeiten in anderen Kliniken und Praxen weiterhin gar nicht zu vergüten, ist nicht hinnehmbar.

Der Text der Resolution findet sich auf der Homepage der PTK Hessen unter www.ptk-hessen.de.

Gedenken

Wir gedenken unserem/r verstorbenen Kollegen und Kollegin:

Jürgen Hardt, Wetzlar
Renate Henkels, Frankfurt am Main

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Berufsrechtskonferenz am 29. Januar 2021

Traditionell finden sich zum Ende des Januars die in den Psychotherapeutenkammern für berufsrechtliche Fragen zuständigen Juristen und Vorstandsmitglieder zu einem Erfahrungsaustausch und zur Diskussion verschiedener Schwerpunkte in Berufsrechtsverfahren zusammen. Wie schon im letzten Jahr richtete die PKN diese Konferenz aus, dieses Jahr jedoch im digitalen Format mit insgesamt 43 Teilnehmern.

Personelle Kontinuität von Diagnose, Indikationsstellung, Aufklärung und Behandlung

Herr Prof. Dr. Martin Stellpflug referierte eingangs über rechtliche Fragestellungen wie „Müssen Diagnostik und Therapie aus der gleichen Hand kommen?" und „Was muss face-to-face erfolgen, was ist auch digital erlaubt?"

Während Face-to-face-Kontakt erforderlich bei Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung (MBO) sei, sei dies weniger klar in Bezug auf die personelle Kontinuität. Hier bestehe ggf. Regelungsbedarf. Darüber hinaus wurden haftungsrechtliche Fragen bei der „Übernahme" fremder Diagnostik aufgeworfen.

Umfrage zur Handhabung des § 5 Abs. 5 MBO während der Pandemie

Herr Dr. Bruno Waldvogel (PTK Bayern) berichtete von einer Umfrage in den Landeskammern. Alle teilnehmenden Kammern hätten sich bei fraglichen Verstößen gegen § 5 Abs. 5 MBO während der Pandemie gegen Sanktionen ausgesprochen. Zum Teil unter Berufung auf die Einheitlichkeit der Rechtsordnung in Bezug auf sozialrechtliche Regelungen, zum anderen im Hinblick auf Versorgungsaspekte. Einzelne Heilkammergesetze erlaubten dabei unter bestimmten Voraussetzungen, von Ahndungen abzusehen.

Kammermitgliedschaft bei länderübergreifenden Online-Behandlungen

Frau Elisabeth Vietz (PTK Bayern) stellte zur Diskussion, welche Konsequenzen sich für die Kammerzugehörigkeit und damit berufsrechtliche Aufsicht bei länderübergreifender Online-Therapie ergeben. Alle Teilnehmer waren sich einig, dass das Thema auf Bundesebene geklärt werden müsse.

In einem Ausblick skizzierte sie zudem, dass künftig (EU-)grenzüberschreitende Sachverhalte der Fernbehandlung auf die Kammern zukommen würden.

Berufsrechtliche Fälle im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

Herr Rechtsanwalt Matthias Vestring berichtete für die PKN über aktuelle Fälle mit direktem Bezug zur Pandemie. In einem Fall habe ein Patient Beschwerde eingelegt, da die Psychotherapie zunehmend von den Verschwörungstheorien des Behandlers geprägt und der eigentliche Behandlungsanlass kaum noch Thema gewesen sei. Ähnliche Fälle wurden auch aus anderen Kammern berichtet. Dabei wurde auch die Frage gestellt, ab wann hier ggf. ein Approbationsentzug angestrebt werden müsste. Hier wurde deutlich, dass bei der gerichtlichen Überprüfung eines Approbationsentzuges in aller Regel von den Gerichten sehr hohe Anforderungen an den Sachverhalt gestellt werden. Dies ändere jedoch nichts an der Verpflichtung der Kammern, auch in der genannten Richtung aktiv zu werden, wenn dies aus ihrer Sicht als notwendig erachtet wird. Einigkeit bestand darin, dass zwischen der Meinungsfreiheit der Psychotherapeuten im privaten Bereich und dem Bezug zur beruflichen Praxis unterschieden werden müsse.

Fälle, in denen Gefälligkeitsatteste von Kammermitgliedern ausgestellt würden, um das Nicht-Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen in Corona-Zeiten zu legitimieren, könnten neben den berufsrechtlichen Implikationen zudem gegen § 278 StGB verstoßen (Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse).

Berufs- und sozialrechtliche Folgen eines Verstoßes gegen Fortbildungspflicht

Frau Sandra Heberer (PTK Bayern) legte einen aktuellen Fall des Sozialgerichts München vor. Ein Kammermitglied mit Kassenzulassung habe nicht den Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungspflicht erbracht, infolge dessen ihre Honorare gekürzt worden seien, bis es zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung gekommen sei. Die dagegen gerichtete Klage vor dem Sozialgericht sei in erster Instanz erfolglos geblieben, die Entscheidung sei jedoch noch nicht rechtskräftig.

Der Fall zeige eindrucksvoll, welche Bedeutsamkeit die Erfüllung der Fortbildungspflicht habe.

Erteilung von Auskünften ohne Schweigepflichtentbindung

Herr Manuel Schauer (PTK Saarland) berichtete über Problematiken bei Beschwerden durch Dritte. Die Kammer müsse einem solchen Fall nachgehen. Das angeschriebene Kammermitglied habe jedoch die Einholung einer Schweigepflichtentbindung bei dem Patienten verlangt und eine Gefähr-

dung der therapeutischen Beziehung befürchtet.

In der Musterberufsordnung sei dieser Fall nicht eindeutig geregelt. Ein Ausweg könne folgender sein: Die Zuweisung der berufsrechtlichen Aufsicht der Kammer erfordere die Befugnis der Kammern, die Erteilung von Auskünften und die Vorlage von Unterlagen zu verlangen, ohne dass eine Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten vorliegen müsse. Hieraus folge aber auch, dass im Fall einer Drittbeschwerde der Beschwerdeführer über Inhalt und Ausgang des Beschwerdeverfahrens nicht informiert werden dürfe.

Nachträgliche Rügeprüfung

Frau Ulrike Dzengel (OPK) berichtete über einen sorgerechtlichen Fall, bei dem ein Kammermitglied ein umgangsrechtliches „Empfehlungsschreiben" zu Lasten eines Elternteils ausgestellt habe. Die dafür ausgesprochene Rüge sei nach eingelegtem Rechtsmittel vom dafür zuständigen Landgericht aufgehoben worden, da das Schreiben nicht die Kriterien eines Gutachtens erfülle und daher als Meinungsäußerung zu werten gewesen sei. Diese Entscheidung führte zu deutlichem Unverständnis bei den Teilnehmern der Konferenz.

Datenschutzrechtliche Fragen

Herr Olaf Freers, Datenschutzbeauftragter der Kammern Bremen und Niedersachsen, zeigte an zwei Stellen aktuelle datenschutzrechtliche Fragestellungen für Psychotherapeuten auf.

Aus SGB V und DGSVO ergäben sich unterschiedliche Haftungsauffassungen in Bezug auf die Datensicherheit der elektronischen Patientenakte. Während nach SGB V die gematik hier für die Datensicherheit in Verantwortung genommen werde, sehe die DGSVO grundsätzlich eine Gesamtschuldnerhaftung der Verantwortlichen vor. So würde möglicherweise auch der Behandler für Dinge außerhalb seiner Reichweite zur Verantwortung gezogen. Dieses Thema bedürfe eines gemeinsamen Vorstoßes mit den Ärztekammern.

Ein weiteres Thema waren Ton- und Bildaufnahmen in den Ausbildungsambulanzen. Die DSGVO erfordere eine Rechtsgrundlage für die Datenerhebung. Da diese Aufnahmen nicht über gesetzliche Ermächtigungen gedeckt seien, benötigten sie eine explizite Einwilligung der Beteiligten. Zugriffe, Speicherung und Löschung müssten explizit geregelt sein. Es blieben offene Fragen, auch zum Umgang mit solchen Aufnahmen in Forschungskontexten, bei denen gesetzliche Aufbewahrungsfristen einzuhalten sind.

Ausblick

Die nächste Berufsrechtskonferenz wird – hoffentlich in Präsenz – am 28. Januar 2022 in Hamburg stattfinden.

Neue Gesichter der Geschäftsstelle

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle kurz Mitarbeiter der Geschäftsstelle vorstellen, die noch nicht vorgestellt wurden:

Imke Sawitzky

Seit dem 1. Januar 2021 ist Frau Imke Sawitzky die neue Geschäftsführerin der PKN. Sie ist Rechtsanwältin und Mediatorin. Zuvor war sie die Geschäftsführerin des Deutschen Journalistenverbandes in Hessen und hat dort unter anderem die Digitalisierung der Verwaltungsprozesse initiiert. Dies sieht sie auch bei der PKN als eine große Herausforderung, neben den vielfältigen inhaltlichen Fragestellungen, denen sich die Psychotherapeuten insbesondere in Aus- und Weiterbildung gegenüber sehen. „Die technische Transformation der Kammerleistungen, von der Mitgliederverwaltung bis hin zum elektronischen Psychotherapeutenausweis ist eine große Aufgabe, der sich Vorstand und Geschäftsstelle der PKN gerne stellen. Unser Ziel ist es, die PKN für alle Mitglieder, zusätzlich zu ihren klassischen Aufgaben, zu einem modernen und zuverlässigen Dienstleister weiterzuentwickeln", sagt Imke Sawitzky.

Imke Sawitzky

Mara Kumm

Frau Mara Kumm ist seit Sommer 2019 in der PKN beschäftigt, zunächst als Werksstudentin und seit dem 1. Oktober 2020 als Projekt- und Qualitätsma-

Mara Kumm

nagerin. Zu ihren aktuellen Aufgaben zählt unter anderem die Betreuung des Arbeitsbereichs Weiterbildungsordnung der PKN, dabei insbesondere die Anerkennung der Zusatzbezeichnung Systemische Therapie. Die Sachverständigenlisten, die Betreuung von einzelnen Ausschüssen und Prüfungskommissionen sowie die stetige Weiterentwicklung des betriebsinternen Qualitätsmanagements gehören ebenfalls zu ihrem Tätigkeitsgebiet.

Markus Zander

Herr Markus Zander begann seine Tätigkeit bei der PKN über die Zeitarbeit und wurde dann nach einer halbjährigen Pause zum 1. Januar 2020 angestellt. Seitdem ist er im MGM-Team tätig und kümmert sich um Akkreditierungsanträge, Fortbildungskonten, Fragen zu Beiträgen und Meldedaten.

Markus Zander

Bekanntmachung

Feststellung des Haushaltsplans der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für das Haushaltsjahr 2021

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 07.11.2020 den Haushaltplan für das Jahr 2021 in Höhe von 2,00 Millionen Euro genehmigt. Im Mai 2021 wird der Haushaltsplan auf der Homepage der PKN bekannt gemacht.

Hannover, den 13.02.2021
Roman Rudyk
Präsident

Vorstand und Geschäftsstelle tagen weiterhin digital

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304–30
Fax: 0511/850304–44
info@pknds.de
www.pknds.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Video-Ratschlag der 5. Kammerversammlung am 11. Dezember 2020

Am 11. Dezember 2020 tauschten sich die Mitglieder der 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) in einem Video-Ratschlag zu dem Bericht des Vorstands über die Aktivitäten der Kammer von November 2019 bis Dezember 2020 aus. Insbesondere widmeten sich die rund 100 teilnehmenden Kammerversammlungsmitglieder den Themen Kinderschutz, Digitalisierung im Gesundheitswesen, Qualitätssicherung, einem möglichen Angebot von spezieller Psychotherapie bei Diabetes als Fort- bzw. Weiterbildung sowie der Reform der Musterweiterbildungsordnung (MWBO). Einige Wochen zuvor war die Kammerversammlung in Präsenz zusammengekommen, um über Satzungsänderungen abzustimmen. Um die Präsenzsitzung zum Schutz vor COVID-19 zeitlich zu begrenzen, war die Diskussion des Vorstandsberichts ausgegliedert und auf den nachfolgenden Video-Ratschlag verschoben worden.

Ratschlag der Kammerversammlung im Dezember 2020 per Video

Schwerpunktthema Kinderschutz

Kammerpräsident Gerd Höhner begrüßte die Kammerversammlungsmitglieder und stellte in seinem mündlichen Bericht die Aktivitäten des Vorstandes im Bereich Kinderschutz vor. Man habe intensiv die Initiativen der Ende 2019 einberufenen Landtagskommission zur Wahrnehmung der Belange der Kinder verfolgt. Darin sei unter anderem die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter in der Jugendhilfe und damit ein Arbeitsfeld auch von Psychotherapeuten thematisiert worden.

Der Kammervorstand hatte daraufhin Kontakt zu der Kommission aufgenommen und war im November 2020 zu einer Anhörung in den Landtag geladen worden. Im Vorfeld der Anhörung, in der insbesondere die Frage nach der Versorgung von Kindern im Falle von Vernachlässigung und sexualisierter Gewalt gestellt wurde, hatte die PTK NRW eine Stellungnahme zu Interventionsmaßnahmen und Anschlusshilfen eingereicht (www.ptk-nrw.de/themenschwerpunkte/kinderschutz).

