www.psychotherapeutenjournal.de | ISSN 1611-0773 | D 60843 | 19. Jahrgang | 16. März 2020

Psychotherapeuten journal

- Wie können Psychotherapeuten wirksamer werden?
- Psychotherapie als Leistung der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des SGB VIII
- Nichtsuizidale Selbstverletzungen bei jungen Menschen
- Trauerbewältigung nach dem Suizid eines Angehörigen
- Psychotherapeutische Versorgung für Opfer von Kriminalität und Gewalt
- Die neue Psychotherapeutenausbildung: Herausforderungen und Chancen

PTJ 1/2020
(S. 1–100)

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,

der Paukenschlag der Verabschiedung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung in Bundestag und Bundesrat hallt auch zu Beginn des berufspolitischen Jahres 2020 noch nach. Zukünftig werden Kollegen mit einem grundständigen universitären Studium die Approbation als Psychotherapeut erhalten. Eine daran anschließende kammerdefinierte fünfjährige Weiterbildung wird die zukünftigen Psychotherapeuten auf die Erfordernisse eines patientengerechten Versorgungsangebotes vorbereiten. Die nun anstehende Gestaltung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) schafft Normen und Perspektiven für die künftigen Aufgaben in der Versorgung, zu denen auch Leitungsfunktionen, Koordinierungsaufgaben, neue Tätigkeitsfelder und neue Befugnisse gehören. Seit Beginn der Reformbestrebungen beschäftigen wir uns im PTJ mit den unterschiedlichsten Aspekten dieser für den Berufsstand bedeutenden Veränderung. Im Hintergrund-Beitrag des Autorenteams um Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, werden die wesentlichen Eckpunkte der neuen Ausbildung, soweit sie im Gesetz definiert sind, erläutert und kritisch kommentiert.

Unabhängig von den sich verändernden berufspolitischen Rahmenbedingungen bleibt eine Frage ein Dauerbrenner für unseren Berufsstand: Welches sind die maßgeblichen Faktoren für die Wirksamkeit von Psychotherapie? Wie können wir in Kenntnis solcher verfahrens- und methodenübergreifenden common factors persönlich dazu beitragen, unsere Wirksamkeit zu erhöhen? Die auch in diesem Journal ausgiebig thematisierte Debatte um die Untersuchungen von Wampold und Imel hat in der Psychotherapieforschung auf diese Fragen einen neuen Fokus gelegt. Arndt Linsenhoff möchte auf Basis seiner praktischen Erfahrungen konkrete Wege und Instrumente hin zu einer schrittweisen Wirksamkeitssteigerung vorstellen. Er legt in seinem Beitrag dar, wie sich die konsequente Einbeziehung von Feedback u. a. aus der Patientenperspektive positiv auf den Therapieverlauf auswirken kann.

Es war und ist uns ein Anliegen, im PTJ die spezifischen Herausforderungen in den verschiedenen Einsatzfeldern der Psychotherapie zu beleuchten. In diesem Zusammenhang wurde in Heft 4/2017 und 2/2019 etwa die aktuelle Situation von Psychotherapie in der Jugendhilfe zum Thema gemacht. An ebenjener Schnittstelle geht Ronald G. M. Schmidt in der vorliegenden Ausgabe der Frage nach, wie eine bedarfsorientierte psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus sozial belasteten Familienverhältnissen gelingen kann. Das hier vorgestellte „Berliner Modell" zeigt dabei einen möglichen Weg auf, psychotherapeutische Versorgung außerhalb des üblichen Rahmens einer Einzelpsychotherapie als Krankenbehandlung (nach SGB V) in Maßnahmen zur Erziehungs- und Eingliederungshilfe (nach SGB VIII) zu integrieren.

Besondere sozialrechtliche Fragen und Versorgungsproblematiken ergeben sich, wenn Menschen Opfer von Gewalt oder Kriminalität geworden sind. Hier kommt unserer Profession eine hohe Relevanz für die Gewährleistung einer guten und schnellen psychotherapeutischen Betreuung der Betroffenen zu. Doch wie ist es um eine fachkompetente ambulante psychotherapeutische Versorgung in der Realität bestellt? In einem Interview schildert dazu Karl-Günther Theobald vom WEISSEN RING e. V. seine Erfahrungen.

Das Autorenteam um Tina In-Albon informiert über Behandlungsmöglichkeiten im Fall von selbstverletzendem, nicht-suizidalem Verhalten bei jungen Menschen. Der Artikel knüpft an eine fortzuführende Reihe von Beiträgen (im letzten Heft etwa mit Texten zu begleitender Sporttherapie und zur Adipositas-Behandlung) an, die Störungen im Verhältnis zum eigenen Körper untersuchen bzw. die Potentiale einer Einbindung von körperorientierten Interventionen in die psychotherapeutische Behandlung ausloten.

Birgit Wagner hat sich bereits in zwei früheren Beiträgen im PTJ (4/2015; 3/2016) einzelnen Facetten der Verarbeitung von Trauerfällen gewidmet. In dieser Ausgabe nimmt sie mit ihrer Co-Autorin Laura Hofmann in den Blick, was es für das soziale Umfeld bedeutet, wenn ein naher Angehöriger unerwartet Suizid begangen hat. An welchen Stellen und wie kann hier psychotherapeutische Unterstützung ansetzen?

In Zeiten, in denen wir fachlich, sozialrechtlich, berufs- und gesundheitspolitisch nach neuen Antworten suchen, können wir die weiteren Entwicklungen gespannt begleiten, aber nicht vollständig vorhersehen. In Ermangelung der berühmten Glaskugel hält man es hier ohnehin am besten mit Alan Curtis Kay: „Die Zukunft kann man am besten voraussagen, wenn man sie selbst gestaltet."

Susanne- Münnich-Hessel (Saarland)
Mitglied des Redaktionsbeirates

Inhalt

Originalia

4 *Arndt Linsenhoff*
Wirksamer werden
Wir Psychotherapeuten unterscheiden uns in der Wirksamkeit unseres Tuns. Mit welchen Ideen können wir diese steigern – sei es in Teilaspekten, sei es insgesamt? Wie können wir dies auch mit bescheidenen Mitteln erzielen, insbesondere integrierbar in unseren beruflichen Alltag?

12 *Ronald G. M. Schmidt*
Psychotherapie als Leistung in der Kinder- und Jugendhilfe des SGB VIII. Für eine bedarfsorientierte psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus psychosozial belasteten Lebensverhältnissen
Junge Menschen aus psychosozial belasteten Lebensverhältnissen haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für psychische Störungen. Im klassischen Krankenkassensystem erhalten sie keine ausreichende bzw. angemessene psychotherapeutische Versorgung. Auch die Möglichkeiten der Erziehungsberatung sind begrenzt. Es wird ein ergänzendes Versorgungsmodell der Berliner Jugendhilfe vorgestellt, das die Möglichkeiten beider Systeme inhaltlich vereint und erweitert.

19 *Tina In-Albon, Laura Kraus, Rebecca Brown, Alexandra Edinger, Michael Kaess, Michael Koelch, Julian Koenig, Paul L. Plener, Christian Schmahl und das STAR Konsortium*
Nichtsuizidale Selbstverletzungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter: Aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Psychotherapie
Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) ist ein verbreitetes Phänomen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, welches häufig mit verschiedenen psychischen Störungen und Suizidalität einhergeht. NSSV sollte daher standardmäßig im klinischen Kontext erhoben werden. Erste Befunde zu vielversprechenden Behandlungsmethoden und -verfahren, die zu einer Reduktion von NSSV führen können, liegen vor.

26 *Birgit Wagner & Laura Hofmann*
Psychische Folgen und psychotherapeutische Unterstützung nach dem Suizid eines Angehörigen
Die Trauer nach Suizid unterscheidet sich in einigen Aspekten von der Trauer nach anderen Todesumständen. Suizidhinterbliebene leiden häufig unter weitreichenden psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen und weisen selbst ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität auf. In diesem Artikel werden die Folgen für Suizidhinterbliebene näher beleuchtet und psychotherapeutische Implikationen vorgestellt.

Interview

34 *Susanne Münnich-Hessel im Gespräch mit Karl-Günther Theobald*
„Kernproblem ist die unzureichende psychotherapeutische Versorgung in Deutschland“

Hintergrund und Kommentar

40 *Dietrich Munz, Nina Gott-Klein & Johannes Klein-Heßling*
Nach langer Debatte: Am 1. September 2020 tritt die Reform der Psychotherapeutenausbildung in Kraft

Rezensionen

45 **Expertenwissen kompakt**
Eine Rezension von Eva Jaeggi: Britten, U. (Hrsg.). (2019). Herausforderungen der Psychotherapie. 23 Therapeutinnen und Therapeuten im Interview.

46 **Vom Lernen, die Segel richtig zu setzen**
Eine Rezension von Vera Kattermann: Plassmann, R. (2019). Psychotherapie der Emotionen. Die Bedeutung der Emotionen für die Entstehung und Behandlung von Krankheiten.

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern

49 Bundespsychotherapeutenkammer
53 Baden-Württemberg
57 Bayern
61 Berlin
65 Bremen
69 Hamburg
75 Hessen
79 Niedersachsen
82 Nordrhein-Westfalen
86 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
88 Rheinland-Pfalz
92 Saarland
95 Schleswig-Holstein

1 **Editorial**
47 **Leserbriefe**
99 **Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern**
100 **Impressum Psychotherapeutenjournal**
A1 **Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**
A12 **Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages**

Hinweise:
Diese Ausgabe können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite www.psychotherapeutenjournal.de herunterladen.
Einer Teilauflage dieser Ausgabe ist ein Einhefter mit Amtlichen Verlautbarungen der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg beigefügt.

Wirksamer werden

Arndt Linsenhoff

Zusammenfassung: Wie können Psychotherapeuten[1] wirksamer werden? Wenn man die jüngsten Erkenntnisse der Psychotherapieforschung erst nimmt, ist die jeweils gewählte Behandlungsform oder Methodik hierbei nicht der ausschlaggebende Faktor. Andere, verfahrensübergreifende Aspekte schlagen sich in deutlich höheren Effektstärken nieder: etwa die Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung oder die Fähigkeit zur Anpassung der Psychotherapie an den individuellen Patienten. Ausgehend von dieser Einsicht will der vorliegende Artikel praxisnah einfache Instrumente zur regelmäßigen und nachhaltigen Einbeziehung von Feedback u. a. aus der Patientenperspektive vorstellen. Dabei sollen die damit verbundenen positiven Auswirkungen auf den Therapieverlauf und Lerneffekte für die professionelle Weiterentwicklung von Psychotherapeuten gewürdigt werden. Durch die Aufnahme von Impulsen aus der Exzellenzforschung und aus Untersuchungen zu den im therapeutischen Geschehen wichtigen Sozialkompetenzen können diese Effekte zusätzlich verstetigt und verstärkt werden.

Im Rahmen einer Fachtagung der Psychotherapeutenkammer Bremen zum Thema „Perspektiven einer Psychotherapie des nächsten Jahrzehnts" hob sich bei einer offenen Umfrage, wer von den 150 anwesenden Kollegen in ihrem konkreten beruflichen Handeln ausschließlich auf Konzepte eines einzelnen Verfahrens zurückgreife, lediglich eine Hand (Rief, 2019, S. 262). Das zeigt: Der „Blick über den Zaun" des eigenen Verfahrens ist, zumindest bei den Teilnehmern solcher Tagungen, zur üblichen Praxis geworden. So bereichernd eine Erweiterung unseres methodischen Spektrums im eigenen Verfahren oder Einsichten in die Zugangsweisen anderer Ausrichtungen auch sein mögen, so wissen wir auch: Die Frage nach der zu wählenden Behandlungsform und dem anzuwendenden Verfahren ist nur *eine* Dimension unseres psychotherapeutischen Tuns. Die unterschiedlichen Verfahrensrichtungen unterscheiden sich, so zeigen aktuelle Befunde der Psychotherapieforschung (zusammenfassend: Wampold & Imel, 2015, S. 114–157), in ihrer *Wirksamkeit* nämlich nur wenig voneinander. Das richtet den Fokus auf eine zweite, quer dazu liegende Dimension unserer Tätigkeit als Psychotherapeuten: Auf dieser sind verfahrensunspezifische Faktoren angesiedelt, die sich etwa auf die persönlichen Eigenschaften und zwischenmenschlichen Kompetenzen des Psychotherapeuten oder auf die Ausgestaltung von Therapieprozess und -verhältnis beziehen. In einem aktuellen Artikel akzentuieren *Norcross und Wampold (2019)*[2] zwei wesentliche Gesichtspunkte in diesem Feld: zum einen (a) die *therapeutische Beziehung*, deren Komponenten Effektenstärken zwischen 0.14 und 0.62 erzielen (Schlussfolgerung der Autoren: „The relationship is central to healing." (S. 394)); zum anderen (b) die sog. *responsiveness*, also die Anpassung des Vorgehens an konkrete Patientencharakteristika wie Coping-Stil, Reaktanzlevel, Veränderungsstufe, kulturellen Hintergrund usw., mit Effektstärken bis zu 0.78 im Vergleich zu nicht-adaptivem Vorgehen (Schlussfolgerung der Autoren: „(…) (R)esponsiveness works." (S. 396)).

Dieser Artikel soll einige konzeptuelle/pragmatische Ansätze darstellen, um unsere je eigene Wirksamkeit auf dieser Dimension zu erhöhen.[3] In die Darstellung gehen neben wissenschaftlichen Aussagen auch eigene Erfahrungen ein (im Text kursiv gesetzt).

Feedback-orientierte Rahmung der Psychotherapie

Der eigene Lernprozess

Im Jahr 2002 las ich „The Heroic Client" von Duncan und Miller (2000). *Ausgehend von einer Kritik an medizinischen Behandlungsmodellen psychischer Störungen entwickeln die Autoren darin die Position, dass nicht die Psychotherapeuten, sondern die Patienten die „Helden" ihrer Psychotherapien seien. Die Aufgabe der Psychotherapeuten sei es, diese möglichst nah an deren Veränderungsmotivationen und -m*öglichkeiten zu unterstützen. Als Werkzeuge dafür werden *den Patienten kurz vor Ende jeder Sitzung das „Session Rating"* (Johnson, 2000) *und am Anfang jeder Sitzung der (aus 45 standardisierten Fragen bestehende) Ergebnisfragebogen*

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

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

3 So wie uns über lange Jahre die harte Konkurrenz zwischen den Verfahren als Profession gespalten hat, so kann auch diese zweite Dimension trennend gegeneinander verwandt werden. Hill und Castonguay (2017, S. 326) berichten, dass selbst unter wissenschaftlichen Experten die Diskussion über Therapeutenunterschiede „hitzig" war, weil dieses Thema hochgradig persönlich ist und ein geradezu existenzielles Gewicht hat. – Dennoch: Wir sind auch auf dieser Dimension nur gemeinsam Suchende.

„Outcome Questionnaire" (OQ-45.2) (Lambert et al., 1996) *ausgehändigt. Für das Besprechen des Sitzungsbogens werden am Ende jeder Sitzung fünf Minuten reserviert, um so die Perspektive der Patienten auf die Sitzung möglichst genau zu erfassen und in etwaige Modifikationen des Vorgehens / des Kontakts einfließen zu lassen. Ebenso wird am Anfang jeder Sitzung der aktuelle OQ-45.2 besprochen, um zu klären, was sich in der Zwischenzeit verändert hat, inwieweit das auf die Therapie oder extratherapeutische Faktoren zurückzuführen ist und ob es ggf. Änderungen des Vorgehens braucht. Das auf diese Weise angestrebte Ziel einer patienten- und ergebnisorientierten Psychotherapie – entsprechend dem Untertitel des angesprochenen Buches: „Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy" – lässt sich unabhängig vom jeweiligen Verfahren implementieren.*

Während dieses Buch aus einer konzeptuellen Position heraus die Therapieperspektive von Patienten in den Vordergrund rückt, geschieht zur gleichen Zeit ein paralleler Prozess in der Psychotherapieforschung – mit dem erklärten Ziel, die Wirksamkeit von Psychotherapie zu steigern. Unter dem Begriff „patient-focused research" bzw. „patient-oriented research" erscheinen in der ersten Dekade des neuen Jahrtausends viele Untersuchungen, in deren Rahmen die Werte von jeweils aktuellen Befindensbögen in die Sitzung eingespeist werden; z. T. werden wie bei Duncan und Miller zusätzlich auch Sitzungsbögen am Ende jeder Sitzung bearbeitet und besprochen; z. T. wird dies durch computergestützte Systeme ergänzt, die Warnsignale geben, wenn der Verlauf stagniert bzw. sich verschlechtert (einen Überblick über die verschiedenen Systeme gibt *Lambert, 2010*, S. 250 ff.).

Nach Übersetzen der beiden Fragebögen (der OQ-45.2 lag damals noch nicht in einer deutschen Version vor) setzte ich diese dann vor bzw. nach jeder Sitzung im Rahmen der Ehe-, Familien- und Lebensberatung der pro familia Heidelberg ein. Da hier der zeitliche Rahmen für eine Sitzung inkl. Notizen wie in der Niederlassung bei insgesamt 60 Minuten liegt und es keine Assistenz gibt, bereitete dies sofort zeitliche Probleme: Ausfüllen und Auswerten des OQ-45.2 dauerten mindestens zehn Minuten – und das auch nur bei akademischem Klientel, das solche Fragebögen sehr schnell abarbeitete; andere brauchten deutlich länger. Das Ausfüllen des Sitzungsbogens und dessen Nachbesprechen brauchte nochmals ca. zehn Minuten – für die üblichen Therapieinhalte wurde es sehr eng. An ein Verwenden in Paartherapien war schon aus Zeitgründen nicht zu denken – das Implementieren dieses Vorgehens drohte zu scheitern. Ich wandte mich an Scott Miller und bekam zur Antwort, dass er in seiner Arbeitsgruppe auf die gleichen Probleme gestoßen sei und deshalb beide Fragebögen radikal auf jeweils vier Analog-Skalen kondensiert hätte. Die mitgesandten Fragebögen „Outcome Rating Scale" (ORS) (Miller & Duncan, 2004) *und „Session Rating Scale" (SRS)* (Johnson et al., 2004) *werden mit etwas Routine in weniger als 30 Sekunden ausgefüllt; deren Werte können mit einem Blick erfasst werden (zur Qualität der Skalen s.* Miller et al., 2003*, und* Duncan et al., 2003*). Damit waren die Bögen sowohl in Einzel- wie Paartherapien bzw. -beratungen anwendbar und auch für alle Bildungslevel (evtl. nach einer kurzen Erklärung) geeignet.*

Ganz analog zu meiner Erfahrung formuliert *Lambert* (*2010,* S. 258) sehr dezidiert aus seiner Forscher-Perspektive: „To be used, measures must be brief." Miller et al. (2003, S. 92) berichten dementsprechend von großer Unzufriedenheit bei Psychotherapeuten und Patienten wegen des hohen Zeitaufwands für das Ausfüllen, der schwer leserlichen Schriftgröße und ähnlicher Aspekte beim OQ-45.2, was sich ungünstig auf die Bereitschaft ausgewirkt habe, diesen Fragebogen einzusetzen. Zwar erweisen sich die Reliabilitäts- und Validitätswerte des ORS nur als moderat, aber die Akzeptanz der Skala bei Psychotherapeuten (und damit deren Anwendungsrate) ist deutlich höher. Unterlegt wird diese Beobachtung mit Vergleichszahlen aus zwei Community-Centern, deren Leitungen den Gebrauch des OQ-45.2 bzw. des ORS nahelegten: Bei dem einen Zentrum, das standardmäßig den OQ-45.2 einsetzte, sank die Verwendungshäufigkeit für den Fragebogen von 33 % am Ende des ersten Monats auf 25 % nach einem Jahr, während sie bei dem anderen Zentrum, das auf den ORS zurückgriff, im selben Zeitraum von 3 % auf 89 % rasant anstieg. Die Autoren bilanzieren: „(…) (M)easures that are easy to integrate into treatment and that have face validity encourage a partnership between the client and therapist for monitoring the effectiveness of the services." (Miller et al., 2003, S. 98) Gleiches gilt für den SRS: moderate Werte bei Reliabilität und Validität, aber sehr hohe Werte bei der Compliance (29 % bei dem Working Alliance Inventory in dem einen Zentrum vs. 96 % für den SRS in dem anderen Zentrum; Duncan et al., 2003, S. 9).

Natürlich erfasst ein Fragebogen mit 45 Fragen (= der OQ-45.2) das aktuelle Befinden sehr viel präziser als ein Fragebogen mit vier Skalen (= der ORS); das Gleiche gilt für die zehn Skalen des „Session Rating" vs. die vier Skalen des SRS.

Gegen den Unmut bei Patienten und Psychotherapeuten in der Arbeit mit Feedbackbögen erwies sich der Einsatz von stark vereinfachten Skalen als hilfreich.

Allerdings ist Genauigkeit nicht der vorrangige Maßstab für die Fragebögen. Die Feedback-Werte (selbst wenn sie beim ORS und SRS nicht ganz treffgenau sind) erfüllen nämlich einen viel wichtigeren Zweck: Sie dienen als Startpunkt eines therapeutischen Gesprächs. So wie z. B. ein selbstunsicherer Patient den Sitzungsbogen häufig zu Beginn der Psychotherapie mit (übermäßig) positiven Werten ausfüllen wird und das

Gespräch darüber die angekreuzten Werte dann mit Leben füllen muss, so gilt dies auch für die Befindensbögen: Beispielsweise wird der allein durch Druck (z B. vonseiten der Partnerin) in einem Erstgespräch „gelandete" Patient sehr gute Werte ankreuzen (da er selbst keine Probleme sieht) und diese Werte bilden dann den Ausgangspunkt für die Suche nach einer möglichen Grundlage für weitere Gespräche (s. das erste Fallbeispiel in *Linsenhoff* (*2012*, S. 99 f.), bei dem der Patient zunächst nicht bereit zur therapeutischen Kooperation ist). Die Bögen entfalten ihre Wirkung nicht dadurch, dass sie bloß ausgefüllt und irgendwo abgelegt werden. Erst das aufrichtige Interesse des Psychotherapeuten an der Bedeutung der eingetragenen Werte schafft die Voraussetzung dafür, daraus einen Gewinn für die therapeutische Beziehung zu schlagen und ggf. das Therapiegeschehen noch responsiver auf das jeweilige Gegenüber ausrichten zu können.

Ein kluger und flexibler Umgang mit den Bögen lässt sich über die Zeit erlernen.[4] Doch ein schwieriger Schritt liegt all dem voraus: Der Psychotherapeut muss sich überhaupt erst einmal emotional darauf einlassen, interessiert nach Feedback zu fragen und mit einer ehrlichen (mitunter negativen) Rückmeldung des Patienten umzugehen. Dieser Prozess setzt auch den Aufbau eines (Erfahrungs-)Wissens über die unterschiedlichen Bedürfnisse voraus, die Patienten in der Psychotherapie in Bezug auf den Behandlungsstil („Therapy Preferences"; s. Swift et al., 2019) ausprägen können, um überhaupt aus skalierten Werten eines Fragebogens die dahinterstehenden Wünsche und Erwartungen an die therapeutische Beziehung entschlüsseln zu können. Da es meines Wissens im deutschsprachigen Raum keine Supervisoren für diesen Entwicklungsprozess gibt (anders als in den USA, Kanada, Australien und den skandinavischen Ländern), kommt Intervisionsgruppen hierfür eine besondere Bedeutung zu: Hier kann geübt werden, wie man den einen Bogen vor dem oder im Erstgespräch in die Therapie einführt und wie man am besten darauf reagiert, wenn beim SRS wiederholt „heikle" Werte (z. B. Maximalwerte auf der Skala) auftreten.

Einige empirische Daten

Überblicksarbeiten über die Vielzahl von Untersuchungen, die inzwischen zu verschiedenen Feedback-Systemen erschienen sind, formulieren deutlich: „(…) (F)eedback appears to be a powerful tool for enhancing outcomes" (Castonguay et al., 2013, S. 94ff.). *Lambert* (*2010*, S. 249) fasst die Effekte diverser Studien zur Wirkung von Feedback mit z. T. großen Stichprobenumfängen, unterschiedlichen Feedback-Systemen, unterschiedlicher Klientel und unterschiedlichen Settings zusammen: „(…) (T)he effect sizes for the difference between feedback and treatment-as-usual (TAU) ranged from .34 to .92." Dabei muss mitgedacht werden, dass je nach Studie ein Teil der teilnehmenden Psychotherapeuten die Instrumente nur unregelmäßig ausgibt (z. B. im Calgary Counseling Center taten dies nur 40 % der Mitarbeiter regelmäßig; Goldberg et al., 2016, S. 369), ein Teil sie aushändigt, aber nicht ins Gespräch einführt (50 % in der Untersuchung von de Jong et al., 2014, S. 472) und ein Teil sie sicherlich auch nur pro forma ins Gespräch einbringt – ohne echte Konsequenzen für die weitere Zusammenarbeit mit dem Patienten. Solche Herangehensweisen reduzieren die Wirksamkeit einer Feedback-Rahmung teils drastisch.

Anhand der Paartherapieuntersuchung von *Anker et al. (2009)* an einer norwegischen Familienberatungsstelle lässt sich gut illustrieren, welch deutliche Auswirkungen eine Feedback-Rahmung (schon bei mittlerer Effektstärke) mit sich bringen kann. In dem Feldexperiment wurden alle Paare (N = 201), bei denen beide Partner zur Therapie bereit waren, zufällig zwei Bedingungen zugeteilt: Eine Hälfte füllte den ORS nur beim Sekretariat aus (= TAU-Bedingung), die andere Hälfte ORS und SRS für ihre Psychotherapeuten, die die eingetragenen Werte in der Therapiesitzung thematisierten (Feedback-Bedingung). Alle zehn Psychotherapeuten arbeiteten unter beiden Bedingungen und waren der Meinung, dass ihre bisherige Art, Feedback zu erfassen, genauso gut sei wie die Arbeit mit den Bögen. Die Ergebnisse zeigen, dass bei einer Effektstärke von 0.50 viermal so viele Paare unter der Feedback-Bedingung klinisch relevante Veränderungen erfuhren wie unter der TAU-Bedingung (40,8 % vs. 10,8 %), der Anteil der Nichtveränderten war deutlich geringer (13,6 % vs. 23,5 %) und die Paarzufriedenheit deutlich höher. Trennungen waren unter der TAU-Bedingung doppelt so häufig wie unter der Feedback-Bedingung. Von den zehn Psychotherapeuten hatten neun unter der Feedback-Bedingung bessere Resultate.

Im deutschsprachigen Raum haben v. a. Schiepek (s. z. B. Schiepek et al., 2019) und Lutz (s. z. B. Deisenhofer et al., 2019) umfangreiche computergestützte Feedback-Systeme entwickelt, die sozusagen die High-End-Seite der Feedback-Rahmung mit algorithmengeleiteten Behandlungsvorschlägen abbilden. Demgegenüber sind ORS und SRS eher auf der Low-End-Seite anzusiedeln.[5] Hier können Kollegen zum Einstieg mit einfachen Mitteln erproben, was es heißt, Psychotherapie unter konsequenter Feedback-Rahmung durchzuführen. Es ist nämlich für jeden erst einmal eine ungewöhnliche und unbehagliche Situation, sich ggf. Rückmeldungen aus der Patientenperspektive stellen zu müssen, die möglicherweise auch das eigene Rollenverständnis im Therapiegeschehen in Zweifel ziehen. Durch Übung lässt sich auch ein anfängliches Vermeiden beim Einholen von Feedback bewusstmachen und mit wachsendem Selbstvertrauen allmählich überwinden. Mit dieser Erfahrung ließe sich dann entscheiden, ob die gewünschte eigene psychotherapeutische Entwicklung eher in Richtung komplexerer, technisch gestützter Monitoring-Systeme wie bei Schiepek oder Lutz geht oder in die einer Intensivierung des persönlichen Kontakts beim Feedback.

4 Der Psychotherapeut sollte verstehen, die Fragebögen situationsangepasst im Therapiegeschehen zu platzieren, z. B. den Sitzungsbogen schon während der Sitzung einzubringen, wenn ein Patient sein unklares Gefühl zum Therapieverlauf besser im Medium des skalierten Sitzungsbogens artikulieren kann als im direkten Gespräch.

5 Wünschenswert wäre, wenn es auch für ORS und SRS Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum gäbe – mir sind keine bekannt.

Das Unbehagen bei uns Psychotherapeuten

Wenn solche Systeme also deutlich die Wirksamkeit verbessern, warum werden sie dann nicht häufiger genutzt? *Lambert* (*2010*, S. 257) gibt trocken als Antwort: „clinician resistance"!

Eine Hürde ist hier zunächst einmal die weit verbreitete Überzeugung unserer Berufsgruppe, für die meisten (wenn nicht sogar für alle) Patienten per se hilfreich zu sein. Es kommt uns hier zudem unser psychotherapeutischer Optimismus in die Quere, der uns Stagnationen oder sogar Verschlechterungen übersehen und Hilfsmittel eher als überflüssig betrachten lässt.

Als ich mit dem Ausgeben der Stundenbögen anfing, hatte ich das Selbstbild, eigentlich sehr interessiert an Feedback von Patienten zu sein, und setzte mir selbst als „Regel", nach wirklich jeder Sitzung den SRS auszugeben. Durch diese „Regel" wurde erst klar, dass es auch immer wieder Sitzungen gab, in denen mir vor dem Feedback unwohl war und in denen ich ohne meine Selbstverpflichtung ausgewichen wäre und den SRS nicht ausgegeben hätte. Eine Studie von de Jong et al. (2012, S. 471) unterstreicht, dass es in allererster Linie auf das Commitment ankommt, solche Feedback-Tools *mit Konsequenz* einzusetzen. Mit der Verpflichtung auf eine regelhafte Feedback-Rahmung setzt man sich einem Ungewissheitsfaktor aus, der manchmal überraschende Lerneffekte generiert, manchmal aber auch (gerade beim Auseinanderliegen von Therapeuten- und Patientenwahrnehmung) ernüchternd wirken kann. Der erfahrene Kollege Bill Robinson (2009, S. 64) bringt dies prägnant auf den Punkt: „The use of the formal feedback tools is constantly surprising and humbling (…)."

Daneben stellte sich für mich *heraus, dass eine solche Ermöglichung eines viel genaueren Einblicks in die konkrete Sicht der Patienten auf die Psychotherapie zu einer gefühlten Verengung meines inneren therapeutischen Spielraums führte: Ich musste erst einmal mit den Bögen aussetzen, um via Supervision mehr Gelassenheit gegenüber den durch ORS und SRS deutlicher gewordenen Bedürfnissen der Patienten und dem damit verbundenem Erwartungsdruck zu gewinnen.*

Besonders hinderlich für das Integrieren von Feedback-Maßnahmen in den psychotherapeutischen Alltag ist, wenn diese in Organisationen top-down eingeführt werden. Wenn die Arbeitsbelastung dort schon recht hoch ist, stößt ein weiteres Add-on ohnehin nur auf wenig Gegenliebe. Im Falle von Zwang mögen die Mitarbeiter es zusätzlich als bloße von oben auferlegte Schikane betrachten und gar nicht als willkommenes Hilfsmittel für eine Rückkopplung mit der Patientensicht.[6]

Eine Hürde für die Arbeit mit Feedback ist ein falscher psychotherapeutischer Optimismus, der mögliche negative Rückmeldungen aus dem Therapieprozess ausblenden möchte.

Wie kann man die Feedback-Rahmung lernen?

Die ursprüngliche Bezeichnung „client-directed outcome-informed therapy" hat nach einigen Jahren zu dem Missverständnis geführt, dass es sich hierbei um ein eigenes psychotherapeutisches Verfahren handeln würde. Dies hat sich noch verstärkt, als das US-amerikanische Department of Health and Human Services in seinem „National Registry of Evidence-based Programs and Practices" diese Feedback-Rahmung 2012 als empirisch validiert anerkannt hat. Doch weder ist eine outcome- und patientenorientierte Psychotherapie selbst ein eigenes Verfahren noch ist sie exklusiv an ein bestimmtes Verfahren gebunden. Um deutlich zu machen, dass hier über alle Verfahrensgrenzen hinweg dazu eingeladen wird, die Psychotherapie mithilfe von Feedbackinstrumenten an die Patientenbedürfnisse zu adaptieren, verwenden Fürsprecher seither das Akronym FIT zur Kennzeichnung dieses Vorgehens: FIT zugleich verstanden als Suche nach einer möglichst guten Passung (= fit) mit den Patienten und als Abkürzung von Feedback-Informed Treatment.

Die Forschung zu ORS und SRS hat die Anschlussfähigkeit an spezifische theoretische Verfahrensrahmen oder die Abhängigkeit von Behandlungsmethoden nicht zum Gegenstand gemacht. Aus meiner Sicht passt die Feedback-Rahmung zu allen Vorgehensweisen, in denen ein Gespräch über den therapeutischen Prozess „auf Augenhöhe" möglich ist. Deshalb ist unter den gängigen Verfahren m. E. lediglich die Analytische Psychotherapie durch ihre ganz eigene Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit einer Feedback-Rahmung nur schwer kombinierbar.

Welche Schritte empfehlen sich, um diese Art der Rahmung zu lernen?

- ORS und SRS können kostenfrei heruntergeladen werden.[7]
- Die Artikel von *Linsenhoff (2012; 2014)* geben erste Hinweise für das Einführen und Handling der Bögen, in Cut-off-Werte usw.
- Vertiefte Informationen finden sich in den FIT-Manualen 1–6 (insb. 1 und 2).

6 Als Beispiel einer in diesem Sinne gescheiterten Einführung von Feedback-Instrumenten kann das Calgary Counseling Center dienen, dessen Leiterin auf das lediglich gelegentliche Ausgeben des OQ-45 mit der strikten Anweisung reagierte, dass fortan für wirklich jede Sitzung die Daten aus dem Fragebogen vorliegen müssten. 40 % der mehr als 150 Psychotherapeuten verließen daraufhin binnen Monaten die Einrichtung (Goldberg et al., 2016, S. 369).

- Es empfiehlt sich, eine kleine Intervisionsgruppe zu gründen, um sich über eigenes Unwohlsein und Klippen bei diesem Vorgehen auszutauschen. Beim Feedback auftretende stark aversive Reaktionen sollten in der regulären Supervision besprochen werden.
- Wenn die eigene FIT-Praxis flüssiger geworden ist, aber einzelne Fragen sich klarer herauskristallisiert haben, empfiehlt sich als nächster Schritt das passwortgeschützte Portal des International Center for Clinical Excellence:[8] Dies ist ein internationales Forum von mehr als 10.000 Kollegen mit unterschiedlichen Verfahrenshintergründen, die alle mit FIT arbeiten. Dort lassen sich eigene Fragen stellen, die häufig zu umfangreichen und anspruchsvollen Diskussions-Threads führen.
- „Dranbleiben!" – es braucht Zeit und Geduld, um den Umgang mit FIT zu lernen.

Die Suche nach dem Supershrink – Impulse aus der Exzellenzforschung

Mit zunehmender Zahl von Untersuchungen zur feedback-orientierten Rahmung von Psychotherapie trat folgende Frage in den Vordergrund: Warum werden Psychotherapeuten, die mit Fragebögen arbeiten, nicht allgemein wirksamer – also auch in Psychotherapien, bei denen sie auf die Anwendung von Feedback-Instrumenten verzichten? In der oben erwähnten Untersuchung von *Anker et al. (2009)* führten beispielsweise alle Psychotherapeuten Paartherapien sowohl unter der Bedingung mit als auch unter der ohne Feedback durch. In den 26 Monaten der Untersuchung erwiesen sich zwar die Paartherapien mit Feedback als jenen ohne Feedback erheblich überlegen, die Psychotherapeuten konnten diesen Effekt aber nicht auf die Paare übertragen, bei denen sie nicht die ORS-/SRS-Werte erhoben.

Wie hochwirksame Psychotherapeuten mit Feedback umgehen

Um diese Frage zu klären, begann die Arbeitsgruppe von Scott Miller zunächst damit, hochwirksame Psychotherapeuten (genannt „Supershrinks") näher in ihrer Arbeit zu untersuchen *(Miller et al., 2007),* und kam zu dem Ergebnis, dass diese aktiv auch nach negativem Feedback zur therapeutischen Zusammenarbeit fragen und so ihre Patienten dezidiert zu offen-kritischen Rückmeldungen anregen. Was außerdem bei den Supershrinks auffallend war: Sie erhalten am Anfang von Psychotherapien niedrigere Werte in Allianzfragebögen, „perhaps because they are more persistent or are more believable when assuring clients that they want honest answers – enabling them to address potential problems in the working relationship" (*Miller et al., 2007*, S. 33).

Essentials beim Entwickeln von Exzellenz

Während diese ersten Schritte der Supershrink-Forschung noch im Kontext der optimalen Nutzung von Patienten-Feedback standen, kamen durch die Zusammenarbeit mit dem Exzellenzforscher Anders Ericsson ganz andere Impulse auf. Ericsson ist Herausgeber des „Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance" und erforscht in immer wieder neuen Berufsgruppen (Sportler, Musiker, Schachspieler, Radiologen usw.), wie Exzellenz entsteht und gefördert werden kann. Folgende Elemente sind dafür tätigkeitsübergreifend notwendig:

- ein differenziertes Bild vom gegenwärtigen Kompetenzniveau als Ausgangspunkt,
- ein präzises Feedback von einem Experten in diesem Feld zu den nächsten Entwicklungsschritten (dieser Experte muss über sog. „domain-specific knowledge" verfügen),
- ein gezieltes, konzentriertes, regelmäßiges Reflektieren und Einüben dieser nächsten Schritte über längere Zeit, genannt „Deliberate Practice" (DP),
- auf das wiederum ein genaues, zeitnahes Feedback des Experten folgt usw.

Es geht hier also darum, mithilfe von einem Experten durch Feedback-Schleifen zur Umsetzung von zielgerichteten Schritten hin zu einer spezifischen Kompetenzsteigerung zu gelangen. Für gute DP ist hierbei die Reservierung gesonderter Zeit außerhalb des „laufenden Betriebs" ebenso ausschlaggebend wie eine hochgradige Individualisierung des Feedbacks.

Diese Prinzipien werden nun auch auf Psychotherapeuten angewandt – einen guten Überblick über den Stand bietet der Band „The Cycle of Excellence" (Rousmaniere et al., 2017a). Eher realitätsfremd oder gar abschreckend wirkt es hierbei jedoch, wenn im Zusammenhang mit DP vorgeschlagen wird, dass zur Erneuerung des beruflichen Zertifikats („credentials") zwingend Daten zur Wirksamkeit des eigenen psychotherapeutischen Handelns vorzulegen seien, oder wenn Supervisoren Informationen darüber geben sollen, wie sich die Effekte ihrer Supervisanden entwickelt haben (Rousmaniere et al., 2017b, S. 270 f.).

Kritische Anmerkungen zu Deliberate Practice und Psychotherapie

Drei Aspekte sind aus meiner Sicht gegenüber der Begeisterung für DP kritisch anzumerken: (1) Kein Autor thematisiert, dass die übliche Exzellenzforschung immer auf das Entwickeln von Skills angelegt war, deren Ausprägungsgrad bei den Beobachteten selbst erfasst wird – bei den Psychotherapeuten ist das Zielkriterium hingegen Wirksamkeit im Umgang mit Patienten, also in einer Interaktionsbeziehung, deren Erfolg sich dann in Form einer Veränderung beim Patienten zeigen muss. (2) Bei einer vorschnellen Übertragung von DP auf den

7 Beispielsweise verfügbar unter: https://scott-d-miller-ph-d.myshopify.com/collections/performance-metrics/products/performance-metrics-licenses-for-the-ors-and-srs [30.01.2020].
8 www.centerforclinicalexcellence.com [30.01.2020]

Bereich Psychotherapie wird nicht bedacht, dass das präzise Erfassen von Drop-outs, Verschlechterungen oder Nichtveränderung bei Patienten in jedem Psychotherapeuten Angst vor Beschämung auslösen kann, was alle unterstützenden Maßnahmen der DP wieder konterkarieren mag. Und dass es deshalb eine Kultur braucht, die aufmerksam und offen mit unserer Verletzlichkeit umgeht.[9] (3) Anders als im Sport, der Musik etc. ist bisher nicht etabliert, wie Limitierungen von Psychotherapeuten präzise erfasst werden können und welches dann die entsprechenden weitenden DP-Schritte sind; „domain-specific knowlegde" muss sich für die Wirksamkeit von Psychotherapeuten erst noch ausbilden.

Erste Schritte zu Deliberate Practice und Psychotherapie

Das heißt nun aber nicht, dass diese ganze Entwicklungsrichtung „erledigt" wäre. Chow hat eine erste Untersuchung zu DP vorgelegt *(Chow et al., 2015)*: Von Mitgliedern eines „Practice Research Network" (mit breiter Streuung in unterschiedlichen Arbeitskontexten) in Großbritannien wurden über vier Jahre die Psychotherapieergebnisse gesammelt. Um Vergleichbarkeit zu erreichen, wurden die Patientenergebnisse entsprechend der jeweiligen Ausgangsbelastung korrigiert. Daneben wurden die teilnehmenden Psychotherapeuten dazu befragt, wie viel Zeit sie in einer typischen Arbeitswoche mit Tätigkeiten verbringen, die zur Verbesserung ihrer therapeutischen Arbeit dienen, und welche Bedeutung sie diesen Tätigkeiten zumessen. Die Psychotherapeuten wurden dabei nach ihrer Wirksamkeit in vier Quartile aufgeteilt, wobei die wirksamsten (= 1. Quartil) im Durchschnitt eine Effektstärke von 1.5 und die Kollegen im 4. Quartil eine Effektstärke von 0.76 aufwiesen. Das auffälligste Untersuchungsergebnis ist, dass die Psychotherapeuten im 1. Quartil 7,39 Stunden pro Woche damit verbrachten, allein über schwierig verlaufene Sitzungen, komplizierte Fälle und kommende Sitzungen nachzudenken, während diejenigen im 2. bis 4. Quartil dies gemittelt nur für 2,63 Stunden taten – ein 2,8-mal höherer Wert bei den wirksamsten Kollegen!

Mehrere Aspekte der Untersuchung sind kritisch zu sehen: Die Stichprobe war klein, die Teilnehmer waren Selbstmelder (und vermutlich deshalb bereits sehr engagierte Kollegen) und die Zeiten waren berichtet und nicht gemessen – trotzdem laden die Ergebnisse dazu ein, diese Suche nach Voraussetzungen für hohe Effektstärken des Einzelnen weiter zu verfolgen.

Chow und Miller (2015) haben für die gegenwärtige Situation noch unzureichenden Wissens über DP im psychotherapeutischen Kontext eine „Taxonomy" vorgelegt, anhand derer eigene Aktivitäten zur Verbesserung ausgewählt und dafür konkrete Ziele formuliert werden können. Nach Vergegenwärtigen der Therapiesitzungen der zurückliegenden Woche soll der Psychotherapeut die einzelnen Kategorien (fünf Domains mit insgesamt 37 Klassen von Aktivitäten) durchgehen und die eigene Performanz bei den jeweiligen Antworten auf einer Skala zwischen 1 und 10 einschätzen (z. B. ist in der Domain „Therapeut" eine der „Aktivitäten"-Fragen: „Wie regulieren Sie Ihre Angst in einer schwierigen Interaktion mit Ihren Patienten?"). Aus den vorgeschlagenen Antworten werden dann die drei Aktivitäten ausgewählt, in denen er sich verbessern möchte. Im Gespräch mit dem Supervisor, der nach Beobachtung des tatsächlichen psychotherapeutischen Tuns ein vergleichbares Raster ausgefüllt hat, wird dann *eine* Aktivität ausgewählt, die in der nächsten Zeit verfolgt werden soll. Und für diese werden SMART(= Specific, Measurable, Attainable, Timeline)-Ziele formuliert, deren Erreichen regelmäßig beobachtet und monatlich im Gespräch mit dem Supervisor überprüft wird.

Das „Difficult Conversations in Therapy"-Projekt von Daryl Chow

Andersons Forschung zu Facilitative Interpersonal Skills

Der Ausgangspunkt für dieses Projekt ist eine Untersuchung von Anderson et al. (2009), die der Frage nachgegangen sind, warum selbst in hochgradig kontrollierten Studien (mit Manualen, spezifischem Training, spezifischer Supervision) die Ergebnisse der Patienten ihren jeweiligen Psychotherapeuten entsprechend variieren. Da sich Merkmale wie Geschlecht, Alter, Art des Trainings, Art der theoretischen Orientierung usw. nicht als Quelle dieser sich deutlich unterscheidenden Therapeuteneffekte ausmachen ließen, schlossen sie, dass man bei der Suche nach den Ursachen näher auf die ausschlaggebenden Sozialkompetenzen im Therapieprozess schauen muss: „(…) (A) potentially promising approach for identifying the sources of therapist effects would be to operationalize and examine therapists' skills in facilitating therapy processes (e. g. empathy and the alliance) that are theoretically and empirically related to therapy outcome." (S. 757)

Um diese Hypothese zu überprüfen, bekamen die teilnehmenden Psychotherapeuten in ihren gewohnten Therapieräumen auf dem PC kurze Videosequenzen von schwierigen Therapiesituationen vorgespielt (wütender/überheblicher/passiver/sich unterwerfender Patient) und zeichneten dann ihre spontane Audioreaktion darauf auf. Diese Reaktionen wurden dann nach Wärme, Empathie, emotionalem Ausdruck usw. geratet – also Kriterien, die die Autoren als Facilitative Interpersonal Skills (FIS) zusammenfassten. Das Ergebnis zeigte: Psychotherapeuten mit hohen FIS-Werten hatten signifikant bessere Therapieresultate als solche mit niedrigen Werten.

9 Selbst im Calgary Counseling Center mit dessen entschiedener Ausrichtung auf FIT und DP musste die von der Leitung gewünschte Praxis suspendiert werden, dass die Supervisoren Feedback von ihren Supervisanden mittels SRS bekamen, „due to supervisors' discomfort hearing potentially critical feedback from their supervisees" (Goldberg et al., 2017, S. 214).

