

Psychotherapeuten journal

- Die digitale Patientenakte im Praxistest
- Landesbehörde trifft universitäre Psychologie:
Ein erster Erfahrungsbericht zur Umsetzung der
Reform der Psychotherapeutenausbildung
- Ausgespielt? Ein Plädoyer für das Spiel als zentrales
Medium in der Kinderpsychotherapie
- Emotionales Essverhalten:
Mechanismen, Entstehung, Behandlung
- Welche Auswirkungen hat die COVID-19-Pandemie
auf Patienten mit Körperdysmorpher Störung und
deren psychotherapeutische Behandlung?

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,

unfassbare Bilder von Zerstörung und Überschwemmung aus Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Bayern erreichten uns im Juli, begleitet von den Nachrichten, dass über hundert Menschen ihr Leben in den Fluten verloren hatten. Mehr als hundert Personen werden noch vermisst, sodass sich nach Einschätzung der Landesregierungen die Zahl der Opfer vermutlich noch erhöhen wird. Dabei handelte es sich um Menschen, die ihre Häuser nicht rechtzeitig verlassen konnten oder die die Flut auf der Straße überrascht hat, sowie um Helfer, die bei dem Versuch, andere zu retten, selbst ums Leben gekommen sind. Der Anblick vollkommen verwüsteter Ortschaften und eingestürzter Häuser lässt weitere Todesopfer leider nur zu wahrscheinlich erscheinen. Dies alles geschah nicht irgendwo, weit weg auf anderen Kontinenten, sondern hier bei uns, mitten in Deutschland. Unser Mitgefühl und unsere Trauer gelten allen Betroffenen und Einsatzkräften, die so schweres Leid ertragen müssen. Häuser, Straßen und Brücken können wieder aufgebaut werden, Menschenleben sind unersetzbar.

Neben körperlichen Verletzungen sind auch die psychischen Belastungen in einer solchen Katastrophensituation enorm. Kaum jemand in den betroffenen Regionen, der nicht entweder direkt innerhalb der eigenen Familie betroffen war oder in unmittelbarer Nähe miterlebt hat, wie Menschen gestorben oder in Lebensgefahr geraten sind. Das Miterleben eines Ereignisses von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß hat das Potenzial, eine Anpassungsstörung, eine akute Belastungsreaktion oder eine posttraumatische Belastungsstörung auszulösen. Dabei wissen wir, dass diese psychische Reaktion jeden gleichermaßen treffen kann, sie ist kein Zeichen

persönlicher Schwäche, sondern vielmehr eine normale Antwort auf eine vollkommen unnormale Situation. Bei vielen psychisch belasteten Menschen werden die Symptome im Verlauf der nächsten drei Monate wieder abklingen, für einen Teil der Betroffenen (in etwa 5–7 %) werden sie aber persistieren. Kinder und Jugendliche kommen in vielen Fällen über die erlebte Katastrophe hinweg, manche brauchen aber längere Zeit und reagieren mit psychischen und körperlichen Symptomen. Halten diese bei Erwachsenen, Kindern oder Jugendlichen an, müssen hinreichende Angebote für eine psychotherapeutische Versorgung bestehen, um das Leid zu lindern und eine Chronifizierung der Störung zu vermeiden.

Im Zusammenhang mit dieser Naturkatastrophe stellt sich, wie bei allen anderen vorausgegangenen Ereignissen ähnlicher Art, die Frage nach den Ursachen. Zufälliges Ereignis oder menschengemacht? Die Vermutung, dass es einen Zusammenhang mit der Klimaerwärmung gibt, scheint sich zu erhärten. Kausalzusammenhänge sind nicht einfach herzustellen, dazu ist das Gesamtgeschehen zu komplex, aber Experten gehen davon aus, dass die Klimaerwärmung einen entscheidenden Anteil hat. Damit gewinnt das Thema Klimaschutz immer mehr an Bedeutung für unsere Profession. So zeigten die Daten für das Jahr 2018, dass es in Deutschland mit 20.200 Todesfällen im Zusammenhang mit Hitze bei den Über-65-Jährigen zu einer deutlichen Steigerung im Vergleich zu den Jahren 2014 bis 2018 gekommen war. Hier waren es im Schnitt 12.080 Todesfälle. In diesem Jahr starben über hundert Menschen allein durch die Flutkatastrophe und es entstanden unglaublich hohe materielle und immaterielle Verluste. Für beide Arten von Naturereignissen bzw.



-katastrophen sind die psychischen Belastungsreaktionen und durch sie bedingte psychische Folgeerkrankungen gut belegt. Dies erlegt uns die Pflicht auf, uns im Rahmen unserer Möglichkeiten als Profession für den Klimaschutz stark zu machen.

Als Psychotherapeuten beschäftigen wir uns nicht nur mit individuellen psychischen Störungen, sondern auch mit deren gesellschaftlichen Ursachen und Zusammenhängen. Gerade beim Thema Klimaschutz geht es auch um den Beitrag des Einzelnen, um persönliche Verhaltensweisen, Einstellungen und gesellschaftliche Verhältnisse. Deshalb ist es eine berufsethische Pflicht unseres Berufsstands, auf Entwicklungen und Bedingungen hinzuweisen, die Einfluss auf die psychische Gesundheit von Menschen haben: Psychotherapeuten „beteiligen sich (...) an der Erhaltung und Weiterentwicklung der soziokulturellen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die psychische Gesundheit der Menschen“, so definiert es z. B. § 3 Abs. 2 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen. Stellen wir uns dieser Verantwortung.

Zum Abschluss wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre dieses Psychotherapeutenjournals, mit spannenden Artikeln und Nachrichten aus der Bundeskammer und den Landeskammern.

Ich wünsche Ihnen einen guten und hoffentlich gesunden Start in einen goldenen Herbst.

Dr. Heike Winter (Hessen)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Tim Klucken & Kati Roesmann

Die Digitalisierung der psychotherapeutischen Praxis: Vorteile, Nachteile und erste Erfahrungen mit der digitalen Patientenakte

Im Praxismanagement rücken seit einigen Jahren „digitale Möglichkeiten“, aber auch Herausforderungen sowie potenzielle Gefahren zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit von Praxisinhabern. Der vorliegende Artikel beschreibt und diskutiert Vorteile sowie Nachteile des Umstiegs auf eine „digitale Praxis“ und hierbei insbesondere den Umgang mit einer digitalen Patientenakte. Weiterhin vermittelt der Artikel erste Eindrücke von einem Arbeiten mit einer digitalen Patientenakte und berichtet hierbei konkrete Erfahrungen und Problemstellungen sowie Lösungsmöglichkeiten.

217

Manuela Sykstus & Winfried Rief

Landesbehörde trifft universitäre Psychologie: Ein Erfahrungsbericht zur Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung am Beispiel Hessen

Nach den langwierigen Diskussionen in der Vorbereitung des neuen Psychotherapeutengesetzes geht es nun an die konkrete Umsetzung. Hierzu ist eine enge Kooperation zwischen den Landesgesundheitsbehörden (meist Landesprüfungsämtern (LPÄ)) und den Psychologie-Departments an den Universitäten notwendig, an manchen Stellen auch in Verbindung mit Landespsychotherapeutenkammern und Akkreditierungsagenturen. Wie gelingt eine solche Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren unter zudem großem Zeitdruck? Welche Herausforderungen mussten im Prozess bislang gemeinsam gemeistert werden? Ein Erfahrungsbericht aus Hessen gibt erste Einblicke.

223

Heidi Zorzi

Ausgespielt? Ein Plädoyer für das Spiel als zentrales Medium in der Kinderpsychotherapie

Nach einem kurzen Einstieg über die Geschichte der personenzentrierten Spieltherapie, ihren „Aufstieg“ in der BRD der 70er-Jahre und ihren zunehmenden Rückgang als Folge der Nicht-Anerkennung als Kassenleistung soll in diesem Artikel die Bedeutung des dyadischen Spiels in der Kinderpsychotherapie – unabhängig vom jeweiligen Richtlinienverfahren des Psychotherapeuten – aufgezeigt und anhand von Fallbeispielen veranschaulicht werden.

229

Michael Macht

Emotionales Essverhalten: Mechanismen, Entstehung, Behandlung

Die Gewohnheit, zu essen, um belastende Emotionen erträglicher zu machen, ist weit verbreitet und klinisch bedeutsam, aber unser Wissen darüber ist noch lückenhaft. Worauf beruht die besänftigende Wirkung von Nahrung? Wie entsteht emotionales Essverhalten? Und vor allem: Wie lässt es sich behandeln?

235

Marie Drüge, Tanja Roth & Birgit Watzke

Bericht aus der Praxis: Die Behandlung der Körperdysmorphen Störung in der COVID-19-Pandemie

Durch die COVID-19-Pandemie ergeben sich im Störungsbild der Körperdysmorphen Störung (KDS) kontextuell bedingte Besonderheiten in der Symptomatik (z. B. durch das Tragen einer Maske, Physical und Social Distancing) und im Behandlungssetting (z. B. Videobehandlungen). In diesem Bericht aus der Praxis werden diesbezügliche Erfahrungen geschildert und Implikationen für die Behandlung der KDS dargestellt.

Rezension

244 *Martin Hautzinger*
Aaron T. Beck ist 100! Eine Würdigung

246 **Kompetenzorientierung statt Verfahrensfixierung**

Eine Rezension von Michael Geyer: Rief, W., Schramm, E. & Strauß, B. (Hrsg.). (2021). Psychotherapie. Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

249 Bundespsychotherapeutenkammer

255 Baden-Württemberg

260 Bayern

266 Berlin

271 Bremen

275 Hamburg

279 Hessen

285 Niedersachsen

288 Nordrhein-Westfalen

292 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

295 Rheinland-Pfalz

299 Saarland

302 Schleswig-Holstein

205 Editorial

247 Leserbriefe und Replik

307 Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

308 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A16 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

Der Teilausgabe Hamburg ist ein Einhefter mit Amtlichen Bekanntmachungen der Psychotherapeutenkammer Hamburg beigelegt.

Die Digitalisierung der psychotherapeutischen Praxis

Vorteile, Nachteile und erste Erfahrungen mit der digitalen Patientenakte

Tim Klucken & Kati Roesmann

Zusammenfassung: In den letzten Jahren wurde der Einsatz digitaler Techniken sowohl im Praxismanagement (z. B. elektronischer Heilberufsausweis, Telematikinfrastruktur) als auch in der eigentlichen psychotherapeutischen Arbeit (z. B. Videotherapie) immer stärker gefordert und gefördert. Die damit verbundene Hoffnung in der psychotherapeutischen Versorgung beinhaltet u. a. eine verbesserte Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Behandlern¹ sowie eine effizientere Praxisorganisation. Durch die Weiterentwicklungen innerhalb der Patientenverwaltungssoftware sowie allgemeinen IT-Entwicklungen konnten viele neue Möglichkeiten erprobt und etabliert werden, beispielsweise eine digitale, d. h. papierlose, Patientenakte. Diese digitale Patientenakte, die in einigen anderen (Heil-)Berufsgruppen mittlerweile als Standard gilt, wird oftmals im Kontext der Psychotherapie besonders kontrovers diskutiert und kritisch betrachtet. Im Rahmen eines 18-monatigen Praxistests wurden verschiedene Möglichkeiten einer digitalen Patientenakte an der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Siegen analysiert und im Praxisalltag erprobt. Der folgende Artikel verfolgt das Ziel, einen Überblick über verschiedene Möglichkeiten einer digitalen Patientenakte zu geben und potenzielle Risiken, Vor- und Nachteile sowie Empfehlungen und Erfahrungen zu diskutieren. Zusätzlich werden konkrete IT-Empfehlungen für das Praxismanagement gegeben, die nicht nur für eine digitale Patientenakte relevant sind, sondern auch für eine klassische Papierakte.

In den letzten Jahren ist die Nutzung digitaler Technik in der Gesellschaft und damit auch in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung immer häufiger geworden (Albrecht et al., 2020). Die Gesundheitspolitik räumt dementsprechend der Digitalisierung im Rahmen der Gesundheitsversorgung eine hohe Priorität ein und versucht, solche Transformationsprozesse sowohl im Bereich des Praxismanagements als auch in der eigentlichen psychotherapeutischen Arbeit – trotz Bedenken und Kritik – vermehrt zu unterstützen.

Für die fortschreitende Digitalisierung im Bereich des Praxismanagements können exemplarisch das digitale Versorgungsnetz, die elektronische Patientenakte, der elektronische Heilberufsausweis sowie der Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI) genannt werden. Gleichzeitig entstehen durch die fortschreitende Digitalisierung sowohl in dem Praxismanagement als auch in der psychotherapeutischen Arbeit neue Herausforderungen und Bedenken. Da viele Praxisinhaber ihre IT-Administration weitestgehend selbst realisieren und somit auch die datenschutzgerechte Handhabung sensibler digitaler Daten selbst verantworten, tauchen vor allem in diesen Punkten Unsicherheiten und Fragen auf.

Im Kontext der Gründung der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Siegen (PHA) wurden verschiedene Praxismodelle mit unterschiedlichem Digitalisie-

rungsgrad im Rahmen eines zeitlich begrenzten, 18-monatigen Praxistests von sechs approbierten Psychotherapeuten erprobt und evaluiert. Dabei stand die Erprobung der – kontrovers diskutierten – „digitalen Patientenakte“ im Fokus. Alle Psychotherapeuten arbeiteten im Vorfeld dieses Praxistests mit der klassischen „Papierakte“ und kannten verschiedene Patientenverwaltungssysteme. Der Fokus dieses Artikels liegt auf einer praxisorientierten Beschreibung und Diskussion der Chancen, Risiken und Auswirkungen einer digitalen im Vergleich zu einer analogen Patientenakte.

Was ist eine digitale Patientenakte?

Der Begriff „digitale Patientenakte“ ist nicht trennscharf definiert und wird daher in verschiedenen Kontexten unterschiedlich verwendet. Im vorliegenden Artikel ist mit der „digitalen Patientenakte“ ausdrücklich nicht die aktuell vieldiskutierte „elektronische Patientenakte“ (ePA) gemeint, sondern die klassische Patientenakte im Sinne der Berufsordnung. Diese umfasst beispielsweise den Behandlungsvertrag, Stundenprotokolle und diagnostische Unterlagen sowie den Antrag auf Psychotherapie. Der Begriff „digitale Praxis“ wird als

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.

Oberbegriff benutzt, unter den alle Bereiche des Praxismanagements und des Patientenkontakts fallen, die mit digitalen Prozessen in Berührung kommen. Hierunter können die psychotherapeutische Tätigkeit als solche (z. B. in der Videosprechstunde) sowie das Praxismanagement (z. B. Patientenakte, Verwaltung von Kontaktdaten, Homepage, E-Mail-Korrespondenz) fallen. Mit dieser Definition wird schnell deutlich, dass es mittlerweile kaum eine Praxis geben dürfte, die nicht in diesem Sinne „digital“ ist. Dies wird insbesondere an der Tatsache ersichtlich, dass die meisten Praxen zur Administration der Patientendaten und zur Erstellung der Abrechnung ein Patientenverwaltungssystem nutzen.

Praxismodelle mit unterschiedlichem „Digitalisierungsgrad“

Durch neue technische Möglichkeiten sowie durch wachsende Anforderungen stehen viele Praxisinhaber vor der Frage, welcher Grad an Digitalisierung für ihre Praxis sinnvoll erscheint. Während die Unterstützung durch digitale Hilfsmittel in einigen Aspekten des Praxismanagements (z. B. Patientenverwaltungssystem) inzwischen kaum mehr aus dem psychotherapeutischen Alltag weggedacht werden kann, wird die Patientenakte nach wie vor oft „analog“ in Papierform genutzt.

In dem vorliegenden Artikel werden drei unterschiedliche Modelle kontrastiert, die sich in Anteil und Durchdringungsgrad des Einbezugs von digitalen Mitteln beim Führen der Patientenakte unterscheiden und die in unserem Praxistest verglichen wurden.

Fall 1: Analoges Modell

In den meisten ambulanten Praxen existieren eine papiergebundene Patientenakte, ein computerbasiertes Patientenverwaltungssystem, das in der Regel nur für die Abrechnung genutzt wird, sowie Office- und andere Computeranwendungen. Der Computer wird dabei lediglich als Hilfsmittel genutzt, um die notwendige Abrechnung durchzuführen sowie Anträge, Gutachten und Ähnliches zu verfassen. Stundenprotokolle und andere Dokumente werden in einer Papierakte in einem verschließbaren Schrank aufbewahrt. Dieser Fall wird in dem vorliegenden Artikel als „analoge Patientenakte/analoges Modell“ bezeichnet.

Fall 2: Hybrid-Modell

Die zweite Variante weist im Vergleich zum analogen Modell bereits einen deutlich höheren Grad an Digitalisierung im Praxismanagement und insbesondere in der Patientenakte auf. Einige Patientenverwaltungssysteme bieten mittlerweile an, dass Teile der Patientenakte (z. B. Befunde, Anträge, Bewilligungen und auch Stundenprotokolle) in das System integriert werden können. Hier existieren in der Regel zwei Möglich-

keiten für besonders sensible Dokumente, wie das Stundenprotokoll: erstens das Schreiben des Dokumentes innerhalb des Patientenverwaltungssystems oder zweitens dessen Erstellung und Speicherung als PDF, welches nachträglich in das Patientenverwaltungssystem eingebunden wird. Das Patientenverwaltungssystem befindet sich, im Unterschied zum sog. Cloud-Modell, auf dem eigenen Computer, sodass alle Daten lokal gespeichert sind.

Fall 3: Cloud-Modell

Im „Cloud-Modell“, der hier weitreichendsten Form der digitalen Akte, existieren nahezu keinerlei papierbezogene Dokumente. Alle Patientendaten befinden sich dabei in der digitalen Patientenakte. Sämtliche Dokumente, die nicht bereits im System integriert sind (z. B. ein unterschriebener Behandlungsvertrag), werden umgehend digitalisiert und nach Fertigstellung in das Patientenverwaltungssystem integriert. Dieses System befindet sich, im Unterschied zu der zweiten Variante, in einer Cloud und nicht auf dem eigenen Rechner. Sämtliche Dokumente werden in diesem Modell also nur temporär auf dem eigenen Computer gespeichert (z. B. während des Verfassens eines Antrags) und dann umgehend online auf einem externen Server, dem Cloud-Server, gespeichert und vom lokalen Computer gelöscht.

Grundsätzliche Bedenken gegenüber einer digitalen Patientenakte

Eine große Befürchtung bei der Verwendung einer digitalen Akte ist, dass entweder versehentlich (d. h. durch Anwenderfehler) oder durch gezielte Attacken (z. B. Hackerangriffe) sensible Patientendaten erbeutet und anschließend im Internet veröffentlicht werden könnten. Die Angst vor gezielten Attacken scheint nicht unbegründet, wie aktuelle Beispiele zeigen: So erfolgten in der jüngeren Vergangenheit, beispielsweise in Finnland, der erfolgreiche Datendiebstahl sensibler Patien-

—— Eine große Befürchtung bei Verwendung einer digitalen Akte ist, dass durch gezielte Attacken sensible Patientendaten erbeutet und anschließend im Internet veröffentlicht werden könnten, wie es bei Gesundheitseinrichtungen in Finnland jüngst passiert ist. —————

tendaten samt Veröffentlichung sowie weitere IT-Angriffe auf Einrichtungen des Gesundheitswesens mit großen Auswirkungen. Bei Eintritt eines „Worstcase“-Szenarios könnten bei einer digitalen Patientenakte sämtliche Patientendaten (z. B. auch sensible Stundenprotokolle) veröffentlicht werden.

Auch wenn beim klassischen analogen Modell die Akte ausschließlich in Papierform vorliegt, enthält der Praxiscomputer ebenfalls häufig sensible Informationen (z. B. Anträge, lokales Patientenverwaltungssystem mit Diagnosen, E-Mails oder Dateien, die nicht richtig gelöscht wurden). Die Folgen von

Attacken betreffen also – in abgeschwächter Form – auch analoge Akten. Eine zentrale Frage bei der Bewertung der Datensicherheit der drei Modelle ist also weniger die Frage, ob sensible Daten in gespeicherter, digitaler Form vorliegen, sondern eher in welchem Umfang diese Daten vorliegen und wie gut sie gesichert sind.

Eine weitere Befürchtung bei einer vollständig digitalen Patientenakte bezieht sich darauf, dass im schlimmsten Fall alle Daten unwiderruflich und nicht rekonstruierbar verloren sein könnten. Dies könnte zum Beispiel dann der Fall sein, wenn keine oder fehlerhafte Sicherungen vorgenommen wurden oder diese ebenfalls erbeutet bzw. kontaminiert wurden. Wie groß bei einem Hybrid- und Cloud-Modell das Risiko eines Verlusts sämtlicher Patientendaten ist, ist je nach Digitalisierungsgrad schwierig abzuschätzen. Die persönlichen Konsequenzen für Patienten wie auch die ökonomischen Auswirkungen für die Praxis wären jedoch fatal, da im Zweifelsfall keinerlei Informationen mehr über Patientenkontakte vorhanden sein könnten, während beim analogen Modell immer auf die Papierakte zurückgegriffen werden kann. Gleichzeitig ist jedoch zu bedenken, dass auch beim analogen Modell Daten unwiderruflich zerstört oder entwendet werden können, z. B. durch Feuer oder Einbruch. Je nach Praxismodell bestehen also unterschiedliche Risiken, denen bestmöglich vorgebeugt werden sollte.

Insgesamt ist es in jedem Fall empfehlenswert, Informationen zur Haftpflichtversicherung (oder Ausfallversicherung) des Anbieters des Patientenverwaltungssystems (z. B. im Falle eines erfolgreichen Angriffs auf den Cloud-Anbieter) einzuholen. Auch Fragen bezüglich der Absicherung im Fall einer Insolvenz des Anbieters sollten bedacht werden – insbesondere bei einer digitalen Patientenakte, da hier mögliche Schäden in einem Worstcase-Szenario bedeutend größer wären.

Allgemeine Anforderungen an das Praxismanagement und die IT-Infrastruktur

Fälschungssichere/Revisionssichere Akte

Grundsätzlich sollte sowohl die analoge als auch die digitale Patientenakte fälschungssicher gestaltet werden. In der Akte müssen z. B. nachträgliche Änderungen und Löschungen nachvollzogen werden können. In der Praxis wird diese Anforderung bei papierbasierten Akten oftmals nicht (ausreichend) gewährleistet. Die meisten Softwarehersteller, die eine digitale Aktenführung unterstützen, bieten ein „revisionssicheres Modul“ für die digitale Akte an. Im Kontext des Hybrid-Modells und der Cloud-Lösung sollte daher darauf geachtet werden, dass das Patientenverwaltungssystem bzw. der Anbieter über entsprechende Sicherheitszertifikate verfügt, die eine revisionssichere Aktenführung bescheinigen. Sofern „Revisionssicherheit“ bei der analogen Akte ordnungsgemäß

realisiert wird, fällt der Aufwand bei digitalen Akten geringer aus, da der Ablauf automatisiert ist.

Patientenverwaltungssystem

Insbesondere im Hybrid- und im Cloud-Modell ist ein übersichtliches Patientenverwaltungssystem, in welches die digitalen Akten integriert sind, zwingend notwendig. In unserem Praxistest evaluierten wir verschiedene digitale und non-digitale Versionen der Patientenakte. Wir konnten dabei folgende Anforderungen identifizieren, die Praxisinhaber beim Umstieg auf eine digitale Akte beachten sollten:

Verschlüsselung des Patientenverwaltungssystems

Unabhängig davon, welches der o. g. Modelle genutzt wird, ist die Frage bedeutsam, ob die Datenbank des Patientenverwaltungssystems (d. h. die Einträge in dem Patientenverwaltungssystem) verschlüsselt wird und ob diese Verschlüsselung auch „sicher“ ist (z. B. belegbar durch bestimmte Zertifikate; s. u.). Es sollte immer geprüft werden, ob die Datenbank nach Schließen des Patientenverwaltungssystems automatisch verschlüsselt wird oder ob dies in der Software manuell aktiviert werden muss. In unserer Recherche zeigte sich, dass vor allem lokale Patientenverwaltungssysteme die Datenbanken nicht automatisch verschlüsselten.

Eine wichtige Besonderheit, die insbesondere auf Hybrid-Modelle (digitale Patientenakte auf dem eigenen Rechner) zutrifft, sollte bei der Realisierung einer digitalen Akte unbedingt geprüft werden: Bei der Einbindung eigener Dateien wie PDFs (z. B. von Stundenprotokollen oder einem unterschriebenen Behandlungsvertrag) in das Patientenverwaltungssystem werden diese oft nicht automatisch verschlüsselt. Vereinfacht ausgedrückt, wird das eigene PDF auf der Festplatte lediglich in einen Unterordner des Patientenverwaltungssystems verschoben, mit einem neuen Namen versehen und in der Benutzeroberfläche des Patientenverwaltungssystems „verlinkt“. Im Gegensatz zu den Einträgen, die direkt in das Patientenverwaltungssystem geschrieben oder dort angeklickt werden (z. B. Patientename, Diagnosen etc.), wird das lokale Verzeichnis des Patientenverwaltungssystems, in dem die eigenen Dateien liegen, oftmals nicht verschlüsselt. Wenn in diesem Fall der lokale Computer gehackt wird, können Dateien, die „nur“ mit dem Patientenverwaltungssystem verlinkt sind, problemlos und ohne jedes Passwort (!) geöffnet werden, selbst wenn die eigentliche Datenbank des Patientenverwaltungssystems verschlüsselt ist. Es sollte also unbedingt geprüft werden, ob eigene Dokumente vom Patientenverwaltungssystem verschlüsselt werden. Dies war laut unserer Recherche bei fast keinem (lokalen) System der Fall. Im Gegensatz zu dieser, aus unserer Sicht, gravierenden Sicherheitslücke liegen in der Cloud-Lösung die eigenen Dateien ausschließlich in der Cloud und nicht mehr auf dem eigenen, lokalen Computer. Solange die Cloud also entsprechende Verschlüsselungsstandards aufweist, ist hier ein hoher Sicherheitsstandard im Gegensatz zum lokalen Patientenverwaltungssystem gegeben.

Backup-Management des Patientenverwaltungssystems

Backups sind Sicherheitskopien der Datenbank des Patientenverwaltungssystems, welche sicherstellen, dass auf Daten auch dann zugegriffen werden kann, wenn der Computer nicht mehr nutzbar ist. Eine wichtige Empfehlung ist die zusätzliche Verschlüsselung der Backup-Dateien. Hier bietet das Patientenverwaltungssystem oftmals eine Verschlüsselung an (welche z. T. manuell aktiviert werden muss), sodass im Worstcase des Diebstahls eines Backups noch eine weitere Sicherheitsschranke vorhanden ist. Bei der Nutzung eines Cloud-Modells kann das Backup für den Einzelanwender entfallen, was als ein großer Vorteil bei unserem Praxistest empfunden wurde (s. „Hoffnungen, Befürchtungen und Erfahrungen mit digitaler Aktenführung“).

Allgemeine Aspekte der Sicherheit digitaler Daten

Verschlüsselung lokal gespeicherter Daten

Zusätzlich zur Verschlüsselung der Datenbank des Patientenverwaltungssystems empfehlen wir, eine Verschlüsselung der gesamten Festplatte vorzunehmen. Dies kann unter Windows mit dem sogenannten „Bitlocker“ und im Apple-Betriebssystem macOS mit dem „FileVault“ erfolgen. Beide Programme verschlüsseln den eingebauten Speicher automatisch nach Abschalten des Computers. Durch eine Festplattenverschlüsselung wird verhindert, dass die Festplatte gelesen werden kann, obwohl der Ursprungcomputer mit einem Passwort versehen war (z. B. indem die Festplatte ausgebaut wird). Die automatischen Verschlüsselungen des Patientenverwaltungssystems und der Festplatte sind aus unserer Sicht für jede Praxis sinnvoll, unabhängig davon, welches der o. g. Modelle genutzt wird.

Einen weiteren, zusätzlichen Schutz bieten Verschlüsselungsprogramme, wie beispielsweise die freie Software „Veracrypt“, welche mit wenig Aufwand sensible Dateien oder sogar ganze Ordner mit einem weiteren Passwort verschlüsseln kann. Veracrypt und ähnliche Anwendungen bieten darüber hinaus einen virtuellen „Container“ an. Ein solcher Container ist ein Ordner, in dem mehrere Dateien oder Ordner vorhanden sind; ähnlich wie ein ZIP-Ordner, der bei seiner Öffnung mehrere Dateien entpacken kann. Durch einen solchen Container ist es für einen potenziellen Angreifer nicht einmal ersichtlich, welcher Datentyp und wie viele Dateien sich in dem Container befinden und erbeutet wurden, da alle möglichen Dateien erst nach Eingabe des Passwortes aus dem Container „entpackt“ und sichtbar werden. Diese weitere Verschlüsselung erfordert zusätzlichen Aufwand, da bei jedem Starten des Computers erst der Container geöffnet werden muss, damit dort neue Dateien abgelegt werden oder diese bearbeitet werden können.

Backup

Beim Hybridmodell wie auch beim analogen Modell liegen alle digitalen Patientendaten auf der eigenen Festplatte. Diese können durch externe Attacken, Anwenderfehler oder Verschleiß unmittelbar und unwiderruflich zerstört werden. Daher ist es absolut notwendig, dass eine externe Datensicherung durchgeführt wird. Bewährt haben sich hier voreingestellte Backup-Pläne, die routinemäßig zu bestimmten Tages- und Uhrzeiten eine Sicherungskopie erzeugen und die entsprechenden Daten auf externe Datenträger (z. B. externe Festplatten) übertragen. Dabei sollten zur Sicherung mindestens zwei externe Festplatten im Einsatz sein, die im Wechsel für das Backup herangezogen werden. Im Fall einer viralen Kontamination einer angeschlossenen Backup-Festplatte wäre dadurch die Datenwiederherstellung basierend auf der anderen, nicht befallenen Backup-Sicherung möglich. Der Einsatz einer dritten Sicherungsfestplatte, welche als Absicherung gegen Diebstahl und Brand in einem feuerfesten Safe (optimalerweise in einem anderen Gebäude) aufbewahrt wird, ist darüber hinaus empfehlenswert. Wichtig ist hier der regelmäßige Test, ob das Backup auch wieder zurückgespiegelt werden kann, damit die Daten in einem Worstcase erfolgreich wiederhergestellt werden könnten. Im Rahmen eines Testdurchlaufs wurden (beispielsweise durch eine feh-

— Laut unseren Recherchen war es auf fast keinem lokalen System der Fall, dass ins Patientenverwaltungssystem eingestellte eigene Dokumente automatisch verschlüsselt wurden. —

lerhafte Einstellung infolge eines Programm-Updates) zentrale Daten nicht gespiegelt, sodass ein Backup in einem Worstcase nicht geholfen hätte.

Wir empfehlen daher, dass (a) ein regelmäßiges Backup durchgeführt wird, (b) nach jedem durchgeführten Backup überprüft wird, ob alle Backupdateien auch „angekommen sind“ und (c) in größeren Zeitabständen der Worstcase simuliert wird mit dem anschließenden Versuch, die Daten wiederherzustellen (z. B. auf einem anderen Rechner). In einigen Fällen wurde beschrieben, dass Praxen zwar ein Backup durchführten, aber nie testeten, ob bei dem Backup auch alle notwendigen Dateien für eine Wiederherstellung vorhanden wären. Hier schafft das Backup lediglich eine unzureichende Sicherheit.

Für Backups sind moderne, sich selbst verschlüsselnde Festplatten empfehlenswert. Mittlerweile existieren externe Festplatten, die nach dem Gebrauch automatisch alle Dateien ohne zusätzlich nötige Software nach einem hohen Sicherheitsstandard verschlüsseln. Dies könnte einen Mittelweg zwischen einer aufwändigen Verschlüsselung mit z. B. Veracrypt und überhaupt keiner Verschlüsselung der externen Festplatte darstellen.

Die o. g. Backup-Empfehlungen sind bei dem Hybrid-Modell natürlich besonders wichtig, da hier im Vergleich zum analogen Modell die vollständigen Akten inkl. aller Dokumente im Patientenverwaltungssystem vorhanden sind (z. B. Stundenprotokolle). Sie spielen jedoch auch beim analogen Modell eine wichtige Rolle, denn eine Sicherungskopie ist auch dann unabdingbar, wenn ein Diebstahl oder ein Brand Daten vernichtet. Im Unterschied dazu entfällt beim Cloud-Modell für die Praxis die Notwendigkeit der eigenen regelmäßigen Durchführung des Backup-Managements, da dieses vom Cloud-Anbieter sichergestellt werden muss. Dies führte in unserem Praxistest zu einer Entlastung der Praxismitarbeiter und wurde als ein Hauptvorteil der Cloud-Modelle benannt. Wichtige Fragen an den Cloud-Dienstleister sind hierbei Fragen (a) nach der Häufigkeit des Backups, (b) nach dem Standort/Speicherort der Server für die Daten des Backups (Stichwort: Datenschutz-Grundverordnung), und (c) nach der Verschlüsselung der Daten/Backups (ist es z. B. den Systemadministratoren des Patientenverwaltungssystems oder Cloud-Anbietern möglich, Daten einzusehen?). Welche technisch-organisatorischen Maßnahmen werden vorgenommen, um die Verfügbarkeit, Vertraulichkeit und Integrität der gespeicherten Daten auf den Servern in den großen Rechenzentren zu gewährleisten?

Verschlüsselungsstandards und Zertifikate

Unabhängig davon, welche Verschlüsselungen und Backup-Lösungen herangezogen werden, sollte ein hoher Verschlüsselungsstandard gewählt werden, sofern dies selbst beeinflusst werden kann. Hierbei hat sich beispielsweise der Verschlüsselungsstandard 256-Bit-AES etabliert, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) empfohlen wird (siehe Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018). Bei Passwörtern legen wir nahe, die aktuellen Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik zu beachten.

Zusätzlich ist ein Blick auf die (Sicherheits-)Zertifikate bei allen drei Varianten (analoges Modell mit Patientenverwaltungssystem, Hybrid-Modell, Cloud-Modell) notwendig, wenngleich die Sicherheitszertifikate bei dem Hybrid- und Cloud-Modell noch wichtiger sind, da hier eine größere Menge an sensiblen Daten in dem Patientenverwaltungssystem gespeichert wird. Mögliche Zertifikate könnten z. B. das ULD-Siegel (Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz) und auch die Zertifizierung gemäß ISO/IEC 27001 sein.

In diesem Kontext möchten wir auch auf die neue IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV² hinweisen, welche das Ziel verfolgt, Praxen durch klare Vorgaben darin zu unterstützen, Patientendaten möglichst sicher zu verwalten und Risiken wie Datenverlust oder Betriebsausfall zu minimieren. Zu dieser Richtlinie ist auch eine hilfreiche Broschüre aus der Reihe „PraxisWissen“³ erschienen, in welcher dezidierte Tipps zur Umsetzung der Richtlinie bereitgestellt werden.

Spezifische Anforderungen an das (IT-)Praxismanagement

Anforderungen an die Hardware

Bei einer digitalen Akte (unabhängig, ob Hybrid- oder Cloud-Modell) verschiebt sich ein zentraler Bestandteil des Praxismanagements bzw. der Aktenführung: Während bei der analogen Akte häufig die einzelnen Bestandteile der Akte lediglich abgeheftet werden müssen, ist bei der digitalen Akte das Einscannen von Dokumenten (Antrag, Stundenprotokolle, Befunde ...) ein notwendiger und wichtiger Vorgang. Hier wird schnell ersichtlich, dass ein guter Multifunktionsdrucker sinnvoll und notwendig ist. Weiterhin bieten digitale Eingabesysteme die Möglichkeit, digitale Dokumente wie Stundenprotokolle bereits während der Sitzung zu verfassen und können so zu einer möglichst effizienten, papierfreien Dokumentation beitragen.

Multifunktionsdrucker (Drucken, Scannen, Kopieren)

Folgende praktische Empfehlungen können wir hier basierend auf unserem Praxistest geben. Für die Umsetzung einer digitalen Akte ist ein sogenannter Multifunktionsdrucker (MFD) sinnvoll. Wir haben verschiedene Alternativen geprüft und sind zu folgenden Empfehlungen gekommen: Der MFD sollte sowohl (a) scannen, drucken und kopieren können als auch (b) über einen automatischen Duplex-Druck (automatisches beidseitiges Drucken und Kopieren) verfügen. Besonders bewährt haben sich moderne MFD, die auch über einen (c) „Duplex-Scan“ verfügen (automatisches beidseitiges Scannen innerhalb von wenigen Sekunden). (d) Eine USB-Verbindung zwischen Drucker und PC erscheint sicherer als eine Verbindung via WLAN. Es ist z. T. möglich und i. d. R. mit einem nur geringen Aufwand verbunden, auch den MFD mit einem Passwort zu versehen, damit Informationen nicht von externen Personen angeeignet werden können.

Die Anschaffungskosten für solche Geräte belaufen sich auf 300–500 €. Mittlerweile bieten Hersteller Ein-Tages-Support-Möglichkeiten an. Es gibt auch lokale Angebote von Dienstleistern, bei denen ein Druckervertrag abgeschlossen werden kann. Hier wird i. d. R. ein einmaliger Preis für den Drucker und die Kosten pro Druck (oftmals < 0,06 €) gezahlt. Im Gegenzug erhält man den Support (Wartung und Pflege des Druckers, schnelle Hilfe bei Defekt), Lieferung, Anschluss sowie fachliche Unterstützung bei der Einstellung der gewünschten (Sicherheits-)Grundeinstellungen und gegebenenfalls zusätzliche Patronen/Laserkartuschen. Als ausreichend empfanden wir eine Druckqualität in > 200 dpi. In unserem Praxistest ergab sich gegenüber dem analogen Modell beim Hybrid- und Cloud-Modell ein zusätzlicher Zeitaufwand, da das Abheften fast immer schneller erfolgte als das Einscannen und Kontrollieren der Scanqualität des Dokuments.

2 <https://www.kbv.de/html/it-sicherheit.php> (Stand: 25.03.2021).

3 https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_IT-Sicherheit.pdf (19.07.2021).

Schredder

Neben einem guten MFD sollte auch ein guter Schredder vorhanden sein, da viele Dokumente (z. B. analoge Briefe von Vorbehandlern) nach dem Einscannen geschreddert werden müssen. Im Gegensatz zu einigen Veröffentlichungen, die beschreiben, dass es in diesem Kontext keine Anforderungen gibt, verweisen wir auf die KVB-Broschüre („Datenschutz in der Arzt-/Psychotherapeutenpraxis“, 04/2020), die auf eine Sicherheitsstufe von mindestens 4 bei Schreddern hinweist. Darüber hinaus bietet die Broschüre viele wichtige Ratschläge und Hinweise.

Eingabegeräte

In unserem Praxistest wurde viel Zeit darauf verwendet, verschiedene Varianten zur effizienten Erstellung digitaler Dokumente im Praxisalltag (z. B. verschiedene Tablets mit unterschiedlichen Betriebssystemen, verschiedene Tabletgrößen) zu testen. Als gutes, praxistaugliches System hat sich ein sogenanntes, mobiles 2-in-1-Notebook (d. h. Tablet und Laptop in einem Gerät) erwiesen, auf dem sowohl während als auch nach der Therapiestunde protokolliert werden kann. Bei diesen Systemen kann der Bildschirm als Tablet genutzt werden (für die Dokumentation während der Stunde) und gleichzeitig in der „gewohnten“ Umgebung mithilfe des „gewohnten“ Betriebssystems (wie Windows) gearbeitet werden. Hierdurch ist es beispielsweise möglich, direkt in MS Word Dokumentationen vorzunehmen, sodass eine Einarbeitung in ein neues Programm, welches auf einem reinen Tablet genutzt werden müsste, entfällt. Ein weiterer Vorteil ist die Datensparsamkeit, da es hierbei nur ein Gerät gibt, auf dem Daten gespeichert sind. Da viele Psychotherapeuten sich mit MS Word auskennen und die Tablet-Version von MS Word mit Handschrifterkennung gut funktioniert hat, bietet das 2-in-1-Notebook mit entsprechendem Betriebssystem ein hohes Potenzial. Bei allen Eingabegeräten sollte immer überprüft werden, wie „sicher“ das Löschen der Dateien von der Festplatte erfolgt. Das ausschließliche Löschen aus dem Papierkorb, wie es unter Microsoft Windows geschieht, ist nicht sicher und die Dateien können sehr leicht wiederhergestellt werden. Hier bieten Programme, wie beispielsweise Eraser, die Möglichkeit eines endgültigen Löschens an.

Anforderungen an die Rechtsverbindlichkeit digital signierter Dokumente

Die Einhaltung gesetzlicher Informations- und Aufklärungspflichten seitens des Psychotherapeuten gegenüber den Patienten (z. B. Behandlungsvertrag) wie auch die rechtskonforme Beantragung psychotherapeutischer Leistungen (z. B. Therapieantrag) wird im psychotherapeutischen Kontext i. d. R. durch Unterschriften auf entsprechenden Formularen sichergestellt. Eines der ersten Dokumente in der

Patientenakte ist beispielsweise der Behandlungsvertrag. Sowohl der Patient als auch der Behandler erhalten i. d. R. ein unterschriebenes Exemplar des Behandlungsvertrags. In dem klassischen Analog-Modell „verschwindet“ der Behandlungsvertrag in der Papierakte und wird nur noch bei Bedarf herausgeholt.

Im Fall einer digitalen Patientenakte (Hybrid- und Cloud-Modell) gibt es in Bezug auf die Rechtsverbindlichkeit von Unterschriften Folgendes zu beachten: Eine Möglichkeit besteht darin, entsprechende Formulare auszudrucken, diese gemeinsam zu besprechen und sie dann unterschrieben einzuscannen, während das Original beim Patienten verbleibt. Eine zweite, eventuell praktikablere Möglichkeit ist der Einsatz einer digitalen Lösung über ein Tablet mit Eingabestift. Diese Möglichkeit wird bereits häufig in Arztpraxen eingesetzt. Hierbei kann der Patient den Behandlungsvertrag über ein Tablet lesen und digital „signieren“.

— Ob eine sog. qualifizierte elektronische Signatur benötigt wird oder ein eingescannter Behandlungsvertrag inklusive Unterschrift als rechtssicherer Ersatz für das Originaldokument bereits ausreicht, ist nicht vollständig geklärt. —

Noch nicht vollständig gelöst sind viele Fragen zur Rechtsverbindlichkeit elektronischer Unterschriften. Beispielsweise gibt es die sogenannte „qualifizierte elektronische Signatur“, die in Deutschland allgemein als rechtssicher gilt und von einigen externen Anbietern in unterschiedlichen Sicherheitsstufen angeboten wird. Ob eine qualifizierte elektronische Signatur benötigt wird oder ein eingescannter Behandlungsvertrag inklusive Unterschrift ausreicht, ist unserem Kenntnisstand zufolge nach nicht vollständig geklärt. Jedoch zeigen einige Erfahrungen, dass auch eingescannte Dokumente mit Unterschrift bei Rechtsstreitigkeiten berücksichtigt werden (Roßnagel & Nebel, 2014; TR RESISCAN, Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, 2020). Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik plant, 2021 zu den Grundlagen elektronischer Signatur eine neue Information herauszugeben (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, 2005). Die Rechtssicherheit digitaler Unterschriften kann durch eine hohe Bildqualität der eingescannten Unterschrift wie auch durch einen eindeutig dokumentierten Zeitpunkt des Einscannens maximiert werden.

Hoffnungen, Befürchtungen und Erfahrungen mit einer digitalen Aktenführung

In den obigen Abschnitten sind die Nachteile bzw. Befürchtungen sowie auch die Vorteile und Hoffnungen, die mit einer zunehmenden Digitalisierung der Patientenakte einhergehen, bereits angeklungen. Im folgenden Abschnitt

werden die subjektiven Erfahrungen mit einer digitalen Aktenführung durch die am Praxistest beteiligten Psychotherapeuten systematisch unter den Aspekten „Daten- und Rechtssicherheit“, „Aktenführung“, „Praxismanagement“ und „Durchführung von Psychotherapien“ zusammengefasst. Die Einschätzungen basieren auf einer schriftlichen Befragung und einem halbstrukturierten Interview der Psychotherapeuten, welche in der Endphase des 18-monatigen Praxistests durchgeführt wurden.

Daten- und Rechtssicherheit

In Bezug auf die Datensicherheit wurde als größte Sorge von den Psychotherapeuten genannt, dass bei einem erfolgreichen Hackerangriff der Schaden bei einer digitalen Patientenakte, wie oben beschrieben, größer ist als bei einer analogen Akte.

Dem entgegen nannten die befragten Psychotherapeuten folgende Vorteile der digitalen Aktenführung: Einige Sicherheitsbedrohungen für analoge Akten, wie Diebstahl, Einbruch oder Feuer, fallen bei der digitalen Akte geringer aus. Insbesondere die Unabhängigkeit von dem eigenen Praxis-Rechner beim Cloud-Modell wurde als sehr entlastend empfunden, da ein möglicher Computerdefekt bei der Cloud-Lösung kein Problem darstellt.

Weiterhin wurde es als große Arbeitserleichterung empfunden, dass Backups bei der Cloud-Lösung extern durchgeführt werden. Für die Umsetzung einer rechtskonformen Speicherung und Sicherung trägt dann ein spezialisierter Anbieter

— In Ambulanzen oder größeren Praxen sind oftmals mehrere Personen an der Verwaltung der Akte eines Patienten beteiligt, was differenzierte und zeitaufwändige Absprachen bei der Implementierung einer digitalen Patientenakte notwendig macht. —

Sorge – vorausgesetzt, dass mit diesem entsprechende vertragliche Vereinbarungen getroffen wurden und dieser eine angemessene Zertifizierung vorweisen kann. Zusätzlich wird eine rechtskonforme Aktenführung für den Psychotherapeuten dadurch erleichtert, dass Dokumente nach Hochladen in die Software nicht mehr veränderbar sind (Revisionssicherheit). Dadurch zwingt die digitale Aktenführung durchgehend zu sehr großer Sorgfalt, was nach Einschätzung der Psychotherapeuten insgesamt einer rechtskonformen Aktenführung zugutekomme.

Darüber hinaus machten die Psychotherapeuten die Erfahrung, dass sie den Patienten durch den Hinweis auf automatisierte Funktionen und Prozesse (z. B. Zugriffsbeschränkungen der Benutzer, Verschlüsselung von Dokumenten) gut vermitteln konnten, dass sensible Daten für niemand Unbefugten einzusehen sind und dass durch die Abwesenheit von Papier-

dokumenten und Zetteln der Datenschutz generell sorgsamer und fehlerfreier eingehalten werden könne.

Aktenführung: Übersichtlichkeit und Handhabung der Akte

Während in der analogen Akte etablierte, thematische Ablagesysteme häufig standardmäßig vorgegeben sind, folgen digitale Akten per Default-Einstellung meist einer chronologischen Ordnung. Sofern kein strukturierendes thematisches Ablagesystem in digitalen Akten realisiert wird, könnte dies nach Einschätzung der Psychotherapeuten insbesondere im Hinblick auf Langzeittherapien unübersichtlich werden.

Prozesse, um die Übersichtlichkeit in der Akte herzustellen (z. B. einheitliche Bezeichnung von Dokumenten und systematische „Tags“ (Schlüsselbegriffe) zur thematischen Organisation der Dokumente) müssen bei der Umstellung auf eine digitale Patientenakte zunächst (individuell, je nach Bedarf) etabliert werden und erfordern ein strukturiertes, antizipierendes Vorgehen bei der Aktenführung. Die Umstellung auf eine digitale Akte ist also zunächst mit einem zusätzlichen Aufwand für die Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter verbunden.

Unter der Voraussetzung einheitlicher Benennungen von Dokumenten und aussagekräftiger „Tags“, können jedoch Informationen der digitalen Patientenakte durch Suchfunktionen schnell gesucht und gefunden werden (z. B. „Bindung“, „Abwehr“, „Expo“). Dies sahen die Psychotherapeuten als einen bedeutenden Vorteil digitaler Aktenführung, welcher sowohl das Praxismanagement als auch die therapeutische Arbeit unterstütze. Als weiteren Vorteil digitaler Aktenführung nannten die Therapeuten, dass kurze Einträge (wie z. B. Medikation) in digitale Akten sehr schnell und gut wiederauffindbar eingetragen werden können, auch dann, wenn

solche Informationen außerhalb regulärer Therapiesitzungen erhoben werden (z. B. am Telefon).

Praxismanagement: Organisation, Dokumentation, Kommunikation, Zeit- und Platzerparnis

Die digitale Patientenakte stellt insbesondere in der Einführungsphase hohe Anforderungen an das Praxismanagement. Insbesondere bei der Umstellung auf eine digitale Akte fallen zunächst Kosten für die Anschaffung von Tablets, PCs etc. an, wie auch die Kosten für die Nutzung der Anwendung eines geeigneten Verwaltungssystems selbst. Neben den Anschaffungskosten ist eine systematische Einarbeitung aller Praxismitarbeiter in die Nutzung der Technik eine wichtige, Ressourcen bindende Voraussetzung für deren erfolgreichen Einsatz.

Von einigen Psychotherapeuten wurde in diesem Kontext beispielsweise angemerkt, dass das Schreiben und Bearbeiten digitaler Dokumente während der Stunde, v. a. das Verfassen von Therapieprotokollen auf dem 2-in-1-Notebook, zunächst trotz der Vertrautheit mit dem installierten Betriebssystem als fremd und unangenehm empfunden wurde. Darüber hinaus wurde die Etablierung von alltäglichen Kontrollroutinen als zentrale Herausforderung der digitalen Aktenführung benannt. Eine kontinuierliche Prüfung, ob alle Dokumente vollständig und leserlich eingescannt und formatiert sind und ob diese korrekt hochgeladen wurden, ist gemäß unseren Erfahrungen dringend zu empfehlen.

In Ambulanzen oder größeren Praxen sind oftmals mehrere Personen (Sekretariat, Psychotherapeuten) an der Verwaltung der Akte eines Patienten beteiligt. In diesem Fall erfordern Absprachen und die Regelung von Verantwortlichkeiten laut unseren Psychotherapeuten insbesondere bei der Implementierung einer digitalen Patientenakte zunächst deutlich mehr Zeit als das Abheften von Dokumenten in einer analogen Akte.

Neben diesen Herausforderungen benannten die Psychotherapeuten folgende Vorteile der digitalen Aktenführung:

Die Praxisorganisation wird in vielen Aspekten vereinfacht: Viele Beschaffungen (Papier, Heftmappen etc.) fallen bei einer digitalen Aktenführung weg. Relevante Dokumente sind schnell abrufbar, verfügbar und, falls nötig, vervielfältigbar. Zeitaufwändige Kopierarbeiten werden daher auf ein Minimum reduziert.

In der Kommunikation (z. B. zwischen Psychotherapeuten und dem Empfang) wie auch für die Arbeit der Psychotherapeuten wurde die Möglichkeit, sehr schnell zwischen Akten wechseln zu können, als große Arbeitserleichterung empfunden. Dadurch ist innerhalb kurzer Zeit auch fernmündlich ein effizienter Austausch über unterschiedliche Aufgaben bei unterschiedlichen Patienten gut realisierbar. Außerdem können kurze Notizen schnell in der jeweiligen Akte vermerkt werden. Informationen und Aufträge für das Sekretariat können übersichtlich direkt in der Akte des jeweiligen Patienten hinterlegt werden, wodurch eine effiziente, verschriftlichte Kommunikation möglich ist. Seitens des Sekretariats kann die Erledigung von Aufgaben direkt in der Akte vermerkt werden, was nach Einschätzung der Psychotherapeuten ein gutes Qualitätsmanagement unterstützt und den weitestgehenden Verzicht auf analoge „Laufzettel“ ermöglicht.

Durchführung von Psychotherapien

Eine zentrale Frage betrifft den Einfluss der digitalen Aktenführung auf die Durchführung von Psychotherapien an sich. Ein großer Nachteil ist in diesem Kontext die starke Abhängigkeit von der technischen Funktionsfähigkeit des Patientenverwaltungssystems. Falls beispielsweise Internetprobleme

bestehen, ist bei der Cloud-Lösung der Zugriff auf die Akte verhindert. Dies kann sich negativ auf die Versorgung der Patienten auswirken, da insbesondere zu Beginn der Therapie eine Vorbereitung auf die Sitzung mithilfe der Aktennotizen essenziell sein kann.

Die „Revisionssicherheit“ von Dokumenten in digitalen Akten hat in Bezug auf das praktische Vorgehen in der Psychotherapie auch Kosten: Beispielsweise muss bei sitzungsübergreifenden Dokumenten überlegt werden, wann man das Dokument in die Akte hochlädt. Aus Sicht der Psychotherapeuten sind „laufende Dokumente“, die in mehreren Sitzungen weiterbearbeitet werden (z. B. Störungsmodelle), oft ein wichtiger Bestandteil der therapeutischen Sitzung.

Einige Psychotherapeuten sind es gewohnt, auch während der Sitzungen in der Akte zu blättern, um Informationen aus vorherigen Sitzungen einzusehen. Dieses „Blättern“ ist bei digitalen Akten schwieriger, da man dafür das momentane Dokument schließen und dann beispielsweise das jeweilige Sitzungsprotokoll suchen muss. Auch hier wird wieder die Bedeutung gut durchdachter Anweisungen zur Benennung von Dokumenten und zum Tagging deutlich!

Trotz dieser Herausforderungen wird die Durchführung von Psychotherapien durch die digitale Aktenführung aber auch erleichtert und flexibilisiert. Gerade unter aktuellen pandemiebedingten Einschränkungen wird der Vorzug des mobilen Einsatzes digitaler Akten erkennbar, da Psychotherapeuten und Sekretariat sich im Fall von Quarantäne keine Sorgen über die Sicherung von Dokumenten in der Praxis machen müssen und durch die arbeitsplatzunabhängige Verwaltung auch von zuhause aus arbeiten können (z. B. beim Cloud-Modell).

Dies ist auch dann von Vorteil, wenn ein Umzug der Praxis erfolgt. Der Aufwand eines Umzugs wurde beim Cloud-Modell auf die Zeit quantifiziert, die es dauert, den Computer (und Peripheriegeräte) in der neuen Praxis an das externe Netzwerk anzuschließen. Beim Hybrid- und analogen Modell ist der Aufwand deutlich größer, u. a. aufgrund der Organisation eines sicheren Aktentransportes.

Im ambulanten Praxisbetrieb wurde es als zentrale Arbeitserleichterung empfunden, dass alle elektronischen Dokumente jederzeit am Arbeitsplatz der Psychotherapeuten vorhanden sind. Als positiver Effekt wurde zudem angesehen, dass keine Aktenschränke für die Verwahrung und Archivierung der Akten (auch nach Therapieende) notwendig sind, wodurch mehr Platz in den Praxisräumen zur Verfügung steht.

Nach Einschätzung der Therapeuten war es in der Therapie sehr einfach, Flipchart-Schaubilder oder Ähnliches zu integrieren, da Schaubilder direkt digitalisiert und in die Akte hochgeladen werden können. Auch Audiodateien oder Videos lassen sich schnell in die Akte einfügen.

Zusammenfassung und Empfehlungen

Wir hoffen, dass der vorliegende Artikel weder als Befürwortung noch als Ablehnung einer digitalen Akte angesehen wird, sondern als ein Versuch, Vor- und Nachteile möglichst neutral zu beschreiben und praktische Erfahrungen im Kontext der fortlaufenden Digitalisierung zu teilen.

Insgesamt ist die Arbeit mit „digitalen Patientenakten“ in hohem Maße von einem stabilen Internetzugang und funktionsfähiger Technik (u. a. Drucker, Scanner, Eingabegeräte) abhängig. Wie im Artikel sicherlich deutlich geworden ist, besteht mit zunehmender Digitalisierung der Akte eine hohe Abhängigkeit vom Anbieter des Patientenverwaltungssystems, weshalb dessen Zuverlässigkeit und Sicherheitsstandards im Vorfeld sorgfältig zu prüfen sind.

Zusammenfassend wurde auch festgestellt, dass viele Probleme im Praxismanagement nicht ausschließlich im Kontext digitaler Aktenführung auftreten und somit nur bedingt als dezidiertes Nachteil stärker digital orientierter Praxismodelle (Hybrid-Modell, Cloud-Modell) zu werten sind. Nachteile dieser Praxismodelle im Vergleich zur klassischen Arbeit mit der Papierakte sind aufgrund der elektronischen Speicherung (sensibler) patientenbezogener Daten die extremen Konsequenzen eines potenziellen Datendiebstahls, die Abhängigkeit vom Anbieter sowie der erhöhte Zeitaufwand beim Führen der Akte durch das regelmäßige Einscannen und Schreddern analoger Dokumente.

Die größten Vorteile beim Cloud-Modell sind hingegen der Wegfall eigener Backup-Systeme, Aktenschränke und Papierverbrauch sowie geringere Folgen von Einbruch, Feuer oder Computerdefekten als auch die Unabhängigkeit von dem Praxis-Computer und eine Vereinfachung der internen, rechtskonformen Kommunikation über Patienten.

Insgesamt vermittelte der Artikel (hoffentlich), dass eine digitale Patientenakte nicht für jede Praxis notwendig ist. Gleichzeitig stellt ein möglicher Umstieg auch kein unüberschaubares Projekt dar.

Literatur

Albrecht, M., Otten, M., Sander, M. & Temizdemir, E. (2020). PraxisBarometer Digitalisierung 2020. Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Verfügbar unter: www.kbv.de/html/praxisbarometer.php (19.07.2021).

Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). (2005). Grundlagen der elektronischen Signatur: Recht, Technik, Anwendung. Verfügbar unter: www.bsi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/BSI/ElekSignatur/esig_pdf.pdf?__blob=publicationFile (19.07.2021).

Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (2020). Technische Richtlinie – Ersetzendes Scannen. Verfügbar unter: www.bsi.bund.de/DE/Themen/Unternehmen-und-Organisationen/Standards-und-Zertifizierung/Technische-Richtlinien/TR-nach-Thema-sortiert/tr03138/tr03138_node.html (19.07.2021).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2018). Technische Anlage: Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis. Deutsches Ärzteblatt, 115 (25).

Roßnagel, A. & Nebel, M. (2014). Simulationsstudie Ersetzendes Scannen. Verfügbar unter: www.wissenschaftsjahr.de/2014/uni/fileadmin/datas/uni/presse/anhaenge/2014/SIM.pdf (19.07.2021).



Prof. Dr. Tim Klucken

Korrespondenzanschrift:

Universität Siegen
Fakultät II / Institut für Psychologie
Professur für Klinische Psychologie
57076 Siegen
tim.klucken@uni-siegen.de

Prof. Dr. Tim Klucken ist W3-Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie und Direktor der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Siegen.