In der Anhörung habe sich der Vorstand der PTK NRW auf drei Schwerpunkte fokussiert, fasste Gerd Höhner zusammen. „Wir haben betont, dass wir uns um die Familien der von Gewalt betroffenen Kinder kümmern müssen, die in der Regel unter einem erheblichen Druck stehen. Wir haben deutlich gemacht, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe ausreichend qualifiziert sein müssen und in ihrer beruflichen Praxis begleitende Angebote wie Fallaufbereitung, Supervision und Psychohygiene benötigen, es aber an systematischen Vorgaben hierzu mangelt.“ Drittens habe man die notwendige Fort- und Weiterbildung der Familienrichter angesprochen. „Wir haben dabei deutlich gemacht, dass wir es kritisieren, wenn den Familien seitens der Justiz prinzipiell abgeraten wird, ihr betroffenes Kind in laufenden Verfahren psychotherapeutisch begleiten zu lassen, weil dies womöglich die Glaubhaftigkeit seiner Zeugenaussage negativ beeinflussen könnte. Tatsächlich kann es sein, dass das Kind im individuellen Fall eventuell erst in die Lage versetzt wird, über seine Erlebnisse reden zu können.“ Insgesamt seien die Sichtweisen und Angebote der Profession im Bereich Kinderschutz in der Politik auf großes Interesse gestoßen, bilanzierte der Kammerpräsident.

In der Aussprache wurde die Dringlichkeit der benannten Fragestellungen hervorgehoben und begrüßt, dass der Vorstand die Perspektive der in diesem Bereich erfahrenen Psychotherapeuten in die politische Diskussion einbringt. Betont wurde, den Ende 2019 in der Kammerversammlung beschlossenen

Round Table „Psychotherapie im institutionellen Bereich (Jugendhilfe, Beratungsstellen)“ umzusetzen. Mit Blick auf die Gesamtheit des schriftlichen Vorstandsbericht über die Aktivitäten der PTK NRW 2020 hoben Kammerversammlungsmitglieder anerkennend hervor, dass die umfangreiche Zusammenstellung aufzeige: Auch in Zeiten der Pandemie wurde zu vielerlei Themenfeldern engagiert gearbeitet.

Digitalisierung

PTK NRW-Vorstandsmitglied Barbara Lubisch informierte über die Entwicklungen im Bereich Digitalisierung. In ihrem Überblick über die geplanten Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) betonte sie auch auf die Profession zukommende Beratungsaufgaben. „In der für 2021 vorgesehenen elektronischen Patientenakte können die Dokumente nicht gezielt freigegeben werden. Wir sollten daher unsere Patientinnen und Patienten gut beraten, wenn sie Fragen hierzu haben.“

Ein weiteres zentrales Thema seien Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Barbara Lubisch erinnerte daran, dass die PTK NRW in ihrer Resolution zu DiGA Ende Oktober 2020 bereits einen erheblichen Nachbesserungsbedarf formuliert hatte (www.ptk-nrw.de/presse/resolutionen). Ein deutlicher Kritikpunkt sei, dass Krankenkassen DiGA ohne psychotherapeutische oder ärztliche Verordnung abgeben können. „Ebenso sehen wir Probleme hinsichtlich der Wirksamkeitsnachweise, der fachlichen Begleitung von Patientinnen und Patienten oder bei der Überprüfung von Kontraindikationen. Des Weiteren sind Haftungsfragen ungeklärt. Alles in allem werden wir uns mit dem Thema DiGA noch intensiv auseinandersetzen müssen.“

Abschließend blickte sie auf die mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz, DVPMG) geplanten Regelungen. Einige der Vorschläge seien positiv zu werten, so die Anhebung des Kontingents für Videosprechstunden

Digitalisierung im Fokus (Foto: Pixabay)

von 20 auf 30 Prozent; manche Ideen würden unklar bleiben, zum Beispiel die Entwicklung digitaler Identitäten. „Insgesamt lässt der umfassende Entwurf eine große Kluft zwischen Entwicklern und Anwendern erkennen“, bilanzierte Barbara Lubisch. „Entsprechend wichtig ist es, dass wir uns als Profession an der Meinungsbildung beteiligen und politisch Einfluss nehmen.“

Qualitätssicherung

PTK NRW-Vorstandsmitglied Bernhard Moors skizzierte den Arbeitsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und informierte, dass bis Ende August 2022 der Abschlussbericht des vom G-BA beauftragten Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorgelegt werden solle. Die benötigten Daten sollen aus den Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen, der Dokumentation der Leistungserbringenden und aus Patientenbefragungen gewonnen werden.

In der PTK NRW habe man mit der Verabschiedung von Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen vor circa einem Jahr hinsichtlich der Leistungserbringerdokumentation bereits gut vorgearbeitet, betonte Bernhard Moors. Im Mai 2020 sei das IQTIG mit der Bitte an die Profession herangetreten, Patienten zur Teilnahme an einer Befragung zu motivieren. „Die geplante Standardbefragung betrachten wir allerdings in verschiedenen Aspekten als kritisch. Nicht zuletzt sehen wir die Gefahr, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen für ein Benchmarking der psychotherapeutischen Praxen missbraucht werden könnten.“ Mittlerweile habe der G-BA den Zwischenbericht des IQTIG zum entwickelten Qualitätsmodell zur Veröffentlichung freigegeben. Darin seien von fünfzehn identifizierten Qualitätsaspekten zwölf für die Überprüfung ausgewählt worden. Welche Aspekte aus psychotherapeutischer Sicht bei der Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens zu beachten seien, habe die Kammer bereits in ihrer Resolution zur Qualitätssicherung im Oktober 2020 festgehalten (www.ptk-nrw.de/presse/resolutionen). „Wir werden nun auf allen Ebenen kritisch, engagiert und nachdrücklich unsere Forderung nach Einbeziehung und Mitwirkung der Psychotherapeutenkammern einbringen und sprechen uns dafür aus, die Bund-Länder-AG ‚Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung‘ fortzuführen“, unterstrich Bernhard Moors.

Spezielle Psychotherapie bei Diabetes

Im Mai 2019 hatte die Kammerversammlung dem Vorstand der PTK NRW den Prüfauftrag übertragen, wie auf der Grundlage des vom Ausschuss Fort- und Weiterbildung vorgelegten Curriculums „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden könnten. Andreas Pichler, Vizepräsident der PTK NRW, stellte die Prüfergebnisse hierzu vor. Der Vorstand sei angesichts der bisherigen Debatte und des im Herbst 2018 durchgeführten Fachtages Diabetes zu dem Schluss gekommen, dass grundlegende Fortbildung zu diesem Thema sinnvoll sei und möglichst bereits im 2. Halbjahr 2021 eine 1,5- oder 2-tägige Veranstaltung angeboten werden sollte.

Die Organisation von Veranstaltungen entsprechend des vom Ausschuss vorgelegten Curriculums durch die PTK NRW sei aus verschiedenen Gründen hingegen nicht umzusetzen und nicht notwendig. „Zum einen verfügt die Kammer nicht über die Kapazitäten für die Entwicklung und Durchführung einer derart umfangreichen Fortbildungsreihe“, verdeutlichte Andreas

Pichler. „Zum anderen wäre ein solches Angebot als Konkurrenz zum Angebot der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zu sehen und daher nicht sinnvoll, zumal die Kammer die Veranstaltungen der DDG unproblematisch anerkennen kann.“ Nach wie vor würde der Vorstand einen versorgungs- und berufspolitischen Bedarf für eine Weiterbildung in spezieller Psychotherapie bei Diabetes sehen und eine Verschränkung von Fort- und Weiterbildung im Sinne einer Win-win-Situation für gut umsetzbar halten. „Wir werden hierzu im Ausschuss Fort- und Weiterbildung in Bereichen, in den Fraktionen und in der Kammerversammlung weiter beraten“, kündigte der Vizepräsident an.

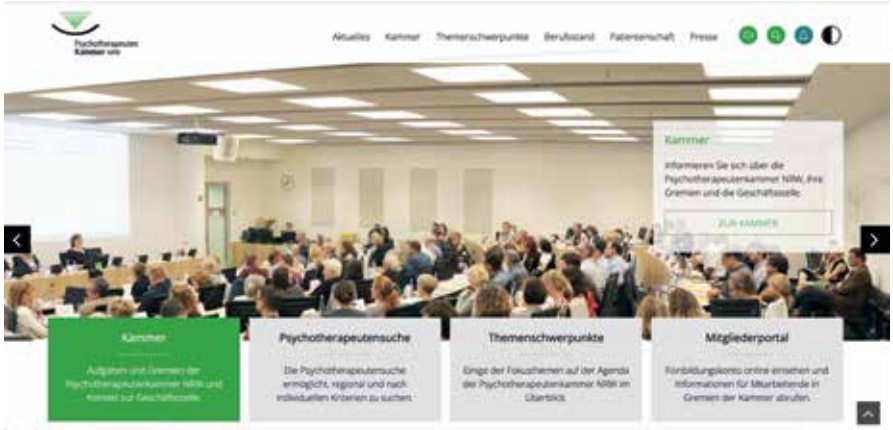
Reform der Musterweiterbildungsordnung

Dr. Jürgen Tripp, Vorsitzender des Ausschusses Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Ausbildungsreform, stellte die Diskussion zur Reform der Musterweiterbildungsordnung und den aktuellen Stand nach dem 37. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) im November 2020 vor. Zentrale Themen seien die Definition des Überlappungsbereichs von Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche und für Erwachsene, die Kombination von Verfahren ausgehend von der „Verklammerung“ der tiefenpsychotherapeutischen und psychoanalytischen Verfahren, die Einführung der Neuropsychologischen Psychotherapie als Gebiet sowie die Koordinierung und die Flexibilisierung der Weiterbildung. In seiner Präsentation skizzierte Dr. Jürgen Tripp die mit diesen Themen verbundenen Fragen.

Kammerpräsident Gerd Höhner dankte den Kammerversammlungsmitgliedern zum Abschluss des Video-Ratschlags für ihre rege Teilnahme und die konstruktiven Beiträge im Rahmen des erstmals in dieser Größenordnung und insgesamt erfolgreich umgesetzten digitalen Diskussionsforums.

Neue Internetpräsenz der PTK NRW

Ende 2020 wurde die neue Internetpräsenz der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) freigeschaltet. Die zentrale Kommunikationsplattform der Kammer wurde optisch und technisch vollständig erneuert, inhaltlich erweitert und in ihren Funktionen optimiert. Unverändert ist die Internetadresse www.ptk-nrw.de.



Startseite der neuen Internetpräsenz der PTK NRW

Die neue Seite bietet in sechs Themenwelten aktuelle Meldungen und Informationen für die psychotherapeutische Tätigkeit, zur Kammermitgliedschaft und über die berufspolitischen Aktivitäten der PTK NRW. Das Angebot reicht von Artikeln und Broschüren über FAQ zu Sonderthemen wie Psychotherapie während der Corona-Pandemie bis zu Gesetzestexten, Verordnungen, Satzungen und Sitzungsprotokollen der Kammerversammlungen. Des Weiteren bietet die Seite Kontakte zu Ansprechpartnern im Gesundheitswesen und Informationen für Patienten. Die Praxis- und Stellenbörse wurde erneuert und steht wieder zur Verfügung, auch Angebote und Anfragen zu Qualitätszirkeln und Intervisionsgruppen können wieder inseriert werden. Die Psychotherapeutensuche und die Suche nach Fortbildungen, Supervisions- und Selbsterfahrungsangeboten wurden überarbeitet und verbessert. Neu ist die Möglichkeit, sich für Veranstaltungen der Kammer online anmelden zu können. Auch Formulare wie den Antrag zur Aufnahme in die Psychotherapeutensuche stehen Kammermitgliedern nun online zur Verfügung. Neben einer nutzerfreundlichen Menüführung wurden weitere Grundlagen für einen barrierearmen Zugang geschaffen und die Website ist auf Bildschirmen jeder Größe gut zu lesen und zu bedienen.

Portal für Kammermitglieder

Die neue Website der PTK NRW bietet auch ein Mitgliederportal. Aktuell beinhaltet es das Fortbildungskonto und Informationen für ehrenamtlich Mitarbeitende in Gremien der Kammer. Mit der Zeit werden die Angebote und Funktionen im Mitgliederportal erweitert. In Zukunft sollen Kammerangehörige dort alle Informationen und Dokumente finden, die sie für die reibungslose und schnelle Erledigung ihrer Mitgliederangelegenheiten benötigen.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/522847–0
Fax: 0211/522847–15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

der Zeitplan ist ehrgeizig: Ende April soll der Deutsche Psychotherapeutentag den allgemeinen Teil der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) verabschieden. An den dort festgelegten Regelungen werden sich alle Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern orientieren. Die Diskussion um diese Regelungen ist in vollem Gange, fast jede Woche tagt ein Gremium dazu. Noch immer gibt es sehr unterschiedliche Vorschläge zur Lösung wichtiger Grundfragen wie zur Dauer der Weiterbildung insgesamt und zum Mindestumfang der einzelnen Abschnitte, zu den verpflichtenden Inhalten der Weiterbildung oder zur Altersgrenze zwischen den Gebieten Kinder/Jugendliche und Erwachsene.

Wir möchten hier kurz die Positionen umreißen, die sich innerhalb des letzten Jahres in Kammerversammlung und Vorstand herausgebildet haben und für die wir bei den Diskussionen innerhalb der Bundespsychotherapeutenkammer eintreten.

Dauer der gesamten Weiterbildung

Um eine fachlich ausreichend tiefgehende Qualifizierung sicherzustellen und die Äquivalenz zum Facharztstandard zu erhalten, muss die Weiterbildung mindestens fünf Jahre (60 Monate) dauern. Wir sprechen uns klar gegen eine Verkürzung dieser Gesamtdauer aus. Allerdings muss es möglich sein, die Weiterbildung in Teilzeit zu absolvieren. Hierfür schreibt das für uns maßgebliche Sächsische Heilberufekammergesetz einen Mindestumfang von 50 Prozent einer Vollzeitstelle vor. Die Gesamtdauer der Weiterbildung verlängert sich dann entsprechend.