Lassen sich diese Skills steigern?

Dieser Forschungsansatz wurde nun von Chow (Design des Pilotprojekts in *Miller et al., 2015*, S. 454 f.; Projekt selbst dargestellt in Jones, 2019, und *Chow et al., o. J.*) weitergeführt: Es sollte erprobt werden, inwieweit sich die persönlichen FIS-Werte durch gezieltes Feedback steigern lassen. Hierzu wurde in der Experimentalgruppe den teilnehmenden Psychotherapeuten in ihrem üblichen räumlichen Setting eine kurze herausfordernde Therapiesequenz[10] auf dem PC vorgespielt. Diese zeichneten selbst ihre spontane Reaktion darauf mittels Skype-Protokoll auf. Für diese Reaktion bekamen sie innerhalb von zwei Tagen ein schriftliches Feedback mit Verbesserungsvorschlägen entsprechend den FIS-Kriterien. Dieser Prozess wiederholte sich zwei weitere Male mit derselben Therapieszene. Abschließend wurde ihnen ein viertes Mal eine ähnliche Szene, aber diesmal mit einem anderen Darsteller vorgespielt, um auch die Generalisierung zu erfassen. Die Psychotherapeuten der Kontrollgruppe sahen die gleichen Szenen und wurden nur zur Selbstreflexion aufgefordert. Jede der Reaktionen der Teilnehmenden wurde anhand der Rating-Skalen von Anderson und Patterson (2013) eingeordnet.

Die Ergebnisse: Die Reaktionen auf die erste Szene bei den Teilnehmenden der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe wiesen keine Unterschiede hinsichtlich der FIS-Werte auf. Bei allen Teilnehmenden stiegen die FIS-Werte über die vier Durchläufe hin an. Allerdings waren die Verbesserungen in der Experimentalgruppe bei drei der vier Szenen (hilfloser, intellektualisierender, unwilliger Patient) signifikant besser als in der Kontrollgruppe.[11]

Pragmatische Verbesserungsmöglichkeiten

Aber auch mit einfachen Vorgehensweisen und bescheidenen Mitteln lassen sich Aspekte einer höheren Patientenorientierung verfolgen – zwei Beispiele aus der eigenen Arbeit sollen das illustrieren:

Anteil der no-shows verringern

1982 begann ich, als Psychologe in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung der pro familia Heidelberg zu arbeiten. Nach einiger Zeit realisierte ich, wie häufig Erstgespräche ohne Absage nicht wahrgenommen wurden und dass das Warten auf die Fernbleibenden für mich unangenehm war. Deshalb zählten wir für alle Termine im psychologischen Bereich während eines Quartals aus, wie hoch dieser Anteil von sog. no-shows war, und kamen auf 24,8 %[12]! Daraus entwickelte sich das Ziel, diesen Anteil zu reduzieren. Hätten wir damals schon dieses Ziel als Teil unserer psychologischen Arbeit gesehen, hätten wir vermutlich nach jeder ergriffenen Maßnahme erneut nachgezählt, um deren spezifische Wirkung zu messen. So aber veränderten wir nur schrittweise das Vorgehen bei der Anmeldung: Es wurden am Telefon keine „Therapien" mehr vereinbart (wie von den Anrufenden gewünscht), sondern nur noch Erstgespräche, nach denen man „weitersehen" könnte – um damit z. B. den durch Druck ihrer Frauen zu einer Paartherapie „endlich bereiten" Männern das Kommen zu erleichtern. Nächster Schritt: Es wurde am Telefon darauf hingewiesen, dass wir sehr viel Wert darauf legen würden, dass die Patienten bekommen, was sie suchen – um schon vor dem ersten Gespräch Ängsten von Ratsuchenden entgegenzuwirken, die Kontrolle über die eigene Psychotherapie zu verlieren. Später: dass wir ORS und SRS verwenden, um dies Ziel zu erreichen – um so bereits vor dem Erstgespräch eine kritische Rückmeldung als „erwünschtes Verhalten" einzuführen. Dann wurden ORS und SRS auf die Website gestellt und bei jeder Anmeldung darauf verwiesen. Und schließlich wurde auf der Website erläutert, welche Bedeutung es für uns hat, unser Angebot auf die Bedürfnisse der Klienten abzustimmen, und wie uns ihre Rückmeldung bei dieser Passung hilft.[13] 2013 zählten wir dann wieder alle Anmeldungen im psychologischen Bereich für ein Quartal aus: Der Anteil der no-shows war sowohl bei Einzelnen wie Paaren auf 2,7 % gesunken (N = 3 von 111 Erstgesprächen)![14]

Ressourcenorientierung steigern

Im Jahr 2001 besuchte Klaus Grawe eine angesehene verhaltenstherapeutisch orientierte Klinik in der Nähe von Heidelberg und äußerte sich zur generellen Arbeit der Klinik sehr anerkennend, bemängelte aber deren geringe Ressourcenorientiertheit. Hintergrund dieser Kritik war seine Theorie der fünf Wirkfaktoren von Psychotherapie (Grawe, 1998), von denen einer die Ressourcenaktivierung jeden therapeutischen Handelns ist (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). – *Dies war für mich eine Anregung,* näher zu betrachten, wie *ressourcenaktivierend denn mein eigenes Tun war. Die Kollegen der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern (geleitet von Klaus Grawe) waren bereit, ihren „Patientenstundenbogen 2000" zuzusenden, der u. a. sechs Fragen zur Ressourcenaktivierung enthält. Ausschließlich diese Fragen gab ich*

10 Ein Beispiel dieser Szenen („hoffnungsloser Patient") findet sich in einer Präsentation von Daryl Chow ab 41:06 Min. (verfügbar unter: www.youtube.com/watch?v=vxmP03gAfps [30.01.2020]).

11 In der vierten Situationsart („Fix me!") waren sie besser, aber nicht signifikant. Die Autoren vermuten, dass die Teilnehmendenzahl zu gering war, um Signifikanz zu erreichen. Bei der Untersuchung ist es darüber hinaus als problematisch anzusehen, dass einer der beiden Rater und der Feedback-Geber dieselbe Person waren.

12 *Anker et al.* (*2009*, S. 695) bezeichnen in ihrer Paartherapiestudie an einer Familienberatungsstelle eine Rate von 29,6 % no-shows als für diesen klinischen Kontext typisch.

13 Antriebsfeder für diesen Prozess war das Ziel, die no-shows zu reduzieren – aber unabhängig von diesem Motiv dient dies Informieren auf der Website bereits zugleich der Gestaltung der Beziehung zu künftigen Patienten in der pretreatment-Phase und ist deshalb auch für Therapie-Praxen sinnvoll (die nur wenige no-shows haben) s. z. B. https://praxis-linsenhoff.de/psychotherapeutisches-vorgehen/ [30.01.2020].

14 Bohanske und Franczak (2010, S. 310) schildern, wie in drei ambulanten Kliniken in Arizona innerhalb von vier Monaten die bisherige No-show-Rate von 30–50 % durch ein stärkeres Ausrichten auf die Patientenbedürfnisse um 70 % gesenkt werden konnte.

allen Psychotherapie-Patienten am Ende ihrer Sitzung zum Zeitpunkt T1 und hatte dadurch meinen Ausgangswert. Nach Durcharbeiten von Grawes Monographie (1998) ließ sich operationalisieren, durch welche Angebote in den Sitzungen Ressourcen der Patienten gefördert werden könnten. Dementsprechend imaginierte ich vor jeder Sitzung den jeweiligen Patienten und schaute nach Möglichkeiten von Ressourcenaktivierung in der bevorstehenden Sitzung. Nach einigen Wochen gab ich die sechs Stundenbogen-Fragen wieder denselben Patienten (T2) nach der jeweiligen Sitzung und zwei Monate später nochmals (T3), um die Stabilität zu überprüfen. Die von den Patienten wahrgenommene Ressourcenorientiertheit der Sitzungen hatte sich deutlich und stabil erhöht (s. a. Linsenhoff, 2003*).*[15]

Fazit

Supervision entlastet uns und bringt unterstützende Ideen ein. Verfahrensorientierte Fortbildungen erweitern unser methodisches Repertoire und eröffnen neue Blickwinkel auf die Probleme unserer Patienten. Es gibt aber auch noch eine andere, verfahrensübergreifende Dimension, auf der sich das Ziel der Wirksamkeitssteigerung zu verfolgen lohnt. So konnten diesbezüglich Instrumente vorgestellt werden, die v. a. auf die therapeutische Beziehung und die responsiveness abzielen und deren regelmäßiger Einsatz deutliche Effekte für den Erfolg der Psychotherapie zeigt. Um als Psychotherapeut nachhaltig von Feedback profitieren zu können, kommt es vor allem darauf an, nicht aus Angst davor, „das Gesicht zu verlieren", möglichen negativen Einschätzungen im Vornherein auszuweichen. Es ist zudem ratsam, sich für die Arbeit mit Feedback bestimmte mess- und überprüfbare Ziele zu setzen. So kann man sich beispielsweise vornehmen, bei einem Patienten niedrige Skalenwerte über die Zeit zu steigern oder bei sich den Anteil von Drop-outs bzw. no-shows zu minimieren.[16]

Eine Grundhaltung von – wohldosiertem – „professionellem Selbstzweifel" (s. Nissen-Lie et al., 2017) ist bei alldem die Schlüsseltugend. Sie führt zur Bereitschaft, die kritische Rückmeldung eines Patienten oder eines Experten (z. B. im Rahmen der DP) anzunehmen und das eigene Vorgehen zu überdenken und zu modifizieren. Wer sich auf einen solchen offenen Lernprozess einlässt und – mit den Feedback-Instrumenten seiner Wahl – die ersten konsequenten Schritte wagt, ist auf einem guten Weg, seine Kompetenzen und Fähigkeiten auszubauen, kurzum: auf Dauer ein besserer – wirksamerer – Psychotherapeut zu werden.

Literatur

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

Anker, M., Duncan, B. & Sparks, J. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: a randomized clinical trial in a naturalistic setting. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77 (4), 693–704.

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. & Andrews, W. P. (2015). The Role of Deliberate Practice in the Development of Highly Effective Psychotherapists. Psychotherapy, 52, 337–345.

Chow, D., Lu, S., Tan, G., Kwek, T., Miller, S. D. & Jones, A. (o. J.). Improving Empathy Through Deliberate Practice: The Difficult Conversations in Therapy (DCT) Randomized Clinical Trial (Manuskript in Vorbereitung).

Chow, D. & Miller, S. D. (2015). Taxonomy of Deliberate Practice Activities in Psychotherapy – Therapist Version. Chicago: ICCE. (Anm.: Die „Taxonomy" kann beim Erstautor unter der E-Mail-Adresse: daryl@darylchow.com angefordert werden.)

Jones, A. C. (2019). The role of feedback in therapist training of facilitative interpersonal skills. Dissertation Texas Tech University.

Lambert, M. (2010). „Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome." In Duncan, B. et al. (Hrsg.), The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy (S. 239–266). Washington: American Psychological Association.

Linsenhoff, A. (2012). Therapeutisches Arbeiten mit einem einfachen Feedback-System. Psychotherapie im Dialog, 13, 97–102.

Linsenhoff, A. (2014). Paartherapie aus der Perspektive der 'Feedback-orientierten Psychotherapie'. Psychotherapie im Dialog, 15, 50–53.

Miller, S. D., Hubble, M. & Duncan, B. (2007). Supershrinks: Who are they? What can we learn from them? Psychotherapy Networker, 31 (6), 26–35, 56.

Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. & Seidel, J. (2015). Beyond Measures and Monitoring: Realizing the Potential of Feedback-Informed Treatment. Psychotherapy, 52, 449–457.

Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA clinical practice guideline. Psychotherapy, 56, 391–399.

15 Diese psychotherapeutische Teilkompetenz findet sich auch in der „Taxonomy of Deliberate Practice Activities" *(Chow & Miller, 2015)* bei den „client factors" mit der Aktivitätsfrage: „How do you tap into your client's strengths, abilities and resources?".

16 Hill und Castonguay (2017, S. 332–336) fassen auf Basis einer Synopse dreier Konferenzen zum Thema die entscheidenden Variablen für Therapeuteneffekte zusammen und schlagen detailliert vor, was jeder selbst trainieren kann.

Dipl.-Psych. Arndt Linsenhoff

Korrespondenzadresse:
Praxis Linsenhoff
Hauptstr. 79
69117 Heidelberg
info@praxis-linsenhoff.de

Dipl.-Psych. Arndt Linsenhoff arbeitet seit 2014 als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis. Bis 2018 hat er die pro familia Heidelberg geleitet. Er ist Gründer und Mitveranstalter des Psychotherapie-Forums Heidelberg – ein Veranstaltungsformat, bei dem sich die regionalen Psychotherapeuten verfahrensübergreifend zu Vortrag, Diskussion und geselligem Austausch treffen.

Psychotherapie als Leistung in der Kinder- und Jugendhilfe des SGB VIII

Für eine bedarfsorientierte psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus psychosozial belasteten Lebensverhältnissen

Ronald G. M. Schmidt

Zusammenfassung: Im fachlichen Austausch wird immer wieder beklagt, dass Kinder und Jugendliche aus psychosozial belasteten Verhältnissen, die bekanntermaßen ein hohes Erkrankungsrisiko für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten haben, im klassischen Kassensystem weder angemessen noch ausreichend psychotherapeutisch versorgt werden (z. B. Maur & Lehndorfer im PTJ 4/2017 und Goebel & Maurer-Hein im PTJ 2/2019). Der vorliegende Beitrag leitet anhand einer Fallbeschreibung ab, welche Form der Versorgung für diese Risikoklientel erforderlich ist, und fordert die Versorgungssysteme auf, über ihre psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Tellerränder zu blicken und bedarfsgerechte Hilfen anzubieten. Das sogenannte Berliner Modell für ambulante psychotherapeutische Hilfeleistungen im Rahmen von Hilfe zur Erziehung und Eingliederungshilfe (SGB VIII) wird als mögliche und notwendige Ergänzung zur Versorgung durch Krankenbehandlung und Erziehungsberatung vorgestellt.

Was steht hinter Beschreibungen wie „psychosozial belastete Lebensverhältnisse“ oder „Jugendliche aus sozialen Brennpunkten“?

Kinder aus prekären Lebensverhältnissen, mit Migrationshintergrund, mit psychisch oder körperlich kranken oder suchtbelasteten Eltern bilden eine besondere Risikogruppe, die nur selten eine Versorgung durch die Richtlinien-Psychotherapie erhalten (können) (Maur & Lehndorfer, 2017, S. 349f.). Die für diese Klientel zuständige Jugendhilfe kann meist keine passenden Angebote bereithalten. Ich will dies anhand eines Fallbeispiels näher erläutern.

Fallbeispiel

Eltern kommen wegen einer Therapieaufnahme in die Erstberatung. Ihr zwölfjähriger Sohn hat seit Jahren Verhaltensauffälligkeiten, derer sie nicht Herr werden. Er ist unruhig und impulsiv, hat keine Frustrationstoleranz und akzeptiert weder Regeln noch Respektspersonen. Er vergreift sich im Ton, schreit herum und will immer das letzte Wort haben. Um Recht zu behalten, greift er zu Lügen und wird aggressiv. Danach ist er zerknirscht und entschuldigt sich (manchmal). Die Schule klagt, man könne mit seinen „zwei Gesichtern“ nicht umgehen und er sei selbst schuld an seiner Misere. Die anderen Kinder wollen nichts mehr mit ihm zu tun haben. Er steht kurz vor dem Schulverweis, wenn nicht endlich etwas geschieht.

Die Eltern sind überfordert und genervt. Sie haben ihre eigenen Sorgen. Sie haben sich getrennt, als der Sohn drei Jahre alt war, und leben wieder in neuen Familien; der Junge zumeist bei der Mutter, ihrem Partner und deren gemeinsamer vierjähriger Tochter. Die Familie lebt von Hartz IV. Zum Vater und dessen Familie hat er zwar regelmäßig Kontakt, ist dort aber das „schwarze Schaf“, das nicht so gut funktioniert wie der jüngere Halbbruder, der ein guter Schüler ist. Der Junge selbst wirkt vorgeführt wie ein „begossener Pudel“. Er klagt, dass ihn keiner mag, alle auf ihm rumhacken und ihm immer die Schuld an allem geben. Er äußert, er sei sicher ein schlechter Mensch, sein Leben sei „scheiße“ und er möchte manchmal nicht mehr leben. Eine Psychotherapie hätte ja doch auch keinen Zweck.

Die Rat- und Hilflosigkeit des Jungen und der Eltern sind förmlich greifbar. Ein dringender Hilfe- und Behandlungsbedarf ist offensichtlich. Aber obwohl eine emotionale Störung bzw. Verhaltensstörung beschrieben werden kann, scheinen die Voraussetzungen für eine Psychotherapie gemäß der Psychotherapie-Richtlinie nicht zu passen. Weder der Junge noch die Eltern haben einen eigenen inneren Leidensdruck und sind nicht klar für eine Psychotherapie motiviert. Die Dringlichkeit der Behandlung wird von außen an die Familie herangetragen. Die Verhaltensauffälligkeiten erscheinen weniger „neurotischer Natur“, sondern eher durch eine unzureichende und inadäquate Erziehung und die psychosozialen Belastungen der Familie verursacht zu sein. Es ist zu vermuten, dass ein sehr hoher Stundenumfang an Psychotherapie, Beratung und Kooperation im familiären, sozialen und schulischen Umfeld erforderlich sein wird.

Obwohl sich dieses Beispiel nicht auf reale Personen bezieht, ist es in seiner Brisanz und Komplexität charakteristisch für den überwiegenden Teil der Klientel, wie er in der Praxis der Berliner psychosozialen Beratungsdienste vorgestellt wird. Weit schwieriger stellen sich Konstellationen dar, in denen bereits eine kindeswohlgefährdende Situation eingetreten ist.

Wie sieht der familiäre und soziale Hintergrund aus?

Im vorliegenden Beispiel handelt es sich um getrennt, in neuen Familien lebende Eltern, die sozial durch Arbeitslosigkeit und eingeschränkte Lebensmöglichkeiten belastet sind. Aufgrund der „eigenen Sorgen" haben sie keine Ressourcen, sich auf die Probleme des Jungen einzulassen. Er stammt aus der gescheiterten Ehe und „stört" in beiden neuen Familien. Der Unmut, den der Druck der Schule auf die Eltern auslöst, fällt auf den Jungen zurück. Bisherige Unterstützungen durch das Jugendamt konnten keine Abhilfe schaffen. Die familiären erzieherischen Bedingungen als Grundvoraussetzung für eine gedeihliche Persönlichkeitsentwicklung sind deutlich eingeschränkt und blockieren diese eher. Der Junge droht, aus dem sozial-schulischen Kontext ausgegrenzt zu werden. Immerhin sind die Eltern bereit, neue Hilfen anzunehmen, und werden den Jungen ausreichend motivieren können.

Welche Herangehensweise braucht diese Klientel und welche Anforderungen stellt das an die Psychotherapeuten?

Psychisch auffällige, sozial und emotional hochbelastete Kinder und Jugendliche aus schwierigen Familienmilieus brauchen Unterstützungsmaßnahmen, die Aspekte der psychotherapeutischen Heilbehandlung des SGB V ebenso berücksichtigen wie die der entwicklungs- und erziehungsfördernden Jugendhilfe des SGB VIII. Eine derartige psychotherapeutisch orientierte Betreuung, Beratung und Psychoedukation erfolgt üblicherweise in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen der Öffentlichen und Freien Jugendhilfe. Das familiäre und das soziale Milieu sollen (wieder) befähigt werden, den jungen Menschen verständige und förderliche Bedingungen für ihre Persönlichkeitsentwicklung bereitzustellen. Psychotherapeutische und entwicklungspathologische Kenntnisse sind wichtig, um sowohl die Störungen und Auffälligkeiten in der Beratungsarbeit „übersetzen", als auch ein Verständnis für die Problematik und Lage der Eltern entwickeln zu können (Psychotherapeutenkammer Berlin, 2013, S. 6f.; Goebel & Maurer-Hein, 2019, S. 134).

Grenzen der Erziehungsberatung

Ein Teil dieser Klientel wird durch die Angebote der Erziehungsberatungsstellen gut und ausreichend versorgt werden können. Wenn sich jedoch, wie in unserem Beispiel, die Verhaltens- und Erlebensstörungen längst verselbstständigt oder chronifiziert haben, lassen sie sich nicht mehr über eine „indirekte" Behandlung abbauen, sondern müssen direkt am jungen Menschen psychotherapeutisch bearbeitet werden. In diese Arbeit müssen auch belastende Beziehungskonflikte und Entwicklungsstörungen einbezogen werden, die die soziale und schulische Integration behindern (Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, 2008, S. 4).

Bei der Vielzahl der Anmeldungen in den Erziehungs- und psychosozialen Beratungsstellen ist eine derart intensive, regelmäßige und langfristige Einzeltherapie- und Beratungsarbeit nur in wenigen Fällen möglich und bringt diese Einrichtungen schnell an die Grenzen ihrer Kapazitäten. Hinzu kommt, dass sie in den letzten Jahren zunehmend mit anderen, eher therapiefernen Tätigkeiten betraut wurden und aus demografischen oder Einspargründen personell ausgedünnt wurden (Maur & Lehndorfer, 2017, S. 350).

Psychisch auffällige, hochbelastete Kinder und Jugendliche benötigen Hilfen, die zugleich Aspekte der psychotherapeutischen Heilbehandlung (SGB V) und solche der Jugendhilfe (SGB VIII) umfassen.

Grenzen der Krankenbehandlung

Auch im Rahmen des SGB V findet diese Klientel keine befriedigenden Angebote. In Regionen, in denen Familien unter sogenannten prekären oder sozial belasteten Verhältnissen leben, sind nur wenige Psychotherapeuten[1] niedergelassen, sodass die betroffenen Kinder und Jugendlichen schon deshalb kaum erreichbare Psychotherapieangebote vorfinden. Höhlig hat 2018 in seiner Studie Stadtteile in Dresden und Berlin untersucht, in denen überproportional viele Menschen leben, die SGB-II-Leistungen beziehen, alleinerziehend sind oder einen niedrigen bzw. keinen Bildungsabschluss haben. Ein Fazit: Obwohl die Jugendämter in solchen „sozialen Brennpunkten" mit einer überdurchschnittlichen Zahl an Kindeswohlgefährdungsmeldungen konfrontiert sind, weisen die betreffenden Stadtbezirke demgegenüber nur vergleichsweise wenige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) niedergelassen sind (Höhlig, 2018, S. 69f.).

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.

Viele „klassisch" ausgebildete und entsprechend arbeitende Psychotherapeuten fühlen sich nach eigenen Aussagen in Supervisionen den Anforderungen dieser speziellen Klientel, insbesondere der Arbeit mit wenig motivierten und erziehungseingeschränkten Eltern, nicht gewachsen und nehmen sie gar nicht erst an. Tun sie es dennoch und stellen einen Antrag bei den Krankenkassen, der den hohen Anteil an erforderlicher Erziehungsberatung, pädagogischen Interventionen und Kooperationen im sozialen Umfeld offen beschreibt, wird dieser mit genau jener Begründung abgelehnt. Abgesehen davon, wären die im Kassensystem möglichen Stundenumfänge (insbesondere bei der Verhaltenstherapie) nie und nimmer ausreichend für eine angemessene Betreuung der hochkomplexen Störungsbilder.

Maur und Lehndorfer (2017, S. 346f.) zitieren eine Meta-Analyse von Barkmann und Schulte-Markwort, nach der nur 10 % aller Kinder und Jugendlichen mit einer F-Diagnose eine Psychotherapie über die GKV erhalten, während Prävalenzstudien von einem Versorgungsbedarf von 50 % ausgehen. Für die hier beschriebene Risikogruppe ist die Situation aus den oben genannten Gründen noch desolater.

Weitere Möglichkeiten von Psychotherapie in der Jugendhilfe

Da in den meisten Bundesländern eine psychotherapeutische Behandlung mit „Jugendhilfe-Zielen" außerhalb der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung nicht existiert, wird sich oft mit einer Kombination von Psychotherapie nach SGB V und sozialpädagogischer Familienhilfe/Einzelbetreuung nach SGB VIII beholfen. Leider sprechen dabei die Akteure der verschiedenen Hilfesysteme oft nicht die gleiche „Sprache" und behindern sich wechselseitig in ihrer Arbeit, da das gegenseitige Wissen über die jeweiligen Betreuungsstrukturen und erzieherischen sowie psychologischen Zusammenhänge fehlt und sozialrechtliche Bestimmungen und Grundlagen der Jugendhilfe zumeist nicht bekannt sind.

Ich möchte im Folgenden einen Therapieansatz beschreiben, der in seinen Inhalten und Zielen sowohl Elemente von psychotherapeutischen, pädagogischen und sozialpädagogischen Herangehensweisen integriert als auch die Persönlichkeitsentwicklung und das Kindeswohl im Blick hat. Damit geht er über eine „reine Wiederherstellung" der seelischen Gesundheit im Sinne von Erkennung, Heilung, Linderung bzw. Verhütung von Verschlimmerung hinaus, wie sie in der Psychotherapie-Richtlinie definiert wird.

In der Berliner Auslegungspraxis bezüglich des Kinder- und Jugendhilfe-Gesetzes können Hilfen zur Erziehung ausdrücklich auch psychotherapeutische Leistungen umfassen.

Dieser Therapieansatz ist über die Jugendhilfe des SGB VIII möglich, das ohnehin bei der Betreuung sozial belasteter, erziehungsdefizitärer und entwicklungsbehindernder Familiensysteme Anwendung findet. Die Regelungen des Kinder- und Jugendhilfe-Gesetzes (KJHG) ermöglichen den Einsatz psychotherapeutischer Hilfen, wenn es dort unter anderem heißt, **„Hilfe zur Erziehung"** umfasse **„insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen"** (KJHG, § 27 Abs. 3 SGB VIII).

Während die meisten Bundesländer die in diesem Satz enthaltenen Möglichkeiten nicht oder nur selten nutzen (dazu später Näheres), wurde er in der Berliner Jugendhilfe so ausgelegt, dass zusätzlich zu den Angeboten der Erziehungsberatung unter bestimmten Bedingungen auch Psychotherapie in niedergelassener Praxis als Jugendhilfeleistung gesetzlich möglich wurde. Diese Interpretationsweise wurde durch eine Passage im entsprechenden Berliner Ausführungsgesetz (AG-KJHG) rechtlich abgesichert:

„Therapeutische Leistungen umfassen sowohl psychotherapeutische als auch andere therapeutische Leistungen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden und werden von Personen durchgeführt, die über die erforderliche therapeutische Qualifikation verfügen müssen." (AG-KJHG § 25 Abs. 7)

Zur Indikation psychotherapeutischer Jugendhilfen

Wie für alle Jugendhilfeleistungen wurde von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie auch für die therapeutischen Hilfen eine **Rahmenleistungsbeschreibung** erarbeitet, die Inhalte und Ziele dieser Hilfen, ihre gesetzlichen Grundlagen, die Verfahrensregelungen sowie die Leistungsvoraussetzungen beschreibt (Berliner Rahmenvertrag (BRJV), Anlage D.5, 2018, S. 2–8).

Psychotherapien können als Jugendhilfeleistung eingesetzt werden, wenn ein öffentlicher Fachdienst mit approbiertem Personal (Erziehungsberatung des Jugendamtes, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes oder die Schulpsychologie der Schulverwaltung) vorher den psychotherapeutischen Bedarf festgestellt hat, geklärt hat, ob es um Inhalte und Ziele der Krankenbehandlung oder der Jugendhilfe geht, und dies mit dem Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes kommuniziert hat. Dadurch ist zugleich eine mögliche Nachrangigkeit von SGB-VIII-Leistungen gegenüber solchen nach SGB V geprüft worden. Gemäß der Rahmenleistungsbeschreibung wird zwischen Psychotherapien, Familientherapien und Lerntherapien unterschieden. In diesem Artikel kann

ich mich nur auf die im engeren Sinne psychotherapeutischen Leistungen beziehen. Die beiden übrigen Formen werden nach anderen Kriterien geregelt und sind nicht mit Psychotherapie nach SGB V vergleichbar.

Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung (gemäß § 27 Abs. 3 SGB VIII) …

… ist indiziert, wenn eine seelische Störung vorliegt, die im Rahmen eingeschränkter erzieherischer Verhältnisse entstanden ist, und wenn die Erziehung zum Wohle des jungen Menschen nicht gewährleistet ist. Die aktuellen Ressourcen von Familie und sozialem Bezugssystem sind nicht in der Lage, die erforderlichen Lebens- und Entwicklungsbedingungen für die Herausbildung einer altersentsprechenden, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit bereitzustellen.

Psychotherapie als Eingliederungshilfe (gemäß § 35a SGB VIII) …

… ist indiziert, wenn eine seelische Behinderung eingetreten ist oder einzutreten droht. Aufgrund einer seelischen Erkrankung weicht die seelische Gesundheit von dem für das Alter typischen Zustand ab und ist die Teilhabefähigkeit des jungen Menschen am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt.

Psychotherapie als Hilfe für junge Volljährige (gemäß § 41 SGB VIII) …

… wird möglich für Menschen über 18 Jahre, die von ihrer Entwicklung her noch nicht zu einer altersgemäßen und eigenverantwortlichen Lebensführung in der Lage sind. Sie werden in ihren Hilfeansprüchen Minderjährigen gleichgesetzt.

Die Behandlungsziele und Settings

Psychotherapien im Rahmen der Jugendhilfe dienen der Überwindung spezifischer Schwächen im familiären Erziehungssystem, die zu einer psychischen Störung des jungen Menschen geführt haben und damit dem Kindeswohl und der altersentsprechenden Persönlichkeitsentwicklung entgegenstehen. Sie können ebenso der Beseitigung oder Minderung der Folgen einer psychischen Beeinträchtigung dienen, um die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (wieder) herzustellen oder im Sinne eines Nachteilsausgleichs weitgehend zu ermöglichen.

Bezogen auf das o. g. Fallbeispiel wäre bei der konkreten Planung der Psychotherapie von einem doppelten Fokus auszugehen:

Für den Jungen muss regelmäßig einmal pro Woche eine Therapieeinheit bereitstehen, in schwierigen Phasen evtl. sogar zweimal, in denen an der Minderung seiner emotionalen Konflikte gearbeitet werden kann, um so die Verhaltensstörungen abbauen zu können, die seine familiäre und schulische Integration gefährden.

Für die Eltern sollte ein- bis zweimal im Monat eine Beratungseinheit vereinbart werden, eventuell wäre auch einmal im Monat eine Doppelstunde angebracht. Das müsste sich in der Arbeit erweisen. In einer Kombination aus pädagogischer Beratung, psychotherapeutischen Gesprächen und Psychoedukation sollten die Eltern wieder in die Lage versetzt werden, das familiäre Interaktions- und Beziehungsgefüge positiv zu gestalten und ihrem Kind offen und verständnisvoll begegnen zu können. Dadurch erst können wieder Lebensbedingungen geschaffen werden, in denen sich die Eltern in ihren erzieherischen Kompetenzen wirksam erleben können, um ihrem Sohn aus der Blockierung seiner Persönlichkeitsentwicklung zu helfen und allen Familienmitgliedern neue Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Wegen der beschriebenen Problematik in der Schule sollte zumindest in den ersten Monaten eine enge Kooperation mit den Lehrern garantiert sein, um herauszuarbeiten, wie die Schule die Entwicklung und Reintegration des Jungen unterstützen kann. Dazu können Hospitationen und Konferenzen in der Schule nötig sein.

In der Berliner Praxis der ambulanten Jugendhilfe-Psychotherapien wurden für derartige Settings ausreichende Stundenkontingente erarbeitet, die sich im Hinblick auf das kindliche und jugendliche Entwicklungsgeschehen in der Regel auf einen Zeitraum von zwei Jahren erstrecken, wobei die Hilfeplanung im Jugendamt (§ 36 SGB VIII) nach einem Jahr überprüft, gegebenenfalls verändert und für das zweite Jahr fortgeschrieben wird.

Je nach geplanter Behandlungsfrequenz werden Kontingente von jährlich 80 bis 130 Stunden vereinbart, die je nach fachlicher Erfordernis für die verschiedenen Therapie-, Beratungs- und Kooperationsaktivitäten eingesetzt werden können. Wenn es nachvollziehbar begründet ist, ist eine Verlängerung der Maßnahmen um ein drittes Jahr möglich.

Das Fortbildungscurriculum der Berliner Psychotherapeutenkammer

Die ambulanten psychotherapeutischen Jugendhilfen wurden möglich, weil die für Jugend zuständige Senatsverwaltung sich ihrer Verantwortung für die Versorgung dieser Risikoklientel bewusst war, in Kooperation mit Psychotherapeutenkammer, Ausbildungsinstituten und Fachdiensten ein Leistungsangebot entwickelt und Regelungen für die Durchführung, Finanzierung und Qualitätssicherung festgelegt hat. Methodisch können auch außerhalb sog. Richtlinien-Therapien alle zur Approbation befähigenden Verfahren zum Einsatz kommen. Dabei wird von einem allen Verfahren gemeinsamen Therapieverständnis ausgegangen.

Zur Qualifizierung der Kollegen in der Jugendhilfearbeit und zur verabredeten Qualitätssicherung wurde ein spezielles Fortbildungscurriculum entwickelt, das für den Abschluss eines Trägervertrages zur Durchführung von im Rahmen der Jugendhilfe finanzierten Psychotherapien vorausgesetzt wird (s. Schmidt, 2019, S. 26).

Das Curriculum setzt sich in elf Modulen (ca. 120 FE) mit Erziehung als Rahmenbedingung für eine Entwicklungsförderung ebenso auseinander wie mit der psychotherapeutischen Behebung entwicklungshemmender Situationen und behandelt Themenkomplexe zu den Fragen:

- Wie muss das soziale und schulische Umfeld in die Beratungsarbeit einbezogen werden, um Gemeinschaftsfähigkeit und Ressourcen zu aktivieren?
- Wie kann die Arbeit im Kontext von Kindeswohlgefährdung und Jugendschutz erfolgen?
- Was ist erforderlich für die Arbeit in sozialen und psychiatrischen Krisen, mit psychisch oder suchtbelasteten Familien oder solchen mit Migrationshintergrund?

Das umfangreiche Curriculum war ursprünglich auf die Weiterbildungsbedürfnisse von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) bezogen, die in die Kinder- und Jugendarbeit einsteigen wollten. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) gilt inzwischen, dass sie außer den Pflichtmodulen zur Arbeit im psychosozialen Netz der Jugendhilfe und zum Kinderschutz die übrigen Module äquivalent mit ihrer Ausbildung abdecken können, zumal in Berlin fast alle Ausbildungsinstitute für KJP diese Themen inzwischen in ihre Grundausbildung integriert haben.

Wie ist dieses Leistungsangebot in Berlin entstanden und was steht einer Übertragung auf die anderen Bundesländer im Weg?

Im Gespräch mit Kollegen über die mangelhafte Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus psychosozial belasteten Lebensverhältnissen begegnen einem staunende und fragende Augen, wenn man ihnen das „Berliner Modell" beschreibt. Was sei das denn und weshalb gebe es das nur in Berlin? Andere Kollegen beklagen ihre begrenzten Möglichkeiten im Rahmen der GKV-Behandlung (besonders im VT-Bereich) und hätten gern ebenfalls diese Möglichkeiten. Auch sie verstehen nicht, warum dieses Modell nicht auf die anderen Bundesländer übertragen wird.

Die Berliner Praxis hat eine lange Vorgeschichte, die bis in die 1970er-Jahre zurück reicht. Damals gab es für den Jugendhilfebereich das Jugendwohlfahrts-Gesetz (JWG) und für den Gesundheitsbereich die Reichsversicherungsordnung (RVO). Dazwischen lag das Bundessozialhilfegesetz (BSHG), zuständig für die Versorgung geistig, körperlich und eben auch seelisch „behinderter" Menschen und deren Rehabilitation. Aus mir nicht bekannten Gründen wurde in West-Berlin festgelegt, dass die Zuständigkeit für die Eingliederung und Rehabilitation behinderter junger Menschen beim Jugendamt liegt und nicht wie in den anderen Bundesländern bei den Sozialämtern. Dafür gab es im Berliner Jugendamt die Behindertenfürsorge mit ihren Sozialarbeitern, die fachlich eng mit den medizinischen Beratungsstellen des Gesundheitsamtes auf der Grundlage des BSHG zusammenarbeiteten, für den Bereich der seelisch „Behinderten" war das der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst.

Dieser konnte über die Zuordnung zum § 39 BSHG für „schwierige", psychisch auffällige Kinder, die weder im GKV-System noch in der Erziehungsberatung eine Behandlung fanden, Psychotherapien außerhalb des heilkundlichen Auftrags installieren, die eine ähnliche Zielsetzung hatten, wie die heutigen Jugendhilfe-Therapien. Durch diese langjährige Praxis wurde den Verantwortlichen in der bezirklichen und senatlichen Jugendverwaltung der hilfreiche Einsatz von Psychotherapie in der Jugendhilfe vertraut. Ich vermute in dieser historisch gewachsenen Praxis einen der Hauptgründe dafür, dass diese Möglichkeit in das neue KJHG einfloss und in Berlin weiter umgesetzt wurde, während sie für die Jugendämter in den anderen Bundesländern eine unbekannte Größe blieb. Eine fehlende bzw. nur schwache Lobby für die Belange von Kindern mit psychischer Störung und deren Familien sowie der permanente finanzielle Spardruck haben das Übrige beigetragen.

Zugleich gibt es durchaus Ansätze, diese Möglichkeit auf andere Bundesländer zu übertragen. Beispielsweise können Familien, die während einer laufenden Jugendhilfe-Leistung ins Berliner Umland ziehen, ihre Psychotherapien weiter durchführen – zuerst über eine Anschlussfinanzierung in den ersten Monaten durch den bisherigen Berliner Wohnbezirk, dann durch die weitere Kostenübernahme von Seiten der neuen Kommune. Auch gibt es immer wieder Einzelentscheidungen, durch die Kosten für ambulante psychotherapeutische Hilfen übernommen werden, z. B. bei Teilleistungsstörungen.

Ich selbst wurde auf Veranstaltungen mehrfach von Jugendamtsleitungen angesprochen, die sehr an der Umsetzung einer solchen Regelung interessiert waren und nach Unterstützung suchten. Im Oktober 2019 hat die Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz eine Veranstaltung zum Thema „Jugendhilfe und Psychotherapie" durchgeführt mit Vertretern aus der Psychotherapeutenschaft sowie der Kammer, dem Landesjugendamt und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Parallel dazu lässt die angesprochene Landeskammer durch ihre Kammerjuristen die rechtlichen Möglichkeiten für eine Kostenübernahme von ambulanter Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe aktuell überprüfen.

Zuletzt möchte ich auf eine Initiative hinweisen, die eine Vernetzung von Kollegen im Rahmen der Bundesarbeitsgemein-

schaft der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Jugendhilfe (BAGPJ) anstrebt, die sich für die Sicherung und den Ausbau der institutionellen und ambulant-niedergelassenen Psychotherapie in der Jugendhilfe einsetzt. Zur Zeit sind bereits Repräsentanten aus sieben (!) Bundesländern in besagter BAGPJ vertreten.

Schlussfolgerungen

Jugendliche müssen nicht „krank" sein, um von Psychotherapie zu profitieren

Psychotherapie ist mehr als Kranken- und Heilbehandlung und auch in anderen Versorgungssystemen wie der Jugendhilfe, Jugendförderung, Schule, Erziehungs- und Familienberatung oder Prävention einsetzbar. Um Behandlungsformen außerhalb der Psychotherapie-Richtlinie der GKV abzusichern und sie nicht immer wieder der Gefahr auszusetzen, dass ihre Berechtigung angezweifelt wird, ist eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit durch Fachgremien, Publikationen und Psychotherapeutenkammern erforderlich. Auch auf kommunaler Ebene muss dies immer wieder in den verschiedenen Hilfesystemen vermittelt werden, zumal es aus demografischen Gründen viel Personalwechsel gibt und der Wissenstransfer leider oft sehr dürftig ist.

Psychotherapie ist mehr als Kranken- und Heilbehandlung und auch in anderen Versorgungssystemen wie etwa der Jugendhilfe, Jugendförderung, Schule, Erziehungs- und Familienberatung einsetzbar.

Ebenso wichtig wären eine fortlaufende Datenerhebung und -auswertung für Effektivitätsstudien wie auch statistische Untersuchungen zur Anzahl und regionalen Verortung psychotherapeutischer Praxen der GKV, zur personellen Ausstattung von Beratungs- und Psychotherapiediensten und ihrer Inanspruchnahme sowie zur Anzahl von bewilligten Psychotherapien und erfolglos Suchenden. Wer zu Themen der Versorgung schreibt, bleibt sehr oft auf eigene Eindrücke, Erfahrungen und Mutmaßungen zurückgeworfen und kann diese nicht mit Zahlen belegen.

Zu guter Letzt sollte bei der anstehenden Novellierung des SGB VIII unbedingt auf die weitere Einbeziehung von Psychotherapie in die Kinder- und Jugendhilfe geachtet werden. Wünschenswert wäre bei allen Aktivitäten eine deutliche Unterstützung durch die Bundespsychotherapeutenkammer.

Krankenversorgung

Psychotherapiepraxen und GKV-Zulassungen müssen in allen sozialen Wohnbereichen so verteilt sein, dass sie auch für ärmere Patienten ohne finanzielle Belastungen erreichbar sind. Psychotherapeuten im Kassensystem sollten ausdrücklich dazu ermutigt und dabei unterstützt werden, auch mit Patienten unter therapieerschwerenden familiären und sozialen Lebensbedingungen zu arbeiten. Dazu müssen Kooperations- und Beratungsleistungen ermöglicht und angemessen honoriert werden. Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen kann ohne begleitende pädagogische und sozialpädagogische Interventionen nur schwer gelingen.

Aus- und Weiterbildung

Psychotherapie ist weder auf Psychologie, Sozialpädagogik noch Medizin zu reduzieren. Sie ist ein eigenes anwendungsorientiertes Berufsfeld mit Approbation, das jedoch auf den Lehrinhalten aller drei genannten Disziplinen basiert. Insbesondere Fachkenntnisse in Entwicklungspsychologie, Pädagogik und Klinischer Sozialarbeit, Psychopathologie sowie ein spezifisches Wissen um Einschränkungen und Behinderungen, Erkrankungen, Förder- und Heilmöglichkeiten sind erforderlich. Im Hinblick auf die Umsetzung der Ausbildungsreform, durch die nun fachlich qualifizierende Grundberufe wegfallen, muss darauf geachtet werden, dass diese Inhalte im Studium verankert werden und dieses an allen Hochschulen angeboten werden kann, die diese Fächer vermitteln.

Jugendhilfe

a) Erziehungs- und Familienberatungsstellen müssen personell besser mit approbierten Mitarbeitern ausgestattet werden, damit sie eine niedrigschwellige Betreuung anbieten können, die flexibel auf die wechselnden Bedarfe an Elternberatung sowie an einzelpsychotherapeutischen, gruppentherapeutischen oder familientherapeutischen Interventionen reagieren kann.

b) Psychisch auffällige, sozial und emotional hochgradig belastete junge Menschen brauchen ein besonderes Behandlungskonzept. Jugendhilfe ist hierbei nicht ohne Psychotherapie denkbar. Die Jugendverwaltungen in allen Bundesländern und Kommunen stehen in der Verantwortung, ihre Hilfe- und Leistungsangebote den Bedarfen ihrer ureigenen Klientel anzupassen. Ambulante Psychotherapie muss als Hilfe zur Erziehung (§ 27 Abs. 3 SGB VIII) oder Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII) zusätzlich zur Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII) ermöglicht werden.

2012 wurden in Berlin alle stationären, teilstationären und ambulanten Jugendhilfen, also auch die psychotherapeutischen Hilfen, in der Effektivitätsstudie WIMES des els-Instituts für Qualitätsentwicklung sozialer Dienstleistungen überprüft. Dabei wurden Psychotherapien als Erziehungshilfe oder Einglie-

derungshilfe mit einer Wirksamkeit von 80 % evaluiert, weit vor den üblichen sozialpädagogischen Hilfen, sodass wir es ganz klar mit einer Erfolgsgeschichte zu tun haben (Tornow, 2012, S. 23). Wir sollten unsere Kräfte dafür einsetzen, durch die Sicherung und den Ausbau entsprechender Rahmenbedingungen dafür zu sorgen, dass diese Erfolgsgeschichte fortgeschrieben werden kann.

Literatur

AG-KJHG (2010). Gesetz zur Ausführung des Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz Berlin, 15.12.2010.

Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRJV) (2018) – Anlage D.5, Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII. Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie Berlin.

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (2008). Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungs- und Familienberatung. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20080820_psychotherapeutische_kompetenz_in_der_erziehungs-_und_familienberatung_psychotherapeutische_kompetenz_in_der_erziehungsberatung_st%C3%A4rken.pdf [30.01.2020].

Goebel, J. P. W. & Maurer-Hein, R. (2019). Psychotherapie in der Erziehungsberatung: Ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern. Psychotherapeutenjournal, 18 (2), 128–135.

Höhlig, P. (2018). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten (= Masterarbeit an der Hochschule Mittweida).

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E. & KiGGS Study Group. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, 57 (7), 807–819.

Kinder- und Jugendhilfe-Gesetz (KJHG) (2010). Sozialgesetz Achtes Buch (SGB VIII).

Maur, S. & Lehndorfer, P. (2017). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – (Berufspolitische) Gedanken für eine gute Versorgung. Psychotherapeutenjournal, 16 (4), 346–354.

Psychotherapeutenkammer Berlin (Hrsg.). (2013). Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe – Fortbildungscurriculum Version 18.0. Berlin: Psychotherapeutenkammer Berlin.

Schmidt, R. G. M. (2019). Handbuch der Psychotherapie in der Jugendhilfe (5. Aufl.). Berlin: Psychotherapeutenkammer Berlin.

Tornow, H. (2012). Abschlussbericht 2010/2011. Wirkungsevaluation bei Hilfen zur Erziehung in Berlin (WIMES). Wülfrath: els-Institut für Qualitätsentwicklung sozialer Dienstleistungen.