Dr. Kati Roesmann

Dr. Kati Roesmann ist akademische Oberrätin auf Lebenszeit in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Siegen und stellvertretende Ambulanzleitung. Ein Forschungsschwerpunkt der Abteilung beschäftigt sich mit IT-Anwendungen im Kontext von Psychotherapie.

Landesbehörde trifft universitäre Psychologie

Ein Erfahrungsbericht zur Umsetzung der Reform der Psychotherapeuten-
ausbildung am Beispiel Hessen

Manuela Sykstus & Winfried Rief

Zusammenfassung: Nach den vielen Diskussionen in der Vorbereitung des Psychotherapeutengesetzes stellt sich nun die Frage, wie diese neuen Regelungen in der Ausbildung umgesetzt werden können. Hierzu ist eine enge Kooperation zwischen den Landesgesundheitsbehörden (meist Landesprüfungsämtern (LPÄ)) und den Psychologie-Departments an den Universitäten notwendig, an manchen Stellen auch in Kooperation mit Landespsychotherapeutenkammern und Akkreditierungsagenturen. Gleichzeitig bestand enormer Zeitdruck: Viele LPÄ wurden erst in der Endphase der Gesetzgebung direkt involviert, ohne dass der Personalumfang angepasst worden ist, jedoch sollten bereits im Jahr der Verabschiedung der Approbationsordnung die ersten Bachelor-Studiengänge beginnen. Sowohl für die LPÄ als auch für die universitäre Seite waren nicht nur die inhaltlichen Herausforderungen neu, sondern auch diese Kooperation per se. Am Beispiel Hessens wird veranschaulicht, wie dieser Prozess der Annäherung, der einen engen Dialog und Respekt für die unterschiedlichen Denkweisen, Abläufe und Strukturen der jeweils anderen Seite erfordert, zufriedenstellend ablaufen kann. Wenn jede Seite die fachliche Expertise behalten kann und im Dialog Lösungen erarbeitet werden, ohne überstimmt zu werden, entsteht ein fruchtbarer und für alle Seiten befriedigender Prozess.

Einleitung

Als die ersten Überlegungen zu einer Reform der Psychotherapeutenausbildung aufkamen, waren die Realisierungsschritte noch in weiter Ferne. Im Jahre 2007 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit ein Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten¹ und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Auftrag gegeben. Dies war das Ergebnis sowohl interner juristischer Überlegungen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), aber auch öffentlichen Drucks durch Psychotherapeuten in Ausbildung und Verbänden (Vogel et al., 2003). Darin sollte das aus Experten aller beteiligten Professionen zusammengesetzte Netzwerk die Qualität der bisherigen Ausbildung von Psychotherapeuten bewerten und Empfehlungen zur möglichen Neugestaltung erarbeiten (Strauß et al., 2009). Weiterhin sollten Qualität und Inhalte der Ausbildung in einen internationalen Vergleich gestellt werden. Der Auftrag erfolgte vor dem Hintergrund des zehnjährigen Bestehens des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und stand im Lichte der Veränderungen der Zulassungsvoraussetzungen durch die infolge des Bologna-Prozesses neu konzipierten Bachelor- und Master-Studiengänge.

Zur Ausschreibung des Gutachtens trugen die intensiver werdenden öffentlichen Diskussionen über die uneinheitlichen Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildungen zu Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei, des Weiteren auch Unklarheiten bezüglich der Finanzie-

rung (insbesondere der praktischen Tätigkeiten), inhaltliche Redundanzen zwischen manchen Studiengängen und der postgradualen Ausbildung sowie nicht zuletzt die deutlichen Unterschiede zum ärztlichen Aus- bzw. Weiterbildungssystem. Das Gutachten wurde im Jahre 2009 fertiggestellt und war gerade bezüglich des Modells eines Direktstudiums sehr zurückhaltend. Auch der Deutsche Psychotherapeutentag sprach sich entsprechend noch 2010 mit einer 80%-Mehrheit für die modifizierte Fortsetzung des bisherigen postgradualen Ausbildungssystems aus.

Im weiteren Verlauf änderte sich das Meinungsbild innerhalb der Profession. Gleichzeitig fand das BMG eine formale Parallelisierung der Ausbildungswege in der Psychotherapie zu denen anderer selbständiger akademischer Heilberufe attraktiv. Der 25. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) fasste schließlich im Jahre 2014 den folgenden Beschluss: „Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) fordert von der Politik, die für die Weiterentwicklung von zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen notwendige umfassende Reform des Psychotherapeutengesetzes in dieser Legislaturperiode in Angriff zu nehmen.“ Das Eckpunktepapier enthielt die Forderungen, eine zweiphasige wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung durch den Erwerb professioneller Kompetenzen entsprechend des Kompetenzprofils zu schaf-

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.

fen. Das wissenschaftliche Hochschulstudium sollte sich als Qualifizierungsphase I bis zum Masterniveau auf alle Altersgruppen beziehen und die Basis in den Grundorientierungen der Psychotherapieverfahren vermitteln. Nach dem Studium würde eine Staatsexamensprüfung absolviert. In der sich daran anschließenden Weiterbildung als Qualifizierungsphase II waren die entsprechenden Vertiefungen vorgesehen. Die Weiterbildung soll innerhalb von Weiterbildungsstätten erfolgen und von entsprechenden finanziellen Rahmenbedingungen und Übergangsvorschriften flankiert werden (BPtK, 2014). Ein vom BMG 2016 veröffentlichtes Eckpunktepapier griff diese Positionen weitgehend auf (BMG, 2016).

Die ersten Berührungspunkte mit dem Reformvorhaben, das zum Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG) führen sollte, hatte das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) im Jahr 2019. Das HLPUG bekam den Referentenentwurf und schließlich den im Parlament verhandelten

— Sprach sich der Deutsche Psychotherapeutentag 2010 noch einhellig für eine Fortsetzung der postgradualen Ausbildung aus, plädierte er 2014 nunmehr für eine erste wissenschaftliche Qualifikationsphase im Rahmen eines Hochschulstudiums mit staatlicher Approbationsprüfung.

Gesetzesentwurf im Rahmen des bei Gesetzgebungsverfahren üblichen Beteiligungsverfahrens zur Stellungnahme übermittelt. Eingebunden wurden alle obersten Landesgesundheitsbehörden und Wissenschaftsbehörden der Länder. Zeitlich lag die Einbeziehung in das Verfahren zwischen der Beschlussfassung des Deutschen Bundestages in 2. und 3. Lesung am 26. September 2019 und der Beratung und Beschlussfassung im Bundesrat.

Die Neufassung des Psychotherapeutengesetzes, der der Bundesrat im November 2019 zugestimmt hat und die zum 1. September 2020 voll in Kraft treten würde, war Grundlage für die Neufassung der Approbationsordnung für Psychotherapeuten. Diese regelt die Anforderungen und inhaltlichen Mindeststandards des Studiums und hier auch die Inhalte der berufspraktischen Einsätze als Teil der universitären Ausbildung. Der Referentenentwurf zur neuen Approbationsordnung für Psychotherapeuten bedurfte einer Prüfung durch die Fachbehörden. Viele Beteiligte waren grundsätzlich davon überzeugt, dass es einer Reform der Psychotherapeutenausbildung bedurfte. Der gesamte Prozess war folglich von dem nachhaltigen Willen getragen, eine tragfähige und erfolversprechende Grundlage für die Psychotherapeutenausbildung zu schaffen. Kern der Reform ist die Einführung eines dreijährigen Bachelor- und eines zweijährigen Master-Studiengangs mit Staatsexamensprüfung. Daran soll sich dann eine Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten an-

schließen. Nach dem Gesetzentwurf ist es das Ziel, Patienten, die einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, eine qualifizierte, patientenorientierte, bedarfsgerechte und flächendeckende psychotherapeutische Versorgung auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Verfügung zu stellen.

Dies war eine Abkehr von der bisherigen Ausbildungsstruktur, die im Anschluss an ein Psychologiestudium oder eines verwandten Abschlusses (Letzteres für den Weg zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) eine Weiterqualifizierung in Ausbildungsinstituten vorsah. Die Inhalte sollten nun in die neu zu konzipierenden Bachelor- und Master-Studiengänge einfließen.

Auch die Prüfungsformen waren neu: Nun sollte die Prüfung, die bisher aus einer bundesweit einheitlich und gleichzeitig stattfindenden schriftlichen Prüfung und einer sich daran anschließenden mündlichen Prüfung vor einem Prüfungsausschuss bestand, durch eine mündlich-praktische Fallprüfung und eine anwendungsorientierte Parcoursprüfung ersetzt werden. Gegenstand der mündlich-praktischen Fallprüfung sollte nun eine Patientenanamnese sein. Dazu reicht die Hochschule vier Protokolle von Patienten anamnesen ein, die die Prüfungskandidaten während der berufsqualifizierenden Tätigkeit im Studium durchgeführt haben. Einer dieser Fälle wird dann im Einvernehmen mit dem jeweils zuständigen Landesprüfungsamt Gegenstand der Fallprüfung. Der namensgebende Parcours der anwendungsorientierten „Parcoursprüfung“ besteht aus fünf Stationen. Hier sollen die Kompetenzbereiche Patientensicherheit, therapeutische Beziehungsgestaltung, Diagnostik, Patienteninformation und -aufklärung sowie leitlinienorientierte Behandlungsempfehlung geprüft werden.

Auch gab es die Besonderheit, dass die psychotherapeutische Prüfung eine staatliche Prüfung sein sollte, die anders als in der Humanmedizin das Studium nicht abschließt. Studienende bildet der Master-Abschluss. Strebt man keine heilkundliche Berufsausrichtung an, kann auf die Ablegung der staatlichen Prüfung verzichtet werden, die jedoch Voraussetzung für den Erhalt der Approbation ist.

Das HLPUG bekam auch eine gänzlich neue Aufgabe: Bisher hatte es die Ausbildung begleitet, zum Beispiel in den Fragestellungen rund um die Anerkennung von Ausbildungsstätten, der Prüfung von Qualifikationserfordernissen oder zur Bewertung ausländischer Bildungsabschlüsse, und war für die Organisation und Durchführung der Staatsexamina zuständig. Jetzt würde es bereits von Beginn des Studiums an in Fachfragen und Abläufe eingebunden und Anlaufstelle für Studierende und Universitäten bis zur Erteilung der Ap-

probation sein. Es ist eine lange Übergangsfrist vorgesehen: Diejenigen, die ihr Studium bis zum 31. August 2020 begonnen haben, können die Ausbildung nach alter Rechtslage in der Regel bis zum 1. September 2032 beenden. In der Praxis bedeutete dies für Behörden wie das HLPUG, beide Systeme parallel zu betreuen. Diese Aufgabe musste nun mit dem vorhandenen Personal bewältigt werden.

Bereits nach der ersten Lektüre des Referentenentwurfs war offensichtlich, dass sich viele Fragen stellen würden, die sich nicht nur durch das bloße Lesen der Approbationsordnung und des Psychotherapeutengesetzes beantworten lassen würden. Unklar war etwa, in welcher Form die Prüfungsämter bereits in die Akkreditierungsverfahren eingebunden werden sollten. Nach der Vorgabe des § 9 des Psychotherapeutengesetzes sollten die nach Landesrecht für die Gesundheit zuständigen Stellen die Einhaltung der berufsrechtlichen Voraussetzungen feststellen. Im Verfahren der Akkreditierung sollten sie dazu nach dem Gesetzeswortlaut über die Vertreter der Berufspraxis mitwirken. Doch in welcher Form und mit welchem genauen Inhalt?

Die Universitäten begannen bereits mit der Planung der neuen Studiengänge und mussten zeitnah die Akkreditierungsverfahren anstoßen. In Hessen war seinerzeit seitens aller vier mit der Reform befassten Universitäten geplant, die Bachelor-Studiengänge zum Wintersemester 2020/21 beginnen zu lassen. Bis dahin musste die Feststellung der berufsrechtlichen Voraussetzungen durch das HLPUG idealerweise bereits erfolgt sein, da nur so gewährleistet werden konnte, dass der Studiengang die inhaltlichen und formalen Anforderungen der Approbationsordnung tatsächlich auch erfüllte. Hinter dieser Fragestellung verbarg sich auch das dringende Interesse der zukünftigen Studierenden, Klarheit zu erhalten, ob die Berufsqualifikation tatsächlich auch mit dem angestrebten Studiengang würde erreicht werden können. Unklar war ebenfalls, nach welchen genauen Kriterien geprüft werden sollte. Gleichzeitig waren viele Auslegungsfragen offen, die intensive Absprachen erforderten.

Erste und drängendste Frage war die der Realisierbarkeit, sowohl aus Sicht der Universitäten als auch aus Sicht der Fachbehörden. Wollte man schnellstmöglich die ersten Bachelor-Studiengänge implementieren, stellte sich nicht nur die Frage nach der Finanzierbarkeit und Organisierbarkeit, sondern auch die der Zusammenarbeit zwischen den Universitäten und der nach Landesrecht für Gesundheit zuständigen Stelle. Auch wenn während der unterschiedlichen Implementierungsphasen weitere Gruppierungen relevant sind, so kristallisierte sich doch heraus, dass der notwendige Dialog zwischen HLPUG und Universitäten ein langfristiger und implementierungsbegleitender Prozess ist, in dem viele der Detailfragen geklärt werden müssen. Das in der Approbationsordnung normierte Feststellungsverfahren, das die Prüfung der Einhaltung der berufsrechtlichen Voraussetzungen der jeweiligen Studiengänge zur Aufgabe haben sollte, machte es nun notwendig, eine Behörde (das HLPUG), die nicht Teil des Wissenschafts-

ressorts und im Übrigen für Psychologiestudiengänge bisher in dieser Form und in diesem Umfang nicht eingebunden war, an Prozessen von Universitäten zu beteiligen bzw. sich mit deren Prozessen abzustimmen. Aus Sicht einer Universität kann es durchaus befremdlich anmuten, das Akkreditierungsverfahren für eine Behörde zu öffnen und umfassende Informationszugänge zu ermöglichen. Akkreditierungsprozesse sind Teil des universitären Kerngeschäfts und nicht nur sehr arbeitsintensiv, sondern für eine Universität auch eine hohe Hürde, die es im Sinne der Qualitätssicherung und Studierbarkeit zu überwinden gilt.

Eine erste Besprechungsrunde mit allen hessischen Universitätsvertretern, dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, dem Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst und dem HLPUG verschaffte einen guten Eindruck, welche Probleme von allen Beteiligten gesehen wurden und welche Lösungsstrategien verfolgt werden konnten. Es blieben zunächst viele offene Fragen, aber auch die Zuversicht, die Dinge gemeinsam klären zu können. Im gemeinsamen Austausch wurden die verschiedenen Standpunkte und Interessenlagen deutlich, aber auch das dringende Bedürfnis, Lösungen im Dialog miteinander zu entwickeln. Die vermeintlich eng gefassten Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes und der Approbationsordnung für Psychotherapeuten ließen bei der Auslegung noch so viel Spielraum, dass sich die Verwaltungspraxis und die Vorgehensweisen an den Universitäten nach und nach herausbilden konnten: Wie sollte der Antrag auf Feststellung der berufsrechtlichen Voraussetzungen durch die Universität verfasst werden? Welche Unterlagen sind notwendig? Musste die Behörde die Studienordnung inhaltlich prüfen und wie musste vorgegangen werden, wenn Änderungsbedarf gesehen wurde? Wie werden die universitären Gremien eingebunden, die über die Entwicklung und Umsetzung von Studiengängen entscheiden (z. B. Studiengangskommissionen, Fachbereichsräte, universitäre Prüfungsämter, Studiendekanat, Universitätssenat)? Wie soll die Verankerung berufsrechtlicher Qualifikationen in Prüfungsordnungen, Modulhandbüchern und in den Abschlussdokumenten (Bachelor- und Master-Urkunden, Transcript of Records, Diploma Supplements) erfolgen? Wie lassen sich die einzelnen Zuständigkeiten genauer voneinander abgrenzen? Wie wird man im Akkreditierungsverfahren zusammenarbeiten können? Weiterhin ergaben sich zahlreiche weitere Auslegungsfragen: Wie und durch wen sollte die Prüfung der Gleichwertigkeit des Studienabschlusses festgestellt werden? Wie sollte man die ausländischen Studienabschlüsse angemessen berücksichtigen? Welche Schritte waren notwendig, um pünktlich zum Wintersemester 2020/21 mit den Bachelorstudiengängen beginnen zu können? Und auch das große Feld der Examensprüfungen, hier insbesondere die neu vorgesehene Parcoursprüfung, musste genauer betrachtet werden.

Anfang 2020 trafen sich die Landesprüfungsämter aller Bundesländer zu einer Sondersitzung. Die Tagesordnungspunkte waren vielfältig und zeigten, dass es mehr Fragen als Ant-

worten gab und man phasenweise das Gefühl der Ratlosigkeit nicht los wurde. Es wurde diskutiert, auf welcher Basis die Prüfung der Feststellung der berufsrechtlichen Voraussetzungen erfolgen sollte. Hier konnte es nur so sein, dass man sich an der Studien- und Prüfungsordnung einschließlich der Modulhandbücher orientierte und das Ergebnis in einem Verwaltungsakt in Form eines Feststellungsbescheids festgehalten werden sollte. Ein Muster oder eine sonstige Orientierungshilfe gab es nicht. Hier mussten sich die Beteiligten

— Beim Vertreter der Berufspraxis in der Akkreditierungskommission sollte es sich um einen fachlich versierten Kollegen handeln, der nicht nur in der Berufspraxis langjährig verwurzelt, sondern auch mit der universitären Arbeit vertraut ist. —

an den Grundlagen des Verwaltungsverfahrensrechts orientieren. Auch wurde diskutiert, wie die Rolle der Prüfungsämter im Akkreditierungsverfahren sein sollte. Sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, bestehende Studienordnungen anzupassen, oder bedurfte es zwingend einer gesonderten Akkreditierung? Sollte es Nachqualifizierungsprogramme für Studierende geben können, die Interesse hatten, in die neuen Studiengänge zu wechseln? Sollte es möglich sein, innerhalb der alten Studiengänge alle Ausbildungsziele der neuen Approbationsordnung durch Zusatzqualifikationen erreichbar zu machen? Wer sollte als Vertreter der Berufspraxis benannt werden? In der Regel hatten die Landesprüfungsämter bis zu diesem Zeitpunkt noch keinerlei Berührungspunkte mit universitären Akkreditierungsverfahren, sodass man sich hier zunächst einmal das Grundlagenwissen über Rechtsgrundlagen, Abläufe, Begriffe, Inhalte und Beteiligte aneignen musste. Es wurde diskutiert, was man unter einem gleichwertigen Studienabschluss im Sinne des § 9 Abs. 4 Satz 5 letzter Halbsatz und Satz 6 PsychThG verstehen könnte und wer für das Verfahren zuständig ist. Man war sich darüber einig, dass Feststellungsbescheide der Länder untereinander akzeptiert würden. Gleichzeitig erschien die Personaldecke in den Landesprüfungsämtern der meisten Bundesländer dieser immens großen Aufgabe zu diesem Zeitpunkt nicht gewachsen.

Auch die Akkreditierungsagenturen betreten Neuland. Akkreditierungsagenturen sind vom offiziellen Akkreditierungsrat zugelassene Institutionen zur Prüfung von Studiengängen. Sie prüfen auf Antrag der Universität die inhaltlichen und formalen Aspekte der Studiengänge (z. B. Studierbarkeit) und reichen einen Prüfbericht mit einem Votum zur Akkreditierung an den Akkreditierungsrat, der der Universität die Entscheidung zukommen lässt. Dort versuchte man, die Rolle der Landesprüfungsämter zu identifizieren, und suchte zunehmend den Kontakt, nachdem bei ersten Anläufen zur Neuakkreditierung die Notwendigkeit der Hinzuziehung der Landesprüfungsämter noch nicht etabliert worden war und

es zu entsprechenden Irritationen kam. Auch hier half der Diskurs, um eine für alle Beteiligten tragfähige Lösung zu finden.

Eine Herausforderung war die Bestimmung der Vertreter der Berufspraxis, die üblicherweise Teil der Akkreditierungskommission sind. Akkreditierungskommissionen werden je nach Bundesland und Akkreditierungsart (Systemakkreditierung, Programmakkreditierung) meist im Konsens zwischen Akkreditierungsagentur und Universität bestimmt. Die Vertreter der Berufspraxis sind aber nach dem neuen PsychThG gleichzeitig enge Berater der LPÄ in der berufsrechtlichen Gesamtbewertung der neuen Studiengänge, sodass sie nicht nur gute berufspraktische Kompetenzen einbringen müssen, die aus Sicht des HLPUG am besten die Landespsychotherapeutenkammer bewerten kann,

sondern die auch Studiengänge sowie Studiengangsentwicklungsprozesse beurteilen können. Gemeinsam mit der Landespsychotherapeutenkammer fanden das HLPUG und die Universitätsvertreter eine gangbare und akzeptierte Lösung und konsentierten vorliegende Vorschläge insbesondere der Landespsychotherapeutenkammer. Es sollte dabei sichergestellt werden, dass es sich um fachlich versierte Kollegen handelte, die nicht nur in der Berufspraxis langjährig verwurzelt waren, sondern die auch mit der universitären Arbeit vertraut waren und auch auf Universitätsseite fachliche Akzeptanz haben sollten.

Als die ersten Akkreditierungsverfahren begannen, entwickelte sich eine gute Praxis: Die für das HLPUG mittätigen Gutachter und die Behördenvertreter stimmten das Verfahren im Hinblick auf die inhaltliche Prüfung arbeitsteilig miteinander ab und zeichneten die Einschätzung des jeweils anderen aus dem eigenen Blickwinkel nach, sodass die gefundenen Ergebnisse von beiden getragen werden konnten. Von dort floss das Begutachtungsergebnis wieder in das Akkreditierungsverfahren und dort als Begutachtungsbeitrag in den Akkreditierungsbericht ein. Wurde keine Akkreditierung angestoßen oder war diese zu diesem Zeitpunkt nicht notwendig, erfolgte die Begutachtung abgekoppelt von einem Akkreditierungsprozess. Auf Basis der Begutachtungsergebnisse konnten dann Feststellungsbescheide erlassen werden, die die Feststellung der berufsrechtlichen Voraussetzungen des jeweiligen Studiengangs zum Inhalt hatten. Dies gelang für die neuen Bachelor-Studiengänge aller beteiligten hessischen Universitäten pünktlich zum Wintersemester 2020/21.

Auch wenn verschiedene Gruppierungen an diesem Prozess beteiligt sind, so wurde doch deutlich, dass für den notwendigen Dialog gerade die Universitäten und die Behörde sich von tradierten Rollenverständnissen entfernen mussten. Hier ließen sich generell einige Hindernisse ausmachen: Eine erste Hürde sind die immer mit einem Umsetzungsprojekt dieser Art verbundenen Rechtsfragen. Sie fallen oft in die Beurtei-

lungs- und Entscheidungskompetenz der Behörde. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, nimmt man etwa die Fragen nach der konkreten Struktur des Studiengangs, die Bezeichnungen und Inhalte der Module, die Fragen nach konkreten Prüfungsformen oder auch nach der Personalausstattung – sie fallen in die Verantwortung der Universitäten. Auch musste die Fachaufsichtsbehörde eingebunden werden. Manchmal machten Fragestellungen den Austausch auf Bund-Länder-Ebene notwendig, da man oftmals nur mit einer bundeseinheitlichen Lösung den Prozess dauerhaft implementieren kann, so etwa bei der Frage möglicher Nachqualifizierungsmaßnahmen und deren Anerkennung durch die verschiedenen Landesprüfungsämter.

Im Gegenzug stellen auch universitätsinterne Strukturen eine Herausforderung für solche Änderungsprozesse dar. Bereits innerhalb einer Universität impliziert die Entwicklung neuer Studiengänge einen komplexen Prozess, in den diverse Gremien eingebunden sind, da sie geplanten Änderungen zustimmen müssen: Oftmals sind dies – je nach Satzung der Universitäten und Fakultäten – u. a. Studiengangskommission, Fachbereichsrat, zentrale Studiengangsentwicklungsstellen der Universität und der Senat der Universität. Diese Gremien sind es bislang „nicht gewohnt“, dass auch noch von extern Anforderungen gestellt werden und Änderungswünsche vorgebracht werden; manchen universitätsinternen relevanten Institutionen war beispielsweise die Existenz von Landesprüfungsämtern nicht bekannt. Weiterhin bestehen auch innerhalb der Universitäten Prüfstrukturen für Studiengangsinhalte, um zum Beispiel valide Bescheinigungen und Zeugnisse auszustellen. Inwieweit können etwa die bestehenden, oftmals IT-basierten Systeme zur Studiengangsorganisation genutzt werden, um die Herausforderungen bei der Umstellung adäquat zu bewältigen?

Eine Lösung ist, die Handlungskompetenzen der Behörde und der Universität zu bestimmen und auch den Entscheidungsspielraum bzw. die -zuständigkeiten abzustecken. Sind es etwa Rechtsfragen mit bundesweiter Bedeutung, kommt man nicht umhin, die oberste Landesbehörde (Ministerium) einzuschalten und Lösungsmöglichkeiten abzustimmen. Steht die Entscheidung jedoch in der Befugnis der Behörde selbst, eröffnet sich ein Handlungsspielraum, den man in Zusammenarbeit mit den beteiligten Institutionen ausfüllen kann und sollte. Hier sind auch die Universitäten berufen, Vorschläge zur Diskussion zu stellen, um gemeinsam ein für alle Beteiligten tragfähiges Ergebnis zu finden. Die Universitäten sind oft der erste Ansprechpartner für Fragen (insbesondere auch der Studierenden), lange bevor das Landesprüfungsamt überhaupt formal durch eine entsprechende Anfrage eingebunden wird. Wird die Frage von den Universitäten zeitnah dem LPA vorgelegt, besteht die Chance für das Prüfungsamt, auch ein entsprechendes Problembewusstsein zu entwickeln und dies mit anderen Studiengängen wie Human- oder Zahnmedizin und den dortigen Prüfungsspezifika zu vergleichen und im Sinne der best practice Lösungsvorschläge zu entwickeln.

Handlungsmittel (Regeln, Prozesse, Bescheinigungen ...) müssen diskutiert werden. Zielführend ist die Organisation eines Dialogs zwischen den Beteiligten, der in regelmäßigen Arbeitsbesprechungen bestehen kann. Durch einen engen Austausch kann sich ein Verständnis für die jeweils andere Position entwickeln. Der Austausch trägt dazu bei, die Besonderheiten und auch Zwänge der beteiligten Seiten auszumachen. Ist bei allen Beteiligten auch der dafür notwendige Wille vorhanden, kann sich eine tragfähige Zusammenarbeit entwickeln. Das erfordert ein Abrücken von tradierten Vorstellungen: Oft ist die Zusammenarbeit mit Behörden durch ausgeprägte Hierarchien und zeitaufwändige Entscheidungswege gekennzeichnet. Es bestehen Vorbehalte, die Behördenvertreter aktiv einzubinden; der Verwaltungsprozess als solcher ist eine große Unbekannte, die Bedenken im Hinblick auf bürokratische Verkomplizierung ausgeprägt. Auf der anderen Seite steht die autonomieorientierte Universität mit ihren komplexen Strukturen, mehreren tausend Mitarbeitern und vielen Selbstverwaltungsorganen. Bewegt man sich auf einem völlig neuen Arbeitsgebiet, bleibt aber keine andere Handlungsoption, als sich aufeinander zuzubewegen.

Im weitesten Sinne könnte man hier von einer Interprofessionalität sprechen, die an dieser Stelle aufgerufen ist, die Ausbildung neu auszurichten. Hier treffen institutionelle Arbeitsweisen aufeinander, die miteinander durchaus vereinbar sind. Wichtiger Schritt ist dabei, dass das Gegenüber die fachliche Expertise behalten kann und im Dialog Lösungen erarbeitet werden, ohne überstimmt zu werden. Hier muss das eigene Selbstverständnis gegenüber der anderen Profession/Institution auch kritisch hinterfragt werden. Und letztlich ist es wichtig, zu wissen, wer die Entscheidungskompetenz hat.

In Hessen haben alle Beteiligten in den zurückliegenden, sehr arbeitsintensiven Monaten bewiesen, dass es sich lohnt, in so einem Arbeitsfeld zusammenzurücken und orientiert an einem gemeinsamen Ziel mit viel Kompetenz, Vertrauen und Zuversichtlichkeit den Prozess gemeinsam voranzubringen. Auch wenn verschiedene weitere Akteure an dem Implementierungsprozess der neuen Studiengänge beteiligt und wichtig sind, so zeigte sich doch die Etablierung einer kontinuierlich andauernden Kooperation zwischen Gesundheitsbehörde und Universität als zentraler Dreh- und Angelpunkt für eine erfolgreiche Bewältigung der vielen offenen Fragen. Die Implementierung der Ausbildung in einem selbständigen akademischen Heilberuf im Rahmen der Strukturen eines polyvalenten Bachelor-Studiengangs und eines Master-Studiengangs ist für alle Beteiligten Neuland. Diese Kooperation trägt bereits Früchte, da alle Bachelor-Studiengänge erfolgreich ihre Arbeit aufgenommen haben und auch alle Master-Studiengänge konzipiert sind und sich in Akkreditierungsverfahren befinden. Man lernt die Arbeitsweise des Gegenübers schätzen und bringt die eigenen Stärken auch zum Vorteil des anderen in den gemeinsamen Arbeitsprozess ein. Die innere Haltung ist die der gegenseitigen Akzeptanz und des Respekts für die Arbeit des anderen und dies nicht nur zwischen der Universität, dem Prüfungsamt und der Psychothe-

rapeutenkammer, sondern auch zwischen den Universitäten untereinander.

In gewisser Weise leisten alle Beteiligten Pionierarbeit und sind Teil eines sehr kreativen und sich ständig an Bedürfnissen neu ausrichtenden Prozesses, der auch eine hohe Zufriedenheit mit sich bringt, wenn Ziele erreicht und Erfolge sichtbar werden.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2016). Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit zur Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Verfügbar unter: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/bmg_psychthg_eckpunktedirektausbildung_1_1_a.pdf (19.07.2021).

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). (2014). Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Ausbildungsreform. Verfügbar unter: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/nachrichten/beschluss-des-25-deutschen-psychotherapeutentages-zur-ausbildungsreform (19.07.2021).

Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldberg, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Verfügbar unter: www.uniklinikum-jena.de/mpsy/Forschung/Abgeschlossene+Projekte/Forschungsgutachten.html (19.07.2021).

Vogel, H., Ruggaber, G. & Kuhr, A. (2003). Wünsche an die Novellierung der gesetzlichen Ausbildungsvorgaben. In A. Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.), Psychotherapieausbildung. Der Stand der Dinge (S. 175–190). Tübingen: dgvt Verlag.



Manuela Sykstus

Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG)
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt
manuela.sykstus@hlpug.hessen.de

Manuela Sykstus, ltd. Regierungsdirektorin, ist stellvertretende Amtsleiterin des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamts im Gesundheitswesen.



Prof. Dr. Winfried Rief

Universität Marburg
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg
rief@uni-marburg.de

Winfried Rief ist Professor für klinische Psychologie und Psychotherapie an der Philipps-Universität Marburg und Sprecher der Kommission „Psychologie und Psychotherapeutenausbildung“ im Auftrag des Fakultätentags Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs).

Ausgespielt? Ein Plädoyer für das Spiel als zentrales Medium in der Kinderpsychotherapie

Heidi Zorzi

Zusammenfassung: Ausgehend von den konzeptionellen Ansätzen von Rogers und Axline soll einleitend ein historischer Abriss der personenzentrierten Spieltherapie in Deutschland geboten werden: von ihrem „Aufstieg“ in der BRD der 70er-Jahre bis zu ihrem zunehmenden Rückgang als Folge der Nicht-Anerkennung als Kassenleistung. Vor diesem Hintergrund will der vorliegende Artikel die Spieltherapie als interaktives, prozessorientiertes Behandlungskonzept vorstellen, das weiterhin einen festen Platz in der Kinderpsychotherapie haben sollte. Das freie Spiel wird hier als das zentrale Medium verstanden, in dessen Rahmen sich die verstörten Beziehungs- und Selbstschemata des Kindes unverstellter offenbaren, als die Betroffenen dies in Worten ausdrücken könnten bzw. wollten. Heilsame Wirkfaktoren in der Spieltherapie liegen dabei im Verstehen der Symbolisierungen der Kinder, im Spiegeln der Gefühle, die sie im Dienste des Bindungserhalts abwehren und nur in Symptomen äußern können, und in der Ermöglichung neuer Selbsterfahrungen und Rollenmuster im Spiel. Die Herangehensweise der Spieltherapie u. a. zur Behandlung komplex traumatisierter Kinder soll anhand dreier konkreter Fallbeispiele veranschaulicht werden. Der Beitrag schließt mit einer Betrachtung der Herausforderungen für die Fortsetzung spieltherapeutischer Behandlung unter Pandemiebedingungen.

Eltern betroffener Kinder sowie zuweisende Ärzte¹ bzw. Kliniken wissen ein Lied davon zu singen: Zeitnah einen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zumal zu einer familienverträglichen Tageszeit, zu ergattern, kommt schon fast einem Mehrfach-Treffer im Lotto gleich, egal, ob in städtischen oder ländlichen Gegenden – seit Pandemiezeiten noch verschärft. Besonders schwierig wird es, wenn explizit ein Spieltherapie-Platz empfohlen wurde. Langsam, aber sicher scheint die ohnehin kleine Gemeinde der ausgebildeten und auch noch niedergelassenen Spieltherapeuten zu verschwinden. Wie kam's?

„Spielspsychotherapie“ im Wandel der Zeit

In der Mitte des letzten Jahrhunderts hatte Carl Rogers in den USA die Grundzüge seiner personenzentrierten Psychotherapie als humanistischen Therapieansatz entwickelt. Im Rahmen seiner Tätigkeit als klinischer Psychologe an einer Einrichtung für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche hatte er – zu einer Zeit, als die Entwicklung der Bindungstheorie in den Kinderschuhen steckte und von expliziter Trauma-Forschung noch keine Rede war – bereits eine klare Sicht gewonnen auf die zentralen Bedürfnisse deprivierter Kinder und Jugendlicher (gefühlte Sicherheit, erfahrene Anerkennung und Wertschätzung in der therapeutischen Dyade). In der Folge veröffentlichte er erstmals seine eigene, im damals herrschenden Erziehungswesen ungewöhnlich kindzentrierte Sicht- und Behandlungsweise bei psychi-

schen Auffälligkeiten („The Clinical Treatment of the Problem Child“, 1939).

Eine Mitarbeiterin der Universität von Chicago, die Psychologin Virginia Axline, übertrug Rogers' therapeutische Haltung, sein Störungskonzept und seine Behandlungsprinzipien auf die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern. Neben acht Grundprinzipien psychotherapeutischer Haltung (warmes, freundliches Beziehungsangebot; bedingungslose Wertschätzung und Annahme; Atmosphäre des Gewähren-Lassens; Erkennen und Reflektieren der kindlichen Gefühle; Stärkung der Selbstwirksamkeit des Kindes; Nicht-Direktivität; Nicht-Beschleunigung des Prozesses; nur mäßige Grenzsetzungen) postulierte Axline das freie Spiel des Kindes als Königsweg der Behandlung.

Es sollte noch über 30 Jahre dauern, bis ihr in den USA schnell zum Bestseller avanciertes Grundlagenwerk in deutscher Sprache erschien. Offensichtlich war im Deutschland der Nachkriegszeit der Boden noch nicht früher geebnet für ein Behandlungskonzept, das auf einer nahezu symmetrischen Beziehungsgestaltung und einem weitgehend gewährenden Setting beruht. So galt auch noch in den 50er-Jahren das Ratgeberbuch „Die (deutsche) Mutter und ihr erstes Kind“ (ohne „deutsche“ dann der NS-Zeit-Ärztin Dr. Johanna Harrer lange Zeit als pädagogischer Wegweiser („Schreien lassen“,

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.

„Erziehung zum Gehorsam“ etc.). Erst die sich anbahnende Studentenbewegung und ihre Gegenentwürfe zur schwarzen Pädagogik ermöglichten auch hierzulande den Einzug humanistischer Therapieansätze – zunächst vor allem an den großen Universitäten.

Schon die Übersetzung des Originaltitels ins Deutsche verrät, dass sich jedes Verfahren, in welchem Land auch immer es entwickelt wurde, im Laufe seiner Verbreitung mittel- und langfristig immer mit den bisherigen Gepflogenheiten der jeweiligen Inlandskultur verstoffwechselt. Ins Deutsche übersetzt klingt der Titel „Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren“ (1980) schon etwas eckiger und technologischer als das englischsprachige Original („Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood“). Auch inhaltlich sollte sich mit den Pionieren der deutschen Spieltherapie (S. Schmittchen, H. Goetze, W. Jaede und F. Baumgärtel) nach und nach eine von den Axline-Grundlagen geringfügig abweichende Spieltherapie-Lehre weiterentwickeln. Während die amerikanische Tradition nach wie vor eher dem „pacing“-Aspekt des therapeutischen Handelns folgte (der Psychotherapeut begleitet das Spiel des Kindes eher zurückhaltend und verbal), hatte in den deutschsprachigen Ländern das „leading“ mehr an Bedeutung gewonnen (Resonanz durch aktives Mitspielen).

In den Anfängen der personzentrierten Spieltherapie war das Gewährenlassen seitens des Psychotherapeuten die zentrale Handlungsmaxime. Dem lag die rogerianische Überzeugung

— Konzeptuell geht man davon aus, dass sich im Spiel die verstörten Beziehungs- und Selbstschemata des Kindes deutlich unverstellter offenbaren, als die Betroffenen dies in Worten ausdrücken könnten bzw. auszusprechen wagten. —

zugrunde, das Kind würde im freien Spiel seine Themen nicht nur zeigen und aktualisieren, sondern auch selbst zunehmend Lösungsmöglichkeiten entwickeln. Aus heutiger Betrachtung wirken manche Videomitschnitte damaliger Therapiestunden zugegeben etwas konturarm und chaotisch. Sie lassen kaum erkennen, was hier wie behandelt wird und welche therapeutischen „Leitlinien“ der Behandelnde gerade verfolgt. Allerdings sollte man sich kein abwertendes Urteil anmaßen, ohne sich den gesellschaftlichen Kontext vor Augen zu halten, in dessen Rahmen sich diese therapeutische Herangehensweise entwickelt hat. Jede Zeit bringt Therapieformen zum Entstehen und Blühen, die zu ihrem auflebenden Geist, ihrer Gesellschaftsform, ihren sich ändernden Normen und Werten passt. Im Fall der personzentrierten Spieltherapie waren das u. a. der Aufbruch aus der verkrusteten schwarzen Pädagogik hin zur antiautoritären Erziehung und die Formulierung der Kinderrechte. Seit dieser Zeit müssen Kinder ernst genommen, ihre Bedürfnisse gesehen, erkannt und respektiert werden (UN-Kinderrechtskonvention vom 20. November

1989). Diesen Kinderrechten zuwiderhandelnde Bezugspersonen werden im günstigsten Fall bemerkt, beraten und begleitet, im Zweifelsfall verlieren sie ihre elterliche Sorge. Auf literarischer Ebene setzte sich federführend die schwedische Autorin Astrid Lindgren für die Umsetzung der Kinderrechte ein und trug mit ihren Romanhelden nachhaltig zu einem Perspektivenwechsel im pädagogischen und psychotherapeutischen Umgang mit Kindern bei.

Wie bei allen gesellschaftlichen Umwälzungen schlägt ein reformatorisches Pendel immer zunächst auch mal in extremere Richtungen aus, bis sich die verträgliche Quintessenz der Neuerungen als tatsächlicher Fortschritt etablieren kann. Antiautoritäre Erziehung ist längst keine Option mehr. Nachdem die „Kinderladenkinder“ der 60er- und 70er-Jahre im Seniorenalter angekommen sind, konnten die oft negativen Langzeitfolgen über einen ausreichenden Zeitraum und eine große Stichprobe evaluiert sowie die z. T. extremen Auswüchse dieser Haltung Kindern gegenüber (z. B. sexueller Missbrauch an reformpädagogischen Einrichtungen) ausreichend dokumentiert werden.

Spieltherapie als interaktives, prozessorientiertes Behandlungskonzept

Mehr als in anderen methodischen Ansätzen der Kinderpsychotherapie handelt es sich beim spieltherapeutischen Zugang bis heute um ein interaktives Behandlungskonzept mit dem zentralen Wirkfaktor der neuen Beziehungserfahrung im Rahmen der therapeutischen Dyade. Konzeptuell geht man davon aus, dass sich im Spiel die verstörten Beziehungs- und Selbstschemata des Kindes deutlich offener und unverstellter offenbaren, als die

Betroffenen dies in Worten ausdrücken könnten oder es sich aus Gründen der Loyalitätswahrung den Bezugspersonen gegenüber erlauben würden.

In ihrer heutigen Ausprägung zeigt sich die person- oder kindzentrierte Spieltherapie methodenübergreifend breit aufgestellt. Als „ganzkörperlicher Ansatz“ vereint sie Herangehensweisen auf der autonomen, der limbischen und der mentalen Ebene therapeutischer Begegnung. Sie ist gleichzeitig prozessorientiert, erlebnisbezogen und in ihrer heutigen Form konkreter zielorientiert. Bei genauerem Hinsehen zeigen sich hier hypnotherapeutische, mentalisierungsfördernde, neuroaffektive und körperorientierte Elemente, in der Arbeit mit dem Umfeld des Kindes auch systemische.

Von Eltern höre ich zu Beginn der Behandlungen immer mal wieder die Frage „Spielen Sie wirklich nur?“ oder die Äußerung „Spielen können wir zu Hause auch!“. Was mir dazu Anlass gab, ihnen von Anfang an das Wesen, den Sinn und das

Ziel einer Psychotherapie, die das „Spiel“ in den Mittelpunkt ihres Behandlungskonzepts stellt, und den Unterschied zum Eltern-Kind-Spiel zu Hause zu erklären.

Das freie Spiel als zentrales Medium in der Kinderpsychotherapie

Das freie Spiel stellt das wichtigste Begegnungsmoment zwischen dem Kind und mir als Psychotherapeutin dar. Da es – trotz virtueller Reduzierung – auch heute zentrales und freiwilliges Medium zwischen der Innen- und der Außenwelt eines Kindes ist, können die kleinen Klienten in der Regel sehr schnell am für sie neuen therapeutischen Setting und an mir als erwachsener Begleiterin „andocken“. Je empathischer und unmittelbar spiegelnder einerseits, andererseits auch klarer und handlungsfähiger wir dem Kind als feinfühligere Erwachsene begegnen, desto schneller und leichter kann es in der therapeutischen Dyade Vertrauen fassen, seine inneren Themen im symbolischen Spiel zeigen und mit uns teilen. Dazu wird sich ein Kind genau das Material aussuchen, das es für die Inszenierung braucht. Es wird die Rollen zwischen sich und mir so verteilen, wie es seiner basalen Befindlichkeit, seinem individuellen Entwicklungsniveau, seinen Beziehungsmustern, seinem Selbstbild, seinem inneren Bezugssystem und seiner Erlebniswelt entspricht. Meist schlüpft es dabei in die Rollen seiner unmittelbaren früheren oder gegenwärtigen Bezugspersonen und überträgt uns die eigene er- bzw. gelebte Rolle. In der uns zugewiesenen Rolle erleben wir im Spielverlauf sodann die ganzkörperlich-emotionale Erfahrung, wie es sich anfühlt, in der Welt des Patienten Kind zu sein, erleben z. B. die Ängste, die Einschränkungen, die doppelten Botschaften, die Erwartungen der Bezugspersonen stellvertretend. Heilsame Wirkfaktoren in der Spieltherapie sind dann, die Symbolisierungen der Kinder vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Lebensgeschichte zu verstehen, die spontanen Gefühle, die sie im richtigen Leben im Dienste des Bindungserhalts abwehren und nur in Symptomen äußern können, zu spiegeln, deren Stimmigkeit zu verdeutlichen sowie neue, heilsame Selbsterfahrungen im Spiel zu ermöglichen. Im sicheren Rahmen der spielerischen therapeutischen Interaktion können auf diese Weise angemessenere Selbst- und Gegenüber-Erfahrungen in die vorhandenen neuronalen Netzwerke, insbesondere in den subkortikalen Bereichen, integriert und alte, dysfunktionale Schemata zugunsten heilsamer überschrieben werden.

Fallbeispiel: Moritz (8), u. a. wegen Schulangst und sozialer Ängste in Behandlung, sucht sich zu Beginn der Stunde immer mal wieder den sicheren Rahmen eines Brettspiels aus. Mir fällt auf, dass er dabei gerne zu Spielen greift, die altersmäßig eine richtige Herausforderung für ihn darstellen. Gleichzeitig fällt es ihm spürbar schwer zu verlieren. Als ich sein Schummeln bemerke, verbalisiere ich ungefähr Folgendes: „Ach ja, stimmt! Das ist ja echt schwierig und auch ungerecht, dass für dich dieselben Regeln in dem Spiel gelten sollen wie für mich, die ich erwachsen bin und das Spiel schon

so oft gespielt habe!“ und lade ihn ein, über eine (alters-)gerechte Abstufung der Spielregeln zu verhandeln. Er schaut mich erstaunt und merklich erleichtert an und wir vereinbaren festgelegte „Moritz“- und „Frau Zorzi“-Regeln. Auf diese Weise spielen wir eine Zeit weiter, bis Moritz vorschlägt, dass wir seine Regeln jetzt etwas anheben könnten. Irgendwann spielen wir „auf Augenhöhe“, mit gleichen Regeln für beide.

Auslöser meines spieltherapeutischen Handelns in dieser Interaktion ist meine Wahrnehmung der (scheinbar selbstgewählten) Überforderung des Jungen und sein Schummeln als selbstwertregulierende Stresskompensation. Indem ich sein Verhalten wertungsfrei benenne, die Not dahinter („Das ist nicht zu schaffen!“) anspreche und ein Aushandeln der unterschiedlichen Bedingungen vorschlage, unterstütze ich ihn in seiner Affektregulation und gebe ihm ausreichend Raum und Zeit für die Entwicklung von Affekttoleranz und Selbstwirksamkeit. Mithilfe meiner impliziten Begleitung kann er so im eigenen Tempo die „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotski, 1971) erreichen.

Vertieftes therapeutisches Spiel verläuft aufseiten des Kindes in einem Flow-Zustand. Dank der spielerischen, statt rein sprachlichen, Symbolisierungen werden einerseits alle Hirnebenen und alle Sinne angesprochen, andererseits bleibt genügend Distanz zum richtigen Leben. Was ein Kind auf direkte Fragen oder in einem „mental-kontrollierten“ Setting aus Loyalitätsgründen nie preisgeben würde, symbolisiert es oft sehr eindrücklich im Rollenspiel. Als Spieltherapeutin kann ich meine impliziten, heilungsfördernden Interventionen direkt an der Stelle anbieten, an der das Kind sein ureigenes Thema im Spiel aktualisiert und ihm so erlebnisaktivierend heilsame Alternativerfahrungen im Hier und Jetzt ermöglichen.

Traumaassoziiertes Spiel im Therapieraum

Kinder, die frühe und schwere Beziehungstraumatisierungen erleben mussten, stellen uns Psychotherapeuten vor die größten Herausforderungen im „Gegenübertragungs-Erleben“: Sie projizieren ihre Opfererfahrungen im Spiel auf das therapeutische Gegenüber. So können wir in den uns zugeteilten Rollen zu Opfern, zu Mittätern, zu hoffnungslosen Losern, Versagern, manchmal auch zu Tätern bestimmt werden. Je sadistischer die Gewalterfahrungen des Kindes in der Realität waren, desto grausamer können sich die Reinszenierungen im Therapieraum gestalten.

Während solche Spieldynamiken in den Anfängen der personenzentrierten Spieltherapie-Praxis aus heutiger Sicht tatsächlich in der Reinszenierung verharrten, weil man noch von einer Selbstheilungsfunktion auch traumatischer Spielschleifen ausging, stehen uns spätestens seit der Entwicklung der „traumabezogenen Spieltherapie“ (Weinberg, 2017) implizite Interventionen zur Modifikation und Auflösung reinszenierender, traumaassoziiierter Spielsequenzen zur Verfügung (z. B.

Hilfe für die Schwachen und Bedrohten, Klarstellung von Recht und Unrecht, Integration von täter- oder opferidentifizierten Anteilen, „Spielstopp“ zur Klärung und Veränderung traumaassoziierten Spiels etc.). Weder wir als Psychotherapeuten noch unsere kindlichen Patienten dürfen und müssen heute in traumabedingten Rollen verharren, sondern bekommen durch entsprechende implizite Interventionen im Spielgeschehen die Voraussetzung und Gelegenheit für hilfreiche Veränderung, inneres Wachstum und Wiederherstellung von basalen Gefühlen der Sicherheit und Heilung.

Fallbeispiel: In den Rollenspielen mit Dennis (12), früh- und komplex traumatisiert und seit dem Kindergartenalter in wechselnden Institutionen lebend, geht es über eine lange Phase um Räuber-Polizist-Aktionen. Abwechselnd spielt Dennis den Ganoven, ich den Polizisten oder umgekehrt. Entsprechend seiner realen Lebenserfahrungen massiver Schädigungen durch nahe Bezugspersonen gestaltet er sowohl seine polizeilichen als auch seine räuberischen Handlungsweisen spürbar grenzüberschreitend meiner Rolle gegenüber, wobei er auf der therapeutischen Beziehungsebene (1. Realitätsebene) immer sehr auf einen höflichen Umgang mit mir achtet. Sobald mein Bauchgefühl (Gegenübertragung) sich alarmierend bemerkbar macht, führe ich einen „Stellvertreter“ (Handpuppe, Figur o. Ä.) ein, der meine Rolle einnimmt. Hier eine kurze Szene einer solchen Spielinteraktion: Dennis

— Weder wir als Psychotherapeuten noch unsere kindlichen Patienten dürfen und müssen heute in traumabedingten Rollen verharren, sondern bekommen durch entsprechende implizite Interventionen im Spielgeschehen die Voraussetzung und Gelegenheit für hilfreiche Veränderung!

spielt den Polizisten und will mich als Ganoven wegen meines Vergehens („Banküberfall“) verhaften. Er legt mir hinter meinem Rücken die (Spiel-)Handschellen an und ich spüre in dem Moment ein leichtes Stresslevel (ich reagiere nicht immer so auf „Gefangen-genommen-Werden“, aber in dieser speziellen Situation hatten der spezielle Kontext und/oder die Atmosphäre das ausgelöst). Ich melde „Spielstopp mal, Dennis, das wird mir selbst jetzt zu heiß, ich nehm´ mal die Figur da an meiner Stelle!“ und greife zu einer in der Nähe sitzenden Hexen-Handpuppe. Diese spontane Intervention der Stellvertreter-Wahl muss sehr zügig geschehen, um den Spielfluss und damit die sich anbahnende Reinszenierung realen traumatischen Erlebens nicht zu unterbrechen. Während ich mich neben das Spielgeschehen setze, inszeniert Dennis zunehmend die Bestrafung der Spielfigur, schlägt sie zu Boden, schreit ihr ihre Verbrechen ins Gesicht, macht sie unschädlich. Dennis wirkt in seiner Strafaktion wie in Rage, nimmt ein Plastikmesser und sticht vor allem auf die Augen der Hexe ein. Währenddessen bleibe ich mit meinen Verbalisationen nicht in der Hexen-Rolle, sondern bringe in Worte,

wie der „gerechte, starke Polizist“ die Übeltäterin nun endlich unschädlich macht, damit sie niemandem mehr Schaden zufügen kann. Dennis hört schließlich erschöpft damit auf, auf die Hexe einzuschlagen, atmet tief durch und wir beschließen, die Hexe umgehend „lebenslang“ ins Gefängnis zu bringen. Sein Bezugsbetreuer aus der Heimgruppe, der ihn nach den Stunden immer mit dem Gruppenbus abholt, berichtet mir später am Telefon, dass Dennis „so entspannt wie nie“ aus der letzten Therapiestunde gekommen sei.

Ein wesentlicher Wegweiser im dyadischen Spielprozess ist das spontan spürbare Gegenübertragungsgefühl des Psychotherapeuten. Gerade im Spiel mit komplex traumatisierten Patienten kommt es immer wieder zu unangenehmen Gefühlen aufseiten des Gegenübers (meist Ohnmacht, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Angst u. Ä.). Dabei handelt es sich um eigene traumaassoziierte emotionale Zustände, die die Kinder uns als Mitspielern unbewusst im sicheren Rahmen ihrer Spieltrance „überstülpen“. Genau an dieser Stelle können wir dann mit impliziten Interventionen (wie „Stellvertreter-Anbieten“, „Erzählerstimme“, „Integration des täteridentifizierten Anteils“ etc.) heilsame neue Erfahrungen ermöglichen.

Manche komplex traumatisierten Kinder können zu Beginn der Behandlung noch nicht in ein freies Spiel finden. Ihnen fehlt die hierfür nötige Symbolisierungsfähigkeit, die sich frühkindlich nur in einem hinreichend sicheren Lebenskontext entwickeln kann. Ein Kind, das sich in seinem nahen Umfeld nie sicher fühlen konnte, hatte nicht die nötige Ruhe und Muße, zu explorieren und ins Spiel einzutauchen, also Zeit und Raum vorübergehend zu vergessen. Es musste rund um die Uhr auf der Hut sein! Für diese Patienten

geht es zunächst um die Etablierung gefühlter Sicherheit im Therapieraum, etwa mit dem Aufbau sicherer Orte dort, der Beschäftigung mit Sicherheit gewährleistenden Regel- und Brettspielen, mit dem kontinuierlichen Erleben der Vertrauenswürdigkeit, der Zuverlässigkeit und des Wohlwollens des Psychotherapeuten. Manchmal wird es im gesamten Therapieverlauf zu keinem freien Rollenspiel kommen können. Aber auch das Gegenübersitzen beim Regelspiel bietet genügend interaktionelle Dynamik und basale Gelegenheiten „markierten Spiegelns“ (Fonagy et al., 2019) für innere Veränderung beim Kind.

In der personenzentrierten Spieltherapie, wie wir sie heute verstehen und praktizieren, geht es längst nicht mehr nur um Gewährlassen all dessen, was sich vom Kind aus inszeniert. Immer sind wir als erwachsene, fachlich kompetente Begleiter des therapeutischen Prozesses – neben der Umsetzung personenzentrierter Behandlungsprinzipien (Empathie, Wertschätzung, Authentizität etc.) – auch für die Gewährleistung des sicheren Rahmens verantwortlich, welcher sinnvolle Be-

grenzung, heilsame Veränderung des Spielgeschehens sowie beiderseitige Achtung von Würde und Respekt im Hier und Jetzt beinhaltet.

Fallbeispiel: Tanja (11) lebte in der Zeit der hier beschriebenen Spielszene bereits drei Jahre „in Sicherheit“ in einer guten Pflegefamilie. Sie war im Alter von acht Jahren zusammen mit ihren Geschwistern gleichsam „über Nacht“ aus der Herkunftsfamilie in Obhut genommen worden – viel zu spät, wie sich rückblickend herausstellte. Zu den Therapiestunden kam Tanja zunächst spürbar skeptisch, suchte sich anfangs immer das gleiche Regelspiel aus, erzählte wenig und wirkte etwas „roboterhaft“ in Sprache und Motorik. Mit der Zeit entspannte sie sich zunehmend, wechselte die Regelspiele, berichtete mir aus der Schule und von Freunden. Endlich fragte sie mich schließlich, was ich wohl mit all den Verkleidungssachen machen würde, die an einem Ständer hingen. Ich erklärte ihr, dass ich häufig Rollenspiele mit Kindern, die hier her zu mir kämen, spielen würde. Sie fragte, ob wir das auch mal zusammen machen könnten und wir begannen, eine Szene mit verschiedenen Stofftieren und einem Stall vorzubereiten (die Pflegefamilie hatte einen Bauernhof). Als wir soweit waren, dass das Spiel starten konnte, wurde schnell klar, dass das freie Spiel wie eine Fremdsprache für Tanja war: Sie stand wie versteinert in ihrer Rolle, in meiner Gegenübertragung spürte ich Erstarrung, Hilf- und Ratlosigkeit. Wir beschlossen, wieder zum Regelspiel überzugehen und fanden über dem Spielbrett schnell wieder in flüssige dyadische Interaktionen und Spiegelungen zurück.

In einer der folgenden Stunden erklärte mir Tanja, dass sie und ihre Geschwister als Kinder nie zu Hause gespielt hätten. Es sei wichtig gewesen, zu hören, wann das Auto des Vaters draußen vorfahre. Sie, die Kinder, hätten sich bei seinem Eintreffen immer im Wohnraum vor der Schrankwand versammeln und seine Anweisungen entgegennehmen müssen (u. a. hatte es die Anweisung an die Kinder gegeben, Lebensmittel zu beschaffen).

Spiele in Pandemiezeiten

Die vorübergehend notwendig gewordene Umstellung der Therapiestunden auf Videobehandlung während der Pandemieeinschränkungen haben uns Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verdeutlicht, wie sehr die Dreidimensionalität, die analoge Anwesenheit wie das Aufeinander-bezogen-Sein zweier Körper und Nervensysteme im therapeutischen Raum fehlte.

Während ich das virtuelle Setting (zweidimensionale Begegnung über die Bildschirme, kein direkter Blickkontakt, bei gleichzeitig ungewohnter Nähe der Gesichter, technische Störanfälligkeit etc.) in der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen in den meisten Fällen als hinreichendes Surrogat für ansonsten entfallende Therapiestunden erlebte, gestalteten sich die Video-Therapiestunden mit meinen

kindlichen Patienten auf die Dauer mühsam. Spieltherapeuten tragen ihr methodisches Knowhow implizit mit durch die Stunden und wenden es prozessorientiert an, sozusagen „on demand“. Die Therapiestunde verläuft also nicht nach einem zuvor von mir geplanten und strukturierten Ablauf, sondern entlang der aktuellen Befindlichkeit und subjektiven Erlebenswelt des Kindes. Auch meine prozessbegleitende Diagnostik erfolgt implizit, d. h. ich nehme die Stimmung des Kindes beim Kommen wahr, seine kurze Interaktion mit der Bezugsperson, die Verabschiedung, das gemeinsame Ankommen im Therapieraum, das Ganze auf körperlicher, sprachlicher, emotionaler und interaktiver Ebene. Im Therapieraum lädt das Angebot an verschiedenem Spielmaterial dann zur gemeinsamen Inszenierung ein.