Zum Fachpsychotherapeutenstandard gehört nicht nur der Erwerb wissenschaftlich fundierter Fachkenntnisse, sondern auch der Gewinn umfassender Berufserfahrung. Diese ist notwendig, um

- eigenverantwortlich Indikationsentscheidungen bei einem breiten Spektrum von Behandlungsanlässen treffen zu können,
- das therapeutische Handeln auf die Anforderungen in sehr unterschiedlichen Einzelfällen ausrichten zu können,
- zwischen Normvarianten, subklinischen und pathologischen Ausprägungen psychischer Merkmale unterscheiden zu können,
- anhand klinischer Erfahrung Prognose, Vorteile und Risiken verschiedener therapeutischer Vorgehensweisen abschätzen zu können,
- mit verschiedenen Berufsgruppen professionell kooperieren zu können,
- auch seltene Störungsbilder oder Problemkonstellationen zu erkennen.

Daher müssen in der Gebietsweiterbildung umfangreiche Erfahrungen erworben werden:

- in der Diagnostik, Beratung und Behandlung vieler Patienten mit verschiedenen Behandlungsanliegen, Störungsbildern und Merkmalskonstellationen,
- mit Langzeitverläufen und langfristigen Entwicklungen von Patienten,
- mit vielen verschiedenen beruflichen Interaktionssituationen,
- im Erkennen und Behandeln seltener Störungsbilder und komplizierter Konstellationen.

Unzureichend für den Fachpsychotherapeutenstandard wäre es, wenn während der Gebietsweiterbildung lediglich Erfahrungen in spezialisierten Behandlungssettings oder mit selegierten Patientengruppen außerhalb der ambulanten oder stationären Regelversorgung erworben werden. Auch Berufstätigkeiten, die vorwiegend Lehr- und/oder Forschungsaufgaben beinhalten, entsprechen diesem Standard nicht.

Dauer der ambulanten und stationären Weiterbildung

Andererseits möchten wir sicherstellen, dass die MWBO realisierbare Vorgaben für unterschiedliche berufliche Laufbahnen und verschiedene Lebenssituationen macht. Weiterbildung muss vereinbar sein mit Familie. Sehr wichtig ist ebenfalls, dass neben einer Fachpsychotherapeutenweiterbildung auch wissenschaftliche Qualifikationen, z. B. Promotionen möglich sind. Daher sollten für den Erwerb der notwendigen Kompetenzen jeweils Mindestforderungen festgelegt werden, die ausreichend Varianz und Flexibilität für unterschiedliche Berufsbiografien ermöglichen.

Als einen guten Kompromiss zwischen den unterschiedlichen Interessen und Zielen sehen wir Mindestdauern von 18 Monaten sowohl für den ambulanten und den stationären Abschnitt der Gebietsweiterbildung. In Verbindung mit der Vorgabe, dass die gesamte Weiterbildungszeit fünf Jahre beträgt,

ließen sich damit sowohl eine ausreichend breite Grundqualifikation in beiden Sektoren als auch individuelle Schwerpunktsetzungen in ambulanten, stationären, wissenschaftlichen oder institutionellen Qualifikationen erreichen. Zudem würde diese Flexibilisierung die Anzahl verfügbarer Weiterbildungsplätze erhöhen, insbesondere auch im Gebiet KJ.

Gebietsgrenzen

Die Schaffung der Gebiete „Fachpsychotherapeut/in für Kinder und Jugendliche" und „Fachpsychotherapeut für Erwachsene" macht es notwendig, Altersgrenzen festzulegen. Für den Überschneidungsbereich der beiden Gebiete, das Transitionsalter, gibt es auch in der OPK unterschiedliche Vorschläge. Breite Unterstützung findet ein Transitionsalter von 18 bis 21 Jahren, wobei in Ausnahmefällen Fachpsychotherapeuten für KJ auch junge Erwachsene bis 24 Jahre behandeln dürfen sollen. Die Alternativlösung, für die auch einige Argumente sprechen, ist ein Transitionsalter von 18 bis 24 Jahren.

Vorschläge, dass Fachpsychotherapeuten für Erwachsene schon Jugendliche ab 16 Jahren behandeln sollen, oder eine noch weitere Ausweitung des KJ-Gebiets bis 27 Jahre, fanden in der OPK keine starke Unterstützung.

Strukturelles

In der bisherigen Psychotherapeutenausbildung werden alle Abschnitte durch eine Ausbildungsstätte angeboten bzw. koordiniert. Dies lässt sich nicht auf die Weiterbildung übertragen, weil nur sehr wenige Weiterbildungsstätten die Teilnehmer sowohl im stationären als auch im ambulanten Abschnitt in Anstellungsverhältnissen beschäftigen könnten. Dennoch ist es aus Gründen der Qualität und der praktischen Durchführbarkeit sinnvoll, wenn Weiterbildungsstätten den Ablauf der Weiterbildung koordinieren. Wir befürworten, dass entsprechende Regelungen in die MWBO aufgenommen werden.

Ambulante und stationäre Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsleiter müssen von den Landespsychotherapeutenkammern anerkannt werden. Es ist sinnvoll, dass diese Anerkennungen befristet werden, z. B. auf sieben Jahre. Die Landeskammern sollten aber auch davon abweichende Befristungen auf längere Zeiträume setzen dürfen, um den Verwaltungsaufwand zu begrenzen.

Stationäre Weiterbildung

Besonders große Veränderungen werden sich für den Abschnitt der stationären Weiterbildung ergeben. Krankenhäuser und Kliniken müssen dafür zukünftig Stellen für Psychotherapeuten in Weiterbildung (PtW) anbieten. Sie müssen von den Psychotherapeutenkammern als Weiterbildungsstätten anerkannt werden. Die Weiterbildungsbefugten („Weiterbildungsleiter") an Kliniken müssen Kammermitglieder, also zunächst PP oder KJP, mit ausreichender Berufserfahrung sein. In vielen Kliniken dürften dafür erhebliche Veränderungen notwendig sein, sowohl in personellen Strukturen als auch in der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen.

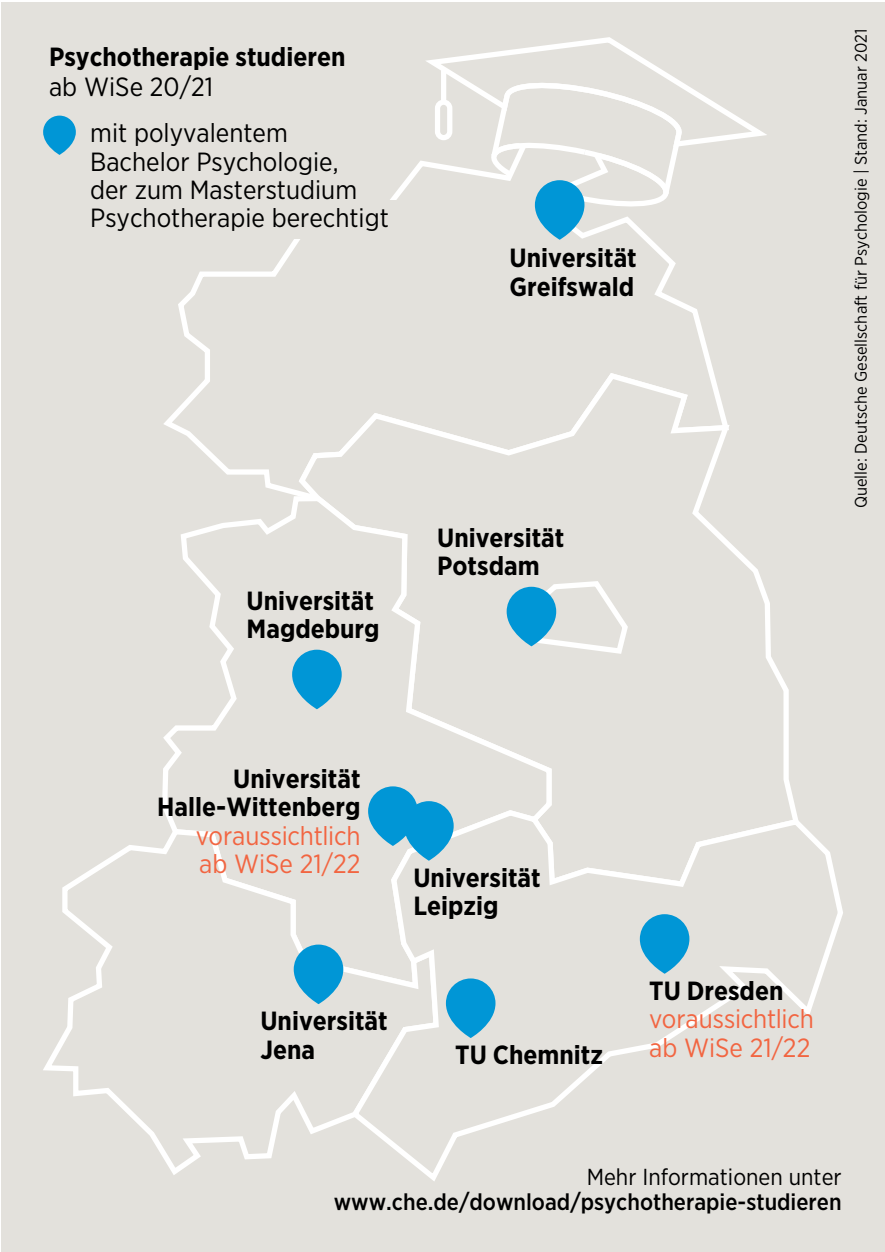
Es ist zu befürchten, dass es zunächst nicht ausreichend stationäre Weiterbildungsplätze geben wird. Deshalb sind Kompromisse zwischen hohen fachlichen Standards und der Umsetzbarkeit notwendig. Aus unserer Sicht ist es unabdingbar, dass die Weiterbildungsbefugnis an Kliniken nicht nur für Weiterzubildende des eigenen Psychotherapieverfahrens, sondern verfahrensübergreifend erteilt wird.

Um Weiterbildungsstrukturen an Kliniken vorzubereiten, wird die OPK in der nächsten Zeit auf Psychotherapeuten und leitende Ärzte an Kliniken zugehen, dann auch auf die Krankenhausträger und die Landesministerien. Es gilt auszuloten, wo bereits Möglichkeiten und Bereitschaft für die stationäre Weiterbildung bestehen und wo zunächst Offenheit dafür geschaffen werden muss.

Viele in der OPK Aktive setzen sich in diesen Wochen dafür ein, dass auf Bundesebene gute Kompromisse zwischen den verschiedenen Interessen erreicht werden. Zu hoffen ist, dass im April eine MWBO verabschiedet wird, die den zukünftigen Fachpsychotherapeuten gute Berufschancen und ihren Patienten eine gute psychotherapeutische Versorgung sichert.

Ihr Gregor Peikert
Präsident

Psychotherapie-Studiengänge in allen OPK-Ländern im Aufbau



Überblick der Universitäten im OPK-Gebiet

Die OPK steht mit allen Hochschulen, an denen Psychotherapie-Studiengänge in unseren Ländern angeboten werden, in regelmäßigem Kontakt. OPK-Vertreter waren an der Akkreditierung der Bachelor-Studiengänge beteiligt. (An dieser Stelle besonderen Dank an Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich und Dr. Jürgen Friedrich für ihr Engagement!)

Die Anzahl der geplanten Bachelor-Studienplätze insgesamt erscheint momentan ausreichend, um den psychotherapeutischen Nachwuchs in der bisherigen Quantität sicherzustellen.

Noch offen ist aber an vielen Standorten, wann und mit wie vielen Studierenden Master-Studiengänge Psychotherapie beginnen können. Hier sind im Vergleich zu den bisherigen Studiengängen Psychologie wesentlich größere Umstellungen und erheblicher zusätzlicher Aufwand für die berufsqualifizierende Tätigkeit notwendig. Die OPK setzt sich gegenüber Wissenschafts- und Sozialministerien sowie Landtagsabgeordneten dafür ein, dass der zusätzliche Aufwand, den ein heilberufliches Hochschulstudium erfordert, ausreichend und verlässlich finanziert werden muss. Beispielsweise können approbierte Psychotherapeuten nicht zu gleichen Konditionen angestellt werden, wie es für wissenschaftliche Mitarbeiter bisher üblich ist.

Vereinzelt gibt es an Hochschulen auch Auseinandersetzungen mit Vertretern medizinischer Fachrichtungen, wer die Verantwortung für die Module innerhalb des Masterstudiums übernehmen soll. Da es sich um ein Studium handelt, das zur Approbation in einem Heilberuf führt, muss die Verantwortung für Inhalte und Organisation des Studiums bei approbierten Psychotherapeuten und damit bei Mitgliedern der Psychotherapeutenkammer liegen. Diese Verantwortung kann nicht Angehörigen anderer Berufe übertragen werden. (Es wäre in Deutschland nicht denkbar, dass beispielsweise Psychologen oder Psychotherapeuten die Ausbildung von Ärzten leiten.). Die OPK bemüht sich, dazu mit den Vertretern der unterschiedlichen Interessengruppen ins Gespräch zu kommen.

Für die Integration von Interaktionsbezogener Fallarbeit (IFA) in die Musterweiterbildungsordnung

Zu den fachlich-inhaltlichen Regelungen, die in der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) getroffen werden müssen, gehören auch Mindestanforderungen an Supervision, Selbsterfahrung und Reflexion therapeutischer Prozesse. In ärztlichen Weiterbildungsordnungen haben dafür Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA) bzw. Balintarbeit traditionell ihren festen Platz. In der Aus- und Weiterbildung für Psychotherapeuten sind IFA und Balintarbeit dagegen noch wenig bekannt.