Wiesner, R. (2005). Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht. Gutachten im Auftrag der Psychotherapeutenkammer Berlin.

Dipl.-Psych. Ronald G. M. Schmidt

Bozener Str. 6
10825 Berlin
ronpraxis@web.de

Dipl.-Psych. Ronald G. M. Schmidt war lange als Psychologischer Psychotherapeut und stellvertretender Leiter in der Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPD) des Gesundheitsamtes Reinickendorf von Berlin tätig. Als „Psychotherapie-Beauftragter" der AG der Berliner KJPD war er seit den 1980er-Jahren an der Gestaltung und Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der Berliner Jugendhilfe beteiligt. Er arbeitet heute als Psychologischer Psychotherapeut (TfP) in eigener Praxis mit Erwachsenen, Jugendlichen und Paaren sowie als Lehrtherapeut, Ausbilder und Supervisor.

Nichtsuizidale Selbstverletzungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter: Aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Psychotherapie

Tina In-Albon, Laura Kraus, Rebecca Brown, Alexandra Edinger, Michael Kaess, Michael Koelch, Julian Koenig, Paul L. Plener, Christian Schmahl und das STAR Konsortium[1]

Zusammenfassung: Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) ist ein verbreitetes Phänomen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, welches häufig mit verschiedenen psychischen Störungen einhergeht. Zur Beschreibung von NSSV können die Facetten Frequenz, Methode, Lokalisation, Verletzungsschwere und Funktion herangezogen werden. Im diagnostischen Prozess sind neben diesen Facetten auch Suizidalität, Impfstatus, Umgebungsfaktoren, Medienanamnese, Analgesie, Komorbidität und Differenzialdiagnostik zu erfassen. Für die Behandlung von NSSV liegen aus den Bereichen der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A) und der Mentalisierungsbasierten Therapie für Adoleszente (MBT-A) Wirksamkeitshinweise für die Reduktion der Symptomatik vor, wobei die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe von Jugendlichen mit NSSV gering ist. Daher sind weitere Behandlungsangebote, wie internetbasierte Hilfen, notwendig.

Mit der Aufnahme der Forschungsdiagnose Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im DSM-5 liegt erstmalig eine einheitliche Definition des Phänomens vor. Dabei wird NSSV als direkte, repetitive, sozial nicht akzeptierte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes ohne suizidale Absicht definiert (American Psychological Association, 2013). Das Verhalten wird dann als repetitiv bezeichnet, wenn die Betroffenen sich innerhalb eines Jahres an fünf oder mehr Tagen absichtlich selbst verletzt haben.

Was zeichnet NSSV aus?

Zur Beschreibung von NSSV können die Facetten Frequenz, Methode, Lokalisation, Verletzungsschwere und Funktion herangezogen werden. Wie in den Forschungskriterien festgehalten, sollte nur repetitives NSSV als pathologisch eingeschätzt werden. Aktuellere Studien zeigen, dass eine höhere Frequenz sogar noch besser zwischen klinischem und subklinischem NSSV differenziert als die Zahl von fünf Tagen im vergangenen Jahr, die derzeit als Kriterium in der NSSV-Forschungsdiagnose aufgeführt sind (Buelens et al., 2020; Muehlenkamp & Brausch, 2016; Muehlenkamp et al., 2017). Die eingesetzten Methoden umfassen ein breites Spektrum, wobei die häufigsten Schneiden, Ritzen und Sich-selbst-Schlagen sind (Lloyd-Richardson et al., 2007). Bezüglich der verwendeten Methode konnten Geschlechtereffekte dahingehend gezeigt werden, dass weibliche Jugendliche häufiger Cutting-Type-Verhalten (Schneiden) und männliche Jugendliche häufiger Hitting-Type-Verhalten (Schlagen) zeigen (Laye-Gindhu & Schonert-Reichls, 2005). Häufig werden mehrere Methoden angewendet (In-Albon et al., 2013). Mit der Lokalisation werden die Körperstellen beschrieben, an denen NSSV ausgeübt wird. Extremitäten (z. B. Arme, Hände, Beine) und der Bauchbereich werden als die am häufigsten betroffenen Körperstellen angegeben (Nixon et al., 2002). Die Verletzungsschwere wird verschiedentlich anhand der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung, der Tiefe und Länge der Wunden und teilweise der Vernarbungen bestimmt. Die Funktionen, welche die Motive für NSSV beschreiben und über die negative und positive Verstärkung wesentlich zur Aufrechterhaltung des Verhaltens beitragen, spielen eine zentrale Rolle. Es können dabei zwei Subkategorien unterschieden werden, die intrapersonellen/selbstregulierenden (z. B. um etwas zu fühlen, auch wenn es Schmerz

Die häufigsten Methoden der Selbstverletzung sind Schneiden, Ritzen und Sich-selbst-Schlagen.

1 STAR Konsortium: Paul L. Plener, Rebecca Brown, Cedric Sachser, Daniela Harsch, Elisa Drews, Patrice van der Venne, Christian Schmahl, Birgit Abler, Andreas Chiocchetti, Inga Niedtfeld, Christine Margarete Freitag, Sarah Kuniss, Vera Münch, Maurizio Sicorello, Tina In-Albon, Romuald Brunner, Laura Kraus, Ulrich Ebner-Priemer, Philip Santangelo, Jörg Fegert, Michael Karenfort, Ulrike Hoffmann, Elisa König, Michael Kölch, Nicole Wiggert, Juliane Rausch.

ist; um schlechte Gefühle zu beenden) und interpersonellen/sozialen Funktionen (z. B. um zu vermeiden, unter Menschen zu sein; damit andere Leute sich anders verhalten oder sich ändern). In einer Metaanalyse von Taylor et al. (2018) zeigte sich, dass die intrapersonelle Funktion mit 66–81 % und dabei insbesondere die Emotionsregulation mit 63–78 % die häufigste Funktion darstellt, vor den interpersonellen Funktionen mit 33–56 %. Häufig hat NSSV mehrere Funktionen gleichzeitig, die gemeinsam zur Aufrechterhaltung von NSSV beitragen und daher gut erfasst werden sollten (siehe In-Albon & Schmid, 2012), da diese auch in der Behandlung spezifisch anzugehen sind. Zusätzlich zu den beiden Subkategorien sind auch die folgenden Funktionen zu erfassen: anti-suizidal, anti-dissoziativ und Selbstbestrafung (Klonsky, 2007), etwa mit der Frage „Verletzt du dich selbst, damit du keinen Suizidversuch machst?" oder „Verletzt du dich selbst, um dich selbst zu bestrafen?". Es ist hingegen ein weit verbreitetes Missverständnis, der Wunsch nach Aufmerksamkeit sei ein oftmaliger Grund für die Selbstverletzungen, denn die meisten Betroffenen verheimlichen NSSV.

Komorbidität

Die häufigsten komorbiden psychischen Störungen sind depressive Störungen, Angststörungen (v. a. soziale Angststörung), posttraumatische Belastungsstörung, externalisierende Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen (In-Albon et al., 2013; Nitkowski & Petermann, 2011). Dabei ist aber zu beachten, dass NSSV ohne die Diagnose einer psychischen Störung einhergehen kann.

Die Prävalenzraten sind bei Angehörigen sexueller Minderheiten, bei Heimkindern oder im stationären Setting deutlich erhöht.

Eine besondere Berücksichtigung erfordert der Zusammenhang von NSSV und Suizidalität. Auch wenn die Definition von NSSV explizit keine suizidale Intention einbezieht, ist eine Assoziation mit Suizidalität sehr häufig. So beschreiben viele Jugendliche mit NSSV auch Suizidgedanken (In-Albon et al., 2013). Wird in Bezug auf selbstverletzendes Verhalten eine suizidale Absicht beschrieben, ist das Verhalten als suizidal einzustufen (siehe AWMF-Leitlinie zur Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, *DGKJP et al., 2016a*)[2]. Zusätzlich zur Assoziation mit Suizidalität stellt NSSV einen beträchtlichen Risikofaktor für Suizidalität dar (siehe *Castellví et al., 2017* für eine Übersichtsarbeit und Metaanalyse). Umgekehrt zeigten Jugendliche, die NSSV beendeten, auch einen deutlichen Rückgang der Suizidalität (Koenig et al., 2017). Die stärksten Prädiktoren für die Entwicklung eines Suizidversuchs bei Betroffenen mit NSSV sind gemäß einer Metaanalyse von Victor und Klonsky (2014) die Frequenz von NSSV, die Anzahl der Methoden sowie ausgeprägte Hoffnungslosigkeit. Moderate Prädiktoren stellten die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Depression sowie Impulsivität und die Methode Schneiden dar.

Epidemiologie und Verlauf

NSSV tritt insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig auf. Zwischen 25 und 35 % der Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung haben sich bereits mindestens einmal selbst verletzt (*Brunner et al., 2014*; Plener et al., 2009), repetitiv verletzen sich circa 4 %, die auch die Forschungsdiagnose NSSV nach DSM-5 erfüllen (Plener et al., 2012; Zetterqvist et al., 2013). Je nach Setting sind die Prävalenzraten deutlich erhöht, etwa bei Angehörigen sexueller Minderheiten mit durchschnittlich 40,5 % (Metaanalyse von Batejan et al., 2015), bei Heimkindern mit circa 18 % für repetitives NSSV (Lüdtke et al., 2017) oder im stationären Setting mit circa 50 % (Kaess et al., 2013). Im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 24 Jahren zeigt sich gemäß der Metaanalyse von Swanell et al. (2014) eine Lebenszeit-Prävalenzrate von 13,4 % und bei Erwachsenen über 25 Jahren von 5,5 %.

NSSV beginnt häufig um das zwölfte Lebensjahr, wobei sich gezeigt hat, dass ein früher Beginn von NSSV einen Risikofaktor für schwerwiegenderes NSSV, suizidales Verhalten (Muehlenkamp et al., 2018) und für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Groschwitz et al., 2015) darstellt. Der Häufigkeitsgipfel liegt um das 15./16. Lebensjahr (*Plener et al., 2015*). Danach nimmt die Häufigkeit von NSSV ab, was jedoch nicht heißt, dass die Betroffenen nicht mehr beeinträchtigt sind. Vielmehr zeigt sich NSSV als Risikofaktor für Suizidalität, für vermehrten Alkohol- und Drogenkonsum – im Sinne einer Symptomverschiebung, für einen fortbestehenden Drang nach NSSV (Kelada et al., 2018) sowie für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Groschwitz et al., 2015; Nakar et al., 2016). Um mehr über Prädiktoren zum Verlauf von NSSV zu erfahren, läuft derzeit das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte multizentrische Projekt STAR (Self-injury: treatment, assessment, recovery).[3] Dabei werden in einem längsschnittlichen Design sowohl psychologische als auch neurobiologische Faktoren (z. B. funktionelle Bildgebung, Genetik, Hormone) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 21 Jahren untersucht. Ein weiteres Projektziel ist die Überprüfung eines Online-Programms, welches – basierend auf einem evaluierten verhaltenstherapeutischen Psychotherapieprogramm – speziell für Jugendliche und jun-

2 Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliografische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.
3 www.star-projekt.de [30.01.2020]

ge Erwachsene mit selbstverletzendem Verhalten entwickelt wurde (siehe Abschnitt Psychotherapie).

Klassifikation

Wie beschrieben wurde NSSV als Forschungsdiagnose im DSM-5 (American Psychological Association, 2013) aufgenommen, um die Forschung mithilfe einer einheitlichen Definition voranzutreiben. Im Rahmen dessen soll überprüft werden, ob NSSV eine eigenständige psychische Störung oder ein transdiagnostisches Phänomen darstellt, welches mit vielen psychischen Störungen einhergehen kann. In der ICD-10 ist das selbstverletzende Verhalten eines der Diagnosekriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typus. Zudem besteht die Möglichkeit, auf der 4. Achse eine „vorsätzliche Selbstschädigung" zu kodieren, jedoch ohne konkrete Definition dieser Gruppe, sodass diese Kategorie im klinischen Alltag meist nicht verwendet wird (Plener et al., 2012). Mit der derzeitigen Veröffentlichung der ICD-11 ist die nichtsuizidale Selbstverletzung (MB23.E) unter den Symptomen oder Merkmalen, welche das Erscheinungsbild oder Verhalten umfassen (MB23), in der Kategorie „Mortality and Morbidity Statistics" aufgeführt.[4] NSSV wird darin definiert als absichtliche Selbstverletzung des Körpers, vorwiegend durch Schneiden, Kratzen, Verbrennen, Beißen oder Schlagen mit der Erwartung, dass diese Verletzung nur zu geringem körperlichen Schaden führt.

Risikofaktoren und Ätiologiemodell

NSSV liegt eine multifaktorielle Genese im Sinne eines biopsychosozialen Modells zugrunde. Als biologische Faktoren haben sich beispielsweise genetisch bedingte Anfälligkeiten, ein geringerer Cortisolspiegel sowie eine reduzierte Schmerzwahrnehmung (Kaess et al., 2012; Koenig et al., 2017; Plener et al., 2012; Schmahl et al., 2004, 2006) gezeigt. Psychologische Faktoren sind eine geringe Stresstoleranz, geringer Selbstwert, schwache Problemlösefertigkeiten und eine ausgeprägte selbstkritische Grundhaltung (Nock, 2010). Bei den sozialen Faktoren sind schwach ausgeprägte Kommunikationsfertigkeiten, fehlende soziale Unterstützung, schwieriges Familienklima, Mobbing, NSSV bei Gleichaltrigen, belastende Kindheitserlebnisse, Zugehörigkeit zu bestimmten Jugendkulturen und Beeinflussbarkeit durch soziale Medien zu nennen (Brown et al., 2017; Whitlock et al., 2008; Young et al., 2014). Zur Erklärung der „Ansteckung" von selbstverletzendem Verhalten kann, unter Berücksichtigung der Prozesse der sozial-kognitiven Lerntheorie nach Bandura (1977), das integrierte theoretische Modell nach Nock (2010) herangezogen werden. Neben distalen Risikofaktoren sowie intra- und interpersonellen Vulnerabilitätsfaktoren werden mögliche NSSV-spezifische Vulnerabilitätsfaktoren wie etwa das soziale Lernen aufgeführt. Laut Nock (2010) wird der Beginn von NSSV stark davon beeinflusst, was Betroffene über Verhaltensbeobachtung gelernt haben. Hierbei können persönliche Kontakte zum Beispiel innerhalb der Peers oder die Medienrezeption einen Einfluss haben. Die Selbstverletzung wird bei einer anderen Person wahrgenommen und als wirksame Bewältigungsstrategie erlebt, etwa zur Reduktion negativer Emotionen. Mehrere Untersuchungen weisen auf soziale Ansteckungsphänomene in Kliniken, Schulen und Jugendverbänden hin (Matthews, 1968; Raine, 1982; Resch, 2017). Heath et al. (2008) berichteten, dass insgesamt 43,6 % der Betroffenen angaben, NSSV durch soziale Ansteckung erlernt zu haben. Des Weiteren gaben in einer Untersuchung im stationären Setting 82,1 % der Jugendlichen an, mindestens einen Freund[5] zu haben, der sich in den vergangenen zwölf Monaten selbst verletzt hat (Nock & Prinstein, 2005). NSSV der Freunde erwies sich zudem als signifikanter Prädiktor von NSSV bei weiblichen Jugendlichen (Prinstein et al., 2010). Des Weiteren zeigten sich erste Hinweise bezüglich einer Übereinstimmung beziehungsweise Ähnlichkeit der angegebenen Funktion und Methoden der Selbstverletzung zwischen Modell und Beobachter (Heath et al., 2008; Heilbron & Prinstein, 2008). In den letzten Jahrzehnten zeichnete sich außerdem eine stetige Zunahme von NSSV-Inhalten im Internet sowie in Filmen, Songs und Printmedien ab (Whitlock et al., 2007, Whitlock et al., 2009). Beispielsweise ergab eine Studie zu Fotos von NSSV-Wunden auf der Social-Media-Plattform Instagram, dass innerhalb von vier Wochen 2.826 Fotos in Verbindung mit deutschsprachigen NSSV-assoziierten Hashtags veröffentlicht wurden (Brown et al., 2017). Die Ergebnisse verweisen auch auf eine mögliche soziale Verstärkung, da eine steigende Anzahl an Kommentaren mit der Schwere der gezeigten Wunden im Zusammenhang stand. Im Vergleich zu persönlichen Kontakten konnte außerdem gezeigt werden, dass im Internet insgesamt schwerwiegendere Selbstverletzungen gezeigt werden (Bell, 2014). Insbesondere der Austausch von Bildern und Texten zu NSSV in sozialen Medien birgt die Gefahr, NSSV zu triggern (Lewis et al., 2012). In bisherigen Untersuchungen wurden neben den negativen Auswirkungen – wie etwa eine normalisierende oder verherrlichende Darstellung sowie die bereits beschriebene Triggerwirkung (Duggan et al., 2011; Lewis et al., 2012; Whitlock et al. 2009) – jedoch auch positive Auswirkungen des Internets berichtet, zum Beispiel in Foren entgegengebrachte Empathie und Unterstützung oder geäußerter Respekt und Verständnis für Betroffene (Bell, 2014; Dyson et al., 2016; Whitlock et al., 2007). In einer qualitativen Befragung zeigte sich, dass manche Betroffene sich durch die gegebene Anonymität motivieren konnten, mit Online-Freunden über NSSV zu sprechen (Berger et al., 2017).

Zum Umgang beziehungsweise zur Prävention der Ansteckungsgefahr sollte die Kommunikation über NSSV innerhalb der Peers reduziert werden, das heißt, es sollte offen ange-

4 https://icd.who.int/browse11/l-m/en /http://id.who.int/icd/entity/1430296724 [30.01.2020]

5 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.

	Einsatzart; erfasste NSSV-Facetten*	Items	Referenz und Verfügbarkeit der deutschen Version
Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)	Screening von NSSV; Frequenz, dichotome Erfassung von medizinischer Behandlung und Methoden; zusätzlich: Beginn, Dauer	22 Items	Dt. Fliege et al., 2006 Verfügbar unter: www.psychometrikon.de [30.01.2020].
Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)	Beschreibung, Verhaltensanalyse, Verlauf; Häufigkeit von Methoden und Funktionen, dichotome Erfassung von medizinischer Behandlung; zusätzlich: Beginn, Gedanken bzgl. NSSV, Schmerz	42 Items	Dt. Plener In: In-Albon et al., 2015
Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ)	Beschreibung; Frequenz, dichotome Erfassung von medizinischer Behandlung: zusätzlich: Suizidgedanken, -drohungen und -versuche	32 Items (davon 6 NSSV-spezifisch)	Dt. Fliege et al., 2006 Verfügbar unter: www.psychometrikon.de [30.01.2020].
Modifiziertes Ottawa Self-Injury Inventory (MOUSI)	Beschreibung, Verhaltensanalyse, individuelle Therapieplanung; Frequenz, Methoden, Lokalisation medizinischer Behandlungen, Funktionen; zusätzlich: Beginn, Dauer, Wirksamkeit NSSV, Blut und Schmerz, dissoziative Symptome; Abhängigkeit von NSSV	36 Items	Dt. Plener, 2010; Verfügbar unter: www.insyncgroup.ca/publications/OSI_Ger.pdf [30.01.2020].

** Auf die folgenden Facetten wird Bezug genommen: Frequenz, Methode, Lokalisation, Verletzungsschwere und Funktion, ggf. werden zusätzliche Bereiche aufgeführt.*

Tabelle: Übersicht spezifischer Selbstbericht-Fragebögen zu NSSV

sprochen werden, dass Mitschüler oder Mitpatienten durch Kommunikation über Selbstverletzungen zu eben jenem Verhalten verleitet werden könnten. Auch sollten Betroffene dazu angehalten werden, akute Wunden möglichst vor ihren Peers zu verbergen.

Der diagnostische Prozess

Für den diagnostischen und psychotherapeutischen Prozess gilt grundsätzlich ein respektvoller, emotional neutraler Umgang mit den Betroffenen (Walsh, 2006). Da viele Jugendliche NSSV über lange Zeit heimlich durchgeführt haben und nun Hilfe in Anspruch nehmen wollen, ist es wichtig, ihre Beweggründe für das Verhalten zu verstehen. Dabei ist zu beachten, dass für die Betroffenen gegenwärtig NSSV oft die einzige Möglichkeit ist, mit ihren als aversiv erlebten Emotionen umzugehen. Es gilt daher auch die Empfehlung, Jugendliche und Bezugspersonen getrennt voneinander nach selbstverletzendem Verhalten zu befragen sowie eine Exploration bezüglich Selbstverletzungen standardmäßig in der klinischen Praxis zu integrieren (Beispiele: „Hast du dich jemals selbst verletzt, ohne dabei Sterben zu wollen?", „Wie hast du dich selbst verletzt?", „Wo hast du dich selbst verletzt?", „Wie häufig verletzt du dich selbst?", „Wobei hilft dir das selbstverletzende Verhalten?", „Verspürst du Schmerzen dabei?", „Beschreibe bitte eine solche Situation, die zum selbstverletzenden Verhalten führt.").

Zu beachten ist zunächst, ob akute Selbstverletzungen vorliegen, die eine medizinische Erstversorgung inklusive der Erfassung des Tetanus-Impfstatus notwendig machen. Ansonsten erfolgt eine fachkundige psychopathologische Befunderhebung unter besonderer Berücksichtigung von Suizidalität, familiären und außerfamiliären Einflussfaktoren, Medienanamnese, Einfluss von Peers, Chronizität, Frequenz und Funktionen von NSSV sowie der Diagnostik psychischer Störungen.

Für die Unterstützung des diagnostischen Prozesses liegen spezifische evaluierte Fragebögen- und Interviewverfahren vor. Als semistrukturiertes Interview zur Erfassung von NSSV und Suizidalität ist die deutsche Übersetzung des „Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interviews" (SITBI-G; Fischer et al., 2014; Nock et al., 2007)[6] geeignet. Für die Erfassung der Forschungsdiagnose NSSV nach DSM-5 bietet das klinisch diagnostische Interview „Kinder-DIPS-OA" (Schneider et al., 2017) ein Zusatzmodul an.[7] Als Screening-Verfahren, welches häufig in der klinischen Praxis eingesetzt wird, ist der „Youth Self-Report 11–18R" (YSR; Döpfner et al., 2014) zu nennen, der mit je einem Item Selbstverletzung bzw. Suizidalität erfasst, wobei das Item zur Selbstverletzung suizidales Verhalten nicht ausschließt. Auch im „Psychopathologischen Befund-System für Kinder und Jugendliche" (CASCAP-D; Döpfner et al., 1999) ist die Differenzierung zwischen NSSV und suizidalem Verhalten nicht eindeutig. Die Tabelle gibt eine Übersicht zu spezifischen Fragebogenverfahren zur Erfassung von NSSV. Die aufgeführten Verfahren werden vorwiegend für das Jugend- und junge Erwachsenenalter eingesetzt.

Für Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von NSSV siehe auch die AWMF Leitlinien (*DGKJP, 2016b*[8]; In-Albon

6 Verfügbar unter: http://nocklab.fas.harvard.edu/tasks [30.01.2020].
7 Verfügbar unter: https://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/dips-interv/kkjp/kinder-dips/download-add.html [30.01.2020].
8 Verfügbar unter: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-029.html [30.01.2020].

et al., 2017) sowie den Leitfaden „Selbstverletzendes Verhalten" *(In-Albon et al., 2015)*. Abschließend lässt sich festhalten, dass die standardmäßige Exploration von NSSV unter Berücksichtigung der verschiedenen NSSV-spezifischen Facetten erfolgen soll, um mögliche Risikofaktoren für Suizidalität und Informationen für die individuelle Psychotherapieplanung zu erheben. Zusätzlich sollten Quantität, Qualität und Art der Internetnutzung – wie Postings, Austausch, Foren und Websites – bezüglich NSSV erfragt werden (Whitlock et al. 2008), um weitere individuelle Prozesse zu erfassen und im psychotherapeutischen Kontext zu berücksichtigen (z. B. Verstärkung/Trigger oder Hilfesuchverhalten).

Behandlung

Die Wahl des Settings der Behandlung ist abhängig vom Schweregrad der Ausprägung von NSSV, komorbiden psychischen Störungen und insbesondere Suizidalität. Eine ambulante Behandlung ist ausreichend, wenn das psychische, soziale und schulische (berufliche) Funktionsniveau ausreichend ist, wenn eine ausreichende Kooperationsfähigkeit besteht und wenn die Kriterien für eine stationäre Behandlung (insbesondere akute Suizidalität) nicht erfüllt sind.

Die Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist bei den Betroffenen vor dem Hintergrund, dass NSSV eine kurzfristige, aber sehr potente Möglichkeit zur Emotionsregulation darstellt, meistens gering ausgeprägt (Pumpa & Martin, 2015). Zudem haben viele Betroffene negative Reaktionen von ihrem Umfeld erfahren (Hasking et al., 2015). Es ist daher nicht verwunderlich, dass sich viele Jugendliche im Internet bei Peers Unterstützung holen (Harris & Roberts, 2013) und eine Online-Therapie präferieren (Ranney et al., 2013).

Daher ist ein erster wichtiger Schritt vor Behandlungsbeginn die Arbeit an der Behandlungsmotivation. *Ougrin et al. (2011)* haben dafür ein „Therapeutic Assessment" für den Erstkontakt zur Steigerung der Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung und Compliance entwickelt und dessen Wirksamkeit in einer randomisierten kontrollierten Studie gezeigt. Ziele des „Therapeutic Assessment" sind es, Verständnis für die Schwierigkeiten des Jugendlichen zu entwickeln, die Motivation für Veränderung zu steigern, Hoffnung zu vermitteln und alternative Möglichkeiten zum NSSV aufzuzeigen. Dafür wird mit dem Jugendlichen herausgearbeitet, in welchem Teufelskreis er sich befindet, um dann zunächst auf das (aus Sicht des Jugendlichen) bestehende Hauptproblem einzugehen – das kann, muss aber nicht primär selbstverletzendes Verhalten an sich sein. Für dieses Verhalten sollen alternative Handlungsstrategien erarbeitet werden.

Seit der Veröffentlichung der Leitlinien sind weitere Therapiestudien erschienen, die die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren zur Reduktion von NSSV zeigen. Manualisierte Behandlungsverfahren mit Hinweisen zur Wirksamkeit liegen vor für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; Fischer et al., 2013; *Kaess et al., in press*; Taylor et al., 2011), die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A; *Bürger et al., 2019*; Fleischhaker et al., 2006; Fleischhaker et al., 2011; McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014, 2016; Miller et al., 1997), die Kognitiv-Analytische Therapie (CAT; Chanen et al., 2008), die Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente (MBT-A; Rossouw & Fonagy, 2012; *Griffiths et al., 2019*) und die Emotionsregulations-Therapie für Jugendliche (ERITA; Bjureberg et al., 2018). Für die DBT-A liegen zwei große randomisierte kontrollierte Studien (Mehlum et al., 2014, 2016; McCauley et al., 2018) wie auch nicht kontrollierte Studien (*Bürger et al., 2019*; Fleischhaker et al., 2011) vor, die darauf hinweisen, dass die DBT-A nachhaltig wirksam ist hinsichtlich einer signifikanten Reduktion des selbstschädigenden Verhaltens sowie einer Reduktion von Suizidgedanken, depressiven Symptomen und Borderline-Symptomen. Die DBT-A beinhaltet ein zusätzliches Modul „Walking the middle path", in dem zentrale Konfliktfelder im familiären Kontext bearbeitet werden. Die Jugendlichen und Eltern lernen, die Balance zwischen der notwendigen Veränderung und der Akzeptanz von dysfunktionalen Verhaltensweisen zu finden und zu erhalten. Diese schwierige und sensible Balance wird als dialektische Strategie beschrieben. Ein Dilemma ist z. B. Autonomieentwicklung versus Abhängigkeit. Dabei ist das Ziel, ein validierendes Umfeld für den Jugendlichen zu schaffen, und er soll auch lernen, sich selbst zu validieren. Eine weitere Komponente des Moduls beinhaltet die Vermittlung von Methoden zum Verhaltensabbau bzw. Verhaltensaufbau, wie etwa Verstärkung, Löschung, Bestrafung und Shaping. Darüber hinaus wird die Familie durch Teilnahme an einem Fertigkeitentraining sowie durch regelmäßige Familiengespräche einbezogen. Die Dauer der DBT-A beträgt 16 Behandlungswochen.

NSSV ist für Betroffene eine kurzfristige, aber sehr potente Möglichkeit zur Emotionsregulation – meistens ist daher die Motivation zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe gering ausgeprägt.

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm „Cutting-Down" (Taylor et al., 2011) wurde von der Heidelberger Arbeitsgruppe übersetzt (Fischer et al., 2013) und in einer randomisierten kontrollierten Therapiestudie im Vergleich zu einer „treatment as usual"-Bedingung untersucht. Die Kurzzeittherapie mit acht bis zwölf Sitzungen zeigte eine gute und anhaltende Wirksamkeit *(Kaess et al., in press)*. Inhaltlich geht es hier zunächst darum, ein Verständnis für die Probleme, Stärken und Ziele des Jugendlichen zu bekommen. Zudem geht es um die Frage nach der Änderungsbereitschaft und

dem Zusammenspiel von Gefühlen, Gedanken und Verhalten. In der Folge geht es um das Entdecken von nicht hilfreichen Gedanken sowie das Erarbeiten von weiteren Bewältigungsstrategien (zum Beispiel Aufmerksamkeitsübungen, Alternativen zum selbstverletzenden Verhalten).

Die kognitiv-analytische Therapie setzt im Wesentlichen an den Interaktionsmustern und Selbststeuerungsmechanismen an, die insbesondere durch die frühe, aber auch die darauf aufbauende Entwicklung erworben wurden. Des Weiteren wird auf die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen fokussiert, die aus diesen Mustern resultieren.

Die MBT-A basiert auf der psychodynamischen Psychotherapie und der Bindungstheorie. Die Mentalisierung bezieht sich auf die Fähigkeit, subjektive Zustände und mentale Prozesse wie Gedanken und Gefühle bei sich selbst und anderen zu verstehen und vorherzusagen. Die Verbesserung der Mentalisierung soll zu einer Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen führen, indem Patienten geholfen wird, ihre Gedanken und Gefühle zu regulieren und ihre Beziehungsfähigkeit und Selbstregulation zu unterstützen. Zur Grundstruktur gehören wöchentliche Einzeltherapiesitzungen über zwölf Monate und monatliche Familientherapiesitzungen.

Die Emotionsregulations-Therapie für Jugendliche fokussiert auf Schwierigkeiten der Emotionsregulation und nutzt zusätzlich zum DBT-Skillstraining und dem kognitiven Verhaltenstraining das Systematische Training für emotionale Stabilität und Problemlösen (STEPPS; Bartels et al., 1997). Dieses ergänzende Gruppentraining versteht sich als Bindeglied zwischen Bewältigungsmöglichkeiten, Selbsthilfe und Koordination der Hilfeangebote.

Neben diesen Formen der „klassischen" Psychotherapie konnten in randomisierten kontrollierten Studien auch kurzzeitige Effekte einer App gezeigt werden, die auf einem Konditionierungsprinzip beruht und das Ziel hat, die Aversion gegenüber selbstverletzendem Verhalten zu steigern sowie die Aversion gegen sich selbst zu reduzieren (Franklin et al., 2016). Ebenso zeigten sich Effekte von Online-Schreibaufgaben, etwa das Führen eines Tagebuchs oder expressives Schreiben (Hooley et al., 2018). Die Schreibaufgaben fokussierten auf eine Reduktion von Selbstkritik und Verbesserung des Selbstwerts. Eine spezifische psychopharmakologische Behandlung von NSSV wird derzeit nicht empfohlen (DGKJP, 2016b).

Neben der „klassischen" Psychotherapie konnten in randomisierten kontrollierten Studien auch kurzzeitige Effekte einer App gezeigt werden, die auf einem Konditionierungsprinzip beruht.

In den AWMF-Leitlinien wurden keine Verfahren, sondern Kernelemente der Psychotherapie für die Behandlung von NSSV empfohlen:

- klare Absprachen zum Vorgehen bei Suizidalität und NSSV,
- Aufbau einer Behandlungsmotivation,
- Psychoedukation,
- Identifikation von Faktoren, die NSSV auslösen oder aufrechterhalten,
- Vermitteln von alternativen Handlungs- oder Konfliktlösestrategien zu NSSV sowie
- Beachtung und leitliniengerechte Mitbehandlung psychischer Störungen.

Im Rahmen des bereits erwähnten STAR-Projekts wird für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten zwischen 15 und 21 Jahren eine kostenlose Online-Hilfe angeboten und evaluiert (*Kaess et al., 2019*). Dabei werden die Teilnehmenden zufällig zwei Gruppen zugeteilt. Eine Gruppe erhält online Zugriff auf seriöse und umfassende Informationsmaterialien zu selbstverletzendem Verhalten. Die andere Gruppe nimmt zusätzlich an einem Online-Programm teil, das auf der evaluierten Kurzzeittherapie *(Kaess et al., in press)* basiert – mit Informations- und Übungsmaterialien, Beratung per Telefon oder Chat, Austausch mit anderen Betroffenen etc. Des Weiteren gibt es im Rahmen des STAR-Projektes ebenfalls ein professionell aufbereitetes Fortbildungsangebot für Psychotherapeuten und Ärzte, um Kompetenzen im Umgang mit NSSV zu vermitteln.

Zusammenfassung und Fazit

Nichtsuizidale Selbstverletzungen sind aufgrund ihrer Prävalenzraten, des einhergehenden physischen Schadens, der Assoziation mit verschiedenen psychischen Störungen und des Zusammenhangs mit suizidalem Verhalten ein gesundheitlich sehr relevantes Thema. Für die wirksame Behandlung liegen bereits vielversprechende Methoden vor, jedoch können diese erst eingesetzt werden, wenn die Jugendlichen professionelle Hilfe auch tatsächlich in Anspruch nehmen. Dabei könnten die Möglichkeiten einer kurzen Online-Hilfe einen nächsten Schritt darstellen, wie es in der aktuell laufenden STAR-Studie der Fall ist. In diesem Zusammenhang ist es auch essentiell, Faktoren und deren Interaktionen dahingehend zu identifizieren, welche Personen gefährdet sind, mit NSSV zu beginnen, und welche psychologischen und biologischen Faktoren dazu führen, mit NSSV aufzuhören oder weiterzumachen beziehungsweise andere Störungsbilder zu entwickeln.

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.

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W. et al. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55 (4), 337–348.

Bürger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Hammerle, F., von Auer, K., Parzer, P & Kaess, M. (2019). Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents. Journal of Personality Disorders, 32, 1–16.

Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I. et al. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 215, 37–48.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al. (2016a). Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, 4. überarb. Version, 31.05.2016. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-031.html [30.01.2020].

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al. (2016b). Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_ szleitlinien/028-029l_S2k_Nicht-suizidales-selbstverletzen- des_Verhalten_NSSV_2016-04.pdf [30.01.2020].

Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E. et al. (2019). Efficacy of mentalization-based group therapy for adolescents: The results of a pilot randomised controlled trial. BMC Psychiatry, 19 (1), 167.

In-Albon, T., Plener, P., Brunner, R. & Kaess, M. (2015). Selbstverletzendes Verhalten. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Kaess, M., Koenig, J., Bauer, S., Moessner, M., Fischer-Waldschmidt, G., Mattern, M. et al. (2019). Self-injury: Treatment, Assessment, Recovery (STAR): online intervention for adolescent non-suicidal self-injury – study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 20 (1), 425.

Kaess, M., Edinger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Brunner, R., & Resch, F. (in press). Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: a single-center, randomised controlled trial. European Child and Adolescent Psychiatry.

Ougrin, D., Zundel, T., Ng, A., Banarsee, R., Bottle, A. & Taylor, E. (2011). Trial of Therapeutic Assessment in London: Randomised controlled trial of Therapeutic Assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm. Archives of Disease in Childhood, 96, 148–153.

Plener, P.L., Schumacher, T.S., Munz, L.M. & Groschwitz, R.C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 2, 1–11.

Prof. Dr. Tina In-Albon

Korrespondenzadresse:
Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters,
Universität Koblenz-Landau
Ostbahnstr. 12
76829 Landau
in-albon@uni-landau.de

Prof. Dr. Tina In-Albon forscht an der Universität Koblenz-Landau zum Thema Nichtsuizidale Selbstverletzungen. Das STAR Konsortium arbeitet im Rahmen eines multizentrischen Forschungsprojektes zum selbstverletzenden Verhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Psychische Folgen und psychotherapeutische Unterstützung nach dem Suizid eines Angehörigen

Birgit Wagner & Laura Hofmann

Zusammenfassung: Jeder Suizid hinterlässt in der Regel sechs bis zehn nahestehende Angehörige, welche durch die Folgen des Suizids direkt betroffen sind. Trauer nach einem Suizid gleicht in einigen Aspekten der Trauer nach anderen Todesumständen, jedoch gibt es Trauerreaktionen, welche sehr spezifisch nach dem Suizid einer nahestehenden Person auftreten können. Häufig erleben Suizidhinterbliebene Stigmatisierung und Schuldzuweisungen aus dem Umfeld, Schamgefühle aufgrund des Suizids sowie weitreichende psychosoziale Beeinträchtigungen. Suizidtrauernde weisen zudem selbst ein erhöhtes Suizidrisiko auf und gelten als Hochrisikogruppe für psychische Erkrankungen. Der Artikel beschäftigt sich mit den psychischen und psychosozialen Folgen eines Suizids für die Hinterbliebenen unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands und stellt psychotherapeutische Implikationen für die Arbeit mit Suizidtrauernden vor.

Im Jahr 2017 starben in Deutschland 9.241 Menschen durch einen Suizid (Statista, 2019). Obwohl die Suizidrate in den letzten 30 Jahren durch verbesserte Versorgungsangebote deutlich reduziert werden konnte (zum Vergleich: im Jahre 1987 starben 16.625 durch einen Suizid), war die Suizidrate in Deutschland im Jahre 2017 im Vergleich zu den Todesfällen durch Verkehrsunfälle immer noch um ein Dreifaches erhöht. Hervorstehend sind nach wie vor die Geschlechter- und Altersspezifika der Suizidstatistiken. So weisen beispielsweise Männer im Vergleich zu Frauen ein fast dreifach erhöhtes Suizidrisiko auf, und Menschen über 70 Jahre zeigen kontinuierlich mit dem Alter ansteigende Suizidprävalenzen. Der Suizid eines Menschen ist ein komplexes Phänomen und Ansätze, welche einen Suizid verhindern könnten, stellen nach wie vor eine Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Als wirksame Ansätze in der Suizidprävention gelten vor allem die Zugangsbeschränkung zu tödlichen Mitteln (z. B. Kontrolle von Analgetika und sog. Hotspots), Schulprogramme, verantwortungsvolle Medienberichterstattung über Suizide und psychologische und pharmakologische Interventionen für die Depression *(Zalsman et al., 2016).*[1] Trotz vorhandener Versorgungsangebote zeigten Levy et al. (2019), wie schwierig es ist, suizidalen Menschen entsprechende Hilfsangebote tatsächlich zukommen zu lassen. So gaben in ihrer Studie nur ungefähr die Hälfte der befragten Teilnehmer[2] an, dass sie unmittelbar bevorstehende Gefahren, wie beispielsweise Suizidalität oder sexuellen Missbrauch, ihren klinischen Behandlern mitteilen würden. Als Gründe für die Geheimhaltung wurde angegeben, dass die Befragten sich schämten, darüber zu sprechen, oder den Wunsch hatten, von ihren Behandlern nicht beurteilt oder belehrt zu werden. Suizidraten können darüber hinaus auch langfristig durch die Art und Weise der Berichterstattung über Suizide in den Medien negativ beeinflusst werden. Obwohl es inzwischen journalistische Richtlinien für die Berichterstattung über Suizide gibt (siehe Nationales Suizidpräventionsprogramm[3]), werden nach wie vor die vorgegebenen Empfehlungen von den Printmedien insbesondere bei Suiziden von Prominenten nicht eingehalten (Schäfer & Quiring, 2013). Eine Folge der Berichterstattungen ist eine massive Zunahme von Suiziden. So konnte beispielsweise nach dem Tod von Robert Enke im Jahr 2009 über einen Zeitraum von zwei Jahren nach seinem Suizid eine ca. 19-prozentige Zunahme von Schienensuiziden verzeichnet werden (Hegerl et al., 2013).

In den letzten Jahrzehnten nahm die aktive Umsetzung von Suizidprävention in Form von konkreten Maßnahmen und Empfehlungen zu und auch in der Forschung findet das Thema zunehmend Berücksichtigung. Im Gegensatz dazu fand die Gruppe der Angehörigen nach einem Suizid bisher nur wenig Beachtung im Hinblick auf Versorgung, obwohl diese Gruppe insgesamt gesehen relativ groß ist. Studien zeigten auf, dass ein Suizid im Durchschnitt ca. sechs bis zehn Angehörige und nahestehende Personen, welche unmittelbar durch den Suizid betroffen sind, hinterlässt (Andriessen & Krysinska, 2012). Der Überblicksartikel fokussiert sich auf die psychosozialen

1 Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliografische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.
2 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.
3 https://www.suizidpraevention-deutschland.de [30.01.2020]

Folgen für Suizidhinterbliebene und beschreibt spezifische Aspekte der Trauerverarbeitung nach einem Suizid sowie Interventionsangebote für diese Betroffenengruppe.

Psychische Folgen nach dem Suizid einer nahestehenden Person

Der Suizid beendet das Leiden derjenigen, die sich entschieden haben, sich das Leben zu nehmen, und bringt Schmerz und Verzweiflung in das Leben derer, die zurückbleiben. Die Wahrscheinlichkeit im Leben mit einem Suizid in seiner sozialen Umwelt konfrontiert zu werden, ist mit 22 % gemäß einer Meta-Analyse von *Andriessen et al. (2017)* relativ hoch. Allerdings, wenn das Vorkommen eines Suizides nur innerhalb der Familie geschätzt wurde, lag die Lebenszeitprävalenz mit 4 % deutlich niedriger. Bisherige Studien konnten belegen, dass der Suizid einer nahestehenden Person bei den Angehörigen oft tiefe Spuren mit psychischen und sozialen Langzeitfolgen hinterlässt. Gleichzeitig wurde in den vergangenen Jahren der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Trauer nach einem Suizid von der Trauer durch andere gewaltsame Todesfälle (z. B. Tötungsdelikte, Unfälle) oder natürliche Todesumstände unterscheidet. Es zeigte sich, dass es zahlreiche Gemeinsamkeiten in den Trauerverläufen gibt und diese Reaktionen unabhängig von der Art des Versterbens auftreten (Kolves et al., 2018). Diese allgemeinen Trauerreaktionen sind beispielsweise eine Sehnsucht nach der verstorbenen Person, Traurigkeit, Schwierigkeit, den Tod zu akzeptieren, oder der Trennungsschmerz. Allerdings gibt es neben diesen allgemeinen Trauerreaktionen auch spezifische Reaktionen nach einem Suizid *(Wagner, 2019)*. Spezifische Reaktionen nach einem Suizid sind beispielsweise das Gefühl von Schuld und Mitverantwortung am Suizid, die Sinn- und Warum-Frage, ein starkes Verlassenheitsgefühl und Zurückweisungserleben, Gefühle der Wut, eine erhöhte eigene Suizidalität und Stigmatisierungserleben (Jordan & McIntosh, 2011). Diese charakteristischen Belastungen können den Trauerprozess für die Angehörigen nach einem Suizid verlängern bzw. intensivieren. Diese Aspekte der Trauer nach einem Suizid stellen für die therapeutische Arbeit zentrale Themenbereiche dar, welche in einer Anamnese mit Trauernden miterfasst werden sollten.

Schuldgefühle und Verantwortungszuschreibung in Bezug auf den Suizid

Der Suizid einer nahestehenden Person steht bei den Hinterbliebenen häufig in Zusammenhang mit ausgeprägten Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen. Nicht selten geben sich Angehörige eine Mitschuld am Suizid oder sehen diesen als persönliches Versagen. Angehörige werfen sich beispielsweise vor, die Ernsthaftigkeit der Situation des Suizidenten nicht richtig eingeschätzt zu haben oder vielleicht selbst Anlass für die suizidale Handlung gewesen zu sein, wie beispielsweise durch eine Trennung oder vorangegangene Konflikte mit der verstorbenen Person. Insbesondere Eltern, deren Kind Suizid beging, berichten dahingehend von ausgeprägten Schuldgefühlen, dass der Suizid vermeidbar gewesen wäre, wenn sie eventuelle Warnsignale wahrgenommen hätten (Foggin et al., 2016). Obwohl Schuldgefühle sehr häufig von Trauernden und insbesondere von Suizidhinterbliebenen erlebt werden, gibt es bisher noch keine einheitliche Begriffsdefinition, in welcher Form die Zuschreibung einer eigenen Schuld als psychologisches Konzept bei der Trauer zu verstehen ist. Li et al. (2014) beschreiben Schuld im Kontext der Trauer folgendermaßen: „Schuld ist eine emotionale Trauerreaktion, welche mit Selbstvorwürfen einhergeht, den eigenen inneren Standards und Erwartungen gegenüber der verstorbenen Person und/oder dessen Tod nicht entsprochen zu haben." (S. 166) Das Schulderleben kann zu einer moralischen Abwertung des eigenen Selbst führen und stellt deswegen einen wichtigen Aspekt in der psychotherapeutischen Arbeit mit Suizidangehörigen dar. Annahmen wie beispielsweise „Ich bin nichts wert, sonst hätte sich meine Mutter nicht das Leben genommen." oder „Wenn ich meinem Mann am Morgen besser zugehört hatte, hätte ich seinen Suizid verhindern können." sind Beispiele für übertriebene Verallgemeinerungen oder eine falsche Verantwortungsübernahme für den Suizid. Angehörige befinden sich häufig in einer Grübelschleife, in der sie immer wieder die letzten Jahre, die letzten Monate, Tage und Stunden durchgehen und sich fragen, an welchem Punkt sie Veränderungen des Verstorbenen nicht wahrgenommen oder übersehen haben. Durch das eigene Versagensgefühl fürchten sich die Angehörigen vor der Abwertung durch ihre Mitmenschen oder haben das Gefühl, sie würden die Unterstützung durch andere nicht verdienen. Die Sorge, dass das eigene Versagen auch von der sozialen Umwelt so beurteilt werden könnte, kann ein Scham- und Stigmatisierungserleben verstärken (z. B. „Wer will mit so einem Menschen noch etwas zu tun haben, dessen Kind sich auf so furchtbare Art und Weise das Leben genommen hat?"). Darüber hinaus entstehen Schuldgefühle auch durch die übersteigerte Selbsteinschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten zum damaligen Zeitpunkt und sind gleichzeitig auch immer sekundäre Bewertungen, die im Nachhinein über ein vergan-

Typische Schuldkognitionen nach einem Suizid

- Das eigene Verhalten wird abwertend als unmoralisch interpretiert.
- Es findet eine übertriebene Verallgemeinerung statt, indem sich der gesamte Mensch durch einzelne Aspekte des Suizides oder Beziehungsaspekte infrage stellt.
- Es wird die Verantwortung für den Suizid übernommen, für den die trauernde Person nicht verantwortlich ist.
- Man stempelt sich selbst als „schlechten Menschen" ab.
- Es treiben einen übertriebene „Hätte"- und „Wenn"-Gedanken und -Aussagen um, die zu starken Schuldgefühlen führen.