Ganz anders am Bildschirm: Ich musste jede Stunde zuvor planen und strukturieren, mir überlegen, welche Angebote ich mache, was für Impulse ich setze, worüber wir sprechen etc. – all das eben, was sich sonst aus der im Hier und Jetzt erlebten Dyade ergibt. Für meine verhaltenstherapeutisch orientierten Kollegen wird das vielleicht keine derart ungewohnte Herausforderung darstellen. Auf mich wirkte es auf die Dauer prozesseinschränkend, mir fehlten die multiplen sensorischen, atmosphärischen und spontan interaktiven Momente der therapeutischen Begegnung. Nicht dass ich mich als Spieltherapeutin von jeglichen konkreten Übungen oder vorgeplanten Rollenspielen zurückhalten würde. Auch ich nutze strukturierte und vorausgeplante Interventionen (wie z. B. EMDR, Alptrauarbeit oder Übungen zur sozialen Kompetenz), aber – im Vergleich zum freien Spiel – eher geringdosiert und immer vorangekündigt. Der überwiegende Anteil einer Spieltherapiestunde besteht tatsächlich aus sich spontan entfaltendem und interaktiv entwickeltem Spiel. Gerade das ist in der Zwei-Dimensionalität des Virtuellen weitgehend eingeschränkt. Es sei denn, wir beide spielen, jeder vor seinem Bildschirm, ein PC-Spiel miteinander und kommunizieren, sozusagen ums Eck, über dieses Medium.

Letztendlich waren sowohl meine kleinen Patienten als auch ich froh, wieder „live“ aufeinanderzutreffen. Das, was Spieltherapie im Wesentlichen ausmacht, braucht die reale Begegnung zweier Organismen.

Ein integrativer Ausblick?

Das Spektrum heilsamer Behandlungsansätze für Kinder würde an Vielfalt einbüßen, sollte das therapeutische Spiel in seiner kindzentrierten Form langfristig vom Aussterben bedroht werden. Wir verlören eine unschätzbare Therapiemethode, um zutiefst verunsicherte, misstrauische oder oppositionelle Kinder zu erreichen.

Aus meiner Sicht bieten sich sowohl die zugrunde liegende therapeutische Haltung als auch die impliziten und expliziten spieltherapeutischen Interventionen an, andere wichtige Therapieansätze gewinnbringend zu ergänzen und zu vertiefen.

Vielleicht bietet ja der neue Studiengang Psychotherapie, in welchem die Breite der psychotherapeutischen Ansätze in Ergänzung zu den vier Richtlinienverfahren vermittelt werden soll, die Chance auf Integration des personenzentrierten Spielens ins Behandlungsspektrum der angehenden Psychotherapeuten.

Literatur

- Bentzen, M. & Hart, S. (2016). Neuroaffektive Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Vier entwicklungsphasenbezogene Ansätze. Lichtenau: G.P. Probst Verlag.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Jurist, E. L. (2019). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (7. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hockel, C. M. (2011). Personenzentrierte Kinderpsychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schlippe-Weinberger, S. (2015). Kindern spielend helfen – Einführung in die personenzentrierte Spielpsychotherapie (6., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weinberg, D. (2017). Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. (2017a). Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wygotski, L. S. (1971). Denken und Sprechen (3. Aufl.). Frankfurt: S. Fischer Verlag.



Dipl.-Psych. Heidi Zorzi

Schwarze-Baeren-Str.1
93047 Regensburg
h.zorzi@gmx.de

Dipl.-Psych. Heidi Zorzi ist als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP) niedergelassen in eigener Praxis in Regensburg. Sie arbeitet zugleich als Dozentin und Supervisorin und beschäftigt sich auch als Buchautorin u. a. mit Psychotherapie bei komplex traumatisierten Jugendlichen.

Emotionales Essverhalten: Mechanismen, Entstehung, Behandlung

Michael Macht

Zusammenfassung: Die Gewohnheit, zu essen, um belastende Emotionen zu bewältigen, ist weit verbreitet. Die Fragen nach den Mechanismen, der Entstehung und der Behandlung bzw. Veränderung emotionalen Essverhaltens sind jedoch erst in Ansätzen geklärt. Nahrung kann über mehrere Mechanismen die Gefühlslage verbessern: durch sinnliche Erregungen und während der Nahrungsaufnahme ausgelöste Assoziationen oder durch die stimmungsaufhellende und hormonelle Wirkung von Nährstoffen. Jeder dieser Mechanismen kann im emotionalen Essverhalten eine Rolle spielen. Das Essmuster entwickelt sich in einem noch nicht genau geklärten Zusammenspiel von Lernprozessen mit biologischen und soziokulturellen Faktoren. Das Ziel der Behandlung seiner problematischen Formen besteht zum einen im Erlernen alternativer Strategien im Umgang mit belastenden Emotionen, zum anderen in einer verbesserten Selbststeuerung des Essverhaltens, d. h. der verbesserten Fertigkeit, das Essverhalten im Sinne selbstgewählter Standards zu lenken.

Einführung

Die Gewohnheit, zu essen, um belastende Emotionen zu bewältigen, ist weit verbreitet; etwa ein Viertel bis ein Drittel der deutschen Bevölkerung sind davon betroffen (Nagl et al., 2016).¹ Vergleichbare Häufigkeiten lassen sich in Ländern wie Frankreich, Niederlande und USA vermuten (Gibson, 2012).² Dieses Essmuster ist so tief in der Alltagserfahrung verwurzelt, dass es auch in der Sprache Spuren hinterlassen hat: Wir sprechen von „Trostnahrung“ und „Kummerspeck“. Die Häufigkeit emotionalen Essverhaltens ist angesichts des Überflusses an Nahrung und Stress in der Wohlstandsgesellschaft nicht erstaunlich, erst recht nicht während der Corona-Pandemie (Cecchetto et al., 2021). Aber es ist wohl keine Erfindung des Industriezeitalters. In Gestalt des Falstaff taucht der Prototyp des Gefühlseßers schon bei Shakespeare auf (Abbildung 1).

Emotionales Essverhalten kann unbedenklich sein, sich aber auch zu Essanfällen mit pathologischer Charakteristik steigern. Psychotherapeuten³ berichten seit Langem von Patienten, die bei Gefühlen wie Angst und Traurigkeit essen: Die psychosomatische Theorie war einer der ersten Versuche, Übergewicht zu erklären (Kaplan & Kaplan, 1957; Slochower, 1983). Heute werden für die Entstehung der Adipositas eine Reihe von Faktoren in Betracht gezogen, doch belegen auch neuere Studien Zusammenhänge zwischen Übergewicht und emotionalem Essverhalten (z. B. Gibson, 2012; van Strien, 2018). In der Psychotherapie wird es bei der Behandlung von Essstörungen, depressiven Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen oft zum Thema. Außerdem erschwert es die Durchführung von Ernährungsumstellungen und Gewichtsreduktionsmaßnahmen, etwa nach bariatrischen Operationen oder in der Diabetesbehandlung (Blair et al., 1990; Walfish, 2004; van Bloemendaal et al., 2015).



Abbildung 1: „Hol die Pest Kummer und Seufzen! Es bläst einen Menschen auf wie einen Schlauch!“ Mit der Figur des Falstaff taucht der Prototyp des Gefühlseßers schon bei Shakespeare auf (Heinrich IV., 1. Teil, II, 4; 1598).

Quelle: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Falstaff_Berlin_1780.jpg?uselang=de (Urheber: „Pippo“; Lizenz: CC BY-SA)

¹ Der Autor dankt Prof. Dr. Heiner Vogel, Universität Würzburg, für seine hilfreichen Anregungen.

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

³ 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.

Was ist emotionales Essverhalten?

Emotionales Essverhalten lässt sich als Prozess beschreiben, der sich aus drei Schritten zusammensetzt (Abbildung 2): Im ersten Schritt erhöht eine negative Emotion die Essbereitschaft, was als Appetit oder Verlangen erlebt wird, weniger als körperlich verankerte Hungerempfindung. Bei den Auslösern kann es sich um sehr verschiedene Emotionen handeln. In den gängigen Fragebögen werden Angst, Traurigkeit, Ärger, Nervosität, Einsamkeit, Stress, Langeweile, Müdigkeit, Anspannung und schlechte Stimmung genannt. Die bisherigen Studien lassen nicht erkennen, dass bestimmte negative Emotionen eher als andere mit emotionalem Essverhalten verknüpft sind. Im zweiten Schritt kommt es zum Essverhalten, zu dessen typischen Merkmalen die Aufnahme energiereicher Nahrung (Oliver et al., 2000) und oft auch ein Kontrollverlust gezählt werden. Im dritten Schritt nimmt die Intensität der belastenden Emotion ab, womit sich dieses Essmuster als Emotionsregulationsstrategie einordnen lässt. Entsprechend verweisen Studien auf Zusammenhänge emotionalen Essverhaltens mit der Häufigkeit, Stärke und Vermeidung negativer Emotionen (Crockett et al., 2015; Evers et al., 2009; Haedt-Matt et al., 2014; Moon & Berenbaum, 2009; Spoor et al., 2007; Stapelton & Mackay, 2014).

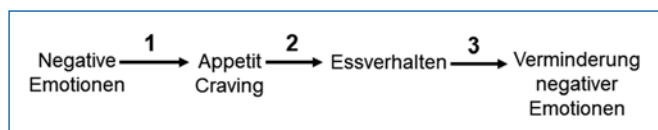


Abbildung 2: Emotionales Essverhalten als Prozess in drei Schritten

Das Konstrukt emotionalen Essverhaltens wurde in einer Reihe von Laborexperimenten validiert: Personen mit hohen Scores in den einschlägigen Fragebögen nehmen unter Einwirkung experimentell induzierter Emotionen mehr Nahrung auf als Personen mit niedrigen Scores. Die Fragen nach den Mechanismen, der Entstehung und Aufrechterhaltung sowie der Behandlung emotionalen Essverhaltens sind jedoch erst in Ansätzen geklärt: Warum finden wir gerade im Essen Trost? Wie entwickelt sich das Essmuster und wie kommt es zu seinen extremen Ausprägungen? Was lässt sich psychotherapeutisch dagegen tun?

Wodurch besänftigt Nahrung?

Es ist kaum möglich, Nahrung zu riechen oder zu schmecken, ohne wenigstens den Anflug eines Gefühls zu verspüren. Sie ist mit Gefühlen aufgeladen – und das hat seinen Grund: Gefühlsprozesse helfen, das Essverhalten zu steuern, ohne sie könnten wir im Grunde gar nicht essen. Ihre Bedeutung für die Steuerung der Nahrungsaufnahme betonte bereits der amerikanische Psychologe Paul T. Young in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, als Emotionen vielfach noch gar nicht als legitimer Forschungsgegenstand angesehen wurden (z. B. Young, 1957). Heute sind sie aus der Psychologie des Essens nicht mehr wegzudenken (allgemeinverständlicher Überblick:

Macht, 2021). Da die Gefühle des Essens zum großen Teil positiv erlebt werden, bieten sie sich zur Besänftigung bei emotionalem Stress an. Die Mechanismen dieser Besänftigung lassen sich entlang des Weges der Nahrung durch den Körper verfolgen und in zwei Gruppen unterteilen (Abbildung 3): Emotionale Reaktionen, die (1) durch die Sinneserregungen des Essens ausgelöst werden (oral-ingestive Mechanismen) und (2) durch Nährstoffe oder andere Inhaltsstoffe in der Nahrung, die nach der Verdauung im Blut zirkulieren (postresorptive Mechanismen).

Oral-ingestive Mechanismen

Nahrung erregt den Gesichts-, Geruchs- und Geschmackssinn und diese Sinneserregungen werden von emotionalen Prozessen begleitet. Sie lassen sich schon wenige Stunden nach der Geburt beobachten, noch vor jeder Fütterungserfahrung und bei mehreren Spezies, von der Ratte bis zum Schimpansen (Berridge, 1996; Berridge, 2000). Diese biologisch verankerten hedonischen Reaktionen können eine ausgeprägte besänftigende Wirkung entfalten. Nur wenige Tropfen Zuckerwasser genügen, um das Schreiverhalten von Babys bei einer schmerzhaften Impfprozedur wirksam zu reduzieren (Smith et al., 1990). In einem Experiment mit Erwachsenen vermochte schon ein Stückchen Schokolade, die durch einen Film ausgelöste negative Stimmung deutlich abzuschwächen (Macht & Müller, 2007). Wie grundlegend diese besänftigende Wirkung ist, wurde in Tierexperimenten demonstriert. Füttert man Ratten mit süßer Nahrung, werden ihre Stressreaktionen abgeschwächt – im autonomen Nervensystem, im Hormonsystem und im Mandelkern, einer für die Angstverarbeitung entscheidenden Struktur des Gehirns (Ulrich-Lai et al., 2010).

Stressdämpfung durch wohlschmeckende Nahrung ist ein biologisch verankertes Phänomen, das beim Menschen durch gedankliche Prozesse noch gesteigert wird – durch Assoziationen und Erinnerungen an die positive Gefühlslage während früherer Mahlzeiten (Troisi & Gabriel, 2011). Selbst während des Essens ausgelöste Veränderungen im Verdauungssystem besitzen das Potential zur Besänftigung. Durch eine unwissentliche Fettinfusion in den Magen ließ sich, ähnlich wie durch das Stück Schokolade in der oben beschriebenen Studie, experimentell induzierte Traurigkeit vermindern (van Oudenhove et al., 2011). Nahrung löst also schon am Anfang ihres Weges durch den Körper positive emotionale Reaktionen aus, aber zu diesen kommen, wenn sie verdaut ist, noch weitere.

Postresorptive Mechanismen

In erster Linie geht es dabei um die Wirkung von Nährstoffen, in seltenen Fällen um psychoaktive Wirkungen. In diesen Zusammenhang ist die sog. Serotonin-Hypothese einzuordnen. Nach kohlenhydratreichen, proteinarmen Mahlzeiten gelangt die Aminosäure Tryptophan vermehrt über die Blut-Hirn-Schranke ins Gehirn (Wurtman & Wurtman, 1989). Da Tryptophan die chemische Vorstufe von Serotonin ist, wird auch mehr Serotonin synthetisiert. Man vermutete, kohlen-

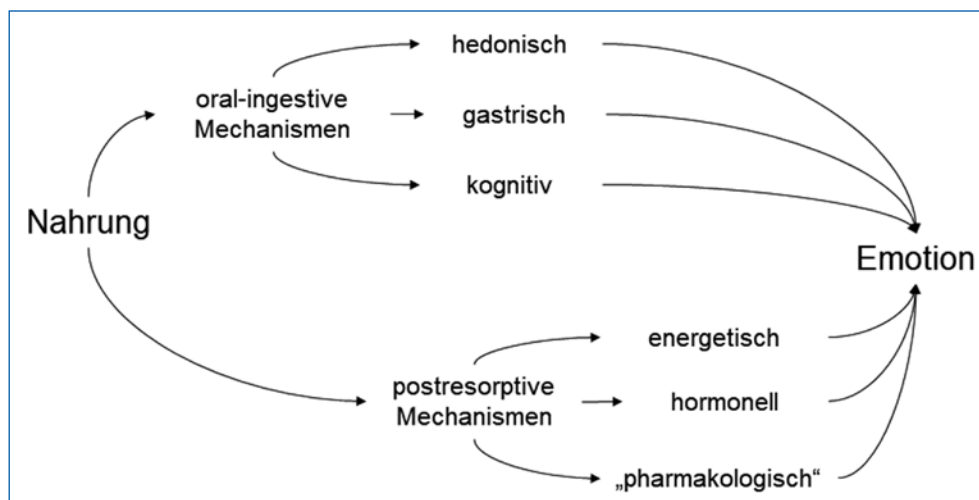


Abbildung 3: Mechanismen emotionaler Nahrungswirkungen

hydratreiche Nahrung würde die Stimmung verbessern, weil sie den Serotoninspiegel im Gehirn erhöht. Spätere Studien zeigten jedoch, dass bereits ein Proteinanteil von nur 5 % in einer Mahlzeit die selektive Erhöhung von Tryptophan im Blut verhindert (zusammenfassend Benton, 2002). Da die meisten kohlenhydratreichen Mahlzeiten im Alltag sogar einen höheren Proteinanteil haben, ist es unwahrscheinlich, dass der Zusammenhang zwischen Kohlenhydraten und Serotonin im emotionalen Essverhalten von größerer Bedeutung ist. Dennoch erfreut sich die Serotonin-Hypothese einer großen Popularität, wie auch die Annahme, dass Schokolade aufgrund der in ihr enthaltenen psychoaktiven Substanzen zum Inbegriff einer Trostnahrung wurde.

Kakao enthält tatsächlich Stoffe, die das Potenzial besitzen, die Stimmung zu verändern, vor allem die Psychostimulanten Koffein und Theobromin. In einem placebokontrollierten Doppelblindexperiment ließ sich zeigen, dass diese Stoffe die Stimmung verbessern, wofür die einer halben Tafel Bitterschokolade entsprechende Menge genügt (Smit et al., 2004). Allerdings war der Effekt nicht sehr ausgeprägt. Die Konzentration der Stimulantien im Kakao ist vergleichsweise niedrig. Zudem wurde die Stimmungsverbesserung erst etwa eine Stunde nach der Nahrungsaufnahme festgestellt. Wer sich bei Stress mit Nahrung beruhigen will, müsste also einige Zeit warten. Der unmittelbare Besänftigungseffekt des Essens wird weder durch eine Erhöhung der Serotonin-Verfügbarkeit noch durch Effekte psychoaktiver Substanzen erreicht.

Es ist alleine schon die Versorgung mit energiereichen Nährstoffen (Kohlenhydraten, Proteinen und Fett), die stimmungsaufhellend wirkt. Dieser Effekt ist ähnlich grundlegend wie die sensorisch ausgelöste hedonische Reaktion und lässt sich zum Beispiel nach intravenöser Glucosezufuhr (Gold et al.,

1995) oder nach Ausgleich eines leichten Proteinmangels beobachten (Gibson et al., 1999). Energiereiche Nahrung beeinflusst außerdem die hormonelle Stressreaktion. Setzt man Ratten intensivem Stress aus und bietet ihnen mit Zucker und Fett angereicherte Nahrung an, fressen sie große Mengen davon – und schütten gleichzeitig weniger Cortisol aus. Diese hormonelle Stressdämpfung ist vermutlich auch für das emotionale Essverhalten beim Menschen von Bedeutung (Dallman et al., 2003; Tyron et al., 2013).

Nahrung kann, einem Turbomechanismus vergleichbar, über mehrere Mechanismen die Gefühlslage verbessern: durch sinnliche Erregungen und dabei ausgelöste Assoziationen,

— **Allein schon die Versorgung mit energiereichen Nährstoffen kann ähnlich stimmungsaufhellend wirken wie die sensorisch ausgelöste hedonische Reaktion bei der Nahrungsaufnahme.** —

durch Stimulierung von Nährstoffsensoren im Magen, durch die stimmungsaufhellende und hormonelle Wirkung von Nährstoffen. Welcher dieser Mechanismen im Gefühlsessen welches Gewicht hat und wie sie ineinandergreifen, lässt sich aufgrund der bisherigen Befunde nur begrenzt erkennen. Sicher spielen die hedonischen Effekte des Essens – Wohlgeschmack und Assoziationen – wie auch die besänftigende, stressdämpfende Wirkung der Nährstoffzufuhr eine zentrale Rolle. Unter der Annahme, dass sich diese Effekte kaskadenartig steigern, erscheint Nahrung als sehr potentes Mittel zur Verbesserung der Gefühlslage, das überdies leicht verfügbar ist. Insofern mag es verwundern, dass wir nicht alle das Essmuster entwickeln.

Wie entsteht emotionales Essverhalten?

Der grundlegende Lernprozess lässt sich mit dem Erlernen von Nahrungspräferenzen vergleichen. Wie wir lernen, bestimmte Nahrungen zu bevorzugen, weil sie einen Nährstoffmangel beseitigen, lernen wir auch, bei emotionaler Belastung zu essen, weil dadurch diese Belastung vermindert wird (Booth, 1994). Die wiederholte emotionale Beruhigung durch Nahrung ist das entscheidende Moment dieses operanten Lernprozesses. Allerdings ist bisher unklar, wie oft und unter

welchen Umständen diese Erfahrung auftreten muss, um das Essmuster als feste Gewohnheit zu etablieren.

Die Psychotherapeutin Hilde Bruch, bekannt durch ihre bahnbrechenden Arbeiten zum Verständnis der Essstörungen, vermutete, dass sich dieses Lernen in der frühen Kindheit vollzieht: in den ersten zwei Lebensjahren, wenn die Ernährung an Brust oder Flasche zur festen Nahrung übergeht. In dieser Periode prägen die Fütterungspraktiken der Erwachsenen das Essverhalten des Kindes (Birch & Doub, 2014). Besänftigt die Mutter das Kind konsistent mit Nahrung, ob es nun hungrig ist oder nicht, wird, wie Bruch es ausdrückte, Nahrung zum „Heilmittel für jedes Unbehagen“. Und je häufiger die

— Zum operanten Besänftigungslernen und Modelllernen kommt beim emotionalen Essverhalten vermutlich noch ein dritter Lernprozess: die klassische Konditionierung. —

Mutter das Kind füttert, wenn es emotional erregt ist, desto eher wird es auch später zur Beruhigung essen (Bruch, 1961, 1969, 1991). Da diese Theorie in erster Linie auf klinischen Beobachtungen beruht und Längsschnittstudien fehlen, wissen wir bis heute nicht, inwieweit sie zutrifft. Einige aktuelle Befunde lassen sie allerdings plausibel erscheinen.

In einer Beobachtungsstudie benutzten bei sechs und zwölf Monate alten Kindern etwa ein Drittel der Mütter Nahrung zur emotionalen Beruhigung, bei 18 Monate alten Kindern knapp die Hälfte. Die Mütter berichteten, die Strategie vor allem dann einzusetzen, wenn sie sich überfordert fühlten und bei den Kindern eine hohe emotionale Reaktivität erlebten. Übereinstimmend mit Bruchs Theorie zeigte sich auch, dass Kinder, deren Mütter die emotionsbezogene Fütterungsstrategie anwendeten, einem erhöhten Risiko zur Entwicklung von Übergewicht ausgesetzt sind (Stifter et al., 2011, 2015, 2018).

Der Einfluss erwachsener Bezugspersonen entfaltet sich womöglich auch später, wenn die Kinder selbstständiger essen. In einem Experiment setzte man drei- bis fünfjährigen Kindern ein Puzzle vor – sie konnten sich einen Anstecker verdienen, wenn sie es lösten. Einige Kinder erhielten jedoch ein unvollständiges Puzzle und waren entsprechend frustriert, als man ihnen mitteilte, sie würden keine Belohnung erhalten. Gleichzeitig bot man ihnen Kartoffelchips, Kekse und Schokolade an. Die frustrierten Kinder aßen mehr, und zwar vor allem dann, wenn ihre Mütter selbst Gefühlsesserinnen waren (Blisset et al., 2010). Vermutlich hatten sie nicht nur durch die Fütterungsstrategie, sondern auch durch das Modell ihrer Mütter gelernt, sich bei emotionalem Stress mit Nahrung zu beruhigen.

Zum operanten Besänftigungslernen und Modelllernen kommt vermutlich noch ein dritter Lernprozess: die klassische

Konditionierung. Studien zum konditionierten Hunger zeigen, dass ein beliebiger Umgebungsreiz durch Kopplung mit der Nahrungsaufnahme Essverhalten auslösen kann (Birch et al., 1989; Weingarten, 1983). Nach diesem Prinzip können wohl auch Emotionen, wenn sie konsistent mit der Nahrungsaufnahme verknüpft sind, zu Essauslösern werden (Bongers & Jansen, 2017).

Emotionales Essverhalten entsteht durch Lernen – und könnte gleichzeitig mit einem Lerndefizit verknüpft sein. Ausgangspunkt dieser Hypothese (Bruch, 1961, 1969) ist die Annahme, dass nicht nur das Essverhalten selbst, sondern auch die Hungerwahrnehmung erlernt wird (Hebb, 1949).

Der Säugling erlebt das körperliche Bedürfnis nach Nährstoffen zunächst als diffusen, unangenehmen Zustand, den er nicht einordnen kann. Erst durch die Erfahrung des Essens erkennt er ihn allmählich als „Hunger“. Wird das Kind jedoch auch dann gefüttert,

wenn sein Körper gar nicht nach Nährstoffen verlangt, kann sich dieses Unterscheidungsvermögen nicht entwickeln. Tatsächlich verweisen Befunde auf einen Zusammenhang zwischen emotionalem Essverhalten und mangelhafter Interozeption (van Strien, 2018).

Risikofaktoren

Studien zur Entstehung emotionalen Essverhaltens sind derzeit noch so rar, dass sich über die genaueren Umstände der beteiligten Lernprozesse nur spekulieren lässt. Es bleibt ein Rätsel, wann und wie oft die besänftigende Erfahrung des Essens auftreten muss, um das entsprechende Essmuster entstehen zu lassen und unter welchen Bedingungen es sich zu einer Essstörung entwickelt. Wahrscheinlich werden die betreffenden Lernprozesse durch bestimmte biologische und soziokulturelle Faktoren gefördert (Tabelle 1).

Im soziokulturellen Bereich fallen das Übermaß an Nahrung und Stress in der modernen Gesellschaft auf sowie intensive emotionale Stressoren in Kindheit und Jugend. Mehrfacher sexueller Missbrauch steigert das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, um das Fünffache. Bei einmaligem Missbrauch ist das Risiko 2,5-fach erhöht (Madowitz et al., 2015). Ähnliches gilt für die Entwicklung einer Adipositas (Palmisano et al., 2016; Noll et al., 2007). Die pathologischen Formen des Gefühlsessens könnten sich unter solchen Bedingungen gerade dann entwickeln, wenn Defizite der Emotionsregulation hinzukommen (Allison et al., 2007).

Biologisch verankerte Risikofaktoren werden im Belohnungssystem des Gehirns und im Hormonsystem vermutet. Einige Studien zeigen, dass Gefühlsesser in den Systemen des Gehirns, die bei Belohnung aktiv werden, besonders ausgeprägt auf Nahrungsreize reagieren, etwa im Nucleus caudatus, Thalamus, Putamen und orbitofrontalen Cortex (Bohon et al.,

Umweltvariablen	Biologische Variablen	Psychologische Variablen
Nahrungsüberfluss Anhäufung von Stressoren Intensive emotionale Belastungen	Sensitivität des Belohnungssystems Progesteron/Östradiol	Fütterungserfahrung bei emotionaler Erregung Modelllernen Konditionierung von Emotionen als Essauslöser Interozeptives Wahrnehmungsdefizit Defizite in der Emotionsregulation

Tabelle 1: Mögliche Risikofaktoren emotionalen Essverhaltens

2009, 2014). Unter Ruhebedingungen fand man allerdings auch Anzeichen einer reduzierten Aktivität von Dopamin-D2-Rezeptoren (Volkow et al., 2003). Weiterhin wurde beobachtet, dass die Tendenz zu emotionalem Essverhalten in der zweiten Hälfte des Menstruationszyklus steigt, in der die Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron ihre höchsten Werte erreichen (Klump et al., 2013, 2015). Man muss sich die Entstehung des Essmusters als bio-psychologische Wechselwirkung vorstellen. In einer der wenigen Längsschnittstudien entwickelten Jugendliche mit einer genetisch bedingten, reduzierten Dopamin-D2-Rezeptordichte im Gehirn eher als andere die Gewohnheit des Gefühlssessens – allerdings nur dann, wenn sie einem emotional belastenden elterlichen Erziehungsstil ausgesetzt waren (van Strien et al., 2010).

Wie wird emotionales Essverhalten behandelt?

Problematische Formen emotionalen Essverhaltens sind durch ausgeprägtes Übergewicht und psychisches Leid gekennzeichnet. Da sie als maladaptive Emotionsregulationsstrategien anzusehen sind, muss eine Verbesserung der Emotionsregulation eine wesentliche Komponente ihrer Behandlung sein. Das eine Ziel ist es, Strategien im Umgang mit belastenden Emotionen zu erlernen, das andere, die Selbststeuerung des Essverhaltens zu verbessern, d. h. die Fertigkeit, es im Sinne selbstgewählter Standards zu lenken.

Zur Verbesserung der Emotionsregulation hat sich, integriert in ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept, ein Training von Achtsamkeitsfertigkeiten bewährt. Dabei wird eine nicht-wertende Beobachtung des gegenwärtigen Erlebens geübt (z. B. Berking, 2008; Linehan, 1993). Achtsamkeitsfertigkeiten fördern die Aufmerksamkeit und Konzentration, das frühzeitige Erkennen dysfunktionaler Reaktionsmuster und lassen sich als eine Form der Exposition nutzen, mit der sich die Toleranz für belastende Emotionen steigern lässt. Ein Achtsamkeitstraining verbessert auch die Selbststeuerung des Essverhaltens, weil es die Wahrnehmung von Hunger,

Sättigung und anderen Merkmalen des nahrungsbezogenen Befindens und die Kontrolle von Ess-Impulsen steigern kann (Alberts et al., 2012; Baer et al., 2006; Dalen et al., 2010; Kristeller et al., 1999, 2011; Safer et al., 2010; Smith et al., 2006; Telch et al., 2000). Die Befunde zur Wirksamkeit dieses Ansatzes in der Behandlung von Essstörungen sind, wie mehrere Überblicksarbeiten zeigen, vielversprechend (Godfrey et al., 2015; Katterman et al., 2014; Warren et al., 2017). Ähnliches gilt für Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (Carrière et al., 2018; Godsey et al., 2013; Olson et al., 2015; O'Reilly et al., 2014). Allerdings sind die Interventionen bisher nur in Ausnahmefällen darauf angelegt, emotionales Essverhalten als Hauptzielgröße zu verändern (Warren et al., 2017). Wir haben daher ein Gruppentrainingsprogramm eigens zur Überwindung emotionalen Essverhaltens entwickelt (Macht & Herber, 2012).

Im ersten Teil dieses Trainings liegt der Fokus auf achtsamer Selbstbeobachtung, und zwar im Hinblick auf äußere und innere Essauslöser, Gefühle und Episoden emotionalen Essverhaltens. Im zweiten Teil verlagert sich der Fokus auf die Veränderung des Essverhaltens und den Umgang mit Emotionen: durch das Einüben alternativer Strategien der Emotionsbewältigung, Kontrolle des emotional ausgelösten Verlangens und Förderung der Genussfähigkeit (Tabelle 2). Genussorientiertes Essverhalten wird dabei als eine funktionale Alternative emotionalen Essverhaltens eingeführt, als die Fertigkeit, die angenehmen Empfindungen und Gefühle des Essens zu fördern, ohne die Kontrolle darüber zu verlieren. In den bisherigen Anwendungen wurde das Training an Gruppen mit sechs bis zwölf Erwachsenen durchgeführt. Es umfasst sieben Sitzungen von jeweils 90 Minuten Dauer. Die Inhalte lassen sich jedoch auch auf eine geringere Anzahl von Sitzungen verteilen, wenn es das Setting erfordert, oder flexibel in individuellen Therapien anwenden.

Sitzung	Inhalte	Übungen (Beispiele)
1	Achtsamkeit und achtsames Essen	Sitzmeditation und Essübung; Ess-Gefühls-Tagebuch
2	Essauslöser und Hunger- und Sättigungsgefühle beobachten	Essauslöser sammeln; körperliche Hungersignale erkennen
3	Gefühle wahrnehmen und beschreiben	Gefühle auslösen und beobachten; Gefühlsprotokoll
4	emotionales Essen analysieren	emotionale Essepisode entschlüsseln
5	Verlangen nach Nahrung beobachten und kontrollieren	das Verlangen kontrollieren
6	Emotionsregulationsstrategien finden und anwenden	Sammeln und Erproben alternativer Bewältigungsformen
7	Essen genießen lernen	Übung zum Essgenuss

Tabelle 2: Ein Gruppentrainingsprogramm zur Überwindung emotionalen Essverhaltens (Macht & Herber, 2010)

Das Training ist, wie sich in randomisierten, kontrollierten Studien zeigte, wirksam und praktisch gut umsetzbar (Macht & Herber, 2021; Macht et al., 2019). Es lässt sich in der Prävention oder als Baustein in der ambulanten und stationären Behandlung verwenden. Für die Anwendung in der Prävention wäre auch eine Adaptation des Trainings an Kinder und Jugendliche wünschenswert. Belastbare Wirksamkeitsnachweise sind hierfür jedoch noch nicht vorhanden.

Schlussbemerkung

In Deutschland sind mehr als die Hälfte der Frauen und Männer übergewichtig, etwa ein Viertel sind adipös. Diese epidemische Ausbreitung des Übergewichts wird auf eine Reihe körperlicher, psychischer und soziokultureller Faktoren zurückgeführt, nicht zuletzt auf ausgeprägte Formen emotionalen Essverhaltens, die sich durch psychotherapeutische Methoden behandeln lassen und in das Management der Adipositas routinemäßig miteinbezogen werden sollten. Zur Prävention der problematischen Formen emotionalen Essverhaltens ist es notwendig, seine Entstehung, insbesondere die Art der beteiligten Lernprozesse und die Einflüsse biologischer Faktoren weiter zu erforschen.

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.

Berridge, K. C. (2000). Measuring hedonic impact in animals and infants: microstructure of affective taste reactivity patterns. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 173–198.

Dallman, M. F., Pecoraro, N., Akana, S. F., la Fleur, S. E., Gomez, F., Houshyar, H. & Manalo, S. (2003). Chronic stress and obesity: a new view of „comfort food“. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100, 11696–11701.

Gibson, E. L. (2012). The psychobiology of comfort eating: implications for neuropharmacological interventions. *Behavioural Pharmacology*, 23, 442–460.

Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M. & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emo-

tional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating Behaviors*, 15 (2), 197–204.

Macht, M. (2021). *Hunger, Frust und Schokolade*. München: Droemer.

Macht, M. & Müller, J. (2007). Immediate effects of chocolate on experimentally induced mood states. *Appetite*, 49, 667–674.

Stifter, C. A. & Moding, K. J. (2015). Understanding and measuring parent use of food to soothe infant and toddler distress: a longitudinal study from 6 to 18 months of age. *Appetite*, 95, 188–196.

Troisi, J. D. & Gabriel, S. (2011). Chicken soup really is good for the soul: „comfort food“ fulfills the need to belong. *Psychological Science*, 22 (6), 747–753.

Ulrich-Lai, Y. M., Christiansen, A. M., Ostrander, M. M., Jones, A. A., Jones, K. R., Choi, D. C. & Davis, J. F. (2010). Pleasurable behaviors reduce stress via brain reward pathways. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107 (47), 20529–20534.

van Strien, T. (2018). Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity. *Current Diabetes Reports*, 18.

Young, P. T. (1957). Psychologic Factors Regulating the Feeding Process. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5, 154–161.



Prof. Dr. Michael Macht

Zeller Str. 45 b
97082 Würzburg
kontakt@praxismacht.de

Prof. Dr. Michael Macht ist Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis und außerplanmäßiger Professor für Psychologie an der Universität Würzburg. Er studierte an den Universitäten Würzburg und Bochum Psychologie und hat Arbeiten zum Thema Essen und Emotion sowie zur Psychologie der Parkinson-Erkrankung veröffentlicht.

Bericht aus der Praxis: Die Behandlung der Körperdysmorphen Störung in der COVID-19-Pandemie

Marie Drüge, Tanja Roth & Birgit Watzke

Zusammenfassung: Die Körperdysmorphie Störung (KDS) manifestiert sich in Leidensdruck und Funktionseinschränkungen aufgrund starker aussehensbezogener Sorgen, die mit ritualisierten behavioralen oder mentalen Handlungen einhergehen. Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) – einschließlich der Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung – stellt das empirisch validierte First-Line-Treatment zur Behandlung der KDS dar. Der folgende Beitrag greift Erfahrungen der KDS-Behandlung aus der Praxis einer Spezialambulanz auf und fokussiert hierbei insbesondere auf Veränderungen der Symptomatik und Phänomenologie dieses Störungsbildes im Kontext der COVID-19-Pandemie. Des Weiteren werden hiermit einhergehende Herausforderungen und Implikationen für die klinische Praxis der KDS-Behandlung dargestellt.

Die Körperdysmorphie Störung

Die Körperdysmorphie Störung (KDS)¹ ist eine schwerwiegende und oftmals chronisch verlaufende psychische Störung, die sich in einer übermäßigen Beschäftigung mit einem oder mehreren wahrgenommenen Makeln des äußeren Erscheinungsbildes (z. B. Gesichtsform, Körperbau) manifestiert, welche für Dritte nicht oder nur geringfügig erkennbar sind (American Psychiatric Association (APA), 2013).² Sie ist verbunden mit ritualisierten behavioralen oder mentalen Handlungen (z. B. Spiegelprüfen, Vergleich des Aussehens mit anderen) sowie Vermeidungsverhalten (Phillips, 1991).³ Während die KDS in der ICD-10 noch unter F45 (Somatoformen Störungen bzw. spezifischer der hypochondrischen Störung) klassifiziert war, ist sie im ICD-11 der Gruppe der Zwangs- und Zwangsspektrumsstörungen als eigenständige Diagnose zugeordnet (World Health Organisation, 2019, 2020). Die KDS ist mit einer Punktprävalenz von 1,9 % keine seltene psychische Störung (Buhlmann et al., 2010); insbesondere in medizinischen und kosmetischen Settings (z. B. in der plastischen Chirurgie) finden sich noch deutlich höhere Prävalenzen (Veale et al., 2016). Häufig (in ca. 2/3 der Fälle) beginnt die Störung bereits vor dem 18. Lebensjahr (Bjornsson et al., 2013).

Krankheitsfolgen

Aufgrund von ausgeprägtem Vermeidungsverhalten erleben Betroffene oftmals psychosoziale Einschränkungen – beispielsweise im Rahmen des Meidens (intimer) Sozialkontakte bis hin zu völliger Isolation (Kelly et al., 2017) – einhergehend

mit einer vergleichsweise geringen Lebensqualität und reduzierten funktionalen Gesundheit (Phillips et al., 2005; Schneider et al., 2019). Schulische und berufliche Laufbahnen sind dementsprechend häufig beeinträchtigt, was bis hin zur Erwerbsunfähigkeit reichen kann (Kelly et al., 2017). Bei über 90 % der Betroffenen zeigen sich im Verlauf weitere (Sekundär-)Problematiken und Komorbiditäten, die als Folge der KDS auftreten (Gunstad & Phillips, 2003, 2006), hierbei vorrangig Depressionen, soziale Angststörungen, Zwangsstörungen sowie Substanzgebrauchsstörungen. Die Suizidalität ist hoch: Mehr als die Hälfte berichten von suizidalen Gedanken (Phillips & Menard, 2006) und 7 % von mindestens einem Suizidversuch in der Vergangenheit (Schulte et al., 2020).

KDS-Behandlung

Als evidenzbasierte First-Line-Behandlung der KDS wird die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) empfohlen. Für dieses Verfahren liegen aktuell mehrere Behandlungsmanuale vor (Veale & Neziroglu, 2010; Wilhelm et al., 2013; Phillips, 2005; im deutschen Sprachraum: Brunhoeber, 2019; Hartmann et al., 2019), die im Wesentlichen darin übereinstimmen, an

1 Die Körperdysmorphie Störung wird als solche im Rahmen der Serie zu neuen Störungsbildern der ICD-11 in einer der kommenden Ausgaben noch eingehend vorgestellt werden. In diesem Beitrag sollen die besonderen Herausforderungen bei der Behandlung von KDS-Patienten im Angesicht der aktuellen Pandemiesituation im Vordergrund stehen.

2 Herzlichen Dank an Ulrike Buhlmann, Fanny Alexandra Dietel, Savion Hesse, Karin Sarah Ley sowie dem redaktionellen Team des Psychotherapeutenjournals für die kritische Durchsicht und den hilfreichen Input.

3 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.

welchen aufrechterhaltenden Faktoren psychotherapeutisch anzusetzen ist. Hierbei basieren sie auf gängigen kognitiv-behavioralen Störungsmodellen (Veale & Neziroglu, 2010; Wilhelm et al., 2013; Phillips, 2005; Brunhoeber, 2019; Hartmann et al., 2019), die verzerrten Informationsverarbeitungsprozessen eine zentrale Rolle u. a. bei der Aufrechterhaltung der Störung zusprechen. Diese Modelle postulieren, dass gewöhnliche Sorgen um das Aussehen im Rahmen von Aufmerksamkeits- und Interpretationsverzerrungen (u. a. „Overfocusing“ oder „Spotlight“ auf als hässlich wahrgenommene

Das störungstypische Vermeidungsverhalten reduziert die mit Sorgen um das Aussehen verbundenen unangenehmen Emotionen zwar kurzfristig, bedingt jedoch langfristig eine Aufrechterhaltung der verzerrten Informationsverarbeitungsprozesse durch das Ausbleiben korrigierender Erfahrungen.

Körperteile, erhöhte Selbstaufmerksamkeit, selbstabwertende Interpretationen) zu starken unangenehmen Emotionen führen. Das für die KDS typische Vermeidungs-, Sicherheits- und ritualisierte Verhalten reduziert diese Emotionen zwar kurzfristig, bedingt jedoch langfristig eine Aufrechterhaltung der verzerrten Informationsverarbeitungsprozesse durch das Ausbleiben korrigierender Erfahrungen (Wilhelm et al., 2013).

Bei der Veränderung dieser störungsaufrechterhaltenden Faktoren ist eine initiale Psychoedukation unabdingbar, insbesondere vor dem Hintergrund der oftmals geringen Störungseinsicht. Diese dient ebenfalls der Vorbereitung potenziell aversiv empfundener Behandlungsinhalte (z. B. Expositionen). Weiterhin zentral sind Elemente der kognitiven Umstrukturierung sowie Verhaltensexperimente. Dabei werden dysfunktionale oder verzerrte Kognitionen gezielt erfasst und über Disputationstechniken oder das Sammeln kognitionsbezogener Evidenzen in relevanten Situationen getestet und hinterfragt.

Zentral für die Behandlung sind darüber hinaus Expositionen mit und ohne Reaktionsverhinderung, die auf eine Veränderung des ritualisierten und Vermeidungsverhaltens abzielen. Häufig wird zudem ein Aufmerksamkeitstraining durchgeführt, um selektive Aufmerksamkeitsprozesse – das „Spotlight“ auf den Makel – sowie exzessive Selbstaufmerksamkeit zu reduzieren. Die Behandlung wird ergänzt durch körperbildorientierte Interventionen, etwa die Spiegelkonfrontation, um eine wertfreie Beschreibung des Körpers und holistische Körperrepräsentation zu fördern. Stimuluskontrolle (z. B. das Abdecken von Spiegeln) kann angewandt werden, um Sicherheitsverhalten zu durchbrechen und alternative Verhaltensweisen einzuüben. Idealerweise sind die hier skizzierten Behandlungsmodule in eine individualisierte Fallkonzeption unter Berücksichtigung des biographischen Hintergrundes und der Lerngeschichte des Patienten eingebettet.

In der medikamentösen Behandlung wird die Therapie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs, z. B. Fluoxetin) empfohlen (Castle et al., 2021). Aktuell weist einzig das National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2005) offizielle Leitlinien zur Behandlung der KDS aus. Dabei wird je nach Schweregrad der Symptomatik sowohl für Kinder, junge Erwachsene und Erwachsene eine psychotherapeutische Behandlung, vorzugsweise eine KVT, und die psychopharmakologische Behandlung mit SSRIs (z. B. Fluoxetin) ggf. als Kombinationsbehandlung empfohlen (NICE, 2005). Wirksamkeitsnachweise liegen in Form erster metaanalytische Überblicke vor (Harrison et al., 2016, Castle et al., 2021). Trotz des Vorhandenseins evidenzbasierter Behandlungsansätze handelt es sich insgesamt um eine unter- bzw. fehlversorgte Gruppe Betroffener, die eher aufgrund von Sekundärproblematiken (z. B. Depressionen) in der

Behandlung ankommt (Gunstad & Phillips, 2003). Lediglich 1/5 der Betroffenen erhält eine KVT-Behandlung (Marques et al., 2011). Mögliche Gründe finden sich sowohl aufseiten der Behandelnden (fehlendes Wissen zum Störungsbild), als auch auf Seiten der Betroffenen (z. B. Scham) sowie des Gesundheitssystems (z. B. fehlende Kapazitäten): Gemäß einer Studie von Schulte et al. (2020), in der über 400 Betroffene untersucht wurden, wurde lediglich bei 15 % die KDS fachgerecht diagnostiziert; 40 % berichteten von Scham, mit Gesundheitspersonal über ihre aussehensbezogenen Sorgen zu sprechen. Ein möglichst frühes Erkennen der KDS ist dabei die Voraussetzung für Beratung und Motivierung der Betroffenen sowie idealerweise für die zeitnahe Initiierung einer adäquaten Behandlung. Hierfür ist insbesondere differenziertes Wissen des Gesundheitspersonals um Besonderheiten des Störungsbildes (z. B. ambivalente Krankheitseinsicht, Wunsch nach plastisch chirurgischen Maßnahmen) essenziell, um mögliche Behandlungsbarrieren abzubauen (Watzke et al., 2020).

COVID-19-Pandemie und KDS

Aufgrund der COVID-19-Pandemie mit mehr als 188 Millionen Infektionen weltweit (Stand: Juli 2021) hat sich der Alltag vieler Menschen verändert und wurde maßgeblich durch Gegenmaßnahmen (z. B. Social Distancing, Quarantäne, Lockdown-Maßnahmen) mitbestimmt, welche u. a. mit zum Teil massiven Auswirkungen auch auf das psychische Befinden verbunden waren und sind.

Die Auswirkungen sind in nahezu allen Teilen unseres gesellschaftlichen und persönlichen Lebens spürbar und haben dabei auch zu teilweise massiven Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens geführt. Für psychische Störungen im Allgemeinen existieren bereits einige empirische Studien zu

den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Allerdings gibt es nur wenige Untersuchungen, die empirisch untermauern, wie sich die COVID-19-Pandemie auf die KDS-Symptomatik im Besonderen auswirkt. Eine erste retrospektive Untersuchung von *Quittkat et al. (2020)* stellt die wahrgenommene Symptomveränderung bei 16 KDS-Betroffenen von November 2019 bis Mai 2020 dar: Mit Eintreten der ersten Welle der COVID-19-Pandemie kam es bei den Betroffenen zu einer Zunahme der Symptomschwere. Aber auch im subklinischen Bereich sind Änderungen bei aussehensbezogenen Sorgen zu verzeichnen: Eine Studie an einer nicht-klinischen Stichprobe von *Pikoos et al. (2020)* weist darauf hin, dass sich auf das äußere Erscheinungsbild richtende Verhaltensweisen gerade bei jungen und alleinlebenden Personen verstärkten, welche eine Vulnerabilität hinsichtlich aussehensbezogener Sorgen aufwiesen. *Rice et al. (2021)* führten eine Umfrage bei über hundert dermatologischen Fachpersonen durch: Diese berichteten einen Anstieg an Anfragen nach kleineren Schönheitsoperationen, die besonders das Gesicht betreffen (z. B. Augenringe unterspritzen, Lidfalten straffen), wobei die Makel häufig in Zusammenhang mit Videokonferenzen aufgefallen seien. In diesem Zusammenhang wird der Ausdruck „Zoom-Dysmorphophobie“ genannt. In einer Untersuchung von *Pikoos et al. (2021)* zeigt sich, dass von 335 Erwachsenen rund ein Drittel während Videokonferenzen neue aussehensbezogene Sorgen entwickelte und Videomanipulation (z. B. durch Weichzeichnen des Gesichts) bzw. künftige invasive und nicht invasive Schönheitsbehandlungen damit korrelierten.

Ergänzend zu dieser – aktuell noch nicht sehr breiten – empirischen Befundlage lassen sich auch aus theoretischer Sicht, d. h. aus dem kognitiv-behavioralen Störungsmodell der KDS, spezifischere Erwartungen zu möglichen Auswirkungen der Pandemielage formulieren. So ist anzunehmen, dass Maßnahmen zum Social Distancing, häuslicher Isolation oder Vorgaben zum Homeoffice bestehendes Vermeidungsverhalten weiter verstärken und mehr Raum für die Ausübung von Ritualen geben. Die pandemiebedingt zunehmende Verfügbarkeit von Online-Dienstleistungen (z. B. Online-Shopping) könnten diesen Effekt, beispielsweise bei exzessiver Nutzung zur Vermeidung angsterzeugender Sozialkontakte, weiter vergrößern. Ähnlich könnten das weithin geforderte Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen oder andere individuelle Hygienemaßnahmen, wie das Überziehen von Handschuhen, die Funktion eines Sicherheitsverhaltens übernehmen, das dem Kaschieren wahrgenommener Makel in diesen Körperbereichen dient.

Überdies führt der Wegfall sozialer Kontakte und positiver Aktivitäten – i. S. des Modells zu Verstärkerverlusten (Lewinsohn, 1974) – potenziell zu vermehrter Depressivität, was ebenfalls eine Symptomexazerbation der KDS, etwa über die Verstärkung unangenehmer Emotionen, begünstigen kann. In der Summe ergeben sich zudem deutlich weniger Gelegenheiten im Alltag, eigene Symptome (bspw. durch das Aufsuchen angstinduzierender Situationen) zu konfrontieren und zu bewältigen.

Einige dieser theoriegeleiteten Vorhersagen sollen im Folgenden anhand tatsächlicher Fallbeispiele aus der COVID-19-Pandemielage illustriert werden.

Bericht aus der Praxis

Der folgende Bericht bezieht sich auf Erfahrungen einer Spezialambulanz für Körperdysmorphie Störungen, welche dem Psychotherapeutischen Zentrum an der Universität Zürich angegliedert ist. Die Ambulanz stellt im deutschsprachigen Raum der Schweiz eine zentrale Anlaufstelle für Betroffene dar. Behandlungen werden ambulant und in der Regel wöchentlich durchgeführt. Während der ersten und zweiten Welle der COVID-19-Pandemie waren Face-to-Face-Kontakte nur sehr eingeschränkt möglich, stattdessen fanden die Behandlungen als Fernbehandlungen via gesichertem Videoanruf, als reines Telefonangebot oder mit physischer Anwesenheit unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen (z. B. mit Plexiglasscheibe und erweitertem Sitzabstand, z. T. mit Masken) statt. Im Folgenden wird auf 1) Veränderungen in der Symptomatik, 2) Veränderungen der Interventionen sowie 3) Veränderungen des therapeutischen Settings eingegangen.

1) Veränderungen in der Symptomatik

Zunahme der Symptomschwere

Die von *Quittkat et al. (2020)* gefundene Zunahme der Symptomschwere konnte auch bei einigen Patienten⁴ unserer Ambulanz beobachtet werden. Hierbei zeigte sich, auch gemäß der aus dem Störungsmodell abgeleiteten Erwartungen, insbesondere die Zunahme von Ritualen, Sicherheits- und Vermeidungsverhalten, bei gleichzeitigem Anstieg des subjektiven Leidensdrucks. Die klinischen Ausprägungen waren heterogen. Während beider Wellen berichteten einige Patienten suizidale Gedanken (siehe auch „Suizidalität“). Bei einigen Betroffenen mussten aufgrund akuter Krisen stationäre Aufenthalte initiiert werden. Unklar ist, ob diese Krisen nicht auch ohne COVID-19 ausgelöst worden wären, da diese zum Störungsbild an sich gehören können (z. B. *Phillips & Menard, 2006*) – festzuhalten ist aber, dass die Begleitumstände der sozialen Isolation und der Wegfall der Tagesstruktur (durch Homeoffice oder Freistellung von der Arbeit) solche Krisen begünstigten. Einige Betroffene begaben sich in völlige Isolation und pflegten außerhalb der Psychotherapie keinen sozialen Kontakt, selbst Einkäufe wurden via Bestellung online erledigt und bis vor die Tür gebracht. Bei einer Betroffenen zeigte sich die Zunahme der Symptomschwere auf eine andere Art: Sie weitete ihr Ritual des „ritualisierten Kämmens und Zählens ausgefallener Haare“ auf morgens, mittags und abends aus, zuvor hatte sie es lediglich am Morgen durchge-

⁴ 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.

führt. Dies ist möglicherweise so zu erklären, dass sie diesen zeitlichen Raum als einzigen Slot für sich allein hatte, da sie die Kinderbetreuung zuhause übernehmen musste, und er somit an Funktionalität (z. B. Wegfall der Verantwortung) gewann. In der Therapie wurde die Funktionalität hinter dem Verhalten durch geleitetes Entdecken durch die Patientin erkannt. Nachdem sie sich Alternativen erarbeitet hatte, konnte sie das Ritual verkürzen.

Zunahme an Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten

Das Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten ist bei einer KDS oftmals stark ausgeprägt und es bedarf großer Motivation und Einsicht, diesem entgegenzuwirken. Typischerweise besteht das Vermeidungsverhalten darin, dass Betroffene

Einige COVID-19-Maßnahmen stehen im Einklang mit dem Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten von KDS-Patienten, was zu akuten Legitimationsfällen führen kann.

aufgrund ihres Aussehens bestimmte Dinge (z. B. Freibadbesuche) nicht tun oder nur mit Sicherheitsverhalten bzw. -vorkehrungen (z. B. bestimmtes Make-up, zu bestimmten Tageslichtzeiten) bzw. erst nach ritualisiertem Verhalten (z. B. bestimmte Art, die Haare zu kämmen). Während der COVID-19-Pandemie stehen Betroffene und Behandler vor folgenden Herausforderungen: Einerseits gibt es weniger Möglichkeiten für korrigierende Lernerfahrungen und Expositionen, was eine Vermeidung begünstigt. Gerade bei KDS umfassen Expositionen den Einbezug von sozialen Kontakten (das „Gesehenwerden“). Dabei stehen einige COVID-19-Maßnahmen im Einklang mit dem Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten, was zu Legitimationsfällen führen kann („Ich bestelle mir aufgrund von COVID-19 meine Einkäufe nach Hause.“). Andererseits hält gerade dieses Vermeidungs-/Sicherheitsverhalten das Störungsbild aufrecht und kann durch fehlende Strukturen eine Verschlechterung der Symptomatik (u. a. auch depressive Symptomatik) erhöhen. Die fehlenden Übungsmöglichkeiten führten bei einigen Patienten zu einer Verfestigung des Vermeidungs- und Sicherheitsverhaltens, verbunden mit großer Unsicherheit und Selbstzweifeln, sich mit den schwierigen Situationen wieder konfrontieren zu können.

Beispielsweise generalisierte bei einer Patientin, die zuvor gute Fortschritte in der Therapie erzielt hatte, das Vermeidungsverhalten zunehmend, bis sie schließlich nicht mehr ihr Haus verließ und alle Fensterläden schloss, sodass kein Licht mehr in die Wohnung kam. Sie rechtfertigte ihren Rückzug vor sich selbst als COVID-19-Schutzmaßnahme. Durch eine Abwägung von Kosten und Nutzen dieser Verhaltensweise wurden mit der Patientin in der Therapie unter Berücksichtigung der COVID-19-Maßnahmen einige erste Schritte geplant, um am Alltag wieder teilnehmen zu können.

Das Tragen einer Maske kann Betroffenen als Sicherheitsverhalten dienen, um als entstellt wahrgenommene Gesichtspartien zu verdecken. Ein Patient, der die Form seines Kinns als entstellt erachtet, erlebte die Maske positiv und traute sich erstmals wieder für längere Spaziergänge außer Haus. Dies ist im Rahmen der Störungsmodelle als kurzfristige negative Verstärkung des Sicherheitsverhaltens zu betrachten, bedingt somit modellimmanent eine Störungsaufrechterhaltung. Zur Reduktion des Sicherheitsverhaltens wurden COVID-19-konforme Möglichkeiten zu Exposition und Verhaltensexperimenten (siehe „Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung und Verhaltensexperimente“) erarbeitet, bei denen sich der Patient auch ohne Maske zeigte und dabei eine Reduktion des Unbehagens erlebte, was zur Veränderung seiner dysfunktionalen Kognitionen anregte. Bei einem weiteren Betroffenen führte ein längerfristiges Tragen der Maske dazu, dass er Schwierigkeiten hatte, diese auch in akzeptablen Situationen (z. B. bei ausreichendem Abstand, im häuslichen Bereich) wieder abzunehmen. Das sich so stark generalisierende Sicherheitsverhalten wurde im Rahmen von individualisierten Expositionsübungen (Ablegen der Maske in verschiedenen Situationen) adressiert.

Komorbiditäten

Auch die bei KDS häufig vorkommenden komorbiden psychische Störungen (*Gunstad & Philipps, 2003*), insbesondere Depression, können sich im Rahmen der Pandemie verschlechtern. Dies ist unbedingt zu berücksichtigen und therapeutisch zu besprechen, da sich KDS und depressive Symptomatik ansonsten gegenseitig begünstigen. Physische Aktivität wird bei Depressionen flankierend empfohlen und kann auch bei einer KDS – je nach Patientenpräferenz – zu Stimmungsbesserung beitragen. Bei der Komorbidität von KDS und sozialer Angststörung ist ein soziales Kompetenztraining gerade vor dem Hintergrund geringerer sozialer Interaktions- und Übungsmöglichkeiten zu empfehlen, sei es in einer physischen oder in einer Online-Gruppe. Aussehensbezogenes Kontrollverhalten, das bei KDS-bezogenen Verhaltensweisen, wie dem Spiegelprüfen, immanent ist, könnte sich ebenfalls auf das Essverhalten oder weitere Zwangssymptome ausweiten. Bei einem Betroffenen, der zuvor an ausgeprägter KDS litt, zeigte sich während der COVID-19-Pandemie eine Verstärkung seiner Zwangsgedanken, die sich auf pädophile Neigungen bezogen. Während zuvor der Gedanke „Ich sehe aus wie ein Monster.“ vorhanden war, entwickelte sich dieser im Verlauf der Pandemie zu „Ich bin ein Monster.“, was ebenfalls mit einer Zunahme suizidaler Gedanken einherging. Da dieser Betroffene sich weiter zurückzog und die Zwangsgedanken sowie damit einhergehend die Suizidalität massiv zunahm, wurde eine stationäre Aufnahme unausweichlich. Suizidale Gedanken sind bei einer KDS häufig und daher grundsätzlich regelmäßig zu erfragen, zu enttabuisieren sowie sensibel aufzugreifen. Eine Zunahme der Symptomschwere oder auch

der Komorbiditäten können Gedanken, sich das Leben zu nehmen, begünstigen. Gerade in Zeiten des sozialen Rückzugs, des Wegfalls einer Alltagsstruktur oder einer sinnstiftenden Aufgabe ist die aktive Exploration von Suizidalität unbedingt erforderlich.