Wir haben Johannes Grünbaum gebeten, die Gründe für die Einbeziehung der IFA in die MWBO zu erklären. Er war langjährig Leiter der IFA-Gesellschaft, ist Autor einer Reihe von Fachbeiträgen und hat die Entwicklung der IFA als Leiter unzähliger Gruppen maßgeblich mitbestimmt:

Johannes Grünbaum: Ich nehme hier Stellung als ehemaliger Leiter der IFA-Gesellschaft, einer Arbeitsgruppe des Verbandes für Integrative Verhaltenstherapie e. V. (VIVT). Viele der angestellten Überlegungen sind auch auf die Problematik der Integration der Balintarbeit in die MWBO übertragbar. Ich möchte mich hier aber ganz speziell nur für die IFA-Arbeit zu Wort melden.

Warum benötigt man eigentlich eine solche Arbeit neben der Selbsterfahrung, die ja schon breit implementiert und auch künftig vorgesehen ist?

Selbsterfahrung ist ein unabdingbarer Bestandteil einer jeden psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung. In der Regel durchlaufen die Weiterbildungsteilnehmer ein relativ geschlossenes Programm der Selbstreflexion im Einzel- und/oder im Gruppensetting. Die Organisation obliegt anerkannten Weiterbildungsstätten, die entsprechend ausgewiesene Selbsterfahrungsleiter benennen und diesen die praktische Durchführung übertragen. In vielen Instituten gibt es einen fachlichen Austausch über die Inhalte, grundsätzlich besteht aber eine große Flexibilität hinsichtlich der Durchführung und der Inhalte. Geprüft werden die absolvierten Stunden im jeweiligen Setting. Weiterbildungsleiter zertifizieren die adäquate Durchführung mit ihrer Unterschrift gegenüber den entsprechenden Zertifizierungsinstitutionen. (Kammern/Prüfungsämtern etc.) Inhaltliche Berichte an die Weiterbildungsstätten oder zuständigen Behörden sind obsolet. Da für eine eigenständige Arbeit an den Patienten eine erfolgreiche Selbsterfahrung als Voraussetzung gesehen wird, sind die Inhalte der Selbsterfahrung in aller Regel grundsätzlicher und persönlicher Natur. Hier geht es vorrangig um die eigene Biografie mit ihrer Lerngeschichte und um spezielle Themen der Handlungsregulation in der Gegenwart. In der Verhaltenstherapie werden Methoden der Verhaltenstherapie (wie z. B. verhaltensanalytisches Arbeiten) an eigenen Themen ausprobiert, eigene Modifikationsprogramme in Ansatz gebracht oder schematherapeutische Inhalte auf die eigenen Verhaltens- und Emotionsmuster angewendet und somit erfahrbar gemacht. Das ist nur ein kleiner Ausschnitt dessen, was in der Selbsterfahrung passiert und soll hier nicht weiter ausgeführt werden. Natürlich setzen sich Weiterbildungsteilnehmer auch mit ihrer Rolle als Psychotherapeuten auseinander, aber konkrete Themen der therapeutischen Arbeit werden in der Selbsterfahrung eher am Rande berührt.

Findet die inhaltliche Arbeit der IFA nicht in Supervisionen sowieso statt?

Supervision kann in der Weiterbildung sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting realisiert werden. In Supervisionsprozessen soll idealerweise der gesamte Inhalt des therapeutischen Arbeitens Gegenstand der Reflexion sein. Und wenn es so ideal läuft, dann ist dies auch der Fall. Allerdings werden vor allem Aspekte der Anwendung der therapeutischen Techniken, Fragen der Therapieindikation und Behandlungsplanung und bei der Auswertung von Videomitschnitten auch die Umsetzung des konkreten Therapeutenverhaltens im Fokus stehen. Anders verhält es sich bei der emotionalen „Verstrickung" und Aktivierung emotionaler Schemata im therapeutischen Prozess aufseiten der Therapeuten. Diese spielen durchaus im supervisorischen Prozess eine Rolle, sind aber oftmals thematisch Material für Selbsterfahrungsprozesse, weil sie eine stärkere biografische und emotionale Verankerung haben. Dies ist in der Supervision in der Regel gar nicht zu leisten, hier dezidiert zu diesen Themen zu arbeiten. Dazu kommt die Tatsache, dass Supervisoren oft gleichzeitig auch für die Fachaufsicht verantwortlich sind, sie haben also eine administrative Verantwortung. Insofern dürfte eine Selbstöffnung mit großen Vorbehalten auf der Seite der Supervisanden verbunden sein. Sie stehen in einem anderen hierarchischen Verhältnis zum Supervisanden als Selbsterfahrungsleiter. Die Abhängigkeit bis hin zur disziplinarischen Macht ist größer, dies sollte bei Selbsterfahrungsleitern weniger der Fall sein.

Muss diese Form der Reflexion denn überhaupt in geleiteten IFA-Gruppen stattfinden, genügen nicht kollegiale Arbeits- oder Intervisionsgruppen?

Intervisionsgruppen sind als Lerngruppen hoch intensiv und effektiv. Für strukturierte Selbsterfahrungsprozesse sind sie aber wenig geeignet. Hier können Selbsterfahrungs- und Reflexionsprozesse angestoßen werden, es wird aber kaum eine angeleitete Selbstreflexion geben, die zielorientiert eine notwendige Entwicklung und Auseinandersetzung begleitet. Die Leiterzentrierung der Gruppen und der darin stattfindenden Prozesse (auch der Gruppenprozesse) ermöglicht im geschützten Rahmen eine Arbeit mit emotionalen Themen, die ansonsten so nicht stattfinden

kann. Das Einbringen der eigenen emotionalen Verstrickungen und Blockaden ist mit Selbstoffenbarungsängsten assoziiert. Die Gruppe selbst bedeutet in diesem Fall eine „Gefahr", vor der man sich als „Fallvorsteller" schützen will. Ein Gruppenleiter übernimmt die Strukturierung der Gruppe und wirkt insofern entängstigend und wenn nötig schützend. So wird oftmals die Arbeit auf der Ebene der Auseinandersetzung mit emotional aufgeladenen Themen erst möglich. Außerdem werden langfristig arbeitende Gruppen auch für diese Arbeit sozialisiert, diese Aufgabe obliegt dem IFA-Leiter.

In welchem Umfang sollten solche Leistungen im Rahmen der Weiterbildung gefordert werden?

Es gibt ja inzwischen gewisse Erfahrungen in der Weiterbildung der Ärzte. Hier werden in der Regel 70 Stunden Gruppenarbeit verlangt. Dies hat sich als ein guter Rahmen herausgestellt. Wenn man gewährleisten will, dass Weiterbildungsteilnehmer diese Arbeit als ein Qualitätssicherungselement für die weitere Berufstätigkeit entdecken, dann sollte darauf geachtet werden, dass die Teilnahme an größeren Blockveranstaltungen eher die Ausnahme darstellt. Sinnvoll ist die Erfahrung, dass vor Ort arbeitende Gruppen eine gute Kohäsion entwickeln und die erforderliche Arbeit hervorragend leisten können. Die Blockveranstaltungen dienen oftmals eher einer Absolvierung der Weiterbildungspflicht und führen nicht dazu, dass IFA als dauerhaftes Qualitätssicherungsinstrument erkannt und erlebt wird – das ist im Grunde bedauerlich. Sollte in der neuen MWBO die Zusammenarbeit mit bereits „fertigen" Fachtherapeuten und Fachärzten möglich sein, wäre dies eine riesige Bereicherung. Diese Erfahrungen werden auch von den Kollegen der Balint-Gesellschaft geteilt.

Sollte die IFA-Arbeit für alle Richtlinienverfahren gefordert werden?

Was inhaltlich hinter der IFA-Thematik steht, betrifft alle Richtlinienverfahren. Die seit einigen Jahren bestehende Kooperation mit den anderen Fachgesellschaften hat zu der Erkenntnis geführt, dass das hinter der Arbeit befindliche Konzept nachrangig für die zu leistende Arbeit der Selbstreflexion ist. Aus der gemeinsamen Arbeit mit Analytikern und Tiefenpsychologen kann klar festgehalten werden, dass die Arbeitsinhalte nicht abhängig sind von der Technik, die eingesetzt wird. Hier eine die Verfahrens- und Schulengrenzen überwindende Offenheit im Rahmen der Weiterbildung zu praktizieren, wäre innovativ und sehr zu begrüßen.

Abschließend bleibt zu betonen, dass die Anreicherung der Weiterbildung durch IFA-Prozesse oder vergleichbare Arbeiten im Rahmen der Qualitätssicherung eine Lücke schließen würde, die in der bisherigen Approbationsausbildung von PP und KJP deutlich klafft. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht ist gerade die Arbeit mit schwer kranken und gestörten Patienten eine große Herausforderung auf der Ebene der eigenen Persönlichkeit. Aber es geht natürlich um alle existenziellen Themen – Sterben, Suizid, Umgang mit dem Fremden, mit strukturellen und hierarchischen Problemen in Praxis und Klinikalltag, Rivalitäten zwischen den Berufsgruppen, Umgang mit Hierarchien, Umgang mit Angehörigen ... also der Umgang mit den Alltagsthemen im klinischen Alltag. Und diesbezüglich ist es ein erheblicher Unterschied, ob man sich mit diesen Themen allgemein in der Selbsterfahrung oder persönlich involviert und „aktuell verstrickt" in einer IFA-Gruppe auseinandersetzt.

Die bisherige Vorbereitung und Begleitung unserer Berufskollegen ist nicht schlecht, kann aber durchaus verbessert werden. Wir haben jetzt dazu die Möglichkeit. Packen wir es an!

Johannes Grünbaum

Geschäftsstelle

Goyastraße 2d
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432–0
Fax: 0341/462432–19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ist mit frischem Schwung in das Jahr 2021 gestartet – trotz aller Herausforderungen, die dieses neue Jahr für uns bereithält: Die Corona-Pandemie stellt uns weiterhin vor große Aufgaben. Wir begreifen die Begleitung unserer Mitglieder durch diese Krise als unsere vorrangige Aufgabe. Wir unterstützen durch stetige Information im LPK-Newsletter und per E-Mail, durch die Organisation vieler Web-Seminare und durch die Interessenvertretung auf Bundes- und Landesebene. Wir Psychotherapeuten sind sowohl für die politischen Entscheidungsträger in Rheinland-Pfalz als auch für die Medien in Bund und Land wichtige Berater und Ansprechpartner, die um Rat gefragt werden, wenn es um die psychischen Auswirkungen der Corona-Krise geht.

Das zweite große Kammerthema dieses Jahres ist die Schaffung der gesetzlichen und der organisatorischen Grundlagen zur Umsetzung der neuen Aus- und Weiterbildungsstrukturen in Rheinland-Pfalz. Wir sind der Auffassung, dass die Umsetzung des neuen Psychotherapeutengesetzes in Rheinland-Pfalz und die damit verbundene Neustrukturierung nur dann gut und reibungslos wie gewohnt in unserem Bundesland funktionieren wird, wenn alle beteiligten und zuständigen Akteure zusammenarbeiten und bei der Umsetzung „an einem Strang ziehen". Das ist bisher in Rheinland-Pfalz sehr gut gelungen: Die neu konzipierten polyvalenten Bachelor-Studiengänge an den drei Universitäten Mainz, Trier und Landau wurden zügig und in engem Austausch zwischen der Kammer, dem Gesundheitsministerium und den Universitäten berufsrechtlich akkreditiert und konnten deshalb auch rechtzeitig zum Wintersemester 2020/21 starten. Die Universitäten planen, ab dem Wintersemester 2023/24 mit dem Master-Studium „Klinische Psychologie und Psychotherapie" zu beginnen. Spätestens ab Oktober 2025 werden also jährlich etwa 160 frisch approbierte Psychotherapeuten einen Weiterbildungsplatz in unserem Bundesland suchen. Deshalb unterstützt die Kammer bereits jetzt aktiv die Schaffung dieser Weiterbildungsplätze. Wir führen seit vielen Monaten digitale Gespräche, um alle Akteure über die Neuerungen zu informieren, um rechtzeitig die notwendigen gesetzlichen Änderungen einzuleiten und um dafür zu sorgen, dass ausreichend

Dr. Andrea Benecke

Weiterbildungsplätze geschaffen werden. So haben bisher konstruktive und zielführende Gespräche mit der Krankenhausgesellschaft RLP stattgefunden, mit dem Gesundheitsministerium, mit den Chefärzten der großen rheinland-pfälzischen Kliniken, mit leitenden Psychotherapeuten und mit den Ausbildungsinstituten. Eine Vielzahl weiterer Informations- und Abstimmungsgespräche wird folgen. Wir freuen uns, dass alle Akteure die Initiative der Kammer positiv aufgenommen haben. Auch aus dem Gesundheitsministerium haben wir positive Signale erhalten, uns bei der Schaffung von Weiterbildungsplätzen zu unterstützen. Kurz und gut: Wir arbeiten aktiv und mit großem Engagement daran, die Zukunft der Psychotherapie und der Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz positiv weiterzuentwickeln. Wir bedanken uns bei allen Mitgliedern für die vielen positiven Rückmeldungen, die wir im vergangenen Jahr zu unserer Arbeit erhalten haben!