Kasten 1: Typische Schuldkognitionen nach einem Suizid

genes Ereignis abgegeben werden (Boos, 2005). Das heißt, die Schuldgefühle generieren sich aus einer aktuellen Logik über die die damaligen Geschehnisse hinaus (für eine Übersicht zu typischen Schuldkognitionen siehe Kasten 1).

Stigmatisierung und soziale Unterstützung

Sowohl Suizide als auch die trauernden Angehörigen werden auch heute noch in der Gesellschaft stigmatisiert (Ryan et al., 2013). Die betroffenen Angehörigen berichten regelmäßig davon, dass sie in sozialen Situationen gemieden werden (dass z. B. die Straßenseite gewechselt wird) oder Familienmitglieder nicht an der Beerdigung teilnehmen, da der Suizid nach wie vor mit großem Schamerleben einhergeht. Immer wieder werden die Angehörigen auch direkt damit konfrontiert, dass ihnen von außen eine Mitverantwortung am Suizid zugewiesen wird. Die Stigmatisierung findet sowohl durch Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen oder Nachbarn statt. *Hanschmidt et al. (2016)* berichteten in ihrem systematischen Review, dass 31–87 % der Suizidhinterbliebenen Stigmatisierung in ihrem sozialen Umfeld erfahren hatten. Die Betroffenen fühlten sich in sozialen Situationen deswegen oft „gezeichnet" und berichten von unbeholfenen Situationen, welche sie als unangenehm erlebt hätten. Die betroffenen Angehörigen müssen also nicht nur mit den spezifischen Todesumständen des Suizides zurechtkommen, sondern sich zusätzlich mit dem Stigma des Suizides auseinandersetzen *(Cvinar, 2005)*. Durch diese Erfahrungen sind die Angehörigen oft verunsichert, wie offen sie mit dem Tod durch Suizid in ihrem sozialen Umfeld tatsächlich umgehen sollen. Um schwierige Gesprächssituationen oder Stigmatisierungserfahrungen zu vermeiden, versuchen die Hinterbliebenen oft, sich durch Geheimhaltung der Todesumstände oder sozialen Rückzug zu schützen *(Hanschmidt et al., 2016)*. Pitman et al. (2017) zeigten in ihrer Querschnittsstudie (N = 3.432), dass 44 % aller Suizidhinterbliebenen nur eine als unzureichend wahrgenommene soziale Unterstützung erhielten. In einer Studie von Range und Calhoun (1990) gaben 76 % der Trauernden nach einem Unfalltod an, dass sie die sozialen Kontakte mit ihrer Umwelt als positiv erleben, wohingegen nur 27 % der Suizidangehörigen von positiven Kontakten berichten. In dieser Studie verheimlichten 44 % der Suizidangehörigen den Tod durch Suizid und gaben andere Todesursachen an. Die wahrgenommene Stigmatisierung steht ebenso eng in Zusammenhang mit einem anhaltenden Trauerprozess und einem erhöhten Suizidrisiko *(Jordan, 2001*; *Pitman et al., 2014)*.

Abschiedsbriefe werden relativ selten von den verstorbenen Suizidenten hinterlassen und sagen nur wenig über die Gründe des Suizids oder die Beziehung zur verstorbenen Person aus.

Die Sinn- und Warum-Frage nach einem Suizid

In den ersten Wochen und Monaten nach einem Suizid erleben sich die Hinterbliebenen häufig in einem Schockzustand und fragen sich, warum der Mensch, dem sie nahe waren, sich für diesen Weg entschieden hat, und welche eigene Verantwortung sie eventuell am Suizid getragen haben könnten. Der Tod durch einen Suizid stellt häufig die bisherige Beziehung zur verstorbenen Person völlig infrage. Die Angehörigen hinterfragen, welchen Anteil sie daran hatten, dass der Verstorbene die gemeinsame Beziehung auf diese Art und Weise beendete, und weshalb sie nicht mit in die Entscheidung, sich das Leben nehmen zu wollen, miteinbezogen wurden. Obwohl einem Suizid oft viele Jahre mit einer psychischen Erkrankung vorausgingen, berichten die Angehörigen dennoch häufig, dass sie nicht mit einem Suizid gerechnet hätten.

Aufgrund der Unfassbarkeit eines Suizides stellen sich viele Angehörige die Sinn- und Warum-Frage. Insbesondere dann, wenn die suizidale Handlung durch eine starke Gewalteinwirkung ausgeführt wurde (z. B. Schienensuizid, Sprung in die Tiefe). Die selbstdestruktive Gewalt, die der Verstorbene gegen sich aufgewendet hat, ist für die Angehörigen mitunter nur sehr schwer auszuhalten und nachzuvollziehen. Die Angehörigen suchen deswegen nach einer Erklärung für die Motivation des Suizidenten. Sie berichten beispielsweise, dass sie nach dem Suizid die Unterlagen, Bücher und Computer der Verstorbenen nach einem Abschiedsbrief oder Informationen durchsuchen, um eine Antwort auf die Frage zu erhalten, warum sich der Mensch suizidiert hat und welche Gedankenprozesse dem Suizid vorausgingen. Allerdings hinterlässt nur eine Minderheit derjenigen, die durch einen Suizid versterben, tatsächlich einen Abschiedsbrief, welcher eventuell eine Erklärung für den Suizid hätte geben können. Cerel et al. (2015) untersuchten in einer bevölkerungsbasierten Studie insgesamt 2.936 Suizide, um die Frage zu klären, ob es bestimmte demografische Eigenschaften, Todesumstände oder sonstige Zusammenhänge im Hinblick auf das Verfassen von Abschiedsbriefen gibt. Insgesamt wurde nur in ca. 18 % der Fälle tatsächlich ein Abschiedsbrief hinterlassen, und es konnten keine Zusammenhänge in Bezug auf Demografie oder Suizidart gefunden werden. Ähnliche Ergebnisse konnten in einer weiteren Studie bestätigt werden (Eisenwort et al., 2007). Auch hier zeigte sich, dass sich diejenigen, welche einen Abschiedsbrief hinterließen, bezüglich ihres Suizidmotives nicht von denjenigen, die keinen Brief hinterließen, unterschieden. Eisenwort et al. (2007) kamen zu dem Schluss, dass sich die beiden Gruppen unter Umständen nur dadurch unterschieden, dass die eine Gruppe gerne Briefe schreibt und die andere nicht. Dennoch kann das Vorhandensein oder Fehlen eines Abschiedsbriefes eine wichtige Rolle für die Angehörigen in ihrer Trauerverarbeitung spielen. Abschiedsbriefe können für die Angehörigen

insbesondere dann eine Hilfe sein, wenn dieser ihnen die Verantwortlichkeit für den Tod durch die eigenen Worte des Suizidenten abnimmt und die verstorbene Person noch einmal die Suizidmotive aus ihrer Sicht darstellt. Abschiedsbriefe vermögen überdies, letzte Zweifel auszuräumen, ob der Tod tatsächlich ein Suizid war.

Psychische Erkrankungen nach dem Verlust durch Suizid

Eine Reihe von Studien untersuchte, inwieweit der Suizid als Todesumstand ein erhöhtes Risiko für die Angehörigen mit sich bringt, an einer psychischen Störung zu erkranken. Vor allem in den ersten neun Monaten nach dem Tod sind Suizidhinterbliebene einem erhöhten Risiko ausgesetzt, eine Depression zu entwickeln (Brent et al., 2009; *Jordan, 2001*). Ebenso zeigt sich bei Eltern, deren Kind durch Suizid ums Leben gekommen ist, eine verstärkte Wahrscheinlichkeit für die Ausprägung einer Depression und Angststörung *(Bolton et al., 2013)*. Ebenso konnte ein erhöhtes Risiko für Schlafstörungen oder somatische Erkrankungen (z. B. Magenschmerzen, Kopfschmerzen) nachgewiesen werden sowie ein deutlich erhöhtes Risiko, stationär behandelt werden zu müssen (Brent et al., 2009; *Pitman et al., 2014*).

Nicht selten finden Hinterbliebene den Suizidenten selbst im gemeinsamen Wohnbereich auf oder sie wurden aufgefordert, die verstorbene Person zu identifizieren. Weitere typische traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit einem Suizid sind beispielsweise, den Ort des Suizids säubern zu müssen oder weiterhin in der Wohnung zu leben, in welcher der Suizid stattgefunden hat (Iglewicz et al., 2018). Durch die traumatisierenden Bilder der Todesumstände oder der Auffindesituation weisen ca. 51 % der Hinterbliebenen eine posttraumatische Belastungsstörung als Folge des Suizides auf *(Dyregrov et al., 2003)*. Der Verlust eines Menschen durch einen Suizid steht ebenso in Zusammenhang mit Alkohol- und Substanzmissbrauch. Brent et al. (2009) zeigten auf, dass Jugendliche und junge Erwachsene 21 Monate nach dem Tod eines Elternteils häufiger von erhöhtem Alkohol- und Substanzmissbrauch berichteten als eine Kontrollgruppe. Bei Eltern, die ein Kind durch Suizid verloren haben, wurde ebenso ein dreifach höherer Alkoholmissbrauch festgestellt *(Bolton et al., 2013)*. Aber auch der Trauerprozess kann bei den Suizidhinterbliebenen durch die Kombination aus Selbstvorwürfen, Stigmatisierungserleben und sozialem Rückzug komplex sein und sich zu einer anhaltenden Trauerstörung entwickeln. In einer bevölkerungsbasierten Studie aus Deutschland erfüllten ca. 18 % aller Suizidhinterbliebenen die Diagnose der anhaltenden Trauerstörung *(Kersting et al., 2011)*. In einer Studie von de Groot et al. (2007b) wurden Trauernde nach einem Suizid mit Angehörigen, welche eine Person durch einen natürlichen Tod verloren haben, verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass Teilnehmer, die eine Person durch einen Suizid verloren hatten, vermehrt Symptome der anhaltenden Trauerstörung aufwiesen als Personen, die einen Verlust durch natürliche Todesumstände erlebt hatten. Dennoch weisen die Studien auch darauf hin, dass sich nach drei bis fünf Jahren der Trauerprozess bei den Suizidhinterbliebenen normalisiert und sich nur noch geringfügige Unterschiede zu Trauer nach anderen Todesarten feststellen ließen (McIntosh, 1995). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Trauernde nach einem Suizid ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen aufweisen und einen erschwerten Trauerprozess durchleben.

Suizidalität bei Suizidhinterbliebenen

Nachsterbewünsche und Suizidalität treten bei Hinterbliebenen nach einem Suizid relativ häufig auf und es wird deswegen empfohlen, eine regelmäßige Suizidabklärung im Rahmen einer Psychotherapie durchzuführen. Molina et al. (2019) untersuchten in ihrem systematischen Review Suizidalität bei Trauernden und fanden bei 9–49 % der Suizidangehörigen eine erhöhte Suizidalität in Bezug auf Suizidgedanken und Suizidhandlungen. Insbesondere bevölkerungsbasierte Repräsentativstudien belegten eine erhöhte Suizidprävalenz von Hinterbliebenen nach einem Suizid im Vergleich zu Kontrollgruppen. Eine dänische bevölkerungsbasierte Studie (N = 5.005.029) zeigte auf, dass insbesondere die Gruppe, welche in der Kindheit ein Geschwisterkind durch Suizid verloren hatte, ein deutlich erhöhtes Risiko aufwies, ebenfalls durch Suizid zu versterben (Yu et al., 2017). *Guldin et al. (2015)* untersuchten die Folgen des Todes eines Elternteils in den ersten 18 Lebensjahren in Bezug auf die Suizidalität der erwachsenen Kinder (N = 7.302.033). Die erwachsenen Kinder hatten ein um 82 % höheres Risiko, ebenfalls durch einen Suizid zu sterben, wenn sich ein Elternteil durch Suizid das Leben genommen hatten. Männer, die eine(n) Partner(in) durch Suizid verloren hatten, zeigten ein dreifach erhöhtes Risiko, durch einen Suizid zu sterben (Erlangsen, 2004). Gründe für die Suizidalität der Suizidhinterbliebenen sind beispielsweise ein intensiver Wunsch nach Wiedervereinigung mit der verstorbenen Person, erdrückende Schuldgefühle, Ausgrenzung durch Stigmatisierung, Gefühle der Verzweiflung oder das Nachahmungsmodell, welches insbesondere bei einem Tod durch Suizid eine wichtige Rolle spielt. Aus diesem Grund bezeichnet die WHO seit 1989 Hinterbliebene nach einem Suizid als Hochrisikogruppe für eigene Suizide und beschreibt die Nachsorge dieser Betroffenengruppe als wesentlichen Bestandteil der nationalen und internationalen Suizidprävention (Diekstra, 1989). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Tod durch Suizid langfristige Folgen bis hin zur erhöhten Mortalitätsrate für die Hinterbliebenen haben kann und ein erhöhtes Risiko für Suizidalität darstellt.

Wirksamkeit von Interventionen für Suizidangehörige

Die psychosozialen und funktionalen Belastungen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Klinikaufenthalte) als Folge des Suizids sind inzwischen gut dokumentiert (Wilcox et al.,

2015). Aus diesem Grund spielen Interventionen, welche sich spezifisch an Hinterbliebene nach einem Suizid richten, eine wichtige Rolle in der Versorgung dieser Hochrisikogruppe. Dennoch ist es gerade diese Gruppe, welche nur selten professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Eine Studie aus Großbritannien zeigte, dass insbesondere Suizidangehörige seltener formelle (z. B. Psychotherapeuten, Ärzte) oder informelle Unterstützung (z. B. Freunde, religiöse Beratung) erhielten und nur jede vierte befragte Person überhaupt irgendeine Form der Unterstützung in Anspruch nahm. Gründe für die geringe Inanspruchnahme professioneller psychologischer Unterstützung sind beispielsweise das mangelnde Versorgungsangebot oder Angst vor Stigmatisierung (Pitman et al., 2017). Gleichzeitig gibt es bisher nur wenige Interventionen, welche sich spezifisch an die Gruppe der Suizidangehörigen richteten und empirisch validiert wurden. *Linde et al. (2017)* beschreiben in ihrem systematischen Überblicksartikel zu spezifischen Interventionen für Suizidangehörige, dass die sieben eingeschlossenen Interventionen zwar allgemein einen positiven Effekt aufzeigen konnten, allerdings meistens nur bezüglich einiger weniger Symptome. Insgesamt konnten fünf der sieben eingeschlossenen Studien eine Reduktion der Trauersymptomatik nach Beendigung der Intervention nachweisen. Der Großteil der durchgeführten Studien wurde in Form von Gruppeninterventionen durchgeführt. Insgesamt war die methodische Qualität der Studien als schwach bewertet worden (z. B. keine Randomisierung der Teilnehmer, keine Intention-to-Treat-Auswertungen) und die Stichprobengröße wies eine hohe Varianz auf. In einem weiteren systematischen Review evaluierten McDaid et al. (2008) insgesamt acht Studien und bemängelten ebenfalls, dass nur eine einzige Studie keine methodologischen Mängel aufwies. Die meisten Studien beruhten nicht auf randomisierten Kontrollgruppendesigns oder die Randomisierung wurde nicht standardmäßig durchgeführt. Die Studie, welche den wissenschaftlichen Standards entsprach, fand allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Trauersymptomatik (de Groot et al., 2007a). Die Ergebnisse der beiden systematischen Reviews unterstreichen den Mangel an evidenzbasierten Interventionen für diese Trauergruppe und der Wirksamkeitsnachweis ist nur eingeschränkt gegeben. In Deutschland werden Suizidhinterbliebene in der Regel durch Beratungsangebote (z. B. Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e. V. (VEID), Angehörige um Suizid e. V. (AGUS)) und deren Selbsthilfegruppen betreut. Beim Bundesverband VEID e. V. sind ca. 40 % der 75.000 trauernden Eltern und Geschwister, die von den regionalen Selbsthilfegruppen betreut werden, Suizidhinterbliebene. AGUS e. V. betreut in seinem Netzwerk ca. 5.000 Angehörige von Suizidenten. Obwohl die Vernetzung von Selbsthilfegruppen von Suizidhinterbliebenen stetig anwächst, gibt es bisher nur wenige psychotherapeutisch geleitete Interventionen, welche sich spezifisch nur an Hinterbliebene nach einem Suizid richten. Seit 2018 haben Hinterbliebene nach einem Suizid die Option, an einer webbasierten Gruppenintervention teilzunehmen, welche Betroffenen sowohl die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Betroffenen als auch professionelle Unterstützung und Informationen bieten soll. Das Programm „Hilfe nach Suizid“[4] wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Förderlinie „Suizidprävention“ finanziert und in Kooperation mit AGUS e. V., dem Bundesverband VEID e. V. und der Medical School Berlin durchgeführt. „Hilfe nach Suizid“ ist eine psychologisch angeleitete präventive Gruppenintervention und wird als Webinar im Internet durchgeführt. Das Programm soll insbesondere diejenigen ansprechen, die vor Ort keine Unterstützungsmöglichkeit zur Verfügung haben oder derzeit nicht in der Lage sind, persönlich psychosoziale Hilfe aufzusuchen. Einmal wöchentlich kommen feste Gruppen zu einem gemeinsamen webbasierten Termin zusammen und tauschen sich unter der Begleitung eines Psychologen und einem erfahrenen Selbsthilfegruppenleiter zu spezifischen Themen der Suizidtrauer aus, welche vorab in Fokusgruppen erarbeitet worden sind. In den Sitzungen wird zu Beginn ein Video gezeigt, in dem andere Betroffene (durch Schauspieler dargestellt) von ihren Erfahrungen nach dem Suizid einer nahestehenden Person berichten. Diesen Videos schließt sich eine Gruppendiskussion an. Für die Zeit zwischen den Sitzungen erhalten die Teilnehmer Anregungen zu vertiefenden Übungen (z. B. Schreibaufgaben oder Entwicklung von Ritualen), die den Therapieprozess unterstützen sollen. Teilnehmen können Angehörige nach einem Suizid im Alter zwischen 18 und 75 Jahren. Im Rahmen einer Studie wird die Wirksamkeit „Hilfe nach Suizid“ des Programms ausgewertet.

Psychotherapeutische Implikationen

In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe von allgemeinen Trauerinterventionen entwickelt und Studien konnten deren Wirksamkeit belegen (z. B. Rosner et al., 2014; Shear et al., 2005; Wagner et al., 2006). Interventionen, welche sich spezifisch an Hinterbliebene nach einem Suizid richten (z. B. de Groot et al., 2007a), inkludieren neben den klassischen kognitiv-behavioralen Methoden auch spezifische Adaptionen für diese Betroffenengruppe. Im Folgenden soll auf diese spezifischen Aspekte in der psychotherapeutischen Arbeit eingegangen werden (zur Übersicht siehe Kasten 2). Das therapeutische Vorgehen richtet sich an Psychotherapeuten, welche Suizidangehörige im Rahmen einer Psychotherapie behandeln. Das vorgeschlagene therapeutische Vorgehen kann sowohl im einzel- als auch im gruppentherapeutischen Setting angewendet werden. Das Ziel ist es, Betroffene nach einem Suizid bei der Trauerverarbeitung zu unterstützen und auf spezifische Kognitionen und Emotionen, welche üblicherweise nach dem Suizid einer nahestehenden Person auftreten, einzugehen und diese zu bearbeiten.

(1) Bearbeitung der traumatischen Aspekte des Suizides

Ein Suizid ist ein gewaltsamer Tod und häufig leiden die Angehörigen unter den traumatischen Bildern, welche mit dem

4 www.hilfe-nach-suizid.de [30.01.2020]

Psychotherapeutische Schwerpunkte und Ziele

1) Bearbeitung der traumatischen Aspekte des Suizides (z. B. Auffindesituation oder Todesumstände):
   - Abklärung einer möglicherweise vorliegenden posttraumatische Belastungsstörung
   - traumafokussierte Bearbeitung (z. B. Exposition in sensu)
2) Umgang mit der Sinn- und Warum-Frage nach einem Suizid:
   - Vermittlung von Psychoedukation zu innerpsychischen Prozessen bei suizidalen Menschen (z. B. suizidaler Modus)
   - Förderung der Akzeptanz, dass es keine finale Antwort auf die Sinn- und Warum-Frage geben kann
3) Aufarbeitung von Schuldgedanken und Verantwortungszuschreibungen in Bezug auf den Suizid:
   - Klärung der Funktion der Schuldgedanken
   - gemeinsames Erarbeiten der Grundbedürfnisse, die in Zusammenhang mit den Schuldgefühlen auftreten (z. B. Bedürfnis nach Kontrolle, Bindung)
   - Bearbeitung von Beziehungsthemen (z. B. Imagery Rescripting & Reprocessing)
4) Stigmatisierung und Geheimhaltung als Folge des Suizides:
   - die verstorbene Person wieder ins Gespräch bringen
   - Umgang mit sozialen schwierigen Situationen und Stigmatisierung

Kasten 2: Psychotherapeutische Schwerpunkte und Ziele

Suizid in Zusammenhang stehen (z. B. Auffindesituation, Todesumstände). Die diagnostische Abklärung einer posttraumatischen Belastungsstörung ist aus diesem Grund bei dieser Patientengruppe empfehlenswert. Sofern die Patienten an der Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, ist es ratsam, diese als erstes zu bearbeiten und im Anschluss daran erst die trauerspezifischen Themen zu behandeln. Dies geschieht zunächst mit dem Erstellen einer Liste mit besonders belastenden Erinnerungen („Hotspots") im Zusammenhang mit dem Suizid. Daran anschließend können traumafokussierte Methoden, wie beispielsweise Exposition in sensu oder schreibbasierte Konfrontationsmethoden, mit den Patienten durchgeführt werden. Ziel ist es, die traumatisierenden Erfahrungen aufzuarbeiten und zu integrieren sowie Ressourcen zu aktivieren und Stabilität und Sicherheit zu erlangen. Vermeidungsverhalten sollte abgebaut und sich aufdrängende Intrusionen, die im Zusammenhang mit dem Suizid stehen, reduziert werden.

(2) Umgang mit der Sinn- und Warum-Frage

Ein wesentliches Merkmal der Trauerverarbeitung nach einem Suizid ist das ständige Grübeln über die Frage, weshalb sich die nahestehende Person das Leben genommen hat. Hier ist es empfehlenswert, die Patienten über den suizidalen Modus aufzuklären und im Rahmen einer Psychoedukation darzustellen, welche innerpsychischen Prozesse bei einem suizidalen Menschen ablaufen, die einen Suizid ermöglichen *(Wagner, 2019)*. Zudem sollte das Wissen vermittelt werden, dass beispielsweise der suizidale Modus zeitlich begrenzt auftritt, sodass in diesem kurzen Zeitfenster nur selten ein Eingreifen von Angehörigen tatsächlich möglich gewesen wäre. Ein weiterer psychoedukativer Aspekt des suizidalen Modus ist, dass sich der suizidale Mensch oft sehr ruhig und wie in Trance erlebt, als würde er sich von außen beobachten. Es ist für die Hinterbliebenen hilfreich, zu verstehen, weshalb der Verstorbene in der Lage war, sich auf so gewaltsame Art und Weise das Leben zu nehmen *(Paul, 2012)*. Die Psychoedukation über den suizidalen Modus verdeutlicht auch, welchen geringen Einfluss die soziale Umwelt in dieser Situation auf den Sterbewilligen hat. Ein weiterer wichtiger psychotherapeutischer Schritt ist es, die Hinterbliebenen dahingehend zu unterstützen, ihr Grübeln zu beenden und zu akzeptieren, dass es letztendlich keine Antwort mehr auf ihre Sinn- und Warum-Fragen geben wird. Die Erkenntnis, dass es schlussendlich die Entscheidung des Verstorbenen war, sich das Leben zu nehmen, kann den Patienten im Laufe der Zeit ermöglichen, diese quälenden Fragen so stehen zu lassen *(Paul, 2012)*. Das Buch „Warum hast Du uns das angetan?" *(Paul, 2012)* kann hier als Selbsthilferatgeber für Betroffene nach einem Suizid empfohlen werden. Die Suche nach Antworten auf die Sinn- und Warum-Frage erleben die Betroffenen als stark beeinträchtigend und quälend, sodass eine Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Kognitionen häufig essenziell für die Trauerverarbeitung ist.

(3) Umgang mit Schuldgedanken und Verantwortungszuschreibungen in Bezug auf den Suizid

Die meisten Betroffenen sind sich auf einer kognitiven Ebene bewusst, dass sie keine Schuld am Tod des Menschen, um den sie trauern, tragen. Dennoch können die Schuldgefühle auf der emotionalen Ebene sehr tief verankert sein und sie in ihrem Trauerprozess maßgeblich behindern. Insbesondere bei manifestem Schulderleben ist es ratsam, psychotherapeutisch die Funktion dieser Schuldgefühle zusammen mit den Patienten zu erarbeiten. Welchen Sinn machen diese Schuldgefühle für den Patienten? Welche Bedeutung haben die Schuldgedanken in Bezug darauf, dass sie den Suizid akzeptieren können? *Paul (2010)* spricht neben der normativen Schuldzuweisung (z. B. Bruch von Regeln, Normen, Gesetzen) auch von einer instrumentellen Schuldzuweisung, welche die Funktion der Schuldgefühle anhand von Grundbedürfnissen nach einem Verlust erklärt. Erst wenn Patienten und Psychotherapeuten verstanden haben, wofür diese Schuldgedanken stehen und welche Grundbedürfnisse nach dem Suizid bei den Patienten im Raum stehen, können sie psychotherapeutisch sinnvoll bearbeitet werden. Im Folgenden werden die drei Grundbedürfnisse nach einem Verlust

vorgestellt, welche Schuldgefühle manifestieren können *(Paul, 2010)*. Für eine ausführlichere Auseinandersetzung mit dem Thema wird das Buch „Schuld-Macht-Sinn: Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess" *(Paul, 2010)* empfohlen.

a) *Das Bedürfnis nach Erklärungszusammenhängen:* Ein Suizid hinterlässt bei den Hinterbliebenen häufig viele offene Fragen und Widersprüche, für die es aus ihrer Sicht keine ausreichende Erklärung gibt. Die Übernahme von Schuld kann für die Trauernden manchmal den größten Sinn für das Unbeschreibliche eines Suizides machen. Psychotherapeutisch ist es hier empfehlenswert, den Angehörigen beispielsweise Psychoedukation über Depressionen oder andere psychische Störungen zu vermitteln, welche zu dem Suizid führten. Psychotherapeuten können die Patienten dabei unterstützen, strategisch nach Informationen zu suchen, um die bisherigen Wissenslücken zu schließen und Antworten bezüglich der suizidalen Handlung zu finden.

b) Das Bedürfnis nach Macht und Kontrolle: Ein Suizid löst bei den Trauernden häufig ein Gefühl von Kontrollverlust aus. Die Trauernden hatten oft keinerlei Einfluss auf die Geschehnisse, um den Suizid verhindern zu können. Hingegen ermöglichen die Schuldgedanken den Hinterbliebenen, wieder Kontrolle über die Situation zurückzugewinnen. Dysfunktionale Bewältigungsstrategien, wie beispielsweise „Ich hätte den Suizid verhindern können, wenn ich an dem Abend noch einmal angerufen hätte.", geben den Betroffenen wieder ein Gefühl der Macht zurück, welches einen Ausgleich zum Kontrollverlust darstellt. Therapeutische Fragen, wie z. B. „Wer verantwortet eigentlich die Entscheidung zum Tod?" oder „Ist das wirklich so, dass Ihr Einfluss auf Ihren Sohn so groß war, dass Sie den Suizid durch einen Anruf am Abend vorher hätten verhindern können?", können diesen Prozess unterstützen. Darüber hinaus stellen beispielsweise das Imagery Rescripting & Reprocessing oder die „Leere-Stuhl-Übung" wichtige psychotherapeutische Methoden dar, um Beziehungsthemen, welche mit der verstorbenen Person in Zusammenhang stehen, zu bearbeiten *(Wagner, 2019)*. Ziel ist es hier, dass die Patienten wieder das Gefühl der Selbstbestimmtheit im Umgang mit dem Verlust erhalten und dadurch die eigenen Schuldzuweisungen als Platzhalter abnehmen.

c) Das Bedürfnis nach Bindung zur verstorbenen Person: Schuldgefühle sind auch Bindungsgefühle, und sie erhalten, wenngleich auch in negativer Art und Weise, die Beziehung zur verstorbenen Person aufrecht *(Paul, 2010)*. Oft stehen diese Schuldgefühle eng in Zusammenhang mit der Angst, die verstorbene Person zu vergessen bzw. sich irgendwann nicht mehr an Details aus dem gemeinsamen Leben erinnern zu können. Häufig dominieren die schrecklichen Bilder der Todesumstände des Suizids, welche durch die dominanten Schuldgefühle gefördert werden. Interessanterweise zeigen die Angehörigen gleichzeitig oft ein starkes Vermeidungsverhalten in Bezug auf positive Erinnerungen an die verstorbene Person (z. B. Vermeidung von Fotos, Gegenständen, die der verstorbenen Person gehörten). Psychotherapeutisch ist es empfehlenswert, auch die positiven Erlebnisse oder Erinnerungen an den gemeinsamen Alltag wieder zu fördern und den Angehörigen somit zu ermöglichen, sich wieder ganzheitlich mit all seinen positiven und negativen Anteilen an den verstorbenen Menschen erinnern zu können. Hier ist es auch hilfreich, mit den Angehörigen zusammen Rituale zu entwickeln, welche zum einen ein Gedenken, zum anderen aber auch eine Akzeptanz des Suizides fördern.

(4) Umgang mit Stigmatisierung und Geheimhaltung

Viele Trauernde nehmen nach einem Suizid den Kontakt zu Freunden, Nachbarn und Kollegen als verändert war. Sie fühlen sich stigmatisiert, sind aber gleichzeitig selbst verunsichert, mit wem sie in welcher Form über die verstorbene Person und den Suizid sprechen möchten. Ein psychotherapeutisches Vorgehen wäre es hier, zusammen mit den Patienten Ideen und Strategien zu sammeln, wie sie den Menschen, um den sie trauern, wieder ins Gespräch bringen wollen und in welcher Form sie mit immer wieder auftretenden schwierigen Situationen umgehen möchten. Beispiele sind hierfür „Wenn ich Bekannte treffe und sie so tun, als sei nichts geschehen, dann möchte ich mich in Zukunft so in der Situation verhalten …" oder „Wenn ich Arbeitskollegen begegne und ich deren Unsicherheit mir gegenüber bemerke, dann möchte ich mich in der Situation so verhalten …". Zusammen mit den Hinterbliebenen können so Kommunikations- und Verhaltensstrategien entwickelt werden, welche für die Patienten stimmig sind, um sich auf eventuell auftretende Reaktionen vorzubereiten.

Zusammenfassung und Diskussion

Der vorliegende Übersichtsartikel beschäftigt sich mit den psychischen und psychosozialen Folgen nach dem Verlust einer nahestehenden Person und stellt spezifische Therapieinterventionen vor. Trotz der hohen Anzahl an Suiziden und der dadurch betroffenen Hinterbliebenen gibt es bisher wenige spezifische Interventionen, welche sich auf die Trauer nach einem Suizid fokussieren. Zahlreiche Studien zeigen die weitreichenden Folgen, mit denen die Angehörigen nach einem Suizid zu kämpfen haben, dazu zählen eigene Suizidalität, die Entwicklung psychischer Erkrankung sowie weitreichende psychosoziale Folgen wie beispielsweise Arbeitslosigkeit. Die Wirksamkeit von suizidspezifischen Unterstützungsangeboten wurden bisher noch nicht ausreichend erforscht und solche Angebote beziehen sich größtenteils auf gruppenspezifische Interventionen. Die in den Übersichtsartikeln eingeschlossenen Interventionen wiesen nur geringe Effekte auf oder wurden als methodologisch mangelhaft klassifiziert (McDaid et al., 2008). Bei der Sichtung der bereits bestehenden Studienlage wird deswegen deutlich, dass auf dem Gebiet der suizidspezifischen Interventionen weitere Forschung sowie die Entwicklung und Evaluierung von ebendiesen drin-

gend notwendig ist. Bestehende Unterstützungsmaßnahmen sollten weiter ausgebaut und zudem zusätzliche Hilfsangebote geschaffen werden. Besonders relevant ist es hierbei, niedrigschwellige und leicht zugängliche Interventionsmöglichkeiten anzubieten. Dazu zählen der Ausbau von Selbsthilfegruppen, Gruppeninterventionen und Beratungsangeboten. Auch wenn Selbsthilfegruppen bisher wenig erforscht und wissenschaftlich evaluiert wurden, stellen sie ein wichtiges Unterstützungsangebot für Betroffene dar. Besonders der Austausch mit Mitbetroffenen, der Aufbau sozialer Kontakte und die Erkenntnis, dass Betroffene nicht alleine sind mit dem Erlebten, wird hierbei als besonders unterstützend empfunden. Zudem können auch Online-Interventionen die Versorgung Suizidhinterbliebener zusätzlich gewährleisten. Webbasierte Unterstützungsangebote können für Betroffene, welche aufgrund des Wohnorts oder der beruflichen oder familiären Einbindung keine spezifischen Angebote in Anspruch nehmen können, eine wichtige Rolle spielen. Zudem kann im Online-Format eine gewisse Anonymität gewahrt bleiben.

Die hier vorgestellten psychotherapeutischen Schwerpunkte sind ein Überblick über die wichtigsten Themen bei der suizidspezifischen Trauerverarbeitung und können als Orientierung bei der Psychotherapie mit Suizidhinterbliebenen dienen. Hierbei ist zu beachten, dass eine ausführliche Diagnostik möglicher vorliegender psychischer Erkrankungen zu empfehlen ist. Wie in dem vorliegenden Artikel deutlich gemacht wurde, kommt es nach dem Suizid einer Person nicht selten zu Konflikten innerhalb des sozialen Umfeldes, die Folgen sind Rückzug, Trennungen und soziale Isolation. Auch dieser Aspekt kann in der Versorgung Suizidhinterbliebener eine bedeutende Rolle spielen, deswegen ist es in manchen Fällen empfehlenswert, die Familie, Partner und andere Angehörige in die Behandlung mit einzubeziehen oder Gespräche mit diesen anzubieten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die bisher bestehenden Hilfsangebote und Interventionen einen wichtigen Beitrag zu der psychosozialen Versorgung Suizidhinterbliebener darstellen. Durch die hohe Zahl an Suiziden und dementsprechend große Anzahl Hinterbliebener ist es jedoch notwendig, dass diese Angebote weiter ausgebaut werden und die Thematik zunehmend an Relevanz gewinnt.

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.

Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M. & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. Journal of psychiatric research, 88, 113–120.

Bolton, J. M., Au, W., Leslie, W. D., Martens, P. J., Enns, M. W., Roos, L. L. et al. (2013). Parents Bereaved by Offspring Suicide. JAMA Psychiatry, 70 (2).

Cvinar, J. G. (2005). Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature. Perspective in Psychiatric Care, 41 (1), 14–21.

Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2003). Predictors of Psychosocial Distress after Suicide, Sids and Accidents. Death Studies, 27, 143–165.

Guldin, M.-B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M. et al. (2015). Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: a population-based cohort study. JAMA psychiatry, 72 (12), 1227–1234.

Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G. & Kersting, A. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences—a systematic review. PIOS ONE, 11 (9), e0162688.

Jordan, J. (2001). Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. Suicide and Life-Threatening Behavior, 31 (1), 91–102.

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. Journal of Affective Disorders, 131 (1–3), 339–343.

Linde, K., Treml, J., Steinig, J., Nagl, M. & Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. PIOS ONE, 12 (6), e0179496.

Paul, C. (2010). Schuld – Macht – Sinn: Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Paul, C. (2012). Warum hast du uns das angetan?: Ein Begleitbuch für Trauernde, wenn sich jemand das Leben genommen hat, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Pitman, A., Osborn, D., King, M. & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. The Lancet Psychiatry, 1 (1), 86–94.

Wagner, B. (2019). Psychotherapie mit Trauernden. Grundlagen und therapeutische Praxis, Weinheim: Beltz.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M. et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry, 3 (7), 646–659.

Prof. Dr. Birgit Wagner

Korrespondenzadresse:
Medical School Berlin
Calandrellistr. 1–9
12247 Berlin
birgit.wagner@medicalschool-berlin.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Birgit Wagner ist Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der Medical School Berlin. Ihre Forschungs- und Therapieschwerpunkte sind die Traumafolgestörungen mit einem besonderen Fokus auf die anhaltende Trauerstörung und internetbasierte Psychotherapie. Sie ist Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister Deutschland e. V.

Laura Hofmann, M. Sc. Psych.

laura.hofmann@medicalschool-berlin.de

Laura Hofmann, M. Sc. Psych., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medical School Berlin im Forschungsprojekt „Hilfe nach Suizid“ und befindet sich in einer Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT).

Interview

„Kernproblem ist die unzureichende psychotherapeutische Versorgung in Deutschland"

Susanne Münnich Hessel im Gespräch mit Karl-Günther Theobald

Kriminalitätsopfer haben ein erhebliches Risiko, nach einer Straftat an einer Traumafolgestörung zu erkranken. Das meist plötzlich hereinbrechende Ereignis und die gleichzeitige soziale Verunsicherung erfordern eine möglichst frühzeitige Intervention. Eine frühe Stabilisierung und eine gute Versorgung kann in vielen Fällen eine psychische Erkrankung verhindern. Ist sie eingetreten, kann eine früh beginnende Psychotherapie zu schnellen und nachhaltigen Behandlungserfolgen führen. Kriminalitätsopfer, die eine psychotherapeutische Behandlung ihrer tatbedingten psychischen Erkrankung benötigen, sind in der Regel auf die Leistungen ihrer Krankenversicherung angewiesen. Der WEISSE RING hat im Jahr 2015 Gesundheitspolitische Forderungen zur psychotherapeutischen Versorgung von Kriminalitätsopfern[1] formuliert. Darüber sprachen wir mit Karl-Günther Theobald, Koordinator Medizin/Psychologie, WEISSER RING e. V., Mainz.

Wir gehen davon aus, dass etwa 30 Prozent der Kriminalitätsopfer, die sich an uns wenden, an behandlungsbedürftigen Traumafolgestörungen leiden.

Susanne Münnich-Hessel (PTJ): Herr Theobald, wer einer schweren Straftat zum Opfer fällt oder Kriminalität und Gewalt im persönlichen Umfeld erfährt, befindet sich in einer Situation, die häufig alleine nicht mehr zu bewältigen ist. Oft bestehen bedrückende Probleme, ohne dass der Betroffene eine Ahnung hat, wie er sie angehen solle. Hier setzt der WEISSE RING an. Was können Sie uns zur Entstehungsgeschichte und der internen Struktur des WEISSEN RINGS sagen?

Karl-Günther Theobald: Der WEISSE RING wurde 1976 in Mainz gegründet als „Gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Kriminalitätsopfern und zur Verhütung von Straftaten e. V.". Er ist Deutschlands größte Hilfsorganisation für Opfer von Kriminalität. Der Verein unterhält ein Netz von rund 2.900 ehrenamtlichen, professionell ausgebildeten Opferhelfern[2] in bundesweit 400 lokalen Gruppen, sogenannten Außenstellen (eine pro Landkreis, in einigen Großstädten mehrere).

Der WEISSE RING hat mehr als 100.000 Förderer und ist in 18 Landesverbände gegliedert. Er ist ein sachkundiger und anerkannter Ansprechpartner für Politik, Justiz, Verwaltung, Wissenschaft und Medien in allen Fragen der Opferhilfe.

Der Verein finanziert seine Tätigkeit ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen, Spenden und testamentarischen Zuwendungen sowie von Gerichten und Staatsanwaltschaften verhängten Geldbußen. 2018 beispielsweise haben wir Einnahmen von rund 21 Millionen Euro zu verzeichnen gehabt. Der WEISSE RING erhält übrigens keinerlei staatliche Mittel.

Zum Zwecke der Förderung und fachlichen Weiterentwicklung der Arbeitsinhalte des WEISSEN RINGS hat der Verein mehrere mit Experten besetzte Fachbeiräte installiert, darunter auch einen Fachbeirat Medizin und Psychologie.

Das ist sehr beeindruckend! Dazu gehört viel Engagement und Öffentlichkeitsarbeit. Der WEISSE RING will ja umfassende Hilfe für Menschen, die von Straftaten betroffen sind, leisten. Auch in der Prävention sieht er seine Aufgabe. Betroffene sollen auch ganz praktisch in vielen Belangen unterstützt werden. Wie funktioniert das? Welches Konzept und welche Ziele verbinden sich denn im Einzelnen mit dem WEISSEN RING?

1 Die „Gesundheitspolitischen Forderungen des WEISSEN RINGS zur psychotherapeutischen Versorgung von Kriminalitätsopfern" sind verfügbar unter: www.weisser-ring.de/system/files/domains/weisser_ring_dev/downloads/gespolford2019-02.pdf [30.01.2020].

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

Unabhängig von Geschlecht, Alter, Religion, Staatsangehörigkeit und politischer Überzeugung erhalten Opfer von Kriminalität durch den WEISSEN RING schnelle und direkte Hilfe. Diese umfasst menschlichen Beistand – das ist die Kernkompetenz unserer ehrenamtlichen Mitarbeiter –, Hilfen beim Umgang mit Ämtern und Behörden sowie finanzielle Hilfen bei tatbedingtem Bedarf. Ihrem Selbstverständnis zufolge übernehmen die ehrenamtlichen Helfer aber vor allem eine Lotsenfunktion innerhalb des Hilfesystems für die Betroffenen, damit diese die möglichen Unterstützungen auch erhalten können. Dazu pflegt jede Außenstelle vor Ort ein entsprechendes Netzwerk.

Zudem ist der Verein für Politik, Justiz, Verwaltung, Wissenschaft und Medien in allen Fragen der Opferhilfe und des Opferschutzes sachkundiger und anerkannter Ansprechpartner und leistet wichtige Arbeit in der Kriminalprävention. Der WEISSE RING setzt sich für die Belange der Opfer etwa auch auf der politischen Bühne in Berlin ein, wo er gerade intensiv die Reform des Sozialen Entschädigungsrechts mitgestaltet (siehe Infokasten).

Also setzt sich der WEISSE RING auch politisch für die Belange der Opfer ein und möchte deren Lage insgesamt verbessern. Wie viele Menschen werden denn vom WEISSEN RING betreut und wie setzen diese sich zusammen?

Im Jahr 2018 wurden rund 25.000 Opferfälle bearbeitet. Dabei wurden in mehr als 10.000 Fällen materielle Hilfeleistungen erbracht. Seit der Gründung des WEISSEN RINGS im Jahr 1976 konnten 389.325 Hilfen – wie etwa Opferhilfen, Rechtshilfen, Soforthilfen, aber auch die Finanzierung von Rechtsberatung, psychotraumatologischer Erstberatung und medizinischer Untersuchungen (vor allem anonyme Spurensicherung) – geleistet werden.

Drei Viertel der Betroffenen, die sich an uns wenden, sind Frauen. Es sind alle Altersgruppen vertreten, 60 Prozent davon im Alter zwischen 21 und 50 Jahren. Mehr als zwei Drittel der Betreuten sind Opfer von Gewalt- und/oder Sexualdelikten (zum Vergleich: In der polizeilichen Kriminalstatistik liegt der Anteil bei elf Prozent).

Aufgrund von Evaluationsdaten gehen wir davon aus, dass etwa 30 Prozent der Kriminalitätsopfer, die sich an uns wenden, an behandlungsbedürftigen Traumafolgestörungen leiden.

Das verwundert Fachleute nicht, dass viele der Opfer traumatisiert sind und schnelle Hilfe benötigen. Der WEISSE RING hat eine besorgniserregende Mangelsituation in der psychotherapeutischen Versorgung dieser Kriminalitätsopfer beklagt. Die zahlreichen Traumatisierten unter den Opfern sind sicher auch für die Helfer eine Herausforderung. Wie werden denn überhaupt ehrenamtliche Helfer gewonnen? Wie sind und werden diese ausgebildet?

Info-Kasten: Auf dem Weg zum SGB XIV. Aktuelle gesetzliche Entwicklungen im Sozialen Entschädigungsrecht

Im November 2019 hat der Bundestag das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts verabschiedet. Mit diesem Gesetz werden die bislang in vielen, unübersichtlichen Einzelgesetzen geregelten Entschädigungstatbestände und -folgen in einem einzigen Gesetz (SGB XIV) zusammengeführt. Opfer von Gewalttaten und von anderen näher geregelten schädigenden Ereignissen sowie deren Angehörige, Hinterbliebene und Nahestehende haben hiernach Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung. Auch inhaltlich wurde das Soziale Entschädigungsrecht wesentlich reformiert. Hilfeleistungen sollen schneller und zielgerichteter gewährt werden, wobei vor allem folgende Neuregelungen interessant sind:

Der Gesetzgeber hat nun geregelt, dass „Gewalt" im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts, nicht nur eine körperliche Gewalttat, sondern auch eine psychische Gewalttat ist (§ 1 Abs. 2 Nr. 1, § 13 Abs. 1 Nr. 2 SGB XIV), sodass auch Opfer psychischer Gewalttaten zukünftig Ansprüche aus dem Sozialen Entschädigungsrecht haben. Der Zugang zum Hilfesystem wird durch Beweiserleichterungen vereinfacht, indem die Wahrscheinlichkeit einer Kausalität zwischen der Schädigung und einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung des Antragstellers grundsätzlich vermutet wird.