Wegfall bzw. Aufschub plastisch-operativer Eingriffe

Es kann angenommen werden, dass durch den COVID-bedingten Wegfall bzw. Aufschub plastisch-operativer Eingriffe sich kurzfristig bei einigen KDS-Betroffenen der Leidensdruck erhöht, weshalb sie sich eher an eine psychotherapeutische Behandlung wenden könnten. Da plastisch-operative Eingriffe meist eine Form des Sicherheitsverhaltens darstellen (siehe Abschnitt „Zunahme an Vermeidungs-/Sicherheitsverhalten“) und somit die KDS aufrechterhalten, wäre ein Wegfall dieser Möglichkeiten der KDS-Behandlung eher zuträglich. Ein etwas anderes Bild zeigte sich in unserer Ambulanz bei einem Patienten, der unter dem subjektiven Druck stand, „alles was möglich ist, um das Aussehen zu verbessern, auch tun zu müssen“, gleichzeitig aber die invasive Maßnahme einer Operation als aversiv erlebte. Da eine Operation während der Pandemie nicht möglich war, sank der Leidensdruck, den er zuvor durch die beschriebene Ambivalenz und den Entscheidungsdruck erlebt hatte.

Für bestimmte minimal- oder non-invasive Eingriffe, die während COVID-19 weiterhin durchführbar waren, ergab sich bei unseren Ambulanzpatienten jedoch auch teilweise ein entgegengesetztes Bild, was mit Ergebnissen (Zunahme an Anfragen an dermatologischen Eingriffen) von *Rice et al. (2021)* in Einklang steht: Durch die gleichzeitig empfohlenen Maßnahmen zum Social Distancing und zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung, die es ermöglichten, Folgen von Eingriffen leichter zu verheimlichen (u. a. Schwellungen im Gesicht), sank im Vergleich zu Zeiten mit Präsenzgebot die Hemmschwelle, diese auch durchzuführen. Sie spiegeln sich gleichzeitig in aktuellen Zahlen zur Inanspruchnahme plastisch-ästhetischer Interventionen wider, die aufzeigen, dass einerseits eine Stabilität der Nachfrage bestand, andererseits über die Pandemielage eine Fokusverschiebung hin auf Prozeduren, die das Gesicht betreffen, stattfand (z. B. *Rice et al., 2021*).

2) Veränderungen der Interventionen

Expositionsbehandlungen mit Reaktionsverhinderung

Expositionsübungen mit Reaktionsverhinderung stellen eine zentrale Behandlungsmethode der KDS-Therapie dar (*Veale & Neziroglu, 2010; Wilhelm et al., 2013; Phillips, 2005; Brunhoeber, 2019; Hartmann et al., 2019*), die durch die COVID-19-Pandemie – etwa durch den Wegfall von Übungsmöglichkeiten in sozialen Kontakten oder an Plätzen des öffentlichen Lebens – erschwert werden kann. Gleichzeitig ist es wichtig, dass Expositionsübungen auch während der Pandemie weiter durchgeführt werden. Zentral ist dabei zu berücksichtigen, dass die für die Planung der Expositionen essenzielle

„Angsthierarchie“ spezifisch unter den veränderten Pandemiebedingungen zu explorieren und zu überprüfen ist, da sich Schwierigkeiten möglicherweise verschoben haben (z. B. Restaurantbesuch mit spiegelnder Plexiglasscheibe als schwerer oder Zufahren mit Maske als einfacher). Expositionen mit Reaktionsverhinderung sind auch in der Fernbehandlung gut umsetzbar: Bei einem Patienten wurde ein als belastend erlebter Friseurbesuch telefonisch vor- und nachbesprochen. Hierbei wurden irrationale Annahmen identifiziert, alternative Annahmen erarbeitet, während des Besuchs überprüft und eingeübt sowie rückblickend nachbesprochen. Auch begleitete Spiegelkonfrontationen (bewusste Betrachtung des eigenen Spiegelbildes) via Video-Tool sind durchführbar, wobei hier u. a. das eigene Videobild genutzt werden kann. Möglicherweise kommt es auch hier zu einer Veränderung der Schwierigkeit, da das Videobild häufig als noch aversiver als ein Spiegelbild erlebt wird (hier wäre zu bedenken, dass sogar 30 % der nicht klinischen Stichprobe aussehensbezogene Sorgen angibt; *Pikoos et al., 2021*). Da in der Fernbehandlung weniger psychotherapeutische Auffangmöglichkeiten, beispielsweise bei Anspannungszuständen, bestehen, sollte vorab die empfundene Schwierigkeit sensibel elaboriert werden.

Verhaltensexperimente

Die Nutzung von Verhaltensexperimenten zur Überprüfung von verzerrten Annahmen (z. B. maskenfreie Spaziergänge, um die Kognition „Alle werden mich anstarren!“ zu überprüfen) sind bedeutsam. Eine mögliche Begleitung von Verhaltensexperimenten kann unter Umständen via Telefon erfolgen: So war es bei einer Betroffenen möglich, bei telefonischer Zuschaltung der Psychotherapeutin als Verhaltensexperiment bei Tageslicht einen Spaziergang ohne Maske zu machen. Manche Übungen erfordern allerdings Flexibilität und Kreativität in der Planung und Durchführung, wenn beispielsweise sozialer Austausch benötigt würde (z. B. erwies sich während des ersten Lockdowns als wenig hilfreich, als Expositionsmaßnahme ohne Make-up Zug zu fahren, da dort keine weiteren Passagiere in der Nähe waren). Eine Betroffene wollte ein Verhaltensexperiment durchführen, indem sie ein Foto in sozialen Medien postete, allerdings ist dies aufgrund des rauen Tonfalls in sozialen Medien nicht uneingeschränkt zu empfehlen bzw. vorher entsprechend zu besprechen.

Tagesstrukturierung und Aufbau angenehmer Aktivitäten

Auch wenn die Tagesstrukturierung und der Aufbau von Aktivitäten nicht spezifisch für die Behandlung der KDS von Bedeutung ist, so kann der Wegfall von Aktivitäten, Alltagsstruktur und Verpflichtungen zu mehr freier bzw. unausgefüllter Zeit führen, die KDS-Betroffene spezifisch vermehrt ritualisierten Verhaltensweisen widmen. Dies kann im Sinne der zuvor benannten Störungsaufrechterhaltungsmechanismen langfristig in einer Symptomverstärkung münden, die psychotherapeutischen Effekten entgegenwirkt. So zeigte sich beispielsweise bei einer Patientin eine Zunahme der Zeit in den sozialen Medien mit entsprechendem Abgleichen ihrer eige-

nen Hautfarbe, was eine für sie typische symptomatische Verhaltensweise ist. Eine weitere Patientin beschrieb, wie sie sich kaum mehr vom Spiegel abwenden konnte, da sie ja auch „eh nichts anderes zu tun“ habe. Auch wenn sich hier grundsätzlich die Möglichkeit zur Exposition geboten hätte, so war das Anspannungsniveau so ausgeprägt, dass in diesem Fall zunächst verhaltenspräventive Maßnahmen im Rahmen der Stimuluskontrolle (z. B. das Abdecken von Spiegeln) ergriffen wurden sowie anschließend verstärkt Aufmerksamkeitslenkung eingeübt wurde. Im Sinne der Prävention einer depressiven Entwicklung, die mithin die KDS verstärken könnte, können bei der Behandlung auch störungsübergreifend wirksame Techniken der Verhaltensaktivierung, Alltagsstrukturierung und Achtsamkeit eingesetzt werden. So ist allgemein die Beibehaltung einer geregelten Alltagsstruktur mit wiederkehrenden angenehmen Aktivitäten zu empfehlen. In der freien Zeit könnte zudem ein Fokus auf Achtsamkeitsübungen oder Entspannungstrainings gelegt werden, um das Anspannungsniveau grundsätzlich zu senken. Achtsamkeitsübungen können ebenfalls dazu verhelfen, einen anderen Umgang mit Gedanken, Aufmerksamkeit und Gefühlen zu erlernen. Auch eignen sich diese spezifisch, um verstärkte Selbstaufmerksamkeit wieder mehr auf das Außen zu lenken.

Gestaltung sozialer Kontakte

Sozialer Rückzug kann, wie bereits geschildert, über eine Vielzahl von Mechanismen zu einer Zunahme der KDS-Symptomatik führen, insbesondere bei alleinlebenden Personen (Pikoos et al., 2020). Infolge der mit Videoanrufen assoziierten Schwierigkeiten ist auch die Teilnahme an Online-Angeboten, wie Kursen, sozialem Austausch oder Arbeitsbesprechungen, wenn überhaupt, nur eingeschränkt (z. B. da ein Teil der Aufmerksamkeit auf das eigene Videobild gerichtet ist) möglich. Bei Betroffenen, die allein leben, ist sensibel zu prüfen, wie sich deren sozialen Kontakte derzeit verhalten, da eine Abnahme derselben einen symptomverschärfenden Mediator darstellen könnte.

3) Veränderungen im Therapiesetting

Die Pandemie wirkte sich direkt auf das psychotherapeutische Behandlungssetting sowie auf die Berufsausübung der Psychotherapeuten aus und führte insgesamt, aber u. a. auch in unserer Ambulanz zu einem Anstieg der Zahl der Fernbehandlungen, die mit der Krankenkasse abgerechnet werden können (*Bundespsychotherapeutenkammer, 2020*). In der Summe kann gleichwohl empfohlen werden, Face-to-Face-Sitzungen, sofern möglich, unter Einhaltung aller aktuell gültigen Hygienemaßnahmen ohne Maske durchzuführen. Gerade das Ablegen der Maske kann für KDS-Betroffene eine Herausforderung darstellen („Am liebsten würde ich immer eine Maske tragen.“), weshalb es wichtig ist, das Tragen der Maske als Sicherheitsverhalten zu markieren und das therapeutische Setting – soweit möglich – als maskenfreien Übungsraum zu nutzen. Gleichwohl ist dies nicht immer möglich und es ergeben sich KDS-spezifische Implikationen für das Therapiesetting.

Metakommunikation über Therapiesituation/Veränderungen im Therapiesetting

Pandemiebedingt kann es, wie beschrieben, zu Veränderungen im Setting kommen. Videobehandlungen, Plexiglasscheiben wie auch das Tragen einer Maske haben im Kontext einer Psychotherapie Einfluss auf die Symptomatik, die therapeutische Beziehung und den Therapieverlauf. KDS-Betroffene suchen oft nach Hinweisen, die ihnen Informationen über die Reaktion des Gegenübers auf die eigene Person geben. So stellen non-verbale Reaktionen aufseiten des Psychotherapeuten solche Hinweise dar. Transparente Metakommunikation, die die Therapiesituation oder das Verhalten des Therapierenden thematisiert, ist im Zusammenhang mit den fehlenden Informationen durch Mimik etc. besonders wichtig, um Beschämungen durch Fehlattribuierungen vorzugreifen (*Brunhoeber, 2019*). Als Beispiel wäre der masketragende Psychotherapeut zu nennen, der vielleicht eine andere Mimik aufweist, z. B. die Augenbrauen zusammenzieht, da das Tragen einer Maske unangenehm sein kann. Wichtig wäre, dies entsprechend zu verbalisieren, da KDS-Betroffene ansonsten dazu neigen, Mimik auf sich zu attribuieren („Der Therapeut mag mich nicht“ oder „Ich habe etwas Falsches gesagt.“). Dies gilt ebenfalls für die Bereiche der Video-/Telefonbehandlung (wenn z. B. der Psychotherapeut angestrengt schaut, da der Ton schlecht verständlich ist) oder Plexiglasscheiben (wenn z. B. der Psychotherapeut durch Spiegelungen abgelenkt ist).

„Sich sehen“ in einer Video-Fernbehandlung

„Sich sehen“ während einer Videokonferenz stellt für viele eine Herausforderung dar. Video-Tools wirken für manche KDS-Betroffenen abschreckend, da diese an den reflektierenden Bildschirm bzw. Kameraaufnahmen der eigenen Person geknüpft sind. *Pikoos et al. (2021)* fand bei einem Drittel der Erwachsenen einer nicht-klinischen Stichprobe durch Videokonferenzen ausgelöste aussehensbezogene Sorgen. Zunächst ist es wichtig, dies zu thematisieren (siehe auch „Metakommunikation“) und auch bei Bedarf aufzuklären, dass das Gesicht in einem Video-Tool oftmals ungünstig abgebildet wird. So wirkt die Nase durch die Nähe der Kamera beispielsweise größer und manche Beleuchtungsverhältnisse lassen das eigene Bild nicht „im besten Licht“ erscheinen. Anschließend kann die Behandlung via Video-Tool bereits als Expositionsübung eingeführt werden. Hier kann eine Form der Graduierung die bewusste Strategie sein, das eigene Bild zunächst verdeckt/ausgeblendet zu lassen. Eine Betroffene beschrieb erst nach der dritten Sitzung via Videotelefonie, dass sie ihr eigenes Bild stets mit einem Post-it verdecke, um sich diesem nicht auszusetzen. Eine weitere Patientin weigerte sich einige Sitzungen lang, die Kamera einzuschalten, oder saß im Dunkeln. Es ist allerdings auch der gegenteilige Fall möglich, nämlich Betroffene, für die das Überprüfen in reflektierenden Oberflächen und Spiegeln ein Sicherheitsverhalten darstellt. In diesem Fall wäre an solchem Sicherheitsverhalten zu arbeiten (z. B. die eigene Ansicht auszuschalten). Es bedarf hier einer genauen Exploration, um Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten voneinander zu unterscheiden und entsprechende Maßnahmen zu planen. Aus diesen Beobach-

tungen folgern wir, dass das individuelle Erleben des neuen therapeutischen Settings konkret aufgegriffen werden sollte, um daraus weitere Schritte abzuleiten. Bei einigen behandelten Patienten waren videogestützte Behandlungen nicht möglich – es musste hier vollständig auf das Telefon ausgewichen werden.

„Sich nur hören“ in einer Telefontherapie

Zum Teil wurde die psychotherapeutische Behandlung aufgrund technischer Bedingungen oder Patientenpräferenz telefonisch durchgeführt. Dies kann einerseits eine Möglichkeit darstellen, bestimmte Expositionen oder Verhaltensexperimente zu begleiten. Andererseits kann es dazu führen, dass es durch das „sich nur hören“ und die entfallende Möglichkeit, sich rückzuversichern, zu Kommunikationsproblemen kommen kann: Ein lediger, alleinlebender Patient mit wenigen sozialen Kontakten kam mit der ausschließlichen Fernbehandlung ohne persönlichen Kontakt während der ersten Welle nicht zurecht, sodass ein notfallmäßiger Termin vor Ort notwendig war, um die verschlechterte Symptomatik aufzugreifen. Während der telefonischen Sitzungen waren beim Betroffenen Missverständnisse aufgetaucht, die er leichter im persönlichen Kontakt ansprechen konnte. Die rein verbale Kommunikation war für den Betroffenen vorher nicht ausreichend, gleichzeitig führte die fehlende visuelle Rückversicherung zu Verunsicherung, was im persönlichen Kontakt thematisiert werden konnte.

Spiegelung in Plexiglasscheiben im therapeutischen Setting

Bei Durchführung psychotherapeutischer Sitzungen hinter Plexiglasscheiben sind einerseits die mögliche Spiegelung bei entsprechenden Lichtverhältnissen bzw. andererseits die Gedanken an eine mögliche Spiegelung zu beachten (siehe auch Metakommunikation). Mehrere Patienten fühlten sich durch die Spiegelung abgelenkt, und berichteten, dass die Spiegelung in Plexiglasscheiben auch in anderen Situationen (z. B. an der Kasse von Supermärkten) eine Herausforderung darstellte. Sie gaben an, sich spezielle Verhaltensweisen angewöhnt zu haben, z. B. in einem bestimmten Winkel mit einer bestimmten Entfernung von der Plexiglasscheibe zu stehen. Dieses Verhalten wurde in der Behandlung aufgegriffen, um den Umgang mit spiegelnden Oberflächen einzuüben. Aus diesen Beobachtungen folgern wir, dass die unfreiwilligen Spiegelungen (in der Praxis und um Alltag) sowohl thematisch als auch in Übungen in der Psychotherapie aufgegriffen werden sollten.

Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Therapieangeboten

Vor dem Hintergrund des mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Risikos einer Verschlechterung der KDS-Symptomatik erscheint die Beibehaltung bzw. der Ausbau eines

psychotherapeutischen Angebots zwingend geboten – dieses bedarf aufgrund der besonderen Restriktionen durch die Pandemie allerdings einer stärkeren Flexibilisierung als bisher. Neben der Anpassung des Therapiesettings können hier auch niedrigschwellige Angebote eine Rolle spielen, die eine breite Dissemination und einfache Zugänglichkeit für Betroffene erlauben. Interventionen aus dem Bereich E-Mental-Health, die aufgrund ihres Potenzials zur Überwindung von Behandlungsbarrieren auch unabhängig von der Pandemiesituation in der Diskussion sind, kommt dementsprechend eine wachsende Bedeutung zu. Online-Behandlungsprogramme (i. e. durch Psychotherapeuten angeleitete Selbsthilfeprogramme) wie BDD-NET (Enander et al., 2014; 2016; 2019; Gentile et al.,

— Ein Zuwachs durch Vernetzung von praxisbasierter Forschung und forschungsbasierter Praxis kann bei Behandlungsherausforderungen unterstützen und dazu beitragen, die Versorgung von Menschen mit KDS zu gewährleisten und weiter zu verbessern. —

2019; Drüge et al., submitted) für Erwachsene oder Imagin-Youth (Hartmann et al., 2021) für Jugendliche basieren auf den etablierten kognitiv-behavioralen Störungsmodellen und Behandlungsmanualen für KDS. Betroffene können hier über eine gesicherte Online-Plattform eigenständig Behandlungsmodule bearbeiten und werden im Therapieverlauf von Psychotherapeuten per Plattform-Nachricht bei der Bearbeitung unterstützt. So können auch herausfordernde Übungen, wie Expositionen, psychotherapeutisch aus der Distanz begleitet werden. Der Einsatz dieser wissenschaftlich untersuchten Online-Programme (Enander et al., 2014; 2016; 2019; Gentile et al., 2019), beispielsweise im Rahmen von Blended-Care- und Stepped-Care-Konzepten, stellt eine vielversprechende Erweiterung des Behandlungsspektrums für KDS-Betroffene dar. Weitere Angebote, die etwa das (Mobil-)Telefon als Medium zur Umsetzung niedrigschwelliger psychotherapeutischer Interventionen nutzen, sind in der Pilotierung (Drüge et al., in preparation). Solche Unterstützungsoptionen können bestehende Versorgungslücken durch ein niedrigschwelliges Erstangebot schließen, die ambulante Behandlung sinnvoll ergänzen und die Therapieeffektivität steigern, beispielsweise durch stärkere Alltagsintegration der Übungen, die jederzeit verfügbar sind. In der Praxis beobachten wir eine steigende Nachfrage nach therapiebegleitenden mobiltelefon- oder internetbasierten Behandlungen, weswegen deren Vorhaltung in unserem Ambulatorium aktuell weiter ausgebaut wird.

Schlussfolgerung

Der vorliegende Beitrag beschreibt praktische Erfahrungen mit der Phänomenologie der KDS während der COVID-19-Pandemie anhand konkreter Beispiele aus der Praxis und soll insbesondere KDS-spezifische Implikationen für die

Behandlung aufzeigen. Da die KDS eine schwerwiegende psychische Störung ist, die mit hohem Leidensdruck, Funktionseinschränkungen, Komorbiditäten und hoher Suizidalität einhergeht, bedarf die KDS-Behandlung gerade in Zeiten von COVID-19 spezieller Aufmerksamkeit. Die Symptomverstärkung in der Pandemie, welche durch zunehmendes Ritual-, Sicherheits- und Vermeidungsverhalten sowie eine Potenzierung depressiogener Faktoren (wie z. B. häuslicher Isolation) erklärbar ist, kann zu Komplikationen oder Verzögerungen im Therapieverlauf führen. Umso wichtiger erscheint es, frühzeitig an störungsaufrechterhaltenden Faktoren anzusetzen, was wiederum durch pandemiebedingte Einschränkungen (z. B. während Lockdown-Maßnahmen) herausfordernd sein kann.

Für die Behandlung grundsätzlich wichtig ist dabei die Berücksichtigung des Wegfalls zeitlicher Strukturen sowie direkter sozialer Kontakte bei gleichzeitiger hoher Komorbidität mit Depressionen und sozialer Angststörung. Vor diesem Hintergrund empfiehlt sich psychotherapeutisch übergreifend zunächst die Etablierung und Aufrechterhaltung einer festen Alltagsstruktur mit regelmäßigen angenehmen Aktivitäten zur Stimmungsstabilisierung, um unangenehme, aussehensbezogene Emotionen abzumildern. Der KDS ist zudem ein ausgeprägtes Vermeidungs-, Ritual- und Sicherheitsverhalten störungsimmanent, das sich im Rahmen vermehrter häuslicher Isolation und Social Distancing durch zunehmende Zeit- und Raumangebote weiter ausdehnen kann. Psychotherapeutisch ist es relevant, diese Entwicklung früh aufzugreifen und weiterhin kontextuell adaptierte Expositionsübungen oder Verhaltensexperimente einzuplanen, ggf. begleitet via Telefon. Diese sollten im Bewusstsein über die veränderten Bedingungen und auf diese reagierend sorgsam geplant werden. Hierbei sollten pandemiebedingte Veränderungen, die als Sicherheitsverhalten fungieren können (z. B. das Tragen einer Maske im Geschäft), während Expositionen thematisiert werden. Expositionen können in diesem Fall, wenn möglich, örtlich oder zeitlich verändert durchgeführt werden. Gleichzeitig könnte der Schweregrad von Expositionen vor dem Hintergrund der bestehenden Möglichkeit zum Sicherheitsverhalten weiter erhöht werden. Videobehandlungen stellen angesichts einer subjektiv erhöhten Schwierigkeit häufig eine Erschwernis dar. Sofern sie in Absprache mit dem Patienten als Exposition nutzbar wären, böten sie jedoch auch einen therapierelevanten Übungsraum. Die COVID-19-Pandemie stellt den Umgang mit dem Störungsbild der KDS vor spezifische Herausforderungen, es bedarf zusätzlicher Kreativität in der Adaption der therapeutischen Maßnahmen, die immer im Bezug zum Störungsmodell und den Therapiezielen stehen sollte. Hier sind Adaptionen a) hinsichtlich des therapeutischen Settings (Fernbehandlung per Video oder Telefon, Behandlung mit Maske oder Plexiglas-Trennwand), b) einzelner Interventionen (Anpassung der Expositionen und Verhaltensexperimente) sowie c) der Entwicklung neuartiger Konzepte (wie niedrigschwelliger Interventionen) zu nennen. Vor dem Hintergrund der von uns gemachten Erfahrungen wird deutlich, wie wichtig ein gegenseitiger Austausch von Psychotherapeuten untereinander, z. B. im Rahmen von Inter-

visionen, sowie ein Austausch zwischen Klinikern und Forschern ist. Letztgenannter trägt idealerweise dazu bei, dass es zu einem Zuwachs sowohl praxisbasierter Forschung als auch forschungsbasierter Praxis kommt. Eine Vernetzung auf diesen verschiedenen Ebenen kann bei Behandlungsherausforderungen unterstützen und dazu beitragen, die Versorgung von Menschen mit KDS zu gewährleisten und weiter zu verbessern – während der COVID-19-Pandemie, aber auch in den Zeiten, die auf sie folgen.

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.
- Brunhoeber, S. (2019). Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung: Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2020). Videobehandlungen – Eine Umfrage zu Erfahrungen von Psychotherapeut*innen. Verfügbar unter: www.lpk-bw.de/sites/default/files/news/2020/20201105-bptk-studie-videobehandlung.pdf (19.07.2021).
- Gunstad, J. & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (4), 270–276.
- Harrison, A., Fernández de la Cruz, L., Enander, J., Radua, J. & Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48, 43–51.
- Hartmann, A., Grochowski A. & Buhlmann, U. (2019). Körperdysmorphie Störung. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment. Clinical guideline [CG31]. Verfügbar unter: www.nice.org.uk/guidance/cg31 (19.07.2021).
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (9), 1138–1149.
- Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K. A. & Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1280–1282.
- Pikoos, T. D., Buzwell, S., Sharp, G. & Rossell, S. L. (2021). The Zoom Effect: Exploring the Impact of Video Calling on Appearance Dissatisfaction and Interest in Aesthetic Treatment During the COVID-19 Pandemic. *Aesthetic Surgery Journal*, sjab257.
- Quittkat, H. L., Düsing, R., Holtmann, F.-J., Buhlmann, U., Svaldi, J. & Vocks, S. (2020). Perceived impact of Covid-19 across different mental disorders: A study on disorder-specific symptoms, psychosocial stress and behavior. *Frontiers in Psychology*, 11, 586246.
- Rice, S. M., Siegel, J. A., Libby, T., Graber, E. & Kourosh, A. S. (2021). Zooming into cosmetic procedures during the COVID-19 pandemic: The provider's perspective. *International Journal of Women's Dermatology*, 7 (2), 213–216.
- Schulte, J., Schulz, C., Wilhelm, S. & Buhlmann, U. (2020). Treatment utilization and treatment barriers in individuals with body dysmorphic disorder. *BMC Psychiatry*, 20 (69), 1–11.
- Veale, D. & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A. & Steketee, G. (2013). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual*. New York: Guilford Press.



Dr. Marie Drüge

Korrespondenzanschrift:

Institut für Psychologie
Klinische Psychologie mit Schwerpunkt
Psychotherapieforschung
Universität Zürich
Binzmühlestr. 14; 8050 Zürich
marie.druege@uzh.ch

Dr. Marie Drüge arbeitet als Psychologische Psychotherapeutin im Spezialambulatorium für körperdysmorphe Störungen und forscht in diesem Bereich am Lehrstuhl „Klinische Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung“ der Universität Zürich.



Dr. Tanja Roth

Dr. Tanja Roth ist Psychologische Psychotherapeutin und leitet operativ das Hochschulambulatorium „Praxisstelle Psychotherapie“ der Universität Zürich, dem das Spezialambulatorium für Körperdysmorphe Störungen angegliedert ist.



Prof. Dr. Birgit Watzke

Prof. Dr. Birgit Watzke ist Psychologische Psychotherapeutin und Lehrstuhlinhaberin für „Klinische Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung“ mit angegliederter Hochschulambulaturium an der Universität Zürich. Ein Schwerpunkt des Arbeitsbereiches adressiert die Fehl- und Unterversorgung von Patientengruppen mit verschiedenen psychischen Störungen, u. a. Depression und körperdysmorphen Störungen.

Aaron T. Beck ist 100!

Eine Würdigung

Am 18. Juli 2021 feierten Tim Beck und wir alle mit ihm seinen 100. Geburtstag. Aaron Temkin Beck (meist Tim Beck genannt) darf als einer der einflussreichsten Psychotherapeuten¹ und Psychotherapieforscher der letzten hundert Jahre angesehen werden. Er hat mit dem von ihm entwickelten „kognitiven Verständnis“ psychischer Erkrankungen und der daraus folgenden „Kognitiven Therapie“ weltweit (auf allen Kontinenten!) Einfluss genommen, die Ausbildung von Psychotherapeuten und damit die Versorgung von Patienten deutlich verbessert, der Evidenzbasierung von Psychotherapie und einem psychologischen Verständnis psychischer Störungen den Weg bereitet. Von seinen klinischen Anfängen als Arzt und Psychiater in den späten 40er-Jahren des letzten Jahrhunderts bis heute hat er, fast ohne Unterbrechungen, therapeutisch gearbeitet, Studenten und Doktoranden ausgebildet, wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt und vielfältig publiziert. Er hat zahlreiche psychotherapeutische Lehrbücher, darunter solche Klassiker wie „Depression. Causes and Treatment“ (1972) und „Cognitive Therapy of Depression“ (1979), verfasst, mittels denen er ganze Generationen von Studenten und Psychotherapeuten tief beeinflusst hat. Die von ihm entwickelten diagnostischen Instrumente, etwa das Beck-Depressions-Inventar (BDI; 1961), das Beck-Angst-Inventar (BAI; 1988) oder die Beck-Hoffnungslosigkeitsskala (1988), stellen Marksteine zur Erfassung der Schwere ängstlicher, suizidaler bzw. depressiver Symptomatik dar. Entsprechende Studien zu den damit verbundenen Störungsbildern sind ohne das BDI bzw. das BAI nicht mehr vorstellbar. Tim Beck hat allen Grund, auf sich und seine Leistungen stolz zu sein. Er kann auf ein interessantes, erfolgreiches, weitreichendes Leben zurückblicken. Wir Jüngeren nehmen neidlos Anteil, freuen uns mit ihm, sind dankbar und schauen zu ihm auf. Nicht nur wegen seiner wichtigen Arbeiten, sondern auch, weil wir alle hoffen, den von ihm erreichten runden Geburtstag auch zu schaffen. Er hatte uns schon immer etwas voraus!

Aaron T. Beck wuchs in Providence, Rhode Island (USA) als Sohn jüdischer Emigrantinnen aus Russland auf. Er war ein kränkliches Kind, weshalb er immer wieder die Schule versäumte. Er galt daher einigen anfangs aufgrund der dadurch begründeten Wissenslücken als „dumm“, belehrte die Welt aber doch schon bald eines Besseren. Später studierte er an der Brown University und wechselte anschließend zum Medizinstudium an die Yale University. Seine Facharztausbildung in Psychiatrie schloss er 1950 ab. Das Fach Psychiatrie war damals stark psychoanalytisch ausgerichtet, folglich begann er eine psychoanalytische Ausbildung, die er 1958 abschloss,



Aaron T. Beck (*18.07.1921)

Quelle: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Aaron_Beck_2016.jpg (Urheber: Slicata; Lizenz: CC BY-SA)

obgleich er von diesen Konzepten wenig überzeugt war. Er arbeitete am Austen Riggs Center, einer psychiatrischen Klinik, einem Zentrum der psychoanalytischen Ich-Psychologie. Seinen Militärdienst absolvierte er als Psychiater in einem Armeehospital. Dabei interessierten ihn u. a. die Schicksale von Soldaten, die aus dem Koreakrieg aufgrund traumatischer Erfahrungen mit psychotisch-depressiven Symptomen zurückkamen. Frühe Publikationen befassen sich mit „Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt“ (1952), mit „Psychotic depressive reactions in soldiers who accidentally killed their buddies“ (1953) oder mit „A dynamic therapeutic program for a psychiatric open ward“ (1954). Noch bis in die frühen 1960er-Jahre hinein publizierte er zu psychodynamischen Hypothesen, etwa „Psychological correlates of depression: frequency of masochistic dream content in a private practice sample“ (1959/1961), „Dreams of depressed patients: characteristic themes in manifest content“ (1961) oder „Typical dreams: incidence among psychiatric patients“ (1961). Ab 1954 arbeitete er an der Universitätsklinik für Psychiatrie der

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.

University of Pennsylvania. Bis zu seiner Emeritierung blieb er dieser Einrichtung treu. Dort gründete er 1975 auch das „Center for Cognitive Therapy“, eine der Universität angegliederte Ausbildungs- und Behandlungsstätte, die inzwischen zahlreiche Ableger in den USA, Kanada und anderen Ländern, u. a. in Hongkong, Südafrika, Australien, nach sich gezogen hat. Heute ist das „Beck Institute for Cognitive Therapy“ (gegründet 1994) eine eigenständige Forschungs-, Ausbildungs- und Behandlungsstätte, die von seiner Tochter Judy geleitet wird und unverändert als wirkmächtig gelten darf.

Beck entwickelte seinen Ansatz zum kognitiven Verständnis psychischer Störungen in den 1960er-Jahren. Erste Arbeiten, z. B. „Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions“ (1963) stellen bereits heraus, dass die kognitive Triade (die negative Sicht der Vergangenheit, von sich selbst und der Zukunft) als Kernsymptomatik einer Depression anzusehen ist, gleichzeitig die Depression verstärkt und somit aufrechterhält. Die daraus abgeleitete Psychotherapie, u. a. dargestellt in „Cognitive Therapy and the Emotional Disorders“ (1976), verstand sich immer als eine Erweiterung der klassischen Verhaltenstherapie und gilt als sog. „zweite Welle“ dieses Psychotherapieverfahrens. Sie zielt darauf ab, Patienten die automatisch ablaufenden Verarbeitungsprozesse erkennbar zu machen, um sie dann einer Realitätsprüfung zu unterziehen und mittels verschiedener Techniken basierend auf dem sog. „socratic dialogue“ zu verändern. Diese Form der Gesprächsführung findet sich bereits in psychodynamisch orientierten Psychotherapien, worin Tim Beck ja trainiert wurde. Die kognitiven Interventionen beziehen sich ferner auf die Untersuchung von individuellen automatischen Gedanken, Schemata und Grundüberzeugungen, die hinter nahezu allen psychischen Störungen stehen. Diese kognitive Ausrichtung von Analyse und Therapie ist inzwischen zu einem wesentlichen Bestandteil der Verhaltenstherapie geworden. Beck nutzt zudem grundlagenwissenschaftliche Ergebnisse der experimentellen kognitiven Psychologie und bringt sie zur klinischen Anwendung. Wer heute das Buch „Thinking – fast and slow“ (2011) und die Arbeiten von Kahneman, Tversky u. a. liest, findet dort unmittelbare Begründungen für die von Beck entwickelte Psychotherapie.

Für die Psychotherapieforschung und die Evidenzbasierung psychotherapeutischer und medizinischer Maßnahmen bedeutsam war die auf die Initiative von A. J. Rush, damals Mitarbeiter von Beck, zurückgehende Überprüfung der Kognitiven Therapie bei Depressionen in einer randomisiert-kontrollierten Vergleichsstudie. Die Kontrollbedingung stellte

ein trizyklisches Antidepressivum dar. Die Ergebnisse wurden 1977 publiziert und belegten früh die (überlegene) Effektivität der Kognitiven Therapie. Auch hier zeigt sich die einflussreiche Weitsicht von Tim Beck. Ohne diese frühe Vergleichsstudie ist die in der Folge geplante und umgesetzte „NIMH depression treatment collaboration study“ (1979–1984), doch auch die inzwischen auf viele hundert „efficacy“- und „effectiveness“-Untersuchungen angewachsene Zahl ähnlicher Studien, insbesondere auch in Deutschland, kaum vorstellbar.

Ich hatte 1979 das Glück, an einem über zwei Wochen dauernden Trainingsworkshop am Center for Cognitive Therapy in Philadelphia teilnehmen zu können. Dabei und in den vielen weiteren Kontakten danach habe ich Tim Beck als aufgeschlossenen, unterstützenden, freundlichen, einfühlsamen, an jedem interessierten Menschen kennengelernt. Ihm geht es um wissenschaftliche Erkenntnisse und die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen, weniger um persönlichen Ruhm und Rechthaberei. Er hat in einem unverändert lesenswerten Artikel „Cognitive therapy: current status and future directions“ (2011) nachdrücklich auf das Ziel einer Überwindung des „Schuldenkens“, gerade in der Psychotherapie, hingewiesen. Statt sich nur selbstreferentiell im eigenen Verfahrensrahmen zu bewegen, sollten methodische Ansätze offen hinsichtlich ihrer belegbaren Evidenz der Wirksamkeit gemäß den Standards von Objektivität, Reliabilität und Validität bewertet werden. Er sieht die von ihm entwickelte Kognitive Therapie als Teil der modernen Weiterentwicklungen der Psychotherapie. Seine Vorschläge und Arbeiten stellen keine eigene Therapierichtung bzw. „Schule“ dar, sondern lassen sich in verschiedene Richtungen gut integrieren, etwa die heutige Kognitive Verhaltenstherapie, die Schematherapie, das CBASP, ja sogar in die psychodynamischen bzw. tiefenpsychologischen Therapien.

Beck ist ein beeindruckendes Modell eines guten Kliniklers und Forschers. Neben seinen Leistungen auf dem Gebiet der Theorie erwies er sich nicht zuletzt auch in der Praxis als ein höchst kompetenter Psychotherapeut, dem es gelingt, Patienten zu motivieren und Ausbildungsteilnehmer zu begeistern.

Auf diesem Weg daher, lieber Tim, von uns allen die besten Wünsche verbunden mit Anerkennung und Hochachtung zum Erreichen Deines runden Geburtstags!

Martin Hautzinger
Tübingen

Rezension

Kompetenzorientierung statt Verfahrensfixierung

Rief, W., Schramm, E. & Strauß, B. (Hrsg.). (2021). *Psychotherapie. Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*. München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH Deutschland, 928 S., 99,- €

Die Reihe der sowohl berufs- als auch verfahrensübergreifenden großen Lehrbücher der Psychotherapie ist in diesem Jahr um ein gewichtiges Werk verlängert worden.

Der Mehrwert und die Aktualität dieses neuen Lehrbuches liegen in seiner durchgängigen Kompetenzorientierung. Bei dieser Zielstellung von Aus- und Weiterbildung werden die Bildungsinhalte überwiegend personen- und handlungsbezogen gedacht. Das Lehrbuch soll somit neben anwendungsbezogenem Wissen insbesondere den Erwerb von persönlichen Kompetenzen, Skills und Softskills fördern. Überfällig ist das vorliegende Lehrbuch insofern, als das Prinzip der Kompetenzorientierung bereits tief in die aktuellen Weiterbildungsordnungen sowohl der ärztlichen Psychotherapeuten als auch der psychologischen Fachpsychotherapeuten eingedrungen ist.

Eine Abkehr von der Ausbildung und Forschung dominierenden Verfahrensfixierung ist damit unumgänglich. In den Blick gerät der gemeinsame methodische Kanon der modernen Psychotherapie, also einerseits verfahrensübergreifende persönliche Kompetenzen, die die gemeinsame Schnittmenge aller Verfahren bilden, und andererseits unverzichtbare verfahrensspezifische Handlungskompetenzen, die das Zeug haben, in das „Core Knowledge“ der Psychotherapiewissenschaft aufgenommen zu werden.

Fast allen Autoren dieses Lehrbuches, die sämtliche Richtlinienverfahren und -methoden repräsentieren, ist es gelungen, sich von jahrzehntelang verfestigten wissenschaftlich verbrämten Ideo-

logien der von ihnen vertretenen Verfahren zumindest partiell zu lösen. Eine innovative Struktur und Gliederung des Werkes unterstützen diese Tendenz.

Der erste Teil erfüllt alle geweckten Erwartungen. Als prägnanter Ausgangspunkt und Basis für die spätere Beschäftigung mit der Psychotherapie der wesentlichen Störungen und Krankheitsbilder werden die für eine erfolgreiche Psychotherapie erforderlichen persönlichen Kompetenzen, Skills und die dazugehörigen Wissensbestände auf den Punkt gebracht.

Im zweiten Teil werden in 22 Kapiteln die erforderlichen Kompetenzen zur Diagnostik und Behandlung der wesentlichen psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungen und Erkrankungen dargestellt. Dieser zweite Teil ist gleichsam der Prüfstein für die Realisierung der Ziele des Lehrbuches, einerseits kompetenzorientiert verfahrensübergreifend, andererseits aber auch „verfahrensfair“ bei der Darstellung von Relevanz und Effektivität aller in der Versorgung dominierenden Richtlinienverfahren zu sein. Diese Fairness lässt hin und wieder zu wünschen übrig, wenn die Konzepte und Skills psychodynamischer und systemischer Methoden, die inzwischen von der Verhaltenstherapie angeeignet und umetikettiert worden sind, nicht mehr mit ihrem Ursprung in Verbindung gebracht werden, wie es bei den verhaltenstherapeutischen Methoden und Techniken durchgängig erkennbar ist.

Der verfahrensspezifische Teil III zeigt, welche Methoden und Strategien über alle Verfahren hinweg zur Verfügung stehen und wie diese bei welchen Erkrankungen, Patientengruppen, komorbiden Bedingungen und in welchen Settings und Zeitrahmen am besten eingesetzt werden. Ein Überblick über die settingspezifischen Psychotherapien rundet Teil III ab.

Die 13 Kapitel des letzten, Allgemeinen Teils vertiefen die in den ersten drei Teilen angeklungenen verwaltungstechnischen, (berufs-)rechtlichen und ethischen Fragen sowie die Praktische Psychopharmakologie, Begutachtung und Psychotherapieforschung. Ein umfangreiches Sachregister schließt das Werk ab.

Erwähnenswert sind formale Besonderheiten, die das Buch gut handhabbar machen. Zunächst erleichtern verschiedene farbige Kennzeichnungen der Informationsschwerpunkte die Orientierung des Lesers. Von unschätzbare Bedeutung für den Lesefluss ist der Verzicht der Autoren auf modische sprachtheoretische Verirrungen im Dienst einer gerechten Sprache. Um die Lesbarkeit zu erhalten und gleichzeitig möglichst gendergerecht zu sein, haben die Herausgeber eine Form gewählt, der man größere Verbreitung wünscht: Das weibliche Geschlecht dominiert den Beruf des Psychotherapeuten. Insofern ist es naheliegend, der Psychotherapeutin den Vorzug vor dem Psychotherapeuten zu geben. Die meisten Kapitel alternieren in einer jeweils präferierten männlichen oder weiblichen Form.

Fazit: Ein großer Wurf! Es ist den Autoren gelungen, die verfahrensbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es wert sind, in ihrem Ansatz der Kompetenzorientierung aufzuheben. Das vorliegende Lehrbuch wurde in erster Linie für angehende Psychotherapeuten zur Vorbereitung auf die Approbationsprüfung geschaffen. Der Rezensent meint, dass es in den Schrank jedes Psychotherapeuten gehört.

Michael Geyer
Leipzig/Erfurt

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.

Leserbriefe und Replik

Nicht nur durch die sozial-konstruktivistische Brille blicken

Zu B. Schigl: Doing Gender im therapeutischen Prozess – eine Grundlage für Genderkompetenz in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 2/2021, S. 120–125.

Mit Bestürzung nehme ich zur Kenntnis, dass auch in diesem „wissenschaftlichen“ Journal sich zunehmend diese unwissenschaftliche, ideologiegetriebene Sichtweise der postmodernen Gender-Theorie durchzusetzen beginnt.

Die Gender-Theorie ist eine wissenschaftlich völlig inakzeptable Theorie. Sie ignoriert den Stand biologischer und evolutionärer Forschung. Das Geschlecht ist eben nicht nur erlernt, sondern in großen Teilen auch angeboren (vgl. z. B. Alexander, G. M., Wilcox, T. & Woods, R. (2019). Sex Differences in Infants' Visual interest in Toys, *Archives of Sexual Behavior*, 38, 427–433.).

Man kann mit Sicherheit darüber streiten, wie groß welcher Anteil ist. Das ist eine klassische Diskussion, die auch weiterhin geführt werden sollte. Die „Doing Gender“-Theorie ignoriert diese Erkenntnisse vollständig und ersetzt sie durch eine 100%ig sozialkonstruktivistische Theorie. Auch wenn eingangs die biologischen Mechanismen anerkannt werden, kommt es in der anschließenden Diskussion nicht mehr vor. Sie werden nicht mehr in die Sichtweise eingebracht. Die Gender-Theorie ist nicht nur unwissenschaftlich, sondern auch gefährlich. Sie spaltet die Gesellschaft in die Geschlechter (Klassen, Ethnien etc.) auf und versucht, sie gegeneinander auszuspielen. Sichtbar an dem Punkt, an dem versucht wird, zu beweisen, dass Frauen bessere Therapeuten sind als Männer.

Ich finde die Erforschung von Geschlechtsunterschieden wichtig. Die Brille, mit der auf diese Erkenntnisse

geschaut wird, ist das Problem. Wir brauchen eine biologisch-evolutionäre Brille genauso wie eine konstruktivistische Brille.

Sie verkennen die Sprengkraft, die diese Theorie auf die Gesellschaft hat, und auch deren antikapitalistischen und marxistischen Ursprünge. Ich kann und werde mich nicht mit dieser destruktiven Theorie identifizieren. Ich werde auch meine Sprache deswegen nicht anpassen. Ich halte es mit Goethe: „Ich bin ein Mensch und nichts Menschliches ist mir fremd.“

In diesem Sinne fordere ich Sie zu einem offenen Dialog mit Gegnern dieser Sichtweise auf und einen Kompromiss, der auch andere Sichtweisen zulässt und akzeptiert.

Dipl.-Psych. Sandro Teuber
Rostock

Gender-Diskurs als Sprache der Macht

Zu B. Schigl: Doing Gender im therapeutischen Prozess – eine Grundlage für Genderkompetenz in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 2/2021, S. 120–125.

Gender ist die Sprache der Macht, auch wenn sie von sich das Gegenteil behauptet.

Wenn ein Vertreter einer bestimmten Patientengruppe einem „gender“-sprechenden oder -schreibenden Therapeuten gegenübertritt, denkt er: „Sei vorsichtig, sage nichts, was man falsch verstehen kann, Du wirst hier bewertet.“

Er wird sich weniger öffnen, da Gender-Sprechende auch in anderen Themenbereichen ihre Moral verbreiten.

Da die Mehrheit der Bevölkerung das Konzept ablehnt, wird das die Mehrheit der Patienten und besonders eine Grup-

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 11. Oktober 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.

pe betreffen, die sowieso schon weniger in Psychotherapie kommt.

Es ist die Gruppe, die in angeblich sensibler Sprache als „Kolleg“, „Psycholog“, „Ärzt“ sprachlich verhunzt wird, die eine geringere Lebenserwartung hat, sich sehr viel häufiger umbringt und deren Diskriminierungen belächelt werden und für die es keine Quote bei Psychotherapeuten geben wird.

Dr. Holger Richter
Dresden

Das Thema „Geschlecht“ im Nebeneinander der Diskurse

Replik der Autorin zu den Leserbriefen von Sandro Teuber und Dr. Holger Richter.

Ich freue mich, dass mein Beitrag Nachdenken und Auseinandersetzung anregt. Zum Thema Geschlecht existieren mehrere wissenschaftlich anerkannte

Diskurse nebeneinander. Die Absicht des Artikels war es nicht, diese zu vergleichen oder miteinander in Bezug zu setzen, sondern aufzuzeigen, dass und wie die Geschlechtszugehörigkeit den psychotherapeutischen Prozess beeinflusst. Ich habe dazu einen sozialkonstruktivistischen Ansatz gewählt, da dieser das Verhalten von Menschen in den Vordergrund stellt und die Handlungsmächtigkeit des Menschen betont. Eine sich daraus ergebende mögliche Veränderungsperspektive passt gut zum Wesen psychotherapeutischen Arbeitens.

Sprache wiederum ist ein lebendiges Medium und verändert sich ständig entlang der gesellschaftlichen Diskurse – man denke nur an die vielen mit digitalen Medien verbundenen Begriffe, die in unseren Wortschatz (besonders den der jüngeren Generation) Einzug halten. Ebenso verhält es sich mit der Sichtbarmachung von Frauen, Männern bzw. anderen Genderidentitäten in der Sprache.

Prof. Dr. Brigitte Schigl
Wien

Die Realität über die Extreme, nicht den Mittelwert erkennen

Zu E. Pfeifer: Die geistige Dimension der sinnorientierten Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 2/2021, S. 113–119.

Nicht jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut ist mit der jeweiligen Theorie und Nomenklatur der verschiedenen psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Therapieansätze vertraut, welche für mich eher eine hermeneutische Grundhaltung darstellen und weniger ein prüfbares wissenschaftliches Konstrukt.

Doch finde ich das Fallbeispiel sehr beeindruckend und insbesondere die Art der Aufbereitung und Darstellung i. S. einer humanistischen psychotherapeutischen Haltung ist sehr überzeugend. So etwas fehlt aus meiner Sicht völlig in der VT-Ausbildung, wo ich als Supervisor tätig bin. Die PiA sind mir stets dankbar und regelmäßig überrascht, wenn ich einmal die Perspektive aus der Grundhaltung der Gesprächspsychotherapie oder den konstruktiven systemischen Therapien mit verschiedenen Konstrukten und Deutungsmög-

lichkeiten der Aussagen und des Verhaltens bemühe.

Der Artikel hat mich jedenfalls ermutigt und in meiner Haltung bestätigt, viel mehr Fallbeispiele in Psychotherapie und Psychiatrie zu publizieren mit den Fragen: „Wie denkt und handelt der/die Psychotherapeut/in?“, „Was kommuniziert er/sie mit der oder dem Patient/en?“ und „Was passiert in der Sitzung als auch zwischen den Terminen?“.

Wir brauchen nicht unbedingt statistische Erfolgsmittelwerte und Odds Ratios. Das ist alles schön und gut für die Zulassung der Therapieform zur Abrechnung. Und sind diese Ergebnisse wirklich ein Wirksamkeitsnachweis im Einzelfall? Der wesentliche Erkenntnisgewinn über die Realität liegt m.E. in der Extreme, dem Ausreißer, nicht beim Mittelwert.

Ich denke, dass der verstehenspsychologische Aspekt und die unkonventionelle Breite des therapeutischen Handelns heute in der psychotherapeutischen Kommunikation wieder deutlich belebt werden müssten. Insofern ist dem Kollegen E. Pfeifer beizupflichten.

Dr. Detlef Bunk
Essen

Politik für Menschen mit psychischen Erkrankungen 2021–2025

Mit den BPtK-Wahlprüfsteinen für die Gesundheitspolitik 2021 bis 2025 möchte die Profession aufzeigen, dass Prävention und Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter ausgebaut werden müssen. Die Corona-Pandemie machte deutlich, wie stark gesellschaftliche Krisen auch die psychische Gesundheit gefährden können. Corona führte außerdem noch einmal allen vor Augen: Armut macht krank. Wer nur über ein geringes Einkommen verfügt oder in engen Wohnungen wohnt, ist körperlich und psychisch größeren Gesundheitsgefahren ausgesetzt als ein Mensch, der im Wohlstand lebt. Und auch das hat die Pandemie erneut deutlich gemacht: Arbeit kann krank machen, wenn sie Menschen permanent körperlich und psychisch überlastet.

Die Politik in der nächsten Legislaturperiode wird absehbar von Finanzierungsproblemen geprägt sein. Wirtschaftliche Belastungen durch die Corona-Krise haben die Staatskassen belastet. Den Krankenkassen droht eine riesige Finanzierungslücke, die den Druck zu Spargesetzen erhöhen wird.

Psychotherapeutische Versorgung weiter verbessern

Monatelange Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung sind vielerorts weiterhin Realität. Schon im Jahr 2019 warteten rund 40 Prozent der Patienten drei bis neun Monate auf den Beginn einer Behandlung. Die Patientenfragen in den Praxen sind in den Jahren 2020 und 2021, also während der Corona-Pandemie, nochmals stark gestiegen. Insbesondere bestehen immer noch erhebliche soziale und regionale Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung. Vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen müssen mehr Psychotherapeuten arbeiten können, um Patienten unzumutbare Wartezeiten zu ersparen.

Kein Kind zurücklassen

Die psychischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen infolge der Pandemie müssen in den Fokus gerückt werden. Nicht nur schulische Lerndefizite müssen ausgeglichen, sondern insbesondere die psychischen Ressourcen und Wider-

standskräfte von Kindern und Jugendlichen müssen gestärkt werden. Um die Versorgung von Kindern mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen, müssen mehr Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zugelassen werden. Alle Maßnahmen müssen die psychische Gesundheit in den Lebenswelten der Kinder stärken und Sport-, Freizeit- und Kulturangebote einschließen. Die Maxime bei der Umsetzung sollte sein: Keiner bleibt zurück! Denn insbesondere Kinder aus Familien in sozialer Notlage leiden besonders unter der Pandemie. Auch niedrigschwellige Beratungsangebote der Jugendhilfe müssen ausgebaut und die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychotherapeuten gestärkt werden.

Direktzugang essenziell

Der direkte Zugang zum Psychotherapeuten hat sich als essenziell für eine frühzeitige Diagnose und rechtzeitige Versorgung erwiesen. Unerlässlich ist dabei, dass die Rolle der Psychotherapeuten als zentrale Ansprechpartner für psychisch kranke Menschen weiter gestärkt wird. Sie ist unverzichtbar, insbesondere um die Behandlung von schweren und chronischen psychischen Erkrankungen mit Patienten abzustimmen und mit anderen Professionen zu koordinieren. Patienten müssen frei wählen können, wer ihre Behandlung koordiniert und veranlasst.

Finanzierung der Weiterbildung

Damit es auch in Zukunft gut qualifizierte Psychotherapeuten gibt, wurde die Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeuten in der zu Ende gehenden Legislaturperiode grundlegend reformiert. Was nun dringend zu regeln bleibt, ist eine ausreichende Finanzierung der künftigen Weiterbildung.

BPtK-Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

In den letzten zwanzig Jahren haben sich immer mehr Menschen für eine Psychotherapie entschieden. Auch bedingt durch die Corona-Pandemie leiden mehr Menschen unter psychischen Beschwerden. Gleichzeitig drohen in der gesetzlichen Krankenversicherung Erhöhungen der Beitragssätze. Es ist zu befürchten, dass der Gesetzgeber nach der Bundestagswahl im Herbst 2021 nach Einsparmöglichkeiten suchen wird. Um die Bedeutung der ambulanten Psychotherapie und den aktuellen Versorgungsbedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassend aufzeigen zu können, braucht es belastbare Daten aus der Versorgung. Die BPtK plant deswegen eine anonyme Online-Befragung von Psychotherapeuten und Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die Ergebnisse der Befragung sollen dabei helfen, ein vollständiges Bild der Versorgungssituation zu erhalten und den Handlungsbedarf gegenüber den politischen Entscheidern aufzuzeigen.

Die Befragung startet Mitte September 2021 und dauert circa 10 bis 20 Minuten. Interessierte ambulant tätige Psychotherapeuten, die selbst an der Befragung teilnehmen oder ihre Patienten darauf aufmerksam machen möchten, können sich zur Teilnahme an info@bptk.de wenden.

Die Wahlprogramme der Parteien

Die Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung wurden von den Parteien erkannt: BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern mehr Kassensitze für Psychotherapeuten sowie finanzielle Verbesserungen für Psychotherapeuten in Ausbildung und in Weiterbildung. Auch die FDP will die Wartezeiten auf Therapieplätze verkürzen und die Aus-

bildung der Psychotherapeuten weiterentwickeln. DIE LINKE sieht ebenfalls die Notwendigkeit, die Bedarfsplanung zu überarbeiten und die Finanzierung der Psychotherapie sicherzustellen. Die SPD möchte die ambulante und integrierte psychotherapeutische Versorgung stärken, damit sie niedrigschwellig und ohne lange Wartezeiten allen zugänglich ist. Auch die Union will die

psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen stärken.

Die Wahlprüfsteine „Politik für Menschen mit psychischen Erkrankungen 2021–2025“ können auf der Webseite der BPTK heruntergeladen werden: www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/20210424_BPtK_Politik-fuer-Menschen-mit-psychischen-Erkrankungen-2021-2025.pdf.

Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Schutz BPTK-Round-Table zur Suizidassistenz

Das Bundesverfassungsgericht hat am 26. Februar 2020 geurteilt, dass es ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben mit der Unterstützung durch Dritte gibt. Dieses Urteil hat die gesellschaftliche und politische Debatte zur Suizidassistenz erneut entfacht. Die BPTK hat am 29. Juni 2021 das Thema auf einem Round Table innerhalb der Profession erörtert. Zentrale Frage bei der Suizidassistenz sei immer die Abwägung zwischen Autonomie und Schutz der Sterbewilligen, stellte BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz fest. Er sehe die Profession in der Verantwortung, sich über die fachliche Beratung und Begutachtung von Sterbewilligen inklusive der berufsethischen Dimensionen eine Meinung zu bilden.

Ein wegweisendes Urteil für die Suizidassistenz?

Laut Prof. Dr. Steffen Augsberg, Professor für öffentliches Recht an der Universität Gießen, steht die Suizidassistenz immer im Spannungsfeld zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmung. Dieses Spannungsfeld sei gesetzgeberisch kaum aufzulösen. Das Recht auf Selbsttötung sei unter Rechtswissenschaftlern Konsens. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts könne deshalb zu diesem Punkt keine wegweisende Entscheidung sein. Grundsätzlich ergebe sich für den Gesetzgeber nicht zwingend ein Regelungsbedarf aus dem Urteil. Sollte der Gesetzgeber tätig werden, müsse er

BPTK & BAfF: Recht auf Sprachmittlung überfällig

Wer nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt, benötigt während der Behandlung durch einen Psychotherapeuten oder Arzt einen professionellen Übersetzer mit möglichst interkulturellen Kenntnissen („Sprach- und Kulturmittler“). Die Kosten dafür werden von den gesetzlichen Krankenkassen jedoch nicht übernommen. Die BPTK und die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) fordern deshalb einen Rechtsanspruch auf Sprachmittlung – analog zum Gebärdendolmetschen für Gehörlose. Für eine erfolgreiche Behandlung ist die gemeinsame Verständigung erforderlich. Die professionelle Sprachmittlung trägt dazu bei, dass die Chronifizierung von Erkrankungen, Fehlinformation, Fehldiagnosen und Fehlversorgung aufgrund von sprachlichen oder kulturellen Missverständnissen oder Übersetzungsfehlern verhindert werden.

Das gemeinsame Positionspapier kann auf der Webseite der BPTK heruntergeladen werden: www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/05/20210420_BAfF_BPtK_Positionspapier_Sprachbarrieren-in-der-Gesundheitsversorgung.pdf

klare Verfahrensregeln schaffen, die aber nicht nur auf Ausnahmesituationen, wie einer bestehenden Krankheit, fußen dürfen. Die Beantwortung der Frage, ob ein Mensch nicht mehr oder nicht so leben wolle, könne nur darüber gelöst werden, dass man mit den Sterbewilligen über Alternativen spreche und begutachte, ob eine psychische Erkrankung das Potenzial hat, die Selbstbestimmung zu gefährden, und dass eine Wartezeit bis zur Umsetzung des Suizids vorgesehen werde. Menschen mit psychischen Erkrankungen könnten nicht vom Zugang zur Suizidassistenz ausgeschlossen werden, da auch sie freiverantwortliche Entscheidungen fassen können. Es dürfe nicht zu einer Überpathologisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kommen, gerade deshalb sei die Begutachtung wesentlich.