Es grüßt Sie herzlich

Dr. Andrea Benecke
Vizepräsidentin der LPK RL

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Psychische Gesundheit: Informationen und Anlaufstellen

Foto: iStock/ArtistGNDphotography

Die Corona-Pandemie sowie ihre direkten und indirekten Folgen führen bei vielen Menschen zu vermehrtem Stress bis hin zu starken psychischen Belastungen. Einem besonders hohen Risiko für psychische Erkrankungen sind dabei Personen ausgesetzt, die in der medizinischen und pflegerischen Intensivversorgung tätig sind, Menschen mit potenziell traumatischen Covid-Erfahrungen (beispielsweise einer eigenen Erkrankung oder Erkrankung und Tod von nahestehenden Menschen), existenziellen Sorgen durch Einkommensverlust und Arbeitslosigkeit, Menschen mit bereits bestehenden psychischen Erkrankungen, Kinder, Jugendliche und Familien mit Vorbelastungen und geringen Ressourcen sowie ältere und alte Menschen durch Isolation und Einsamkeit, Krankheits- und Todesängste. Weiter erhöht wird das Risiko einer psychischen Erkrankung mittlerweile durch das lange Andauern der Pandemie und die damit verbundenen Unsicherheiten, beispielsweise in Bezug auf berufliche Pläne. Zusätzlich führen Herbst und Winter generell zu einer Zunahme psychischer Belastungen (insbesondere bei vorerkrankten Menschen), wobei die Regeln zur Eindämmung der Pandemie auch die in diesen Fällen dringend empfohlenen Aufenthalte im Freien, sportliche Aktivitäten und soziale Kontakte erschweren.

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz betrachtet es als ihre Aufgabe, Politik und Öffentlichkeit für die psychischen Gefahren, die durch die Pandemie und ihre Begleitumstände drohen, zu sensibilisieren und darüber zu informieren. So referierte etwa die Kammerpräsidentin Sabine Maur bei einer Anhörung bei der Enquete-Kommission „Corona-Pandemie" im Landtag Rheinland-Pfalz. Zudem steht der LPK RLP-Vorstand den Medien als Ansprechpartner zum Thema psychische Auswirkungen der Corona-Pandemie zur Verfügung. **Alle Medienbeiträge finden Sie auf unserer Homepage unter Aktuelles / Presseartikel und Medienbeiträge.**

Auf unserer Homepage haben wir Ihnen außerdem eine Sammlung von Links zusammengestellt, unter denen Personen, die besonders unter den psychischen Auswirkungen der Pandemie leiden, Unterstützung finden. Gelistet sind beispielsweise Unterstützungsangebote für Pflegefachpersonen, Kinder, Jugendliche und Familien, Studierende, Suchtgefährdete etc. **Sie finden diese Linksammlung unter der Überschrift „Zusammenstellung von Informationen und Anlaufstellen für Betroffene" unter Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.**

Positionspapier von LPK RLP und Partnern: Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten ausbauen!

Geflüchtete und Menschen mit Migrationshintergrund, die psychisch erkrankt sind, werden in unserem Gesundheitssystem aktuell nicht adäquat versorgt und kommen im Regelsystem vielfach nicht an. Besonders betroffen sind psychisch kranke Menschen, deren Gesundheitsversorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz geregelt wird, und Menschen mit Migrationsgeschichte, deren Kenntnisse der deutschen Sprache für eine Behandlung auf Deutsch nicht ausreichend sind. Wie kann die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung dieser Personengruppe in Rheinland-Pfalz verbessert werden? „Oftmals hängt der Erfolg einer Weitervermittlung ins Regelsystem vom persönlichen Engagement einzelner Personen ab", sagt Ulrich Bestle, Vorstandmitglied der Landespsychotherapeutenkammer RLP: Nötig seien daher fest verankerte Ansprechpartner sowie eine ausreichende Transparenz beim Antragsverfahren im ambulanten Bereich. In einem gemeinsamen Positionspapier erläutern die Landespsychotherapeutenkammer, die AG Migration und Psychiatrie, die Universitätsmedizin Mainz, die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz und die Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz Missstände in der Versorgung und stellen Forderungen auf, um die Situation zu verbessern.

UNIVERSITÄTSmedizin.
LPK RLP
LIGA

Positionspapier für die weitere Ausgestaltung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund in Rheinland-Pfalz

Das Positionspapier finden Sie auf unserer Homepage.

Sie finden das Positionspapier auf unserer Homepage unter Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

Kammermitglied Prof. Dr. Wolfgang Lutz wird neuer Präsident der Society for Psychotherapy Research – herzlichen Glückwunsch!

Prof. Dr. Wolfgang Lutz

Der Psychologische Psychotherapeut Prof. Dr. Wolfgang Lutz, seit 14 Jahren Mitglied der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, wurde zum Präsidenten der Society for Psychotherapy Research (SPR) gewählt. Er steht damit einer bedeutenden internationalen, multidisziplinären wissenschaftlichen Organisation vor, die sich der Psychotherapieforschung verschrieben hat. Die Landespsychotherapeutenkammer gratuliert Herrn Lutz ganz herzlich zur Wahl und wünscht für die neue Aufgabe viel Erfolg!

Dieses Jahr wird Wolfgang Lutz als President Elect mit der Organisation der nächsten SPR-Konferenz in Denver im Jahr 2022 beschäftigt sein, was mit der Schwerpunktsetzung auf neue wichtige Forschungsthemen verknüpft ist. Die Konferenz wird seine Amtszeit als Präsident der Gesellschaft einläuten, die im Sommer 2023 endet. Die Wahl zum Präsidenten der SPR empfindet Herr Lutz als große Ehre, wie er berichtet. „Es handelt sich um eine Organisation bei der alle Therapieschulen vertreten sind und Kolleg*innen sich zum Thema Psychotherapieforschung aus der ganzen Welt zusammenfinden. Jedes Meeting ist außerordentlich faszinierend hinsichtlich seiner Vielseitigkeit und Internationalität“, schwärmt Wolfgang Lutz.

Der zukünftige Präsident hat an der Universität Trier die Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie inne und ist Leiter der Poliklinischen Psychotherapieambulanz sowie der Postgradualen Weiterbildung „Psychologische Psychotherapie“. Er ist Mitherausgeber zahlreicher Fachzeitschriften und der neuen Auflage des seit fünfzig Jahren zentralen Standardwerkes der Psychotherapieforschung, dem „Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“. Von der Association for Psychological Science (APS) wurde er als „distinguished researcher and leader in the field of psychological science“ geehrt. Prof. Dr. Wolfgang Lutz hat sich in über 300 Fachartikeln, Buchkapiteln und Büchern mit den Themen Psychotherapieergebnis- und Prozessforschung auseinandergesetzt. Schwerpunkte seiner Forschung sind Evaluation und Qualitätssicherung, kontinuierliche und diskontinuierliche Therapieverläufe, psychotherapeutische Mikrostrategien sowie die evidenzgestützte Personalisierung von Diagnose und Behandlung depressiver Störungen und Angststörungen. Auch die aktuelle Pandemielage hält interessante Forschungsfragen für Wolfgang Lutz und sein Team bereit: So wird beispielsweise der Einfluss von Social Distancing auf das psychische Wohlbefinden und der Umstieg von Face-to-Face- auf Videotherapie wissenschaftlich begleitet. **Ein ausführliches Mitgliederporträt finden Sie auf unserer Homepage unter Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.**

Kammermitglied Andreas Stamm als Experte im Anhörverfahren des Innenausschusses des Landtags RLP

Im Hinblick auf eine mögliche Änderung des Landesglücksspielgesetzes führte der rheinland-pfälzische Landtag am 13. Januar 2021 ein Anhörungsverfahren durch. Auch LPK-Kammermitglied Andreas Stamm wurde um eine Stellungnahme gebeten. Zur Debatte stand vor allem die sogenannte „Abstandsregelung“, die einen Mindestabstand von 500 Metern zwischen Spielhallen untereinander sowie zu Kinder- und Jugendeinrichtungen vorsieht. Der Psychologische Psychotherapeut Stamm ist seit 1992 Leiter der Suchtberatungsstelle „Die Tür“ in Trier und damit auch Leiter der Ambulanten Suchtbehandlung dieser Einrichtung. Seit 2008 verfügt die Beratungsstelle über eine Fachstelle

Andreas Stamm

Glücksspielberatung. Herr Stamm konnte also aus seiner eigenen beruflichen Erfahrung berichten, welche Folgen die Abhängigkeit von Glücksspiel nach sich zieht und machte dabei deutlich, dass er mit seiner Stellungnahme auch die Wahrnehmung und Erfahrungen betroffener Spieler vertreten möchte.

Konsequenzen des exzessiven Glücksspiels seien häufig gewaltige Vermögensverluste, Überschuldung und daraus resultierend erhebliche psychosoziale Probleme, etwa Ehe- und Partnerschaftsprobleme, Straftaten, Verlust der Arbeit sowie die Entwicklung psychischer Erkrankungen, beispielsweise Depressionen. Andreas Stamm betonte, dass Glückspielsucht eine anerkannte Krankheit sei. Er forderte daher, analog zu Tabak- und Alkoholwerbung, öffentliche Präsenz und Werbung für Glücksspiel abzulehnen. Die Präsenz von Spielstätten in der Innenstadt si-

gnalisiere „Normalität“, Glückspiel würde als Bestandteil des öffentlichen Lebens wahrgenommen. Aus Sicht der Suchtberatungsstelle sollten Spielstätten nur außerhalb der Innenstädte, beispielsweise in Gewerbegebieten angesiedelt werden. Dort sei die Gefahr geringer, dass Glückspieler zum Spielen verleitet würden. Herr Stamm plädierte für die Abstandsregelungen und riet aus fachlicher Sicht dringend vor einer Verringerung des Abstandes ab. Die weitere Reglementierung des Glücksspiels diene dem Schutz von Kindern und Jugendlichen, der Gesamtbevölkerung vor der Glücksspielsucht und dem Schutz krankhafter erwachsener Glücksspieler.

Neue Inhalte auf der Internetseite der Initiative „Mit Sicherheit gut behandelt“ – weitere Unterstützung zur Umsetzung des Datenschutzes in Psychotherapiepraxen

Die auch über die Landesgrenzen von Rheinland-Pfalz hinaus beispielgebende Kooperation des Landesdatenschutzbeauftragen mit der Landespsychotherapeutenkammer, der Landesärztekammer und der rheinland-pfälzischen Kassenärztlichen Vereinigung, baut im Jahr 2021 ihre Unterstützungsangebote aus. Auf der Internetseite der Initiative sind weitere Inhalte aufgenommen und vorhandene Beiträge aktualisiert worden. Insbesondere der neu eingerichtete Themenblock zur Digitalisierung des Gesundheitswesens soll dazu beitragen, die Praxisinhaber auf die datenschutzrechtlichen Bezüge des Digitalisierungsprozesses aufmerksam zu machen und neben allgemeinen Informationsmöglichkeiten auch die daraus resultierenden praxisbezogenen Auswirkungen darzustellen.

Sind Ihre Patientendaten gut gesichert? (Foto: Pixabay)

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz, Professor Dieter Kugelmann, erklärt: „Die langjährige Zusammenarbeit zwischen staatlicher Datenschutzaufsicht, einzelnen Heilberufskammern und der Kassenärztlichen Vereinigung ist ohne Übertreibung eine rheinland-pfälzische Erfolgsgeschichte. Mit der Initiative ist es uns gelungen, die Umsetzung des Datenschutzes im Bereich der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten auf die praktischen Anforderungen anzupassen.“

Neben der neu gebildeten Rubrik „Digitalisierung im Gesundheitswesen“, in der unter anderem Beiträge zu den digitalen Gesundheitsanwendungen, der elektronischen Patientenakte und Videokonferenzsystemen enthalten sind, werden Informationen zum Datenaustausch mit Polizeibehörden, Staatsanwaltschaften, Gerichten und dem MDK sowie bei vermuteter Kindeswohlgefährdung bereitgestellt.

Die Internetseite der Initiative ist unter **www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de** erreichbar.

Wahlen zur Vertreterversammlung der LPK RLP

Foto: Fotolia_1075713

Vom **12. bis 26. November 2021** finden die Wahlen zur Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz statt. Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt. Alle Informationen rund um die Wahl finden Sie in unserer neuen Homepage-Rubrik „Wahlen zur Vertreterversammlung 2021“ unter „Aktuelles“.

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

Geflüchtet und traumatisiert – therapiert, aber nicht geschützt

Psychotherapie mit traumatisierten Geflüchteten. Psychotherapeuten und ihre Atteste im Asylverfahren

Geflüchtete befinden sich in der Zeit des Asylverfahrens in einer schwierigen und belastenden Situation. Sie sind nach langer Flucht in einem „sicheren Hafen" angekommen, sie sind aber noch lange nicht aufgenommen. Dieses Spannungsfeld zwischen Angekommen und Aufgenommen, zwischen Damals und Heute, zwischen Dort und Hier, zwischen Unsicher und Sicher bestimmen ihr Leben. Bis zur Aufnahme in Deutschland, bis zur Erlangung eines dauerhaften Bleiberechts ist ein langer Weg.

Geflüchtete in dieser Zwischensituation sind zeitweilig der Gefahr für Leib und Leben entkommen, in dauerhafter Sicherheit sind sie noch nicht. Die drohende Ausweisung bzw. Überstellung in ein anderes Land, ja die Abschiebung in das Herkunftsland, bilden eine ständige Bedrohung. Psychotherapie in dieser Situation ist offensichtlich erforderlich, offensichtlich ist Psychotherapie aber auch beeinträchtigt durch die Situation der Unsicherheit.

Die Psychotherapeuten von traumatisierten Geflüchteten sind ebenfalls in einer schwierigen Situation. Sie müssen Sicherheit schaffen, wo Unsicherheit ist. Sie müssen Vertrauen aufbauen, wo infolge der traumatisierenden Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht Vertrauen fundamental verloren gegangen ist. Sie müssen der sprichwörtliche Fels in der Brandung sein. Sie geben Halt in der Unsicherheit.