Das neue SGB XIV wird im Wesentlichen erst zum 01.01.2024 in Kraft treten. Abweichend davon müssen bereits ab dem 01.01.2021 Traumaambulanzen für psychotherapeutische Interventionen eingerichtet werden (§§ 31–37 SGB XIV). In diesen Traumaambulanzen sollen Opfer und deren Angehörige frühzeitig niederschwellig betreut und hierdurch der Eintritt einer psychischen Gesundheitsstörung oder deren Chronifizierung verhindert werden. Geschädigte und deren Angehörige haben Anspruch auf 15 Sitzungen, Kinder und Jugendliche auf 18 Sitzungen, die eine vorherige Diagnostik und Indikationsstellung beinhalten; danach sind bis zu zehn weitere Sitzungen möglich. Neben der Behandlung in der Traumaambulanz werden auch die Fahrkosten zur Traumaambulanz aus dem Sozialen Entschädigungsrecht finanziert. Das Nähere muss noch durch Rechtsverordnung geregelt werden.

Besteht weiterer Behandlungsbedarf, so erhalten die Anspruchsberechtigten Leistungen der Krankenbehandlung orientiert am SGB V (§ 42 SGB XIV). Weiterhin können ab dem 01.01.2024 ergänzende Leistungen gewährt werden, zu denen insbesondere psychotherapeutische Leistungen gehören, die über den GKV-Leistungskatalog hinausgehen (§ 43 SGB XIV, bspw. nicht kassenzugelassene Verfahren oder bei Überschreitung der Höchstgrenzen in der GKV). Damit sollen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die seelische Verfassung der Betroffenen mit einer Vielfalt von Behandlungsmethoden zu verbessern. Die Leistungserbringer rechnen in diesem Fall nach der GOP/GOÄ direkt mit der zuständigen Verwaltungsbehörde ab (§ 55 SGB XIV).

Judith Arnscheid & Stephanie Tessmer-Petzendorfer

Zunächst sucht jede Außenstelle vor Ort – auch über Medien – geeignete Mitarbeiter. Diese müssen bestimmte Auswahlkriterien erfüllen. Bevor eine Person konkret in der Opferhilfe mitarbeiten kann, muss sie bei drei Opferfällen hospitieren und zwei Ausbildungsseminare von jeweils zwei bis drei Tagen Dauer erfolgreich absolvieren. Inhalt der Seminare sind unter anderem Grundlagen der Psychotraumatologie,

Opferrechte, Soziales Entschädigungsrecht, Viktimologie, aber auch Gesprächsführung und die Vermittlung von Qualitätsstandards und Selbstverständnis der Opferhelfer.

Das heißt, die ehrenamtlich Tätigen durchlaufen erst mal Schulungen, um vorbereitet zu werden, damit sie wissen, was auf sie zukommen könnte. Wie finden denn die Kriminalitätsopfer überhaupt zu Ihnen, Herr Theobald? Wie sieht die Öffentlichkeitsarbeit aus?

Nach geltendem Recht müssen Opfer im Ermittlungsverfahren von Anfang an auf Opferhilfeeinrichtungen hingewiesen werden, also schon bei der Anzeigenerstattung. Somit spielt die Polizei eine nennenswerte Rolle als „Hinweisgeber". Angesichts einer großen Zahl an Opfern, die keine Strafanzeige erstatten, sind auch Arztpraxen und Kliniken, Beratungsstellen und das soziale Umfeld wichtige Mittler, ebenso unser bundesweites Opfer-Telefon und unsere Online-Beratung.

Dazu ist es nötig, den WEISSEN RING bekannt zu machen. Dies passiert auf Bundesebene ebenso wie auf lokaler Ebene. Neben der Verbreitung von eigenen Inhalten in den Medien macht der WEISSE RING auch mit Informationsständen, Aktionstagen und vielen allgemeinen und spezifischen Informationsmaterialien auf die Bedürfnisse von Kriminalitätsopfern aufmerksam und betreibt zudem Kriminalprävention.

Ein Opfer von kriminellen Handlungen zu sein, bedeutet für die Betroffenen immer eine psychische Ausnahmesituation, auch wenn keine Traumafolgestörung zurückbleibt. Die Helfer, die die Opfer betreuen, sind damit ja auch erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt. Der Umgang damit will gelernt sein. Wie gehen die Ehrenamtlichen mit dem, was sie hören und erleben, um? Gibt es Supervision?

Die Themen Belastung und Belastbarkeit spielen schon bei der Auswahl und Ausbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter eine wichtige Rolle. In verschiedenen Weiterbildungsseminaren wird der Umgang mit Belastungssituationen thematisiert. Pro Jahr werden etwa 120 Aus- und Weiterbildungsseminare von der vereinseigenen Akademie durchgeführt. Praxisbegleitend finden in den Außenstellen üblicherweise einmal pro Monat Mitarbeitertreffen mit Fallbesprechungen statt. In einem der bereits genannten Seminare werden Moderatoren für die kollegiale Fallbesprechung ausgebildet. In diesem Zusammenhang haben die Außenstellen jederzeit die Möglichkeit, externe Supervision in Anspruch zu nehmen. Auch die Möglichkeit, den Fachbereich Medizin und Psychologie in der Bundesgeschäftsstelle zu kontaktieren, wird in Anspruch genommen.

Das Aufgabenspektrum, das die ehrenamtlichen Mitarbeiter wahrnehmen, ist vielseitig und anspruchsvoll. Neben Zuwendung und Beistand gilt es beispielsweise, Gespräche mit Opfern und Angehörigen zu führen, sie zu Ämtern und Terminen zu begleiten, ihnen beim Beantragen zustehender Leistungen zu helfen und sie gegebenenfalls an andere Fachorganisationen und Fachdienste zu vermitteln. Was bewegt Menschen dazu, sich im WEISSEN RING zu engagieren?

Die Motivationen, sich gerade in der Opferhilfe ehrenamtlich zu engagieren, sind sehr unterschiedlich. Es gibt beispielsweise den Polizisten, der sich beruflich mit den Tätern beschäftigt und das Gefühl hat, dass er den Opfern nicht gerecht werden kann. Nicht wenige Mitarbeiter haben in ihrem eigenen sozialen Umfeld den WEISSEN RING erlebt und so ein Interesse entwickelt. Andere Mitarbeiter, darunter etwa Sozialarbeiter, Rechtsanwälte, Mitarbeiter aus der Sozialverwaltung, sind wiederum in ihren beruflichen Zusammenhängen auf die unzureichende Unterstützung für Kriminalitätsopfer gestoßen und sehen beim WEISSEN RING Möglichkeiten, weitergehend zu helfen und gegebenenfalls auch auf der politischen Ebene Verbesserungen zu erwirken.

Sicher ist nicht jeder Interessierte für diese anspruchsvolle ehrenamtliche Tätigkeit geeignet. Herr Theobald, worauf ist aus Ihrer Sicht bei der Auswahl besonders zu achten? Sehen Sie auch Gefahren?

Große Aufmerksamkeit verwenden wir in der Auswahl auf Interessenten, die in ihrer Lebensgeschichte bereits selbst zu Kriminalitätsopfern geworden sind. Diese bringen zwar Erfahrungen mit, die für aktuelle Opfer extrem hilfreich sein können, aber dies funktioniert nur, wenn die eigene Opfergeschichte gut aufgearbeitet wurde. Hier haben wir nicht nur die Fürsorgepflicht, eine mögliche Retraumatisierung zu vermeiden, sondern sind uns auch der Risiken bewusst, dass derart belastete Helfer dem jeweils betreuten Opfer nur begrenzt helfen können und es im ungünstigsten Fall zusätzlich belasten. Aus diesen Gründen machen die ehemals selbst Betroffenen nur einen kleinen Anteil der Mitarbeiterschaft aus.

Eine andere Gefahr liegt aber doch auch darin, dass vulnerable Menschen für die eigenen Bedürfnisse benutzt werden könnten. Wie beugen Sie Situationen vor, bei denen es zu Übergriffen auf vulnerable Menschen kommen könnte?

Neben den oben beschriebenen Motivationen gibt es noch viele gute Gründe, sich in der Opferhilfe zu engagieren. Leider müssen wir uns – wie übrigens alle Institutionen, die mit Menschen und insbesondere verletzten Menschen arbeiten – der Gefahr bewusst sein, dass einzelne Mitarbeiter die in der Rollenverteilung angelegte Asymmetrie nutzen, eigene Machtgelüste auszuleben, egal ob dies schon Motiv war, sich zu engagieren, oder ob sich das im Lauf der ehrenamtlichen Tätigkeit entwickelt hat.

Im Bewusstsein, dass solche Übergriffe bei fast 3.000 Mitarbeitern nicht ganz auszuschließen sind, haben wir eine breite Palette von vorbeugenden und eingreifenden Maßnahmen erarbeitet, um die Risiken zu minimieren. Dies beginnt damit, dass sich alle Mitarbeiter auf einen Verhaltenskodex verpflich-

ten und ihr Handeln an festgelegten Opferhilfestandards ausrichten. Die Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses ist verpflichtend.

Über Fallbesprechungen und ein Mehr-Augen-Prinzip in der Fallbearbeitung wird auf Basis der Standards Transparenz geschaffen. Für die Betroffenen besteht die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde nicht nur an das Opfer-Telefon oder die Online-Beratung zu wenden, sondern auch an das interne Beschwerdemanagement, das in der Bundesgeschäftsstelle angesiedelt ist. Darüber hinaus haben wir eine externe Vertrauensperson installiert. Aufgabe der Vertrauensperson ist es, im Beschwerdefall ein unabhängiger Ansprechpartner für jedermann zu sein – also sowohl für Opfer als auch für Mitarbeiter des WEISSEN RINGS und Dritte. Betroffene können sich dabei auf eigenen Wunsch auch anonym an die Vertrauensperson wenden, die wiederum ihrerseits die Interessen der Betroffenen gegenüber dem Verein vertritt und sich von diesem über den Bearbeitungsstand der Beschwerden berichten lässt. Damit hat der WEISSE RING sein bereits etabliertes Beschwerdemanagement sinnvoll ergänzt.

Ein gutes Schutzkonzept und Beschwerdemanagement ist eine sehr wichtige Maßnahme, um Übergriffen vorzubeugen und Opfer zu schützen! Doch es beschäftigt ja den WEISSEN RING auch ein weiterer Missstand: Der WEISSE RING hat eine Mangelsituation in der psychotherapeutischen Versorgung diagnostiziert. Vor diesem Hintergrund sind ja die Gesundheitspolitischen Forderungen zur psychotherapeutischen Versorgung entstanden. Was ist Ihnen daran besonders wichtig?

Die Forderungen resultieren aus den Erfahrungen in der Opferbetreuung. Die dort auftauchenden Probleme haben wir systematisiert und anschließend in den Fachgremien analysiert – daraus sind die Forderungen entstanden.

Kernproblem ist dabei die unzureichende psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Auch wenn dies kein opferspezifisches Problem ist, stellt die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung eine Grundvoraussetzung zur Problemlösung dar, weswegen wir das Thema in die Forderungen aufnehmen mussten. Zu dieser Frage haben wir sehr vom Input der Bundespsychotherapeutenkammer profitiert, was den ersten Forderungen sicher anzumerken ist. Inhalt dieser Forderung ist, durch weitere Kassenzulassungen und Nutzung der Kostenerstattung eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen. Wir schlagen vor, bei der Bedarfsplanung von einer zumutbaren Wartezeit von fünf Wochen auszugehen.

Alle weiteren Forderungen orientieren sich an opferspezifischem Bedarf. So halten wir es für dringend geboten, die Zahl der Psychotherapeuten mit traumatherapeutischer Zusatzqualifikation zu erhöhen. Wissend, dass dies bei der Bundespsychotherapeutenkammer auf wenig Begeisterung stößt, sehen wir darin aber einen echten Mehrwert für die Patienten. Leider kommt noch hinzu, dass gerade traumatisierte Opfer überdurchschnittlich oft bei der Psychotherapeutensuche abgewiesen werden. Offensichtlich gibt es hier auf Behandlerseite Unsicherheiten, die die These der grundsätzlichen Eignung nicht gerade stützen.

Sie sind also der Auffassung, dass eine traumaspezifische Zusatzqualifikation geboten ist und dass dies die Versorgungsnotlage verschärft, weil nicht genug Psychotherapeuten darüber verfügen?

Genau so verstehen wir das, was die Betroffenen uns berichten. Nach unserer Erfahrung wächst die Versorgungslücke mit jedem spezifischen Bedarf an: So fordern wir eine stärkere Zulassung von fremdsprachigen Psychotherapeuten, die Finanzierung von Dolmetschern, aber auch die Zulassung von internetgestützten Therapieformen gerade für Menschen, die mobilitäts- oder störungsbedingt die üblichen ambulanten Angebote nicht erreichen können.

Auf ganz besonders drastische Probleme treffen komplex traumatisierte Opfer. Die Psychotherapeutensuche gestaltet sich für sie noch schwieriger und sie werden im Verlauf der Psychotherapie einigen Merkwürdigkeiten der Psychotherapie-Richtlinie ausgesetzt, die eine reguläre Behandlung zumindest erschweren. So finden wir in dieser Gruppe besonders viele Menschen, die mit der üblichen Stundenzahl nicht auskommen. Die rigide Einhaltung der Stundenobergrenzen sorgt hier regelmäßig für kassenseitige Therapieabbrüche. Dabei wurde spätestens im Abschlussbericht des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch festgestellt (und auch vom GKV-Spitzenverband mit unterzeichnet), dass diese Obergrenzen keineswegs endgültig sind. Vielmehr wird dort beklagt, dass die Möglichkeiten der Überschreitung zu selten genutzt werden. Dort wird übrigens auch festgestellt, dass es für die Zweijahresfrist bis zur nächsten Psychotherapie keinerlei gesetzliche Grundlage gibt. Außerdem haben wir bei dieser Opfergruppe am häufigsten die Fälle, in denen eine Psychotherapie wegen mangelnder Erfolgsaussichten abgelehnt wird. Dabei ist aus dem SGB V wie aus der Psychotherapie-Richtlinie abzuleiten, dass auch die Verhütung von Verschlimmerung eine Behandlung rechtfertigt.

Unsere Mitarbeiter verpflichten sich auf einen Verhaltenskodex und richten ihr Handeln an festgelegten Opferhilfestandards aus.

Das heißt, nicht nur der Mangel an Behandlungsplätzen ist aus Ihrer Erfahrung ein Problem, sondern auch eine

mangelnde Flexibilität in der Psychotherapie-Richtlinie und der Finanzierung.

Unsere Gesundheitspolitischen Forderungen werden Schritt für Schritt spezifischer. Dies folgt einer bitteren Erfahrung, die wir nicht nur bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung, sondern auch bezüglich Strafverfolgung und Sozialem Entschädigungsrecht machen: Je intensiver (früher Anfang, lange Dauer, Schwere der Tat) ein Opfer geschädigt wurde, desto schlechter sind die Chancen für eine strafrechtliche Ahndung, für eine sozialrechtliche Anerkennung als Opfer und auch für eine bedarfsgerechte Psychotherapie. Mit unseren Forderungen wollen wir eine Verbesserung der Situation für alle Betroffenen erreichen, wobei die größten Mängel den umfangreichsten Nachholbedarf begründen.

Was für Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten, wenn es denn einen Behandlungsplatz gibt? Sie haben ein Gutscheinkonzept für Betroffene?

Im Jahr 2002 hat der WEISSE RING den Hilfescheck für eine psychotraumatologische Erstberatung eingeführt. Da wir nicht einschätzen können, ob es bei der Beratung bleibt oder auch Behandlung durchgeführt wird, können diesen Hilfescheck nur Personen mit uns abrechnen, die die Heilkunde ausüben dürfen. Ansonsten gilt freie Arztwahl. Mit dem Hilfescheck wollten wir der Erkenntnis der Wirksamkeit von frühen Hilfen wie etwa dem Kölner Opferhilfemodell aus dem Jahr 1997 Taten folgen lassen. Damals gab es in NRW schon Traumaambulanzen, dieses Modell wollten wir auch fördern beziehungsweise dessen Fehlen in anderen Bundesländern kompensieren. Der Scheck dient der Abklärung von Behandlungsbedarf respektive der Risikoabschätzung. Behandlungskosten selbst können wir nicht zahlen. Dies würde bei 25.000 Fällen pro Jahr auch die Möglichkeiten unserer großzügigen Spender übersteigen, zudem wollen die Spender Opfern helfen und nicht Sozialleistungsträger entlasten.

Auch jenseits des Hilfeschecks bemühen sich unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter vor Ort im Rahmen ihrer Netzwerkarbeit als Lotsen im Hilfesystem um gute Kontakte zu Psychotherapeuten, was natürlich unterschiedlich gut gelingt.

Haben die neuen Versorgungselemente wie die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akuttherapie aus Ihrer Sicht etwas an der Versorgung von Kriminalitätsopfern verbessert?

Leider konnten wir abgesehen von Einzelfällen keine Verbesserung erkennen. Nach der Studie der Bundespsychotherapeutenkammer von 2018 liegt auch die Wartezeit auf einen Sprechstundentermin schon bei 5,7 Wochen. Häufiger hören wir, dass im Sprechstundentermin mitgeteilt wurde, dass ein Psychotherapieplatz im nächsten halben Jahr nicht verfügbar sei. Ganz vereinzelt haben wir von Opfern erfahren, dass nach der Sprechstunde direkt eine Akuttherapie begonnen werden konnte.

Was können denn Traumaambulanzen leisten? Was können diese zur Versorgung beitragen und wo gibt es Grenzen?

Mittlerweile gibt es in allen Bundesländern außer Brandenburg Traumaambulanzen, die im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) finanziert werden. Gewaltopfern wird im Rahmen der sogenannten Sachverhaltsaufklärung rasche Diagnostik und Hilfe angeboten. Bei Bedarf können bis zu 15 Stunden Psychotherapie durchgeführt werden. In der Regel sind die Traumaambulanzen Bestandteil psychiatrischer Institutsambulanzen. Durch die OEG-Bindung werden nur bestimmte Opfergruppen erreicht, oft bestehen auch weitere Beschränkungen, etwa auf Opfer, bei denen das schädigende Ereignis maximal ein Jahr zurückliegt.

Der WEISSE RING ist von diesem Angebot überzeugt und unterstützt daher seine Ausweitung. Zunächst einmal fordern wir eine flächendeckende Ausweitung, Beschränkungen wie den oben genannten Tatzeitpunkt halten wir nicht für sinnvoll. Ein großes Problem sehen wir darin, dass nur etwa zehn Prozent der OEG-Antragsteller das Angebot in Anspruch nehmen. Neben den Beschränkungen ist dafür die oft geringe Bekanntheit der Traumaambulanzen verantwortlich. In jedem Einzelfall sollte die Polizei bei der Strafanzeige auf die Möglichkeit hinweisen, selbstverständlich soll die Versorgungsverwaltung jeden Antragsteller qualifiziert auf das Angebot hinweisen. Als weiteren Faktor für die geringe Inanspruchnahme vermuten wir die immer wieder geäußerte Skepsis von Opfern gegenüber Psychiatrien – in denen sich die überwiegende Mehrzahl der Traumaambulanzen befindet.

> Je intensiver ein Opfer geschädigt wurde, desto schlechter sind die Chancen für eine strafrechtliche Ahndung, für eine sozialrechtliche Anerkennung als Opfer und auch für eine bedarfsgerechte Psychotherapie.

In den Gesundheitspolitischen Forderungen zur psychotherapeutischen Versorgung von Kriminalitätsopfern hat der WEISSE RING auch Qualitätsanforderungen an Traumaambulanzen formuliert. Diese betreffen sowohl fachliche Standards als auch die Rahmenbedingungen.

Da die Bedingungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sind, veranstaltete der WEISSE RING im November 2019 eine zweite Tagung für Mitarbeiter von Traumaambulanzen. Es ist sehr wichtig, sich auch überregional auszutauschen und sich über Standards und Entwicklungsmöglichkeiten zu verständigen.

Was wünschen Sie sich von Psychotherapeuten bezüglich der Kriminalitätsopfer?

Anlehnend an die Gesundheitspolitischen Forderungen wünsche ich mir, dass möglichst viele Kollegen eine traumatherapeutische Zusatzausbildung absolvieren – und anwenden.

In Sachen Opferhilfe wäre es wünschenswert, dass Psychotherapeuten erkennbare Kriminalitätsopfer auf den WEISSEN RING und dessen Hilfsmöglichkeiten hinweisen, idealerweise sollten sie auch den örtlichen WEISSEN RING in ihr Netzwerk aufnehmen. Dann würden auch weniger Fälle auftreten, in denen bei der Behandlung von einem Antrag nach dem OEG abgeraten wird, weil nur die Belastungen gesehen werden, aber nicht die Chancen und auch nicht die Möglichkeiten, Belastung zu minimieren. Diese sozialrechtlichen Details sind vielen Psychotherapeuten nicht bekannt und das ist auch nicht zu beanstanden. Umso wichtiger ist ein Netzwerk, in dem die relevanten Aspekte zusammengetragen werden.

Bei Verlängerungsanträgen wäre eine größere Konfliktbereitschaft in der Auseinandersetzung mit Gutachtern und Krankenkassen wünschenswert, die oben genannten Aussagen des Runden Tisches sind eindeutig.

Sie schlagen also vor, dass Psychotherapeuten neben einer traumaspezifischen Ausbildung auch mehr Hintergrundwissen bezüglich der grundsätzlichen Möglichkeiten der Opferhilfe erwerben und sich regional vernetzen sollten. Was können denn die Psychotherapeutenkammern tun?

Der WEISSE RING unterstützt Opfer auch dabei, ihre sozialrechtlichen Ansprüche durchzusetzen. Dabei suchen wir immer wieder – entweder für die Kostenerstattung oder für eine OEG-finanzierte Behandlung – nach approbierten Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung. Leider ist eine solche Suche auf den Suchseiten der Psychotherapeutenkammern nicht möglich, ein einzelner Button „nur ohne Kassenzulassung“ neben dem Button „nur mit Kassenzulassung“ wäre schon ungeheuer hilfreich.

Herr Theobald, vielen Dank für das Gespräch!

Dipl.-Psych. Karl-Günther Theobald

WEISSER RING e.V.
Weberstr. 16
55130 Mainz
theobald.karl@weisser-ring.de

Dipl.-Psych. Karl-Günther Theobald ist Psychologischer Psychotherapeut. Er ist seit 2003 beim WEISSEN RING tätig, dort in der Bundesgeschäftsstelle Koordinator des Fachbereichs Medizin/Psychologie zuständig für die Unterstützung der ehrenamtlichen Mitarbeiter, die Koordinierung von Forschungsaktivitäten und die fachliche Begleitung lobbypolitischer Aktivitäten zur Unterstützung von Kriminalitätsopfern.

Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel

Saarbrückerstr. 122e
66271 Kleinblittersdorf
muennich-hessel@ptk-saar.de

Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel ist Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT). Sie ist niedergelassen in eigener Praxis, wo sie sich u. a. der Behandlung von Traumafolgestörungen widmet. Zudem ist sie Vizepräsidentin der saarländischen Psychotherapeutenkammer und engagiert sich als Mitglied im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals.

Hintergrund und Kommentar

Nach langer Debatte: Am 1. September 2020 tritt die Reform der Psychotherapeutenausbildung in Kraft

Dietrich Munz, Nina Gott-Klein & Johannes Klein-Heßling

Zusammenfassung: Am 1. September 2020 tritt das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung in Kraft. Psychotherapeuten[1] werden künftig bereits im Studium so weit qualifiziert, dass sie nach einer staatlichen Prüfung die Approbation erhalten können. Anschließend erfolgen in einer Weiterbildung in Berufstätigkeit die Vertiefung in Psychotherapieverfahren und die Spezialisierung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen. Das gilt für alle, die ab dem 1. September 2020 ihr Studium aufnehmen. Wer davor bereits mit dem Studium begonnen hat, kann bis 2032 nach altem Recht die Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren – in Härtefällen sogar bis Ende August 2035. Details des neuen Studiums werden in einer Approbationsordnung geregelt, die noch vom Bundesrat beschlossen werden muss. Die Weiterbildungsordnungen werden von den Psychotherapeutenkammern erlassen.

Am 1. September 2020 tritt das im vergangenen Jahr verabschiedete Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (2019) in Kraft. Mit den im Herbst 2019 vom Bundestag und Bundesrat beschlossenen Änderungen des Psychotherapeutengesetzes und weiterer Gesetze[2] wird die Qualifizierung von Psychotherapeuten nach 15 Jahren Reformdebatte grundsätzlich reformiert. Künftig qualifiziert bereits das Studium so weit, dass Absolventen nach einer staatlichen Prüfung eine Approbation als Psychotherapeut erhalten können. Die Vertiefung in einem Psychotherapieverfahren und die Spezialisierung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen finden wie heute nach dem Studium statt. Wie bei den anderen akademischen Heilberufen ist diese Qualifizierung aber in Zukunft keine Ausbildung nach einem abgeschlossenen Studium mehr, sondern eine Weiterbildung in Berufstätigkeit mit Anspruch auf eine angemessene Vergütung. Dieser neue Qualifizierungsweg gilt für alle, die ab dem 1. September 2020 ihr Studium beginnen. Wer davor bereits ein Studium aufgenommen hat, um Psychologischer Psychotherapeut (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) zu werden, hat noch bis zum 1. September 2032 Zeit, diese Ausbildungen nach altem Recht abzuschließen – in Härtefällen sogar bis Ende August 2035. Die Details des neuen Studiums werden nicht im Gesetz, sondern in einer Approbationsordnung geregelt, die das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung der Länder durch Zustimmung des Bundesrates erlässt. Der Beschluss des Bundesrats zu dieser Verordnung wird am 14. Februar 2020 erwartet.[3]

Diese Reform ist ein zentrales Anliegen der Psychotherapeutenschaft. Das Psychotherapeutengesetz, das vor 20 Jahren ein entscheidender Schritt der weiteren Professionalisierung der psychotherapeutischen Berufe war, wurde rasch überarbeitungsbedürftig (Alpers & Vogel, 2004; Gröger, 2006; Hoelzel, 2006). Mit der Bologna-Reform waren die bundesweit gültigen hohen Standards der Hochschulqualifizierung weggebrochen. Auch erwies sich die Schwerpunktsetzung der Ausbildung auf die ambulante Versorgung als unzureichend. Sie bildete nur einen Teil des breiten psychotherapeutischen Berufsbildes ab, zu dem auch Tätigkeiten in der stationären Versorgung und anderen institutionellen Bereichen wie der Jugendhilfe oder Sozialpsychiatrie gehören. Daneben führte die Konzeption einer postgradualen Ausbildung zu prekären finanziellen Lebenslagen der Ausbildungsteilnehmer, weil sich aus dem Ausbildungsstatus kein Anspruch auf eine angemessen vergütete sozialversicherungspflichtige Beschäftigung begründen lässt. Und schließlich beschränkt die postgraduale Ausbildung die ganze Berufsgruppe in ihrer Sou-

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

2 Die weiteren Änderungen betreffen das Fünfte, Siebte und Achte Buch Sozialgesetzbuch, das Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung, das Krankenhausentgeltgesetz, das Nutzungszuschlags-Gesetz, das Strafgesetzbuch, das Einführungsgesetz zur Strafprozessordnung und die Abgabenverordnung.

3 Das Ergebnis der Bundesratssitzung stand zum Redaktionsschluss noch nicht fest.

veränität bei der Gestaltung ihres Berufes. Im Gegensatz zu den anderen akademischen Heilberufen, die ihre Berufsqualifizierung nach dem Studium über die Weiterbildung selbst gestalten, wird dieser Qualifizierungsabschnitt bei den Psychotherapeuten vom Gesetzgeber geregelt und nicht von den Psychotherapeutenkammern, weil es formal eine Ausbildung ist.

Die Psychotherapeutenschaft forderte deshalb schon früh eine Reform. Ein erstes Reformkonzept folgte Empfehlungen eines Forschungsgutachtens im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Strauß et al., 2009). Mit ihm sollten Verbesserungen innerhalb der Systematik der postgradualen Ausbildung erreicht werden (s. dazu Klein-Heßling & Schopohl, 2011), es wurde vom Gesetzgeber jedoch nicht aufgegriffen. 2014 votierte der 25. Deutsche Psychotherapeutentag mit großer Mehrheit für eine grundlegende Reform der Psychotherapeutenausbildung mit einem Studium, das zur Approbation und in der anschließenden Weiterbildung zum Erwerb der Fachkunde führt. Die Bundespsychotherapeutenkammer startete in der Folge das Projekt Transition, um gemeinsam mit den Landespsychotherapeutenkammern, den psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden, Vertretern von Ausbildungsstätten und Ausbildungsteilnehmern sowie Verbänden der Hochschullehrer ein Gesamtkonzept für die künftige Aus- und Weiterbildung zu entwickeln (s. Bundespsychotherapeutenkammer, 2017). Dieses Gesamtkonzept wurde in weiten Teilen erfolgreich in die politischen Entscheidungsprozesse im Bundesgesundheitsministerium, im Deutschen Bundestag und im Bundesrat eingebracht und mit der nun beschlossenen Ausbildungsreform Wirklichkeit. Die damit verbundene Regelung einer Weiterbildung stellt die Profession zugleich vor eine große Herausforderung.

Der Weg zur neuen Approbation: Universitätsstudium mit Masterabschluss und staatlicher Prüfung

Die Erteilung der neu geregelten Approbation setzt ein insgesamt fünfjähriges Studium an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule voraus, das sich zusammensetzt aus einem Bachelorstudiengang und einem darauf aufbauenden Masterstudiengang. Mit dem Studium werden wissenschaftliche und praktische Kompetenzen für diesen akademischen Heilberuf vermittelt. Als „Psychotherapeuten" dürfen sich Absolventen aber erst dann bezeichnen, wenn sie zusätzlich zum Abschluss des Masterstudiengangs eine staatliche Prüfung („psychotherapeutische Prüfung") bestehen und die Approbation durch die zuständige Stelle erteilt wird. Auf diese Weise wird die zweistufige Struktur des Studiums (Bachelor und Master) mit bundeseinheitlicher Qualitätssicherung für die Ausbildung in einem akademischen Heilberuf verknüpft. Diese Verknüpfung ist erforderlich, weil die Schaffung eines neuen Staatsexamensstudienganges hochschulpolitisch nicht durchsetzbar war und das zweistufige Studium auch im Zuge des Bologna-Prozesses zur Verwirklichung einer europaweiten Vergleichbarkeit und Vereinheitlichung von Studiengängen vom Gesetzgeber priorisiert wird.

Das Gesetz macht Rahmenvorgaben für diese Studiengänge und ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, mit Zustimmung des Bundesrates in einer Approbationsordnung Mindestanforderungen an das Studium, die staatlichen Prüfungen und die Erteilung der Approbation zu regeln. Die Bezeichnung des Studienganges und Studienabschlusses lässt das Gesetz offen, es kann daher von unterschiedlichen Fachbereichen oder Fakultäten angeboten werden. Von den 300 Leistungspunkten (ECTS) eines Bachelor- und Masterstudiums werden 180 ECTS für hochschulische Lehre und Berufspraxis durch das Psychotherapeutengesetz und die Approbationsordnung festgelegt. Dazu gehören 570 Stunden berufspraktische Einsätze im Bachelorstudium und 750 Stunden im Masterstudium. Der Umfang der berufspraktischen Einsätze im Masterstudium hat damit einen Umfang, der einem Praxissemester entsprechen würde.

Die Approbation wird für Master-Absolventen erst nach Bestehen einer staatlichen Prüfung erteilt – dadurch soll die neue Struktur des Studiums mit bundeseinheitlicher Qualitätssicherung für die Ausbildung in einem akademischen Heilberuf verknüpft werden.

Erst nach Verabschiedung der Approbationsordnung im Bundesrat wird sich im Detail bewerten lassen, inwieweit das neue Studium den gesetzgeberischen Zielen des Psychotherapeutengesetzes gerecht werden kann. Die Grundlagen der in der Approbationsordnung geregelten Studieninhalte und Kompetenzziele, die das psychotherapeutische Berufsbild widerspiegeln, sind als Ausbildungsziele im Psychotherapeutengesetz verankert. Dadurch wird sichergestellt, dass Psychotherapeuten im Studium für die notwendige Breite von Wissenschaft und Praxis sowie die Entwicklung von Innovationen qualifiziert werden und zugleich die Standards der Versorgungspraxis kennenlernen. Über die Approbationsordnung sollte darüber hinaus gewährleistet sein, dass das Studium die Behandlung aller Altersgruppen vom Säuglings- bis hin zum hohen Erwachsenenalter und die Breite der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden in allen Bereichen der heilkundlichen Tätigkeit umfasst. Ob die Anforderungen der Approbationsordnung dann auch in den neuen Studiengängen umgesetzt werden, wird im Rahmen der Akkreditierungsverfahren bei jedem Studiengang geprüft.

Die Approbation als „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ für die Breite des Berufsbildes

Wer die neue Approbation erhält, wird die Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ führen. Der Gesetzgeber begründet die Entscheidung für diese Berufsbezeichnung auch damit, dass sie im allgemeinen Sprachgebrauch seit Jahren für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verwendet wird. Alle neuen Psychotherapeuten werden mit dieser Approbation die gleichen Rechte und Pflichten haben. Die Spezialisierung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen und die Vertiefung eines Psychotherapieverfahrens erfolgen erst in der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten. Das setzt voraus, dass im Studium zumindest die Grundlagen für die Behandlung aller Altersgruppen und zu den Psychotherapieverfahren vermittelt werden.

Die neue Approbation deckt die Breite des Berufsbildes ab. Ausübung von Psychotherapie ist dabei jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Leider findet sich in der Gesetzesbegründung kein Hinweis auf die Motivation, diese Definition gegenüber der alten Definition um die Voraussetzung der Verfahrensprüfung zu ergänzen. Gesetzlich klargestellt und begründet wird dagegen, dass Psychotherapeuten auch in der Beratung, Prävention und Rehabilitation tätig sind.

Diagnostik und Behandlungsindikation sind Kernkompetenzen der psychotherapeutischen Heilkunde. Sie müssen zum Zeitpunkt der Approbation umfassend beherrscht werden, damit ein Psychotherapeut qualifiziert beraten, Behandlungen empfehlen oder selbst behandeln kann. Die Approbation nach dem Studium ermöglicht aber noch nicht die eigenverantwortliche Anwendung von Psychotherapieverfahren. Das erfordert eine mehrjährige Qualifizierung in der Versorgungspraxis. Erst nach einer Weiterbildung kann deshalb die Fachkunde zur Behandlung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung erlangt werden.

Weiterbildung in Berufstätigkeit

Auf das Studium und die Approbation folgt deshalb wie bei anderen Heilberufen eine Weiterbildung. Darin spezialisieren sich die Psychotherapeuten auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen und in einem Psychotherapieverfahren. Anders als heute werden sie während ihrer stationären Weiterbildung in der Psychiatrie, Psychosomatik oder der Rehabilitation ein Gehalt beziehen können, das für einen Masterabsolventen mit Approbation angemessen ist und durch die mit der Approbation verbundenen Befugnisse auch gut begründet ist (Steffen & Blum, 2017). Während der obligatorischen ambulanten Weiterbildung sollen Psychotherapeuten künftig mindestens 40 Prozent der Vergütungen für die von ihnen erbrachten Leistungen erhalten. Eine darüberhinausgehende finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung ähnlich wie in der Allgemeinmedizin gibt es nicht. Wie Modellrechnungen zeigen, ist schon jetzt absehbar, dass die fachlich erforderliche Supervision, Selbsterfahrung und Theorievermittlung und ein Gehalt wie im Krankenhaus in der ambulanten Weiterbildung nicht vollständig refinanziert werden (Walendzik & Wasem, 2017) und das Gesetz an dieser Stelle nachgebessert werden muss.

Zur Sicherstellung der ambulanten Weiterbildung werden Ambulanzen, die von der Kammer für die Weiterbildung zugelassen sind, auf Antrag und durch Bescheid des Zulassungsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigt. Bereits als Ausbildungsstätte ermächtigte und für die Weiterbildung zugelassene Ambulanzen behalten die Ermächtigung ohne eine sogenannte Bedarfsprüfung, die durch den Zulassungsausschuss erfolgt. Der Zulassungsausschuss prüft dann nur, ob die fachlichen Qualifikationen für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllt werden. Dieser Bestandsschutz eröffnet den bisherigen staatlich anerkannten und ermächtigten Ausbildungsstätten die Option, auch im neuen Weiterbildungssystem eine Ermächtigung ohne Bedarfsprüfung zu erhalten. Ist hingegen der Bedarf zu prüfen, weil es sich z. B. um eine nach dem 26. September 2019 staatlich anerkannte Ambulanz handelt, kommt es darauf an, ob die Ermächtigung für eine ausreichende Versorgung der Versicherten notwendig ist.

Die neue Approbation wird voraussichtlich erstmals zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes erteilt. Das ist der Fall, wenn die Landesprüfungsämter die Leistungen aus bereits heute laufenden Bachelorstudiengängen als gleichwertig anerkennen und Universitäten bereits zum Wintersemester 2020/21 Masterstudiengänge anbieten, die die Anforderungen der Approbationsordnung erfüllen. Dann werden ab Herbst 2022 Weiterbildungsplätze gebraucht. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat das Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung“ gestartet, um unter Mitwirkung der Landespsychotherapeutenkammern und in enger Abstimmung mit Berufsverbänden und Fachgesellschaften eine Musterweiterbildungsordnung zu erlassen, die weitgehend bundeseinheitlich in den Weiterbildungsordnungen der Länder umgesetzt wird. Ziel ist, dass die Landeskammern auf dieser Grundlage Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugte anerkannt haben werden, wenn Psychotherapeuten mit der neuen Approbation im Rahmen ihrer Berufstätigkeit eine Weiterbildung zu Fachpsychotherapeuten beginnen wollen.

Lange Übergänge bis zum Auslaufen der postgradualen PP- und KJP-Ausbildungen

Die Reform betrifft vor allem die künftigen Psychotherapeuten. Wer sich nach dem Inkrafttreten des novellierten Psychotherapeutengesetzes für den Beruf des Psychotherapeuten entscheidet, für den werden die neuen Qualifikationsstrukturen verpflichtend sein. Die heutigen Psychotherapeuten in Ausbildung können die postgraduale Ausbildung, die sie bereits begonnen haben, abschließen. Auch Studierende der Psychologie, Pädagogik oder Sozialen Arbeit, die vor Inkrafttreten der Reform ihr Studium aufgenommen haben, werden bis 2032, in Härtefällen bis 2035, Zeit haben, um die heutige Ausbildung absolvieren zu können. Für sie wird es also eine lange Phase des Übergangs geben, in der die alten Strukturen weiterbestehen. Damit diese Ausbildungen weiter absolviert werden können, erhalten die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten einen Bestandsschutz.

Deshalb werden für viele Tausend Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) bis zum Abschluss der Übergangsphase die bisherigen Ausbildungsbedingungen gelten. Sie sollen künftig eine Praktikumsvergütung von mindestens 1.000 Euro im Monat während der praktischen Tätigkeit 1 (Psychiatriejahr) erhalten, die über die Pflegesätze refinanziert wird. Für die Phase der praktischen Ausbildung sollen sie mindestens 40 Prozent von den Vergütungen der Ausbildungstherapien bekommen. Das Gesetz bleibt damit deutlich hinter den Erwartungen der PiA zurück, die mit ihren Protesten gegen die heutigen Ausbildungsbedingungen maßgeblich zur Reform beitragen und dabei auch Verbesserungen ihrer prekären Ausbildungsbedingungen gefordert haben.

In Fragen der Vergütung bleibt das Gesetz hinter den Erwartungen der PiA zurück, die mit ihren Protesten gegen prekäre Ausbildungsbedingungen den Reformprozess mitangestoßen haben.

Auswirkungen der Reform auf PP und KJP

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird sich mit der Reform berufsrechtlich wenig ändern. Sie führen ihre bisherigen Berufsbezeichnungen weiter und behalten ihren berufs- und sozialrechtlichen Status. Die BPtK-Forderung für Übergangs- und Anerkennungsregelungen, mit denen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die neue Approbation und damit eine Heilkundeerlaubnis ohne Altersbeschränkungen erhalten können, hat der Gesetzgeber nicht aufgegriffen. Damit sollte insbesondere die Versorgung von jungen Erwachsenen und Menschen mit geistiger Behinderung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verbessert werden.

Bei heute rund 50.000 Angehörigen der Psychotherapeutenkammern und erwarteten rund 2.500 Absolventen, die in einigen Jahren nach der reformierten Ausbildung jährlich neu approbiert werden, werden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch weit in die 2030er-Jahre die Mehrheit unter den Kammerangehörigen bilden. Deshalb erfolgt auch für sie eine stetige Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Rahmenbedingungen, z. B. bei den Qualifizierungsmöglichkeiten durch die Regelung neuer Weiterbildungsbereiche. Als Dozenten, Praktikumsanleiter, Weiterbildungsbefugte, Supervisoren, Selbsterfahrungsleiter und Dozenten können sie darüber hinaus aktiv an der Qualifizierung der Aus- und Weiterbildung der künftigen Psychotherapeuten mitwirken.

Mit dem Reformgesetz wurden auch Änderungen im Sozialrecht vorgenommen, die die ganze Berufsgruppe der Psychotherapeuten betreffen. Dazu gehört neben den erweiterten Befugnissen im Sozialgesetzbuch V, mit denen Psychotherapeuten künftig Ergotherapie und psychiatrische Krankenpflege verordnen dürfen, vor allem auch der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), bis zum 31. Dezember 2020 eine Richtlinie für ein intensives ambulantes Versorgungsangebot von schwer psychisch kranken Menschen zu erlassen. Dabei handelt es sich um ein komplexes Angebot: intensiv-psychotherapeutische Leistungen aus Einzel- und Gruppentherapie, medikamentöser Behandlung, Soziotherapie, häuslicher psychiatrische Krankenpflege und Ergotherapie, das auch von Psychotherapeuten oder Psychiatern koordiniert werden soll. Daneben soll der G-BA bis zum Herbst 2020 bettenbezogene Mindestvorgaben für die Zahl an Psychotherapeuten in den Kliniken der Psychiatrie und Psychosomatik vorlegen, damit die Psychotherapeutenberufe 20 Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz erstmals formal in die Krankenhausversorgung eingeführt werden und die Versorgung psychisch kranker Menschen im stationären Bereich verbessert wird. Auch weitere Änderungen im Sozialrecht, wie der Auftrag an den G-BA, Mindestanforderungen einer Standarddokumentation zu beschließen, bis Ende 2022 ein neues sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) in der ambulanten Psychotherapie einzuführen und anschließend das Antrags- und Gutachterverfahren abzuschaffen sowie Honorarzuschläge für Kurzzeittherapien zu zahlen, wurden erst kurz vor der abschließenden Lesung des Gesetzes durch die Regierungskoalition eingebracht. Eine fachliche Auseinandersetzung und die notwendige Beratung durch die Profession wurden auf diese Weise ausgeschlossen.

Fazit und Ausblick

Die Reform beendet ein großes Defizit der bisherigen Psychotherapeutenausbildung. Der nach neuem Recht approbierte

Nachwuchs muss sich nach abgeschlossenem Studium nicht mehr jahrelang ohne geregeltes Einkommen und ohne ausreichende soziale und rechtliche Absicherung bis zur Approbation zusätzlich ausbilden lassen. Die Approbation nach Studium und staatlicher Prüfung bedeutet, dass die zukünftigen Psychotherapeuten in Weiterbildung keine Praktikanten mehr sind, sondern sozialversicherungspflichtige Beschäftigte mit einem entsprechenden Einkommen.

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung wird zugleich dazu führen, den Psychotherapeutenberuf flexibler an die Bedarfe der Versorgung psychisch kranker Menschen anzupassen, die sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich geändert haben. Wie gut das mit dem neuen Studium gelingt, kann erst beurteilt werden, wenn die Approbationsordnung verabschiedet worden ist und sich die Weiterbildung mit einem obligatorischen ambulanten und stationären sowie einem fakultativen Abschnitt in institutionellen Bereichen wie der Jugendhilfe oder Gemeindepsychiatrie etabliert hat.

Nach der Verabschiedung der Reform bestehen die größten Herausforderungen jetzt darin, bundesweit ausreichende Studienplatzkapazitäten zu schaffen und rechtzeitig eine Musterweiterbildungsordnung und darauf aufbauend Weiterbildungsordnungen zu verabschieden, nach denen die nach neuem Recht Approbierten in angemessener Zeit und notwendiger Qualität eine strukturierte Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten absolvieren werden. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der auch vor den Psychotherapeuten nicht Halt macht, darf es dabei mit Blick auf den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf keine längeren Brüche bei der Qualifizierung des Nachwuchses geben. Dieser Verantwortung sind sich die Kammern bei der Regelung der Weiterbildung bewusst.

Literatur

Alpers, G. W. & Vogel, H. (2004). Bachelor oder Master, wer wird Psychotherapeut? Was die Neufassung der Studienabschlüsse für die Psychotherapieausbildung bedeutet. Psychotherapeutenjournal, 3 (4), 315–319.

Bundespsychotherapeutenkammer (2017). Gesamtkonzept: Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/Gesamtkonzept_Reform_der_Aus-_und_Weiterbildung_mit_Anlagen_02.pdf [30.01.2020].

Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz) (2019), i. d. F. der Verkündung vom 15.11.2019, Bundesgesetzblatt Teil I 2019 Nr. 40, 1604–1621.