Kein Druck auf vulnerable Menschen

Konterkariert die Suizidassistenz die Suizidprävention? Nach Ansicht von Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann, Professorin für Ethik an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, ist dies ein Konflikt, der nur in der Praxis aufgelöst werden kann. Der abgewogene, selbstbestimmte und dauerhafte Wunsch zu sterben (Bilanzsuizid) sei nicht der Normalfall. Die Vulnerabilität von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit Behinderungen müsse berücksichtigt werden. Die Suizidprävention müsse daher Vorrang haben und dürfe nicht mit der Beratung zur Suizidassistenz vermischt werden. Es gehe darum, Alternativen aufzuzeigen und Perspektiven zu schaffen. Bei psychisch kranken Menschen könne die Freiverantwort-

lichkeit eingeschränkt sein oder Suizidalität periodisch auftreten, sodass eine Abgrenzung bei der Begutachtung herausfordernd sein könne. Nach Ansicht von Graumann setze die ethische Legitimation für die Suizidprävention voraus, dass man die Vermeidung des assistierten Suizids als Ziel annehme und ein Verständnis von relationaler Autonomie habe. Suizidprävention müsse auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene stattfinden. Versorgungsangebote sowie Teilhabe und Selbstbestimmung in Behinderten- und Pflegeeinrichtungen müssten gestärkt sowie die Lebensleistung und ein Leben mit Beeinträchtigungen mehr wertgeschätzt werden.

Freiverantwortlichkeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen voraussetzen

Dr. Manuel Trachsel, Abteilungsleiter Klinische Ethik am Universitätsspital Basel, stellte heraus, dass die Suizidassistenz im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht stehe. In der Schweiz diskutiere man als Voraussetzungen für den assistierten Suizid drei Aspekte: unerträgliches Leid, Behandlungsresistenz und Freiverantwortlichkeit. Anders als in der Somatik gebe es in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung keine Definition, wann eine Therapieresistenz bestehe, und kein Modell der „letzten Krankheitsstufe“. Von Freiverantwort-

lichkeit könne gesprochen werden, wenn Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit oder Steuerungsfähigkeit bestehen. Informationen müssten verstanden werden, ihre Bedeutung erfasst und in Handeln umsetzbar sein. In einer Abwägung möglicher Alternativen werde eine rationale Gewichtung vorgenommen, die in einer Entscheidungsfindung münde. Grundsätzlich müsse auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen davon ausgegangen werden, dass sie einsichts- und urteilsfähig sind. Die Diagnose könne nur als Anhaltspunkt für einen Zweifel gesehen werden. Der Wechsel von Symptomen bei psychischen Erkrankungen könne die Freiverantwortlichkeit beeinflussen, weshalb eine Bewertung zu verschiedenen Zeitpunkten notwendig sei, auch um die Dauerhaftigkeit des Sterbewillens zu prüfen. Anerkannt werden müsse auch, dass es das Recht gebe, unvernünftige Entscheidungen oder Gründe anzuführen. Die Begutachtung dürfe daher nicht von den persönlichen Auffassungen der Begutachtenden abhängig sein. Wer sich stark für oder gegen die Suizidassistenz positioniert, sollte von einer Begutachtung Abstand nehmen.

Psychotherapeuten begrüßen Diskussion um Suizidassistenz

Viele Diskussionsteilnehmer plädierten dafür, dass Psychotherapeuten sich als

Experten für psychische Erkrankungen in die Beratung und Begutachtung von Sterbewilligen einbringen. Psychotherapeuten seien für das Erkennen und Diagnostizieren von psychischen Erkrankungen ausgebildet und könnten bewerten, ob es Einschränkungen der Freiverantwortlichkeit gebe. Psychotherapie setze stark am Autonomiegedanken an, deshalb dürfe sich die Profession der Auseinandersetzung mit ihrer Rolle in der Suizidassistenz nicht entziehen. Existenzielle Fragen stellten sich häufig im psychotherapeutischen Setting und Psychotherapeuten unterstützen dabei, Einengungen aufzulösen und Perspektiven zu schaffen. Komplex sei auch die Frage, ob Minderjährigen der Zugang zu Suizidassistenz verwehrt bleiben dürfe. Geklärt werden müsse, in welchen Strukturen die Beratung Sterbewilliger am besten ausgestaltet und wie eine unabhängige, qualitätsgesicherte Begutachtung sichergestellt werden kann. Hierfür seien Fortbildungsangebote zentral. In der Debatte zur Suizidassistenz werden Psychotherapeuten sich grundsätzlich auch für eine starke Suizidprävention einsetzen. Festgehalten wurde, dass wichtig sei, dass die berufsethische Auseinandersetzung mit der gesamten Profession fortgeführt und intensiviert werde.

NPCE: Psychische Folgen der Corona-Pandemie gemeinsam bekämpfen

Welche Herausforderungen die Corona-Pandemie für die psychotherapeutische Versorgung in der EU darstellt, war das Thema der diesjährigen Veranstaltung des Network for Psychotherapeutic Care in Europe (NPCE) unter der Leitung von Dr. Nikolaus Melcop, Vize-Präsident der BPTK, und Dr. Jorge Gravanita, Präsident der portugiesischen Gesellschaft für Klinische Psychologie (SPPC). Die Pandemie hat auch deutliche Spuren in der Psyche hinterlassen, insbesondere Kinder und ältere Menschen leiden unter den Kontaktbeschränkungen. Die Menschen suchen psychotherapeutische Hilfe, jedoch sind der Zugang, die Finanzierung, aber auch ausreichende Therapieplätze nicht gewährleistet. Das NPCE hat daher ein Positionspapier verabschiedet und fordert die EU und die Mitgliedstaaten auf, die psychische Gesundheit im Rahmen der Corona-Politik stärker in den Fokus zu rücken. Mehr Informationen können im aktuellen BPTK-EU-Newsletter nachgelesen werden.

Hilfe-Portal sexueller Missbrauch des UBSKM aktualisiert – BPTK bittet Psychotherapeuten um Registrierung in der Hilfe-Datenbank

Das Hilfeportal www.hilfe-portal-missbrauch.de des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) wurde grundlegend erneuert. In dem Portal finden Betroffene, Angehörige und Fachkräfte einen schnellen Zugang zu Hilfen und Information zum Thema sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend. Auch Menschen, die sich Sorgen um ein Kind machen oder Fragen zum Thema haben, erhalten hier Unterstützung. Mit dem Relaunch bündelt das Portal die Zugangswege: Ratsuchende können per Telefon oder über die Online-Beratung direkt Kontakt zum Hilfe-Telefon Sexueller Missbrauch aufnehmen. Sie können aber auch in der umfangreichen Datenbank nach einem passenden Hilfeangebot vor Ort oder nach weiteren telefonischen und Online-Hilfeangeboten suchen.

Zum Portal gehört auch eine neue Datenbank mit deutschlandweiten Hilfeangeboten. In der Datenbank können sich Beratungsstellen, Psychotherapeuten, Ärzte, Rechtsanwälte, Krisendienste und Zufluchtsorte registrieren, die Hilfe für Betroffene sexuellen Missbrauchs anbieten. „Wir möchten alle Psychotherapeuten, die Opfer sexuel-



len Missbrauchs behandeln möchten, dazu aufrufen, sich in dem neuen Portal zu registrieren“, so BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz. Alle Einträge des bisherigen Hilfeportals wurden deaktiviert, sodass die Neu- bzw. Wiederregistrierung unbedingt erforderlich ist, um in dem neuen Hilfe-Portal gelistet zu werden. Über die Arztnummer oder die Mitgliedschaft in einer Psychotherapeutenkam-

mer wird die Approbation als Psychotherapeut überprüft. Der UBSKM bittet insbesondere Psychotherapeuten, die traumaspezifisch arbeiten und/oder sich traumaspezifisch fortgebildet haben, sich zu registrieren.

Link zur Registrierung:
www.hilfe-portal-missbrauch.de/ueber-uns/registrierung

Psychische Erkrankungen und Gewalt

Seine Erkrankung hat Werner W. (Name geändert) als eine „Katastrophe“ erlebt. Wichtige Beziehungen gingen zu Bruch, er musste seinen Beruf aufgeben, das Leben, wie er es kannte, veränderte sich massiv. Der Grund: Eine Wahrnehmung schob sich über die Alltagsrealität. Werner W. fühlte sich von anderen Menschen zunehmend bedroht und verfolgt, obwohl niemand hinter ihm her war. Im Grunde lebte er in einem „Zustand permanenter Angst“.

Einmal hatte ihn die Polizei auf einem Bahnhof aufgegriffen. Fünf Tage und Nächte war er in der Stadt unterwegs gewesen, ohne zu essen, zu trinken

oder zu schlafen. Ein junger Polizeibeamter half dabei, dass die Situation nicht eskalierte: Er stellte die Überzeugungen von Werner W. nicht infrage, wahrte Distanz und bot Hilfe an: „Können wir etwas für Sie tun?“, fragte der Polizist. „Das war genau richtig“, urteilt Werner W. im Rückblick, dem es heute durch eine Psychotherapie und medikamentöse Behandlung gut geht.

Derartige Berichte über gewaltfrei verlaufende Notsituationen schwer psychisch kranker Menschen sind selten. Stattdessen prägen immer wieder Gewalttaten die Schlagzeilen in Presse, Funk und Fernsehen. „Durch solche erschreckenden

Berichte entsteht schnell der Eindruck, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen gefährlich sind“, stellt BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz fest. „Dies führt aber dazu, dass sich insbesondere schwer psychisch kranke Menschen scheuen, professionelle Hilfe zu suchen, weil sie befürchten, sonst für Gewalttäter oder, wie es eine Patientin formulierte, für ‚Monster‘ gehalten zu werden.“

Psychische Erkrankungen führen nur sehr selten zu Gewalt gegenüber anderen

Psychische Erkrankungen sind häufig: Im Laufe eines Lebens erkrankt fast

jeder zweite Deutsche an einer psychischen Störung. Die allermeisten Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen dabei keine Gefahr für andere dar: Das Risiko, durch die Gewalttat eines psychisch kranken Menschen zu sterben, ist mit eins zu eineinhalb Million zehnmal geringer als das allgemeine Risiko, in Deutschland durch ein Gewaltverbrechen zu sterben.

Angst, Realitätsverlust und Drogen können Gewalttaten begünstigen

Bei einzelnen schweren psychischen Erkrankungen, wie psychotischen oder substanzbezogenen Störungen, kann das Risiko für Gewalttaten erhöht sein.

Alkohol und Drogen erhöhen das Gewaltpotenzial am stärksten – bei psychisch kranken wie auch gesunden Menschen. Treten Drogenmissbrauch und psychische Störungen gemeinsam auf, steigt das Risiko für eine Gewalttat besonders stark, wie eine dänische Kohortenstudie zeigt: Bei Männern um das 8-fache und bei Frauen um das 25-fache im Vergleich zu psychisch gesunden und abstinenten Personen.

Auch eine psychotische Erkrankung erhöht das Risiko für eine Gewalttat, vor allem dann, wenn sich die erkrankte Person in einer akuten psychotischen Phase befindet. Während in der All-

gemeinbevölkerung das Risiko, ein Tötungsdelikt zu begehen, bei durchschnittlich 0,02 Prozent liegt, liegt es bei psychotisch kranken Menschen bei 0,3 Prozent. Auch wenn das Risiko damit deutlich erhöht ist, ist es nach wie vor verschwindend gering.

Die Gründe für Gewalttaten durch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind meist gar nicht so schwer zu verstehen: Viele Menschen mit diesen Erkrankungen haben oft außergewöhnlich große Angst. Häufig wird der Kontakt zur Realität verloren und eine bedrohliche Wahnrealität baut sich auf. Betroffene versuchen sich dann zu schützen und wehren sich manchmal mit Gewalt.

Behandlung ist der wirksamste Schutz vor Gewalt

Wenn Menschen schwer psychisch erkrankt sind, ist ein frühes Erkennen und Behandeln der Erkrankung der wirksamste Schutz vor Gewalt. Dazu gehört in vielen Fällen sowohl eine Psychotherapie als auch eine angemessene medikamentöse Behandlung. Studien zeigen, dass sich 40 Prozent der schweren Gewalttaten durch Menschen mit Psychosen in der ersten Krankheitsphase ereignen, bevor überhaupt eine Behandlung stattgefunden hat. Bleibt eine regelmäßige psychotherapeutische Behandlung aus, ist das Risiko für Gewalttaten bei Menschen mit Psychosen um 700 Prozent erhöht.

Nationale Demenzstrategie

Die BPTK wurde als Akteurin in die Nationale Demenzstrategie aufgenommen und arbeitet künftig an der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen mit. Unter anderem geht es dabei um eine bessere psychotherapeutische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Entwicklung eines Versorgungspfads Demenz. Aber auch der Zugang von pflegenden Angehörigen zu psychosozialen Unterstützungs- und Beratungsangeboten soll konkret verbessert werden.

Die Nationale Demenzstrategie wurde von der Bundesregierung, der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, den Ländern und Kommunen, den Verbänden des Gesundheitswesens und der Pflege, den Sozialversicherungsträgern, der Zivilgesellschaft und der Wissenschaft gemeinsam erarbeitet und am 1. Juli 2020 verabschiedet. In den vier Handlungsfeldern „Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen“, „Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen“, „Medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln“ sowie „Exzellente Forschung zu Demenz fördern“ wurden 160 konkrete Maßnahmen beschlossen (www.nationale-demenzstrategie.de).

Deutscher Psychologie Preis 2021

Der Deutsche Psychologie Preis 2021 geht an Prof. Dr. Cornelia Betsch, Expertin für Gesundheitskommunikation an der Universität Erfurt. Seit Beginn der Corona-Pandemie fragt sie die Bevölkerung im Rahmen der „COSMO“-Studie regelmäßig zum Wissen über das Virus, zur Risikowahrnehmung, zum Schutzverhalten und zum Vertrauen in politische Entscheidungen. Die Träger des Deutschen Psychologie

Preises würdigen mit dieser Verleihung die herausragenden Leistungen im Bereich der Gesundheitskommunikation im Allgemeinen und ihren Beitrag zur Bewältigung der Corona-Pandemie im Besonderen. Der mit 10.000 Euro dotierte Preis wird Frau Professorin Betsch am 25. November 2021 voraussichtlich in Berlin verliehen. Weitere Informationen unter dem folgenden Link: www.deutscher-psychologie-preis.de.



Prof. Dr. Cornelia Betsch
© Marco Borggreve

Neue BPtK-Publikationen

BPtK-Patientenbroschüre „Wege zur Psychotherapie“

Die Patientenbroschüre „Wege zur Psychotherapie“ wurde überarbeitet und ergänzt, um Neuerungen in der ambulanten Psychotherapie zu berücksichtigen. Um Patienten über die Möglichkeiten der Gruppenpsychotherapie umfassender zu informieren, wurde in der BPtK-Broschüre ein eigenes Kapitel zur Gruppenpsychotherapie ergänzt. Darüber hinaus finden sich in der Neuauflage Patienteninformationen zur Videobehandlung und zum Einsatz von Digitalen Gesundheitsanwendungen.

Die Neuauflage der Broschüre „Wege zur Psychotherapie“ ist Anfang August 2021 erschienen und kann auf der BPtK-Homepage als PDF-Dokument heruntergeladen oder als Printversion über die BPtK-Geschäftsstelle (bestellungen@bptk.de) bestellt werden.

BPtK-Praxis-Info E-Patientenakte

Seit dem 1. Januar dieses Jahres können sich Versicherte der gesetzlichen Kran-

kenversicherung kostenfrei eine elektronische Patientenakte anlegen. Sie ist für Patienten ein zentrales Archiv ihrer medizinischen Unterlagen. Die Einrichtung und Nutzung einer E-Patientenakte ist freiwillig. Der Patient hat als Einziger das Recht, „jederzeit“ seine E-Patientenakte einzusehen. Er bestimmt, welche Daten gespeichert werden, und legt fest, welcher Psychotherapeut oder Arzt Daten einsehen darf. In der neuen BPtK-Praxis-Info sind relevante Informationen zur E-PA für Psychotherapeuten zusammengestellt. Auch gibt die Praxis-Info Empfehlungen, wie Psychotherapeuten ihre Patienten beraten können.

Die BPtK-Praxis-Info kann auf der Webseite der BPtK heruntergeladen werden: www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/08/bptk_praxisInfo_e-patientenakte.pdf

BPtK-Standpunkt „Psychiatrie – Mehr Zeit für Psychotherapie“

Nach wie vor fehlt in den Krankenhäusern für Psychiatrie ausreichend Zeit

für psychotherapeutische Gespräche mit den Patienten. Aus diesem Grund soll die Richtlinie Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie) zum 1. Januar 2022 um Mindestvorgaben für Psychotherapeuten ergänzt werden.

Wie eine gute psychotherapeutische Versorgung im stationären Setting gelingen kann, welche Rolle Psychotherapeuten hierbei übernehmen können und welche Erfahrungen Patienten in psychiatrischen Kliniken gesammelt haben, illustriert der BPtK-Standpunkt „Psychiatrie – Mehr Zeit für Psychotherapie“ anhand ausgewählter Praxisbeispiele und Erfahrungsberichte.

Der BPtK-Standpunkt kann auf der Webseite der BPtK heruntergeladen werden:

<https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/bptk-standpunkt-psychiatrie.pdf>



Geschäftsstelle

Klosterstr. 64
10179 Berlin

Tel.: 030/278785-0
Fax: 030/278785-44

info@bptk.de
www.bptk.de



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) war für alle Beteiligten ein Kraftakt, um die vom Gesetzgeber festgelegte Frist einzuhalten und somit Vergütungsabschläge zu vermeiden. Im Vorfeld der Ausgabe waren von den Vertrauensdiensteanbietern, d. h. den Kartenherstellern, zahlreiche, teils auch nur geringfügige Änderungen für den datenkonformen und datengeschützten Ausgabeprozess erforderlich, die jedoch immer wieder zu Zeitverzug führten. Bedauerlicherweise ist das BMG nicht davon abgerückt, den Termin für den Beginn von möglichen Vergütungsabschlägen zu verschieben, was nötig gewesen wäre, da die Kollegen die zeitliche Verzögerung der Ausgabe nicht verschuldet haben und den Antrag nicht früher stellen konnten. Einigung konnte erzielt werden, dass das Datum der Antragstellung und nicht der Erstnutzung als Stichtag für Sanktionen sei. Rasches Handeln war erforderlich, um den Antrag noch vor Ende Juni zu stellen. In der Kammer haben mehrere Mitarbeiter in diesen Tagen ausschließlich Anträge für den eHBA bearbeitet. Hinzu kam, dass bei etwa einem Drittel der Antragsteller kurzfristig Adressänderungen eingegeben werden mussten, da diese nicht vorab beim Umzug gemeldet worden waren – ein enormer zusätzlicher personeller Aufwand. Es ist uns dennoch gut gelungen, die Anträge in kurzer Zeit, in der Regel in weniger als drei bis maximal fünf Tagen, abzuarbeiten und die Zugangsdaten zum Vertrauensdiensteanbieter postalisch zu versenden. Für diesen Kraftakt dankt der Vorstand den Mitarbeitern der Kammer, aber auch Ihnen, den Kollegen, die ihren Antrag rechtzeitig gestellt und die nötige Geduld aufgebracht haben, um die einzelnen Antragschritte zu erledigen.

Wiederholt hat uns die Kritik erreicht, dass die Kammer sich der Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht kritisch genug entgegenstelle,

sondern die Kollegen aufgefordert habe, den eHBA zu beantragen. Das ist, so der gesetzliche Auftrag an die Körperschaft Landespsychotherapeutenkammer, auch ihre Aufgabe, den wir erfüllen. Unabhängig von persönlichen Einschätzungen bspw. der Vorstandsmitglieder, die z. T. in Stellungnahmen von Verbänden zum Ausdruck kommen, bestehen hier rechtsstaatliche Grenzen und rechtlich übertragene Aufgaben für die Kammer, die wir achten und einhalten. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene haben wir den politischen Prozess der Digitalisierung des Gesundheitswesens immer kritisch begleitet und interveniert und dabei auf die besonders schutzbedürftigen Daten der Menschen mit psychischen Erkrankungen hingewiesen, da diese noch immer mit Stigmatisierungen und somit gesellschaftlichen Nachteilen zu rechnen haben. Die berufliche Selbstverwaltung wird in solchen Situationen immer wieder vereinzelt infrage gestellt und bei aller möglichen Kritik sollte sie trotzdem nicht leichtfertig aufs Spiel gesetzt bzw. sollte nicht jenen Politikern in die Hand gespielt werden, die sie abschaffen und durch staatliche Regulation ersetzen wollen. Dass wir unsere Berufsausübung z. B. in der Weiterbildung oder auch bei Sanktionen von Verstößen gegen gute Berufsausübung selbst regeln, ist ein hohes Gut, das sich gegen staatliche Überregulierung zu schützen und zu verteidigen lohnt, auch wenn wir uns nicht immer durchsetzen können.

Wir verbleiben mit den besten kollegialen Wünschen

Ihr Kammervorstand

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

Online-Veranstaltung mit gematik zur elektronischen Patientenakte ePA

Das Thema Telematikinfrastruktur (TI) und elektronische Patientenakte (ePA) beschäftigt Psychotherapeuten, die an der durch gesetzliche Krankenkassen finanzierten Versorgung teilnehmen. Das Thema wird unter LPK-Mitgliedern kontrovers diskutiert. Mit einer von Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz moderierten, gemeinsam mit der gematik durchgeführten und mit ca. 500 Teilnehmern gut besuchten zweistündigen Online-Veranstaltung „gematik trifft

LPK Baden-Württemberg“ sollte mithilfe zweier Experten ein erster Überblick über Konzept und Funktionsweise des ePA sowie Rechts- und Haftungsfragen gegeben werden.

Dr. Munz bedankte sich einleitend bei der gematik, die die Veranstaltung vorbereitet und technisch im Hintergrund begleitet hat. Er ging zunächst kurz auf deren Geschichte ein: vor mehr als 15 Jahren zur Einführung und Weiterent-

wicklung der TI im Gesundheitswesen gegründet, Gesellschafter seien neben dem BMG die Kassenärztliche und -zahnärztliche Bundesvereinigung (KBV, KZBV), die Bundesärzte- und -zahnärztekammer (BÄK, BZÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Apothekerverband (DAV) sowie der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung. Die BPTK sei, obwohl von Anfang an mehrfach beantragt, bislang nicht als



Kammerpräsident Dr. Munz online

Gesellschafter aufgenommen worden. Finanziell werde die Arbeit der gematik vom GKV-Spitzenverband getragen (1 € pro Mitglied der GKV).

Wie Dr. Munz weiter ausführte, liege der gesetzliche Auftrag der gematik in der Festlegung der technischen Spezifikation der verschiedenen Datenformate und Dienste in der TI sowie deren Prüfung und Zulassung. Wichtige Komponenten sind u. a. der elektronische Heilberufsausweis eHBA, dessen Nutzung durch die kassenzugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten gesetzlich vorgeschrieben ist und der nach mühseligen Vorarbeiten derzeit ausgegeben wird, sowie die ePA, die seit Januar dieses Jahres allen gesetzlich Krankenversicherten von ihrer Versicherung zur Verfügung gestellt werden muss.

Zur Rolle der Kammer führte Dr. Munz aus, dass die Heilberufekammern über das Heilberufe-Kammergesetz (HBKG) zur Ausgabe des eHBA verpflichtet worden seien. Im Vorfeld sowohl zur Einführung des eHBA als auch der ePA sei die LPK von verschiedener Seite immer wieder kritisiert worden, dass sie nicht zum Boykott aufrufe oder diejenigen zu wenig unterstütze, die sich an der TI nicht beteiligen wollen. Die Kammer sei als Körperschaft öffentlichen Rechts mit staatlichen Aufgaben betraut und gesetzlich verpflichtet, Gesetze umzusetzen oder deren Umsetzung zu unterstützen. Ähnliches gelte auch für

die KV, die bspw. gesetzlich vorgeschriebene Sanktionen durch Vergütungsabschlüsse umsetzen muss, wenn Kollegen ihrer Verpflichtung zur Teilnahme an der TI nicht nachkämen. Die Kammern bewerteten auch manches kritisch, die BPtK habe dazu im Standpunkt „Digitalisierung in der Psychotherapie“ (<https://bit.ly/3CsMZXd>) so-

wie in der „PraxisInfo Elektronischer Psychotherapeutenausweis“ (<https://bit.ly/3iwUR1X>) ausführlich Stellung genommen.

Die beiden Referenten **Philipp Mähl**, Produktmanager ePA der gematik, und **Dr. Philipp Kircher**, Rechtsanwalt und Experte für Datenschutz im Gesundheitswesen, beschrieben technische und anwendungsbezogene sowie rechtliche, v. a. datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen und Fragen der TI im Allgemeinen sowie des ePA im Besonderen.

Philipp Mähl erläuterte Technik, Konzept und die Ausbaustufen der ePA. Wie er ausführte, eröffne die ePA neue Möglichkeiten im Versorgungsprozess. Er hob insbesondere die positiven Aspekte dieser Entwicklung hervor: der Patient sei Mittelpunkt seiner eigenen Gesundheit, er werde u. a. stärker einbezogen und seine digitale Gesundheitskompetenz gestärkt. Auch könne die Verfügbarkeit der Daten die Informationslage für die Behandlung verbessern. Weiter ging Mähl auf die TI-Komponenten und deren

Zusammenspiel sowie auf die Voraussetzungen ein, die Nutzer, also Versicherte und Leistungserbringer, für die Einrichtung der ePA benötigen.

Dr. Philipp Kircher ging auf Rechts- und Haftungsfragen rund um die ePA ein. Ausgehend vom Status Quo zur ePA im Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) und im Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) skizzierte er Verantwortlichkeitsgrenzen zwischen Praxisverwaltung/Behandler und ePA/Patient sowie Haftungsrisiken. Die ePA sei geeignet, eher Haftungsfälle zu reduzieren, da sie unter anderem evtl. wichtige Informationen schnell verfügbar machen kann. Die ePA-Daten dürften allerdings nur und erst gelesen werden, wenn der Patient zustimmt, d. h. dieser habe letztlich die Datenhoheit darüber. Zu Nachfragen bezüglich der in die ePA einzustellenden Dokumentation betonte er, dass alles in der ePA für die Behandlung von Bedeutung sein müsse. Dies müsse nicht die Aufzeichnungen über die einzelnen Therapiestunden umfassen, die in der Patientenakte der Praxis aufzubewahren seien.

Im Verlauf und auch nach den beiden Referaten gab es eine Fülle von Anmerkungen, kritischen Kommentaren und Fragen der Teilnehmer, die von Kammerpräsident Munz und den Referenten beantwortet wurden.



gematik-Referent Philipp Mähl

Die gesamte Veranstaltung kann man sich auf youtube unter: <https://www.youtube.com/watch?v=tDa6NINik2k> ansehen. Die Fragen wurden gesamt

youtube.com/watch?v=tDa6NINik2k ansehen. Die Fragen wurden gesamt

melt und stehen demnächst als FAQ zur Verfügung. Wir berichten darüber auf unserer Homepage.

Stand Anträge elektronischer Heilberufeausweis (eHBA)

Anfang Juni mussten wir unsere kasenzugelassenen Mitglieder darauf hinweisen, den elektronischen Heilberufeausweis (eHBA) bis spätestens zum 30. Juni 2021 direkt bei der LPK-Geschäftsstelle zu beantragen, um Honorarkürzungen der KV zu vermeiden. Per Mail konnte man die Zugangsdaten zum hierfür von uns in umfangreichen Vorarbeiten angelegten sog. „Vorbe-
füllungsportal“ anfordern. Der Termin dieser Antragstellung gilt als Antragsdatum für den HBA und die Prüfung möglicher Sanktionen. Nach Erhalt der persönlichen Zugangsdaten konnte man im

Portal der „Vertrauensdiensteanbieter“ die Bestellung abschließen.

Die BPTK hatte im Vorfeld das BMG um eine Verschiebung des Termins (1. Juli 2021) gebeten, ab dem Sanktionen für eine verspätete Bestellung des eHBA in Kraft treten. Dies wurde vom BMG abgelehnt. Wichtig war deshalb, dass der Antrag bei der Kammer bis Ende Juni vorliegen musste. Minister Spahn hat mündlich gegenüber der Ärztekammer bestätigt, dass dies ausreiche.

Mit Stand 25. Juli 2021 hatten 3.041 LPK-Mitglieder die Zugangsdaten für

den eHBA beantragt. Die eHBA wurden ab Anfang August ausgesendet.

Für ca. 1.000 Mitglieder mussten von den Mitarbeitern der LPK-Geschäftsstelle kurzfristig die Adressdaten korrigiert werden, da deren Einträge wegen fehlender Meldung von Änderungen in der LPK-Datenbank nicht aktuell waren. Wir weisen an dieser Stelle nochmal darauf hin, dass LPK-Mitglieder einer Meldepflicht unterliegen, d. h. Änderungen bzgl. Namen, Adressen, Telefonnummern etc. möglichst unverzüglich an die Geschäftsstelle gemeldet werden müssen.

Änderung Pflichtversorgungsgebiet Kinder-/Jugendpsychiatrie Freiburg

Das Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter, bittet darum, folgende Mitteilung bekannt zu machen: „Seit Juli 2021 hat sich das Pflichtversorgungsgebiet der

Kinder- und Jugendpsychiatrie Freiburg verändert und mehrere Gemeinden aus unserem Bereich sind an die Luisen-Klinik übergegangen. Es handelt sich dabei um folgende **Gemeinden: Löfingen, Friedenweiler, Eisenbach,**

Titisee Neustadt, Lenzkirch und Schluchsee.“

Wir bitten die Kollegen bei Patienten aus den genannten Gemeinden um freundliche Beachtung.

Landespsychiatrietag „Gemeinsam Gesund“ mit LPK-Beteiligung

Der 6. Landespsychiatrietag, geplant und durchgeführt unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Bürgerhelfern und professionellen Helfern fand dieses Mal als Hybridveranstaltung am 24. Juli in Stuttgart (und im Internet) statt. Seit einigen Jahren beteiligt sich die LPK Baden-Württemberg aktiv an der Planung und Gestaltung dieser Veranstaltung, insbesondere zu Themen in den Nachmittagsforen. Die Tagung unter dem Motto „Gemeinsam-Gesund“ bot wieder Gelegenheit zum direkten Austausch. Das Motto wurde bewusst gewählt, um auf das gesellschaftliche Problem der wieder deutlich zunehmenden Stigmatisierung psychisch Kranker aufmerksam zu machen. In dem Hauptvortrag erläuterte **PD Dr. Nicolas Rüschi** (Psychiatrie II; Universität Ulm) Formen und Folgen von Stigma

(öffentliche Stigmatisierung, Selbststigma, Strukturelle Diskriminierung) und erläuterte deren psychische Auswirkungen v. a. bei jungen Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko. Er wies darauf hin, dass gerade bei Psychosen Metaanalysen zeigten, dass gesellschaftliche Stigmatisierung in den letzten Jahren zugenommen hat, und forderte auf, Menschen mit psychischen Erkrankungen stärker in Antistigma-Arbeit einzubeziehen. In der Podiumsdiskussion mit Betroffenen wurde nochmals eindrucksvoll anhand der offenen Schilderungen deutlich, wie stark öffentliche Stigmatisierung und strukturelle Diskriminierung ständig das Leben und den Alltag belasten.

Das Forum 6 zum Thema „Hilfen für Kinder von psychisch erkrankten El-

tern“ wurde von der LPK (Dr. Roland Straub, Co-Moderation) mitgestaltet. Heike Petereit-Zipfel vom Landesverband der Angehörigen führte in das Thema ein, indem sie auf die Kernthesen und Empfehlungen des 2019 veröffentlichten Berichts der Arbeitsgruppe „Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern“ des Deutschen Bundestags hinwies.

Dr. Christian Brandt (Sozialministerium BW) stellte die bisherigen Ergebnisse und Empfehlungen zur Zusammenarbeit in den Stadt- und Landkreisen der Arbeitsgruppe des LAK Psychiatrie BW vor und ging u. a. der Frage nach, wie betroffene Familien durch entlastende und stärkende Präventionsangebote erreicht werden können.



Dr. Roland Straub online in Forum 6

Ullrich Böttinger, Leiter des Amts für Soziale und Psychologische Dienste

Fachstelle Ausblick Hochdorf, skizzierte ihre Arbeit. Ziel der Fachstelle sei es,

beim Landratsamt Ortenaukreis, stellte Grundzüge einer kommunalen Präventionsstrategie und Teilhabeplanung mit niederschwelligem Zugang für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen auf Landkreisebene am Beispiel des Ortenaukreises (Präventionsnetzwerk Ortenaukreis) vor.

betroffene Familien zu erreichen und mit den passenden Hilfe-Einrichtungen zu vernetzen.

Im abschließenden, durch die technischen Vorgaben stark eingeschränkten Austausch gab eine betroffene Tochter eines psychisch kranken Vaters Einblick in ihre familiären Erfahrungen als Kind und beantwortete Fragen.

Eindrücke/Fotos und Dokumente/Referate zur Veranstaltung können über den folgenden Link heruntergeladen werden: <https://landespsychiatrietag.de>

Dorothee Kocher,

Online-Fachtag „Raus mit der Sprache“ – Auskunftspflicht gegenüber Krankenkassen, MDK, Behörden, Polizei und Justiz

Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) sehen sich im Berufsalltag häufiger mit Anfragen zu Befunden, Behandlungsverläufen und Prognosen ihrer Patienten konfrontiert. Dabei sind immer Fragen der Auskunftspflicht zu berücksichtigen.

Der mit ca. 150 Teilnehmern ausbuchte LPK-Online-Fachtag richtete sich sowohl an niedergelassene Kollegen als auch diejenigen, die in Kliniken, Beratungsstellen und im Justizvollzug tätig sind. Er wurde vom LPK-Ausschuss Berufsordnung angeregt und mit Unterstützung von Vorstand und Geschäftsstelle organisiert. Nach Begrüßung und Einführung von Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz sowie des Moderators und BO-Ausschussvorsitzenden **Dr. Peter Baumgartner** gab es vier Impulsvorträge.

Zunächst referierte der langjährige Kammeranwalt und Leitende Staatsanwalt i. R. **Manfred Seeburger** zur Auskunftspflicht gegenüber Polizei, Justiz und Behörden sowie Gerichten. Themen waren Offenbarungs-

befugnisse und -pflichten in Fällen von Eigen- und Fremdgefährdung der Patienten und zum Schutz von Minderjährigen sowie in Fällen eigener berechtigter Interessen von Psychotherapeuten.

Im Anschluss gab Dr. Rüdiger Freudenstein, Leiter des Fachreferats AU des Medizinischen Dienstes (MD) Baden-Württemberg, einen Überblick zum rechtlichen Auftrag und Aufgaben des MD. Er legte dar, dass Psychotherapeuten zur Informationsübermittlung an den MD verpflichtet sind. In der Regel sollte es ausreichend sein, die einschlägigen Passagen aus der Patientenakte zu übermitteln, d. h. Angaben zur Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen, Arztbriefe.



Moderation durch den BO-Ausschussvorsitzenden Dr. Peter Baumgartner

Dr. Judith Arnscheid, KJP und Geschäftsführerin der Gutachtenstelle Stuttgart, ging in ihrem Vortrag mit dem Titel „Können Sie mir nicht mal kurz was schreiben“ zur Auskunftspflicht und Schweigepflicht in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ein. Sie entwickelte im Fall der zehnjährigen HANNAH mit getrennten Eltern konflikthafte Themen/Perspektiven, mit denen sich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten konfrontiert sehen können im Hinblick auf Auskunftswünsche der Mutter,

des Vaters, der Gutachterin, der Schule, des Jugendamts.

Im letzten Impulsvortrag „Sei standhaft, duldsam und verschwiegen – oder doch nicht?“ thematisierte **Tilman Kluttig** den Umgang mit der Schweigepflicht im Straf- und Maßregelvollzug. Motto für forensische Psychotherapien könne, wie er ausführte, sein: Standhaftigkeit

gegenüber verführenden, bedrohlichen und manipulierenden Patienten, gegenüber Forderungen von Institutionen, auch gegenüber Gegenübertragungsreaktionen zwischen Rettungsphantasien und Einnehmen der Position des Ermittlers oder Verfolgers.

Nach den Vorträgen bestand die Möglichkeit, in virtuellen Kleingruppen zu-

sammen mit den Referenten konkrete Fallkonstellationen zu erörtern. Ein ausführlicher Bericht findet sich auf der LPK-Homepage. Die Folien der Vorträge können unter <https://www.lpk-bw.de/news/2021/bo-fachtag-raus-mit-der-sprache> heruntergeladen werden.

Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“

Der seit 2015 bestehende AK wurde in der letzten Vertreterversammlung 2020 erneut verlängert. Er trifft sich pandemiebedingt nun seit 2021 regelmäßig online.

Die acht Experten des AK, überwiegend von Beginn an dabei, sind tätig in der regionalen ambulanten und/oder stationären psychotherapeutischen Versorgung und auch aktiv im Aufbau und der Kontinuität/Förderung regionaler Qualitätszirkel sowie als Referenten bei regionalen und überregionalen Veranstaltungen zum Thema. Aufgabenschwerpunkte des AK sind, neben der

Förderung regionaler Qualitätszirkel, die Erweiterung des Adressen-Pools niedergelassener Kollegen, die Menschen mit intellektuellen Einschränkungen und psychischen Störungen behandeln und die daher bereit sind, akute Anfragen anzunehmen, die in der Kammer regelmäßig von Angehörigen und kommunalen Einrichtungen eingehen. Als weitere wichtige Aufgaben hat sich der AK die Initiierung, Förderung und Unterstützung von Fortbildungsveranstaltungen für Mitglieder vorgenommen. Geplant sind Online-Fortbildungen für Mitglieder, die gegen Abend (z. B. 19.30–21.00 Uhr) angeboten werden,

mit der Erwartung, dass innerhalb dieses Zeitrahmens viele interessierte Niedergelassene zu erreichen sind. Eine erste Veranstaltungsreihe wird schon im September starten (wir berichten auf unserer Homepage und im Newsletter). Ein weiteres Thema waren die immer öfter realitätsfern formulierten Ziele und Erfahrungen mancher Bedarfsermittler, Behörden und auch Angehöriger bezüglich dessen, was alles von einer Psychotherapie bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen erwartet wird. Dies soll in den weiteren Treffen genauer betrachtet werden.

Bekanntmachung über die Auslage des Prüfberichtes 2020 sowie des Haushaltsplanes 2022 der LPK BW zur kammeröffentlichen Einsichtnahme

Gemäß §§ 27 Abs. 4, 28 Abs. 3 der Hauptsatzung werden der Prüfbericht über den Jahresabschluss 2020 und der prospektive Haushaltsplan 2022 in der Zeit vom 25. Oktober bis zum 21.

November 2021 für alle Kammermitglieder in der Geschäftsstelle, Jägerstrasse 40, 70174 Stuttgart, zur kammeröffentlichen Einsichtnahme ausgelegt. Falls Sie diese Dokumente einsehen

möchten, bitten wir Sie um vorherige Terminabstimmung per Telefon (0711/674470-0) oder per E-Mail (info@lpk-bw.de).

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 Psychotherapeu- ten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Austausch zur Zukunft der Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe

Anfang Juli veranstaltete die PTK Bayern eine Online-Diskussion zur Zukunft der Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe mit Kollegen aus der Jugendhilfe und psychotherapeutischen Praxis. Das neue Psychotherapeutengesetz und die neue Musterweiterbildungsordnung bieten die Möglichkeit, dass zukünftig Teile der Psychotherapie-Weiterbildung auch in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe stattfinden können. Hierfür wurden Kammermitglieder und Kollegen, die in der Jugendhilfe arbeiten, zu der Veranstaltung eingeladen. Sie wurden zunächst über die Eckpunkte der neuen Musterweiterbildungsordnung in diesem Bereich informiert. Anschließend gab es einen Austausch über die Chancen und Herausforderungen, die sich daraus für die Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe ergeben. Die Kommission Psychotherapie in Institutionen organisierte die Veranstaltung, um einen Austausch und eine Vernetzung zwischen den verschiedenen Beteiligten in der Jugendhilfe anzustoßen. Bei der Betreuung, Beratung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind häufig beide Systeme – Psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe – beteiligt. Die Fallzahlen Betroffener steigen immer weiter an und der Hilfebedarf wird zunehmend komplexer. Um dem gerecht zu werden, bedarf es unterschiedlicher fachlicher Kompetenzen. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder-



Die Kommission Psychotherapie in Institutionen und Vorstandsmitglieder der PTK Bayern organisierten einen Austausch zur Zukunft der Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe. V. l. n. r.: Vorstandsmitglied Prof. Heiner Vogel, Dr. Christian Hartl, Ulla Schaller, Prof. Beate Leinberger, Vizepräsident Peter Lehndorfer, Agnes Mehl, Vorstandsmitglied Prof. Monika Sommer, Gabriele Tavan. (Foto: PTK Bayern)

und Jugendlichenpsychotherapeuten sind seit jeher Teil der multiprofessionellen Fachteams. Dennoch kann in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Rückgang dieser Berufsgruppe in der Jugendhilfe beobachtet werden. Um psychotherapeutische Qualifizierung künftig in der Jugendhilfe zu verankern, bietet die Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten neue Möglichkeiten, da ein Teil in Einrichtungen der Jugendhilfe absolviert werden kann. Vizepräsident Peter Lehndorfer referierte ausführlich über die Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten im institutionellen Kon-

text und darüber, wie die Umsetzung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe gestaltet werden kann. Anschließend diskutierten die Teilnehmenden u. a. über Perspektiven, inhaltliche Herausforderungen sowie die Finanzierung der Weiterbildung und Vergütung in diesem Arbeitsfeld. Die Veranstaltung diente auch dem Ausbau der Vernetzung der in der Jugendhilfe tätigen Psychotherapeuten, Psychologen und Sozialpädagogen mit der Kammer. Weitere Veranstaltungen zu diesem Thema sollen folgen.

Gemeinsame Forderung von PTK Bayern, Bayerischer Landesärztekammer (BLÄK) und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns (KVB): Fokus auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie

Psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen sind aufgrund der Corona-Pandemie gestiegen. Experten der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), der Psychotherapeutenkammer Bayern (PTK Bayern) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) fordern in einem gemeinsamen Positionspapier Anfang Juli die politischen Verantwortlichen auf, alles Notwendige zu unternehmen, um erneute Schulschließungen im Herbst zu vermeiden und somit weiteren Belastungen entgegenzuwirken. Die Sommerferien müssen genutzt werden, um entsprechende Maßnahmen umzusetzen. Eingeschränkte Kontaktmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche, erschwertes Lernen und reduziertes soziales Erleben sind einige der Faktoren, die zu psychischen Belastungen führen und psychische Erkrankungen auslösen und fördern können. Für eine gesunde Entwicklung ist es wichtig, dass Kinder soziale Kontakte in ihrer Peer-Group und einen regel-

ten Zugang zu Bildung in einem guten Lernumfeld haben können. Die Pandemie wirkt wie ein Brennglas und macht psychische Probleme, soziale Belastungen und Versorgungsdefizite deutlicher sichtbar. Ein erneuter Lockdown mit Schulschließungen würde die bekannten Problem- und Brennpunkte weiter befeuern. Dr. Gerald Quitterer (BLÄK), Peter Lehndorfer (PTK Bayern) und Dr. Claudia Ritter-Rupp (KVB) appellieren daher an die Verantwortlichen in der Politik: „Eine erneute Schulschließung im Herbst muss vermieden werden, damit sich aus den aktuellen psychischen Belastungen und Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen keine psychischen Störungen bzw. Erkrankungen entwickeln. Die Weichen dafür müssen unbedingt jetzt gestellt und Gegenmaßnahmen in den Sommerferien umgesetzt werden!“ Die Experten fordern, dass innovative Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen konsequent

umgesetzt werden, und begrüßen vor diesem Hintergrund die Beschlüsse des Ministerrats zu Testkonzepten in Schulen und zur Anschaffung mobiler Luftfiltergeräte. Außerdem sei die Impfkampagne für ältere Jugendliche bzw. junge Erwachsene zu forcieren. Eine Impfkampagne für 12- bis 17-Jährige sollte sich an den Empfehlungen der STIKO, des BMG und der Ministerpräsidentenkonferenz orientieren und entsprechend ausgebaut werden. Diese Maßnahmen können dazu beitragen, erneute Schulschließungen im Herbst zu vermeiden. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen müssen dem aktuellen Versorgungsbedarf angepasst werden, um psychische Belastungen und Erkrankungen frühzeitig erkennen und behandeln zu können. Es werden passgenaue Hilfen für Betroffene benötigt, die die physische und psychische Gesundheit sowie die soziale Kompetenz der jungen Menschen fördern.

Wie können Psychotherapeuten zu einer gesunden Umwelt beitragen? – Kammermitglieder diskutierten online



Gaben Input und leiteten durch die Veranstaltung: (v. l. n. r.) Vorstandsmitglied Birgit Gorgas, Dr. Laura Loy (Universität Koblenz-Landau), Katharina van Bronswijk (Psychologists/Psychotherapists for Future), Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop und Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker. (Foto: PTK Bayern)

Am 19. Juni 2021 tauschten sich rund 150 Kammermitglieder in einer Online-Veranstaltung darüber aus, wie Psychotherapeuten zu einer gesunden Umwelt beitragen können. Dafür gab es inhalt-

lichen Input von Kammerseite zu ihren Aktivitäten sowie Impulse aus der Umweltpsychologie und Anregungen zu Möglichkeiten, wie sich Psychotherapeuten für Klimagerechtigkeit einsetzen

können. Anschließend diskutierten die Teilnehmenden in Kleingruppen.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop stellte in seinem Einführungsvortrag die Frage, ob die Unterstützung des Erhalts der natürlichen Lebensgrundlagen eine Berufsaufgabe von Psychotherapeuten ist. Dabei legte er dar, dass Psychotherapeuten sowohl Experten für psychische Gesundheit, für menschliches Verhalten und Erleben sowie die psychotherapeutische Versorgung sind als auch Vorbild für gesundheitsförderndes Verhalten. Er schilderte das Selbstverständnis und Aufgaben von Psychotherapeuten im Klimawandel und Umweltschutz und berichtete von der Resolution der 35. Delegiertenversammlung, die zu Klimaschutz und nachhaltigem Handeln aufruft. Die PTK

Bayern hat nach dem Heilberufekammergesetz die Pflicht, an der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken, und die 93. Gesundheitsministerkonferenz bat 2020 die Heilberufekammern, Klimawandel als einen die Gesundheit beeinträchtigenden Faktor in Fort- und Weiterbildung aufzunehmen.

Dr. Laura Loy (Universität Koblenz – Landau) gab Denkanstöße aus der Umweltpsychologie. Dabei ging sie darauf ein, was Umweltpsychologie ist und warum es diese gibt. Die Umweltpsychologie beschäftigt sich mit der Interaktion von Mensch und Umwelt und speziell mit den Fragen, wie die Umwelt auf den Menschen und wie der Mensch andersherum auf die Umwelt wirkt (z. B. durch Umweltschutz). Sie informierte

darüber, wie Motivation zu umweltschützendem Verhalten entsteht und wie man positive Veränderungen unterstützen kann. In einem weiteren Vortrag gab Katharina van Bronswijk, Psychotherapeutin und Sprecherin der Bewegung „Psychologists/Psychotherapists for Future“, einen Einblick, wie sich Psychotherapeuten für Klimagerechtigkeit einsetzen können. Sie erläuterte, dass eine Verhinderung von Klimaschäden nicht alleine für sich angestrebt werden könne, sondern nur ein kompletter Systemwandel zum Ziel führen werde, der z. B. auch Veränderungen von Strukturen und Institutionen, kollektivem Denken und Handeln umfasse. Darüber hinaus gab sie konkrete Hinweise, wie jeder Einzelne Strategien im eigenen Handeln umsetzen kann und wie sich

Unterstützer der Psychologists/Psychotherapists for Future für den Erhalt einer lebenswerten Umwelt einsetzen.

Anschließend konnten sich die Teilnehmenden in virtuellen Unterräumen in kleineren Gruppen austauschen. Sie diskutierten weitere Anregungen aus der Umweltpsychologie dazu, wie die Behandlung von Patienten mit klima-/umweltbedingten psychischen Gesundheitsschäden gestaltet werden kann und wie Psychotherapeuten vor Ort, überregional oder über die Kammer bzgl. einer gesunden Umwelt mitwirken können. Die Veranstaltung wurde von den Teilnehmenden sehr positiv bewertet und zur regen Diskussion und Vernetzung genutzt.

Interessenten gesucht: Ambulante Psychotherapie für Menschen, die straffällig geworden sind – gemeinsames Modellprojekt von PTK Bayern und bayerischem Justizministerium

Seit Langem ist die Kammer im Gespräch mit dem bayerischen Justizministerium, um die unzureichende psychotherapeutische Versorgung von Menschen, die straffällig geworden sind, zu verbessern. Dass Psychotherapeutische Fachambulanzen für Sexual- und Gewaltstraftaten inzwischen an sechs Standorten in Bayern etabliert sind, stellt eine wichtige Entwicklung dar, jedoch können diese den Bedarf an Psychotherapie für Menschen, die straffällig geworden sind und eine entsprechende Auflage erhalten haben, nicht decken. Insbesondere in ländlichen Regionen mit ungünstiger Ver-

kehrsanbindung gibt es erheblichen Bedarf an Psychotherapie für diese Zielgruppe. Vor diesem Hintergrund wurde das Modellprojekt konzipiert: Kollegen (z. B. in Privatpraxis ohne Zulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder in nebenberuflicher Tätigkeit) wird im Rahmen des Projekts eine direkte Kostenübernahme für längerfristige ambulante Therapien durch das bayerische Justizministerium zugesichert. Dies ist verbunden mit der Teilnahme an einem Fortbildungscurriculum, welches im Rahmen von Seminareinheiten und therapiebegleitender Supervision praktische forensisch-therapeutische Kennt-

nisse für die spezifischen Bedarfe dieser Zielgruppe vermittelt. Die potenziellen Patienten stellen sich für Diagnostik sowie forensische Indikationsstellung zunächst in einer Fachambulanz oder sozialtherapeutischen Abteilung vor und werden im Anschluss an die teilnehmenden Kollegen vermittelt.

Nähere Informationen werden wir bei einem Online-Info-Abend vorstellen, der am Mittwoch, den 27. Oktober 2021, 18.00–20.00 Uhr, stattfinden wird. Anmeldung zu dieser Informationsveranstaltung bitte über die Homepage www.ptk-bayern.de.

38. Delegiertenversammlung: Musterweiterbildungsordnung, Neuerlass von Ordnungen & Satzungen und Verabschiedung von Resolutionen

Die 38. Delegiertenversammlung fand am 19. Mai 2021 in Form einer Videokonferenz statt. Die Delegierten informierten sich über den Stand der Weiterbildungsreform und beschlossen den Neuerlass der Wahlordnung, der Satzung der PTK Bayern sowie der Geschäftsordnung für die Delegiertenver-

sammlung. Die Delegierten sprachen sich in Resolutionen für Mindestvorgaben zur Ausstattung mit Psychotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik und gegen eine Rationierung von Psychotherapie aus. Wie schon die Delegiertenversammlung im Herbst 2020 musste auch diese DV aufgrund der

Corona-Pandemie als Online-Konferenz abgehalten werden.

Bericht des Vorstands

In dem Bericht des Vorstands ging Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop auf die unterschiedlichen Facetten von

Psychotherapie in Zeiten von Corona ein. Außerdem erläuterte er im Hinblick auf die Bundestagswahl wichtige Themen, die die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland betreffen und berichtete über verschiedene Aktivitäten auf Bundes- und Landesebene zum Thema Umwelt- und Klimaschutz. Er ging auf die politische und gesellschaftliche Debatte zur Regelung der Suizidassistenten ein und legte eine Bewertung der Gesetzesentwürfe zur Regulierung des Zugangs zu Mitteln der Selbsttötung und Suizidassistenten dar.

Vizepräsident Peter Lehndorfer erläuterte den aktuellen Stand zur Ausgabe des elektronischen Psychotherapeutenausweises (ePtA) und stellte das voraussichtlich weitere Prozedere dar.

Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker berichtete über Psychotherapie und Digitalisierung sowie die aktuellen Entwicklungen, etwa bei der Verbreitung des Angebots von Videosprechstunden, digitalen Gesundheitsanwendungen und dem wichtigen Thema der IT-Sicherheit. Sie ging außerdem detailliert auf die Komplexversorgung und die geplante Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ein. Hierfür stellte Frau Pielsticker die gesetzten Versorgungsziele, Diskussionspunkte und Forderungen der Psychotherapeuten vor und gab einen Ausblick auf die weitere Umsetzung.

Vorstandsmitglied Prof. Monika Sommer informierte über die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) und erörterte die Forderungen der PTK Bayern und der BPTK für eine angemessene Überarbeitung der Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Zur Sicherstellung einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung in den Kliniken verabschiedete die Delegiertenversammlung die Resolution „Mindestvorgaben zur Ausstattung mit Psychotherapeut*innen in Psychiatrie und Psychosomatik fachgerecht umsetzen!“.

Mit einer weiteren Resolution forderte die Delegiertenversammlung „Kei-



Mitglieder des Vorstands und die Versammlungsleitung führen durch die digitale Delegiertenversammlung. V. l. n. r.: Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop, die Vizepräsidenten Peter Lehndorfer und Dr. Bruno Waldvogel, die Vorstandsmitglieder Dr. Anke Pielsticker und Prof. Monika Sommer, die Versammlungsleitung Agnes Mehl und Klemens Funk. (Foto: PTK Bayern)

ne Rationierung von Psychotherapie“ als Reaktion auf den in letzter Minute zum Gesetzesentwurf zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) eingebrachten Änderungsantrag, der den G-BA beauftragen sollte, zu prüfen, auf welche Weise die psychotherapeutische Versorgung „schwergradorientiert und bedarfsgerecht“ sichergestellt werden kann. Ein solcher Eingriff in die Therapiehoheit von Psychotherapeuten gefährde die fachlich hochwertige und am Bedarf des einzelnen Patienten orientierte Versorgung.

Stand der Weiterbildungsordnung

Einen weiteren wichtigen Schwerpunkt der Delegiertenversammlung stellte der aktuelle Stand der Weiterbildungsreform dar. Der Deutsche Psychotherapeutentag hatte Ende April eine Neufassung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) verabschiedet, die insbesondere die Kollegen betreffen wird, die die Ausbildung nach der Reform des Psychotherapeutengesetzes absolvieren. Mit der neuen Musterordnung schafft die Profession die Voraussetzung dafür, dass Fachpsychotherapeuten für alle Facetten des Berufs qualifiziert werden. Der Vorstand informierte die Delegierten ausführlich über die MWBO, welche die Grundlage für

die Weiterbildungsordnung in Bayern darstellen wird. Dabei wurde auf die Ziele der MWBO eingegangen. Zudem wurden die drei Gebiete Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, Psychotherapie für Erwachsene und die Neuropsychologische Psychotherapie vorgestellt. In einem Ausblick wurde erläutert, welche nächsten Schritte nun auf Bundesebene sowie in Bayern anstehen. Die Abstimmung der neuen Weiterbildungsordnung der PTK Bayern wird für die Delegiertenversammlung im Dezember 2021 vorgesehen.

Änderung von Satzungen und Ordnungen der PTK Bayern

Die Delegierten beschlossen einen Neuerlass der Wahlordnung und der Satzung der PTK Bayern. Es wurde u. a. eine gendergerechte Sprache, eine Geschlechterparitätsregelung für Vorstand und Ausschüsse sowie eine ökologische Zielsetzung aufgenommen. Ferner wurde die Zusammensetzung des Vorstands und eine Abwahlmöglichkeit, die Aufnahme von einem Vertreter der Studierenden und einem Vertreter der Universitäten der neuen Studiengänge als satzungsgemäße Gäste in die Delegiertenversammlung neu geregelt. In die Geschäftsordnung für die Delegiertenversammlung wurde u. a. die Durchführung von Wahlen in virtuellen Sitzun-

gen geregelt. Die Satzungen finden Sie in ihrer jeweils aktuellen Fassung auf

der Homepage der PTK Bayern unter www.ptk-bayern.de → Die Kammer

→ **Rechtsgrundlagen** → **Satzungen und Ordnungen.**

Mitglieder-Forum: Der Vorstand informierte über aktuelle Entwicklungen in der Berufspolitik



Vorstandsmitglieder der PTK Bayern informierten die Mitglieder. V. l. n. r.: Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop, Vorstandsmitglied Prof. Monika Sommer sowie die Vizepräsidenten Dr. Bruno Waldvogel und Peter Lehndorfer. (Foto: PTK Bayern)

Am 24. Juni 2021 fand das Mitglieder-Forum zum zweiten Mal in Form eines Web-Seminars statt. Der Vorstand der PTK Bayern trat erneut virtuell mit rund 260 Kammermitgliedern in Austausch.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop berichtete u. a. über die hohe psychische Belastung für die Menschen in Zeiten von Corona und ging dabei auch auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen während Pandemie und Lockdown sowie auf die Verstärkung sozialer Benachteiligungen in vielen Bevölkerungsgruppen ein. Außerdem verdeutlichte er, dass – auch ohne die zusätzliche Belastung durch Corona – in Deutschland immer noch erhebliche soziale und regionale Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung bestehen und welche Forderungen an die Politik hinsichtlich der anstehenden Bundestagswahl gestellt werden. Er stellte kurz mögliche Beiträge von Psychotherapeuten zu Klima- und Umweltschutz und die Aktivitäten der Kammer in diesem Bereich vor und

ging in Bezug auf die Bayerische Psychotherapeutenversorgung insbesondere auf dessen Nachhaltigkeitsstrategie ein. Herr Dr. Melcop informierte außerdem über den gesetzlichen Auftrag des G-BA, eine neue Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie zu entwickeln. Dabei wies er auch auf die Empfehlungen der BPTK zur Dokumentation von psychotherapeutischen Behandlungen hin. In Bezug auf die aktuellen Gesetzesentwürfe zur Suizidhilfe erläuterte er den Bedarf an Diskussion und fachlicher Klärung. Vorstandsmitglied Prof. Monika Sommer referierte über die Perspektiven für Psychotherapie und Psychotherapeuten in Kliniken. Sie ging dabei auf die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) ein und stellte die Forderungen der PTK Bayern und der BPTK für eine angemessene Überarbeitung der Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vor. Außerdem berichtete sie über die stationäre Weiterbildung für die zukünftigen Psychotherapeuten, wie sie durch

die neue Musterweiterbildungsordnung vorgesehen ist. Vizepräsident Peter Lehndorfer gab einen Einblick in die vernetzte Gesundheitsversorgung. Er informierte zunächst über die elektronische Patientenakte (ePA) und deren Einsatzmöglichkeiten im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung. Er verwies dabei auf die Forderungen der Psychotherapeuten nach bestmöglichem Datenschutz und einem differenzierten Berechtigungsmanagement. Um Zugriff auf die ePA zu bekommen, ist ein elektronischer Psychotherapeutenausweis (ePtA) notwendig, der seit Mitte Juni über die Homepage der Kammer beantragt werden kann. Herr Lehndorfer verwies auf weitere Informationen zum ePtA auf der Homepage und in den dortigen FAQ. Außerdem erläuterte er, dass Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) Medizinprodukte in Form von Apps oder Desktop- bzw. Browseranwendungen mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung sind. DiGA sind für die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten gedacht. Er erläuterte dabei, in welchen Kontexten DiGA in eine Psychotherapie eingebunden werden könnten. Hierbei müssen Psychotherapeuten die Sorgfaltspflichten aus der Berufsordnung als Rahmenbedingungen erfüllen. Zum Abschluss gab Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel noch einen Ausblick auf die 2022 anstehende Wahl der Delegiertenversammlung der PTK Bayern und darauf, wie sich die Kammer weiterentwickeln wird.