Therapie in der Übergangssituation: Belastung für Patienten und Therapeuten

Die Handlungsmöglichkeiten von beiden, den Geflüchteten und den Psychologischen Psychotherapeuten sind deutlich eingeschränkt, seit dem 1. November 1993 bereits durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) (siehe dazu DRK 2020 und Weiser 2020) und erneut durch das Asylpaket II von 2019, dabei insbesondere durch das „Geordnete-Rückkehr-Gesetz".

Im AsylbLG wird die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, auch die durch Psychotherapie, eingeschränkt, das „Geordnete-Rückkehr-Gesetz" schließt Atteste von Psychologischen Psychotherapeuten aus gerichtlichen Verfahren aus. Dabei ist der Beistand durch Psychotherapeuten gerade vor Gericht für Geflüchtete von besonderer Wichtigkeit, insbesondere für die Traumatisierten unter ihnen.

In einem Gerichtsverfahren steht nicht die Person im Vordergrund, sondern der rechtliche Rahmen des Gesetzes. Die Untersuchung vor Gericht geht nicht von Vertrauen aus, sondern besteht in einem „Infragestellen" von Schilderungen von Situationen durch den Antragsteller. Dabei handelt es sich oft um Situationen, die traumatisierend gewesen sind und in der Psychotherapie thematisiert werden. Auch geht es vor Gericht um eine Infragestellung der Glaubwürdigkeit der Person selbst, wo therapeutisch Vertrauen und Akzeptanz aufgebaut werden. Gerade durch das genannte „Geordnete-Rückkehr-Gesetz" ist die Arbeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erheblich beeinträchtigt. In einer Situation, in der der Patient sich vor Gericht einem Verfahren ausgeliefert fühlt, das er oder sie als gegen sich gerichtet empfinden muss, ist die Möglichkeit der Psychologischen Psychotherapeuten zur Unterstützung eingeschränkt, ja rechtlich ausgeschlossen. Aus rechtlicher Sicht sind die Anforderungen an den Nachweis von Erkrankungen so ausgestaltet, dass man die Frage nach einer „Verhinderung gerichtlicher Sachaufklärung per Gesetz" stellen kann (s. Lincoln, 2020).

aus: Kalender DRK 2020, kurdische Frau

SL

Vor diesem Hintergrund ist zu fordern, dass das sog. „Geordnete-Rückkehr-Gesetz" geändert werden muss, Atteste von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wieder zur Sachaufklärung zugelassen werden und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ggf. auch persönlich im Verfahren angehört werden.

Vorgeschichte

Mit Inkrafttreten des „Geordnete-Rückkehr-Gesetzes" am 21. August 2019 werden Atteste von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Asylverfahren nicht mehr anerkannt. Das Gesetz wurde am 7. Juni 2019 im Rahmen des Asylpakets II in namentlicher Abstimmung mit 371 Stimmen verabschiedet, bei 159 Gegenstimmen und 111 Enthaltungen. Es war von vornherein umstritten. Schließlich war aber das politische Ziel, die Zahl der Abschiebungen zu erhöhen, wohl ausschlaggebend dafür, dass das Gesetz trotz vieler Proteste, z. B. auch der BAfF und der BPtK, verabschiedet wurde. Ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes stellt der SPIEGEL fest, dass die Zahl der Abschiebungen nicht gesunken ist, sondern eher gestiegen. Andere Gründe als die im Gesetz vorgenommenen Änderungen, darunter die Beurteilung von Krankheiten als Abschiebehindernis, scheinen also die Zahl der Abschiebungen zu bestimmen. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die Praxis insbesondere bei der Beurteilung psychischer Erkrankungen neu zu bewerten. Lincoln (2020, S. 351) weist darauf hin, dass zudem im Artikel 19 GG ein Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz verankert ist, der einen Anspruch auf angemessene Sachaufklärung begründet, insbesondere wenn es um das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit geht (Artikel 2,2 GG).

Im Rahmen des Gesetzes wurde festgelegt, dass Atteste von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten grundsätzlich nicht mehr anerkannt würden, sondern nur ärztliche Atteste, die zudem einer besonderen Anforderung genügen müssten. Auch wurden die Fristen für die Vorlage der Atteste deutlich verkürzt.

Gegen einen Ausschluss von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gab es schon während des Beratungsverfahrens des Gesetzes eine Reihe von Einwänden. Zum einen wurde beanstandet, dass durch diese Einschränkung die Zahl derer, die Atteste vorlegen können, unbillig reduziert würde, da schon insgesamt ein sehr geringer Teil der psychisch erkrankten Geflüchteten behandelt würde. Ein anderer gewichtiger Einwand besteht darin, dass eine ganze Berufsgruppe, die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zugunsten einer anderen ausgeschlossen würde.

Dabei sind Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für psychische Erkrankungen besonders qualifiziert. Sie haben meistens einen besonders intensiven Kontakt zu den Patienten und können ihre Atteste somit auf Fachkompetenz einerseits und Kontextwissen des Einzelfalls andererseits stützen. Bei Geflüchteten werden zudem häufig „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" beobachtet, die in der ICD unter der Klassifikationszahl F 43 zusammengefasst sind. Diese Störungen entwickeln sich als direkte Folge von belastenden Ereignissen, die den primären und ausschlaggebenden Kausalfaktor darstellen. Nicht ein medizinischer Aspekt steht im Mittelpunkt, sondern das belastende Ereignis und dessen Verarbeitung. Dieses überwältigende Ereignis ist „der Einbruch der Realität in die Psyche", wie es heißt (Sonderheft Psyche 9/10, 2000). Psychotherapeuten arbeiten überdies oft in „lebensnahen" Beratungs- und Behandlungszentren für Geflüchtete und Folteropfer und haben damit ein anderes Kontextwissen als Ärzte in Einzelpraxen.

Traumatisierte erleben ihre Ohnmacht häufig als beschämend und neigen in der Regel eher dazu, ihre Störung nicht wahrhaben zu wollen und anderen gegenüber zu verstecken; sie neigen zur Dissimulation eher als zur Simulation. Dasselbe tun vielleicht auch die politisch Verantwortlichen, z. B. bei der Formulierung des sog. „Geordnete-Rückkehr-Gesetzes": Angesichts des Ausmaßes der Problematik wollen sie vielleicht nicht genau hinsehen! Das ist ein nachvollziehbares und verständliches Verhalten, kann im Effekt aber unbeabsichtigt zu einer Verrohung auch des politischen und rechtlichen Handelns führen. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben gelernt, die Psychodynamik von Erleiden, Ohnmachtserfahrung, Verleugnung und Verdrängung zu verstehen. Die Gefahr, dass Störungen mit Krankheitswert durch sie diagnostiziert werden, wenn keine bestehen, ist deshalb sehr viel geringer als die Gefahr, dass bestehende Störungen übersehen werden, Krankheiten unbehandelt bleiben, erforderlicher Schutz nicht gewährt wird.

Das Flüchtlingsproblem als Problem der Politik, die Probleme der Geflüchteten als Anliegen der Psychotherapie

Der Ausschluss von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten trifft eine Berufsgruppe, deren Qualifikation für die Aufgabe von Behandlung und Begutachtung von psychischen Störungen außer Frage steht.

Im Kern geht es beim „Geordnete-Rückkehr-Gesetz" allerdings nicht um eine berufsständische Frage. Die Vernachlässigung dieser Frage wird vielmehr in Kauf genommen, um ein anderes politisches Ziel zu erreichen: die Reduktion der Flüchtlingszahlen.

In Reaktion auf die sogenannte Flüchtlingskrise 2015 kam die allgemeine Forderung auf, die Zahl der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge zu begrenzen und die Zahl der Rückführungen deutlich zu erhöhen. So etwas wie 2015 solle sich nicht wiederholen, hieß es, und entsprechend handelte die 2018 ins Amt gekommene Regierung. Dem individuellen Recht auf Gesund-

heit stand der staatliche Anspruch auf Kontrolle der Zuwanderung gegenüber.

Aufenthaltsrechtlich wurden die Gewährung eines Bleiberechts und die Aussetzung der Abschiebung auch bei negativ beschiedenem Asylverfahren oft gesundheitlich begründet. Dieser Sachverhalt war ein Ärgernis für die Behörden, die weniger an das Leid der Betroffenen dachten als an die Zahl der Rückführungen. Die Atteste der Psychotherapeuten waren als Hindernis schnell ausgemacht, die Beschränkung auf ärztliche Psychotherapeuten und zugleich die Erhöhung der Anforderungen an „qualifizierte Atteste" sollten hier Abhilfe schaffen. Die Atteste sollten, so

aus: Kalender DRK 2020, zwei Vögel vereinzelt im Baum

scheint es, nicht so ausführlich ausfallen, wie es psychotherapeutische Atteste sind, die sich auf eine Reihe von psychotherapeutischen Gesprächen stützen, aber auch nicht so kurz wie in der Regel rein diagnostische Atteste, wie sie zum ärztlichen Alltag gehören.

Der Ausschluss der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im „Geordnete-Rückkehr-Gesetz" ist dann nicht nur der Ausschluss einer Berufsgruppe, sondern auch ein Ausschluss psychisch Erkrankter von Leistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung. Geflüchtete, die unter Traumafolgestörungen leiden, sind krank und können gemäß ICD-10 als krank diagnostiziert werden. Ihr Anspruch auf Gesundheit und Sicherheit wird dem Anspruch des Staates geopfert, Sicherheit und Ordnung aufrechtzuerhalten, deren Gefährdung angeblich durch eine große Zahl von Flüchtlingen entsteht. Die Zahl der Traumatisierten ist dabei vergleichsweise gering. Psychische Erkrankungen begründen nur zu einem geringen Teil einen Aufenthalt oder ein Abschiebehindernis. Im Übrigen wurde das Ziel der Erhöhung der Rückführungen bislang verfehlt.

Die Umsetzung des Gesetzes in der Praxis

Die Erfahrung des Umgangs mit Geflüchteten im Saarland, die in psychotherapeutischer Behandlung waren, umfasst schon eine Reihe von Jahren und geht zurück bis in die Zeit, als Menschen aus Bosnien-Herzegowina in Deutschland Aufnahme gefunden hatten. Damals waren viele Geflüchtete aufgrund der Kriegsereignisse und der ethnischen Verfolgung traumatisiert und befanden sich in psychotherapeutischer Behandlung mit muttersprachlichen Dolmetschern. Sie erhielten bei Vorlage eines psychotherapeutischen Attests des behandelnden Psychotherapeuten einen Aufenthaltstitel in Deutschland, damals in der Regel eine Aufenthaltsbefugnis.

Bereits 2014 wurden Bosnien-Herzegowina, Mazedonien und Serbien als sichere Herkunftsstaaten eingestuft. Abschiebungen von Personen aus diesen Ländern hatten schon vorher durch rigorose Verfahrensentscheidungen des BAMF begonnen, nun wurden diese erleichtert, außerdem Asylverfahren erschwert und das Asylverfahren beschränkt, all dies verbunden mit dem Ziel der Abschreckung. Flüchtlinge aus den genannten Staaten konnten fast nur krankheitsbedingt ein Bleiberecht erhalten. In Folge der sog. Flüchtlingskrise wurden im Rahmen des Asylpakets I im Jahre 2015 die Balkanstaaten Albanien, Kososvo und Montenegro zu sicheren Herkunftsländern erklärt, Geflüchteten wurde es nun durch die neue Gesetzgebung bzgl. des erschwerten Nachweises der Krankheiten, v. a. psychischer Erkrankungen, noch schwieriger gemacht, krankheitsbedingt ein Bleiberecht und damit Schutz und Behandlung zu erhalten (s. a. DRK 2020).

Unter diesen waren Geflüchtete, die sich oft jahrelang in psychotherapeutischer Behandlung befanden. Es gab in der Regel umfangreiche Berichte von Psychotherapeuten. Nicht diese wurden jedoch zugrundgelegt, sondern das Urteil eines eigens dazu bestellten Mediziners. Dieser hatte bei einer einmaligen Vorstellung des ihm bis dahin unbekannten Patienten die Reisefähigkeit zu beurteilen. Im Saarland machten wir die Erfahrung, dass psychotherapeutische Patienten im Rahmen solcher Untersuchungen dekompensierten und in eine Fachklinik eingewiesen werden mussten. Das war vorhersehbar, weil eine Traumatisierung in der Regel mit Vertrauensverlust verbunden ist und die Betroffenen ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis haben.

Schon das damalige Vorgehen zeugt insofern von einer mangelnden Fachkompetenz der Behörden und einer unausweichlichen Überforderung des ärztlichen Gutachters. Die Vorschriften des 2019 in Kraft getretenen „Geordnete-Rückkehr-Gesetzes" hätten auf diesen Erfahrungen aufbauen und solche unvertretbaren Härten vermeiden können. Das ist nicht geschehen.

Die Erfahrungen mit dem sog. „Geordnete-Rückkehr-Gesetz"

Eine erste Beurteilung des Gesetzes hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die Zahl der Rückgeführten hat gezeigt, dass das politische Hauptziel, die Erhöhung der Zahl der Rückführungen, nicht erreicht wurde. Vor diesem Hintergrund ist zu fragen, ob der Ausschluss von Attesten von Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für Geflüchtete überhaupt noch begründbar ist. Muss er nicht im Gegenteil eher kritisch geprüft und ggf. zurückgenommen werden? Der Beobachtungszeitraum für eine Beurteilung ist noch kurz, und das Gesetz scheint nach dem Inkrafttreten im August 2019 erst allmählich in der Praxis anzukommen, führte dort aber schon

zu grundsätzlicher Kritik. Lincoln (2020, S. 351) z. B. weist darauf hin, dass im Artikel 19 GG ein Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz verankert ist, der einen Anspruch auf angemessene Sachaufklärung begründet, insbesondere wenn es um das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit geht (Artikel 2 Abs. 2 GG). Der Ausschluss von Attesten steht der geforderten Sachaufklärung durch die Gerichte entgegen.