Gröger, W. M. (2006). Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform. Psychotherapeutenjournal, 5 (4), 340–352.

Hölzel, H. H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. Psychotherapeutenjournal, 5 (3), 232–237.

Klein-Heßling, J. & Schopohl, J. (2011). Die gravierenden Mängel der Psychotherapeutenausbildung und das Reformkonzept der Profession. Psychotherapeutenjournal, 10 (4), 356–360.

Steffen, P. & Blum, K. (2017). Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten im Krankenhaus. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/DKI_Bericht_2017_03.pdf [30.01.2020].

Strauß, B., Barnow, S., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Verfügbar unter: https://www.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/Forschung/Endfassung_Forschungsgutachten_Psychotherapieausbildung.pdf [30.01.2020].

Walendzik, A. & Wasem, J. (2017). Organisations- und Finanzierungsmodelle für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbildung nach einem Approbationsstudium. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/EsFoMed_Bericht_0317.pdf [30.01.2020].

Dr. Dietrich Munz

Korrespondenzanschrift:
Klosterstr. 64
10179 Berlin
munz@bptk.de

Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Dipl.-Phys. Dietrich Munz ist Psychologischer Psychotherapeut. Seit 2015 ist er Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer und seit 2005 Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Landespsychotherapeutenkammer) Baden-Württemberg.

Dr. Nina Gott-Klein

gott-klein@bptk.de

Dr. iur. Nina Gott-Klein ist juristische Referentin bei der Bundespsychotherapeutenkammer. In ihre Zuständigkeit fallen die Themen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Dr. Johannes Klein-Heßling

klein-hessling@bptk.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Johannes Klein-Heßling ist wissenschaftlicher Referent bei der Bundespsychotherapeutenkammer. In seine Zuständigkeit fallen die Themen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Er begleitet die Reform der Psychotherapeutenausbildung von Anfang an.

Rezensionen

Expertenwissen kompakt

Britten, U. (Hrsg.). (2019). Herausforderungen der Psychotherapie. 23 Therapeutinnen und Therapeuten im Interview. Gießen: psychosozial, 153 S., 19,90 €

Man muss dem Herausgeber danken dafür, dass es ihm gelungen ist, in diesem Buch eine breite Übersicht über sehr unterschiedliche Themen, dargestellt von unterschiedlichen Psychotherapeuten[1], so zu gestalten, dass die Einheitlichkeit psychotherapeutischer Grundkonzepte hervortritt. Eine einfühlsame Fragetechnik und ein gutes Verständnis des Interviewers für oft subtile Themen geben den interviewten Psychotherapeuten die Möglichkeit, sich sehr differenziert zu äußern.

Bekannte und weniger bekannte Psychotherapeuten werden zu den Schwerpunkten, für die sie sich besonders interessieren und qualifiziert haben, befragt. Erfreulicherweise geht es nicht um allgemeine Befindlichkeiten oder persönliche Probleme mit dem Beruf, sondern nur um das spezielle Fach- und Erfahrungswissen der Interviewten. Das dabei abgedeckte Themenspektrum reicht von der Beziehung der Psychotherapie zu verwandten Bereichen wie der Neurologie über einzelne Störungsbilder (z. B. Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus, Hypochondrie, Psychosen) bis hin zu spezifischen Situationen im Therapieprozess, die bei der Beziehungsgestaltung schwierig sein können (Einbeziehung von Familienangehörigen, Verliebtheit, Suiziddrohungen u. a.). In den drei letzten Interviews geht es um allgemeinere Probleme des Gesundheitswesens. Zuletzt gibt Hans-Jürgen Wirth eine Einschätzung des Standes der oft totgesagten Psychoanalyse (die sehr positiv ausfällt!).

Natürlich wird nicht jeder Leser mit allem einverstanden sein, was einzelne Kollegen zu ihren jeweiligen Problembereichen aussagen, aber die meisten Interviews sind interessant – auch deshalb, weil der Interviewer kenntnisreich sachlich fundierte Fragen stellt. Hat man selbst öfters Interviews bearbeitet, dann weiß man, wie viel Arbeit es für den Interviewer macht, solch übersichtliche und klare Aussagen „herauszudestillieren" aus meist vielen unnötigen Abweichungen, die ein solches Gespräch immer erfährt.

Es ist natürlich nicht möglich, jedes einzelne Interview zu besprechen. Meine Auswahl derer, die mir als die interessantesten erschienen sind, ist durch und durch subjektiv – einfach solche, die mir persönlich neue Erkenntnisse gebracht haben oder bei denen es wieder einmal klar wird, wie wichtig ein integratives Modell der Psychotherapie für einen modernen Psychotherapeuten ist. Neben dem Gespräch mit dem bekannten Neurobiologen Gerhard Roth wäre ein solches Interview z. B. das mit Jürgen Grieser über Triangulierung. Selten hört man über dieses für alle Therapieschulen wichtige Konzept solch klare Aussagen. Dass er in das Konzept vom „Dritten" in der Therapie auch kulturelle Gesichtspunkte einbezieht (auch: die Sprache, das Denken, Gesetze), löste bei mir eine Fülle von Assoziationen aus. Dieser Gesichtspunkt dient in hohem Maße dazu, das „Überkonfessionelle" in der Psychotherapie zu betonen. Dies gehört sowieso zu den Vorzügen des Buches: ungeachtet der Therapierichtung wird problemspezifisch gedacht und gefragt und nicht in altmodischer Form allein verfahrensspezifisch diskutiert. Dazu gehören auch die vom Gender-Standpunkt aus wichtigen Interviews mit Rosemarie Piontek über Geschlechtersensibilität und Björn Süfke über die Psychotherapie mit Männern. Das Interview mit Hans Lieb über die konfligierenden Logiken im Gesundheitswesen (medizinisch, rehabilitativ, symptomerleichternd) dürfte manchem Kollegen, der in einer Klinik arbeitet – egal in welcher Position –, wichtige Erkenntnisse bringen. Die klaren Aussagen von Ulrike Willutzki über Ressourcenorientierung schlagen ebenfalls einen Bogen über verschiedene Therapieschulen.

Natürlich könnte man Rainer Sachses bekannte Veröffentlichungen zu Persönlichkeitsstörungen selbst lesen, aber was er in solch knapper Form in diesem Interview aussagt, wird manchen Kollegen genügen, um nicht mehr gegenwärtiges Wissen zu aktivieren. Letzteres mag für viele Interviews gelten – dies scheint mir einer der Vorteile zu sein: Man wird oft wieder „auf den neuesten Stand" gebracht, ohne dass man sich mit schlechtem Gewissen sagen muss, dass man „schon wieder" ein wichtiges Buch nicht gelesen hat.

In diesem Sinne kann man diese sorgfältig durchgeführte Interviewsammlung jedem Kollegen empfehlen, der sich für Psychotherapie in einem verfahrensübergreifenden Sinn interessiert, neue Perspektiven gewinnen und hilfreiche Anregungen holen will.

Dr. Eva Jaeggi,
Berlin

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.

Vom Lernen, die Segel richtig zu setzen

Plassmann, R. (2019). Psychotherapie der Emotionen. Die Bedeutung der Emotionen für die Entstehung und Behandlung von Krankheiten. Gießen: psychosozial, 308 S., 36,90 €

Eine Psychotherapiestunde wie ein Segeltörn? Reinhard Plassmann beginnt sein Buch „Psychotherapie der Emotionen" mit diesem Vergleich. Wohin soll die Reise gehen? Oder anders gefragt: Was genau soll eigentlich in einer Therapiestunde stattfinden, damit Heilung gefördert wird? Seine Antwort scheint fast banal einfach: Es geht um die kreative Bearbeitung der Emotionen, die bei psychischen Erkrankungen als schwer tolerierbar und regulierbar erlebt werden und aus deren Abwehr dysfunktionale Muster entstehen. Zusammen mit dem Autor sind wir verblüfft: Ja, es stimmt, Psychotherapietheorien gleichen Segelschulen, die von Schiffstypen bis hin zu Kartenlesen und Navigationstechnik alles lehren, aber kaum ein Wort über Windstärken oder das Umgehen mit Winden verlieren. „Segeln heißt, mit der Kraft des Windes arbeiten, Psychotherapie heißt, mit der Kraft der Emotionen arbeiten", befindet Plassmann (S. 32) und möchte nun den konzeptionellen Mangel beheben. Sein Herangehen ist auch deswegen faszinierend, weil kein oder kaum psychoanalytisches Vorwissen nötig ist, um den psychoanalytisch fundierten, bestechend klaren und nachvollziehbaren Überlegungen zu folgen und diese auf ein „idealtypisches Geschehen" während einer Psychotherapiestunde zu beziehen.

Zentraler Ausgangspunkt ist der Gedanke, dass die Affektdysregulation so gut wie alle psychischen und psychosomatischen Erkrankungen charakterisiert – somit ist das psychotherapeutische Ziel die Verbesserung der Affektregulation. Grundlage dafür ist unsere Bereitschaft, in Affektresonanz mit unseren Patienten zu gehen – also Qualität und Intensität, aber auch Blockaden oder Wechsel der eigenen Affekte wie die der Patienten sorgfältig wahrzunehmen, uns auf sie einzustellen und dieses an bedeutsamer Stelle zu spiegeln. Plassmann bezieht sich darin auf die Säuglingsforschung: Eine gute Affektabstimmung, eine ausreichend gute Synchronisierung des Dialogs zwischen Mutter und Kind gilt hier als Zeichen einer sicheren Bindung, die wiederum Voraussetzung für eine förderliche seelische Entwicklung und kreatives Wachstum ist. Im Raum dieser sicheren Bindung werden kreative Heilungsschritte möglich, die sich mit Hilfe von Daniel Sterns Konzept der Gegenwartsmomente erfassen lassen. Gegenwartsmomente sind (z. T. nur wenige Sekunden dauernde) Augenblicke emotionaler Öffnung und Resonanz zwischen Psychotherapeut und Patient, die im Kern dysfunktionale Muster abbilden, zugleich aber auch schon auf ihre Transformation und Heilung verweisen. Hier offenbart sich ein vom klassischen psychoanalytischen Vorgehen deutlich abweichendes Verständnis seelischer Heilung: Es ist nicht mehr primär die (möglichst korrekte) Deutung der unbewussten Konflikte, die Heilung schafft, sondern es sind vor allem die Momente gelingender Synchronisierung und emotionaler Resonanz, die das den Patienten inhärente Heilungspotential in kleinen Schritten freisetzen. Dabei ist die spezifische Qualität dieses Resonanzraums zwischen Psychotherapeut und Patient kontinuierlich wahrzunehmen und etwa im Falle von Blockaden oder Stagnation zu spiegeln. Prozessdeutungen ermöglichen die Verständigung über das emotionale Geschehen während einer Stunde und bilden damit einen „Königsweg" guter emotionaler Synchronisierung. Erst dann kann die emotionale Lösung oder Transformation des Belastenden geschehen. Und es ist erstaunlich, wie relativ wenig sich zur Qualität dieser heilenden Veränderung sagen lässt. Folgt sie intuitiven kreativen Impulsen? Basiert sie auf Sinnfindung? Auf Integration? Plassmann betont den selbstorganisatorischen Charakter der Heilungsmomente, die – wiederum abweichend vom „klassischen" Verständnis – nicht primär aus der Aktivität der Psychotherapeuten hervorgehen, sondern unter günstigen Bedingungen in den Patienten selbst entstehen. So lässt sich unsere Rolle als Regulations- und Verarbeitungshelfer für als überfordernd oder gar überflutend erlebte Emotionen verstehen, die von den Patienten autopoetisch verarbeitet und integriert werden. Plassmann, der auch mit EMDR arbeitet, übernimmt von diesem die bipolare Arbeitsweise, die er auch für eine „ideale" Therapiestunde postuliert. Damit ist gemeint, dass die Aufmerksamkeit nicht nur dem emotional belastenden Material gilt, sondern auch auf Ressourcenmomente fokussiert, die Heilungspotentiale enthalten und freisetzen. Beide Pole gehen mit Körpersensationen einher, denen im Verarbeitungsgeschehen unbedingte Aufmerksamkeit gilt. Es sei „unerlässlich, dass die Patienten ihre Körperreaktionen nicht nur haben (…), sondern dass sie vom Therapeuten aktiv einbezogen, also erfragt, fokussiert, mit Gedanken und Gefühlen verknüpft werden" (S. 107).

Es ist ein Genuss, Plassmanns Ausführungen zu folgen, die er mit zahlreichen sehr differenziert beschriebenen Fallbeispielen illustriert und die er in ihren methodischen Umsetzungen sehr genau und detailliert beschreibt. Kritiker mögen einwenden, dass Plassmann vor lauter Faszination für den Wind die Notwendigkeit von Gewässerkunde, Bootsbau, Astronomie oder Wasserverkehrszeichen zu sehr aus dem Blick verliert. Zu Recht. Doch da, wo wir uns für das Segeln am Wind interessieren, ist das Buch eine höchst anschauliche, hilfreiche und auch lustvolle Anleitung. Denn Plassmann lässt ahnen, „wie sich der Beruf eines Therapeuten verändert, der wie hier beschrieben arbeitet: Die Behandlungen werden intensiver, kürzer und machen entschieden mehr Freude, weil sie nicht nur Begegnung mit Krankheit sind, sondern auch Begegnung mit purer Lebendigkeit" (S. 139). Gibt es eine schönere Einladung als diese, sich mit seinem Zugang zu befassen?

Dr. Vera Kattermann,
Berlin

Leserbriefe

Mehr Kompetenzorientierung wagen

Zu W. Rief: Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation. Psychotherapeutenjournal 3/2019, S. 261–268.

Herrn Rief sei gedankt, dass er sich als ausgewiesener Universitätsvertreter und verhaltenstherapeutischer Vordenker einem Thema stellt, das m. E. in der Praxis schon längst weiter entwickelt ist, als dies in vielen Ausbildungsinstituten vermittelt wird: die Sinnhaftigkeit der Schulenorientierung. Er wird dafür von einzelnen Schulenvertreter*innen jedweder Couleur wenig Beifall bekommen. Die jahrzehntealte Tradition in der deutschen Psychotherapiediskussion der Abgrenzung, Ausgrenzung anderer Orientierungen und dem vermeintlichen Nachweis der Überlegenheit der eigenen „Schule" produziert eine Reihe von sich immunisierenden Systemen, die sich die Frage, was das Beste für unsere Patient*innen ist, gar nicht stellen können, da sich das Augenmerk auf Systembestätigung richtet und Stichproben so selegiert werden, dass diese Bestätigung gelingt. Die schon seit langer Zeit angeregte Drop-out- oder Misserfolgsforschung findet kaum nennenswerte Beachtung – sie könnte ja das eigene Therapiesystem in Frage stellen.

So gelingt es Rief, in bester Grawe'scher Tradition ein Kompetenzmodell anzuregen, das der Frage nachgeht, welche Fähigkeiten und Skills ein/e gute/r Psychotherapeut*in für eine erfolgreiche Arbeit mit Patient*innen benötigt, anstatt der Frage nachzuhängen, ob eine bestimmte Therapietechnik einer anderen überlegen ist. Wie oft erleben wir es in der Ausbildung junger Psychotherapeut*innen, dass vor der Erfassung und dem Verstehen eines Problems eines/r Patient*in sich der Blick auf eine gelernte Methode richtet und der/die Patient*in dafür in Passform gebracht wird: Wenn ich Konfrontationstechniken in sensu erlernt habe, werde ich bei/m Patient*in schon eine traumatische Erfahrung finden, um die Methode anzuwenden. Ich habe in meiner therapeutischen Sozialisation am meisten von Menschen wie Kanfer, Grawe oder Reinecker, (…) aber auch von Kernberg, Fürstenau, v. Schlippe oder Senf gelernt – bei allen war die Schulenorientierung zweitrangig. Am spannendsten war es für mich immer, wenn Psychotherapeut*innen mit ganz anderen Theoriemodellen im Kopf ebenfalls erfolgreiche Therapien durchführten, die mir zeigten, dass es nicht die theoretische Orientierung sein kann, die den Unterschied macht, sondern die therapeutische Kompetenz.

Zur Zeit wird unter Federführung des IMPP begonnen, einen „kompetenzorientierten Gegenstandskatalog Psychotherapie" zu erstellen, die ersten Diskussionen darüber verlaufen leider wieder hauptsächlich schulengeprägt und berufsständisch. Hier wünsche ich mir eine breite und anderen Verfahren gegenüber respektvolle Diskussion um die beste Versorgung unserer Patient*innen, die sich von der alleinigen Fixierung auf RCT-Studien löst und neuere empirische Befunde wie beim einschlägigen Werk von Wampold, Imel und Flückiger von 2018 ernst nimmt. Psychotherapie hat eine Zukunft, wenn Patient*innen die Therapie erhalten, die sie brauchen – unabhängig davon, in welcher Therapieschule ihr/e Psychotherapeut*in ausgebildet wurde.

Dr. Dipl.-Psych. Michael Broda, Dahn

Ein Manual für emotionale Analphabeten?

Zu W. Rief: Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation. Psychotherapeutenjournal 3/2019, S. 261–268.

Wie kann durch Hoffnung Gesundung oder Heilung entstehen? Wie kann trotz Erkrankung Hoffnung aufrechterhalten werden? Die kognitive Verhaltenstherapie spricht von einer Erwartungshaltung, die positiv beeinflusst werden kann. Bemerkenswert, wie im vorgestellten Manual hierzu die Erwartungen von Patienten bezüglich des Gesundungsprozesses nach einer Herz-Operation in den Fokus genommen werden, um die Wahrscheinlichkeit eines gut verlaufenden Genesungsprozesses zu erhöhen. Dort wird dann eine inhaltliche Vorgabe dafür entwickelt, was mit Patienten vor einer Operation zu besprechen ist, um die Moderatorvariable „Erwartungshaltung" zu optimieren (…). Durch Anteil nehmende und aufklärende Gespräche. Das ist nicht unbedingt eine Überraschung. Überraschend ist, wie das Pferd von hinten aufgezäumt wird, um – so die Hoffnung der Anwender und der wissenschaftlichen Psychotherapie – den Behandlungserfolg zu verbessern! (…) Die sogenannte „fokussierte Adressierung" soll es ermöglichen, sogenannte „Erwartungsverletzungen" zu ermög-

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 14. April 2020 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

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

lichen. Rief spricht von „korrigierender Erfahrung", anscheinend ohne den ursprünglichen Kontext des Begriffes (…) zu berücksichtigen, geschweige denn zu benennen, um – wieder so ein Wortgebilde – einer möglichen „kognitiven Immunisierung" entgegenwirken zu können, die besonders dann vorkäme, wenn Störungen langfristig chronifiziert seien. (…) (Es) ist einerseits folgerichtig und notwendig, (…) im wissenschaftlichen Kontext die Frage zu erforschen, ob solche bedeutsamen Moderatorvariablen ihre positive Wirkung auch im therapeutischen Prozess entfalten können. Dann handelt es sich um eine Anwendung von hypothesengenerierender Grundlagenforschung. Jedoch leitet Rief hieraus die Hoffnung ab, dass „wir in der Psychotherapie durch eine fokussierte Adressierung des Störungsmechanismus ‚Patientenerwartungen' gegebenenfalls bessere Behandlungserfolge erreichen könnten" (S. 267). (…) Störungsspezifische Manuale aus dem Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie tun so, als könnten wir das komplexe Geschehen des zwischenmenschlichen Prozesses leicht auf einen möglichst kausal formulierbaren Mechanismus reduzieren und dann angehende Psychotherapeuten diesen reduzierten Mechanismus lernen lassen. (…) Als Manual für die Unterstützung und Begleitung von schwerkranken Patienten und als Leitfaden, der im Rahmen der Ausbildung von Psychotherapeuten Anwendung finden soll, klingt es, als sei das Vorgehen für emotionale Analphabeten konstruiert. Ich halte es für sehr sinnvoll, in der Psychotherapieausbildung weiterhin zu vermitteln, dass es notwendig ist, (…) eine intuitive Behandlerintelligenz und -kompetenz zu entwickeln. (…) Gesundung ist ein dynamischer Prozess, der mit Begriffen von Optimierung und Zielfokussierung nicht wirklich gut fassbar ist, deshalb empfehle ich, den Menschen weiterhin als individuelle Person zu betrachten und nicht als Empfänger störungsspezifischer Interventionen, die ihm deshalb zuteil werden, weil er ein bestimmtes Muster von Symptomen zu einem bestimmten Zeitpunkt zeigt, was zu einer bestimmten Diagnose führt, die wiederum ermöglicht, dass er bestimmte Interventionen erhält. Willkommen in der schönen, neuen Welt der Psychotherapie im digitalen Zeitalter.

Dipl.-Psych. Andrea Ide,
Kassel

Nichts Neues unter der Sonne

Zu S. Waldrich & K. Schley: Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen. Psychotherapeutenjournal 3/2019, S. 244–252.

In dem Artikel wird darauf verwiesen, dass, kurz gesagt, Erlebnisorientierung und die erlebte „Bedeutung einer Situation oder eines Themas" von Bedeutung in der therapeutischen Arbeit sei. Hier wird leider suggeriert, als sei dies ein völlig neuer Ansatz.

Nach Gendlin, wie dieser zitiert wird, gibt es bei Problemen und Schwierigkeiten „immer eine affektive, emotionale, gefühlte, konkrete, erlebte Schwierigkeit". Das, was von ihm als „Felt Sense" bezeichnet wird, umfasst also Gefühltes, Kognitives und Situationsbezogenes.

Was daran so neu sein soll, bleibt mir leider verborgen (…). Dazu wird z. B. auf S. 250 als technisches Vorgehen das „aktive wertungsfreie Zuhören" und das „Zurücksagen ihrer (der Patientin) Äußerungen" postuliert.

Ich frage mich, was an dieser Methode (…) wirklich neu ist und warum psychoanalytische Arbeiten wie die von H. Argelander außer Acht gelassen werden, in denen u. a. szenisches Verstehen als eine Zugangsmöglichkeit für das Verstehen der Äußerungen des Patienten beschrieben wird.

Dazu werden alle Arbeiten, die sich mit therapeutischer Beziehung, Übertragung und Gegenübertragung auseinandersetzen und die für das Aushalten und Verstehen schwer gestörter Kinder und Jugendlicher so hilfreich sind, einfach übergangen. Hier wird m. E. deutlich, dass Verhaltenstherapeuten diese Zugangsweisen und Therapieverfahren wie die Analytische Psychotherapie einfach ignorieren und entwerten (…).

Dipl.-Psych. Jochen Raue,
Hofheim

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Bundesrat stimmt Approbationsordnung mit Änderungen zu

Der Bundesrat hat dem Entwurf einer Approbationsordnung für Psychotherapeuten in seiner Sitzung am 14. Februar 2020 mit eigenen Detailänderungen zugestimmt. Setzt die Bundesregierung die Änderungen um, wird die Verordnung am 1. September 2020 in Kraft treten. Sie regelt die Mindestinhalte und Strukturanforderungen an Bachelor- und Masterstudiengänge, die psychotherapeutische Prüfung und weitere formale Anforderungen an die Erteilung der Approbation nach der Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Wissenschaftliche und praktische Qualifizierung für die Breite des Berufsbildes

Voraussetzung für die neue Approbation ist der Abschluss eines dreijährigen Bachelor- und zweijährigen Masterstudiums sowie anschließend das Ablegen einer staatlichen, psychotherapeutischen Prüfung. Die Rechtsverordnung folgt dem Reformkonzept der Psychotherapeutenschaft und sichert nach der Auflösung bundesweiter Rahmenstudienordnungen in Folge der Bolognareform vor 20 Jahren bundesweite Standards und den Masterabschluss als Zugang zum Psychotherapeutenberuf. Sie sorgt dafür, dass das Studium die notwendige Breite von Wissenschaft und Praxis vermittelt, die einen akademischen Heilberuf kennzeichnet, von den Standards der Versorgung bis zu innovativen Entwicklungen. Neben der Krankenbehandlung im engeren Sinn gehören dazu auch die Prävention, Rehabilitation sowie Tätigkeiten in anderen institutionellen Kontexten.

Einheitliche Standards bei einer Vielfalt möglicher Studiengänge

Von den 300 Leistungspunkten (ECTS) eines Bachelor- und Masterstudiums werden durch die Approbationsordnung 180 ECTS der hochschulischen Lehre und Berufspraxis festgelegt. Notwendige Bestandteile sind unter anderem 570 Stunden berufspraktische Einsätze im Bachelorstudium und 750 Stunden im Masterstudium. Allein im Masterstudium werden Präsenzzeiten von mindestens 600 Stunden in der (teil-)stationären und ambulanten Patientenversorgung gefordert, was vom Umfang einem Praxissemester entspricht. Die Anleitung hat dabei durch Psychotherapeuten mit einer abgeschlossenen Weiterbildung, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit entsprechender Fachkunde zu erfolgen. Die Approbationsordnung fordert darüber hinaus, dass das Studium die Behandlung aller Altersgruppen vom Säuglings- bis hin zum hohen Erwachsenenalter und die Vielfalt der Psychotherapieverfahren und -methoden beinhaltet. Im Rahmen der Akkreditierungsverfahren, an denen immer auch ein Vertreter der Berufspraxis beteiligt ist, wird überprüft, ob diese Anforderungen in den Studiengängen umgesetzt werden. Nicht vorgegeben ist die Bezeichnung des Studienganges. Die Approbation kann genauso über ein Psychologiestudium erlangt werden wie über andere Studiengänge, die die Anforderungen der Approbationsordnung abdecken.

Beherrschen psychotherapeutischer Kernkompetenzen zum Schutz der Patienten

Diagnostik und Behandlungsindikation sind Kernkompetenzen der psychotherapeutischen Heilkunde, die mit der Approbation beherrscht werden müssen, um qualifiziert beraten, Behandlungsempfehlungen aussprechen oder selbst behandeln zu können. Der Kompetenzerwerb wird während des Studiums in Modulabschlussprüfungen festgestellt

Anforderungen an digitale Gesundheitsanwendungen

Das Bundesgesundheitsministerium hat den Referentenentwurf einer Verordnung für digitale Gesundheitsanwendungen vorgelegt (DiGAV). Die BPtK begrüßt, dass Patienten, Psychotherapeuten und Ärzte künftig in einem Online-Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nachschlagen können, welche Gesundheits-Apps verordnet werden können. Sichergestellt werden muss dabei allerdings, dass Gesundheits-Apps, die zukünftig in dem Verzeichnis aufgenommen werden, die Patientensicherheit nicht gefährden. An digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind grundsätzlich die gleichen Ansprüche bezüglich Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu stellen wie z. B. an Arznei- und Hilfsmittel. Die BPtK lehnt es ab, dass Patienten in der Regelversorgung DiGA zur Verfügung gestellt werden, bevor durch klinische Studien mit Kontrollgruppen nachgewiesen wurde, dass sie wirksam sind und die Patientensicherheit nicht gefährden. Eine Privilegierung des Zugangs der DiGA zur Versorgung ist aus Sicht der BPtK nicht zu rechtfertigen. Eine Absenkung des Anspruchsniveaus beim Nutzennachweis kann Schaden für die Patienten mit sich bringen. Aus diesem Grund lehnt die BPtK die Erprobung in der Versorgung ab. Wesentlich für eine erfolgreiche Integration von DiGA in die Versorgung ist zudem, dass dies nicht mit Abstrichen bei der Garantie von Datenschutz und Datensicherheit einhergehen darf. Die BPtK fordert, dass Hersteller geeignete Nachweise darüber vorlegen müssen, dass die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit sowie an Funktionstauglichkeit, Sicherheit und Qualität auch erfüllt werden. Einfache Angaben der Hersteller reichen zur Qualitätssicherung nicht aus.

und durch Bachelor- und Masterabschlüsse nachgewiesen. Die anschließende staatliche Prüfung besteht aus einer mündlich-praktischen Prüfung auf Grundlage selbst dokumentierter Behandlungsfälle und einer Parcoursprüfung mit Schauspielpatienten zur realitätsnahen Prüfung von Handlungskompetenzen.

Zeitnahes und bundesweites Studienplatzangebot

Nach der Verabschiedung der Reform ist die größte Herausforderung, bundesweit ausreichende Studienplatzkapazitäten zu schaffen. Alle, die ab dem Wintersemester 2020 ein Studium mit der Absicht aufnehmen, Psychotherapeut zu werden, brauchen einen Studiengang, der den Anforderungen der Approbationsordnung entspricht. Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann in einer Übergangsphase bis 2032 nur noch werden, wer vor Inkrafttreten des Gesetzes das erforderliche Studium begonnen hat.

Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung“: Wie entwickelt die Profession die neue MWBO?

Mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung werden Psychotherapeuten, die die neue Approbation erhalten, die Fachkunde zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen über eine Weiterbildung in Berufstätigkeit erlangen. Ab Oktober 2022 kann es die ersten Absolventen der neuen Masterstudiengänge geben, wenn deren Studienleistungen und -abschlüsse in bereits laufenden Bachelorstudiengängen anerkannt wurden, sodass sie für den neuen Masterstudiengang zugelassen werden konnten. Für diese Psychotherapeuten brauchen die Psychotherapeutenkammern eine Weiterbildungsordnung sowie anerkannte Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugte.

Die BPtK hat im Sommer 2019 das Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung“ gestartet, damit der Deutsche Psychotherapeutentag im April 2021 eine Musterweiterbildungsordnung (MWBO) beschließen kann, die den Landeskammern als Blaupause für die zu erlassenden Weiterbildungsordnungen dient. Grundlage für die Gestaltung der Weiterbildung ist das im Projekt Transition der BPtK entwickelte Gesamtkonzept der reformierten Aus- und Weiterbildung. Teile daraus, wie die Gebietsweiterbildungen in den Fachbereichen „Kinder und Jugendliche“ oder „Erwachsene“ oder die Option für eine Gebietsweiterbildung in „Klinischer Neuropsychologie“, hat der Gesetzgeber bereits im Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz berücksichtigt.

Entwicklung der MWBO in einem strukturierten Dialog

Die künftige Weiterbildung sieht eine Kombination von Altersgebieten, Psychotherapieverfahren und Tätigkeiten in der ambulanten und stationären Versorgung sowie in weiteren Bereichen der institutionellen Versorgung vor. Das bedeutet, dass sowohl übergeordnete als auch spezifische Qualifikationen erworben werden müssen, die aufeinander abzustimmen sind. Die Präzisierung für die MWBO verlangt daher eine enge Abstimmung mit den Landeskammern und den Berufs- und Fachgesellschaften, damit es am Ende möglichst bundeseinheitliche Regelungen in den WBOen gibt. Mit dem Projekt MWBO stellt die BPtK dafür eine breitestmögliche Beteiligung der Profession zur Vorbereitung der Beratungen auf den Deutschen Psychotherapeutentagen sicher. Entwürfe sowohl zum Paragrafenteil der MWBO als auch zu den inhaltlichen und strukturellen Anforderungen werden in systematischer Abfolge in den Projektgremien durchgearbeitet und dann dem Deutschen Psychotherapeutentag zur Diskussion vorgelegt. Dabei soll auch geklärt werden, ob die Klinische Neuropsychologie wie bei den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Zusatzweiterbildung werden oder für die künftigen Psychotherapeuten als eigenständige Gebietsweiterbildung geregelt werden soll. Substanzieller Bestandteil des Projektes sind sowohl Online-Befragungen, um neben den Gremienmitgliedern die breite Expertise der Profession einbinden zu können, als auch Expertenbefragungen, z. B. zu sozialrechtlichen Aspekten der Umsetzung.

MWBO als Gestaltungs- und Verwaltungsaufgabe

Für die Weiterbildung der Psychotherapeuten entwickeln die Psychotherapeutenkammern nicht nur angemessene Ordnungen. Im Rahmen des Projekts MWBO bereiten sie sich auch gemeinsam auf die bevorstehenden Verwaltungsaufgaben vor mit dem Ziel, Synergieeffekte zu nutzen und Weiterbildungen über Kammergrenzen hinweg zu erleichtern.

Die Musterweiterbildungsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Heute gibt es rund 50.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland. Nach der reformierten Ausbildung werden ca. 2.500 Absolventen pro Jahr erwartetet. Übergangsregelungen, nach denen die heutigen Ausbildungen absolviert werden können, gelten noch bis weit in die 2030er Jahre. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden also noch lange die große Mehrheit unter den Kammerangehörigen bleiben. Auch für sie werden die Kammern die berufsrechtlichen Rahmenentwicklungen weiterentwickeln, nicht zuletzt durch Änderungen und Erweiterungen der für sie geltenden MWBO.

Round Table „Psychotherapie im Wandel – Psychotherapie und Digitalisierung“

Die Digitalisierung wirkt sich auf alle Bereiche der psychotherapeutischen Versorgung aus. Psychotherapeuten stellen sich daher auch grundsätzliche Fragen (z. B. „Wie wirken sich digitale Angebote auf das Verhältnis zwischen Psychotherapeuten und Patienten aus?“ oder „Wie sieht das Berufsbild der Psychotherapeuten in Zukunft aus?“). Die Bundespsychotherapeutenkammer hat deshalb am 22. Januar 2020 in Berlin einen Round Table veranstaltet, um diese Fragestellungen innerhalb der Profession zu diskutieren.

V. l. n. r.: Dr. Nikolaus Melcop und Dr. Dietrich Munz

Digitalisierung und Einstellungen von Patienten

Dr. Nikolaus Melcop ging in seinem Vortrag der Frage nach, wie sich die Digitalisierung auf Einstellungen und Erwartungen von Patienten auswirkt.

Ausgehend von der Prämisse, dass Patienten sich zunehmend in einer digitalen Welt in ihrem Alltag bewegen, widmete er sich den Fragen, welche Botschaften eine solche digitale Welt vermittelt, welche Einstellungen und Erwartungen sie formt und wie sich gesellschaftliche Praktiken durch die Digitalisierung weiterentwickeln. Er widmete sich zudem der Frage, welche Erwartungen Patienten im Gesundheitswesen in Bezug auf Digitalisierung haben und ging dabei auf die besondere Relevanz der Datensicherheit für das Thema Digitalisierung ein.

Vor dem Hintergrund, dass Psychotherapiepatienten das Internet und digitale Angebote im Alltag nutzen und zunehmend in einer digitalisierten Welt aufgewachsen sind, stellte er abschließend mehrere Thesen auf: Die Patienten sind bereit, digitale Angebote für ihre Gesundheit zu nutzen und erwarten von ihren Psychotherapeuten Kompetenzen in Bezug auf digitale Angebote. Die menschliche Interaktion ist ihnen trotzdem weiterhin sehr wichtig und sie wollen sie nicht durch digitale Angebote ersetzen. Besonderen Wert legen sie auf Vertraulichkeit und Datenschutz.

Auswirkungen der Digitalisierung auf die psychotherapeutische Arbeit

Prof. Dr. Johanna Böttcher von der Psychologischen Hochschule Berlin gab einen Überblick über die Forschungsergebnisse zur psychotherapeutischen Versorgung via Internet. Laut Böttcher belegen bereits zahlreiche Studien die Wirksamkeit von Online-Therapie. Für sie stelle sich daher insbesondere die Frage nach der individuellen Indikation, also für welche Patienten eine Online-Therapie passend ist. Die Annahme, dass ein „idealer Patient“ für eine Online-Therapie jung, gebildet, nicht stark eingeschränkt, motiviert und technikaffin sein müsse, hinterfragte Böttcher in ihrem Vortrag.

Die verhaltenstherapeutische Sicht

Sabine Maur ging der Frage nach, wie sich die Digitalisierung auf die psychotherapeutische Versorgung aus verhaltenstherapeutischer Sicht auswirkt. Viele digitale Ansätze würden auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien beruhen und typische Bestandteile einer Verhaltenstherapie beinhalten wie Psychoedukation oder Trainingselemente. Gleichzeitig betonte Maur, dass die bloße Aneinanderreihung verhaltenstherapeutischer „Interventionen“ keine Verhaltenstherapie lege artis sei. Sie betonte, dass digitale Angebote erfolgreicher seien, wenn sie psychotherapeutisch begleitet würden. Als Herausforderungen benannte Maur, dass die Digitalisierung die analoge Versorgungsvielfalt nicht ersetzen könne, die Implementierung an Nutzer und Behandler orientiert sein müsse, Standards hinsichtlich Wirksamkeit, Datensicherheit und Ethik entwickelt werden müssten und eine Qualifizierungsstrategie für Psychotherapeuten notwendig sei.

Die psychodynamische Sicht

Roman Rudyk ging der Frage nach, wie sich die Digitalisierung auf die psychotherapeutische Versorgung aus psychodynamischer Sicht auswirkt. In seinem Vortrag ging er darauf ein, welche Erfahrungen es mit Medienvermittlung im Rahmen von Analytischer Psychotherapie bereits gebe. Weiter widmete sich Rudyk den Herausforderungen für und Fragen von Psychoanalytikern zur Digitalisierung anhand zweier exemplarischer Arbeiten von Alessandra Lemma und Elfriede Löchel. Als Fazit fasst er zusammen, dass nicht die neuen technischen Möglichkeiten durch Digitalisierung als solche das vorrangige Thema

Prof. Dr. Johanna Böttcher

Sabine Maur

Roman Rudyk

für die psychoanalytische Praxis seien. Im Zentrum der psychoanalytischen Reflexion und Forschung stünden vielmehr die Fragen nach den Auswirkungen der Digitalisierung auf das Subjekt. Dabei ergebe sich zum einen aus kulturhistorischer Perspektive eine eher kritische Betrachtung. Zum anderen trage die psychoanalytische Forschung, die sich ihrer eigenen Methodik bediene, wichtige Impulse dazu bei, die Räume zu erweitern, in denen zu den Folgeimplikationen von Digitalisierung geforscht, gedacht und erfahren werden könne.

Diskussion: Wie wird sich die Psychotherapie vor dem Hintergrund des digitalen Wandels weiterentwickeln?

Vor dem Hintergrund der Impulsreferate wurden in der Diskussion die Fragen aufgegriffen, wie der Umgang mit neuen Medien als Bestandteil in die Aus- und Weiterbildung integriert und wie spezifische Risiken von digitalen Angeboten adressiert werden könnten. Als aktuelle Herausforderungen beim Einsatz digitaler Angebote wurde die oft fehlende Transparenz bei den Inhalten thematisiert wie auch die sich daran anschließenden Fragen einer angemessenen Aufklärung. Im Rahmen einer gesellschaftlichen Debatte sei zudem zu hinterfragen, was es gesellschaftlich bedeute, wenn durch technologischen Fortschritt besonders schnelle Heilsversprechungen gemacht würden. Einig war man sich in der Bedeutung des persönlichen Kontakts für die psychotherapeutische Versorgung und der Relevanz der therapeutischen Beziehung für die Psychotherapie, die auch beim Einsatz digitaler Angebote bestehen bleibe. Es wurde betont, dass in der Profession zwar unterschiedliche Perspektiven auf die Digitalisierung bestehen, diese sich jedoch nicht widersprechen würden. Zum Schluss der Veranstaltung fasste Munz zusammen, dass die Digitalisierung in der Psychotherapie ein Thema sei, das die Profession weiter intensiv beschäftigen werde. Neben der Begleitung aktueller Gesetzgebungsprozesse werde die Arbeit der BPtK sich in Zukunft auch immer wieder mit der Frage beschäftigen, welchen Unterstützungsbedarf Psychotherapeuten haben, wenn es darum gehe, digitale Angebote in der Praxis einzusetzen.

Geschäftsstelle

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

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz hat der Bundesrat im Februar auch der Approbationsordnung zugestimmt und so den Weg für ein Studium, das neben dem Masterabschluss zur Approbation führt, geebnet. Hier wird präzisierend festgelegt, dass künftig Psychotherapeuten ihre Approbation nach breiter theoretischer und praktischer Grundausbildung erlangen. Sie können danach mit hoher Kompetenz ihre Weiterbildung zum Erwerb der Fachkunde beginnen, um sich sowohl in der stationären und institutionellen Versorgung als auch der ambulanten Psychotherapie unter Anwendung der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden weiter zu qualifizieren.

Die Inhalte und Anforderungen an die Weiterbildung werden wir in der Weiterbildungsordnung regeln. Hierzu wird eine intensive Diskussion in den Kammerausschüssen und der Vertreterversammlung erfolgen. Ein Austausch mit der Landesärztekammer und deren Erfahrungen mit der dort seit Jahrzehnten praktizierten Weiterbildung in Fachgebieten, Schwerpunkten und Bereichen konnte dankenswerterweise schon begonnen werden, um dort Bewährtes aufzunehmen, aber auch, um absehbare Schwierigkeiten zu vermeiden. Berücksichtigen werden wir auch, wie hierbei Weiterqualifikationsmöglichkeiten für die nach bisherigem Recht ausgebildeten Psychotherapeuten möglich sind.

Wir wünschen Ihnen schöne und frohe Osterfeiertage sowie einen angenehmen Start in den Frühling,

Ihr Kammervorstand

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

****** Bitte beachten Sie auch die Satzungsänderungen im Einhefter (nur Ausgabe Baden-Württemberg) *******

Landeskongress Gesundheit 2020

Der 5. Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg fand am 7. Februar 2020 in der Messe Stuttgart statt. Der 2016 von der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und einigen großen Krankenkassen ins Leben gerufene Kongress stand diesmal unter dem Motto „Zukunftssicherung Gesundheit“ und versammelte ca. 300 Entscheidungsträger aus Ärzteschaft, Verbänden und Krankenkassen sowie politische Vertreter, um den aktuellen Stand und Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen zu diskutieren.

Für die LPK BW v. a. zum Thema „Depressionen – die neue Volkskrankheit?“ mit dabei waren Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz, Geschäftsführer Christian Dietrich und Dr. Rüdiger Nübling.

KV-Chef Dr. Norbert Metke ging in der Eröffnungsrede auf eine aus seiner Sicht zunehmende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen ein, die sich vor allem durch den Kontrast zwischen Gewinnmaximierung und ärztlicher Behandlungsethik zeige. Er kritisierte, dass ausländische Investoren zunehmend kleine Krankenhäuser aufkauften und diese zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nutzten, womit sie niedergelassenen Praxen Konkurrenz machten. Gesundheitsversorgung gehöre nicht in die Hände von

KV-Vorsitzender Dr. Norbert Metke vor LKG20-Plenum

Sozialminister Manfred Lucha

Investoren mit Shareholder-Interessen, so Metke.

In seinem Grußwort der Landesregierung ging Gesundheits- und Sozialminister Manfred Lucha mit klaren Worten auf die aktuelle, vor allem durch eine Vielzahl von Gesetzesinitiativen des BMG dominierte Gesundheitspolitik und die Forderungen und das Verhalten der AfD im Landtag ein. Er verband dies mit einem starken Plädoyer für eine gemeinsame politische Verantwortung von Politik und Selbstverwaltung auch im Gesundheitswesen.

Anschließend ging Prof. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit, auf aktuelle Entwicklungen u. a. zur Versorgungsdichte von Ärzten und Krankenhäusern im internationalen Vergleich ein. So weise Deutschland eine für Industriestaaten hohe Arzt- und Krankenhausbettendichte auf. Seit 1990 sei die Zahl der Ärzte auf fast 400.000 deutlich gestiegen, dennoch würden in einer deutschen Arztpraxis wöchentlich fünfmal mehr Patienten betreut als z. B. in skandinavischen Ländern. Er kritisierte ein Nebeneinander an Über-, Unter- und Fehlversorgung und warb für neue Strukturen und Versorgungsformen v. a. in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Er beklagte auch einen teilweise fehlenden Schutz vor zu viel oder falscher Medizin.

Prof. Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, vertrat die Auffassung, dass durch fortlaufend neue Reformen der aktuellen Gesundheitspolitik zunehmend mehr reguliert werde. Das binde viele Ressourcen und erzeuge eine Misstrauenskultur, während die Handlungsspielräume der einzelnen Akteure geringer würden. Die Folgen zeigten sich u. a. in Krankenhäusern, wo vereinzelt Endzeitstimmung herrsche. Augurzky forderte mehr Gestaltungsfreiheit und Verantwortung vor Ort, wie z. B. regionale Versorgungsbudgets für Landkreise.

Anders als Gerlach warb SPD-Gesundheitsexperte MdB Prof. Karl Lauterbach für deutlich mehr Medizinstudienplätze. Die zunehmende Komplexität der Medizin und damit anspruchsvoller werdende Versorgung erhöhe die Nachfrage nach qualifizierten Ärzten. Zwar führten Digitalisierung und künstliche Intelligenz zu großen Fortschritten in der Medizin, gleichzeitig fände aber auch eine Verkomplizierung und Segmentierung aller Fachbereiche statt. Darum müssten jährlich mehr als 5.000 Mediziner zusätzlich ausgebildet oder ins Land gelassen werden, was an den Hochschulen derzeit nicht umsetzbar sei.

Keynote von MdB Prof. Karl Lauterbach

Im Rahmen von World-Café-Foren fand im zweiten Teil des Kongresses ein Expertenaustausch u. a. zu folgenden zentralen Themen statt:

- Zukunft der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung,
- ärztliche Nachwuchssicherung,
- Vermeidung von Engpässen in der Arzneimittelversorgung,
- Einfluss gesellschaftlicher Veränderungen auf die Gesundheitsversorgung sowie
- Synergien durch eine bessere Vernetzung.

Gesellschaftliche Einflüsse auf die Gesundheitsversorgung wurden an drei von Christian Dietrich moderierten Tischen diskutiert. Themen waren die digitale Patientensouveränität, die Veränderung der Versorgungslandschaft durch mehr Frauen in ärztlichen Berufen sowie die Volkskrankheit Depression. In anderen Foren ging es z. B. um Erfahrungen mit dem Terminservicegesetz und um zukunftsfähige Versorgung in ländlichen Regionen, um regionale Versorgungsverbünde oder um die Situation der Pflegekräfte in Rehakliniken (Programm unter http://bit.ly/39HhdX8).

V. l. n. r.: LÄK-Präsident Dr. Wolfgang Miller, Prof. Karl Lauterbach, LPK-Präsident Dr. Dietrich Munz

Die von Dr. Dietrich Munz als geladenem Experten und von Dr. Rüdiger Nübling als Moderator geleitete Diskussion zum Thema Depression soll hier kurz skizziert werden. Mit am Tisch: Funktionsträger des Sozialministeriums, der Krankenkassen, der Heilberufekammern sowie von Institutionen, wie etwa der Robert-Bosch-Stiftung.