Die Teilnehmenden konnten zu allen Themen ihre Fragen stellen und Meinungen einbringen, auf die der Vorstand ausführlich einging. So gestaltete sich die Veranstaltung – trotz der räumlichen Distanz – zu einem aktiven Austausch zwischen allen Teilnehmenden.

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 7. Juli 2021 wurden folgende Verlautbarungen veröffentlicht:

- Neuerlass der Wahlordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Neuerlass der Satzung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Neuerlass der Geschäftsordnung für die Delegiertenversammlung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die vollständigen Verlautbarungen finden Sie unter

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



Kurznachrichten

Antragsstart für den elektronischen Psychotherapeutenausweis

Seit Mitte Juni können Psychotherapeuten den elektronischen Psychotherapeutenausweis (ePtA) beantragen. Für Kammermitglieder in Bayern ist dies über den Mitgliederbereich der Homepage möglich: www.ptk-bayern.de → Für Mitglieder → Elektronischer Psychotherapeutenausweis.

Vorstandswahl beim Verband Freier Berufe in Bayern

Die Delegiertenversammlung des Verbands Freier Berufe in Bayern (VFB) wählte am 14. Juli 2021 Kammervizepräsident Dr. Bruno Waldvogel wieder zum Vizepräsidenten des VFB. Dr. Bruno Waldvogel ist dort seit 2012 Vizepräsident. Der Zahnarzt Michael Schwarz wurde erneut zum Präsidenten gewählt. Der VFB ist der Dachverband von 34 freiberuflichen Kammern und Verbänden aus Bayern. Er vernetzt, vertritt und unterstützt die Interessen der freien Berufe in Bayern und damit die Interessen von derzeit rund 921.000 Freiberuflern. Der VFB ist Mitglied im Bundesverband der Freien Berufe (BFB).

Weitere Aktivitäten der Kammer

Einige der weiteren Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter teilgenommen haben:

++ Mitte Juni fand die **Fortbildungsveranstaltung Psychotherapie mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung** der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns statt, die die PTK Bayern konzeptionell mitgestaltet hat. Die spannende Arbeit mit dem betroffenen Personenkreis wurde vorgestellt und die speziellen Herausforderungen bzw. methodischen Besonderheiten (z. B. die Verwendung nonverbaler Methoden) des psychotherapeutischen Vorgehens sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting wurden praxisrelevant aufgezeigt. Außerdem wurden Hintergründe zu möglichen traumatischen Lebensereignissen, deren Verarbeitung und daraus resultierende Traumafolgestörungen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beschrieben und Ideen und Anregungen der Traumatherapie in der Nutzung für diese Zielgruppe vorgestellt. ++

++ Anfang Juli 2021 fand ein **Round Table zum Thema „Selbsthilfe und Psychotherapie“** statt. Psychotherapeuten und Mitarbeiter aus Kontaktstellen aus der Region Amberg/Weiden/Regensburg tauschten sich gemeinsam mit Vertretern der Selbsthilfekoordination Bayern und Vorstandsmitglied der PTK Bayern Prof. Monika Sommer aus. ++

++ Am 28. Juli 2021 fand das **20. Suchtforum in Bayern** statt. Das Suchtforum ist eine jährlich stattfindende interdisziplinäre Veranstaltung der PTK Bayern, der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen sowie der Bayerischen Landesapothekerkammer. Dieses Jahr stand die Online-Veranstaltung unter dem Motto „Substitutionsbehandlung im Team – Wie geht das?“. Vorstandsmitglied der PTK Bayern Prof. Heiner Vogel eröffnete die Veranstaltung. ++

Bevorstehende Veranstaltungen

Informationen zum **9. Bayerischen Landespsychotherapeutentag** finden Sie im Anzeigenteil dieses Heftes.

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

„Es fehlen psychotherapeutische Hausärzte“

Therapieplätze sind begrenzt, mentale Probleme in der Bevölkerung häufen sich. Viele Menschen sehnen sich nicht erst seit Corona nach einem professionellen Ansprechpartner, mit dem sie sich über ihr Leben austauschen können. Pilar Isaac-Candeias, Vorstandsmitglied der Berliner Psychotherapeutenkammer, findet, dass es mehr „psychotherapeutische Hausärzte“ geben müsste, die nicht nur lange Therapien anbieten, sondern in ein oder vier Sitzungen als Wegweiser weiterhelfen.

Frau Isaac-Candeias, hat die Corona-Pandemie eine kollektive psychische Belastung der Bevölkerung ausgelöst?

Pilar Isaac-Candeias: Ja, aber man darf die Situation nicht dramatischer darstellen, als sie ist. Die Menschen sind gleichermaßen erschöpft, genervt, halten sich meist trotzdem ganz gut zusammen, weil sie sich entlasten können, indem sie permanent über die Corona-Krise reden. Sobald die Normalität eingeleitet ist, wird es der Mehrheit wieder gutgehen. Diejenigen, die sowieso schon immer „mental wackelig“ waren, und die, die sich in der Krise psychisch betrachtet übernommen haben, die werden mit Depressionen kämpfen müssen, die aus der Erschöpfung entstehen. Das wird noch kommen.

Haben sich viele Menschen nicht bereits vor der Corona-Krise komplett übernommen?

Wir leben in einer Zeit, die nicht von Optimismus geprägt ist. Das war schon vor der Pandemie der Fall. Die Menschen kämpfen einerseits mit immens wichtigen globalen Problemen, wie der Klimakrise, und sind andererseits damit beschäftigt, Entscheidungen zu treffen, Ambivalenzen auszuhalten: Will ich auf

dem Land leben oder in der Stadt? Und dann kommt ständig Neues hinzu, wie die sozialen Netzwerke, die zu einem Untergrundrauschen führen. Da muss man eine gewisse Resilienz aufbauen, um dieser Dauer-Überlastung zu entkommen. Man kann sich fürs Klima engagieren, um nicht der Hilflosigkeit zu verfallen. Und parallel nach dem eigenen Glück im Chaos suchen.

Sie arbeiten in einer Praxis in Berlin-Schöneberg. Haben sich die mentalen Probleme während der Pandemie geändert?

Ich führe sehr viele Beratungsgespräche und muss sagen, dass die Probleme dieselben sind wie immer. Es gibt eine Gruppe, die von der Corona-Krise profitiert hat. Ich betreue zum Beispiel Menschen mit sozialen Phobien. Die waren ganz dankbar, denn der Druck, sich mit anderen Menschen zu treffen, fiel für sie weg. Ich arbeite auch mit Menschen, die schwierige Persönlichkeiten sind, die zum Beispiel am Arbeitsplatz ständig mit Kollegen in Konflikt geraten sind. Die waren dankbar, dass Homeoffice möglich war. Und dann gibt es andere, die in der Pandemie ihren Job verloren haben, welche deren Partnerschaft an der Krise zerbrochen ist, oder Menschen, die Angststörungen in Bezug auf die Zukunft, das Virus, das Leben entwickelt haben. Ich habe auch Patienten betreut, die völlig vereinsamt sind. In der Krise sind auch einige frühere Patienten zurückgekehrt, die das Gefühl hatten, in alte Muster und Gefühle zurückzufallen.

Wie kann man sich die Beratungsgespräche vorstellen? Finden sie einmalig statt?

Kommt drauf an. Eine Sprechstunde dauert 50 Minuten. Ich bin wie ei-

ne psychotherapeutische Hausärztin. Manchmal ist es nämlich so, dass die Menschen einfach ihren Weg verloren haben. Da reichen eine, manchmal vier Therapiesitzungen aus, um sie auf ihre Ressourcen aufmerksam zu machen. Andere brauchen eine Therapie, da kläre ich dann auf und sage, dass es extrem schwierig ist, einen Therapieplatz zu bekommen, gebe natürlich trotzdem Telefonnummern weiter. Auch ich habe Patienten, die in einer langen Behandlung sind.

Die Bundesregierung wollte, dass an die Stelle von individueller Diagnose und Behandlung eine Versorgung nach groben Rastern treten soll, die festlegen, wie lange ein Patient je nach Schweregrad der Erkrankung behandelt werden darf.

Der Gesetzesvorstoß kam aus dem Nichts. Und wir konnten ihn glücklicherweise abwenden. Aber es ist klar, in welche Richtung es gehen soll. Gesundheitsminister Jens Spahn lässt gerne solche Omnibus-Gesetze beschließen. Eine Woche, bevor die Anhörung im Gesundheitsausschuss stattfindet, lässt er schnell noch einen Punkt einfügen, wie auch die Raster-Psychotherapie. Wenn dann die Abgeordneten nicht sehr aufmerksam sind, wird das Gesetz beschlossen. Ich halte das für eine Sabotage der Demokratie.

Was ist der Hintergrund der Raster-Psychotherapie?

Sehr viele Menschen wünschen sich eine psychotherapeutische Begleitung irgendeiner Art. Der Druck ist groß. Die Raster-Psychotherapie, so der Plan, hat vorgesehen, dass schwer kranke Menschen – sagen wir – 50 Therapiestunden in Anspruch nehmen können und zum Beispiel diejenigen mit einer

leichten oder mittelgradigen Depression dagegen zehn. Das ist völliger Quatsch, denn Patienten erzählen nie alles am Anfang. Es kommt ganz auf die Beziehung zum Therapeuten an, wie vertrauenswürdig man ihn findet. Es könnte also sein, dass der Psychotherapeut anfangs eine leichte Depression diagnostiziert, später aber herausfindet, dass hier eine traumatische Lebensgeschichte dahintersteckt. Ein weiteres Problem bei der Raster-Psychotherapie ist, dass manche sehr kranke Menschen mit Psychosen, die schwere Medikamente einnehmen und meist mit Suchtproblemen zu kämpfen haben, manchmal überhaupt nicht in der Lage sind, regelmäßig in die Praxis zu kommen oder auch nur ihren Termin abzusagen. Folglich kann ich sie nicht behandeln in der Struktur einer ambulanten Praxis. Spahns Plan war fernab der Realität.

In der Pandemie wurden zum Teil Videosprechstunden angeboten, um dem Bedarf an psychotherapeutischer Hilfe gerecht zu werden. Kann digitale Behandlung das Gleiche leisten wie ein Face-to-Face-Gespräch?

Hilfreich ist es auf jeden Fall. Vor allem kann eine teilweise digitale Therapie gut mit Patienten funktionieren, die bereits in Behandlung sind. Bei neuen Patienten gehen zu viele Informationen verloren. Man kann den Händedruck nicht spüren. Man sieht nicht, ob er auf seine Körperhygiene achtet oder ob er Blickkontakt hält. Auch der Patient selbst bekommt nur einen Bruchteil vom Therapeuten als Mensch mit. Übers Telefon oder per Chat erfährt man noch viel weniger.

Ist jeder Mensch in der Lage, sich einem Fremden gegenüber zu öffnen?

Manche sind besser darin, andere schlechter. Zumindest muss der Mensch ein Bewusstsein dafür haben, dass seine Probleme sich vielleicht im Körper manifestieren, aber nichts rein Körperliches sind. Wenn zum Beispiel eine Frau ihre ständigen Kopfschmerzen und Schlafprobleme versucht, mit einer passenden Tablette zu bekämpfen, und bemerkt, dass dies nicht die Lösung ist, müsste sie in Betracht zie-

hen, dass es sich vermutlich um ein psychisches Problem handelt.

Das ist ein großes Eigengeständnis ...

... und vor allem eine große Überwindung, sich Hilfe zu suchen, wenn man alleine nicht weiterkommt. Dann muss man sich anvertrauen – eben einer fremden Person gegenüber. Das ist nicht leicht. Es gibt auch eine Psychologisierung der Gesellschaft, in jeder Frauenzeitschrift wird „Positives Denken“ thematisiert, als sei jeder seines Glückes Schmied. Nach dem Motto: Dir geht es nicht gut? Dann zünde dir eine Kerze an. Das finde ich gefährlich. Psychotherapie wird oft banalisiert. Besonders gemein finde ich es, wenn es heißt, dass sich mittlerweile ja jeder psychologischen Rat hole, auch wenn es sich um einfache Befindlichkeitsstörungen handele. Das stimmt nicht. Man kann zu einem ersten Gespräch gehen, um es herauszufinden. Aber eine Therapie, die von den Krankenkassen bezahlt wird, ist eine Krankenbehandlung. Zumindest den ersten Schritt muss man also leicht machen und genügend Sprechstunden anbieten.

Die Angebote müssen also niederschwelliger werden?

Beratungsgespräche sind einigermaßen zugänglich, aber für viele ist das System noch immer zu kompliziert. Sie wissen nicht, wo oder wie sie eine Sprechstunde vereinbaren können. Dann rufen sie irgendeine Praxis an, erreichen vielleicht keinen, oder sie bekommen eine Absage oder vielleicht keinen Rückruf.

Und dann lässt man es erst mal sein.

Richtig. Dann verschlimmert sich die Symptomatik, bis man sich zum nächsten Anlauf aufrappelt. Die Frustration steigt immens.

Wie kann dieser Kreislauf durchbrochen werden?

Wir brauchen mehr Psychotherapeuten und mehr Therapieplätze. Aber damit ist es nicht getan. Es muss mehr psychotherapeutische Hausärzte geben, so wie in meinem Fall, die nicht nur Therapien anbieten, sondern auch oder vor allem Wegweiser sind.

Es gibt ganze Bevölkerungsgruppen, die nicht die Möglichkeit haben, sich psychotherapeutische Hilfe zu holen, weil sie beispielsweise die deutsche Sprache nicht beherrschen. Wie kann man sie erreichen?

Sprache ist der Schlüssel zur Therapie. Wenn man immer nach den passenden Wörtern suchen muss, bleibt ein psychotherapeutisches Gespräch auf einer oberflächlichen Ebene. Und es hat auch was mit der Möglichkeit zu tun, sich mit dem Therapeuten identifizieren zu können. Ein türkischer Patient sieht in einem deutschen Therapeuten eher einen Fremden, der nicht zur eigenen Kultur gehört. Da ist es sehr viel schwieriger, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Deshalb ist es notwendig, in dieser Stadt Mitbürgern, die ihre Krankenkassenbeiträge bezahlen, eine Therapie in der eigenen Muttersprache anzubieten, wenn sie sie wirklich brauchen. Juristisch haben sie kein Recht dazu. Die Krankenkassen können das aber sehr wohl steuern. Beispielsweise könnten Menschen mit Migrationshintergrund zu einem approbierten Therapeuten ohne Kassensitz in Behandlung gehen, der ihre Muttersprache beherrscht. Der könnte dann einen individuellen Kostenerstattungsantrag bei der Kasse stellen.

Das Problem ist, dass die Krankenkassen in den vergangenen Jahren dazu übergegangen sind, solche Individualleistungen abzulehnen. Das finde ich falsch.

Wie kann Menschen mit Migrationshintergrund beim Thema Psychotherapie noch geholfen werden?

Die Kammer hat einen kassenfinanzierten Präventionskurs namens „Far from home“ gestartet, für Menschen, die mit dem sogenannten Migrationsproblem zu kämpfen haben. Wir haben auch einen Kurs mit einem gruppentherapeutischen Ansatz entwickelt, „Lost in Integration“, der von einer Universität evaluiert wurde. Es gibt viele Migranten, die sich in Deutschland nicht wohlfühlen, weil sie etwa in ihrem Heimatland Lehrer waren und in Deutschland als Putzkraft arbeiten müssen. Ihr Selbstbewusstsein leidet darunter. Oder sie

beherrschen die Sprache nicht gut genug und kennen die ungeschriebenen Codes nicht, die in jeder Gesellschaft gelten und sehr verschieden sein können. Dies führt bei manchen zum Gefühl, sich durch Deutsche diskriminiert zu fühlen. In unseren Kursen können sie in angeleiteten Gruppen und in ihrer Muttersprache darüber sprechen, welchen Stress die Migration auslöst. Da sind nicht nur neu Zugezogene, sondern auch Menschen, die das Migrationsproblem seit Jahren mit sich tragen. So ein Präventionskurs ist ein bisschen wie Yoga für die mentale Gesundheit, um psychische Erkrankungen vorzubeugen.

Solche Präventionskurse könnten für alle möglichen Arten von Problemen organisiert werden, oder?

Natürlich. Für Menschen in Schwellsituationen, zum Beispiel wenn sie Schwierigkeiten haben, mit der Berentung zurechtzukommen. Für queere Menschen. Das ist eine ganz andere Herangehensweise, um die mentale Belastung der Bevölkerung aufzufangen. Solche Angebote müssen aus der Gesellschaft heraus entstehen. In Schulen könnten Lehrer über psychische Gesundheit aufklären. Es könnten Jugendclubs eröffnet werden, wohin Jugendliche aus schwierigen Familien flüchten können. Und natürlich könnten sich Psychotherapeuten überlegen, was sie

außerhalb ihrer Praxis tun können, um ganzen Gruppen präventiv psychotherapeutisch zu helfen. Die Pandemie hat uns gelehrt, wie verletzlich wir alle sind. Aus diesem Gefühl heraus sollten wir mehr Solidarität an den Tag legen. Da kann jeder Einzelne Hilfe organisieren.

Und was muss auf gesundheitspolitischer Ebene geschehen?

Eine Umverteilung der Gelder. Unser Gesundheitssystem setzt die falschen Anreize. Krankenhäuser werden privatisiert, um Rendite zu erwirtschaften. Es geht nicht um das Wohl der kranken Menschen, sondern um das der Aktionäre, darum, möglichst viel Geld zu verdienen. Die Fallpauschalen sorgen dafür, dass man in kurzer Zeit viel Patientendurchlauf hat. Ein Patient, der jedes Quartal in die Praxis kommt, ist gewinnbringender als ein gesunder. Und die Preise für die vielen Medikamente, die verschrieben werden, sind in Deutschland enorm hoch. Viel höher als in anderen Ländern. Es ist ein Geschäft mit der Krankheit. So ist unser Gesundheitssystem konstruiert. Das wird sich so schnell nicht ändern.

Frau Isaac-Candeias, vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Miray Caliskan.

Mit freundlicher Genehmigung der Berliner Zeitung. (Das Interview er-

schien am 15. Juni 2021 in der Ausgabe Nr. 135, Seite 22.)



Zur Person

Pilar Isaac-Candeias ist Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer Berlin und arbeitet als Psychotherapeutin in einer Praxis in Berlin-Schöneberg.

Sie setzt sich besonders für Themen der Prävention und der Migration ein. Unter anderem geht sie den Fragen nach, wie Menschen aus anderen Ländern dabei unterstützt werden können, in Deutschland heimisch zu werden.

Musterweiterbildungsordnung verabschiedet: Bedeutung für Berlin. Eine zusammenfassende Kommentierung

Die Weiterbildung als Teil der Ausbildungsreform

Der 38. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) hat am 24. April 2021 die Abschnitte A „Paragrafenteil“ und B „zu den Fachgebieten“ verabschiedet. Auf dem nächsten DPT sollen am 20. November 2021 die Abschnitte C „zu den Psychotherapieverfahren in Gebieten“ und D „zu den Bereichen“ beschlossen werden.

Im Rahmen der Ausbildungsreform, die mit dem neuen PsychThG seit 2020 in Kraft ist, wird die Approbation für

Psychotherapeuten bereits nach berufsrechtlich anerkannten universitären Bachelor- und Master-Abschlüssen und anschließendem Staatsexamen erteilt. Um den Fachkundestatus und damit auch eine Abrechnungsgenehmigung zu erlangen folgt nach der neuen MWBO dann eine fünfjährige Gebietsweiterbildung alternativ für die Gebiete Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychotherapie für Erwachsene oder Neuropsychologische Psychotherapie. In Berlin werden schon seit Oktober 2020 an fünf Universitäten entsprechende Studiengänge angeboten.

Die in Berlin eingerichteten Studiengänge führen alle zu einem Bachelor- und Master-Abschluss in Psychologie und qualifizieren für das Staatsexamen. In den Studiengängen, die die Vorgaben der Approbationsordnung erfüllen müssen, steht die Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren im Vordergrund, aber auch die Humanistische Grundorientierung soll in den Studiengängen gelehrt werden. Die durch das Gesetz geschaffene Möglichkeit, neben akademischen Abschlüssen in Psychologie auch die Approbation zu erreichen, ist sicherlich als Fortschritt

für die Studierenden und für unseren Heilberuf zu sehen.

Die neue Weiterbildung wird das Approbationsstudium wesentlich ergänzen. Es wird – zusätzlich zur Weiterbildungsordnung „nach altem Recht“ – eine zweite geben, die die Weiterbildung für nach neuem Recht Approbierte regelt. Auf Länderebene geht es in der nächsten Zeit darum, die neue Musterweiterbildungsordnung auf Landesrecht zu übertragen.

In Berlin gibt es derzeit eine Weiterbildungsordnung (WBO) für Bereiche, zu denen z. B. Schmerztherapie und Diabetologie aber auch Verfahren wie die Gesprächspsychotherapie und die Systemische Therapie gehören. Sie enthält auch den fortschrittlichen und bundesweit einmaligen Passus, dass nicht nur in wissenschaftlich anerkannten Verfahren (Richtlinienverfahren), sondern auch in wissenschaftlich begründeten Verfahren, z. B. Gestalttherapie, Körperpsychotherapie u. a., weitergebildet werden kann, wenn sie von der Delegiertenversammlung in die WBO aufgenommen würden.

Die zu erarbeitende WBO für die nach neuem Recht Approbierten soll in der neuen Legislatur (2021–2026), wahrscheinlich im kommenden Jahr diskutiert und beschlossen werden. Die jetzt verabschiedeten Abschnitte der MWBO dienen dabei als richtungsgebende Vorlagen, haben aber lediglich empfehlenden Charakter. Für eine strukturelle Gleichheit bzw. Ähnlichkeit der WBOen der Landespsychotherapeutenkammern spricht aus juristischer Sicht ihre Vergleichbarkeit, wenn z. B. ein Weiterbildungsteilnehmer das Bundesland wechselt.

Was sind jetzt die wichtigsten Punkte der verabschiedeten Abschnitte der MWBO?

Die überwiegende Mehrheit des DPT sprach sich für eine fünfjährige Weiterbildung aus. Das Hauptargument war die Vergleichbarkeit mit der ärztlichen Weiterbildung zum Facharztstatus. Vertreter der Psychologie Fachschaften

Konferenz (PsyFaKo) und Mitglieder des Aus-, Fort- Weiterbildungsausschusses (AFW) der Berliner PTK plädierten für eine vierjährige Weiterbildung. Es wurde dargelegt, dass eine fünfjährige Weiterbildung mit je zwei Jahren ambulanter und stationärer Berufstätigkeit sowie einem weiteren (ggf. institutionellen) Jahr – im Vergleich zur heutigen Situation – mehr als eine Verdoppelung der Anforderungen darstellt, um die Fachkunde zu erreichen. Weiterhin wurde bei der Abstimmung nicht den Argumenten gefolgt, dass das neue Studium wesentlich spezifischer auf die Psychotherapieapprobation ausgerichtet ist und das Qualifikationsniveau damit nach dem Studium deutlich höher sein wird als das der bisherigen Absolventen eines bisherigen Psychologie-Masters.

Die Gebietsweiterbildung soll auch in Teilzeit durchlaufen werden können. Zu diesem Punkt setzte sich auf dem Deutschen Psychotherapeutentag ein aus Berlin kommender Antrag durch, nach dem in der ambulanten Weiterbildung auch ein Stellenumfang von 25 % einer entsprechenden Vollzeitstelle möglich sein wird. Sinnvollerweise sollte dies jedoch auch für die anderen Praxisbereiche (stationär und institutionell) möglich sein.

Die Weiterbildung soll für die Vielfalt der psychotherapeutischen Tätigkeitsfelder: ambulant, stationär, institutionell qualifizieren. Die bisherige Ausbildung fokussiert stark auf eine ambulante Tätigkeit, sie bleibt zwar weiterhin ein wesentlicher Schwerpunkt, doch auch für die anderen Bereiche sollte verstärkt qualifiziert werden.

Realisierbarkeit und mangelnde Finanzierung der Weiterbildung

Gerade für den zentralen ambulanten Bereich ist nach wie vor die finanzielle Absicherung der Psychotherapeuten in Weiterbildung (PtW), die ja im Unterschied zu den PiA angestellt und analog der Assistenzärzte bezahlt werden sollen, keineswegs gesichert. Die momentane gesetzliche Regelung, nach die Ausbildungskandidaten eine Vergütung von 40 % des Honorars einer ambulan-

ten Psychotherapie erhalten müssen, reicht keinesfalls aus, um heute oder in Zukunft ein angemessenes Gehalt an die derzeitigen Psychotherapeuten in Ausbildung oder an die zukünftigen Psychotherapeuten in Weiterbildung auszuzahlen.

Deshalb sind sich die Vertreter der Kammern sowie die Berufs- und Fachverbände darin einig, dass dringend mit der Politik und den Krankenkassen neu verhandelt werden muss, um die ambulante Weiterbildung zu ermöglichen.

Darüber hinaus ist derzeit nicht ersichtlich, ob und wie sowohl im ambulanten als auch im stationären und institutionellen Bereich ausreichend Weiterbildungsstellen geschaffen werden können. Durch die Festlegung auf eine fünfjährige Weiterbildung wird dieser Engpass deutlich verschärft.

Tätigkeits- und Kompetenzprofile

Bei der inhaltlichen Diskussion der Tätigkeitsprofile im Paragrafenteil (A) und der Kompetenzen im Gebietsteil (B) gab es kontroverse Vorstellungen. Zu Beginn der Diskussion, Monate vor dem 38. DPT, war noch von einem „verfahrenübergreifenden Teil“ der Gebietsweiterbildung die Rede, der im weiteren Verlauf seitens des Vorstandes der BPTK in einen „gebietsübergreifenden Teil“ mutierte. Ein verfahrenübergreifender Teil, in dem alle vier Grundorientierungen (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) vertreten sein sollten, hätte eine Öffnung gegenüber einer engen Richtlinienbegrenztheit bedeutet. In diesem Sinne wurden von einem Mitglied des AFW-Ausschusses zusammen mit anderen Kollegen vier Anträge auf dem DPT gestellt. Insbesondere der Antrag zu den stationären Tätigkeitsprofilen, der ein verfahrens- und methodenvielfältiges Vorgehen beinhaltet, fand zwar große Unterstützung, bekam aber sehr knapp nicht die erforderliche Mehrheit. Ähnlich erging es den anderen Anträgen, die die Befähigung auch zu non-verbalen Interventionen im Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenbereich

und zu erlebnisaktivierenden Methoden implizierten.

Transitionsalter

Über das Transitionsalter gab es ebenfalls heftige Kontroversen. Von Mitgliedern der Kommission zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei der BPtK wurde zunächst die Forderung aufgestellt, dass Patienten bis zum Alter von 27 Jahren von KJP behandelt werden können. Beim DPT wurde von ihnen der Antrag auf 24 Jahre und 11 Monate für den möglichen Beginn einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gestellt. Doch mehrheitlich wurde das Transitionsalter mit 21 Jahren beibehalten. Allerdings sollen – wie bisher – begonnene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien auch über dieses Alter hinausgehend abgeschlossen werden können.

Koordinierende Funktion

Eine weitere Auseinandersetzung gab es über die Rolle der bisherigen Ausbildungsinstitute, die Weiterbildungsinstitute bzw. -stätten werden und entsprechend den Beschlüssen des 25. DPT (2014) eine koordinierende Rolle für die Weiterbildung übernehmen sollen. Die Vertreter der Bundeskonferenz PiA sowie mehrere Repräsentanten der Kammern stellten hingegen die Notwendigkeit einer koordinierenden Funktion in Frage, zumal sie die Gefahr einer zu großen Abhängigkeit von den zukünftigen Weiterbildungsstätten sahen. Beschlossen wurde eine fakultative koordinierende Funktion.

Ombudsstelle

Die Forderung nach einer Ombudsstelle der PiA für die zukünftigen PtW, die

Konflikte zwischen PtW und Weiterbildungsstätte klären bzw. schlichten sollen, wurde insofern aufgenommen, als es in den Landespsychotherapeutenkammern bereits Ombudsstellen für ihre Mitglieder gibt, die entsprechend ausgebaut und genutzt werden können.

Die zusammenfassende Wiedergabe der kontroversen Punkte der bisherigen Weiterbildungsdiskussion zeigt, dass bis zur Verabschiedung der WBOen in Berlin noch sehr viel Diskussions- und Klärungsbedarf besteht, zumal die Auseinandersetzungen um die Abschnitte C und D der MWBO erst noch ausstehen.

Manfred Thielen & Thomas Fydrich (Autoren), Lea Gutz, Michelle Brehm (alle sind Mitglieder des AFW-Ausschusses der PTK Berlin)

Geschäftsstelle

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

43. Kammerversammlung an außergewöhnlichem Ort

Am 18. Mai 2021 fand die 43. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Bremen in den Räumlichkeiten des Übersee-Museums als Präsenzveranstaltung statt. Da der geplante Veranstaltungsraum kurzfristig für die Impfkampagne gegen COVID-19 benötigt wurde, musste auf die Schnelle ein neuer Veranstaltungsort gefunden werden. Dank der Bemühungen der Geschäftsstelle stellte sich die unverhoffte Raumänderung als Glück im Unglück heraus.

Begrüßung und Bericht des Vorstands

Die Präsidentin Amelie Thobaben begrüßte 31 Mitglieder in den Räumen des Übersee-Museums. Nach der Verabschiedung der Tagesordnung folgte der Bericht des Vorstands zu den verschiedenen Aktivitäten seit der letzten Kammerversammlung, wie z. B. den verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen, dem Fortschreiten der Ambulantisierung im Bereich der Psychiatrie oder dem Stand beim elektronischen Psychotherapeutenausweis. Dem Vorstand war dabei wichtig, den Mitgliedern einen Einblick in die Hintergründe der berufs- und gesundheitspolitischen Arbeit zu geben. Veranschaulicht wurde dies am Beispiel eines Änderungsan-



Blick von oben auf die Kammerversammlung in den Ausstellungsräumlichkeiten des Übersee-Museums Bremen

trags zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, der zum Zeitpunkt der Kammerversammlung hochaktuell war. Die zügige und medienwirksame Mobilisierung zahlreicher Initiativen, Verbände, Kollegen sowie Betroffener unter dem #RasterPsychotherapie führte dazu, dass sich viele Politiker gegen den Änderungsantrag und für eine bedarfsgerechte Psychotherapie positionierten. Der Änderungsantrag wurde letztlich zurückgezogen, was ein großer Erfolg dieser Kampagne war.

Zukunft der Kammer

Der vermutlich mit der größten Spannung erwartete Tagesordnungspunkt war der Bericht zum Fortschritt des möglichen Konzepts einer hauptamtlichen Geschäftsführung. Auf der letzten

Kammerversammlung im November 2020 hatte der Vorstand dargestellt, dass es aufgrund der zunehmenden Aufgabenfülle und der damit verbundenen Belastungen aus seiner Sicht schwierig werden wird, die Kammer mit einem rein ehrenamtlichen Vorstand zukunftsicher aufzustellen. Es wurde u. a. daran erinnert, wie schwierig es bereits bei den letzten Vorstandswahlen 2019 war, Bewerber für die verschiedenen Posten im Vorstand, insbesondere des Präsidenten und stellvertretenden Präsidenten, zu finden. Am Ende der Diskussion war der Vorstand damit beauftragt worden, zeitnah ein Konzept für eine hauptberufliche Geschäftsführung zu entwickeln. Diesem Auftrag war der Vorstand im letzten halben Jahr mit Hochdruck nachgekommen und konnte nun auf der Kammerversammlung das Konzept vorstellen. Geplant ist, eine Geschäftsfüh-



Amelie Thobaben bei der Begrüßung der anwesenden Kammermitglieder

rung mit einer 50%-Stelle zu etablieren. Als Geschäftsführungsbüro stünde der aktuelle Archiv-Raum zur Verfügung, der dazu grundlegend renoviert werden muss. Die veranschlagten Kosten sowie der Finanzierungsplan wurden der Kammerversammlung ebenfalls vorgestellt.

Daran anschließend erfolgte eine Diskussion und Aussprache aller anwesenden Mitglieder und des Vorstands. Befürworter und Gegner einer hauptamtlichen Geschäftsführung meldeten sich zahlreich zu Wort, sodass eine engagierte, lebhaft und ausführliche Debatte unter den Mitgliedern entstand. Nach dem Austausch aller Argumente wurde über den Vorschlag abgestimmt. Die Mehrheit der Mitglieder sprach sich für den Vorschlag des Vorstands aus. Amelie Thobaben bedankte sich für dieses Votum und die darin enthaltene Unterstützung des Vorstands. Der Vorstand wird engagiert daran weiterarbeiten, eine passende Geschäftsführung zu finden, und das entsprechende Bewerbungsverfahren starten.

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung beschloss außerdem zwei Änderungen der Satzung und der Ordnung für Aufwandsentschädigungen und Reisekosten. Bei den Änderungsanträgen ging es zum einen um eine Präzisierung der Anzeige-



Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen freute sich im Anschluss an die Kammerversammlung über eine gelungene Veranstaltung.

pflichten bei Aufnahme der psychotherapeutischen Tätigkeit in Bremen und zum anderen um die Erweiterung des Zeitraums, in dem Aufwandsentschädigungen für Tätigkeiten im Auftrag der Kammer geltend gemacht werden können. Beide Änderungsanträge wurden einstimmig angenommen.

Gendergerechte Sprache

Rosa Steimke informierte die Kammerversammlung über einen Beschluss des Vorstands zur gendergerechten Sprache. Bei der Kommunikation durch die Kammer wird zukünftig die Sternchenregelung (z. B. Psychotherapeut*innen)

verwendet, um allen Geschlechtsvarianten gerecht zu werden. Der Vorstand folgt damit einer Empfehlung der Gleichstellungskommission der Bundespsychotherapeutenkammer.

Schlussworte

Amelie Thobaben bedankte sich bei allen Anwesenden für ihr Kommen und die Unterstützung verbunden mit dem Wunsch, die nächste Versammlung wieder mit einem Sektempfang ausklingen lassen zu können. Gleichzeitig bedankte sich der Vorstand bei den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle für deren unermüdliches Engagement mit einem Blumenstrauß.

Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung überwinden und psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung verlässlich ermöglichen

Am 23. Juni 2021 fand das digitale Symposium „Seelische Gesundheit und Teilhabe: Die Relevanz von Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung geflüchteter Menschen“ in Kooperation mit der Ärztekammer Bremen und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Bremen statt. Die Veranstaltung stieß auf großes Interesse.

„Eine erfolgreiche Behandlung basiert auf verständlicher Aufklärung und Diag-

nostik“, stellte Amelie Thobaben, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer, eröffnend fest. „So stellt Sprachmittlung sicher, dass ein Behandlungserfolg erzielt werden kann“. Auch in einem verlesenen Grußwort der Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Claudia Bernhard, und im Redebeitrag des Vorsitzenden des Paritätischen Wohlfahrtsverband Bremen, Dr. Hermann Schulte-Sasse, wurde die Wichtigkeit von psychischer Gesundheit und Sprachmittlung als Bedingung für Teil-

habe von Menschen mit Sprachbarriere deutlich.

Im Rahmen des Symposiums wurde das Bremer Modellprojekt zur Sprachmittlung durch die Psychologische Psychotherapeutin und Mitarbeiterin des Modellprojektes Dr. Katrin Schock vorgestellt. Dieses seit 2019 existierende Leuchtturmprojekt ermöglicht die Finanzierung von Sprachmittlung bei psychiatrischer und psychotherapeutischer Beratung und Behandlung. Refugio



Beisitzerin Rosa Steimke (o. l.) und Beisitzer Christoph Sülz (u. l.) zusammen mit Ingrid Koop (o. r.), therapeutische Leiterin Refugio Bremen, und Hermann Schulte-Sasse (u. r.), Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverband Bremen, während des digitalen Symposiums

Bremen koordiniert die Antragstellung und die Terminierung mit Sprachmittlern und Praxen. Zusätzlich werden die Qualifizierung und Supervision von Sprachmittlern und die Weiterbildung für Behandler durchgeführt. Gefördert wird das Projekt von der Senatorin für Gesundheit. Der Sprachmittlungspool verfügt zurzeit über 51 Sprachmittler und etwa 16 verschiedene Sprachen. Dadurch konnten bisher über 1.500 Stunden Sprachmittlung in Bre-

mer und Bremerhavener Praxen realisiert werden.

Im weiteren Verlauf wurde in Erfahrungsberichten von Psychotherapeuten die Arbeit mit Sprachmittlung vorgestellt. „Vor allem ist so der barrierefreie Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet und eine bessere Teilhabe für Geflüchtete möglich“, stellte Ingrid Koop, therapeutische Leiterin des Behandlungszentrums Refugio, in ihrem

Vortrag fest. „Trotz mancher Herausforderung sind es die Chancen, die bei der Therapie zu dritt überwiegen“, fasste Amelie Thobaben die Erkenntnisse der Veranstaltung zusammen. „Denn es werden konkrete Hürden abgebaut. Durch den bürokratiearmen Zugang zu Sprachmittlung kann Behandlung ermöglicht werden, die ohne Sprachmittlung nicht stattfinden würde.“ Insbesondere verdeutlichte Amelie Thobaben die Wichtigkeit der Weiterfinanzierung von Sprachmittlung in Bremen: „Die Infrastruktur des Sprachmittlungspools wird in Bremen gut angenommen. In 19 Monaten wurden nicht nur Sprachmittler, sondern auch Behandelnde geschult und für die Arbeit in einem besonderen Setting gewonnen. Eine Verstärkung des Modellprojektes ist dringend nötig, um diese wertvollen Ressourcen zu erhalten.“

Die Psychotherapeutenkammer, die Ärztekammer sowie der Paritätische Wohlfahrtsverband in Bremen werden auf der Basis einer gemeinsamen Stellungnahme diesbezüglich Gespräche mit Politikern und Behörden initiieren, um den Zugang zu psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung durch spezifische Sprachmittlung nachhaltig zu verbessern.

Die Neue stellt sich vor: Systemische Therapie im Kontext der Richtlinienpsychotherapie



Beisitzerin Anne-Lina Mörsberger und Referent Sebastian Baumann

Vor dem Hintergrund, dass seit Juli letzten Jahres die Abrechnung von Systemischer Therapie im Rahmen der GKV für Erwachsene möglich ist, fand am

16. Juli 2021 eine Online-Fortbildungsveranstaltung mit dem Titel „Die Neue stellt sich vor: Systemische Therapie im Kontext der Richtlinie“ statt. Als Referent

konnte Sebastian Baumann, Vorstandsbeauftragter für Psychotherapie der Systemischen Gesellschaft (SG), gewonnen werden. Moderiert wurde

die Veranstaltung von Anne-Lina Mörsberger. Die Veranstaltung richtete sich an Psychotherapeuten anderer Verfahren, um diesen einen Einblick in die Systemische Therapie zu ermöglichen.

Im Rahmen der Veranstaltung wurde dabei auf folgende Fragen eingegangen:

- Welche „Geschichte“ steckt hinter der sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie?
- Was sind die Besonderheiten des Verfahrens?
- Was sind mögliche Indikationen für eine Systemische Therapie?

Frau Mörsberger zeigte zunächst auf, dass das Angebot an Systemischer Therapie derzeit noch überaus klein ist. In Bremen gibt es bisher nur sehr wenige Kollegen mit der zweiten Fachkunde

Systemische Therapie, die ein entsprechendes Angebot machen könnten.

Herr Baumann gelang es in seinen Ausführungen mitreißend zu vermitteln, welche wichtige Rolle eine gute Versorgung an Systemischer Therapie aber hätte: „Die Systemische Therapie fokussiert den sozialen Kontext psychischer Störungen und misst dem interpersonellen Kontext eine besondere ätiologische Relevanz bei.“ Systemische Therapie ist also besonders empfehlenswert, wenn eine Offenheit besteht, die Beziehungen zwischen den Menschen wie auch „die Wechselwirkungen zwischen familiären/partnerschaftlichen Interaktionen und dem Krankheitsgeschehen“ anzuschauen. Systemische Therapie im Kassenverfahren macht nun möglich, dass ein kompletter Therapieprozess im Mehrpersonensetting (z. B. als Paar oder mit der Familie) durchgeführt werden

kann. Kinder und Jugendliche sind in besonderer Weise ihren sie umgebenden Systemen ausgesetzt. Nicht zuletzt an diesem Punkt wurde nochmal deutlich, wie wertvoll die noch ausstehende Anerkennung der Systemischen Therapie für Kinder und Jugendliche wäre.

Herr Baumann informierte in diesem Zusammenhang allerdings auch darüber, dass das Mehrpersonensetting bislang nicht besser vergütet wird, obwohl hier oftmals ein deutlicher Mehraufwand (allein schon organisatorisch) notwendig ist.

Eine wichtige Information für alle Teilnehmenden war auch, dass für den Erwerb der Systemischen Fachkunde – bei Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen – ein Antrag beim Prüfungsausschuss Systemische Therapie der jeweils zuständigen Landespsychotherapeutenkammer gestellt werden muss.

„Weihnachtsessen“ der Kammer im Juli nachgeholt

Mit ein wenig Verspätung konnte im Juli das traditionelle Weihnachtsessen des Kammervorstands, das im letzten Jahr coronabedingt ausfallen musste, nachgeholt werden.

Dank der gesunkenen Inzidenzen sowie der fortschreitenden Impfraten war es möglich, sich in größerer Runde zu treffen. So fanden sich an einem lauschigen Sommerabend der gesamte Vorstand, die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und der Justiziar der Kammer im Restaurant ein, um nach langer Zeit wieder gemeinsam einen geselligen Abend zu verbringen.

Die Freude war entsprechend groß, es wurde viel gelacht und sich angeregt unterhalten. Wir wünschen allen, dass es auch Ihnen vergönnt ist, viele schöne Erinnerungen zu sammeln und sich eine kurze Auszeit von Corona zu nehmen.



Der Vorstand gemeinsam mit seinen Gästen, dem Justiziar der Kammer Dr. Rasehorn (5. v. l.) und den beiden Geschäftsstellenmitarbeiterinnen Frau Berger (3. v. r.) und Frau Keil (2. v. r.), beim nachgeholt Weihnachtsessen

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Dr. Kim Sarah Heinemann, Anne-Lina Mörsberger, Dr. Rosa Steimke.

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

Liebe Kammermitglieder,



Torsten Michels

was lange währt, wird endlich gut. Im aktuellen PTJ finden Sie in einem Einhefter die neue Berufsordnung (BO) und die neue Fortbildungsordnung (FBO) der PTK Hamburg vor, die nach ausführlichen Diskussionen von der Delegiertenversammlung beschlossen und von unserer Aufsichtsbehörde BAGSFI genehmigt worden sind.

In Bezug auf die Berufsordnung, die zuletzt 2012 überarbeitet worden war, bestand schon lange Handlungsbedarf, da z. B. 2013 im Patientenrechtegesetz neue berufsrechtlich relevante Regelungen eingeführt wurden. In der Folge gab es weitere Gesetzesänderungen, die in der Berufsordnung umgesetzt werden mussten, sodass erkennbar war, dass es einer größeren Überarbeitung unserer Berufsordnung bedurfte. Da es außerdem durch das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz zukünftig Kammermitglieder geben wird, die ihre Approbation direkt nach dem Studium erhalten werden, mussten die Regelungen so weit überdacht werden, dass sich auch diese neue Gruppe der Mitglieder in der Berufsordnung wiederfindet. Der aktuelle Kammervorstand hatte sich deshalb die Revision der Berufsordnung als zentralen Punkt auf die Agenda gesetzt. Die neue Berufsordnung lehnt sich an die Musterberufsordnung (MBO) der Bundespsychotherapeutenkammer an. Denn in der Bearbeitung von Beschwerdefällen zeigt sich, wie hilfreich die Querbezüge im Kommentar zur MBO (Prof. Dr. Martin Stellpflug und Inge

Berns: Musterberufsordnung für die Psychotherapeuten. Text und Kommentierung, 4., neu bearbeitete Auflage, Heidelberg 2020) für die Arbeit der Beschwerdekommision sind. Die neue Berufsordnung verfügt nun über ein Inhaltsverzeichnis, das einen schnellen Überblick ermöglicht. Es werden nicht mehr die Berufsgruppen aufgezählt, sondern es wird von Kammermitgliedern gesprochen, was den Lesefluss deutlich verbessert.

Die neue Fortbildungsordnung ist ebenfalls nach Diskussionen in verschiedenen Gremien der Musterfortbildungsordnung (MFBO) angepasst worden. Dafür mussten einige „Hamburgensien“ aufgegeben werden. Zugleich hat sich die Vergleichbarkeit mit den anderen Landeskammern erhöht, sodass der Wechsel zwischen den Bundesländern zukünftig weniger Probleme bereiten wird.

Da wir wissen, dass Satzungen und Ordnungen nicht die liebsten Lektüren unserer Mitglieder sind, planen wir für den Herbst Informationsveranstaltungen zur BO und FBO. Nähere Informationen dazu werden Sie demnächst über unseren Newsletter bekommen bzw. auf unserer Homepage finden.

Neben dem Einhefter mit den beschlossenen Ordnungen in der Mitte des Heftes finden Sie auf den Hamburg-Seiten wie immer einige Berichte zu den Aktivitäten der Kammer. Darüber hinaus informieren wir regelmäßig über unseren Newsletter. Wir empfehlen Ihnen, falls noch nicht geschehen, diesen zu abonnieren, um über die aktuellen Entwicklungen in der PTK Hamburg auf dem Laufenden zu bleiben.

Herzliche Grüße

Ihr Torsten Michels
Vizepräsident

Bericht über die Informationsveranstaltung „Die psychotherapeutischen Heilberufe in Institutionen (PP, KJP und PiA)“

In der Psychotherapeutenkammer Hamburg erdachte über einen längeren Zeitraum eine Arbeitsgruppe angestellter Psychotherapeuten, gemeinsam mit den Kammervorstandsmitgliedern Kerstin Sude und Torsten Michels und mit ver.di Hamburg (Bereich Gesundheit & Soziales) eine Diskussionsveranstaltung zum Austausch und Wissenserwerb für „Psychotherapeut*innen in Institutionen“.

Die Veranstaltung konnte nach einmaliger coronabedingter Verschiebung am 18. Mai 2021 durchgeführt werden. Aufgrund der Pandemie musste allerdings die „Live-Veranstaltung“ in ein Online-Format umgewandelt werden. Insgesamt gab es trotz pandemiebedingter Hürden eine sehr lebendige Diskussion, an der sich auch die über 50 Teilnehmenden rege beteiligten. Von vielen Teilnehmenden gab es eine positive Rückmeldung dazu, dass sich die

Psychotherapeutenkammer zu Angestelltenthemen äußere und diese weiter auf der Agenda habe.

Hintergrund für die Veranstaltung war, dass sich seit Längerem die Zahlen angestellter PP, KJP und PiA in Praxen, Kliniken wie auch in anderen Institutionen, z. B. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in Hamburg erhöhen. Eine Zunahme lässt sich zudem u. a. in Beratungsstellen sowie in behördlichen

Einrichtungen, wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, verzeichnen. Seit Jahren steigt die Zahl der Anstellungen deutlich an. Die Gründe dafür sind vielfältig. Oft gehen Neuapprobierte und jüngere Kollegen in der Familiengründungsphase in ein Angestelltenverhältnis, häufig zunächst in eine Teilzeitschäftigung.

Hannes von Mauschwitz, Mitglied des Beratenden Fachausschusses Angestellte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), stellte zu Beginn der Veranstaltung in seinem Impulsvortrag Erhebungen und aktuelle Statistiken zur Anstellungssituation unserer Berufsgruppe vor und legte anschließend einige Hintergründe und Interpretationen der Entwicklung dar.

Im zweiten Schritt griff Kerstin Sude diese Zahlen auf und erläuterte, in welchen Vergütungs- und Tarifstrukturen sich unser Heilberuf bewegt. Sie ging dabei vor allem auf die am häufigsten vorkommenden Tarifwerke des öffentlichen Dienstes, TVöD und TV-L, ein. Sie hielt fest, dass hier in den letzten Jahren zwar einiges Positives erreicht werden konnte (bspw. die Eingruppierung nach TVöD EG 14 für PP), doch fehle im stationären Bereich bei der Vergütung immer noch eine Gleichstellung mit Fachärzten. Noch immer würden Psychotherapeuten keine Vergütung analog TVöD EG 15 erhalten. Auch in Bezug auf Leitungspositionen und deren angemessene Vergütung fehle eine entsprechende Gleichstellung.

Über die Gründe wurde intensiv diskutiert. Zu einem Teil mangle es immer noch an einer ausreichenden Vernetzung der in Institutionen tätigen Psychotherapeuten. Auch der gewerkschaftliche Organisationsgrad der Berufsgruppe sei gering. Nur wenige hätten sich bislang ausreichend solidarisch organisiert. Manchmal bedürfe es zudem auch schlicht des entsprechenden tariflichen und rechtlichen Wissens.

So gelang es zunächst einmal, in einen intensiven Austausch über die in den beiden Vorträgen angesprochenen Punkte zu treten. Spannend war, wel-

che Probleme die Teilnehmenden aus ihren Anstellungsverhältnissen berichteten.

So wurde in der Diskussion geschildert, dass in ambulanten Praxen bzw. MVZ Kassensitze oft mit vier Angestellten besetzt werden. Was hier einerseits zunächst wie ein Vorteil wirken könnte, z. B. dadurch, dass mehr Kapazitäten in der Versorgung geschaffen werden, verursache jedoch am anderen Ende Probleme, wie vor allem die jüngeren Arbeitnehmenden anmerkten. Hier zeige sich teilweise in den Arbeitsstrukturen, dass Überstunden erwartet werden und oft unbezahlt geleistet werden müssen. Die Arbeit sei häufig nicht in der vertraglich vereinbarten Stundenanzahl zu schaffen. Zudem wurde von Unterbezahlung berichtet.


Es wurde sichtbar, dass in den Anstellungsverhältnissen oft um eine korrekte, faire Vergütung und auch um einen Zuschlag, wie die Fachweiterbildungszulage, gerungen werden muss und dass individuelle Verträge inkl. der Vergütung in den Kliniken, auch unter den PP/KJP, oft stark variieren, sodass die Kollegen in ihrem Gehalt deutlich unter der TVöD EG 14 bleiben und nach der Approbation keinesfalls umgehend höher eingruppiert werden. Zudem wurde

berichtet, dass Anträge auf Höhergruppierung von der Arbeitgeberseite verschleppt worden seien.

Zum Abschluss referierte Nicola Wollny aus dem ver.di-Fachbereich „Krankenhäuser“ Hamburg. Sie beschrieb die gewerkschaftlich zu bedenkenden Aspekte und Möglichkeiten und beantwortete kompetent viele Fragen. Abschließend stellte sie dar, wie gewerkschaftlich unterstützte Tarifpolitik im Bereich der Angestellten funktionieren kann und wie die Berufsgruppe ihre Anliegen selbst in die Tarifpolitik miteinbringen könne.

Insgesamt konnte die Veranstaltung dazu beitragen, sich auf allen mit Anstellung assoziierten Ebenen zu informieren und sich dadurch stärker mit unserer wie auch anderen Berufsgruppen zu vernetzen und zu solidarisieren, um mit diesem neu gewonnenen Hintergrundwissen aktiv an möglichen Verbesserungen in Institutionen mitzuarbeiten.

Solidarisches Engagement in dieser dargestellten Form kann sich lohnen. Denn dies zeigten nicht zuletzt die Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA), die gemeinsam mit anderen Akteuren der Profession mit der 2020 realisierten Reform des Psychotherapeutengesetzes wichtige rechtliche Vorgaben auch in



Anlage A zum TV-L Entgeltordnung

(Abschnitt 2 Unterabschnitt 4 ab 1. Januar 2020.)

2.4 Psychotherapeuten


Entgeltgruppe 14

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jeweils mit abgeschlossener wissenschaftlicher Hochschulbildung und mit Approbation und entsprechender Tätigkeit.

Anlage B zum TV-L

Entgelttabelle für die Entgeltgruppen 1 bis 15
- gültig vom 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2020 -

Entgeltgruppe	Grundentgelt		Entwicklungsstufen			
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
15	4.794,35	5.100,50	5.371,04	6.001,57	6.500,22	6.763,20
14	4.340,78	4.692,32	4.962,00	5.371,04	5.990,70	6.178,72
13	4.002,26	4.329,43	4.566,37	5.000,04	5.629,26	5.790,14


**Psychotherapeutenkammer
HAMBURG**

„Die psychotherapeutischen Heilberufe in Institutionen!“
18.05.2021

[Informationen zur Entgeltordnung von Psychotherapeuten](#)

Bezug auf klarer geregelte Entgelte erreichen konnten, auch wenn hier letztlich noch nicht alles zur Zufriedenheit

gelöst werden konnte. Angedacht ist nun, die Veranstaltung in absehbarer Zeit zu wiederholen, um weitere ange-

stellte PP, KJP und PiA zu erreichen und deren Austausch und Vernetzung weiter zu befördern.

KS

Bericht über die 83. Sitzung der Delegiertenversammlung

Am 16. Juni 2021 fand die 83. Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg statt. Nach der Begrüßung durch Präsidentin Heike Peper widmete sich die aufgrund der weiterhin rahmensetzenden Senatsverordnung zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie erneut in digitaler Form stattfindende Delegiertenversammlung den Berichten aus Vorstand, Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitskreisen. Diese waren in den vergangenen Sitzungen wegen anderer drängender Themen zu kurz gekommen. In den Berichten zeigte sich, dass alle Gremien trotz schwieriger Corona-Bedingungen verlässlich ihre Aufgaben erledigen, wofür der Vorstand und die Delegierten den Kollegen ihren ausdrücklichen Dank aussprachen. Im Bericht des Vorstandes ging Heike Peper auf den bevorstehenden Wechsel in der Geschäftsführung der Kammer ein und würdigte das Engagement von Dr. Christoph Düring, der zum 31. August 2021 die Kammer verlassen hat.

Jahresabschluss 2020

Der Jahresabschluss 2020, der ohne Beanstandungen durch den Rechnungsprüfungsausschuss geprüft worden war, wurde von Dr. Christoph Düring vorgestellt. Die besonderen Entwicklungen des Haushalts unter Corona-Bedingungen wurden von ihm nachvollziehbar erläutert. Vor diesem Hintergrund votierte die DV einstimmig für die Feststellung des Jahresabschlusses 2020 und für die Entlastung von Vorstand

und Geschäftsführung. Ricarda Müller hob als Vorsitzende des Rechnungsprüfungsausschusses noch einmal die außerordentlich präzise Haushalts- und Buchführung der Kammer hervor und dankte Dr. Christoph Düring und der Geschäftsstelle.

Berufsordnung

Die bereits in der 81. Sitzung der DV am 10. Februar 2021 beschlossene neue Berufsordnung musste in einem Punkt neu beraten werden, der aus Sicht der Aufsichtsbehörde nicht genehmigungsfähig war. Die Bestimmung in § 23 „Die Behandlungstätigkeit kann durch ein Praxisschild angezeigt werden (...)“ sei aus Sicht der Behörde durch eine „Muss-Bestimmung“ im Sinne der transparenten Information für potenzielle Patienten zu ersetzen. Nach einem längeren Diskussionsprozess im Vorwege der DV legte der Vorstand in Abstimmung mit der Behörde einen Kompromissvorschlag zur Abstimmung vor, der begründete Ausnahmen von der Verpflichtung zum Anbringen eines Praxisschildes vorsieht. In der Sitzung wurden verschiedene Ausnahmen diskutiert. Die DV stimmte dieser Formulierung zu.

Musterweiterbildungsordnung

Schließlich wurde unter dem TOP „Stand der Musterweiterbildungsordnung“ ein Rückblick auf die Beschlüsse des 38. DPT zu den MWBO-Teilen A (Paragrafenteil) und B (Gebiete) gehalten



Foto: Pixabay

ten sowie die aktuelle Arbeit auf Bundesebene an den Teilen C (Psychotherapieverfahren) und D (Bereiche) vorgestellt. Außerdem wurde über die Aktivitäten in Hamburg zur Umsetzung der neuen Weiterbildung berichtet. Vertreter von Ausbildungsinstituten wiesen in der Diskussion nochmals auf die ungeklärten Finanzierungsfragen hin. Diese sollen im Vorfeld der Bundestagswahl weiter an die Politik herangetragen werden. Entscheidungen dazu seien allerdings erst nach der Konstituierung der neuen Bundesregierung zu erwarten.

In der Hoffnung, dass die kommende DV am 15. September 2021 wieder in Präsenz stattfinden könne, schloss Heike Peper die Sitzung und wünschte den Delegierten eine erholsame Sommerzeit.

HP

Wechsel in der Geschäftsführung



V. l. n. r.: Heike Peper, Torsten Michels, Karen Walter, Dr. Christoph Düring (Anmerkung der Redaktion bzgl. Corona: alle Beteiligten waren geimpft und getestet)

Tschüss, Herr Dr. Düring!

Nach knapp sieben Jahren hat Geschäftsführer Dr. Christoph Düring seine Tätigkeit für die Psychotherapeutenkammer Hamburg zum 31. August 2021 beendet und wendet sich neuen Aufgaben zu.

Dr. Christoph Düring hatte Ende 2014 seine Stelle in der Psychotherapeutenkammer angetreten. In seiner Zeit als Geschäftsführer hat er Prozesse und Strukturen der Geschäftsstelle weiterentwickelt. Verschiedene neue Stellen wurden geschaffen, besonders der Rechtsbereich ist gewachsen. Das Such-

portal Psych-Info erfuhr unter Federführung der PTK Hamburg einen umfassenden Relaunch und zwei Kammerwahlen wurden unter der organisatorischen Leitung von Dr. Christoph Düring durchgeführt. Unzählige Sitzungen füllten seinen Terminkalender ... und schließlich brachte die Zeit der Corona-Pandemie besondere Herausforderungen für den Betrieb der Geschäftsstelle wie auch für die Gremienarbeit mit sich. Sein häufig geäußertes Satz „Es wird nicht langweilig ...“ hat sich in den vergangenen Jahren immer wieder bewahrheitet.