Schlussfolgerungen und Forderungen

Das „Geordnete-Rückkehr-Gesetz", seine Vorgeschichte und die bisherige Praxis, werfen eine Reihe von Grundsatzfragen wieder auf. Es sind dies im Wesentlichen folgende:

1. Die grundsätzliche Frage: Ist es vertretbar, eine ganze Gruppe von Menschen in Deutschland, die Gruppe der Geflüchteten im Verfahren, auszuschließen davon, dass ihr gesundheitlicher Zustand angemessen gewürdigt wird, auch durch Atteste von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

2. Die Frage nach der Gesundheitsversorgung: Ist es vertretbar, durch gesetzliche Maßnahmen den Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete dadurch zu erschweren, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von der Berücksichtigung ihrer Atteste im Verfahren ausgeschlossen werden?

3. Die berufsständische Frage: Ist es nicht unvertretbar, ja mutwillig, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (eine ganze Berufsgruppe), und deren Fachkompetenz im Asylverfahren keine Berücksichtigung finden, wenn deren Atteste ausgeschlossen werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in der Psychiatrie oder in eigener Praxis mit deutschen Patienten arbeiten, ganz selbstverständlich Stellungnahmen, Berichte und Atteste akzeptiert werden, bei Geflüchteten aber nicht, und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in anderen Bereichen (z. B. Rentenansprüche, GdB-Feststellungen, Fahrtüchtigkeit…) als Gutachter bei Gerichten regelmäßig gehört werden?

4. Die Frage nach der Sachaufklärung vor Gericht: Ist es vertretbar, dass durch den Ausschluss von Attesten von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die angemessene sachverständige Beurteilung der Gesundheit beeinträchtigt wird? Auch Mitarbeiter von Bundesamt und Ausländerbehörde sind angewiesen auf die Fachkompetenz von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und müssen lernen zu beurteilen, ob ein Attest ausführlich und aussagekräftig ist.

5. Die Frage nach dem Selbstverständnis des Staates: Ist es vertretbar, dass bei der Abwägung der staatlichen Aufgaben das Recht auf individuelle Gesundheit (der Geflüchteten) zugunsten anderer Ziele (Reduzierung der Zahl der Zuwanderer) zurücksteht? Insbesondere dann, wenn dieses Ziel anders erreicht werden kann und mit den kranken Geflüchteten eine eher kleine, dafür aber besonders schützenswerte Gruppe getroffen wird.

Forderungen

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten fordern eine Korrektur der Praxis, die aus dem Gesetz folgt. Sie tun es aus einem Selbstverständnis heraus, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt, der der therapeutischen Unterstützung bedarf. Sie tun es auch als verantwortlich Handelnde im Gesundheitssystem, das die angemessene Versorgung von Kranken gleich welcher Herkunft sicherstellen soll. Sie tun es nicht zuletzt als Akteure der Zivilgesellschaft, die individuell und durch ihre Vertretung, die BPtK, ihre Erfahrung und ihr Fachwissen in den politischen Diskurs einbringen, ja einbringen müssen.

Vor dem ausgeführten Hintergrund sollte das Gesetz geändert und die Arbeit der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Asylverfahren angemessen gewürdigt werden, zum Wohl der erkrankten Flüchtlinge, zur Sicherung des grundgesetzlich garantierten Rechts auf die körperliche Unversehrtheit und zur berufsständischen Gleichbehandlung von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten.

Literatur:

Die Literaturangaben sind im Mitgliedermagazin FORUM 78 der PKS einsehbar.

Dipl.-Psych.
Wolf Bernhard Emminghaus

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Lisa Zender

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/95455–56
Fax: 0681/95455–58
kontakt@ptk-saar
www.ptk-saar.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

vermutlich können Sie das Wort Stufenplan nicht mehr hören, wenn Sie dieses Heft in den Händen halten. Es hängt ihnen zu den Ohren 'raus. Dabei können wir Psychotherapeuten beruflich wie berufspolitisch doch sehr gut schrittweise arbeiten. Schauen Sie nur einmal zurück auf die Entwicklung unseres Berufes in den letzten dreißig Jahren. Schritt für Schritt sind wir dahin gekommen, wo wir heute sind. Und unser Beruf befindet sich weiter in der Entwicklung.

Vielleicht sollte man auch deshalb einmal häufiger auf uns hören. In der aktuellen Lage tut es dringend Not, auch Experten für seelische Belastungen und Erkrankungen zu Rate zu ziehen. Denn an erster Stelle ist nicht die Einzelstrang-Nukleinsäure (auch als Covid-19 bekannt) verantwortlich für die enorme Zunahme von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Verantwortlich dafür sind die Antworten der Politik auf die sich aus ihr ergebende Schädigung des menschlichen Körpers sowie die vermeintliche Bedrohung für das Funktionieren des Gesundheitssystems. Die wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Schäden für die Gesellschaft, für ganze Berufszweige, für Generationen von Kindergarten- und Grundschulkindern als unmittelbare Folge der Einsperr- und Aussperrmaßnahmen (auch Lockdown genannt) und die Einstellung des Schulunterrichts (auch Homeschooling genannt) werden viel zu selten thematisiert. Kollegen, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, sind sich einig darüber, dass diese vom Menschen gemachten Schäden für die Seele mindestens genauso viel wiegen wie die direkt vom Virus erzeugten Schäden. Da ist es schon erstaunlich, dass Expertengremien nur aus Personen bestehen, die sich ausschließlich mit dem schädigenden Potenzial einer der beiden Seiten beschäftigen. Leider viel zu wenig betrachtet wird das Schädigungspotenzial der vom Menschen gemachten Antworten darauf. Ich glaube, für alle meine Kollegen sagen zu dürfen, wenn es um die Suche nach Ausgewogenheit geht, soll es an uns nicht scheitern. Wir stehen bereit – wenn man uns denn fragen würde.

Doch zurück zum Stufenplan. Die Entwicklung unseres Berufes geht Schritt für Schritt weiter. Mit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz vom Herbst 2019 erfolgte die Gleichstellung mit den anderen akademischen Heilberufen. Bereits ein Jahr danach war es möglich, in Deutschland ein Studium der Psychotherapie aufzunehmen. Diesem Studium folgt dann zukünftig – ähnlich wie nach einem Studium der Medizin – eine Weiterbildung. Damit dies so ablaufen kann, muss eine Weiterbildungsordnung gegeben sein. Außerdem braucht es zur Weiterbildung ermächtigte Kollegen sowie entsprechende Weiterbildungsstätten.

Im Folgenden beschreiben wir Ihnen zwei aktuelle Beispiele für die schrittweise Fortentwicklung unseres Berufes.

Einen schönen Gruß

Heiko Borchers
Präsident

Ab Oktober 2022 geplant: Der Masterstudiengang mit Schwerpunkt „Klinische Psychologie und Psychotherapie" in Schleswig-Holstein

Da mit der Verabschiedung der Musterweiterbildungsordnung „Psychotherapie" im Rahmen des nächsten Deutschen Psychotherapeutentages im April 2021 zu rechnen ist, beginnt der Vorstand, sich zunehmend intensiver damit zu beschäftigen, wann und mit welchen Voraussetzungen die neue Weiterbildung in Schleswig-Holstein umgesetzt werden soll und kann. Im Rahmen dieses Gestaltungsprozesses legt der Vorstand der PKSH großen Wert darauf, die Meinungen und Einschätzungen von Experten und Organisationen im Land einzuholen, welche zentrale Bedeutung für die Zukunft der psychotherapeutischen Weiterbildung in Schleswig-Holstein haben.

Den Auftakt bildete ein ausführliches, neunzigminütiges „Online-Gespräch" mit Frau Prof. Dr. Anya Pedersen, seit 2013 Lehrstuhlinhaberin Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU), am 26. Januar 2021. Diese berichtete über die Planungen der CAU zum neuen Masterstudiengang mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein entsprechender Masterstudiengang wird auch in Lübeck geplant.

Laut Professor Pedersen wird aktuell geplant, den „neuen" Masterstudiengang, der auf die Approbationsprüfung vorbereiten soll, ab dem Wintersemester 2022/23 in Kiel anzubieten.

Voraussetzung für das neue Masterstudium mit Schwerpunkt „Klinische Psychologie und Psychotherapie" ist der erfolgreiche Abschluss eines sechssemestrigen polyvalenten Bachelorstudiums Psychologie, das seit dem letzten

Wintersemester (2020/21) in Kiel und Lübeck angeboten wird. In dieser Studienphase müssen dafür entsprechende Module gewählt und belegt werden, um Zugang zum Masterstudiengang zu erhalten.

Im Masterstudium sind 150 Stunden in der ambulanten Versorgung und 450 Stunden in der stationären Versorgung als berufsqualifizierende Tätigkeit zu absolvieren. Hier wird die Universität Kooperationsverträge insbesondere mit psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen, neuropsychologischen und interdisziplinären Behandlungszentren mit psychotherapeutischem Schwerpunkt im Land schließen. Die ambulante Tätigkeit findet v. a. in der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Universität Kiel (HPK) statt.

Für Kiel ist geplant, dass die erste Kohorte des Masterstudiengangs im Spätsommer 2024 das Studium absolviert hat und damit Ende 2024 mit der neuen Weiterbildung beginnen kann.

In der inhaltlichen Ausgestaltung der Lehrinhalte des neuen Masterstudiengangs ist laut Frau Professor Pedersen sehr viel durch die neue Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und

Prof. Dr. A. Pedersen (Foto: privat)

Psychotherapeuten (PsychThApprO) festgelegt. So spielt die Ausbildung der Studierenden mit Hinblick auf die verschiedenen Altersbereiche (Erwachsene und Kinder/Jugendliche) eine zentrale Rolle, welche auch als „Gebiete" in der neuen Weiterbildungsordnung bezeichnet werden. Eventuell kommt als dritter Bereich (bzw. als drittes Gebiet) die Neuropsychologie dazu. Es ist geplant, Wissen über die vier anerkannten psychotherapeutischen Richtlinienverfahren bzw. die entsprechenden neuropsychologischen Interventionen zu vermitteln, um dann gezielt ein Gebiet und ein Verfahren für die Weiterbildung wählen zu können. Der erfolgreiche Abschluss des Masterstudiengangs qualifiziert für die dem Studium nachgelagerte Approbationsprüfung. Diese ermöglicht dann die Weiterbildung zu Fachpsychotherapeuten.

Frau Professor Pedersen berichtete, dass gemäß ihrer Kenntnis mit Beginn des Wintersemesters 2021/22 an einigen wenigen deutschen staatlichen Universitäten der Masterstudiengang mit Schwerpunkt „Klinische Psychologie und Psychotherapie" angeboten werden soll. Insofern könnte es sein, dass ab Herbst/Winter 2023 erstmals approbierte Psychotherapeuten an einer Weiterbildung zu Fachpsychotherapeuten in Schleswig-Holstein interessiert sind. Das zu ermöglichen, ist eine ganz wesentliche Aufgabe der Psychotherapeutenkammer. Der Vorstand der PKSH wird sich engagiert mit allen Kooperationspartnern dieser Herausforderung stellen. Wir tun unser Bestes und werden Sie auf dem Laufenden halten.

Dr. Clemens Veltrup
Vorstandsmitglied

Gesetzesnovellierungen

Ende Dezember 2020 bzw. Anfang Januar 2021 traten nach der Verabschiedung im Landtag am 10. Dezember 2020 und mit der Veröffentlichung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein am 23. Dezember 2020 ein neues Gesetz und zwei Gesetzesänderungen in Kraft, die auch für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten relevant sind:

(1) Krankenhausgesetz für das Land Schleswig-Holstein – Landeskrankenhausgesetz (LKHG)

(2) Maßregelvollzugsgesetz (MVollzG) und

(3) Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG).

In diesem Artikel soll eine erste berufspolitische Bewertung der Gesetzesnovellen vorgenommen werden. Ausdrücklich weisen wir darauf hin, dass es sich nicht um eine juristische Würdigung handelt.

Endlich: Landeskrankenhausgesetz für Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein war bisher das letzte Bundesland ohne Landeskrankenhausgesetz. An 92 Standorten im Land gibt es Kliniken bzw. bettenführende Abteilungen. Jährlich werden mehr als 600.000 Patienten innerhalb dieses Versorgungssystems behandelt. Mit dem Gesetz bekommt das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein („Gesundheitsministerium") die Rechtsaufsicht über die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein. Dem Gesundheitsministerium obliegt somit die Aufgabe, sicherzustellen, dass die Regelungen des Landeskrankenhausgesetzes tatsächlich eingehalten werden. Beispielhaft zu nennen ist, dass Aufnahmeverpflichtung und Dienstbereitschaft der Notaufnahmen geregelt werden. Außerdem werden Krankenhäuser dazu verpflichtet, auf die Bedürfnisse besonderer Patientengruppen, wie Menschen mit Behinderungen einzugehen und Begleitpersonen mit aufzunehmen.

Für die weitere Zukunftsplanung der Kliniken wird gemäß § 5 ein Landeskrankenhausausschuss eingerichtet, an dem mit beratender Stimme u. a. auch

die Pflegeberufekammer, die Ärztekammer und die PKSH teilnehmen können. Auf diesem Weg ist es möglich, Einfluss auf die weitere Gestaltung der Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein zu nehmen.