Wie Dr. Munz ausführte, liege die Zwölf-Monats-Prävalenz von Depression bei ca. 10 %, womit sie als Volkskrankheit eingestuft werden könne. Von der WHO werde sie als drittbedeutendste Erkrankung betrachtet. Frauen seien deutlich häufiger (13 %) betroffen als Männer (6 %). Depressionen hätten nicht zugenommen, so Dr. Munz, außer bei jungen Menschen zwischen 19 und 25 Jahren. Die oft festgestellte Zunahme sei Folge besserer Diagnostik, v. a. Hausärzte würden Depressionen häufiger erkennen und feststellen. Auch habe die (weiter bestehende) Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten deutlich abgenommen, was dazu führe, dass mehr Betroffene von sich aus professionelle Hilfe aufsuchten. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Depression sei erheblich, bei zunehmendem Alter gebe es auch eine erhöhte Suizidrate.

Zur Frage nach Behandlungsangeboten führte Dr. Munz aus, dass maximal 10 % der Menschen mit psychischen Erkrankungen in psychotherapeutischer Behandlung seien, obwohl nach Leitlinie vor allem bei leichten und mittelschweren Depressionen Psychothe-

rapie die Behandlung der ersten Wahl sei, bei schweren Depressionen meist in Kombination mit Psychopharmaka. Insgesamt 30–40 % der Patienten mit Depressionen würden von Hausärzten und dann überwiegend psychopharmakologisch behandelt. Dies sei auch dadurch bedingt, dass es zu wenige psychotherapeutische Behandlungsplätze gebe. Durch die neue Regelung der Sprechstunden bzw. Terminservicestellen hätte sich zwar die Wartezeit auf einen ersten Termin verkürzt, es gebe dadurch aber nicht mehr freie Plätze. V. a. in ländlichen Regionen liege die Wartezeit auf einen Therapieplatz weiterhin bei drei bis sechs Monaten.

Auch Arbeitsumgebung und Unternehmensführung spielten, so Dr. Munz, für die psychische Gesundheit von Arbeitnehmern eine bedeutende Rolle. Extrembeispiel: die vor einigen Jahren hohe Suizidrate bei der France Telecom, deren früheres Management inzwischen angeklagt sei, weil seine Führungsstrategie zu Mobbing und zu Depressionen bei Mitarbeitern geführt habe. Die AU-Zeiten bei Depression sind deutlich höher als bei den meisten anderen Erkrankungen, was sie auch volkswirtschaftlich bedeutsam macht. Sie führt zu hohen finanziellen Belastungen für Kassen, Arbeitgeber sowie für die Volkswirtschaft insgesamt. Thematisiert wurden in diesem Zusammenhang auch die wissenschaftlich gut belegte Wirksamkeit sowie das deutlich positive Kosten-Nutzen-Verhältnis von Psychotherapie, was eine Stärkung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten lohnenswert macht.

Mitgliederumfrage zu Beratungen der Krankenkassen

Die BPtK und die Landespsychotherapeutenkammern möchten mehr Transparenz über die Beratungstätigkeit der Krankenkassen schaffen und haben niedergelassene Kollegen um Unterstützung gebeten. Im Fokus stehen die Beratungen im Rahmen des Krankengeld-Fallmanagements, die besonders häufig Menschen mit psychischen Erkrankungen treffen. Darüber hinaus auch Probleme in anderen Bereichen, wie dem Versorgungsmanagement, im Rahmen dessen die Krankenkassen Unterstützungsleistungen anbieten dürfen.

Oft genannte Probleme seien u. a. häufige Anrufe der Kassen bei Versicherten zu jeder Tageszeit, verbunden mit Aufforderungen, kurzfristig wichtige behandlungsrelevante Entscheidungen zu treffen, Beratungen ohne vorherige schriftliche Information und Zustimmung der Versicherten, mangelnde Information der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten während des Krankengeldbezugs, z. B. zu Folgen einer Lücke in AU-Bescheinigungen.

Im Rahmen der seit Ende Januar laufenden Befragung haben sich bis Mitte Februar viele Psychotherapeuten bei uns gemeldet und sehr eindrückliche Falldarstellungen übermittelten. Diese bestätigen im Wesentlichen die Berichte der unabhängigen Patientenberatung sowie die Vermutungen hinsichtlich der o. g. Problemstellungen. Die BPtK und die Landespsychotherapeutenkammern sammeln derzeit noch die Rückmeldungen und werten sie aus.

PiA-Treffen in der LPK-Geschäftsstelle

Die beiden PiA-Vertreterinnen der LPK BW, Anna Stylianupoulou und Alexandra König, hatten am 1. Februar 2020 gemeinsam mit LPK-Vorstandmitglied Birgitt Lackus-Reitter die PiA-Mitglieder der Kammer zu einem Treffen in die Geschäftsstelle der LPK BW eingeladen. Als Gast war auch Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz anwesend. Dieser referierte zunächst über die Struktur der Kammer, ihre Aufgaben, Ziele und Pflichten als Vertretung der Psychotherapeuten im Land und als Körperschaft öffentlichen Rechts. Anschließend berichtete Alexandra König von ihren Aktivitäten bei der Bundeskonferenz der PiA und in der Vertreterversammlung der LPK BW.

Der daran anschließende Austausch und das Gespräch über die allgemeine politische Situation der PiA in Baden-Württemberg bezogen sich zunächst auf die derzeit sehr unterschiedlich konzipierte Vergütung der ambulanten Ausbildungstherapien und die Regelungen, wie sie diesbezüglich nach dem neuen Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgesehen sind. Dabei war es für die Teilnehmer sehr aufschlussreich, zu erfahren, wie verschieden sich die Modelle der Ausbildungsinstitute in Baden-Württemberg darstellen.

Ebenso wichtig war es den Teilnehmern, sich über die Vergütung im stationären Bereich auszutauschen. Dass jeweils eine PiA-Vertreterin der LPK BW ihren Schwerpunkt im ambulanten bzw. im stationären Bereich hat, stellte sich in diesem Zusammenhang als eine sehr günstige Konstellation heraus. Die freundliche und lebhafte Diskussion über zahlreiche Kammerthemen zeigte den Veranstaltern, wie wichtig ein solches Treffen ist. In Zukunft soll einmal pro Jahr zu einem PiA-Treffen eingeladen werden.

Ablauf von Akkreditierungen

Beachten Sie bitte, dass alle „alten" Akkreditierungen von Intervisionsgruppen, Supervisionen, Qualitätszirkeln, Balint-Gruppen und IFA-Gruppen (C2-Veranstaltungen), die vor dem 1. Juli 2015 erfolgt sind, am 30. Juni 2020 ihre Gültigkeit verlieren. Falls die Veranstaltungen noch laufen, sind deshalb rechtzeitige Neubeantragungen erforderlich! Weitere Informationen dazu unter www.lpk-bw.de/node/1122/.

Hürden bei ambulanter Psychotherapie für Geflüchtete beseitigen

Die fehlende Verfügbarkeit von qualifizierten Sprachmittlern und die fehlende Finanzierungsregelung für Sprachmittlung in der ambulanten kassenfinanzierten Psychotherapie stellen eine bedeutende Hürde in der Psychotherapie für Geflüchtete in Baden-Württemberg dar. Dies ist das Ergebnis einer gemeinsam seitens der LPK BW, der Landesärztekammer (LÄK) und refugio stuttgart e. V. durchgeführten Befragung niedergelassener Psychotherapeuten, die im Zeitraum Januar 2018 bis Juni 2019 insgesamt 215 Patienten mit Fluchthintergrund behandelt haben. Die LPK BW, die LÄK und refugio erwarten deshalb eine durch das Land geförderte Übergangsregelung zur Finanzierung von Sprachmittlung in der ambulanten Psychotherapie, bis zu einer Entscheidung über Sprachmittlung als Kassenleistung.

In der Umfrage gaben 56 % der Befragten an, dass sie Psychotherapien auf Englisch durchführen. 53 % setzen Sprachmittler ein. Aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit kann nur ein Drittel dabei ausschließlich auf Sprachmittler zurückgreifen, die explizit für den Einsatz in der Psychotherapie geschult sind. Dies ist bedenklich, da der Erfolg der Psychotherapie eng mit der Sprachmittlung verbunden ist und weil ungeschulte Sprachmittler einem hohen Risiko an Sekundärtraumatisierung ausgesetzt sind. LPK BW, LÄK und refugio setzen sich dafür ein, dass zusätzliche Qualifizierungsmöglichkeiten geschaffen werden, die eine Zertifizierung für den Einsatz in der Psychotherapie beinhalten.

Die Übernahme der Kosten für die Sprachmittlung ist häufig nicht geklärt bzw. sehr aufwendig zu klären. Dies gilt insbesondere für von den Krankenkassen finanzierte Psychotherapien. Die Kosten für Sprachmittlung werden von den Krankenkassen nicht übernommen und es gibt keine alternative einheitliche Lösung für die Finanzierung des Sprachmittlereinsatzes. Dies führt dazu, dass Sprachmittler zum Teil nicht bezahlt werden oder dass Psychotherapeuten diese Kosten selbst übernehmen. Die LPK BW fordert bereits seit Längerem, dass die Kosten für die Sprachmittlung in der Psychotherapie von den Kassen übernommen werden. Im April 2019 haben sich die Integrationsminister der Bundesländer darauf verständigt, dass sie die Aufnahme von Sprachmittlerleistungen in den Leistungskatalog nach SGB V befürworten. Eine Finanzierung soll über Steuermittel des Bundes erfolgen. LPK BW, LÄK und refugio unterstützen diesen Vorschlag, eine bundesweite Umsetzung ist jedoch nicht in Sicht. Die beiden Organisationen fordern die Landesregierung daher auf, eine Übergangsregelung zu finden und entsprechende finanzielle Mittel bereitzustellen. Weitere Informationen unter www.lpk-bw.de/node/1186/.

Trauer um Ute Steglich

Ute Steglich war aktiv im Errichtungsausschuss an der Gründung der LPK beteiligt und viele Jahre Mitglied der Vertreterversammlung. Nach mehrjähriger Tätigkeit als Angestellte hatte sie sich bereits 1985 selbständig gemacht und in eigener Praxis gearbeitet. Seit dieser Zeit hat sie sich berufspolitisch im Landes- und Bundesvorstand des BDP engagiert und kämpfte für die Anerkennung der psychologischen Psychotherapie als eigenständige Kassenleistung. Auch war sie Gründungsmitglied und Vorsitzende der seit 1992 bestehenden Studienstiftung Deutscher Psychologen. Als scharfsinnige und auch mal streitbare und markante Vertreterin hat sie sich in gleicher Weise kontinuierlich für die Anliegen psychisch kranker Menschen in stationärer Behandlung eingesetzt und die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Angebote in den psychiatrischen Kliniken angemahnt. Bis zuletzt hat sie sich auch immer wieder vehement für die PiA in der Kammer stark gemacht. Im Haushaltsausschuss, dem sie seit der LPK-Gründung als Mitglied angehörte, hat sie sich stets mit großem Engagement und mit Ausdauer und Blick für die Entwicklung des Berufsstandes eingebracht. Ute Steglich starb am 19. Januar 2020 im Alter von 78 Jahren; sie wird uns als aufrechte, für die Profession kämpfende Kollegin in Erinnerung bleiben. Unser Mitgefühl ist bei ihren Angehörigen.

ZUM VORMERKEN: KJP-Fachtag zum Thema „Psychotherapie im Kontext von Trennung und Scheidung" am 10. Oktober 2020 in Stuttgart.

Geschäftsstelle

Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
Mo.–Do. 09.00–12.00, 13.00–15.30 Uhr
Fr. 09.00–12.00 Uhr
Tel.: 0711/674470–0
Fax: 0711/674470–15
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

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

BY

Bericht zur 35. Delegiertenversammlung der PTK Bayern

Am 28. November 2019 fand die 35. Delegiertenversammlung der PTK Bayern in München statt. Kammerpräsident Nikolaus Melcop regte zu Beginn des Vorstandsberichts an, dass sich auch Psychotherapeuten aus fachlicher Sicht mit Klima- und Umweltgefährdungen, deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und auch mit Möglichkeiten zur Unterstützung regionaler Lösungen beschäftigen.

Nikolaus Melcop ging u. a. auf die Folgen der Umweltgefährdung aus psychotherapeutischer Sicht und das Digitale-Versorgung-Gesetz ein.

In einem Schwerpunkt des Berichts betonte er die hohe Bedeutung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Die mit dem Gesetz beschlossenen Änderungen des SGB V kämen insgesamt einer Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung gleich. Besonders zu kritisieren sei hierbei, dass die Psychotherapeutenschaft bei diesen Änderungen nicht im Vorfeld einbezogen worden sei. Die Regelungen betreffen u. a. die Kurzzeitpsychotherapie, die Abschaffung des Gutachterverfahrens und der Antragspflicht sowie die Einführung einer standardisierten Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Die Delegierten verabschiedeten hierzu eine Resolution: „Für den Erhalt des sicheren Rahmens der ambulanten Psychotherapie – Gegen Eingriffe in die psychotherapeutische Behandlungshoheit“. Außerdem ging Herr Melcop auf das kürzlich beschlossene Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) ein. Grundsätzlich sei zu begrüßen, dass Gesundheits-Apps von gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden sollen. Jedoch muss für die digitalen Programme zur Behandlung von psychischen Erkrankungen auch die Wirksamkeit nachgewiesen sein. Er betonte die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit den Risiken bei der Weitergabe persönlicher Daten. Die Delegiertenversammlung verabschiedete hierzu die Resolution „Chancen von Digitalisierung nutzen – Datenschutz und Persönlichkeitsrechte stärken!“. Herr Melcop berichtete ferner über die Mitarbeit in der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Erarbeitung eines Verbots von sogenannten Konversionstherapien und den daraus entwickelten Entwurf eines Gesetzes zum Schutz vor Behandlungen zur Veränderung oder Unterdrückung der sexuellen Orientierung oder der selbstempfundenen geschlechtlichen Identität. Die Delegierten drückten in einer Resolution ihre fachlich begründete Haltung aus, dass Homosexualität und Transgeschlechtlichkeit keine psychischen Störungen und Behandlungsversuche unethisch und schädlich sind.

Vorstandsmitglied Heiner Vogel informierte über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlichte Richtlinie „Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik“. Die Richtlinie bringe zwar leichte Verbesserungen für die Psychotherapie, jedoch bleibt sie weit hinter den Expertenempfehlungen zurück. Neu seien verbindliche Umsetzung, Nachweise und Sanktionen sowie Anpassungen bei Behandlungsbereichen, Minutenwerten und den Berufsgruppen. Außerdem berichtete Herr Vogel über vergangene Veranstaltungen und Termine, z. B. über die Info-Veranstaltung zur Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie oder über den Austausch mit dem Bayerischen Justizministerium zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von (ehemaligen) Straftätern.

Vorstandsmitglied Monika Sommer stellte die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Psychotherapie vor. Hier hatten 2019 mehrere Veranstaltungen stattgefunden, für 2020 sind bereits

Monika Sommer stellte Formen der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe vor.

weitere Termine in Planung. Außerdem berichtete sie über den Fortgang der Autismusstrategie Bayern, an der auch die PTK Bayern mitwirkt.

In den Wortbeiträgen würdigten viele Delegierte die Vielfalt der bearbeiteten Themen. Insbesondere zur Digitalisierung sowie zu Fragen des Datenschutzes und der Telematikinfrastruktur wurde intensiv diskutiert.

Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung

Kammerpräsident Nikolaus Melcop berichtete ausführlich über die Reform der Aus- und Weiterbildung. Nach 15 Jahren Debatte in der Profession stimmte nach dem Bundestag nun auch der Bundesrat der Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThGAusbRefG) zu. Dabei sei die Reform im Wesentlichen nach den Vorstellungen des Berufsstands gestaltet. Die Reform komme vor allem psychisch kranken Menschen zugute, die weiter darauf vertrauen können, eine erstklassige, wissenschaftlich fundierte psychotherapeutische Versorgung zu erhalten. Melcop ging in seinem Vortrag auf gemeinsam Erreichtes (z. B. bei der Verankerung der Breite des Berufsbildes im PsychThGAusbRefG und den gesetzlichen Grundlagen für eine Weiterbildung in Berufstätigkeit in unterschiedlichen Versorgungsbereichen) und nicht Erreichtes (z. B. bei den Übergangsregelungen für KJP, der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung und einer angemessenen Vergütung der heutigen Ausbildungsteilnehmer Psychotherapie) ein. Die Delegierten brachten in der anschließenden Diskussion ihre aktuellen Fragen und Aspekte ein, die die Umsetzung der neuen Ausbildung und die Ausgestaltung der Weiterbildung betrafen.

Nachhaltigkeitsstrategie für die PTK Bayern

Das Thema Klimaschutz und Nachhaltigkeit steht aktuell in öffentlichen Diskussionen im Fokus. Auch die Delegiertenversammlung beschäftigte sich damit. Vorstandsmitglied Birgit Gorgas stellte einen Antrag des Vorstands auf

Birgit Gorgas erläuterte den Antrag zur Entwicklung einer Nachhaltigkeitsstrategie.

die Entwicklung einer Nachhaltigkeitsstrategie für die PTK Bayern vor. Demnach entwickeln Vorstand und Geschäftsstelle eine langfristig angelegte Strategie, die das Prinzip der Nachhaltigkeit z. B. im konkreten Handeln der Geschäftsstelle der PTK Bayern, in der Vorstands- und Gremienarbeit sowie in der Entschädigungs- und Reisekostenordnung verankert. Darüber hinaus sollen auch die Möglichkeiten zur Beteiligung an der gesellschaftlichen Debatte mit psychotherapeutischer Expertise geprüft werden. Die Delegierten beschlossen diesen Antrag einstimmig. Die ersten Eckpunkte dazu sollen in der nächsten Delegiertenversammlung vorgestellt werden.

Die Delegiertenversammlung betonte außerdem die Wichtigkeit des Themas mit der Resolution „Die 35. Delegiertenversammlung der PTK Bayern ruft zu Klimaschutz und nachhaltigem Handeln auf".

Finanzielle Entwicklung – Haushaltsplanung

Auf der Delegiertenversammlung wurden ausführlich der Haushaltsplan 2020 und die finanzielle Prognose für 2020 bis 2024 erläutert. Dabei wurde deutlich: Eine Beitragserhöhung ist nicht zu vermeiden. Neben den allgemeinen Aufgaben der Kammer auf Landes- und Bundesebene sind in den vergangenen Jahren die Aktivitäten zur politischen Vertretung der Belange der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie die Belange des gesamten Berufsstandes z. B. durch die Ausbildungsreform erheblich gestiegen. Auch die neuen Weiterbildungen und der demnächst auszugebende elektronische Psychotherapeutenausweis (ePtA) brauchen die nötige Vorbereitung und Begleitung. Die Kammer ist ferner mit ihren Ausschüssen und Kommissionen im politischen Umfeld stark vertreten. Ein guter Teil der Beitragsanpassung ist auch wieder der Inflation geschuldet und stellt deshalb nur einen Verlustausgleich dar. Trotz dieser dadurch bedingten fortlaufend gewach-

Die Delegiertenversammlung stimmte über Resolutionen, Anträge und den Haushaltsplan ab. (Fotos zu diesem Artikel: Hiller)

senen finanziellen Belastungen konnten die Mitgliedsbeiträge in den zurückliegenden fünf Jahren unverändert gehalten werden. Ab 2020 ist nun jedoch eine Erhöhung der Regelbeitragssätze um jeweils 55 € sowie ein Mindestbeitrag von 105 € notwendig. Angestrebt wird, die Mitgliedsbeiträge nun wieder so lange wie möglich stabil halten zu können. Neben den unterschiedlichen Beitragsgruppen für Angestellte und Niedergelassene sieht die Beitragsordnung weiterhin die Möglichkeit vor, eine Beitragsermäßigung zu beantragen, wenn die in der Beitragsordnung aufgeführten Tatbestände erfüllt sind. Die Delegierten verabschiedeten die Änderung der Beitragsordnung bei wenigen Enthaltungen und den Haushaltsplan 2020 einstimmig.

Versorgungswerk-Diskussion zur Abschaffung der Alterszugangsgrenze

Vorstandsmitglied Anke Pielsticker gab einen Überblick über die Funktionen und Eckdaten des Versorgungswerks Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BIng-PPV) und die dort anstehende Abstimmung zur Abschaffung der Zugangsaltersgrenze für Psychotherapeuten ab 55 Jahren. Frau Pielsticker stellte berufspolitische Argumentationslinien und eine rechtliche Einschätzung zu dieser Problematik vor. Die anwesenden Delegierten plädierten nach einer Meinungsabfrage für die Abschaffung der Alterszugangsgrenze. Die Abstimmung zu dieser Frage erfolgte in der darauffolgenden Sitzung des Verwaltungsrats des Versorgungswerks.

Neuregelung zu amtlichen Verlautbarungen der Kammer

Die Delegiertenversammlung hat beschlossen, eine entsprechende neue gesetzliche Regelung so zu nutzen, dass die amtlichen Verlautbarungen der Kammer (insbes. Beschlüsse zu den Satzungen) nicht mehr wie bisher im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht werden müssen, sondern nunmehr deren Einstellung auf der Internetseite der Kammer für eine wirksame Veröffentlichung genügt. Die Delegierten haben dafür einen Beschluss zur Änderung der Satzung der Kammer gefasst, der ab 1. Januar 2020 wirksam wird. Die Nutzung der eigenen Internetseite als Veröffentlichungsorgan bedeutet für die Mitglieder auch eine leichtere Möglichkeit, Beschlüsse der Delegiertenversammlung nachzulesen.

Offener Brief an Bundesgesundheitsminister Spahn zur Umsetzung der Telematikinfrastruktur

In der Presse kursieren vermehrt beunruhigende Nachrichten über Sicherheitslecks im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur (TI) und dem Praxisausweis (SMC-B). Mit Sorge sieht die PTK Bayern die aufkommenden Sicherheitsmängel bei der Ausgabe der Praxisausweise, die ungenügende Aufklärung bei der Installation der Konnektoren und die Engpässe bei deren Lieferung sowie eine bis zum Redaktionsschluss nicht vorhandene Datenschutzfolgeabschätzung. Die PTK Bayern hat sich daher in einem offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gewandt, um Datensicherheit auf höchstem Niveau zu verlangen. Die Kammer hat darin gefordert, dass Sanktionen für Kammermitglieder, die bisher noch nicht an die TI angeschlossen sind, nicht umgesetzt werden dürfen.

Den offenen Brief können Sie auf der Homepage der PTK Bayern unter www.ptk-bayern.de → Presse & Fachinfos → Nachrichten nachlesen. Den Appell an Gesundheitsminister Spahn finden Sie unter der Veröffentlichung vom 17. Januar 2020.

Heiner Vogel ist erneut zum Vorsitzenden der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern gewählt worden

Die Mitgliederversammlung der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. (LZG) hat Ende letzten Jahres einen neuen Vorstand gewählt. Heiner Vogel, Vorstandsmitglied der PTK Bayern, wurde erneut zum Vorsitzenden der LZG gewählt. Der Vorstand der LZG wird von der Mitgliederversammlung der LZG für jeweils drei Jahre gewählt. Die neue Amtsperiode begann am 26. November 2019. Die LZG ist ein Zusammenschluss von Einrichtungen und Einzelpersonen in Bayern, die sich im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung engagieren. Sie bringt durch Stellungnahmen, Fachtagungen und andere Beiträge diesbezügliche Themen und Problemstellungen in die gesundheits- und sozialpolitische Debatte ein.

Heiner Vogel ist wiedergewählter Vorsitzender der LZG. (Foto: Sperl)

BY

Kurznachrichten

Kurz und Knapp – Aktivitäten der Kammer

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

+++ Am 23.11.2019 veranstaltete die PTK Bayern eine Fortbildung zum Thema **Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung**. In dieser Veranstaltung wurde nach einleitenden Vorträgen in Workshops Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung konkret vorgestellt. Auch wurden die speziellen Herausforderungen und methodischen Besonderheiten (z. B. die Verwendung nonverbaler Methoden) des psychotherapeutischen Vorgehens sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting praxisrelevant aufgezeigt. Die Veranstaltung wurde von den Teilnehmenden sowohl zum fachlichen Austausch wie auch zur weiteren Vernetzung genutzt. +++

+++ Am 30.11.2019 fand die **Fortbildung „Psychoneuroimmunologie und neuroimmunologische Erkrankungen“** statt, die gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns durchgeführt wurde. In dieser Veranstaltung wurde eine Einführung in den aktuellen Erkenntnisstand der Psychoneuroimmunologie und mögliche Folgerungen für die psychotherapeutische Praxis gegeben. Exemplarisch wurden für die am häufigsten vorkommende neuroimmunologische Erkrankung, die Multiple Sklerose, spezifische psychotherapeutische Behandlungsansätze vorgestellt. +++

+++ Im November fand auf Anregung der PTK Bayern ein Gespräch mit dem **Bayerischen Justizminister Georg Eisenreich** zum Thema **ambulante Psychotherapie bei (ehemaligen) Straftätern** statt. Aufbauend auf früheren Kontakten mit dem Ministerium hatte sich die PTK Bayern bemüht, Vorschläge zur Verbesserung der ambulanten Psychotherapie von (ehemaligen) Straftätern zu entwickeln. Diese wurden dem Minister vorgestellt und positiv aufgegriffen. Konkret wird nun eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingerichtet, die die Umsetzbarkeit prüft und Details ausarbeitet. +++

+++ Ende 2019 fand der **Fachtag der Autismusstrategie Bayern** statt. Anhand von Vorträgen und Workshops wurde die bisherige Arbeit der verschiedenen Projektgruppen der Öffentlichkeit vorgestellt. Insbesondere wurden die bislang erarbeiteten Empfehlungen diskutiert. Die PTK Bayern beteiligt sich auch weiterhin an der Erarbeitung der Autismusstrategie Bayern. +++

+++ Am 02.12.2019 wurde in der **4. Sitzung des Landesgesundheitsrates** das neu besetzte Referat „Sucht, Drogen und AIDS“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vorgestellt. +++

+++ Der Gesprächstermin mit den Sprechern der **bayerischen Direktorenkonferenz Psychiatrie** und dem Vorstand der PTK Bayern fand am 06.02.2020 statt. +++

+++ Am 18.02.2020 lud das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zu einer **Besprechung des novellierten Psychotherapeutengesetzes und der dazugehörigen neuen Approbationsordnung,** um die Umsetzung der betroffenen Rechtsnormen der geänderten Ausbildungsstruktur zu erörtern. +++

+++ Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales lud am 19.02.2020 zur **Weiterentwicklung des Bayerischen Gesamtkonzepts zum Kinderschutz**. Es handelt sich hierbei um eine interdisziplinäre Kooperation von Gesundheitswesen und Jugendhilfe. +++

Bevorstehende Veranstaltungen

Angestelltentag 2020: Eine Fortbildungs- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern für angestellte und beamtete Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Termin: **27.03.2020** in München.

Mitglieder-Forum: Der Vorstand informiert und lädt zur Diskussion ein mit folgenden Themen:

- Wie soll sich unser Berufsbild entwickeln?
- Digitalisierung und Psychotherapie
- Fragen und Themenwünsche der Kammermitglieder

Termine:
20.05.2020 in Nürnberg
16.06.2020 in Augsburg
24.06.2020 in Würzburg
01.07.2020 in München

Fortbildung für die Psychoonkologische Praxis: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **11.–12.09.2020** in München.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen: Psychosomatik in der Hausarztpraxis, Chronic fatique: Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **17.10.2020** in München.

Nähere Informationen und Programme zu den Veranstaltungen sowie Anmeldeformulare finden Sie stets zeitnah auf unserer Homepage:
www.ptk-bayern.de

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern

Geschäftsstelle

Birketweg 30, 80639 München
Post: Postfach 151506,
80049 München
Tel.: 089/515555–0; Fax: –25
Mo.–Fr.: 09.00–13.00 Uhr,
Di.–Do.: 14.00–15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Berlin

Familiengründung nach medizinisch assistierter Reproduktion unter Kindeswohlperspektive

Zwei Prozent aller Geburten in Deutschland kommen durch reproduktionsmedizinische Behandlungen (Samenspende) zustande, jährlich kommen 20.000 durch künstliche Befruchtung entstandene Kinder dazu, so Prof. Dr. med. Heribert Kentenich, Leitender Arzt des Fertility Center Berlin.[1] In Deutschland ist dabei nur der Weg über eine Samenspende erlaubt. Eizell- oder Embryonenspende sowie Leihmutterschaft sind verboten, weswegen viele Paare zur Erfüllung ihres Kinderwunsches ins Ausland gehen. Dr. Petra Thorn[2] spricht von ca. 2.000 heterosexuellen Paaren, die jährlich für die Behandlung mit einer Eizellspende ins Ausland fahren. Hinzu kommen lesbische Paare, bei denen eine Frau der anderen eine Eizelle spendet. Bei Unfruchtbarkeit beider Partner verhilft die Embryonenspende zum Kind. Die Leihmutterschaft erfüllt schwulen Paaren sowie Frauen nach einer Gebärmutterentfernung oder nach Verwachsungen ihren Kinderwunsch. Die hohe Zahl der durch medizinisch assistierte Behandlungen geborenen Kinder mit jährlich steigender Tendenz unterstreicht die Aktualität und Wichtigkeit des Themas. „Ein intensiver Kinderwunsch setzt sich über gesetzliche Regeln hinweg."[3]

Die in Deutschland erlaubte künstliche Befruchtung über eine Samenspende wird von heterosexuellen Paaren bei einer Unfruchtbarkeit des Mannes in Anspruch genommen wie auch von lesbischen Paaren und alleinstehenden Frauen. Das Embryonenschutzgesetz[4] regelt die rechtlichen Gegebenheiten. Da die Selektion des Embryos mit den besten Lebenschancen verboten ist, so Prof. Kentenich, würden der Frau zwei befruchtete Eizellen zurückgegeben. Deshalb liege hier die Zwillingsrate bei dem hohen Wert von 20 Prozent (gegenüber einer allgemeinen Zwillingsrate von zwei Prozent). Zwillinge würden früher auf die Welt kommen und das dann nicht selten mit erheblichen Schäden. Das Embryonenschutzgesetz schade auf diese Weise dem Kindeswohl und dem Schutz der Mutter, die mit einer Zwillingsschwangerschaft sehr viel höhere Risiken auch für ihre Gesundheit eingehen müsse (Bluthochdruck, Kaiserschnitt).

Sowohl Prof. Kentenich als auch Dr. Thorn sehen Mängel in der Beratungskultur bei Kinderwunschbehandlung. Eine Beratung sei nicht gesetzlich vorgeschrieben und werde auch nicht von Krankenkassen bezahlt. Dr. Thorn nennt als **wichtige Beratungsthemen: die Verarbeitung der Nachricht, kein Kind bekommen zu können, die Auseinandersetzung mit der eigenen Unfruchtbarkeit oder die Aufklärung des Kindes über seine Herkunft**. Ann Kathrin Scheerer[5] weist auf weitere Beratungsthemen hin: das Durchdenken eines möglichen Verzichts, die bedeutsame Rolle des Samenspenders für den zeugungsunfähigen Vater, die Angst des Vaters vor Aufklärung des Kindes nach heterologer Insemination (mit Spendersamen). Dr. Thorn berichtet über Eltern, die so lange auf das heißersehnte Kind gewartet hätten und es dann emotional nicht hätten besetzen können.

Ob und wann Eltern ihre Kinder über ihre Zeugungs- und Familiengeschichte aufklären, hänge stark davon ab, inwieweit sie sich selbst mit ihrem Weg der Familiengründung auseinandergesetzt haben, so Anne Meier-Credner, ob die Eltern offen miteinander über den „Spender" sprechen können oder ihn geheim halten. Kinder brauchen, damit sie sich zu selbstsicheren Menschen entwickeln können, eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Eltern, die von Offenheit und Aufrichtigkeit geprägt ist. Kindern oder „einem erwachsenen Menschen absichtlich wesentliche Informationen über sich selbst vorzuenthalten, hält ihn absichtlich unwissend, unmündig (…). Es nimmt ihm auch die Möglichkeit einer ehrlichen Beziehung zu seinem nichtgenetischen Elternteil."[6] Zur Aufklärung sind einige kindgerechte Bücher von Dr. Petra Thorn erschienen.[7]

Prof. Susan Golombok hat über die Entwicklung der Kinder in „modernen Familien" geforscht und keinerlei Hinweise dafür gefunden, dass diese Kinder in höherem Ausmaß von psychischen Problemen betroffen wären oder weniger gut funktionieren würden.[8] Sie spricht sich für eine frühe Aufklärung der Kinder aus, damit sie Fragen stellen können und die Nachricht annehmen können. Es habe sich gezeigt, dass etwa im Falle einer Offenlegung im Alter von drei bis vier Jahren die Kinder im Teenageralter bessere Beziehungen zu ihren Eltern hätten. **Sie argumentiert, dass die Qualität der familiären Beziehungen und das breitere soziale Umfeld einen größeren Einfluss auf die psychische Entwicklung der Kinder hätten als die Anzahl, das Geschlecht und die sexuelle Orientierung ihrer Eltern** oder auch Fragen der biologischen Abstammung oder der Methode ihrer Empfängnis.

Das Recht der Kinder auf Kenntnis ihrer Abstammung wurde durch das zum 1. Juli 2018 in Kraft getretene Samenspenderregistergesetz gestärkt. Kinder, die ab diesem Zeitpunkt mithilfe einer Samenspende über eine offizielle Samenbank gezeugt wurden, können künftig mit Erreichen des 16. Lebensjahres Auskunft über den leiblichen Vater er-

halten. Seit einiger Zeit stößt das durch das traditionelle Familienbild geprägte Abstammungsrecht auf wachsende Kritik, da durch neue Familienkonstellationen und die rasante Entwicklung der Fortpflanzungsmedizin sich andere Fragestellungen ergeben hätten.

Die Juristin Dr. Katharina Kaesling[9] macht auf einige gesetzliche Missstände aufmerksam, insbesondere auf die unterschiedliche Beurteilung von Mutterschaft und Vaterschaft im BGB, eine fehlende rechtliche Anerkennung der Co-Elternschaft bei gleichgeschlechtlichen Paaren und die Probleme bei Anerkennung der Mutterschaft, wenn das Kind von einer ausländischen Leihmutter ausgetragen wurde, die keine Mutter im rechtlichen Sinne sein wolle. Nach deutschem Recht ist diejenige Frau die Mutter, die das Kind geboren hat.

Art. 3 Abs. 1 der UN-Kinderrechtskonvention betone, dass das Wohl des Kindes vorrangig zu berücksichtigen ist. Dementsprechend sollten

- eine zeitgemäße Gesetzgebung, die die bereits bestehende Realität berücksichtigt,
- eine Reform des Embryonenschutzgesetzes von 1991,
- eine öffentliche Diskussion über Reproduktionsmedizin, damit sich Eltern trauen, darüber zu reden, sowie
- eine Verbesserung und Finanzierung der Beratung

gefördert und umgesetzt werden.

Dipl.-Psych. Gudrun Voß (KJP) &
Dipl.-Psych. Karin Jeschke

1 Vgl. dessen Vortrag auf der Jahrestagung „Ein Kind und viele Eltern. Das Kindeswohl im Kontext genetischer, biologischer, rechtlicher und sozialer Elternschaft" der Dt. Liga für das Kind vom 25./26.10.2019 in Berlin.
2 Praxis für psychosoziale Kinderwunschberatung in Mörfelden, Vorsitzende der Dt. Gesellschaft für Kinderwunschberatung, Mitglied im Dt. Ethikrat.
3 Scheerer, A.-K. (2019). Psychische Aspekte der Reproduktionstechnologie. Erfahrungen aus der psychoanalytischen Praxis. In R. Marx & A.-K. Scheerer (Hrsg.), Auf neuen Wegen zum Kind (S. 13–26). Gießen: psychosozial, S. 14.
4 Das Embryonenschutzgesetz (EschG) ist seit dem 1. Januar 1991 in Kraft.
5 Scheerer, 2019 (wie Anm. 3), S. 19 und 22.
6 Meier-Credner, A. (2019). Familiengründung durch Samenspende oder Familiengründung zu dritt? In R. Marx & A.-K. Scheerer (Hrsg.), Auf neuen Wegen zum Kind (S. 85–114). Gießen: psychosozial, S. 86.
7 Die Kinderbücher von Frau Dr. Thorn sind in ihrem eigenen Verlag FamArt veröffentlicht.
8 Golombok, S. (2015). Modern Families. Cambridge: University Press.
9 Wissenschaftliche Koordinatorin Käte Hamburger Kolleg „Recht als Kultur", Universität Bonn.

Aufwachsen in Regenbogenfamilien – alles anders oder normal?

Regenbogenfamilien sind Familien, in denen sich mindestens ein Elternteil der LSBTTIQ*-Community zugehörig fühlt. Die Buchstaben LSBTTIQ stehen für lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, transident, intergeschlechtlich, queer und der *Stern für alle Identitäten und Zugehörigkeiten dazwischen. Die Komplexität ist groß, insbesondere hinsichtlich der rechtlichen und gesellschaftlichen Anerkennung dieser Menschen. Dieser Artikel befasst sich vorrangig mit lesbischen und schwulen Eltern und deren Kindern. Der Regenbogen kennzeichnet die Emanzipation der LSBTTIQ*-Community seit den 1970er-Jahren. Die Bezeichnung „Regenbogenfamilie" leitet sich davon ab und wurde erst 2009 in den DUDEN aufgenommen.

Die Angaben zur Zahl der Regenbogenfamilien in Deutschland schwanken. Es gibt keine genauen Erhebungen, aber es ist davon auszugehen, dass über 90 Prozent der Regenbogenfamilien Mütterfamilien sind. Die nach wie vor wichtigste „große" Studie zum Thema hat die Universität Bamberg 2009 durchgeführt.[1]

Homosexuell zu leben und Kinder groß zu ziehen, war noch vor 30 Jahren fast ausgeschlossen. Meist stammten die Kinder in Regenbogenfamilien aus früheren heterosexuellen Beziehungen. Heute entscheiden sich Lesben, Schwule und Trans*personen für das Leben mit Kindern meist nach ihrem Coming-out. Lesbische Frauenpaare oder Singles entscheiden sich oft für leibliche Kinder – mal mit bekannten Spendern oder Vätern, manchmal mit Hilfe einer Samenbank und Kinderwunschklinik. Sie sind manchmal Eltern zu zweit, zu dritt oder zu viert mit zwei Müttern und zwei Vätern, manchmal im Modell des Co-Parentings, manchmal alleine. Andere ziehen Pflegekinder auf oder adoptieren Kinder.

Es hat sich vieles verändert in Deutschland, insbesondere seit der Abschaffung des § 175 StGB im Jahr 1994, der homosexuelle Handlungen seit 1871 unter Strafe stellte: 2001 wurde die sogenannte Eingetragene Lebenspartnerschaft eingeführt, das Lebenspartnerschaftsgesetz wurde 2005 novelliert, zahlreiche Bundesverfassungsgerichtsurteile zur Gleichstellung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft mit der Ehe bis hin zur Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare 2017 folgten. Jeder dieser Schritte hatte Auswirkungen auf die rechtliche Absicherung der Kinder in Regenbogenfamilien. Darum waren und sind diese Familien besonderen Belastungen ausgesetzt, da nach wie vor – trotz der „Ehe für alle" – die Absicherung der Familien mit besonderen Hürden verbunden ist. **Noch immer ist die sogenannte Stiefkindadoption nötig, die die nicht leibliche Mutter zwingt, das leibliche Kind ihrer Lebenspartnerin oder Ehefrau zu adoptieren. Sie und die ganze Familie stehen dabei auf dem Prüfstand von Jugendamt und Familiengericht**.

Der Studie – aber auch der alltäglichen Erfahrung – zufolge ist die Frage nach der (fehlenden) Normalität der eigenen Regenbogenfamilie meist abstrus oder befremdlich, denn die Familienmitglieder einer solchen Familie erleben sich selbst und ihren Alltag als normal, selbstverständlich – so wie andere Familien, bei denen die Eltern heterosexuell sind. Gleichwohl erlebt jede Familie immer wieder ein Coming-out – Eltern wie Kin-

der. Ob bei der Anmeldung zum Geburtsvorbereitungskurs, in der Geburtsklinik, bei der Bewerbung um den Kindergartenplatz, den Schulplatz, ob bei der Freizeitbeschäftigung, in der Nachbarschaft oder auf der Arbeitsstelle: Die Besonderheit der Familie nach außen bleibt. Nicht selten machen die Familienmitglieder an diesen Orten Diskriminierungserfahrungen durch Menschen und Strukturen. Fragen wie „Wer ist die ‚richtige' Mutter von euch?" oder „Wie habt ihr es gemacht?" und Formulare, in denen nur heterosexuelle Eltern als Mutter und Vater vorkommen, seien als Beispiele genannt. Für die Kinder aus Regenbogenfamilien ist es wichtig, dass ihre Eltern offen mit der eigenen Familienform umgehen. Auch sollten sie sich in Kinderbüchern wiederfinden und bestenfalls andere Kinder aus Regenbogenfamilien kennenlernen. Verschiedene Studien belegen, dass es für eine gute Entwicklung der Kinder nicht auf das Geschlecht der Eltern ankommt, sondern auf die Beziehungen innerhalb der Familie.

In einigen Städten haben sich spezielle Anlaufstellen für Regenbogenfamilien entwickelt, die nicht nur für Vernetzung und Begegnung der Familien auf ehrenamtlicher Basis da sind, sondern die professionelle Beratung und Gruppen anbieten. Ein bundesweites Netzwerk von Organisationen für die Beratung und Vernetzung von Regenbogenfamilien ist zu finden unter **www.big-regenbogenfamilien.de**.

Dipl.-Psych. Constanze Körner[2] &
Dipl.-Psych. Karin Jeschke[3]

1 www.uni-bamberg.de/news/artikel/regenbogenfamilie/ [30.01.2020].
2 Constanze Körner eröffnete 2013 Deutschlands erstes Regenbogenfamilienzentrum in Berlin, war 2018 Mitbegründerin und ist seit 2020 Leiterin von Lesben Leben Familien e. V. (www.leslefam.de).
3 Karin Jeschke ist wissenschaftliche Referentin der Landespsychotherapeutenkammer Berlin und war 2018 Mitbegründerin von Lesben Leben Familien e. V. (www.leslefam.de).
Weiterführende Literatur und Links zum Thema finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

BE

Psychotherapeuten und ihre zentrale Rolle bei komplexem Behandlungsbedarf – für Menschen mit Psychosen

Aus dem Augsburger Wunderzeichenbuch, ca. 1550 (Courtesy of The Martin Collection)

Gina Z., 25 Jahre alt, zwei Jahre davon mehr stationär als ambulant in Behandlung, sucht noch während eines Krankenhausaufenthaltes nach einer Psychotherapeutin. Sie weiß inzwischen, dass eine Psychotherapie eine Chance ist, eine sofortige Wiederaufnahme nach Entlassung zu verhindern, und die Probleme, die sie immer wieder zurück in die stationäre Behandlung treiben, anzugehen.

Martin M., 41 Jahre, seit Jahren erwerbsunfähig, hat in einem geschlossenen Heim sein Zuhause gefunden. Zwischen vielen älteren Menschen wird er von den Betreuern in den alltäglichen Abläufen unterstützt. Auf seine Anfälle von Verzweiflung und seine Krankheitsepisoden wird reagiert. Warum er gekommen ist, wie es weitergeht – diese Fragen stellen sich zunehmend weniger.

Warum Komplexbehandlung?

Menschen mit Psychosen haben neben den häufig sehr beeinträchtigenden sozialen Folgeproblemen Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Hilfen. Ursachen sind krankheitsbedingte Ängste, mitunter schlechte Behandlungserfahrungen; im Ergebnis kommt es zu Misstrauen und manchmal auch Feindseligkeit. Dies führt häufig zu Brüchen in der Beziehung zur Mitwelt, zu Eltern, Partnern, aber auch zu einer Folge immer wieder scheiternder Behandlungsversuche in verschiedenen (psycho)therapeutischen Settings und Einrichtungen. Die Folgen davon sind Chronifizierung oder oft wiederkehrende stationäre Aufnahmen, immer wieder auch gegen den Willen des Patienten. **Ursache für diese ungünstigen Behandlungsverläufe ist, dass die dieser Entwicklung kausal zugrunde liegenden psychologischen Faktoren praktisch nicht berücksichtigt werden und therapeutisch nicht adäquat auf sie reagiert wird.**

Laut dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz soll die Komplexbehandlung für schwer psychisch Kranke strukturiert und implementiert werden. Komplexbehandlungen können neben einer medikamentösen Behandlung z. B. aus einem soziotherapeutischen Angebot, einer häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und nonverbalen Therapien bestehen – und eben aus psychotherapeutischen Leistungen, etwa aus feldkompetenten Einzel- und Gruppentherapien. Die Realität sieht häufig (noch) anders aus.

BE

Warum müssen Psychotherapeuten dabei eine zentrale Rolle einnehmen?

In einer psychotherapeutischen Behandlung wird das spezifische Problem adressiert, welches nicht durch Begleitung, Management, Zwangsmaßnahmen oder Medikation alleine geheilt werden kann. Es ist eine Arbeit mit und an der Beziehung. Menschen mit Psychosen befinden sich in einer ausweglosen Situation, einem innerpsychischen Dilemma, in welchem das Zulassen der Hilfe von außen einerseits dringend gewünscht und andererseits als identitätsbedrohend erlebt wird.[1] Zu viel Nähe wie auch zu viel Distanz werden als vernichtend erlebt. Daraus wird deutlich, dass ein besonders vorsichtiger und einfühlsamer Umgang mit der Nähe-Distanz-Regulation erfolgen muss, um einen Raum zu etablieren, in dem der Mensch mit Psychose mit anderen Menschen sein kann, ohne sich selbst aufgeben zu müssen bzw. ohne sich isolieren zu müssen. Diese einfühlsame, nicht intrusive Haltung macht dann auch eine psychotherapeutische Arbeit an den Beziehungsproblemen möglich.[2]

Psychotherapie ist auch beim Aufbau von interdisziplinären Strukturen über die Sektorengrenzen hinweg unerlässlich. Sie hilft, Schnittstellen zu überbrücken, ohne dass bei jedem Wechsel Erfahrungen und Inhalte verloren gehen und die Biographie des Patienten letztlich vom Schirm verschwindet. Insofern kommt der Psychotherapie eine zentrale Rolle in der Komplexbehandlung zu. Leider fehlt vielen das dafür notwendige (psycho)therapeutische Know-how.