Wir danken Herrn Dr. Düring für seinen Einsatz für die Psychotherapeutenkammer Hamburg und wünschen ihm für die Zukunft alles Gute.

Herzlich willkommen, Frau Walter!

Zum 1. August 2021 hat Karen Walter die Leitung der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer Hamburg übernommen. Sie wird sich Ihnen in der nächsten Ausgabe ausführlicher vorstellen.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

HP

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Kerstin Sude, Kathrin Zander.

Geschäftsstelle

Hallerstr. 61
20146 Hamburg
Tel.: 040/2262260-60

Fax: 040/2262260-89
www.ptk-hamburg.de
info@ptk-hamburg.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

nicht stattgefunden. Der Vorstand und das Präsidium bleiben im Amt, bis ein neuer Vorstand gewählt wird, sodass diese Hessen-Seiten noch vom bisherigen Vorstand geschrieben wurden. Bis auf eine Ausnahme kandidieren die jetzigen Vorstandsmitglieder erneut für den Vorstand und stellen sich zur Wiederwahl auf. Vor fünf Jahren, zu Beginn der letzten Wahlperiode, schienen mit der Aus- und Weiterbildungsreform schier gigantische Aufgaben vor uns als Berufsstand und damit auch der Landeskammer zu liegen. Viele dieser Herausforderungen konnten mittlerweile bewältigt und viele Ziele erreicht werden, aber einiges muss noch nachgebessert werden. Dazu zählt an erster Stelle die Finanzierung der künftigen Weiterbildung, für die auf der Bundesebene weitergekämpft wer-

während ich diese Zeilen schreibe, liegen die Wahlen zur Delegiertenversammlung (DV) der 5. Wahlperiode bereits hinter uns. Das Ergebnis lesen Sie weiter unten, aber die konstituierende Sitzung der neuen DV hat noch

den muss. Unser nächstes Ziel auf der Landesebene wird die Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung in eine Landes-Weiterbildungsordnung sein. Die Zeichen dafür stehen gut: Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hat unsere Forderungen zur Anpassung des Heilberufsgesetzes durchaus wohlwollend und unterstützend zur Kenntnis genommen und wir sind optimistisch, dass die Änderungen zeitnah erfolgen werden.

Fünf Jahre sind eine lange Zeit, die doch wie im Flug vergangen zu sein scheint. Corona hat diesen Eindruck noch zusätzlich verstärkt. Ich bin stolz, dass ich gemeinsam mit Vizepräsidentin Else Döring die hessischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie alle Psychotherapeuten in Ausbildung vertreten und mich für ihre Interessen einsetzen durfte. Diese Arbeit hat mir sehr viel Freude bereitet. Die Psychotherapeutenkammer (PTK) Hessen konnte in dieser Zeit ihren Einfluss und ihre Bedeutung im gesundheitspolitischen Geschehen nochmals deutlich ausbauen und erweitern. Dafür danke ich allen Beteiligten und vor allem Ihnen, unseren Mitgliedern, ganz herzlich.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

Erhöhung ambulanter Behandlungskapazitäten für Kinder und Jugendliche

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen ermöglicht Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und Psychologischen Psychotherapeuten (PP) mit einer Zusatzqualifikation durch temporäre Ermächtigungen den Zugang zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung bzw. eine Aufstockung der bereits bestehenden Versorgungsaufträge. Ziel der Ermächtigungen ist es, dem erhöhten Behandlungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der zunehmenden psychischen Belastungen, als Auswirkungen auf die Pandemie, gerecht zu werden.

Die Datenlage zu den psychischen Folgen von COVID-19 hat sich stark verdichtet. Der Anteil der Kinder mit psychischen Auffälligkeiten ist in der

Pandemie von 20 Prozent auf fast ein Drittel gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum sind die Patientenfragen in den Praxen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten um durchschnittlich 60 Prozent angestiegen (DPtV-Umfrage vom 19. Februar 2021). Die zunehmenden Patientenfragen führen zu einer deutlichen Belastung bei den Kollegen, da aufgrund fehlender Versorgungskapazitäten nicht allen Kindern und Jugendlichen ein Behandlungsangebot zur Verfügung gestellt werden kann.

Das Präsidium und der Vorstand der PTK Hessen, haben sowohl bei der Politik als auch bei Krankenkassenvertreten und in Gremien des Sozialministeriums

und der KV Hessen immer wieder die Erhöhung der Behandlungskapazitäten für Kinder und Jugendliche gefordert. Aufgrund dessen hat die KV Hessen den temporären Bedarf für Ermächtigungen mit einer Dauer von zwei Jahren und der anschließenden Möglichkeit zur Beendigung begonnener Therapien festgestellt und mit dem Zulassungsausschuss abgestimmt. Bei der Ermächtigung handelt es sich um eine, in der Regel auf zwei Jahre befristete, Erlaubnis, gesetzlich versicherte Patienten zu behandeln und die Leistungen gegenüber der KV Hessen abzurechnen.

Eine Einschränkung auf bestimmte Planungsbereiche besteht derzeit nicht. Auch kann eine Ermächtigung mit einer

bereits bestehenden Zulassung kombiniert werden, sodass sich dann das abrechenbare Leistungsvolumen erhöht. Zur Abrechnung dieser Leistungen, die über die Ermächtigung erbracht werden, erhalten die Praxisinhaber eine weitere Betriebsstättennummer. Auch für Kollegen, die bisher im Kostener-

stattungsverfahren tätig sind, kann eine Ermächtigung interessant sein. Wenn eine Behandlung den Zeitraum des Ermächtigungsbescheides überschreitet, so kann nach Informationen der KV Hessen, diese bis zur regelhaften Beendigung fortgeführt werden.



© Katarzyna Bialasiewicz/Adobe Stock

Die 4. Wahlperiode endet mit einer Delegiertenversammlung zur Musterweiterbildungsordnung (MWBO)

Im Fokus der 13. DV der 4. Wahlperiode stand der Informationsaustausch über die MWBO, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung einer hessischen Weiterbildungsordnung (WBO). Zu Beginn der DV, nach Erledigung der Formalien, wurde ein Antrag des Vorstands zur Aufnahme der Weiterbildung Sozialmedizin in die WBO gestellt. Dieser Antrag wurde vom Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) klar befürwortet und die Delegierten stimmten der Aufnahme dieser neuen Weiterbildung Sozialmedizin einstimmig zu. Damit kann die WBO um diesen wichtigen Bereich ergänzt werden und Mitglieder, die diese Weiterbildung absolviert haben, erwerben auf Antrag die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“. Darüber hinaus stimmte die DV redaktionellen Änderungen der Weiterbildungsordnung beim Bereich „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ zu.

Dr. Heike Winter führte in die MWBO ein, indem sie wichtige Informationen über den Teil A der MWBO, den sogenannten Paragrafenteil, vermittelte. Um eine hessische WBO umzusetzen, sind Änderungen im Hessischen Heilberufsgesetz notwendig. Darüber hat das Präsidium der PTK Hessen bereits

ein Gespräch mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) geführt. Fristgerecht soll das Heilberufsgesetz erst im Jahr 2024 geändert werden. Das HMSI zeigte im Gespräch jedoch auch Verständnis dafür, dass bestimmte Regelungen, wie z. B. zum Namen der Kammer, schon vorab geändert werden müssen.

Der Ausschuss Ethik und Berufsordnung (EBO), der Ausschuss AFW und der Ausschuss Psychotherapie in Institutionen (PTI) hatten sich mit der Umsetzung der WBO in Hessen beschäftigt und Stellungnahmen zur MWBO vorgelegt. Sowohl dem Ausschuss AFW als auch dem Ausschuss PTI war es ein besonderes Anliegen, dass sich die Erstellung der hessischen WBO eng an der MWBO orientiert, damit eine bundeseinheitliche Regelung für die Weiterbildung künftiger Psychotherapeuten entsteht und der Wechsel während der Weiterbildung in verschiedene Bundesländern ermöglicht wird.

Sabine Wald führte in den Teil B der MWBO, Gebietsweiterbildung, ein. Sie informierte über den Bereich B Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (KJ). Die unterschiedlichen Richtzahlen für das Gebiet der Psychotherapie für

Kinder und Jugendliche im Vergleich zum Gebiet Psychotherapie für Erwachsene wurden diskutiert. Die Richtzahlen für die KJ sind höher angesetzt als für Erwachsene. Einige Delegierte baten deshalb den Vorstand, hier tätig zu werden und für gleiche Richtzahlen in beiden Gebieten zu sorgen.

Aus Zeitmangel konnte das Gebiet Psychotherapie für Erwachsene und das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie nicht mehr vorgestellt werden, was allgemein bedauert wurde. Else Döring und Karl-Wilhelm Höffler stellten ihre erarbeiteten Präsentationen den Delegierten zur Verfügung.

Eine vom Ausschuss Qualitätssicherung erarbeitete Resolution zu den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) wurde einstimmig verabschiedet. Die Resolution beklagt die unklare Wirksamkeit der DiGA und weist auf haftungsrechtliche Probleme hin. „Keine Risiken für Patienten und Kollegen durch Digitale Gesundheitsanwendungen“ ist der Tenor dieser Resolution. Eine zweite Resolution zum Klimawandel mit dem Titel „Klimawandel ist Gesundheitsschutz“ wurde mehrheitlich verabschiedet. Beide Resolutionen finden sich auf der Website der PTK Hessen.

Kammerwahlen 2021



Am Ende der fünfjährigen 4. Wahlperiode fanden im Zeitraum vom 1. bis 30. Juni 2021 die Wahlen zur DV statt. 32 Delegierte wurden gewählt. Es haben 3.423 Wahlberechtigte, deren Wahlumschläge rechtzeitig eingegan-

gen sind, an der Wahl teilgenommen und 6.410 gültige Stimmen wurden abgegeben. Die Wahlbeteiligung lag bei 56,4 % und damit leicht unter der Wahlbeteiligung von 2016 (57,81 %). Insgesamt sieben Listen stellten sich

zur Wahl und erzielten die folgenden Wahlergebnisse: Liste 1: Bündnis KJP Hessen (666 Stimmen, 3 Sitze), Liste 2: VAIR – Verhaltenstherapie Ambitioniert Innovativ Realistisch (331 Stimmen, 2 Sitze), Liste 3: QdM – Qualität durch Methodenvielfalt (366 Stimmen, 2 Sitze), Liste 4: bvvp – Integrative Liste (791 Stimmen, 4 Sitze), Liste 5: Psychodynamische Liste PP (1.355 Stimmen, 7 Sitze), Liste 6: VT-AS – Verhaltenstherapie: Angestellte, Selbständige, Ausbildungsteilnehmer*innen (2.037 Stimmen, 10 Sitze), Liste 7: DPtV – praxisorientiert – verfahrensübergreifend – stark in jedem Kontext (864 Stimmen, 4 Sitze). Am 17. und 18. September 2021 findet die konstituierende Sitzung der neuen DV statt, in deren Rahmen der Vorstand und die Ausschüsse neu gewählt werden.

Die Ergebnisse und Namen der neu gewählten Delegierten finden sich auf der Website der PTK Hessen.

Rückblick Wahlperiode 2016–2021

Nach fünf erfolgreichen Jahren Vorstandsarbeit in der PTK Hessen verabschiedet sich der Vorstand der 4. Wahlperiode. Präsidentin Dr. Heike Winter, Vizepräsidentin Else Döring und die Beisitzer im Vorstand Karl-Wilhelm Höffler, Robert Schmidner, Sabine Wald und Birgit Wiesemüller blicken auf eine arbeitsintensive Zeit zurück, die durch die Anschläge in Hanau und Volkmarssen im Februar 2020 sowie die Corona-Pandemie zusätzliche Herausforderungen für die Vorstandsarbeit mit sich brachte. Bis auf Vorstandsmitglied Robert Schmidner werden sich alle Vorstandsmitglieder zur Wiederwahl auf der konstituierenden Sitzung der DV am 17. und 18. September 2021 aufstellen.

Zentrale Ziele des Vorstands waren einerseits eine gute Außenvertretung des Berufsstandes und der Psychotherapie in Politik, Presse und Medien sowie andererseits die Bereitstellung guter Serviceleistungen für die Mitgliedschaft im Sinne von Fortbildungen, Vermittlung

von berufsrelevanten Informationen und Beratung von Mitgliedern. So fand z. B. die neu eingerichtete Vorstandssprechstunde, bei der wöchentlich ein Vorstandsmitglied für die Anfragen der Mitglieder zur Verfügung stand, regen Anklang.

Einen weiteren großen Anteil der Vorstandsarbeit nahm die Ausbildungsreform mit der Umsetzung des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes und der Approbationsordnung ein. Besonderes Augenmerk galt dabei der Situation der PiA und künftiger PtW bei der Frage einer angemessenen Vergütung. Hierzu wurden mehrere Resolutionen verfasst und der Vorstand engagierte sich aktiv bei der Auslegung und Informationsverbreitung bzgl. der Regelung zur 1.000-Euro-Vergütung für die Praktische Tätigkeit I sowie gegen die negativen Veränderungen des § 117 SGB V. Auf der Landesebene wirkte die PTK Hessen bei der Akkreditierung und berufsrechtlichen Anerkennung der

neuen Bachelor-/Master-Studiengänge in Psychologie mit dem Schwerpunkt Psychotherapie mit und benannte gegenüber der Aufsichtsbehörde die gesetzlich vorgeschriebenen Vertreter der Berufspraxis. An vier hessischen Universitäten konnte so im Wintersemester 2020/2021 der neue Bachelor beginnen. Die erste Masterkohorte startet im Wintersemester 2021/2022. Darüber hinaus wirkte der Vorstand und der Justiziar der PTK Hessen, Olaf Diederichs, intensiv an der Entwicklung der MWBO auf der Bundesebene mit.

Während der vergangenen Wahlperiode wurde die Kammer-Homepage grundlegend überarbeitet und die Psychotherapeutenuche der Homepage dahingehend verbessert, dass Kollegen mit einer KV-Zulassung oder einer Privatpraxis über die gängigen Suchmaschinen gefunden werden. In diesem Zusammenhang wurde auch das Kammerlogo und damit die Corporate Identity einer Verjüngungskur unterzogen. In



Von links: R. Schmidtner, S. Wald, E. Döring, B. Wiesemüller, Dr. H. Winter, K.-W. Höffler

den sozialen Medien ist die PTK Hessen auf Twitter die Landeskammer mit der größten Follower-Zahl.

Die politische Außenvertretung der PTK Hessen konnte erfolgreich fortgesetzt und ausgebaut werden. So hat die Kammer die Kontakte zum HMSI sowie zum Hessischen Kultusministerium ausgebaut und vertieft. Die PTK Hessen

vertrat die Interessen des Berufsstandes im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V sowie in den Arbeitsausschüssen Psychische Gesundheit, Heimversorgung und Bedarfsplanung. Darüber hinaus wurde die Mitarbeit im Vorstand der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE) sowie im Bündnis „Heilen und Helfen“ der hessischen Heilberufekam-

mern, im Verband freier Berufe Hessen (VfBH) und im Beirat der Bad Nauheimer Gespräche fortgesetzt.

Dreizehn DVen fanden in der zurückliegenden Wahlperiode statt, auf denen viele Resolutionen zu berufs- und gesellschaftspolitischen Themen verabschiedet wurden. Darüber hinaus wurden, jeweils mit großer Mehrheit in der DV, zwei neue Weiterbildungen in die WBO aufgenommen: „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ und „Sozialmedizin“.

Das Fazit dieser fünfjährigen Arbeit: Eine spannende Wahlperiode liegt hinter dem Vorstand, für die sich der Einsatz und die Arbeit gelohnt hat. Sehr viele Ziele konnten erfolgreich umgesetzt werden und die zahlreichen positiven Rückmeldungen seitens der Mitglieder haben diesen Einsatz bestärkt. Fünf Jahre erfolgreicher Zusammenarbeit im Vorstand und mit der Geschäftsstelle haben viel Spaß gemacht und verdienen ein großes „Dankeschön“ an alle Beteiligten.

Änderung Weiterbildungsordnung

Die DV der PTK Hessen hat am 26. Juni 2021 Änderungen der WBO (zuletzt geändert am 24. Oktober 2020) im Abschnitt B Bereiche beim Bereich „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ beschlossen. Die Paragraphenbezüge in Nr. 5.1, 5.2, 6 und 7 werden wie folgt geändert:

„In Nr. 5.1 Satz 1 wird die Angabe § 9 durch die Angabe § 10 und im ersten Spiegelpunkt die Angabe § 8 durch die Angabe § 9 ersetzt.

In Nr. 5.2 Satz 1 wird die Angabe § 11 Absatz 1 durch die Angabe § 12 Absatz 1 und in Satz 5 die Angaben §§ 11 bis 13 durch die Angaben §§ 12 bis 14 sowie in Satz 6 die An-

gabe § 12 Absatz 2 durch die Angabe § 13 Absatz 2 ersetzt.

In Nr. 6 wird die Angabe § 5 Absatz 2 durch die Angabe § 6 Absatz 2 ersetzt.

In Nr. 7 wird die Angabe § 14 Absatz 4 durch die Angabe § 15 Absatz 4 ersetzt.“

Änderung Weiterbildungsordnung

Die DV der PTK Hessen hat am 26. Juni 2021 gemäß Beschluss die WBO im Abschnitt B Bereiche um den Bereich „Sozialmedizin“ ergänzt:

„Sozialmedizin

1. Definition

Die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin umfasst die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und die Teilhabe an Lebensbereichen unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Ge-

sellschaft sowie deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die diesbezügliche Beratung der Sozialleistungsträger.

2. Weiterbildungsziel

Ziel der Weiterbildung ist das Erlangen der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung ‚Sozialmedizin‘ nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sowie nach Bestehen der vorgeschriebenen Prüfung. Die Weiterbildung soll Kenntnisse übergreifender Inhalte der Sozialmedizin, der sozialen Sicherungssysteme und Versorgungsstrukturen, der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabili-

tation, der arbeitsmedizinischen und -psychologischen Grundlagen und der Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen vermitteln sowie Kompetenzen zu deren Anwendung in psychotherapeutischen Stellungnahmen und Gutachten.

3. Bestandteile der Weiterbildung und Weiterbildungszeit

Die Weiterbildung erstreckt sich über einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten und umfasst folgende Bestandteile:

mindestens 320 Stunden theoretische Weiterbildung

mindestens 18 Stunden Supervision

mindestens 60 Leistungspunkte aus Begutachtungen zu sozialmedizinischen Fragestellungen

mindestens 6 Begehungen von Einrichtungen

eine eintägige Teilnahme an öffentlichen Sitzungen beim Sozialgericht oder Landessozialgericht

4. Weiterbildungsinhalte

4.1 Theoretische Weiterbildung

4.1.1 Übergreifende Inhalte der Zusatzweiterbildung Sozialmedizin

ethische und juristische Aspekte für die Tätigkeit als Sachverständige

Begriffsbestimmung und Konzepte der Sozial- und Rehabilitationsmedizin einschließlich der Behindertenrechtskonvention der UN

Begriffsdefinitionen und Abgrenzung der Gesundheitsstrategien Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege

4.1.2 Soziale Sicherungssysteme und Versorgungsstrukturen

Prinzipien des Gesundheits- und Sozialsystems und deren Interaktion

Epidemiologie, Dokumentation, Statistik und Gesundheitsberichterstattung

Sozialleistungsträger und ihre Aufgaben und Schnittstellen gemäß Sozialgesetzbuch

Strukturen und Aufgaben privater Versicherungen zur sozialen Absicherung

4.1.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

Leistungsarten und Leistungsformen einschließlich Modelle der Prävention und Gesundheitsförderung

Organisationen und Institutionen in der Rehabilitation einschließlich Einrichtungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation

Theoriemodelle der Rehabilitation und Grundlagen der internationalen Richtlinien und Empfehlungen zu Behinderung und Rehabilitation

4.1.4 Arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Grundlagen

Grundlagen und Aufgaben der Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie

Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen und Gefährdungen

Anforderungsprofile häufiger beruflicher Tätigkeiten

4.1.5 Sozialmedizinische Begutachtung

Grundlagen psychotherapeutischer Begutachtung unter Berücksichtigung sozialmedizinisch relevanter leistungsrechtlicher Begriffe und Vorgaben

trägerspezifische und trägerübergreifende Begutachtung

Unterscheidung kausaler und finaler Gutachten

rechtliche Vorgaben bei der Erstellung von Gutachten insbesondere zum Datenschutz, Haftungsrecht, Mitwirkung des Versicherten, Aufbau und Zuständigkeit in der Sozialgerichtsbarkeit

4.1.6 Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen

relevante diagnostische Verfahren für die Leistungsbeurteilung bei ausgewählten Krankheitsgruppen

4.2 Praktische Weiterbildung

Die praktische Weiterbildung dauert mindestens 18 Monate unter Supervision.

Ziele der praktischen Weiterbildung sind

die Anwendung des biopsychosozialen Modells der WHO bei der Beurteilung von Funktionsfähigkeit unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie Erstellung von Funktionsdiagnosen

die Anwendung des trägerübergreifenden Teilhabebegriffs und Steuerung von trägerspezifischen und trägerübergreifenden Teilhabeleistungen

die Anwendung der gesetzlichen Vorschriften und leistungsrechtlichen Begriffe im gegliederten System der sozialen Sicherung

die Beratung von Leistungsgewandelten im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit

Begutachtungen zu sozialmedizinischen Fragestellungen für Sozialleistungsträger sowie für Privatversicherungen im Zusammenhang mit Fragestellungen aus dem jeweiligen Rechtsgebiet, z. B. zur Arbeitsunfähigkeit, zum erwerbsbezogenen Leistungsvermögen, zu Teilhabeleistungen, oder eine Zusammenhangsbeurteilung einer oder mehrerer potenzieller Ursachen mit einer Gesundheitsstörung (Kausalitätsbeurteilung)

fallbezogenes Schnittstellenmanagement bei Zuständigkeitswechsel des Sozialleistungsträgers

die Beurteilung der psychischen Funktionsfähigkeit einschließlich Beratung von Versicherten und Leistungsträgern

Es sind durch Begehung von 6 Einrichtungen sozialmedizinische Aspekte kennenzulernen, darunter mindestens zwei Rehabilitationseinrichtungen. Weitere mögliche Einrichtungen

sind Betriebe, Berufsförderungswerke, Einrichtungen der sozialen Rehabilitation sowie weitere Einrichtungen mit sozialmedizinischem Bezug.

Bestandteil der praktischen Weiterbildung ist darüber hinaus eine eintägige Teilnahme an öffentlichen Sitzungen beim Sozialgericht oder Landessozialgericht.

4.3 Supervision (18 Stunden à 45 Min.)

Mindestens 18 Stunden kontinuierliche Supervision à 45 Minuten.

Ziel der Supervision ist die Reflexion des psychotherapeutischen Handelns im Hinblick auf die kurz- und langfristigen Ziele mit besonderem Fokus auf sozialmedizinische Fragestellungen.

4.4 Begutachtungen

60 Leistungspunkte aus Begutachtungen zu sozialmedizinischen Fragestellungen, die nachgewiesen werden können durch

4.4.1 Gutachtenerstellung mit Akten-sichtung und Befragung/Untersuchung (je 6 Leistungspunkte)

4.4.2 Befundberichte mit sozialrechtlich wesentlicher Bewertung bzw. mit Beantwortung einer entsprechenden Fragestellung (je 2 Leistungspunkte)

4.4.3 Stellungnahmen (je 1 Leistungspunkt)

und jeweils mit den genannten Leistungspunkten auf die Summe der geforderten 60 Leistungspunkte anzurechnen sind, wobei mindestens 10 Leistungen aus 4.4.1 und/oder 4.4.2 nachzuweisen sind.

4.4.4 Begriffsbestimmungen zu den unterschiedlichen Begutachtungen

Gutachten basieren auf den vom Auftraggeber übergebenen Unterlagen und auf einer eigenen eingehenden Untersuchung. Die erhobenen Befunde und die zur Verfügung gestellten Informationen sind auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis und psychotherapeutischen Erfahrungswissens im Hinblick auf rechtlich erhebliche Fragestellungen des Auftraggebers so zu bewerten, dass dem Auftraggeber damit eine rechtliche Entscheidung ermöglicht wird.

Ein Befundbericht ist eine zusammenfassende, möglichst objektive Darstellung der Ergebnisse einer psychotherapeutischen Untersuchung. In einem reinen Befundbericht werden keine im Hinblick auf eine rechtliche Entscheidung zu treffenden gutachterlichen Einschätzungen, Bewertungen oder Vermutungen vorgenommen. Um für die praktische Weiterbildung in Sozialmedizin angerechnet zu werden, müssen aus der Befundung bzw. dem Befundbericht begründete Einschätzungen und Bewertungen

gen zu sozialrechtlich relevanten Fragestellungen abgeleitet werden.

In einer Stellungnahme wird ohne eigene Befundung ausschließlich nach Aktenlage zu einem vorgelegten Sachverhalt und in der Regel einer damit verbundenen Fragestellung Stellung genommen.

5. Zeugnisse, Nachweise und Prüfungen

Dem Antrag auf Anerkennung der Weiterbildung nach § 10 sind beizufügen:

Bescheinigungen über die abgeleitete Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte entsprechend 4.1 bis 4.3, Nachweise der erstellten Begutachtungen aus 4.4

6. Anforderungen an Weiterbildungsstätten

Zur Weiterbildung in dem Weiterbildungsteil Praktische Weiterbildung werden gemäß § 6 Absatz 2 zugelassen: Einrichtungen, in denen ein breites Spektrum von Störungen, bei de-

nen Psychotherapie indiziert ist, im sozialmedizinischen Zusammenhang beurteilt wird.

7. Übergangsbestimmungen

Die Übergangsregelung gemäß § 15 Absatz 4 gilt für einen Zeitraum von maximal sechs Jahren ab Inkrafttreten der Änderung dieser Weiterbildungsordnung, mit der erstmalig der Bereich ‚Sozialmedizin‘ in Abschnitt B dieser Weiterbildungsordnung aufgenommen wurde.“

Gedenken

Wir gedenken unseres/r verstorbenen Kollegen und Kollegin:

Dieter Nispel, Weimar (Lahn)
Dr. Alfrun von Vietinghoff-Scheel,
Linden

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

Geschäftsstelle

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

Austausch mit den leitenden Psychotherapeuten in Kliniken am 25. Juni 2021

Die Kommission „Angestellte“ lud zu ihrer mittlerweile zur Tradition gewordenen Veranstaltung die leitenden Psychotherapeuten Niedersachsens ein, um mit Ihnen über die Herausforderungen der Ausbildungsreform zu sprechen.

Mit 90 Teilnehmern war eine Zahl erreicht, die in Präsenz schon externe Räumlichkeiten erfordert hätte, von den dafür notwendigen Hygienekonzepten ganz zu schweigen.

Eingeleitet wurde die Veranstaltung durch Impulsvorträge von Kammerpräsident Roman Rudyk und Kommissionsleiter Kristof Hückstädt. Herr Rudyk stellte in seinem Vortrag die Entwicklungsschritte der neuen Musterweiterbildungsordnung vor und damit auch den aktuellen Stand. Als nächste Schritte nannte er:

- 1) Die Abschnitte C (Verfahren) und D (Bereiche) werden erarbeitet und im November 2021 dem 39. DPT zur Abstimmung vorgelegt.
- 2) Austausch mit (potenziellen) Anbietern der Gebietsweiterbildung
- 3) Erarbeitung von Richtlinien für die konkrete Umsetzung
- 4) Abstimmung der konkreten Schritte zur Umsetzung (z. B. Verabschiedung der WBOen in den Ländern, Entwicklung eines digitalen Logbuchs etc.)

Herr Hückstädt rückte danach die praktischen Konsequenzen in den Kliniken



Impulsvortrag Kristof Hückstädt

in den Fokus. Schon durch die Veränderung der akademischen Ausbildung zeigen sich aktuell veränderte Anforderungen an die Kliniken. So treten durch die Pflichtpraktika während des Studiums die Universitäten bereits an die Kliniken heran. Während das Praktikum im Rahmen der Berufsqualifizierenden Tätigkeit I (BQT I) im Bachelor keine nennenswerten Veränderungen bringt, ändert sich das spätestens mit der BQT III im Master. So müssen beispielsweise Kooperationsverträge geschlossen werden und die Anleitung muss durch approbiertes Personal erfolgen. Ebenso müssen sich die Einrichtungen als Weiterbildungsstätten ermächtigen lassen und dafür auch die erforderlichen Weiterbildungsermächtigten vorhalten, Kooperationen mit anderen Instituten eingehen etc. pp. Ebenso wird entscheidend sein, wie sich die Rahmenbedingungen (OPS/PEPP, PPP-RL, Tarifrecht etc.) entwickeln.

Die Kommission und Teilnehmer tauschten sich auch hinsichtlich möglicher Gefahren aus. So wurden als mögliche Gefahren gesehen:

- zu wenige Plätze für BQT III/stationäre Tätigkeit,
- geringe Akzeptanz seitens der Kliniken,
- die Rückkehr des klinischen Psychologen,
- Kliniken als Auffangbecken für Psychotherapeuten ohne Fachkunde.

Die Teilnehmer zeigten sich interessiert an einem weiteren Austausch und es wurde ein E-Mail-Verteiler angelegt. Die Kommission und der Vorstand bedanken sich für die engagierte Teilnahme und freuen sich auf weitere Begegnungen.

Austausch mit den Ausbildungsinstituten am 14. Juli 2021

Am 14. Juli fand der regelmäßige Austausch zwischen den Leitern der Ausbildungsinstitute und der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen statt.

Auch bei diesem Treffen stand das große Projekt der Ausbildungsreform im Vordergrund, jedoch mit einer anderen Schwerpunktthematik als bei den leitenden Angestellten. Dreh- und Angelpunkt der Diskussion war die Grundlage der Finanzierung. Die Ausbildungsinstitute und die PKN sind sich dahingehend einig, dass sie die neue Weiterbildung entscheidend mitprägen wollen und dass es gut ist, dass sie auch in Zukunft als Weiterbildungsstätten vorgesehen

sind. Einigkeit bestand jedoch auch darin, dass ernstzunehmende finanzielle Schwierigkeiten auf die Institute zukommen werden, wenn die Finanzierung ausschließlich durch die Einnahmen aus den im Rahmen der Weiterbildung durchgeführten Behandlungen gemäß § 117 SGB V gestemmt werden soll. Hier bestehen bereits elaborierte Berechnungsmodelle, die Grund zur Sorge liefern.

Von den hohen Standards der Ausbildung möchten weder die Institute noch die PKN abrücken – es müssen also Wege für die Finanzierung gefunden werden. Gleichwohl werden hier vorerst Unsicherheiten ausgehalten

werden müssen. Bei derartig großen Systemwechseln werden einige Fragen leider immer erst im laufenden Prozess beantwortet werden können.

Für die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ist klar, dass die Ausbildungsinstitute das Herz der Psychotherapeutenschaft darstellen und das auch weiterhin so bleiben soll. Neben der qualitativ hochwertigen Ausbildung wird in den Ausbildungsambulanzen ein erheblicher Anteil an der Versorgung psychisch Kranker geleistet. Diesen hohen Stellenwert wollen Kammer und Institute gemeinsam noch stärker gegenüber der Landes- und Bundespolitik vertreten.



Digitaler Austausch der Institutsleiter mit Vorstand und Geschäftsstelle

Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die beliebten Seminare der PKN zu berufsrechtlichen und praxisorganisatorischen Themen fanden weiterhin online statt. Wie schon beim Treffen der leitenden Angestellten konnten hier deutlich mehr Mitglieder erreicht werden, als das in Präsenz möglich gewesen wäre.

Supervision in der Ausbildung und Supervision für Approbierte am 7. Juli 2021

In diesem Seminar zu berufsrechtlichen Aspekten in der Supervision wurden allem voran folgende Fragen besprochen:

- Wer ist eigentlich Fall-Verantwortlicher?
- Was ist bzgl. der Schweigepflicht zu beachten?
- Was muss ich dokumentieren?
- Wie beuge ich Schadensersatzansprüchen vor?
- Inwieweit gilt die Abstinenzpflicht für mich?

Matthias Vestring, Beschwerdebearbeiter der PKN, erarbeitete dabei mit den Teilnehmern klare Vorstellungen davon, welche Rolle jeweils als Behandler und welche Rolle als Supervisor einzunehmen ist.

Praxisberatung am 9. Juli 2021

Werner Köthke gab einem großen Publikum von 75 Teilnehmern Einblicke in den aktuellen Stand der Praxisführung und -organisation. Es wurden viele Fragen gestellt und nach einem langen Tag konnten alle mit neu gewonnenem Wissen über die verschiedenen Formen der Niederlassung, Anstellungsmöglichkeiten, Zweigpraxen, Praxiskauf und -verkauf sowie einiges mehr das Seminar beenden. Ebenso gab es die Möglichkeit, ganz individuelle Fragestellungen klären zu können.

Geschäftsstelle

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

Tag der Neuapprobierten online am 26. Juni 2021

Der „Tag der Neuapprobierten“ der Psychotherapeutenkammer NRW am 26. Juni 2021 fand nach der erfolgreichen Online-Umsetzung im Frühjahr dieses Jahres erneut über ein Video-konferenzsystem statt. Circa 130 neue Kammermitglieder nahmen an der Veranstaltung teil und nutzten im Anschluss an die Vorträge vielfach die Gelegenheit, Fragen an die Referenten zu stellen.

Kammerpräsident Gerd Höhner vermittelte ihnen einen Einblick in das Arbeitsfeld und die Aufgaben der Psychotherapeutenkammer NRW. Ein zentrales Thema der Kammerarbeit sei beispielsweise die Frage, wie die Bedarfe in der Sicht der Profession weiterzuentwickeln seien. „Dabei geht es nicht allein darum, aufzuzeigen, dass wir mehr Angebote in der Niederlassung benötigen“, betonte Gerd Höhner. „Wir müssen uns auch darum kümmern, welche Formen und Angebote der psychotherapeutischen Behandlung und Beratung geschaffen, weiterentwickelt oder angepasst werden müssen.“ Dies betreffe beispielsweise Bereiche wie die Jugendhilfe, die Komplexversorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen und psychotherapeutische Angebote für alte Menschen.

Berufspolitisches Engagement

Aktuell sei die Psychotherapeutenkammer NRW intensiv mit der Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises für Psychotherapeuten, mit Fragestellungen zu Qualitätssicherung und Datenschutz unter dem Gesichtspunkt der Digitalisierung sowie der Organisation der neuen Weiterbildung für den Berufsstand befasst. „Die Weiterbildung wird auf Landesebene umgesetzt und fällt damit in den Verantwortungsbereich der Kammer“, erklärte der Präsident.



Gerd Höhner am Tag der Neuapprobierten in der Geschäftsstelle der Kammer in Düsseldorf

„Dies ist eine anspruchsvolle Aufgabe, bei der weiterhin offene Fragen zu klären sind, etwa die Finanzierung der Weiterbildung im ambulanten Bereich.“ Auch die Bundespsychotherapeutenkammer sei hierzu aktiv.

Wie bedeutsam das Engagement auf Bundes- und Landesebene sei, habe sich beispielsweise gezeigt, als in das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, GVWG) gegen Ende der Beratungen eine Regelung eingebracht werden sollte, nach der psychotherapeutische Indikationen an der Schwere der Störung auszurichten seien. „Damit würde irgendjemand nach irgendwelchen Kriterien willkürlich über den Bedarf entscheiden und dann erst Psychotherapie zulassen. Das wäre absurd und fachfremd“, stellte Gerd Höhner fest. Die Profession habe zu diesen Plänen wirkungsvoll Widerstand geleistet und sich unter anderem mit einer großen Protestaktion erfolgreich gewehrt. Auf

Landesebene seien die mittlerweile guten Kontakte des Kammervorstandes zu den Ansprechpersonen im Landtag hilfreich gewesen. „Sicher wird die Diskussion über Begrenzungen psychotherapeutischer Leistungen nach der Bundestagswahl erneut aufkommen“, sagte Gerd Höhner. „Zunächst einmal ist eine ‚Raster-Psychotherapie‘ jedoch vom Tisch. Ich danke allen, die sich in dieser Sache engagiert haben. Die Psychotherapeutenkammer NRW wird auch in Zukunft weiterhin für eine angemessene Präsenz der Profession in den Versorgungsbereichen und für eine gute Versorgung eintreten.“

Absicherung und Zulassung

Jens Mittmann, Leiter der Abteilung Mitgliederbetreuung/Leistungsverwaltung des Versorgungswerks der Psychotherapeutenkammer NRW, informierte die Neuapprobierten über den Aufbau und die Verankerung des berufsständischen Versorgungswerkes im Gesamtsystem der Altersvorsorge.



Jens Mittmann

Er erläuterte die Bedingungen der Mitgliedschaft, die Möglichkeiten der Beitragszahlung und die Leistungsarten.

Maximilian Weller, Praxisberater im Geschäftsbereich Sicherstellungspolitik und -beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, führte in die Prinzipien der Bedarfsplanung ein und beschrieb die Voraussetzungen und Bedingungen für die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Er skizzierte den Weg in die Niederlassung und das Zulassungsverfahren und stellte verschiedene Tätigkeitsmöglichkeiten und Arbeitsformen, wie Jobsharing, die Berufstätigkeit im Rahmen von Sonderbedarfen und Ermächtigung sowie in Assistenz und Vertretung, dar.

Berufstätigkeit in der Niederlassung

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer NRW, richtete den Blick auf die psychotherapeutische Tätigkeit in der Niederlassung. Er fasste die mit der Übernahme einer Kassenpraxis verbundenen Rechte und Pflichten zusammen und nannte wichtige Informationsquellen, die in den Folien zum Vortrag auf www.ptk-nrw.de am Ende des Berichts über den Tag der Neuapprobierten abgerufen werden können. Andreas Pichler erläuterte auch die wirtschaftlichen Grundlagen der für die vertragspsychotherapeutische Ver-



Maximilian Weller

sorgung zugelassenen Praxen. Die Niederlassung mit einer Kassenpraxis ließe sich in der Regel nur durch die Übernahme einer bestehenden Praxis realisieren, hielt er fest. Entsprechend seien die Möglichkeiten begrenzt. „Ein Nachbesetzungsverfahren kann zudem mitunter langwierig sein. Insofern ist es ratsam, weitere Varianten für das berufliche Fortkommen zu erwägen, etwa Tätigkeiten im Jobsharing.“

In den Beruf startenden Psychotherapeuten, die sich mit dem Gedanken tragen, eine Privatpraxis zu eröffnen, riet der Vizepräsident, sich parallel mehrere berufliche Standbeine zu schaffen. „Lassen Sie sich in die Sachverständigenlisten der Kammer eintragen, engagieren Sie sich in der Notfall-Psychotherapie oder in der Prävention, erschließen Sie sich Tätigkeitsbereiche wie Coaching, Supervision, Mediation oder Fortbildung für andere Berufsgruppen“, schlug er beispielhaft vor. Ein breites Portfolio sei insbesondere ratsam, da bei der Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) nach wie vor eklatante Probleme bestünden. „Viele Krankenkassen stellen sich weiterhin quer. Als Kammer mahnen wir immer wieder an, dass Patienten unverändert einen Rechtsanspruch auf die Übernahme der Kosten haben, wenn sie eine notwendige Versorgung über die gesetzliche Krankenversiche-



Andreas Pichler

rung nicht erhalten können. Da jedoch rechtlich nicht eindeutig geregelt ist, wann und unter welchen Bedingungen die Kassen dem Antrag auf Kostenerstattung stattgeben müssen, ist das oft mühselig. Letztlich werden stets Einzelfallentscheidungen gefällt.“ Andreas Pichler betonte darüber hinaus, dem Praxis-Marketing ausreichend Aufmerksamkeit zu schenken. „Machen Sie sich in der Ärzteschaft und im Kollegenkreis in Ihrer Umgebung bekannt, nehmen Sie an Berufsstammtischen oder psychotherapeutischen Qualitätszirkeln teil, entwickeln Sie Spezialgebiete und informieren Sie über Ihr Angebot.“ Mehrere Tätigkeitsbereiche, Spezialgebiete und eine gute Vernetzung seien angesichts der generell wachsenden Konkurrenz eine wertvolle Basis für die erfolgreiche selbstständige Berufstätigkeit.

Berufstätigkeit im Angestelltenverhältnis

Der Vortrag „Perspektiven der Berufstätigkeit im Angestelltenverhältnis“ von Dr. Georg Kremer, Psychologischer Psychotherapeut aus Bielefeld und Vorsitzender des Ausschusses Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation der Psychotherapeutenkammer NRW, fiel leider kurzfristig aufgrund technischer Probleme aus. Die Informationen von Dr. Georg Kremer vom vorherigen „Tag der Neuapprobierten“ im März 2021, seine für die Veranstaltung am 26. Juni 2021

vorgesehene Präsentation sowie die Vorträge der anderen Referenten können mit dem Bericht über den „Tag der

Neuapprobierten“ auf der Internetseite der Psychotherapeutenkammer NRW (www.ptk-nrw.de) in der Rubrik „Aktu-

elles“ abgerufen werden.

Rückblick: Ein Jahr Online-Fortbildungen

Um den Kammerangehörigen während der Corona-Pandemie weiterhin ein vielseitiges Fortbildungsprogramm bereitstellen zu können, hatte die Psychotherapeutenkammer NRW von Juni 2020 an ihr Angebot kurzfristig auf ausschließlich online durchgeführte Veranstaltungen umgestellt. In der Fortbildungsordnung wurde angesichts der besonderen Lage per Beschluss der Kammerversammlung eine zunächst bis 31. Dezember 2021 befristete Übergangsregelung zur Akkreditierung und Anerkennung von Online-Fortbildungen mit Live-Charakter eingebracht. Zusätzlich wurde die Gebührenordnung entsprechend angepasst.

Breite Themenvielfalt

Die thematische Breite des Fortbildungsangebotes der Psychotherapeutenkammer NRW konnte auch in der Pandemiezeit beibehalten werden. Wie bereits in den vergangenen Jahren waren insbesondere Veranstaltungen zu rechtlichen Aspekten oder Themen wie „Existenzgründung – Führen einer psychotherapeutischen Privatpraxis“ stark nachgefragt. Ebenso waren Fortbildungen zu Arbeitsfeldern wie der Suchttherapie, der Klinischen Neuropsychologie oder der Psychotherapie mit älteren Menschen ausgebucht. Anmeldungen über die maximal mögliche Zahl der



Foto: Pixabay

Teilnehmenden hinaus verzeichneten auch Fortbildungen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, beispielsweise zur Psychologischen Ersten Hilfe, zu Kinderschutz bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch und zu Interventionsmethoden bei Mobbing und Cybermobbing oder Medienabhängigkeiten.

In der Evaluation der Veranstaltungen im Zeitraum von Juni 2020 bis Juni 2021 zeigte sich, dass viele Teilnehmende die Vorteile von Online-Fortbildungen – familienfreundliches Angebot, keine

An- und Abreisezeiten, ökologische Aspekte etc. – begrüßten. Andererseits gaben viele an, den persönlichen Austausch mit anderen Teilnehmenden und den Referierenden zu vermissen.

Die Psychotherapeutenkammer NRW erwägt angesichts der erfolgreichen und nachhaltigen Umsetzung und der positiven Resonanz auf das Angebot die Möglichkeit, auch in Zukunft weiterhin Online-Fortbildungen als ergänzenden Bestandteil ihres Fortbildungsprogramms anzubieten.

Neue Internetseite der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen

Die Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen hat ihren neuen Internetauftritt freigeschaltet: Unter www.lgp.nrw informiert die Landesinitiative über verschiedene Präventionsthemen und gibt einen Einblick, wie das aktuelle Schwerpunktthema „Seelische Gesundheit“ in den einzelnen lebensphasenbezogenen

Arbeitsgruppen umgesetzt wird. Geplant ist, auch Online-Veranstaltungen oder Diskussionsrunden in das Angebot zu integrieren. Generell sollen die Menschen in Nordrhein-Westfalen die Möglichkeit erhalten, sich direkt einzubringen und Inhalte auf der Seite zu kommentieren.

Die Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention wurde 2017 von den Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz und vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorgeschlagen. Es handelt sich um eine Fortführung des Landespräventionskonzepts Nordrhein-Westfalens. Unter Feder-

führung des Gesundheitsministeriums werden im Rahmen der Landesinitiative von einer Vielzahl von Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens und unter Beteiligung weiterer nordrhein-westfälischer Ministerien Strategien und Handlungsempfehlungen zur Förderung der Gesundheit der Menschen in Nordrhein-Westfalen erarbeitet.

Beteiligung der Psychotherapeutenkammer NRW

Ende 2019 hatte sich die Lenkungsgruppe der Landesinitiative mit dem inhaltlichen Schwerpunkt der seelischen Gesundheit in allen Lebensphasen konstituiert. Die Psychotherapeutenkammer NRW ist an der Lenkungsgruppe sowie an den Arbeitsgruppen „Aufwachsen“ und „Alter“ beteiligt. Die Lenkungsgruppe der Landesinitiative übernimmt die Abstimmung der unterschiedlichen Arbeitsprozesse, vernetzt die Beteiligten und fördert den Informationsfluss.



Startseite des neuen Internetangebots unter www.lgp.nrw

Sie trägt zudem Verantwortung für die Öffentlichkeitsarbeit und überführt das bisherige Präventionskonzept in die neue Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention.

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Herr Ulrich Meier, Wahlkreis Köln, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW (PtNRW)“ hat am 11.05.2021 sein Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Frau Lara Aror, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW (PtNRW)“

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Frau Lara Aror, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW (PtNRW)“ hat am 27.05.2021 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Mira Welter, Wahlkreis Köln, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW (PtNRW)“

Gez.

Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Geschäftsstelle

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

Online-Fachkonferenzen zur stationären Weiterbildung am 2. und 9. Juni 2021: OPK berät Umsetzung der neuen Weiterbildung mit angestellten Kammermitgliedern

Zukünftige, nach dem Psychotherapie-Studium approbierte Kollegen werden in ihrer Weiterbildung zu Fachpsychotherapeuten – als sog. Psychotherapeuten in Weiterbildung (PtW) – verpflichtend zwei Jahre berufliche Tätigkeit im stationären Bereich ableisten. Schon jetzt ist klar, dass es insbesondere dort eine ambitionierte Aufgabe darstellt, eine zukunftsweisende Weiterbildungsstruktur mit ausreichend Plätzen unter der fachlichen Anleitung von Psychotherapeuten zu etablieren. Der Vorstand der OPK wird die Umsetzung der Weiterbildung von Beginn an befördern und begleiten. Derzeit führen die Vorstandsmitglieder Gespräche mit Klinikleitungen und unseren ärztlichen Kollegen.

Zentrales Anliegen ist selbstverständlich der Kontakt zu unseren Mitgliedern und insbesondere mit denen, die die praktische Umsetzung in den stationären Einrichtungen leisten werden. Deshalb haben wir alle angestellten Kammermitglieder zu einem kollegialen Austausch im Rahmen von zwei Fachkonferenzen am 2. Juni 2021 und 9. Juni 2021 eingeladen.

Zu Beginn der Online-Konferenzen informierte der Präsident Dr. Gregor Peikert über den aktuellen Stand der in der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vorgesehenen Regelungen. Erfahrene, praktisch tätige Kollegen stellten anschließend Überlegungen zur praktischen Umsetzbarkeit vor Ort vor. In von Vorstand und Mitgliedern des Angestelltenausschusses moderierten Kleingruppen schloss sich ein reger Austausch über den aktuellen Stand in

den Regionen und die Einschätzungen zur Umsetzung an. Die Veranstaltungen fanden großen Zuspruch.

Umsetzung der neuen Weiterbildung im OPK-Gebiet: Einschätzungen und Anregungen

Die Zusammensetzung der Teilnehmer-schaft zeigte sich so heterogen wie die zukünftigen Weiterbildungsstätten und -befugten. Mitglieder aus allen fünf OPK-Ländern, aus Psychiatrie und Psychosomatik, Rehakliniken, Justiz- und Maßregelvollzug, psychiatrischen Institutsambulanzen, Beratungsstellen sowie Somatik und Neuropsychologie in den verschiedensten Karrierestadien nahmen teil.

Die Motive für die Teilnahme waren ebenso unterschiedlich. Mancherorts hatte man sich schon auf verschiede-

nen Ebenen intensiv mit der Thematik beschäftigt, anderenorts besteht das Interesse eher aufseiten der Psychotherapeuten. Vielerorts befindet man sich in einer Orientierungsphase. Allen gemeinsam ist, dass es einen großen Bedarf nach Informationen und Austausch gibt.

Die Etablierung der neuen Weiterbildungsordnung geht mit tiefgreifenden Veränderungen einher. Gleichzeitig sind noch nicht alle Rahmenbedingungen der Umsetzung klar oder geklärt. Daraus ergibt sich, dass mit den Neuerungen zahlreiche Hoffnungen und Befürchtungen verknüpft sind. Tabelle 1 gibt einen Überblick über zentrale Themen.

Einerseits wurde klar, dass die an die ärztliche Weiterbildung angelehnte psychotherapeutische Weiterbildung viele Chancen für eine bessere Etablierung

Chancen und Hoffnungen	Sorgen und Befürchtungen
Aufwertung des Berufsstandes Augenhöhe mit Ärzten	Verlust des Erreichten: ■ Ausbildungsqualität ■ Status als leitende PT ■ etablierte PT-Strukturen
höhere berufspolitische Durchschlagskraft	zu hohe Ansprüche in MBWO: Umsetzbarkeit und Stellenkapazität in Gefahr
höhere Karrierechancen im Krankenhaus	Finanzierungsfrage ungeklärt: ■ Verankerung PTW in PPP-Richtlinie ■ tarifliche Eingruppierung ■ Schaffung neuer Stellen unklar ■ Vergütung bei Übernahme von Verantwortung (WB-Befugnis, Leitung) unklar ■ hohe Fluktuation befürchtet
Aufwertung der Psychotherapie im stationären Bereich	fehlende Unterstützung der Themen angestellter PTen auf Bundesebene

Tabelle 1: Hoffnungen und Befürchtungen bzgl. der neuen Weiterbildung

des Berufsstandes bietet. Andererseits bereitet den Teilnehmern vor allem die ungeklärte Finanzierungsfrage Sorgen. Verstärkt werden die Bedenken dadurch, dass der Einsatz auf Bundesebene für die Themen und die Belange der angestellten Psychotherapeuten als mangelhaft wahrgenommen wird. Dies betrifft insbesondere die politischen Aktivitäten für eine sachgerechte Verankerung der PP/KJP und der PtW in der PPP-Richtlinie.

Derzeit gibt es überwiegend eine eher schwammige Vorstellung von dem Werdegang der PtW. Es besteht der Wunsch nach mehr Information über den Kenntnisstand in Theorie und Praxis nach dem Psychotherapie-Studium. Denn nur so können darauf aufbauend Weiterbildungskonzepte entwickelt und Doppelungen vermieden werden. Weiterhin bestehen viele Unklarheiten zu berufsrechtlichem und sozialrechtlichem Status der PtW in Abgrenzung zu PP/KJP, aber auch zu Psychologen. Eng mit dieser Thematik verknüpft zeigt sich die Einschätzung, dass das Nebeneinander und Nacheinander von Aus- und Weiterbildungsstrukturen zu Problemen führen könnte. Befürchtet wird, dass zwischen PiA, PtW, PP/KJP, Psychologen und Assistenzärzten Konkurrenzen und Abgrenzungskonflikte entstehen könnten.

Diese Situation wird mitunter durch unklare Kenntnisse über den Status als Angehörige eines akademischen Heilberufs verschärft. Im Alltag mancher Kliniken verschwimmen die Grenzen zwischen PP/KJP und anderen „nicht-

ärztlichen“ Therapeuten. Dr. Peikert wies darauf hin, dass nur die Approbation die Qualifikation zur eigenständigen psychotherapeutischen Behandlung nachweist.

In den Online-Workshops wurde deutlich, dass wir uns noch lange und intensiv für die angemessene Verankerung der Fachkompetenz unserer approbierten Kollegen einsetzen müssen. In der OPK bemühen wir uns schon lange darum. Beispielsweise informieren wir Arbeitgeber über die Rechte und Pflichten der PP/KJP. Wir ermutigen unsere Mitglieder immer wieder, ihren Status als Psychotherapeuten auch nach außen zu kennzeichnen.

Fragen zur Weiterbildungsbefugnis und zu Rahmenbedingungen der Anerkennung als Weiterbildungsstätte stellten den wichtigsten Themenkreis dar. Tabelle 2 gibt zentrale Diskussionspunkte wieder.

Die Teilnehmer meldeten überwiegend Interesse an der Übernahme von Weiterbildungsbefugnis zurück. Probleme stellen sich regional sehr unterschiedlich dar, etwa beim Vorhandensein von ausreichend erfahrenen Kollegen. Die konkrete Ausgestaltung des Weiterbildungsangebots – und hier vor allem des theoretischen Teils – ist vielen Mitgliedern noch unklar. Viele Fragen stellen sich außerdem zu Möglichkeiten von Kooperationen und Verbänden.

Es ergeben sich also zahlreiche neue Aufgaben für unsere Mitglieder und für

uns als Kammer. Folgende zentrale Unterstützungswünsche wurden an uns herangetragen:

- Informationen (Veranstaltungen, Infomaterial) für Mitglieder und Klinikleitungen
- Argumentationshilfen für Vorteile der Weiterbildung und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten
- Gespräche mit Trägern und Klinikleitungen zur Unterstützung
- Fortbildungen für Weiterbildungsbeauftragte
- Ansprechperson in der OPK
- Kooperationen unterstützen

Mit den Fachkonferenzen zur stationären Weiterbildung haben wir ein Format gefunden, in dem wir einerseits notwendige Informationen vermitteln und andererseits die Expertise unserer Mitglieder einholen konnten. So gelang es, Handlungsbedarf zu identifizieren und Lösungsvorschläge zu beraten. Der Vorstand beschloss, im Februar 2022 weitere Fachkonferenzen abzuhalten, um detaillierter über die anstehenden Akkreditierungen zu informieren. Es gibt einen sehr hohen Informationsbedarf. Diesem wollen wir als Landeskammer frühzeitig gerecht werden, indem wir Informationsmaterialien im Frühjahr 2022 zur Verfügung stellen.

Deutlich wurde, dass zentrale Probleme wie die Finanzierung der Weiterbildung oder die adäquate Verankerung der psychotherapeutischen Berufe in die PPP-Richtlinie nicht durch die Landeskammern gelöst werden können. Es ist notwendig, auch die Belange der Psychotherapie und der sie tragenden Psychotherapeuten im stationären Bereich in der Politik zu vertreten. Hier zeigte sich der deutliche Wunsch nach einer engagierteren und transparenteren Vorgehensweise der BPtK. Die Themen der angestellten PP und KJP sollten auf Bundesebene noch besser vertreten werden. Landeskammern und BPtK sollten sich gemeinsam noch stärker dafür einsetzen, dass auch im stationären Bereich qualifizierte Psychotherapie geleistet werden kann.

Weiterbildungsbefugte	Weiterbildungsstätten
teilweise vorhandene hierarchische Strukturen zur Übernahme der WB-Befugnis	Informationen zu Voraussetzungen und Beantragung gewünscht
Unklarheiten zu konkreten Aufgaben, Verantwortlichkeiten, inkl. zeitlichen und fachlich-disziplinarischen Verpflichtungen	Unklarheiten zu Kooperationen und Verbänden: z. B. Rolle ambulanter WB-Stätten, Theorieverbände, Rotationen
regionale Unterschiede in Bezug auf Vorhandensein von erfahrenen Kollegen	Zusammenarbeit und Kooperationen mit der ärztlichen Weiterbildung
	Etablierung und Organisation der Strukturen für Weiterbildung herausfordernd: Supervision, Anleitung, Fachaufsicht, v. a. Umsetzung von Theorie kritisch hinterfragt

Tabelle 2: Diskussionspunkte zum Thema Weiterbildungsbefugte und -stätten

Dr. Andrea Walter

Anstehende Online-Informationsveranstaltungen der OPK zu aktuellen Themen und Fragestellungen

Auch in diesem Jahr wird es anstatt unserer jährlichen Informationsveranstaltungen in unseren fünf Bundesländern zwei Online-Veranstaltungen geben, zu denen wir Sie herzlich einladen möchten.

OPK internetaktiv 2021: Ziemlich beste Psychotherapie – Facetten von Behandlungsqualität

Dienstag, 21. September 2021, 17.30–20.00 Uhr: Wir möchten den Blick auf Behandlungsqualität und Qualitätssicherung in der Psychotherapie richten. Diese Fragen stellen sich aktuell, weil

der Gesetzgeber angekündigt hat, das bisherige Gutachterverfahren durch eine neue Form der Qualitätssicherung zu ersetzen. Es ist ein Verfahren vorgesehen, das auf sogenannten Qualitätsindikatoren beruht, das Vorgaben für eine Standarddokumentation in den Praxen und eine Patientenbefragung macht.

Wir müssen uns deshalb damit auseinandersetzen, was aus unserer Sicht Behandlungsqualität ausmacht. Das Thema wird in unserer Profession kontrovers diskutiert. Wir möchten es aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchten und mit Ihnen diskutieren.

Aktuelles aus der OPK: Regionale Online-Workshops in jedem OPK-Bundesland

Mittwoch, 24. November 2021, 17.00–19.00 Uhr: Wie in jedem Jahr möchten wir Sie über unsere Arbeit und über aktuelle Themen aus der Gesundheitspolitik informieren. Zunächst wird der Vorstand die Themen dieses Jahres zusammenfassen. Anschließend haben Sie in den regionalen Online-Workshops die Gelegenheit, über die Themen und Anliegen in Ihrem Bundesland zu sprechen.

Alle Informationen und Ihre Anmeldemöglichkeit finden Sie auf unserer Website.

Geschäftsstelle

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach jahrelangen Vorbereitungen kann der elektronische Psychotherapeutenausweis (ePtA) seit dem 8. Juni 2021 bestellt werden und mittlerweile ist der Ausweis bei vielen Kollegen angekommen. So lässt sich der Fortschritt mit Händen greifen: Ein weiterer Meilenstein in der Digitalisierung des Gesundheitssektors ist erreicht!