Landeskrankenhausausschuss nach § 5 LKHG

unmittelbar Beteiligte:
1. Krankenhausgesellschaft S.-H.,
2. AOK Nordwest,
3. BKK Landesverband Nordwest,
4. IKK Nord,
5. Knappschaft,
6. Landwirtschaftliche Krankenkasse,
7. Verband der Ersatzkassen,
8. Verband der Privaten KV S.-H.,
9. Städtetag S.-H.,
10. Schleswig-Holst. Landkreistag,
11. Städtebund S.-H.,
12. Schleswig-Holst. Gemeindetag,
13. Hochschulmedizin.

Beteiligte mit beratender Stimme:
1. Deutsche Rentenversicherung Nord,
2. Dt. Gesetzl. Unfallversicherung,
3. LAG freie Wohlfahrtsverb. S.-H.,
4. Verband der Privatkliniken in S.-H.,
5. Ärztekammer S.-H.,
6. Kassenärztliche Vereinigung S.-H.,
7. Pflegeberufekammer S.-H.,
8. Patientenombudsperson und
9. Psychotherapeutenkammer S.-H.

In § 29 wird die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen geregelt. Absatz 2 fordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten und bei psychotherapeutischen Patienten mit niedergelassenen Psychotherapeuten sowie den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

Von großer berufspolitischer Bedeutung ist die in § 34 definierte „Betriebsleitung" eines Krankenhauses.

„(1) (…) An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegefachperson und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes sowie in psychiatrischen / psychotherapeutischen Kliniken eine Leitende Psychotherapeutin oder ein Leitender Psychotherapeut gleichrangig zu beteiligen. (…)

(3) (…) Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten als Abteilungspsychotherapeuten sowie als Abteilungsleiter oder Abteilungsleiterin bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind."

Mit dieser Beschlussfassung wird die Position der Leitenden Psychotherapeuten erstmals in einem Landesgesetz implizit gefordert und explizit der Leitung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhauses zugeordnet. Der Gesetzgeber folgt damit einer Stellungnahme des früheren Vorstands der PKSH aus dem November 2019.

Die Stärkung der Funktion und Position der Leitenden (psychologischen) Psychotherapeuten wird auch für die Umsetzung der neuen Weiterbildung für approbierte Psychotherapeuten von großer Wichtigkeit sein.

Es wird sich zeigen, wie schnell es gelingt, dass die Krankenhausträger diese gesetzlichen Forderungen in die Tat umsetzen werden. Die PKSH wird sich bemühen, das Thema mit unterschiedlichen Interessenvertretern anzusprechen, um zu erfahren, welche Schritte diese unternehmen, um die Umsetzung dieser Bestimmungen zu erreichen und dabei auch konkrete Unterstützung anbieten.

Mangelhaft vollzogen: Maßregelvollzugsgesetz

Am 24. Dezember 2020 trat die Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes in Kraft. Das Gesetz regelt den Vollzug der als Maßregel der Besserung und Sicherung angeordneten Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt.

Im Maßregelvollzugsgesetz findet die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten weiter keine Erwähnung. Trotz gewachsener Bedeutung dieser Berufsgruppe in der forensischen Psychiatrie bleiben in der bestehenden Gesetzesreform wesentliche Verantwortlichkeiten weiter ausschließlich in der Hand der Ärzte. So können beispielsweise Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen nach § 29 (bspw. Entzug oder Vorenthalten von Gegenständen) nur „von einer Ärztin oder einem Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie aufgrund eigener Untersuchung angeordnet werden" (Absatz 4). Bei Gefahr im Verzug und vorläufiger Anordnung durch eine therapeutische Mitarbeiterin oder einen therapeutischen Mitarbeiter ist die Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes unverzüglich herbeizuführen. (Absatz 5)

Auch bezüglich der Auskunftserteilung und der Akteneinsicht (gemäß § 34 Absatz 2) gilt: *„Die Auskunft kann im beiderseitigen Einvernehmen mündlich durch eine Ärztin oder einen Arzt der Einrichtung des Maßregelvollzugs erteilt werden; ansonsten fertigt die Einrichtung gebührenfrei Kopien".*

Diese Entscheidung des Gesetzgebers ist umso bedauerlicher, als die Vertreter der PKSH im Februar und im März 2020 Stellung zum Gesetzesentwurf bezogen und genau diese Mängel thematisiert haben. Die PKSH wird sich weiterhin mit diesem Gesetz beschäftigen und sich für eine Berücksichtigung Psychologischer Psychotherapeuten in einer neuen Novelle des Gesetzes einsetzen. Es geht v. a. darum, zukünftig die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten zu erleichtern, in dem Verantwortungsbereiche definiert werden, für die jeweils eine Berufsgruppe die Primärverantwortung trägt.

Reformiert: Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen

Das Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG) ersetzt das zuvor geltende Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (PsychKG) und trat zum 24. Dezember 2020 in Kraft. Besondere Berücksichtigung fanden darin die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zur Fixierung aus dem Jahr 2018. Im Gesetz wird ausdrücklich erwähnt, dass Psychologische Psychotherapeuten sozialpsychiatrische Dienste leiten können.

Ein wichtiger Aspekt des Gesetzes ist auch die Frage der Unterbringung. So stellt § 8 dar, dass ein Antrag nur vom Kreis oder einer kreisfreien Stadt gestellt werden kann. In Absatz 2 wird beschrieben, welche Gutachten notwendig sind, um über den Antrag auf Unterbringung entscheiden zu können: *„Dem Antrag ist eine ärztliche Stellungnahme einer auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahrenen Ärztin oder eines auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahrenen Arztes beizufügen, in dem die Erfüllung der Voraussetzungen für die Unterbringung durch entsprechende Tatsachenfeststellungen bescheinigt wird. Die ärztliche Stellungnahme muss auf einer persönlichen Begutachtung des betroffenen Menschen beruhen."*

Wünschenswert wäre, dass eine psychotherapeutische Stellungnahme den gleichen Stellenwert bekäme wie die ärztliche Beurteilung. Aus ethischen Gründen ist zu fordern, dass die Stellungnahme in der Regel nicht durch die Primärbehandler erfolgt, da dadurch die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu den Patienten gestört werden könnte.

§ 14 Abs. 4 regelt, dass die Behandlung einer psychischen Störung von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet oder selbst durchgeführt werden und ärztlich überwacht und dokumentiert werden muss. Ein solcher Arztvorbehalt für die (stationäre) Behandlung einer psychischen Störung ist nicht nachvollziehbar. Psychologische Psychotherapeuten sollten an dieser Stelle gleichberechtigt genannt werden.

Gleiches gilt für die in § 27 Abs. 4 geregelten Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen. Der Gesetzestext sieht vor: *„Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen dürfen nur von einer Ärztin oder einem Arzt aufgrund eigener Untersuchung angeordnet werden."* Da es sich bei den in § 27 Abs. 2 aufgezählten Maßnahmen nicht um das Verabreichen von Medikamenten handelt, sollten die genannten Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen auch von Psychologischen Psychotherapeuten angeordnet werden können.

Auch in § 37 des PsychHG findet sich analog zum Maßregelvollzugsgesetz die Formulierung, dass Auskunft über gespeicherte Daten „im beiderseitigen Einvernehmen mündlich durch eine Ärztin oder einen Arzt erteilt werden" kann. Hier sollten ebenfalls Psychologische Psychotherapeuten genannt werden.

In diesem Gesetzgebungsprozess nahm die PKSH ebenfalls Stellung, viele Forderungen wurden jedoch nicht übernommen. Nach ersten Rückmeldungen des Ministeriums entsteht der Eindruck, dass u. U. andere gesetzgeberische Grundlagen angepasst werden müssten, um die Position der (Psychologischen) Psychotherapeuten stärken zu können. Auch hier wird sich die PKSH weiter engagieren.

Daniela Herbst
Vizepräsidentin
Dr. Clemens Veltrup
Vorstandsmitglied

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kollegen:

Angelika Schütze,
geb. 07.04.1949, Preetz
verst. 28.08.2020, Lübeck

Sabine Boysen
geb. 25.07.1984, Kiel
verst. 27.01.2021, Lübeck

Karl-Hermann Gandras
geb. 25.03.1939
verst. 21.02.2021, Kasseedorf

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/66119–90
Fax: 0431/66119–95
Mo. bis Fr.: 09–12 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

SH

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr,
13.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Bayern
Birketweg 30
80639 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 14.00 – 15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen
Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/277200-0
Fax 0421/277200-2
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 12.00 Uhr
Mi 13.00 – 15.00 Uhr
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Hamburg
Hallerstr. 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226226-060
Fax 040/226226-089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Hessen
Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Niedersachsen
Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Nordrhein-Westfalen
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Goyastr. 2d
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo – Do 9.00 –12.00 Uhr und
12.30 – 15.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Rheinland-Pfalz
Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 13.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland
Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/954555-6
Fax 0681/954555-8
Mo, Di, Do 9.00 – 12.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein
Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Bitte beachten Sie, dass die telefonischen Sprechzeiten aufgrund der aktuellen Corona-Situation von den hier angegebenen abweichen können.

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
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. Kim Heinemann (Bremen), Dr. Christoph Sülz (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), PD Dr. Regina Steil (Hessen), Dr. Heike Winter (Hessen), Dr. Linda Siefert (Niedersachsen), Jörg Hermann (Niedersachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen), Dr. Andrea Walter (OPK), Dr. Sabine Ahrens-Eipper (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz), Susanne Münnich-Hessel (Saarland), Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein), Dr. Björn Riegel (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Matthias Schmid M. A., Redakteur (CvD) (V.i.S.d.P.)
Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
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 Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

20. Jahrgang, Ausgabe 1/2021

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

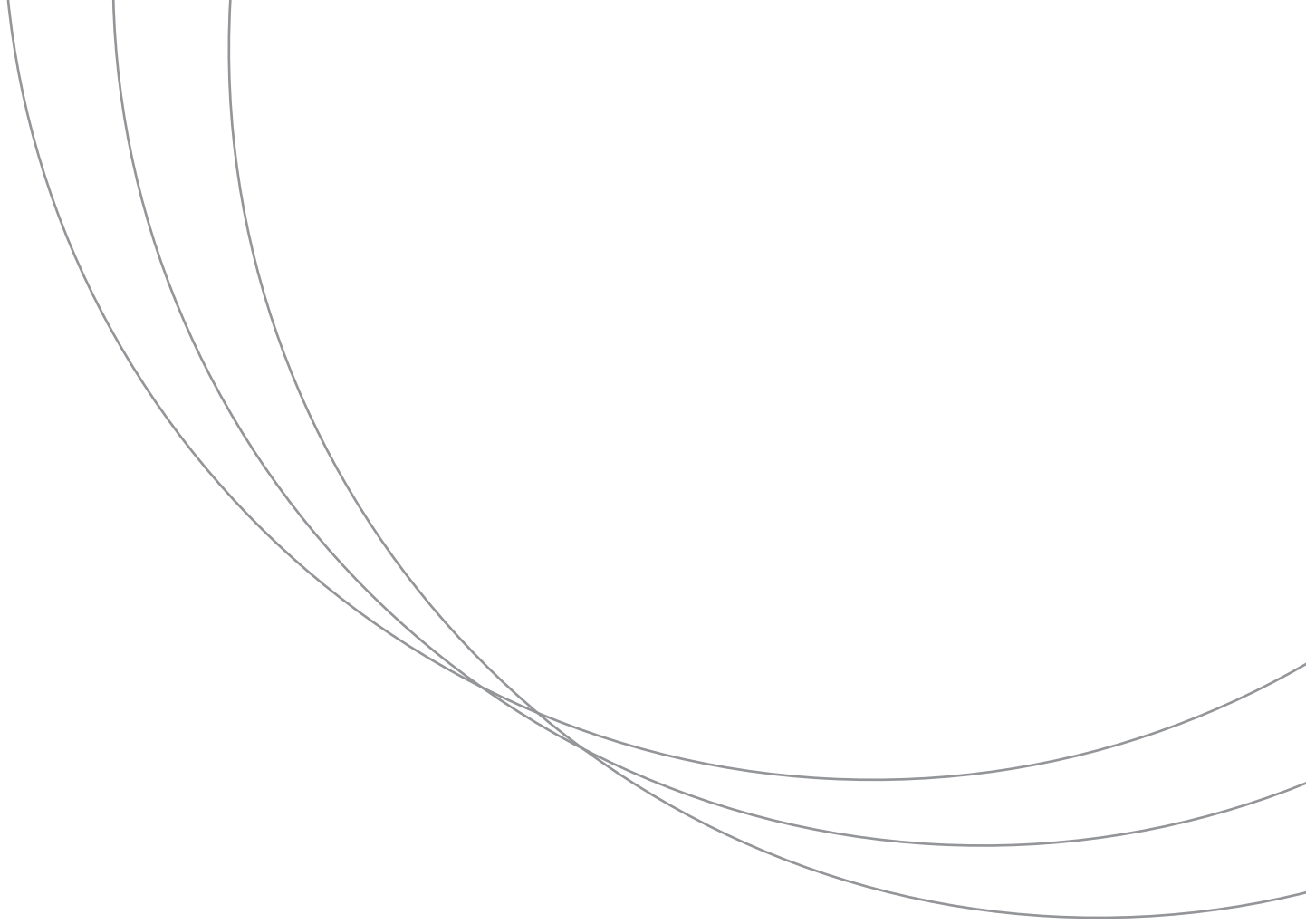
Einreichungsschluss für Ausgabe 2/2021 ist der 8. März 2021, für 3/2021 der 7. Juni 2021 und für 4/2021 der 6. September 2021. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 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.

Autorinnen und Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.



www.psychotherapeutenjournal.de