Die Digitalisierung ist ein enormer, unabwendbarer Transformationsprozess, der alle Bereiche der Gesellschaft erfasst und auch vor der Psychotherapie nicht Halt macht. Nach und nach müssen digitale Strukturen auch in den psychotherapeutischen Praxen aufgebaut werden. Dass dies neue Möglichkeiten eröffnet, die Versorgung sicherzustellen oder zu verbessern, hat nicht zuletzt die Corona-Pandemie gezeigt, in der zahlreiche Kollegen – zunächst gezwungenermaßen, dann immer souveräner – auf Videotherapie ausgewichen sind. Boten vor der Pandemie nur ungefähr 5 % der Kollegen Videotherapie an, so sind es jetzt um die 80 %. Ein anderes Beispiel: Durch die schreckliche Flutkatastrophe an der Ahr und in der Eifel wurden fast 30 Arztpraxen völlig zerstört – und mit ihnen unwiederbringlich auch viele Patientenbefunde. Digitale Patientenakten in der ePA (elektronische Patientenakte) wären zumindest davor geschützt gewesen.

Doch gerade im Gesundheitssektor, in dem hochsensible Patientendaten gehandhabt werden müssen, sind Befürchtungen vor der Digitalisierung und vor möglichen Gefahren für den Datenschutz groß. Hinzu kommt ein Unbehagen gegenüber der neuen elektronischen Infrastruktur und all den zu erfüllenden Anforderungen, das viele unserer Mitglieder in Sorge versetzt. Und gerade die hohen Anforderungen der Sicherheit und des Datenschutzes sind mit viel Aufwand verbunden. Jedoch: Alle neuen Techniken erfordern Anpassungsleistung und Übung – doch versprechen sie auch in vielen Fällen Arbeitserleichterungen, wenn sie erst etabliert sind. Zudem müssen Sie diese Mühen nicht alleine auf sich nehmen: Wir als Landespsychotherapeutenkammer möchten unsere Mitglieder bei der Digitalisierung der Arbeitsabläufe im Praxisalltag verantwortungsvoll unterstützen, indem wir Ihnen wichtige Informationen zur Ver-



Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstands der LPK RLP

fügung stellen und ein offenes Ohr für Ihre Schwierigkeiten haben. So haben wir beispielsweise für den 26. Oktober eine Fortbildung geplant, in der wir über die neuen digitalen Entwicklungen informieren, Fragen beantworten und auf Ihre Befürchtungen gegenüber der Digitalisierung eingehen möchten. Viele Fragen rund um den elektronischen Psychotherapeutenausweis beantworten wir außerdem in unseren FAQs auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de in der Rubrik Psychotherapeut*innen/ Elektronischer Psychotherapeutenausweis. Welche Potentiale und Anforderungen die Digitalisierung für die Psychotherapie bereithält, haben wir im Projekt Diskurs Digitalisierung Psychotherapie für Sie untersucht. Die daraus hervorgegangenen Podcasts und die Broschüre finden Sie auf der Homepage im Info-Portal/Diskurs-Digitalisierung Psychotherapie. Lassen Sie uns gemeinsam verantwortungsbewusst, neugierig und zusehrend die digitalen Möglichkeiten erkunden!

Es grüßt Sie herzlich

Peter Andreas Staub

Neue Homepage-Rubrik: Wahlen zur Vertreterversammlung der LPK RLP

Vom 12. bis 26. November 2021 finden die Wahlen zur Vertreterversammlung der LPK RLP statt. Auf unserer Homepage haben wir unter „Aktuelles“ eine neue Rubrik für Sie eingerichtet, in der wir Ihnen Bekanntmachungen zur Wahl, eine Zusammenstellung der wichtigsten Fragen und Antworten sowie die Wahlordnung, das Fairness-Abkommen und Formulare zur Wahl zum Download zur Verfügung stellen: [www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Wahlen zur Vertreterversammlung 2021](http://www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Wahlen_zur_Vertreterversammlung_2021).

Flutkatastrophe: Kammermitglieder zeigen erneut große Hilfsbereitschaft



Nach der Flut war die Hilfsbereitschaft groß. (Foto: Pixabay)

Die verheerenden Unwetter, die Mitte Juli unter anderem in Rheinland-Pfalz gewütet haben, haben nicht nur Todesopfer und Verletzte gefordert, Häuser und Verkehrswege zerstört, sondern auch psychische Folgen hinterlassen. Viele Menschen haben mit ihrem Zuhause ihren sicheren Rückzugsort verloren und haben schreckliche Dinge erlebt, die sie nicht mehr loslassen. Unmittelbar nach der Katastrophe haben sich die LPK RLP und die rheinland-pfälzische Landesregierung ausgetauscht, um psychotherapeutische Hilfe für die Betroffenen zu organisieren. Wie schon nach der Amokfahrt in Trier Anfang Dezember 2020 wurden von Anfang an die Auswirkungen auf die psychische

Gesundheit der Betroffenen bei der Planung der Hilfen berücksichtigt und die Kammer in die Versorgung der Opfer einbezogen.

Es wurde vereinbart, dass die Kammer zwei Listen zusammenstellt, auf der sich Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur psychotherapeutischen Betreuung der Betroffenen eintragen lassen können. Per Mail wurden die zugelassenen Kammermitglieder gebeten, sich, wenn möglich, in eine der Listen aufnehmen zu lassen. Auf die erste Liste konnten sich Kammermitglieder setzen lassen, die in einem der besonders betroffenen Landkreise tätig sind und sofort ein Krisen-Therapieangebot in Präsenz für die Betroffenen schaffen können. Auf der zweiten Liste konnten sich Mitglieder aus allen Landesteilen eintragen lassen, die sofort ein Krisen-Therapieangebot per Video für Betroffene schaffen können. Trotz Ferienzeit und sehr kurzer Rückmeldefrist von weniger als 24 Stunden umfassten die Listen schließlich knapp 120 Einträge, die bereits am Dienstag nach der Flutkatastrophe an die koordinierenden Stellen weitergegeben werden konnten. Inzwischen stehen auf beiden Listen insgesamt 200 Kammermitglieder, die bereit sind, sofort zu helfen. Die Listen werden fortlaufend aktualisiert und ergänzt. Ein Mitglied bot nicht nur psychotherapeutische Hilfe für die Betroffenen per Video und in Präsenz an, sondern sogar einen eigenen Praxisraum für von der Flut betroffene Kollegen. Andere Mitglieder aus den betroffenen Regionen leisten psychotherapeutische Erste Hilfe vor Ort. Die LPK RLP unterstützte Kammermitglieder, deren Praxisräume durch die Flut zerstört worden sind.

Die Landespsychotherapeutenkammer möchte sich ganz herzlich für die überwältigende Hilfsbereitschaft bei allen Mitgliedern bedanken, die ihre Unterstützung angeboten haben! Wie schon nach der Amokfahrt in Trier hat sich gezeigt, dass die Kammer auf die Solidarität ihrer Mitglieder vertrauen kann und dass Kammer und Mitglieder in Notsituationen zusammenstehen, um schnelle psychotherapeutische Hilfe für Betroffene zu organisieren.

Wie schon nach der Amokfahrt in Trier hat sich gezeigt, dass die Kammer auf die Solidarität ihrer Mitglieder vertrauen kann und dass Kammer und Mitglieder in Notsituationen zusammenstehen, um schnelle psychotherapeutische Hilfe für Betroffene zu organisieren.

Wie weit ist die Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung in Rheinland-Pfalz fortgeschritten?

Am 24. April 2021 wurde die neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) verabschiedet. Damit wurde ein **Meilenstein** erreicht, auf den viele Jahre hingearbeitet wurde. Nun gilt es, die beschlossenen Reformen auf Landesebene umzusetzen.

Der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz war es dabei von Anfang an ein wichtiges Anliegen, so frühzeitig wie möglich alle für die Neustrukturierung der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung notwendigen Weichen zu stellen. Aus diesem Grund hat sich die Kammer bereits mit allen wichtigen Akteuren in Verbindung gesetzt. So wurden beispielsweise die neu konzipierten polyvalenten Ba-

chelor-Studiengänge der Universitäten Mainz, Trier und Landau zügig und in engem Austausch zwischen der Kammer, dem Gesundheitsministerium und den Universitäten berufsrechtlich akkreditiert und konnten daher bereits zum WS 2020/21 starten.

Neben den Studien- müssen nun auch die Weiterbildungsplätze rechtzeitig geschaffen werden. Die Kammer führt daher bereits seit 2020 digitale Gespräche, die zum einen informieren, aber auch zur baldigen Schaffung der notwendigen Strukturen motivieren sollen. Bisher haben konstruktive und zielführende Gespräche mit der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, dem rheinland-pfälzischen Gesund-



Foto: Pixabay

heitsministerium, den Chefärzten der großen rheinland-pfälzischen Kliniken, mit leitenden Psychotherapeuten, Ausbildungsinstituten sowie Vertretern aus dem Bereich der institutionellen Versorgung stattgefunden und es sind

auch bereits weitere für die Zukunft geplant.

Die Landespsychotherapeutenkammer wird sich für bundesweit einheitliche gesetzliche Grundlagen und Umsetzungsrichtlinien einsetzen. Um dies auch bei der Erstellung der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) der LPK RLP um-

setzen zu können, stehen nun notwendige Änderungen des Heilberufsgesetzes (HeilBG) in Rheinland-Pfalz an. Zudem werden auf Bundesebene noch die bisher fehlenden Teile der MWBO sowie zahlreicher Umsetzungsrichtlinien erarbeitet. Unsere Kammer ist daran auf verschiedenen Ebenen und in allen wichtigen Gremien beteiligt. Auch auf

der Verwaltungsebene müssen zahlreiche Operationalisierungsprozesse und Formulare entwickelt werden. Ein erster allgemeiner Info-Flyer zur neuen Gebietsweiterbildung wurde bereits erstellt, weitere sollen folgen, sobald die Richtlinien ausgearbeitet sind.

Ohne sprachliche Verständigung ist keine Psychotherapie möglich – Interview mit LPK-Vorstandsmitglied Ulrich Bestle zur Bedeutung von Sprachmittlern

Die bundesweite Fachstelle Sprach-Kultur hat am 25. Juni 2021 eine Online-Veranstaltung durchgeführt, auf der LPK-Vorstandsmitglied Ulrich Bestle einen Fachvortrag mit dem Titel „Sprach- und Kulturmittlung in der Psychotherapie“ hielt. Im Interview mit dem PTJ erläutert Herr Bestle die Notwendigkeit der Sprachmittlung für die Psychotherapie mit fremdsprachigen Patienten:

PTJ: Haben Sie selbst schon häufig Patienten in Therapie gehabt, mit denen die sprachliche Verständigung ein Problem war?

Ulrich Bestle: Die Arbeit mit Menschen, deren Deutschkenntnisse für eine Therapie nicht ausreichen, kenne ich eigentlich schon seit Beginn meiner psychotherapeutischen Tätigkeit. Es handelte sich um Patienten in der Klinik, die schon lange in Deutschland lebten und gute Kenntnisse in der Alltagssprache hatten, für die psychotherapeutische Arbeit waren die Kenntnisse aber nicht ausreichend. Hier ist dann Unterstützung nötig. Ich behandle nun seit ca. 2015 Patienten mit Sprachmittlern und seit 2017 bringe ich dies im Rahmen meiner leitenden Tätigkeit in einem Ausbildungsinstitut auch Ausbildungstherapeuten bei. Die Patienten kommen aus ganz unterschiedlichen Herkunftsländern. Neben Syrien oder Afghanistan hatte ich auch Patienten aus Eritrea oder Somalia. Viele kommen auch aus Europa oder Asien. Manche davon leben schon seit Jahrzehnten in Deutschland, andere erst seit Kurzem.



LPK-Vorstandsmitglied Ulrich Bestle

Wie kann die Sprachbarriere überwunden werden?

Am besten ist natürlich, wenn Behandler und Patienten die gleiche Sprache sprechen. Also wenn es sich entweder um die Muttersprache handelt oder um eine Sprache, die zwar für einen oder beide Zweitsprache ist, aber sehr gut beherrscht wird. Dies ist leider selten der Fall, weshalb der Einsatz von Sprachmittlern unverzichtbar ist. Ohne Sprachmittlung ist sonst keine psychotherapeutische Behandlung möglich. Neben der Sprachmittlung kann der Dolmetscher im günstigsten Fall auch kulturelle Barrieren überbrücken und Verhaltensweisen oder Einstellungen des Patienten für den Behandler kulturell einordnen. Man arbeitet also im interdisziplinären Team.

Welche Schwierigkeiten bestehen, wenn man die Dienste von Sprach- und Kulturmittlern für die Psychotherapie in Anspruch nehmen möchte?

Das gravierendste Problem ist die fehlende Finanzierung der Sprachmittlung. Diese muss derzeit extra beantragt werden. Dabei handelt es sich um Einzelfallentscheidungen auf Basis verschiedenster gesetzlicher Grundlagen. Die Beantragungswege sind demzufolge komplex, sie dauern lange und die Entscheidungsgrundlagen sind intransparent. Ob ein positiver oder negativer Bescheid ausgestellt wird, variiert je nach kommunaler und amtlicher Zuständigkeit stark. Fakt ist, dass es auch nach adäquater, aufwendiger Beantragung häufig zu Ablehnungen kommt. Dies führt zu Frust und Resignation bei Patienten und dem gesamten Hilfesystem. Psychotherapeutische Behandlungen, egal ob stationär oder ambulant, werden infolgedessen oft gar nicht mehr empfohlen. Den Betroffenen wird also letztlich nicht geholfen. Die Folgen sind Chronifizierungen und Verschlechterungen von psychischen Erkrankungen sowie häufige kurze stationäre Aufenthalte in Psychiatrien. Es kann keine adäquate Diagnostik stattfinden und somit auch keine adäquate Behandlung.

Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie, damit eine gute Versorgung von Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund gewährleistet werden kann?

Es sollte Standard sein, dass alle den gleichen Zugang zur psychotherapeu-

tischen Versorgung und somit die gleichen Gesundheitsleistungen unabhängig von ihren Sprachkompetenzen bekommen. Dazu müsste eine rechtliche Grundlage geschaffen werden,

wie dies beim Dolmetschen von Gebärdensprache bereits besteht. Das Beste wäre also eine Verankerung eines Anspruchs auf Sprachmittlung im SGB V. Bezogen auf die Beantragungswege

und deren Form müssten einheitliche und transparente Standards geschaffen werden. Idealerweise würde eine zentrale Stelle existieren, bei der die Anträge eingehen.

Lebhafter Austausch zum Thema „Angestellte Psychotherapeut*innen zwischen Lust und Frust“



*Welche Rolle haben angestellte Psychotherapeuten beispielsweise in Kliniken?
(Foto: iStock/lupixa)*

Angestellte Psychotherapeuten befinden sich häufig in einer schwierigen Lage: Viele sind von ihrer beruflichen Situation frustriert, besonders in Bezug auf den zugemessenen Stellenwert ihrer Arbeit, die Hierarchien in den Einrichtungen und die Honorierung. Dass dieser Zustand nicht einfach so hingenommen werden muss, machte ein interessantes Online-Seminar deutlich, das die LPK RLP für ihre angestellten Mitglieder angeboten hat. Diskutiert wurden die Entwicklungspotenziale angestellter Psychotherapeuten und die Möglichkeiten, das eigene berufliche Profil zu schärfen – nicht zuletzt, um in Leitungspositionen aufsteigen zu können.

Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der LPK RLP und der Bundespsychotherapeutenkammer, umriss in ihrer Begrüßung die Situation der angestellten Psychotherapeuten und ging in diesem Zusammenhang auch auf die neue Musterweiterbildungsordnung ein, die gerade im stationären und institutio-

nellen Kontext große Chancen mit sich bringt.

Es folgte ein Vortrag von **Yvonne Hoffmeister**, leitende Psychotherapeutin der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Marienhaus Klinikums Eifel St. Elisabeth Gerolstein, zum Thema „Psychotherapie im Krankenhaus“. Sie stellte ihre eigene Arbeitsstätte als Musterbeispiel vor: Das Verhältnis von Psychologen und Ärzten ist 1:1, die Hierarchien sind flach, der kollegiale Umgang miteinander findet auf gleicher Augenhöhe statt. Beide Berufsgruppen geben sich gegenseitig keine Weisungen und arbeiten gleichberechtigt zusammen. Davon profitierten beide Seiten und empfinden diese Form der Zusammenarbeit als hilfreich und selbstverständlich, berichtete Frau Hoffmeister. Zum Funktionieren dieses Modells sei die Bereitschaft auf psychotherapeutischer Seite, Verantwortung zu übernehmen, von großer Bedeutung.

Dies betonte auch die zweite Referentin **Christina Demmerle**. Sie verfügt über langjährige Erfahrung als leitende Angestellte in unterschiedlichen Bereichen und ist zudem als Coach und Beraterin im Gesundheitswesen tätig. Sie stellte die (Selbst-)Definition der Rolle von Psychotherapeuten in den Mittelpunkt ihres Vortrags. Wichtig sei es, den Facharztstandard von Psychotherapeuten herauszustellen und Konzepte zur psychotherapeutischen Behandlung im stationären Kontext zu entwickeln, die auf der Idee eines multiprofessionellen

Behandlungsteams basieren. Sie betonte, dass Psychotherapeuten in Kliniken berechtigt sein müssen, heilkundliche Psychotherapie im Sinne des PsychThG eigenverantwortlich auszuüben. Dazu sei es wichtig, die Deutungshoheit über die eigene Rolle innezuhaben und in Status und Selbstverständnis zu investieren. (Nachwuchs-)Leitungskräfte müssten identifiziert und in Führungskompetenzen und Mikropolitik gefördert werden. Dazu gehörten neben Fortbildung auch kollegiale Beratung, Mentorenprogramme und Coaching. Frau Demmerle forderte, die Ausbildung anzureichern, um spezifische Themen zur Positionierung der Psychotherapeuten in Organisationen und Rollenvorbilder zu präsentieren. Selbstverständnis und Selbstbewusstsein der Profession müssten gestärkt werden. Die neue Weiterbildungsordnung sei der beste Anlass, Geschichte neu zu schreiben und die Rolle von Psychotherapeuten selbst zu definieren. Auf die Impulsvorträge folgte eine angeregte Diskussion, die von **Ulrich Bestle**, Vorstandsmitglied der LPK RLP, moderiert wurde. Die Präsentationen der Referentinnen finden Sie unter www.lpk-rlp.de/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

„Keine Fragen stellen kann ich mir auch alleine.“

Ein Gespräch mit PD Dr. Timo Nieder über die Bedeutung der Psychotherapie für trans* Personen

Trans* Personen, die in ländlichen Gebieten leben, sind sehr häufig aufgrund eines Mangels an spezialisierter Gesundheitsversorgung an ihrem Wohnort strukturell benachteiligt. Das Modellprojekt i²TransHealth des Instituts für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) will mit einem E-Health-Angebot und lokalem Arzt-Netzwerk bestehende Behandlungslücken schließen. Im Psychotherapeutenjournal 4/2020 beschreibt das Autorenteam um Dr. Timo Nieder dieses Modellprojekt und gibt einen Überblick über Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Das Autorenteam zeigt dabei unter anderem auch die Bedeutung der psychotherapeutischen Begleitbehandlung auf, die von einem diversitätssensiblen Ansatz geprägt sein sollte. Über diesen Artikel und seine Implikationen für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung von trans* Menschen haben wir mit Dr. Timo Nieder gesprochen.

Dr. Timo Nieder leitet am UKE die Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung. Er ist ausgebildet als Psychologe, Psychotherapeut und Sexualtherapeut und hat die S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“ koordiniert (gemeinsam mit Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena).

Susanne Münnich-Hessel: Herr Dr. Nieder, wie ist es zu diesem Projekt gekommen? Welche Menschen werden in Ihrer Spezialambulanz betreut?

Dr. Timo Nieder: Wir kümmern uns in der Spezialambulanz um Menschen, die mit ihrer Sexualität oder mit ihrer Geschlechtlichkeit, mit ihrem zugewiesenen Geschlecht, Probleme haben. Häufig verschränken sich diese Probleme auch miteinander. Das Modellprojekt i²TransHealth wiederum ist aus den Erfahrungen im Rahmen des Interdisziplinären Transgender-Versorgungszentrum am UKE entstanden, das wir im Jahr 2013 gegründet haben. Zum Versorgungszentrum gehören wir, d. h. die Sexualmedizin mit Psychiatrie und Psychotherapie, die Endokrinologie für die Hormonbehandlung, die Dermatologie für die Laser-Epilationsbehandlung, die Phoniatrie für das Stimmtraining und die Urologie, die Gynäkologie sowie die Plastische Chirurgie für die verschiedenen operativen Eingriffe. Zudem ist die Allgemeinmedizin ebenfalls mit dabei, weil es auch in einer Großstadt wie Hamburg nicht selbstverständlich ist, dass trans* Personen hausärztlich gut versorgt werden. Insgesamt arbeiten im Zentrum elf Disziplinen für die Trans-Gesundheit zusammen.

Bei der interdisziplinären Arbeit haben wir schließlich festgestellt, dass vor allem Menschen von dem Angebot des

UKE profitieren, die in und um Hamburg wohnen. Diejenigen, die ländlich oder zumindest suburban wohnen, fanden weniger leicht den Zugang.

Und deshalb entstand dieses E-Health-Projekt?

Deswegen haben wir uns gefragt, wie wir die Expertise im UKE, unser spezialisiertes Angebot, auch in die Versorgungsbreite bringen können. Dafür haben wir zwei Strukturen entwickelt. Zum einen haben wir ein Netzwerk von aktuell zwölf niedergelassenen Fachärzten aufgebaut, von denen sechs hausärztlich und sechs psychiatrisch praktizieren. Die Standorte der Kollegen bilden über Norddeutschland verteilt, in Kiel, Schwerin, Uelzen, Hannover, Bremen, eine Raute rund um Hamburg. Im Krisenfall können die betroffenen Menschen auf diese Weise wohnortnäher die notwendige Hilfe bekommen.

Wie sieht das transitionsbezogene psychotherapeutische Angebot aus?

Die eigentliche transitionsbezogene Unterstützung findet im Rahmen der psychotherapeutischen Begleitbehandlung über eine Videosprechstunde statt. Die Videosprechstunde ist wiederum eingebettet in eine Online-Plattform. Es handelt sich um ein Modellprojekt, dessen Wirksamkeit mit Hilfe einer randomisiert-kontrollierten Studie geprüft wird. Gefördert wird das Projekt vom Innovationsfond der Bundesregierung. Bei einer positiven Evaluation soll es

verstetigt und in die Regelversorgung aufgenommen werden.

Wie sehen denn die Videosprechstunden aus? Lernen die Menschen die Psychotherapeuten auch persönlich kennen?

Ja, wir haben uns ganz bewusst dafür entschieden, vor Ort ein Präsenz-Erstgespräch durchzuführen, auch trotz der Pandemiesituation. Wir finden, dass es uns mindestens in zwei Bereichen etwas hilft. Der eine Bereich ist, dass wir es leichter mit dem Beziehungsaufbau haben, wenn wir die Studienteilnehmenden persönlich und präsent vor Ort kennengelernt haben. Der zweite Bereich ist, dass wir – wenn wir im Präsenzkontakt den psychopathologischen Befund fundiert erheben können – in der Folge besser potenzielle selbst- oder fremdgefährdende Situationen einschätzen können. Das sind die zwei Gründe, weshalb wir uns für den Weg des Präsenz-Erstgesprächs im UKE entschieden haben, auch wenn die Fahrt für die Menschen eine Belastung darstellt.

Handelt es sich bei der videogestützten Begleitbehandlung um ein vorgefertigtes Programm oder wie sieht Ihre psychotherapeutische Begleitung aus?

Wir gehen nicht manualisiert vor, vielmehr orientieren wir uns an den individuellen Anliegen. Es gibt wiederkehrende Themen, aber auch die unterscheiden sich in der Reihenfolge, wie sie auftreten. Nach meiner klinischen Erfahrung ist ein individualisiertes Vorgehen auch unbedingt notwendig, weil die Zielgruppe sehr divers ist. Früher gab es häufig ein sehr stereotypes Bild von den „echten Transsexuellen“. Dabei sind die Menschen, die dieses Thema betrifft, so unterschiedlich wie alle anderen auch unterschiedlich sind. Und daher unterscheiden sich auch die Anliegen.

Aber klar, es gibt auch Parallelen. So geht es häufig beispielsweise um das innere oder das äußere Coming-out, es geht um Ängste vor Diskriminierung und Ablehnung, die häufig leider auch berechtigt sind. Zudem spielen natür-

lich die körperbezogenen Probleme eine große Rolle, also die Folgen des körperbezogenen Leidens, insbesondere in der Pubertät, aber auch später. Hinzu kommen Probleme, die durch Kompensationen entstehen, seien es Suchtmittelabusus und ähnliche Abwehr- oder Vermeidungsreaktionen, aber auch durch sozialen Rückzug, durch Selbstverletzungen oder andere Autoaggressionen. Da kann schon eine Menge los sein.

Und gleichzeitig geht es wieder und wieder um die Frage, wie will, wie kann ich eigentlich leben? Also in welcher Rolle, mit welcher Anrede und auch mit welchem Körper? Dabei ist es die eine Sache, die eigenen, zum Beispiel weiblichen körperlichen Geschlechtsmerkmale abzulehnen. Die andere Sache ist es dann zu klären, in welcher Rolle ich leben möchte und dabei die Frage zu berücksichtigen, wie wichtig es für mich ist, dass mein Umfeld mich in dieser Rolle auch – um bei diesem Beispiel zu bleiben – als Mann liest. Oder könnte es auch non-binär, dazwischen oder darüber hinaus sein? Da unsere Gesellschaft aber weiterhin weitgehend zweigeschlechtlich strukturiert ist, wird schnell angenommen „wenn ich keine Frau bin, dann bin ich wohl ein Mann“. Das passt nur nicht für all diejenigen, die ihre weiblichen Geschlechtsmerkmale ablehnen. Das ist nicht leicht und leicht machen wir uns das auch in unserer Arbeit nicht. Schließlich können es sich auch die Menschen mit diesen Fragen nicht leicht machen. Es liegen jedoch auch große Chancen in diesen Fragen.

Was sind die weiteren Themen?

Bei der Frage nach den medizinischen Maßnahmen zur Unterstützung einer Transition ist es uns wichtig, gut aufzuklären. Dabei geht es sowohl um die Möglichkeiten als auch um die Grenzen der Medizin. So haben die verschiedenen somatischen Behandlungen unterschiedliche, teils sehr ernst zu nehmende Risiken, die hinsichtlich ihrer körperlichen und psychischen Auswirkungen betrachtet werden müssen. Die Aussage „Ich will als Mann leben und brauche meinen Körper dann so“ bringt uns nur

wenig weiter bei diesen Fragen. Zum Beispiel gibt es viele Männer, die ausgestattet waren mit einem weiblichen Körper und die jetzt nach der Mastektomie mit einer flachen Brust leben und vielleicht auch mit einer Gesichtsbehaarung durch die Testosteronbehandlung. Sie verfügen weiterhin über die weiblichen Reproduktionsorgane und möchten auch im Genitalbereich keine Eingriffe. Aus Trans-Sicht ist daher die Frage relevant: „Was brauche ich, um mein Geschlecht möglichst selbstbestimmt leben zu können?“

Das ist sicher individuell unterschiedlich und ein differenziertes Vorgehen ist sehr wichtig. Der Kontext, in dem man lebt, spielt sicher eine große Rolle.

Genau, der soziale Kontext oder die soziale Unterstützung ist ein sehr wichtiger Faktor bei der Frage, ob eine Transition wirklich nachhaltig zufriedenstellend gelingt. Und dann kann es schon sein, dass ich in einer ländlichen Region, in der vielleicht weniger trans* Personen leben, andere Sachen brauche als in einer urbanen Region, wo ich vielleicht auch noch mehr stärkende Kontakte in der Trans-Community habe. Da sind die Bedarfe unterschiedlich. Das Herausfordernde beim Thema Geschlecht ist, dass wir Geschlecht nicht für uns alleine haben. Ich bin immer darauf angewiesen, wie mich mein Gegenüber wahrnimmt. Wie reagiert mein Gegenüber auf mich? Das macht es schwierig für Menschen, deren geschlechtliche Erscheinung entweder nicht eindeutig ist oder anders wahrgenommen wird, als sie sich selbst sehen.

Dann ist ja in dem Rahmen eine gute Psychotherapie total wichtig im Sinne einer Begleitung und Unterstützung und nicht, wie es vor Jahren noch war, im Sinne von „Ich dränge die Patienten in eine Richtung“

Die Psychotherapie kann sehr wichtig sein, wenn bestimmte Aspekte in der Beziehungsgestaltung berücksichtigt werden. In dem PTJ-Artikel, den Sie erwähnen, haben wir beschrieben, dass sich die Psychotherapie mit trans* Personen immer dann durch eine spezifische Abhängigkeit kennzeichnet, wenn

aus der Psychotherapie heraus Indikationen für somatische Behandlungen gestellt werden sollen. Die Abhängigkeit von der Unterschrift der psychotherapeutisch Tätigen betrifft beide Seiten und bedarf einer aufmerksamen Reflexion.

Es gibt also besondere Erschwernisse durch diese Machtgefälle?

Viele Menschen, die sich mit dem Thema Trans in einem psychotherapeutischen Setting beschäftigen, haben bereits diskriminierende Erfahrungen im Gesundheitssystem gemacht. Sie sind in der Folge auch voreingestellt und erwarten, dass es wieder zu einer negativen Erfahrung kommen kann. Die Aufnahme einer Psychotherapie steht für trans* Menschen daher unter besonderen Vorzeichen. Umso wichtiger ist es, dass sich die behandelnden Psychotherapeuten sowohl der Lebenssituation von trans* Menschen in unserer Gesellschaft bewusst sind als auch der strukturellen Abhängigkeit, die ihr Anliegen für die Psychotherapie bedeutet. Für die Beziehungsgestaltung kann ich versuchen, die Situation insofern etwas auszugleichen, in dem ich mich affirmativ verhalte. Affirmativ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass wir beziehungsweise deutlich machen: „Ich sehe Ihre Trans-Situation nicht als Ausdruck von Psychopathologie“. Wenn die Beziehung erst tragfähig ist, wenn Vertrauen da ist, dann spricht nichts dagegen, sich kritische Fragen zu stellen.

Vertrauen herstellen als entscheidende Basis für Fragen also?

Ja, das ist eine gute Zusammenfassung. Wenn mein Gegenüber spüren kann, dass ich es in meiner psychotherapeutischen Rolle gut meine, dann kann ich auch hinterfragen, ob – zum Beispiel – die Mastektomie im Einzelfall auch Ausdruck einer Autoaggression sein kann, die eigentlich auch anders gelöst werden sollte. Affirmativ vorzugehen heißt nicht, psychotherapeutisch relevante Fragen nicht mehr stellen zu dürfen. Wenn sich die Fragen stellen, sollten sie auch gestellt werden. Das gehört nach meinem Verständnis zur klassischen Expertise in der Psychotherapie dazu: Themen anzusprechen, Fra-

gen zu stellen, die die Menschen, die zu uns kommen, nicht von sich aus stellen. Im Rahmen einer Interview-Studie hat mir eine trans* Person auf die Frage, ob sie Psychotherapie im Zusammenhang mit der Transition wichtig fände, geantwortet: „Ja, keine Fragen stellen kann ich mir auch alleine.“ Wenn trans* Menschen ein psychotherapeutisches Setting aufsuchen, sollte es darum gehen, einen Reflexionsraum auf Augenhöhe zu öffnen. Aufgrund der beschriebenen Abhängigkeit ist die Augenhöhe besonders wichtig. Vermeiden sollten wir den Eindruck, dass wir es besser wüssten als die behandlingssuchende Person selbst. Trans* Menschen wollen nicht erleben, dass die Psychotherapeuten meinen, alles besser zu wissen als die trans* Person selbst. Die gesellschaftliche Marginalisierung und Diskriminierung von trans* Personen erklärt das besondere Schutzbedürfnis, das trans* Menschen mit in die Psychotherapie bringen. Daher sollten wir Psychotherapeut*innen unsere eigene Sozialisation in einer zweigeschlechtlichen Gesellschaft und damit auch unsere Vorannahmen und Vorurteile reflektieren, damit die Psychotherapie auch für trans* Personen einen geschützten und schützenden Rahmen bieten kann.

Vielen Dank für das Interview und Ihre Bereitschaft uns Ihre Expertise zur Verbesserung der Versorgung von trans* Menschen zur Verfügung zu stellen.

Seitens der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes streben wir aktiv die bessere Versorgung von trans* Personen an und werden dazu weitere Aktivitäten entfalten. Interessierte Kolleg*innen sind schon jetzt herzlich eingeladen, sich zum Austausch oder für die Zukunft mit uns zu vernetzen.

Gemeinsam mit Frau Prof. (apl.) Dr. Monika Equit, Universität des Saarlands, wird die PKS mit Unterstützung von Dr. Timo Nieder im Rahmen dieser Forschungsstudie die psychotherapeutische Versorgung von trans* Personen fokussieren. Dazu fand bereits ein Vernetzungstreffen mit der Beratungsstelle Checkpoint (Leiterin: Irene Portugall) und dem saarländischen Qualitätszirkel

trans* (Leitung und Moderation: Dr. med. Bernd Janthur) statt. Dieser QZ dient in den vierteljährlichen Zusammentreffen weiterhin dem fachlichen Austausch über die aktuellen Veröffentlichungen, Versorgungsstandards, Veränderungen und einzelne Fallkonstellationen.

Susanne Münnich-Hessel
PP und KJP; Vizepräsidentin der
Psychotherapeutenkammer Saarland



Dr. Timo Nieder

Dr. Timo Nieder
leitet am Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf die Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung.

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Silke Wendels, Lisa Zender

Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/954555-6
Fax: 0681/954555-8
kontakt@ptk-saar
www.ptk-saar.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Anfang Juni führten wir nach einiger Zeit der Unterbrechung endlich wieder eine Kammerversammlung in Präsenz durch. Es galt, Entscheidungen über wichtige Satzungen und Ordnungen zu treffen. Unser Kollege Dr. Clemens Veltrup hat für Sie hierüber einen Bericht verfasst.

Zudem berichtet Ihnen der Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ über seine Arbeit. Im Rahmen ihrer Tätig-

keit im Ausschuss leisten die Kolleginnen und der Kollege hier unter anderem bereits wichtige Vorarbeit für die zukünftige Installation von Weiterbildungsstrukturen bei uns in Schleswig-Holstein. Die eigentliche Arbeit hierzu wird dann schwerpunktmäßig im neu eingerichteten Weiterbildungsausschuss stattfinden.

Erfreuliche Nachrichten gibt es zur psychotherapeutischen Behandlung von beihilfeberechtigten Beamten des Landes Schleswig-Holstein. Per Erlass konnten Erleichterungen und Ergänzungen eingeführt werden. Sie finden in diesen Mitteilungen hierzu eine ausführliche Darlegung. Die Hinweise zur Durchführung wurden in enger Absprache mit dem zuständigen Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein erarbeitet.

Aus dem Alltag der Geschäftsstelle mit seinen vielfältigen Anfragen von Mitgliedern wie Bürgern entstand ein Hinweis zur Verwahrung von Patientenunterlagen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre unserer Mitteilungen.

Einen schönen Gruß

Heiko Borchers
 Präsident

56. Kammerversammlung der PKSH: Präsenzveranstaltung ermöglicht wichtige Entscheidungen

Seit der konstituierenden Sitzung im August 2020 konnte keine reguläre Kammerversammlung als Präsenzveranstaltung stattfinden. Für wichtige Abstimmungen und Beschlussfassungen bietet sich eine Präsenzveranstaltung aber unbedingt an. Abstimmungen im schriftlichen Umlaufverfahren stellten sich als schwierig bis unmöglich dar. Für den Juni 2021 entschied der Vorstand, eine vorbereitende Diskussionsveranstaltung in Form einer Videokonferenz (am 4. Juni) durchzuführen und fünf Tage später (am 9. Juni) zu einem persönlichen Treffen in den Räumen des Wissenschaftszentrums Kiel zur Abstimmung der vorab besprochenen Anträge einzuladen.

Haushaltsabschluss – Entlastung des Vorstandes

Der Geschäftsführer der PKSH, Herr Wohlfarth, stellte die Jahresrechnung

2020 vor. Deren Ordnungsmäßigkeit war durch den Rechnungsprüfungsausschuss und die externe Wirtschaftsprüfung bestätigt worden, es gab keine Beanstandungen.

In der Präsenzsitzung wurden sowohl der alte Vorstand (bis August 2020) wie auch der neue Vorstand (ab 21. August 2020) von den Mitgliedern der Kammerversammlung einstimmig (bei fehlendem Stimmrecht der Betroffenen) entlastet.

Verwaltungsrat des Versorgungswerkes

Als Mitglieder des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes wurden für die nächste Amtsperiode von der Kammerversammlung Herr Dr. Kraus, Frau Dr. Nierobisch und Herr Dr. Rogner erneut gewählt. Der Verwaltungsrat führt die laufenden Geschäfte des Versorgungs-

werkes einschließlich der Vermögensanlagen. Die Mitglieder werden für vier Jahre gewählt.

Sachverständigenordnung der PKSH: Gutachterliche Tätigkeit

Die Ordnung wurde durch den Fort- und Weiterbildungsausschuss unter Mitarbeit des Vorstands und der Geschäftsführung erarbeitet und beschreibt die Voraussetzungen für jede gutachterliche Tätigkeit durch Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) und die Aufnahme von Kammermitgliedern in die bei der PKSH geführte Sachverständigenliste. In dieser Ordnung sind auch die Inhalte und die Struktur der curricularen Fortbildung beschrieben sowie Übergangsregelungen. Die Erörterungen und Diskussionen hierzu konnten in der Kammerversammlung zum Abschluss gebracht werden. Da jedoch nach Auskunft des

Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren in Schleswig-Holstein vor der Beschlussfassung eine sogenannte Verhältnismäßigkeitsprüfung erforderlich ist, konnte in der Kammerversammlung leider nicht wie geplant über die Ordnung abgestimmt werden.

Beschlussfassungen

Es standen im Rahmen der Kammerversammlung wichtige Entscheidungen über Satzungsänderungen an. Nach ausführlichen Beratungen und auch kontrovers geführten Diskussionen zu den unterschiedlichen Anträgen im Rahmen der Videokonferenz gelang es, folgende Beschlüsse fraktionsübergreifend mit großer Mehrheit zu treffen:

Veränderungen in der Beitragsatzung

In der Beitragsatzung wurden Vereinfachungen für Kammermitglieder getroffen, die nicht mehr berufstätig und in Rente sind. Sie sollen ab dem Beitragsjahr 2022 gelten. Außerdem werden ab dem nächsten Jahr angestellte und niedergelassene Psychotherapeu-

ten in den jeweiligen Beitragsklassen denselben Kammerbeitrag zu leisten haben.

Veränderungen der Haushaltsgrundsatzesatzung

Die Aufgaben des Vorstands, des Geschäftsführers und des Finanzausschusses der Kammerversammlung im Rahmen der Haushaltsberatungen wurden neu geregelt. So besteht zukünftig Klarheit darüber, dass der Vorstand unter Mitwirkung der Geschäftsführung den Entwurf des Haushaltsplans aufstellt. Der Vorstand legt der Kammerversammlung den Entwurf des Haushaltsplans so rechtzeitig vor, dass er vor dem neuen Haushaltsjahr festgestellt werden kann. Der Vorstand legt dazu dem Finanzausschuss den Haushaltsentwurf spätestens sechs Wochen vor der maßgeblichen Kammerversammlung zur Beratung vor. Der Finanzausschuss soll die Mitglieder der Kammerversammlung und den Vorstand spätestens eine Woche vor derselben Kammerversammlung über sein Beratungsergebnis in geeigneter Form informieren.

Wahl der Delegierten zu Vereinigungen

Die Hauptsatzung der Kammer wurde dahingehend geändert, dass zukünftig Delegierte zu Vereinigungen aus dem Kreis der Kammerversammlung und des Vorstandes der PKSH gewählt werden können. Somit können auch Vorstandsmitglieder, die nicht der Kammerversammlung angehören, beispielsweise zu Delegierten des Deutschen Psychotherapeutentages bestimmt werden. Dies war zuvor nicht möglich.

Trennung des Fort- und Weiterbildungsausschusses

Aufgrund der großen Bedeutung der Weiterbildung in den nächsten Jahren, entschied die Kammerversammlung, den bisherigen Fort- und Weiterbildungsausschuss aufzulösen und daraus zwei Ausschüsse zu bilden, nämlich (1) den Fortbildungs- und (2) den Weiterbildungsausschuss. Die Hauptsatzung der PKSH wurde entsprechend geändert. Beide Ausschüsse werden zukünftig mit jeweils vier Mitgliedern besetzt sein.

Dr. Clemens Veltrup
Vorstandsmitglied

Erste Schritte des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“

Der Startschuss

Am 28. April 2021 fand die konstituierende Sitzung des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) statt. Ausschussmitglieder sind Jan Albers, Psychotherapeut in der Schön Klinik Bad Bramstedt, Birte Ernst, leitende Psychotherapeutin in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Friedrich-Ebert-Krankenhauses Neumünster, Daniela Herbst, leitende Psychologin in der AMEOS-Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Neustadt in Holstein und Dr. Claudia Overath, leitende Psychologin in der psychosomatischen Ambulanz des Zentrums für Integrative Psychiatrie Kiel. Zur Sprecherin des Ausschusses wurde Frau Ernst gewählt, Herr Albers zum Stellvertreter.

Vernetzung

Das erste Projekt des Ausschusses bestand darin, über das Kammertelegramm einen Aufruf zu starten mit der Bitte, dass sich Psychotherapeuten in Leitungsfunktion beim Ausschuss melden. Wir verfolgten das Ziel, einen Mailverteiler zu erstellen, über den Psychotherapeutinnen in Leitungsfunktion erreichbar sind. Ähnlich wie auch schon in anderen Landeskammern wollen wir eine Vernetzung von angeestellten Psychotherapeuten schaffen. Diese Vernetzung soll zukünftig der Informationsweitergabe für wichtige, unseren Berufsstand betreffende Themen dienen. Weiterhin möchten wir diesen Mailverteiler dazu nutzen, um zu virtuellen Treffen leitender Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein einzuladen. Der Aufruf zur Vernetzung stieß

erfreulicherweise auf sehr große Resonanz. Bis dato konnten ca. 50 leitende Psychotherapeuten in den Verteiler aufgenommen werden. Falls Sie nun beim Lesen bemerken, dass unsere Anfrage an Ihnen vorbeigegangen ist, können Sie sich zur Aufnahme in unseren Verteiler an folgende Mailadresse wenden: pti-ausschuss@pksh.de.

Perspektiven

Unser Ausschuss plant regelhafte virtuelle Treffen. Ein erstes Treffen leitender Psychotherapeuten ist bereits in Planung. Im Zentrum dieser ersten virtuellen Veranstaltung soll die neue Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten stehen. Mit dem Direktstudium Psychotherapie und der sich dann anschließenden Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten ändert sich der „be-

rufliche Weg zum Psychotherapeuten“ doch erheblich. Wir Ausschussmitglieder möchten Sie im direkten Austausch darüber informieren, welche Neuerungen zu erwarten sind und welche Chancen sich für unsere Berufsgruppe daraus ergeben könnten. Wir planen durch unsere Vernetzung in Diskussionen eintreten zu können und möchten dazu auch eng mit dem Weiterbildungsausschuss der PKSH zusammenarbeiten. Die neue Fachweiterbildung zum Psychotherapeuten wird große Veränderungen für unsere jetzige berufliche Situation mit sich bringen. In unseren Diskussionen möchten wir mit Ihnen versuchen, etwaige Probleme und Lösungsansätze zu antizipieren. Wir hoffen, dass wir auf Ihr Interesse stoßen und freuen uns, wenn Sie sich mit uns vernetzen und in einen Austausch eintreten möchten. Die Einladung zu unserem ersten Treffen ist bereits über den Verteiler erfolgt.

Weitere Themen, mit denen sich der Ausschuss perspektivisch beschäftigen möchte, sind:



Die Mitglieder des PTI-Ausschusses der PKSH: Daniela Herbst, Birte Ernst, Jan Albers und Dr. Claudia Overath (Foto: Privat)

- Landeskrankenhausgesetz (§ 34 – Betriebsleitung, ärztlicher, psychotherapeutischer und pflegerischer Dienst): Welche Chancen ergeben sich daraus für unsere Berufsgruppe?
- Was sind leitende Psychologen? Wäre die Tätigkeitsbezeichnung „leitender Psychotherapeut“ nicht fach- und zeitgemäß?
- Dienste: Welche angestellten Psychotherapeuten üben Bereitschafts- und/oder Aufnahmedienste aus? Unter welchen Bedingungen? Ist diese Entwicklung positiv für den Berufsstand zu sehen? Welche Risiken bestehen?

PTI-Ausschuss

Beihilfe Schleswig-Holstein – seit 1. Juli 2021 Ergänzungen und Erleichterungen

Das für die Versorgung der beihilfeberechtigten Beamten des Landes Schleswig-Holstein sowie der Kommunalbeamten zuständige Finanzministerium hat auf unsere Anfrage mitgeteilt, dass zum 1. Juli 2021 neue Regelungen in Kraft traten, die einerseits zu Erleichterungen, andererseits zu Ergänzungen des psychotherapeutischen Behandlungsspektrums führen. Die Systemische Therapie konnte leider noch nicht in den Leistungskatalog der Beihilfe Schleswig-Holstein aufgenommen werden.

Psychotherapeutische Akutbehandlung jetzt möglich

Um den Beihilfeberechtigten in Schleswig-Holstein nun ebenfalls den Zugang zu einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung zu ermöglichen, wurde folgende Regelung zur Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 der Landesverordnung

über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung – BhVO) erlassen:

Aufwendungen für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzelsitzungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall und bis zu 51 Euro/Therapieeinheit beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine Psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei einem Umfang von bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig.

Die Psychotherapeutische Akutbehandlung ist lediglich anzeigepflichtig. Hierzu teilt der Psychotherapeut der Beihilfestelle spätestens mit Beginn der

Behandlung die Diagnose und das Datum des Behandlungsbeginns der Akutbehandlung mit. Diese Möglichkeit der kurzfristigen Mitteilung entspricht dem Sinn und der Aufgabe einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung. Die Meldung an das Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein – Beihilfe – erfolgt mit dem Antragsformular „Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“ (DLZP SH – 2606a – 05/2021).

Psychotherapeutische Sprechstunden können, jedoch müssen nicht zwingend vor Beginn einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung durchgeführt werden (siehe Nummer 1.4 der Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO SH). Probatorische Sitzungen zur Überprüfung der Indikation einer längerfristigen und ggf. genehmigungs- und berichtspflichtigen psychotherapeutischen Behandlung sowie zur Abklärung der Motivati-

on und Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten finden in der Regel vor einer psychotherapeutischen Akutbehandlung ohnehin nicht statt.

Soll sich eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), analytische Psychotherapie (aP) oder Verhaltenstherapie (VT) anschließen, sind die üblichen Voraussetzungen der Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO zu beachten (Störung mit Krankheitswert, Indikation usw.). Die Zahl der durchgeführten psychotherapeutischen Akutbehandlungen ist auf das Kontingent etwaiger nachfolgender Behandlungen (TP, aP, VT als Kurz- oder Langzeittherapie) anzurechnen.

Erleichterter Zugang zu einer Kurzzeittherapie

Um den Beihilfeberechtigten in Schleswig-Holstein einen erleichterten Zugang zu einer Kurzzeittherapie in den Verfahren TP, aP oder VT zu ermöglichen, gelten ab dem 1. Juli 2021 folgende Regelungen:

Aufwendungen für Kurzzeittherapien der vorab genannten Verfahren sind bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungs- und berichtspflichtige Langzeittherapie anzurechnen. Die Kurzzeittherapie ist zukünftig in allen drei Behandlungsverfahren nur noch meldepflichtig und unterliegt keinem Berichts- und Gutachterverfahren mehr. Hierzu teilt der Psychotherapeut der Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung die Diagnose und das Datum der letzten probatorischen Sitzung mit. Die Meldung an das Dienstleistungszentrum Personal des Landes Schleswig-Holstein – Beihilfe – erfolgt mit dem An-

tragsformular „Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“ (DLZP SH – 2606a – 05/2021). Beihilfeberechtigter wie behandelnder Psychotherapeut erhalten in der Folge einen Bescheid bzw. eine Mitteilung vom Dienstleistungszentrum.

Psychotherapeutische Sprechstunden können, jedoch müssen nicht zwingend vor Beginn einer Kurzzeittherapie durchgeführt werden (siehe Nummer 1.4 der Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO SH). Die Erstgespräche können allein aus biographischer Anamnese/Verhaltensanalyse und probatorischen Sitzungen bestehen. Aufwendungen für höchstens vier, bei Kindern und Jugendlichen höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Das gilt auch, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

Rechnungsstellung muss klar und deutlich sein

Wie das für die Bewilligung der Beihilfen für die Beamten des Landes Schleswig-Holstein und deren beihilfeberechtigten Angehörigen zuständige Dienstleistungszentrum Personal (DLZP) im Jahre 2018 bereits mitteilte, ist für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen nach wie vor die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) heranzuziehen. Hierin findet sich, ähnlich wie bei der Probatorischen Sitzung, keine direkte Abrechnungsziffer für die Psychotherapeutische Sprechstunde oder Psychotherapeutische Akutbehandlung. Es wird verfahren wie bei der Inrechnungstellung einer Probatorischen Sitzung und sozusagen analog die Behandlungsziffer (TP, aP, VT) genutzt. Alle Leistungen – die Probatorischen Sitzungen, die Psychotherapeutische Sprechstunde und nun neu auch die Psychotherapeutische Akutbehand-

lung – müssen in der Rechnung klar als solche benannt worden sein. Ohnedies ist das Dienstleistungszentrum nicht in der Lage, notwendige Berechnungen zu den Behandlungskontingenten und Bewilligungsprozesse reibungslos durchzuführen. Kommt es zu Verzögerungen, geht dies meist immer zulasten des Patienten. Von daher bittet das DLZP darum, auf den Rechnungen deutlich erkennbar darzustellen, um welche Art der Behandlung es sich handelt.

Systemische Therapie

Die Aufnahme der Systemischen Therapie in den Katalog der beihilfefähigen psychotherapeutischen Behandlungen konnte im Rahmen dieses Erlasses nicht vollzogen werden. Aufgrund der erforderlichen umfangreicheren Erweiterungen in der Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen bedarf es hierfür einer gesetzlichen Regelung. Wie für alle anderen Behandlungsverfahren auch müssen Festlegungen zum Indikationsbereich, zu den Kontingenten und Bewilligungsschritten sowie zu den Qualifikationsvoraussetzungen für die Psychotherapeuten getroffen werden. Im zuständigen Ministerium laufen erste Erörterungen. Die Beratungen in der Landesregierung sowie im Landesparlament stehen noch aus. Zurzeit kann keine Aussage darüber getroffen werden, ab wann die Systemische Therapie den beihilfeberechtigten Beamten des Landes Schleswig-Holstein und deren beihilfeberechtigten Angehörigen als weiteres psychotherapeutisches Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen wird. Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein steht mit den im Dienstleistungszentrum und Finanzministerium zuständigen Personen im engen Austausch.

Heiko Borchers
Präsident

Patientenunterlagen – Verwahrung bei Praxisübergabe oder Versterben des Praxisinhabers

Die Psychotherapeutenkammer erreichen hin und wieder Anfragen von Patienten, deren Eltern oder Betreuern nach dem Verbleib von Unterlagen von aufgegebenen Praxen. In den meisten Fällen ist die Praxis nicht geschlossen worden, sondern aufgrund von Ruhestand oder Tod des Praxisinhabers übergeben und gleichzeitig verlegt worden.

Praxisübergabe und Praxisverlegung

Die Fragen, wer welche Praxis übernommen und eventuell verlegt hat, kann nur die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein beantworten. Unabhängig davon muss der Aufbewahrung der Patientenunterlagen stets besondere Aufmerksamkeit zukommen. Mit einem Praxisnachfolger können Vereinbarungen zur Verwahrung der Dokumentation getroffen werden,

wobei die berufsrechtlichen und die patientenrechtlichen Regelungen zu beachten sind. Ohne Zustimmung des Patienten darf der neue Praxisinhaber kein Einblick in die Unterlagen vornehmen. Ein Einverständnis darf in der Regel dann angenommen werden, wenn der Patient sich auch beim neuen Praxisinhaber in Behandlung begibt.

Versterben des Praxisinhabers

Die Patientendokumentation ist mit dem Tod des Praxisinhabers oder der Praxisinhaberin Teil des Nachlasses des Verstorbenen. Soweit der Praxisinhaber für den Fall seines Todes nicht besondere Regelungen getroffen hat, gehen die Unterlagen damit in das Eigentum der Erben über. Die Erben haben die Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag ebenso wie der Behandler selbst zu wahren, sind also sowohl

zur Aufbewahrung der Unterlagen verpflichtet als auch zur Wahrung der Verschwiegenheit. Die gesetzliche Strafdrohung bei Verletzung der Verschwiegenheit trifft auch die Erben. In einem möglichen Praxisübernahmeverfahren vor dem Zulassungsausschuss treten nun die Erben als Praxisabgeber auf. Im Rahmen dieses Verfahrens können diese wiederum mit einem Praxisnachfolger Vereinbarungen zur Verwahrung der Dokumentationen treffen. Patienten eines verstorbenen Praxisinhabers sind zunächst an die Erben zu verweisen. Soweit Erben nicht ohne Weiteres festgestellt werden können, kann beim Nachlassgericht nachgefragt werden, ob Erben dort bekannt sind. Zuständig ist das Amtsgericht des letzten Wohnsitzes des Praxisinhabers.

Heiko Borchers
Präsident

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kolleginnen und des verstorbenen Kollegen:

Busse, Klaus
geb. 25.12.1958, Klein Lobke
verst. 27.03.2021, Hamburg

Thomas, Anke
geb. 12.05.1958
verst. 25.04.2021, Eckernförde

Brady, Melanie
geb. 21.12.1977, Brandenburg
verst. 06.05.2021, Lübeck

Lau, Birgit
geb. 31.03.1972
verst. 11.05.2021, Reinbek

Marcuse, Bettina
geb. 04.07.1967, Saarbrücken
verst. 08.07.2021

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/661199–0
Fax: 0431/661199–5
Mo. bis Fr.: 09.30–11.30 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg

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

Hamburg

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

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Goyastr. 2d
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr und
12.30 – 15.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bayern

Birketweg 30
80639 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 14.00 – 15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Hessen

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 13.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/954555-6
Fax 0681/954555-8
Mo, Di, Do 9.00 – 12.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen

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

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.30 – 11.30 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), apl.
Prof. 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 (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-26
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland,

Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

20. Jahrgang, Ausgabe 3/2021

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Bonifatius GmbH
33100 Paderborn

Manuskripte

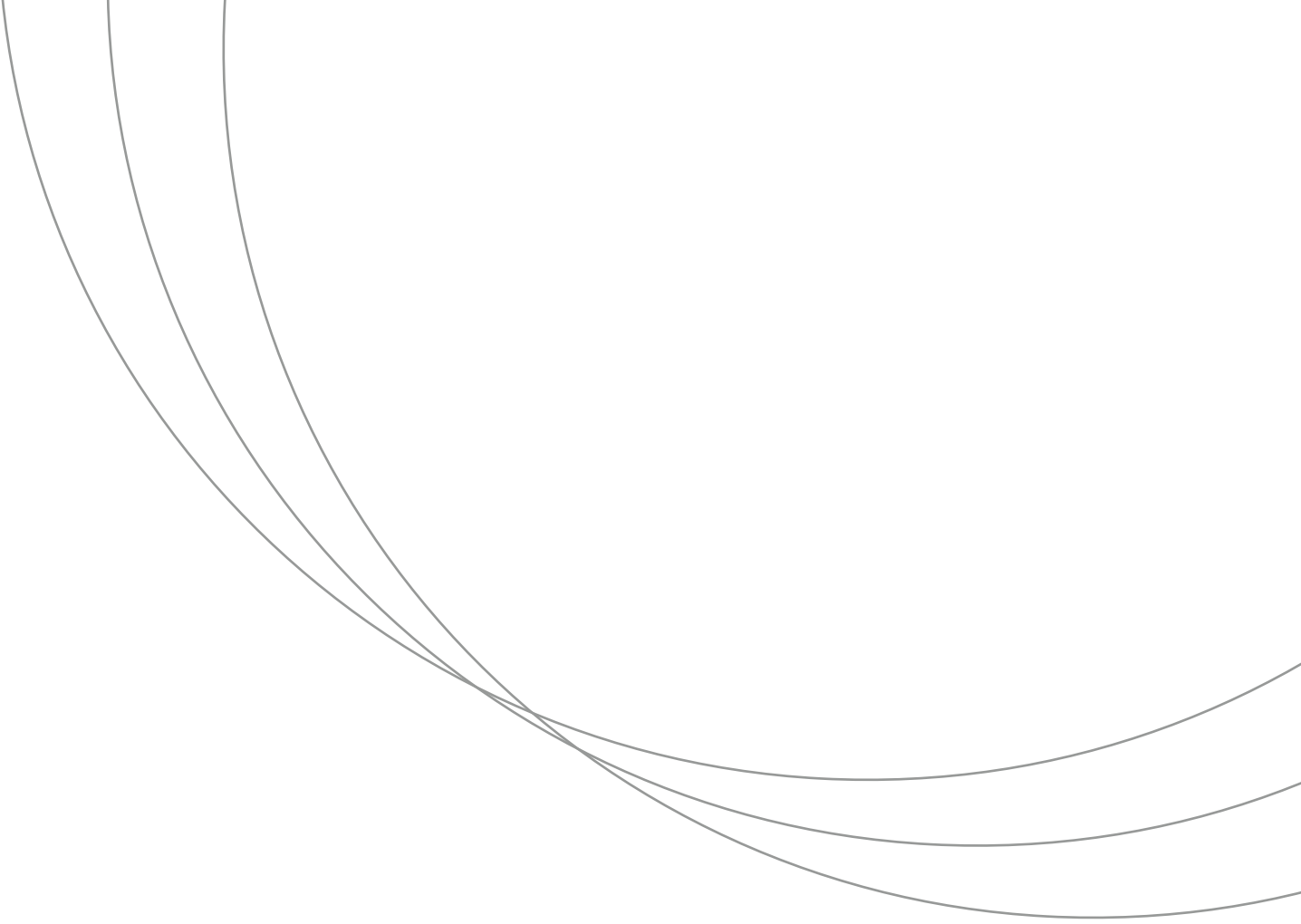
Einreichungsschluss für Ausgabe 1/2022 ist der 13. Dezember 2021. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der 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