Wie können Psychotherapeuten das erlernen?

Viele niedergelassene ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten behandeln bislang keine Patienten mit Psychosen. Unsicherheit und Berührungsängste sind oft zu groß.[3]

Aus diesem Grund wurden **Fort- und Weiterbildungen** implementiert, die das spezifische Vorgehen lehren. Hiervon sollen zwei vorgestellt werden:

Der Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie (DDPP) hat eine **curriculare Fortbildung für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten** entwickelt, die aus einer theoretischen Wissensvermittlung sowie supervidierten Behandlungen besteht. Die curriculare Fortbildung wird für die Richtlinien-Verfahren (KVT, psychodynamische Verfahren) angeboten, für das systemische Verfahren ist das Curriculum in Planung.

Die International Psychoanalytic University (IPU) bietet seit 2013 in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin den weiterbildenden und berufsbegleitenden **Masterstudiengang „Interdisziplinäre Psychosentherapie“** an. Der Studiengang richtet sich an Berufsgruppen, die mit und für Menschen mit Psychosen arbeiten. In der Lehre werden berufsspezifische Kenntnisse und Fähigkeiten vertieft und im interdisziplinären Diskurs erweitert. Der Studiengang ist gezielt auf die Entwicklung einer bedürfnisangepassten und sektorenübergreifenden professionellen Arbeit mit Menschen mit Psychosen, also der notwendigen Komplexbehandlung, ausgerichtet.

Durch solche Fortbildungsangebote kann eine Qualifikationsbasis geschaffen werden, um die Versorgung im ambulanten wie stationären Bereich erheblich zu verbessern.

Frau Z. hat mit ihrer Suche Glück gehabt: Eine Psychotherapeutin hat sie – gegen geltende Regelungen – noch während des stationären Aufenthaltes in psychotherapeutische Behandlung genommen. Die Krankenhaustage nahmen deutlich ab. Die stationären Behandlungen, die folgten, waren geplant. Frau Z. hielt auch während dieser Zeit den Kontakt zu ihrer ambulanten Psychotherapeutin.

Herr M. sucht einen Psychotherapeuten. Die meisten, die von seinen Betreuern angerufen wurden, sagen, dass er selbst anrufen müsse. Das kann er aber nicht. Dazu ist das Telefonieren eine zu große Hürde. Sein Wunsch ist, sich mit der Vergangenheit und seiner Zukunft, den Auslösern und Gründen seiner Erkrankung zu beschäftigen und etwas zu ändern.

Wissenschaftlich belegt ist es längst, dass Frau Z. und Herr M. eine deutliche, den Psychopharmaka gleichkommende Besserung ihrer Erkrankung durch psychotherapeutische Behandlung erreichen können. Die Krankenkassen zahlen das: Die Psychotherapie ist indiziert. Die Sektorengrenzen müssen überwunden werden. Hier sind Kreativität und neue Strukturen gefragt. Psychotherapeuten haben Kreativität genug. Die betroffenen Patienten auch. Die Strukturen werden folgen.

Prof. Dr. Dorothea von Haebler

1 Mentzos, S. (2015). Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodynamik der Psychosen. Forum der Psychoanalyse, 31, 341–352.
2 Alanen, Y. O. (2014). Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind – die am wenigsten verstandenen Menschen in unserer Welt. In G. Lempa & E. Troje (Hrsg.), Zwischen Biologie und Biographie (Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie, Bd. 30; S. 35–57), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
3 Schlier, B. & Lincoln, T. M. (2016). Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Verhaltenstherapie, 26 (4), 279–290.

Geschäftsstelle

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

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen

Der Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer stellt sich vor – Teil 1

Im Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer vollzieht sich seit der Vorstandswahl im Juni 2019 und der Wahl weiterer Beisitzer im November 2019 der so dringend erforderliche Generationenwechsel, der den Fortbestand der Bremer Kammer sicherstellen soll. Unsere Präsidentin Amelie Thobaben ist die Einzige, die bereits in vorherigen Amtsperioden im Vorstand vertreten war. Alle anderen Vorstandsmitglieder sind neu in ihren Aufgaben und sammeln zum Teil erstmalig berufspolitische Erfahrungen. In dieser und der nächsten Ausgabe des PTJ möchten wir Ihnen die jungen Gesichter des Bremer Kammervorstandes vorstellen und gleichzeitig Einblicke in die Arbeitsweise der Psychotherapeutenkammer Bremen geben.

Amelie Thobaben, die erste Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Bremen

Amelie Thobaben hat die tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung 2011 abgeschlossen. Ihre psychotherapeutische Tätigkeit fand seitdem in unterschiedlichen Strukturen statt: in einer Privatpraxis mit Kostenerstattung, im Jobsharing als Junior- und Seniorpartnerin, mit eigener Kassenzulassung und in Anstellung. Des Weiteren übernimmt sie sowohl im Ausbildungskontext als auch im Rahmen von Fortbildung vielfältige Dozententätigkeiten.

Ihren Weg in die Berufspolitik fand Amelie Thobaben durch eine Kollegin, die sie als damals frisch Approbierte gewinnen konnte. Primär engagierte sie sich zunächst für die Belange der jungen Psychotherapeuten, indem sie Informationen rund um die beruflichen Möglichkeiten ohne Kassenzulassung zusammentrug und diese dann in der jungen Generation verbreitete. Als 2015 infolge des Versorgungsstärkungsgesetzes in Bremen zunehmend Kassensitze wegen fehlender Ausschreibungsfähigkeit verloren gingen, warb Amelie Thobaben durch aktive Aufklärungsarbeit für die Attraktivität des Jobsharings. Viele Sitze konnten in den folgenden Jahren über das Jobsharing gezielt an ausgesuchte Nachfolger übergeben werden.

Die Idee einer Mitarbeit im Kammervorstand verdankt Amelie Thobaben Karl Heinz Schrömgens. Sie kam 2015 als Beisitzerin in den Vorstand und konnte in dieser Funktion viel über Strukturen im Land Bremen als auch über bundesweite Entwicklungen lernen. Sie erlangte immer mehr Einblicke in die Berufspolitik und übernahm zusätzlich zu ihrer Tätigkeit im Kammervorstand den Landesgruppenvorsitz in der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV). Als Mitglied der Vertreterversammlung der KV Bremen und als Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses bringt sie ihr Wissen und ihre Erfahrungen auch an dieser Stelle ein. Diese Arbeit betrifft den Berufsalltag in den Kassenpraxen. In ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit im Berufsverband nimmt die Beratung der Kollegen großen Raum ein. Weiterhin immer auch mit einem besonderen Augenmerk für die Bedürfnisse von PiA, jung Approbierten, Angestellten und Psychotherapeuten in Privatpraxen.

Seit November 2019 ist Amelie Thobaben die erste Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Bremen. Ihre Aufgaben sind vielfältig und finden häufig im Hintergrund statt. Sie steht beispielsweise im regelmäßigen Austausch mit den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und füllt dabei die alltäglichen Aufgaben der Kammergeschäftsführung aus. Bei den verschiedenen Anfragen an die Kammer, auch bzgl. Stellungnahmen zum politischen Diskurs, berät sie sich mit dem gesamten Kammervorstand und dem Justiziar der Kammer. Das Netzwerken nimmt sicherlich einen weiteren großen Teil der Zeit in Anspruch. So pflegt Amelie Thobaben den Kontakt zur BPtK und zu den anderen Schwesterkammern, zu Behörden und weiteren Beteiligten im Gesundheitssystem. Das Netzwerken ist eng verknüpft mit dem Repräsentieren der Psychotherapeutenkammer in den verschiedenen Gremien, bei berufspolitischen Veranstaltungen oder Empfängen, um die Interessen der Kammermitglieder zu wahren und sich für diese einzusetzen. Dies ist oftmals mit einem hohen Reiseaufkommen verbunden.

Amelie Thobaben mit dem Bremer Bürgermeister Andreas Bovenschulte

Das aktuell größte politische Thema für Amelie Thobaben ist die Umsetzung der Ausbildungsreform. Dieses erfordert den Austausch rund um die Entwicklung der Musterweiterbildungsordnung. Dazu gehören die zahlreichen juristischen Texte und Stellungnahmen sowie der Besuch von Veranstaltungen der BPtK. In Bremen besteht die

Aufgabe darin, sich mit den Beteiligten auszutauschen, dem Justiziar, dem Kammervorstand, dem Fort- und Weiterbildungsausschuss sowie mit Mitarbeitern der senatorischen Behörden und der Universität.

Dr. Rosa Steimke, Beisitzerin im Vorstand

Rosa Steimke kommt ursprünglich aus Bremen und hat in den Niederlanden ihren Abschluss in Psychologie und Neurowissenschaften gemacht. Für ihre Masterarbeit arbeitete sie mit Erwachsenen mit Autismus-Spektrums-Störung am Max-Planck-Institut in Berlin. Im Anschluss promovierte sie an der Charité in der Forschungsgruppe „Mind and Brain". Nach einer kurzen Zeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Miami, Florida, führte sie in Bremen ihre Ausbildung zur Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie durch und approbierte im Frühjahr 2019. Aufgrund von Elternzeit ergab sich dann zunächst eine kurze berufliche Pause. Derzeit befindet sich Rosa Steimke in der Vorbereitung für ein Jobsharing in einer Praxis in Bremen.

Ihr Weg in die Berufspolitik begann 2018 mit der Teilnahme am Arbeitskreis „Zukunft der Kammer". Rosa Steimke war bereits während ihrer Ausbildung der Psychotherapeutenkammer beigetreten und bekam über ihr Ausbildungsinstitut den damaligen Notstand und anstehenden Umbruch in der Bremer Kammer nach der Ankündigung des langjährigen Präsidenten Karl Heinz Schrömgens, seine Tätigkeit zum Ende der Amtsperiode zu beenden, mit. Über den Arbeitskreis „Zukunft der Kammer" bekam Rosa Steimke die Möglichkeit, an Vorstandssitzungen als Gast teilzunehmen und weitere Einblicke in die tatsächliche Arbeit des Vorstands zu bekommen. Dies bestätigte sie in ihren Überlegungen, sich stärker in die Arbeit des Kammervorstands einzubringen. Seit dem Frühjahr 2019 wurde sie vom Vorstand für einige Aufgaben als Vorstandsbeauftragte benannt und nahm an verschiedenen Terminen teil. Im November 2019 wurde Rosa Steimke schließlich als ordentliche Beisitzerin in den Vorstand gewählt.

Rosa Steimke (vorne, 3. v. l.) beim Treffen zum 20-jährigen Bestehen des bremer forums frauengesundheit

Ein Schwerpunkt in ihrer Tätigkeit als Beisitzerin besteht in Themen der Gleichstellung. So ist Rosa Steimke in die Gleichstellungskommission der BPtK entsandt. Auch nimmt sie am bremer forum frauengesundheit teil. Weiterhin ist sie Mitglied des Fachbeirates Sprachmittlungspool, der sich für die Finanzierung und Umsetzung von Sprachmittlung in Psychotherapie und psychiatrischer Versorgung einsetzt und Menschen mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen Zugang zu Psychotherapie ermöglicht. Weitere Schwerpunkte ihrer Vorstandsarbeit betreffen die Digitalisierung und die inhaltliche Darstellung der Psychotherapeutenkammer Bremen auf deren Website. Stellvertretend nimmt sie am Runden Tisch Geflüchteter in Bremen teil, ein Zusammenschluss verschiedener Akteure, die mit der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen direkt oder indirekt befasst sind und versuchen, diese zu verbessern. Durch die zeitliche Nähe zur eigenen Ausbildung liegt ihr auch die Umsetzung der Ausbildungsreform im Sinne der Psychotherapeuten in Ausbildung und zukünftig der Psychotherapeuten in Weiterbildung besonders am Herzen. So wird sie gemeinsam mit Amelie Thobaben den Fort- und Weiterbildungsausschuss begleiten.

Johannes Lindner, Beisitzer im Vorstand

Johannes Lindner zog 2009 von Soest in NRW nach Bremen, um an der Universität Bremen Psychologie zu studieren. Im 3. Semester arbeitete er als studentische Hilfskraft an seinem späteren Ausbildungsinstitut. An das Masterstudium in Klinischer Psychologie schloss er seine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie an. Die praktische Tätigkeit absolvierte er zunächst in Haselünne im Emsland und anschließend im Klinikum Bremen-Ost und war danach als psychologischer Berater für das Studierendenwerk der Universität Bremen tätig. Nach der Approbation im April 2019 hat Johannes Lindner zunächst drei Monate Elternzeit im Ausland verbracht und widmet sich seit seiner Rückkehr dem Aufbau einer eigenen Praxis.

Als 2014 der Studiengang Psychologie an der Universität Bremen von der Schließung bedroht war, wurde Johannes Lindner erstmalig berufspolitisch aktiv. Auf einer von der Fachschaft organisierten Demonstration hielt er das Megaphon für den ihm damals unbekannten Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens. Als Psychologiestudierender wusste er noch nicht, was eine Psychotherapeutenkammer ist und wofür man sie braucht. Inmitten des bunten Protests der Studierenden habe es sich aber sehr gut angefühlt, mit der Psychotherapeutenkammer eine erfahrene Institution auf seiner Seite zu wissen, erinnert er sich. Während der praktischen Tätigkeit in der Ausbildung lernte Johannes Lindner auch über seine Mitauszubildenden die prekären Rahmenbedingungen kennen, mit denen die Auszubildenden an den Kliniken konfrontiert waren. Dies weckte in ihm den Wunsch, sich aktiv für Verbesserungen der Ausbildungsbedingungen einzusetzen. Er nahm Kontakt zu Amelie Thobaben auf, die ihn in die Organe, Gremien und Strukturen einführte und für die Vernetzung mit dem Protest für die Ausbildungsreform sorgte. Es folgte 2017 die Wahl zum PiA-Sprecher der Bremer Psychotherapeutenkammer und damit das Engagement in der Bundeskonferenz PiA in der Geschäftsstelle der BPtK. Entsprechend folgerichtig und logisch war der Schritt, dem Ruf nach Nachwuchs im Zuge des Genera-

tionenwechsels im Kammervorstand zu folgen und sich im November 2019 für den Beisitz zur Wahl zu stellen.

Am Anfang der neuen Tätigkeit im Kammervorstand steht für Johannes Lindner noch eine gewisse Orientierungsphase: An welchen Stellen ist Engagement nötig? Welche Aufgaben in der Kammer sind obligatorisch? Nach wie vor hat Johannes Lindner ein großes Interesse an den Themen der jungen Kollegenschaft sowie an der Ausgestaltung der Ausbildungsreform. Außerdem sieht er in den durch die Digitalisierung hervorgerufenen Veränderungen ein wichtiges Themenfeld. Zudem widmet er sich der Gleichstellung von Frauen und Männern, von Stadt- und Landbevölkerung sowie von jungen und alten Patienten, aber auch Psychotherapeuten, und deckt den wichtigen Themenbereich der Qualitätssicherung im Kammervorstand ab.

Treffen mit der Gesundheitssenatorin Claudia Bernhard

Am 13. Januar 2020 trafen sich die Präsidentin Amelie Thobaben, die stellvertretende Präsidentin Eva John und Beisitzerin Dr. Kim Sarah Heinemann mit der Bremer Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz Claudia Bernhard und der Referatsleiterin Dr. Wiebke Wietschel zu einem ersten Kennenlernen in der Behörde. In dem knapp einstündigen Gespräch standen neben dem allgemeinen Kennenlernen auch konkrete Themen im Zusammenhang mit der Neuregelung des Psychotherapeutengesetzes wie beispielsweise die Situation der zukünftigen Psychotherapeuten während ihrer stationären Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten auf der Agenda.

Zudem wurde über die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik gesprochen. Der G-BA

V. l. n. r.: Dr. Kim Sarah Heinemann, Senatorin Claudia Bernhard, Präsidentin Amelie Thobaben, stellvertr. Präsidentin Eva John

war vom Gesetzgeber beauftragt worden, die Richtlinie um einen bettenbezogenen Personalschlüssel für Psychotherapeuten bis zum 30. September 2020 zu ergänzen. Die Personalvorgaben aus der zum 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik waren für den Bereich Psychotherapie zuvor als unzureichend angesehen worden. In der aktuellen politischen Diskussion gebe es Bestrebungen im Bundesrat, diesen Auftrag an den G-BA wieder zu streichen. Die Vorstandsvertreter der Psychotherapeutenkammer baten Frau Senatorin Bernhard darum, sich in den politischen Diskurs einzubringen und sich dafür einzusetzen, dass erneute Streichungsanträge abgewendet werden können, um eine leitliniengerechte Versorgung der Patienten in Psychiatrie und Psychosomatik mit Psychotherapie zu gewährleisten.

Frau Senatorin Bernhard zeigte sich interessiert an den Themen der Psychotherapeutenkammer und schlug vor, ihr die zentralen Argumente in schriftlicher Form zukommen zu lassen. Dem kam der Vorstand bereitwillig nach und ließ ihr kurz nach dem Treffen ein entsprechendes Schreiben zukommen.

Sprachmittlungspool für Geflüchtete in Bremen und Bremerhaven auch für 2020

In der Ausgabe 4/2019 des PTJ wurde über das Modellprojekt Sprachmittlungspool berichtet, das es seit September 2019 in Bremen gibt. Zur großen Freude aller Beteiligten wurde das Modellprojekt für das Jahr 2020 verlängert. Das Modellprojekt richtet sich an Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die mit geflüchteten Menschen arbeiten. Die finanzielle Förderung erfolgt durch die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in Bremen. Der Sprachmittlungspool ermöglicht die Vermittlung und Finanzierung von Sprachmittelnden für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Geflüchteten in Bremen und Bremerhaven. Durchgeführt wird das Modellprojekt von Refugio, dem Beratungs- und Behandlungszentrum für Geflüchtete und Folteropfer in Bremen. Dieses besondere Angebot hilft dabei, sprachliche Barrieren zu verringern und den Betroffenen einen Zugang zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung zu eröffnen. Gleichzeitig sollen die Praxen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen wollen, von Verwaltungsaufgaben entlastet werden, um hier keine neuen Schwellen entstehen zu lassen. Die Antragstellung wurde für Psychotherapeuten und Psychiater so einfach wie möglich gestaltet. Sie kann z. B. auch per E-Mail durchgeführt werden. Die zuständige Mitarbeiterin Frau Insa Kühl steht den Praxen unkompliziert als Ansprechpartnerin zur Verfügung und übernimmt vielfältige Koordinationsaufgaben. Die beteiligten Sprachmittler erhalten eine zertifizierte Fortbildung speziell für den psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich sowie regelmäßige Supervision und Weiterbildungsangebote und werden dadurch geschult, in diesem besonderen Umfeld kompetent zu übersetzen. Trotz des sehr kurzen Zeitraumes des Modellprojektes von nur vier Monaten wurden 2019 mehr als 100 Stunden Sprachmittlung in Bremen und Bremerhaven bewilligt. Die Psychotherapeutenkammer Bremen unterstützt den Fachbeirat des Sprachmittlungspools bei diesem wichtigen Projekt und begrüßt es sehr, dass

sich Frau Dr. Rosa Steimke für die Kammer an dessen Arbeit beteiligt. Genau wie die Kammerversammlung sprach sich auch der Kammervorstand bereits für die Verstetigung der Finanzierung aus. Diese Notwendigkeit soll auch an dieser Stelle erneut ausgedrückt werden.

Praxiserfahrungen zur Therapie mit Sprachmittelnden

Im folgenden Interview schildert Frau Dr. Hatice Ecirli, die seit 2019 als angestellte Psychotherapeutin in einer Bremer Vertragspsychotherapeutenpraxis arbeitet, ihre ersten Erfahrungen mit dem Sprachmittlungspool. Dr. Hatice Ecirli wuchs selbst zweisprachig auf. Aufgrund eigener Erfahrungen ist sie sich der Bedeutung des jeweiligen kulturellen Hintergrundes ihrer Patienten bewusst und findet das Verständnis für diesen Hintergrund in ihrer psychotherapeutischen Arbeit essenziell. Inneres Erleben, insbesondere Emotionen, kann ihrer Meinung nach in der Muttersprache viel besser zum Ausdruck gebracht werden.

Wie kam es dazu, dass Sie den Sprachmittlungspool genutzt haben?

Da ich einige Patienten behandle, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, hatte mein Praxiskollege mich auf das Angebot des Sprachmittlungspools hingewiesen. Gleichzeitig hatte ich schon mit einer Patientin überlegt, dass es hilfreich sein könnte, eine Sprachmittlerin in Anspruch zu nehmen.

Welche Erfahrungen können Sie berichten?

Die Patientin hatte anfangs Vorbehalte, da sie aufgrund ihrer Vorgeschichte (Anm. d. Red.: Flucht aus Syrien) befürchtete, eine Sprachmittlerin aus Syrien könnte Vorbehalte ihr gegenüber

Dr. Hatice Ecirli

haben. Ich selbst war auch neugierig und gespannt, wie sich die Anwesenheit einer dritten Person auf das Setting auswirken würde. Die Sprachmittlerin nahm von sich aus – auch räumlich – eine mittelnde Position ein. Ihre Erfahrung half meiner Patientin und mir, uns rasch an diese neue Situation zu gewöhnen. Mittlerweile fand auch ein Angehörigengespräch statt. Da war die Sprachmittlung total gut, weil die Mutter sehr geringe Deutschkenntnisse hat.

Wie empfinden Sie die Arbeit mit einem Sprachmittler?

Mir gefällt die Art, wie die Sprachmittlerin vorgeht. Sie ist neutral und verhält sich professionell, gleichzeitig ist sie angemessen einfühlsam.

Wie lief die Antragstellung? Wie empfanden Sie den Prozess der Antragstellung?

Die Antragstellung selbst lief völlig unproblematisch und ganz schnell per E-Mail ab. Der Kontakt mit Frau Kühl war unkompliziert. Rückfragen wurden von ihr schnell beantwortet. Der Sprachmittlerin zeichne ich nach jedem Termin ab, dass sie da gewesen ist. Mehr Bürokratie ist nicht erforderlich.

Gibt es etwas, das Sie Kollegen für die Arbeit mit einem Sprachmittler raten wollen?

Kollegen würde ich raten, es einfach auszuprobieren. Es ist eine tolle Chance. Man kann seinen Patienten nicht schlechter verstehen als ohne Sprachmittler und daher nur gewinnen. Auch weil ich selbst anfangs Hemmungen hatte, kann ich nachvollziehen, dass Kollegen zögern und es für sie vielleicht eine unangenehme Vorstellung ist, mit Sprachmittlung zu arbeiten. Das hat sich bei mir aber gar nicht bestätigt. Ich komme nun selbst aus einem islamischen Kulturkreis und kann bestimmte damit verbundene Aspekte einfacher verstehen, gleichzeitig merke ich aber auch, dass die Sprache essenziell ist. Emotionen und inneres Erleben generell können in der Muttersprache klarer benannt werden.

Vielen Dank für dieses Gespräch.

Mehr Informationen zum Sprachmittlungspool finden Sie unter www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/.

Redaktion

Dr. Kim Sarah Heinemann,
Dr. Christoph Sülz

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.: 10.00–14.00 Uhr
Mi.: 13.00–17.00 Uhr

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer HAMBURG

PTK Hamburg begrüßt die neue Delegiertenversammlung

Delegiertenversammlung der 5. Amtsperiode

Nachdem die Wahl zur 5. Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer erfolgreich abgeschlossen werden konnte, traten am 4. Dezember 2019 die gewählten Delegierten zur konstituierenden Sitzung zusammen. Insgesamt waren 26 Delegierte von den Kammermitgliedern gewählt worden, drei weitere Delegierte werden nach Hamburger Kammergesetz jeweils von der Universität Hamburg, der ständigen Kommission der Ausbildungsstätten sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst Hamburgs benannt.

Kammerpräsidentin Heike Peper dankte zu Beginn der Sitzung im Namen des Vorstandes den zehn ausscheidenden Delegierten sowie den ausscheidenden Mitgliedern der Ausschüsse und Kommissionen für die gute Zusammenarbeit in der 4. Amtsperiode. Auch den beiden Vorstandsmitgliedern Gabriela Küll und Ursula Meier-Kolcu, die nicht erneut für ein Vorstandsamt kandidierten, dankte sie für ihren ehrenamtlichen Einsatz. Großer Dank galt auch dem anwesenden Wahlleiter Herrn Dirk Dau (ehemaliger Richter am Bundessozialgericht), der die Wahl souverän begleitet und den Wahlausschuss geleitet hatte.

Das Ende der 4. Amtsperiode war von vielen Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen und der damit verbundenen berufspolitischen Arbeit geprägt, die den Vorstand wie auch die Geschäftsstelle intensiv beschäftigten. Hinzu kamen dort mehrere personelle Wechsel und die Herausforderungen der Kammerwahl, die zusätzlich zu den laufenden Aufgaben bewältigt werden mussten. Das hohe Engagement des Geschäftsführers und der Mitarbeitenden sowie die professionelle Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen wurden von allen Vorstandsmitgliedern gewürdigt.

Nach Verabschiedung des bisherigen Vorstandes und der ausscheidenden Delegierten erfolgte die Wahl des Vorstandes unter der Leitung des Wahlleiters Dr. Mike Mösko.

Dipl.-Psych. Heike Peper, seit 2015 Präsidentin der PTK Hamburg, wurde nach einer programmatischen Rede mit deutlicher Mehrheit im Amt bestätigt. Sie hob besonders die Herausforderungen und Chancen hervor, die mit der Umsetzung der Ausbildungsreform verbunden sind. Die Entwicklung neuer Strukturen für die Weiterbildung nach dem Psychotherapiestudium sei die zentrale Aufgabe der Kammer in den kommenden Jahren.

Dipl.-Psych. Torsten Michels wurde nach einer persönlichen Rede mit großer Mehrheit in das seit 2015 ausgeübte Amt des Vizepräsidenten wiedergewählt. Er betonte die fachliche Entwicklung der Psychotherapeutenkammer und der Geschäftsstelle und die Entwicklung der Zusammenarbeit in der Delegiertenversammlung, im Vorstand und der Geschäftsstelle hin zu größerer Wertschätzung und Konsenssuche. Als gemeinsame Zielsetzung gehe es darum, den Berufsstand gut und breit zu entwickeln und die Mitglieder mit ihren Perspektiven und Anliegen mitzunehmen.

Als Beisitzerinnen und Beisitzer kandidierten für den Kammervorstand:

- Dipl.-Soz.päd. Gitta Tormin,
- Dipl.-Psych. Kerstin Sude und
- Dr. Thomas Bonnekamp.

Sowohl Dipl.-Soz.päd. Gitta Tormin, die zukünftig die Berufsgruppe der KJP im Vorstand vertritt, als auch Dipl.-Psych. Kerstin Sude und Dr. Thomas Bonnekamp, der bereits seit 2015 als Beisitzer im Vorstand mitarbeitet, wurden mit großer Mehrheit als Beisitzende gewählt.

Im Anschluss wurden die Hamburger Delegierten und ihre Stellvertreter für

den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) gewählt.

Die Delegiertenversammlung entschied sich einstimmig für die Wahl der Delegierten und der persönlichen Stellvertretung als „Tandem". Erstmalig standen hier mehr Paarungen zur Wahl, als Hamburg Sitze auf dem DPT innehat. Alle Delegierten und Stellvertreter hatten Gelegenheit, sich persönlich und mit ihren Zielen für die Arbeit auf dem DPT vorzustellen.

Als Delegierte und Stellvertretungen wurden für diese Amtszeit gewählt:

- Kerstin Sude und Ricarda Müller,
- Sönke Meyer-Lohmann und Jörn Koltermann,
- Gitta Tormin und Dr. Helene Timmermann,
- Torsten Michels und Anja Helberg,
- Dr. Thomas Bonnekamp und Dr. Claudia Gorba,
- Heike Peper und Dr. Judith Peth,
- Prof. Rainer Richter und Dr. Mike Mösko.

Heike Peper dankte allen Delegierten für die konstruktive Mitarbeit während der zeitintensiven Wahlvorgänge und lud abschließend zu einem gemeinsamen Umtrunk ein.

TM

Der neue Vorstand stellt sich vor

V. l. n. r.: Dr. Thomas Bonnekamp, Kerstin Sude, Heike Peper, Gitta Tormin, Torsten Michels

Seit dem 4. Dezember 2019 ist der neue Vorstand der PTK Hamburg im Amt und hat seine Arbeit aufgenommen. Auf einer ersten Klausurtagung konnten der Umfang und die Schwerpunkte für die nächste Amtsperiode umrissen, Aufgaben definiert und verteilt werden. Mit dem Fokus auf Versorgungsthemen werden die Umsetzung der Ausbildungsreform und die Entwicklung der sich an das approbationsleitende Studium anschließenden Weiterbildung Schwerpunkte sein. Dazu werden neben einer Weiterbildungsordnung auch neue Strukturen in der Geschäftsstelle und für die Profession geschaffen werden müssen.

Nachdem nun auch die Ausschüsse im Wesentlichen besetzt sind, stellen sich Ihnen die gewählten Vorstandsmitglieder auf den nächsten Seiten vor.

TM

Heike Peper

Die Delegiertenversammlung hat mich mit großer Mehrheit im Amt als Kammerpräsidentin bestätigt. Über diesen Vertrauensbeweis freue ich mich sehr. Er gibt mir Rückenstärkung und Ermutigung für die anstehenden berufspolitischen Aufgaben in der neuen Amtsperiode.

Als Psychologische Psychotherapeutin bin ich seit 2000 niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis mit drei Kolleginnen in Hamburg-Altona. Davor war ich lange in einer psychosozialen Beratungsstelle für Frauen angestellt tätig. Ich arbeite tiefenpsychologisch fundiert, habe außerdem eine Ausbildung in Gestalttherapie und in traumatherapeutischen Verfahren. Als Dozentin und Supervisorin bin ich auch in der Aus- und Fortbildung tätig.

Zur Berufspolitik kam ich Ende der 1990er-Jahre im Vorfeld der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes und engagiere mich seitdem in der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), seit 2007 als Vorsitzende der DPtV-Landesgruppe Hamburg.

Mit dem berufspolitischen Engagement in der Kammer habe ich bereits bei der Gründung der PTK Hamburg begonnen. Im Jahr 2011 wurde ich zur Beisitzerin im Kammervorstand gewählt, seit 2015 habe ich das Amt der Kammerpräsidentin inne. Als Bundesdelegierte vertrete ich zusammen mit sechs weiteren Delegierten die Hamburger Kammer auf den Deutschen Psychotherapeutentagen.

Ich bin außerdem Mitglied der Vertreterversammlung und des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hamburg.

In der aktuellen Amtsperiode werden uns wichtige berufs- und gesundheitspolitische Themen weiter beschäftigen, und es werden neue hinzukommen.

Dazu gehört ganz wesentlich die Umsetzung der neuen Ausbildungsstruktur. Insbesondere die Entwicklung einer neuen Weiterbildungsordnung, die damit verbundene Akkreditierung von Weiterbildungsstätten, die Einsetzung von Prüfungsausschüssen und die Durchführung von Prüfungen wie auch die Gestaltung der Übergangsregelungen sind nur einige Aspekte der sehr langen Liste von Aufgaben, die nun in recht kurzer Zeit abgearbeitet werden müssen. Hier sind alle Beteiligten gefragt, in einem konstruktiven Miteinander die unterschiedlichen Perspektiven und Interessen zusammenzubringen und konflikthafte Fragen gut und sinnvoll zu lösen.

Bezüglich der mit großem politischem Drive vorangetriebenen Digitalisierung des Gesundheitswesens ist es vonseiten der Psychotherapeutenkammern unabdingbar, unsere fachliche Expertise einzubringen, auf klar definierte Qualitätsstandards zu dringen und vor allem auch ethische Fragestellungen in die Diskussion einzubringen.

Und wir müssen darauf achten, dass angesichts des „Digi-Hypes" nicht andere Themen der psychotherapeutischen Versorgung vernachlässigt werden. Immer noch gibt es zu wenige ambulante Behandlungsplätze. Immer noch gibt es zu starre Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Immer noch gibt es bestimmte Patientengruppen, die es besonders schwer haben, eine angemessene psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Hier werden wir weiterhin mit guten fachlichen Begründungen auf Veränderungen dringen müssen. Angesichts zunehmender gesellschaftlicher Spaltung und Polarisierung müssen wir außerdem darauf achten, dass Stigmatisierung und Diskriminierung nicht weiter zunehmen und gesellschaftsfähig werden. Wir wissen, welche seelischen Folgen ein gesellschaftliches Klima, das von Abwertungen, Demütigungen, Bedrohungen und Gewalt geprägt ist, haben kann und sollten deshalb als Profession klar Position beziehen.

HP

Torsten Michels

Ich bin zum dritten Mal in den Vorstand der PTK Hamburg und zum zweiten Mal zum Vizepräsidenten gewählt worden. Über das mir entgegengebrachte Vertrauen freue ich mich sehr.

Mein beruflicher Werdegang ist durch elf Jahre stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrung in Anstellung und durch meine humanistische, psychoanalytische und tiefenpsychologische Ausbildung, die Arbeit in eigener Praxis und mein berufspolitisches Engagement geprägt.

Die Klinikzeit zeichnete sich durch hohe wechselseitige Anerkennung der verschiedenen Berufsgruppen, der Verfahren und der theoretischen Grundlagen aus. Diese Zeit bildet die Grundlage meiner berufspolitischen Arbeit.

Berufspolitisch arbeite ich im Vorstand des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e. V. Hamburg mit, bin Mitglied in der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e. V. Im April 2011 wurde ich zum ersten Mal in den Vorstand der PTK Hamburg gewählt. Seitdem habe ich die PTK auch als Delegierter auf den Deutschen Psychotherapeutentagen vertreten. Seit 2014 leite ich die Beschwerdekommission und vertrete die PTK im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals.

Mein berufspolitisches Engagement leitet sich im Wesentlichen vom Gedanken der Verteilungsgerechtigkeit und der Vielfalt der Versorgungslandschaft ab, die nur gegeben sein kann, wenn alle Positionen durch entsprechende Interessens- und Verfahrensvertreter repräsentiert sind und gehört werden. Das gilt im Besonderen auch für die Ausbildungsreform.

Mit Sorge betrachte ich, wenn machtpolitische Erwägungen in den Vordergrund rücken und Inhalte und das gemeinsame Ziel einer guten Versorgung psychisch kranker Menschen verdrängen. Ich sehe das vor dem Hintergrund unseres Berufsstandes als problematisch an. Wenn es uns nicht gelingt, Konsens zu bilden und die unterschiedlichen Erkenntnis- und Verstehenshorizonte anzuerkennen und einzubeziehen, werden Gräben vertieft und ein Dissens geschaffen, der unserem Berufsstand und der Versorgung schadet. Für unsere Zukunft ist es zentral, Geschlossenheit zu schaffen, und nicht die vorhandenen Differenzen als unüberwindbar zu vertiefen. Das ist in den letzten beiden Amtszeiten gut gelungen und hat zur Verbesserung der Zusammenarbeit innerhalb der Kammer, auf Bundes- wie auf Landesebene beigetragen.

Betrachten wir die Situation der Versorgung psychisch kranker Menschen und die Folgen der aktuellen Gesetzesinitiativen, dann ist es notwendiger denn je, unser Anliegen einer guten Versorgung und eines respektvollen Umgangs mit allen psychisch kranken Menschen gemeinsam zu vertreten.

Die Bundespsychotherapeutenkammer und die Länderkammern bekommen als unsere legitimen Interessenvertretungen eine wachsende Bedeutung. Die Realität der aktuellen Politik führt uns die Notwendigkeit guter Kooperation mit allen Beteiligten vor Augen.

Zur Arbeit in der Kammer gehört für mich deshalb ganz wesentlich die Nachwuchsarbeit, die sowohl die Umsetzung der Ausbildungsreform wie auch die berufspolitische Arbeit betrifft, die die jungen Kollegen willkommen heißt, sie motiviert, sich zu engagieren und in unsere Arbeit zu integrieren. Wir legen heute die Bedingungen für morgen.

TM

Gitta Tormin

Nachdem ich 1989 das Diplom-Studium der Sozialpädagogik in Berlin beendet hatte, führten mich verschiedene Anstellungsverhältnisse (Hamburger Mädchenhaus, Allerleirauh e. V., Gemeindepsychiatrisches Zentrum Eimsbüttel) in die selbstständige Tätigkeit als KJP in eigener Praxis. Zunächst arbeitete ich im Kostenerstattungsverfahren und seit neun Jahren mit eigenem Kassensitz in Eimsbüttel. Nach der Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie für Kinder und Jugendliche folgte später die Weiterbildung in EMDR.

Als niedergelassene KJP nehme ich seit vielen Jahren aktiv am Arbeitskreis KJP in Hamburg teil. Außerdem arbeite ich im Vorstand des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e. V. Hamburg mit und bin seit 2019 Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg.

In der letzten Legislaturperiode war ich bereits gewählte Delegierte in der Delegiertenversammlung der Kammer. Und diesmal bin ich zur Beisitzerin im Vorstand für die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gewählt worden. Als Nachfolgerin von Gabriela Küll, die dieses Amt viele Jahre innehatte, werde ich insbesondere für die spezifischen berufspolitischen Belange der KJP zuständig sein. Mein besonderes Augenmerk liegt auf der Zusammenarbeit und Vernetzung von Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, regionaler Bildungs- und Beratungszentren und Schulen sowie weiterer Stellen auf bezirklicher und überbezirklicher Ebene. Die Zusammenarbeit mit den genannten Einrichtungen ist Bestandteil des Berufsalltags unserer Berufsgruppe. Wie wir die Kooperation noch besser und schneller gestalten können, beschäftigt mich als Leitfrage. Diese stellt sich insbesondere bei der Klientel der sogenannten „Grenzgänger", die Herausforderungen hinsichtlich guter Zusammenarbeit stellen, ohne dabei die Abstinenzpflicht zu vernachlässigen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Akteure in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, auch in Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie wird daher ein zentrales Anliegen von mir sein. Die Schnittstellen von ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung sind weiter zu verbessern. Durch die Ausrichtung auf interdisziplinäre Veranstaltungen mit verschiedenen Kooperationspartnern aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule wird dies fortgeführt und intensiviert. Ein gutes Beispiel war der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutentag 2018, den ich als Mitglied des Arbeitskreises KJP mitgeplant und umgesetzt habe. Für Veranstaltungen solcher Art werde ich mich einsetzen.

Erfolgreiche Kammerarbeit hängt meines Erachtens von guter Kommunikation, Verständnis füreinander in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen, Transparenz und Überzeugungsarbeit ab. Dazu möchte ich meinen Beitrag leisten.

GT

Dr. Thomas Bonnekamp

Zum zweiten Mal bin ich in den Vorstand der Hamburger PTK gewählt worden. Das Thema einer guten Interdisziplinarität zum Wohl von Patienten beschäftigt mich auch unter dem Aspekt unterschiedlicher psychotherapeutischer Subkulturen und Schulen. Als verhaltenstherapeutischer Ausbilder ist mir daran gelegen, einen Blick über den Tellerrand zu vermitteln.

Bei allem Fortschritt gibt es noch große Hindernisse für einen angemessenen Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung. Unser Gesundheitssystem ist in weiten Teilen nicht ausreichend am Patientenwohl orientiert, sondern an einer zu wenig hinterfragten Marktlogik.

Als Vorstandsmitglied will ich weiterhin meinen Teil dazu beitragen, dass im Gesundheitssektor unserer Stadt nicht nur über Ökonomie, sondern auch über Humanität gesprochen und danach gehandelt werden kann. Dabei werde ich meine langjährige Erfahrung in den Bereichen Fort- und Weiterbildung einbringen.

Eingewandert aus Moers am Niederrhein erhielt ich mein Psychologiediplom 1982 in Hamburg, nachdem ich ein humanistisch geprägtes Hauptstudium abgeschlossen hatte. In meiner Promotion habe ich Hamburger Männergruppen mit qualitativen Methoden beforscht. Meine erste Therapieausbildung absolvierte ich bei der Milton-Erickson-Gesellschaft, meine erste berufliche Tätigkeit war die Psychotherapie jugendlicher Sexualdelinquenten in Hamburger Strafanstalten.

Ich hatte das Glück, mich einem Pionierprojekt am Universitätsklinikum anschließen zu können, das in Absprache mit der KV Hamburg 1989 zur Kassenzulassung für Verhaltenstherapie führte. Seitdem bin ich in unterschiedlichen Konstellationen in Praxisgemeinschaft niedergelassen. Bis dahin hatte ich einige Jahre in einer interdisziplinären Praxis in Lüneburg gearbeitet, was mich für Fragen einer nachhaltig gelingenden Zusammenarbeit unterschiedlicher Heilberufe sensibilisiert hat. Dort nutzte ich die Möglichkeit einer ärztlich orientierten tiefenpsychologisch-fundierten Weiterbildung, allerdings ohne kassenrechtliche Anerkennung.

In der Kammerpolitik bin ich seit der Gründungsphase in unterschiedlichen Ausschüssen engagiert. Eine gute Erfahrung war zu erleben, wie unsere Profession bei aller Diversität zusammenwächst.

Berufspolitisch bin ich als einer der Landessprecher in der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V. verwurzelt. In der neuen Amtspe-

riode möchte ich die Prozesse zunehmender Digitalisierung mitgestalten und kritisch begleiten. In Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle werde ich mich für eine verbesserte Operationalisierung von Entscheidungsprozessen besonders im Bereich Fort- und Weiterbildung sowie im Mitgliederservice einsetzen.

Eine gedeihliche Zusammenarbeit der unterschiedlichen in unserer Kammer vertretenen Gruppen und die Konzentration auf die zu bewältigenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Ausbildungsreform will ich nach Kräften befördern. Transparente Kommunikation und ein offener Diskurs sind mir wichtig.

Unser Beruf schaut anders auf Menschen als Ökonomie, Politik und somatische Medizin. In Zeiten zunehmender polemischer Zuspitzung politischer Debatten und wachsender Ungleichheit erscheint unsere Perspektive auf menschliches Leid und menschliche Grundbedürfnisse wichtig wie nie.

Dass sich auch Ökonomie, Politik und Medizin nachhaltig an menschlichen Bedürfnissen und Grundwerten orientieren, ist mir ein zentrales Anliegen. Psychotherapeutenkammern haben dazu beigetragen, dass seelisches Leid gesellschaftlich sprachfähig wurde. Sie sollen auf gesellschaftliche Fehlentwicklungen hinweisen, die Leid hervorrufen. Dabei darf auch die Analyse zu beobachtender Sprachverrohung insbesondere in sozialen Medien nicht fehlen. Deshalb möchte ich Gespräche mit allen suchen, die psychotherapeutische Versorgung unter dem Aspekt des Erhalts gesamtgesellschaftlicher Solidarität stärken und weiterentwickeln wollen.

Die Ausbildungsreform birgt dafür Chancen und Risiken. In ihrer Gestaltung ist einer Medizinalisierung und entindividualisierender Manualisierung von Psychotherapie ebenso vorzubeugen wie akademischer Praxisferne, die Patienten selten in der biopsychosozialen Komplexität ihres lebenswirklichen Milieus wahrnimmt. Um dies zu gewährleisten, bedarf es eines engagierten Einsatzes für angemessene strukturelle Bedingungen der Berufsausbildung und Berufsausübung. Die Substanz unseres Berufs erhalten wir nur, wenn auch die nachfolgenden Generationen lernen können, mit geschulter eigener Wahrnehmung aktiv zuzuhören und langfristige psychotherapeutische Beziehungen verantwortlich zu gestalten. Dazu will ich gerne beitragen.

TB

HH

Kerstin Sude

Als neues Vorstandsmitglied in der PTK Hamburg möchte ich mich Ihnen gerne vorstellen. Als Psychologische Psychotherapeutin (TfP) bin ich seit Herbst 2011 approbiert und seit 2012 in Hamburg niedergelassen, bis 2015 in Privatpraxis und seit 2016 mit hälftigem Kassensitz in einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft, BAG) für Psychotherapie. Zuvor war ich als Wissenschaftliche Mitarbeiterin, als Lehrende und Psychologin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf tätig, zuletzt in der Poliklinik für Psychosomatik.

Zur Berufspolitik kam ich ca. 2004, ein Jahr nach Beginn meiner Ausbildung (TfP) an der Universität Hamburg. Die Tatsache, dass angehende PP/KJP ihre praktische Tätigkeit in den Kliniken 1,5–2 Jahre überwiegend unentgeltlich absolvierten, wollte ich nicht hinnehmen. So begründete ich mit anderen Hamburger PiA eins der ersten PiA-Netzwerke. Gleichzeitig suchten wir uns gewerkschaftliche Unterstützung. Seitdem haben mich Themen um die Ausbildungsreform und den Nachwuchs nicht mehr losgelassen. So bin ich Mitglied der ver.di Bundesfachkommission der PP/KJP. Mein berufspolitisches „Zuhause" fand ich in der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) e. V., dort auch im Bundesvorstand, in dem ich mich sieben Jahre u. a. aktiv für die Anliegen der PiA und gegen prekäre Bedingungen in der Ausbildung sowie für angestellte PP/KJP einsetzte. Häufig sind es Neuapprobierte, die zu unguten Bedingungen und in kaum ausreichend geregelten Honorarverträgen landen, um die hohen Kosten der Ausbildung zu refinanzieren. Das Themenfeld der zunehmenden Digitalisierung bearbeite ich seitdem mit.

Im November 2019 entschied ich mich, den berufspolitischen Schwerpunkt stärker auf Hamburg zu konzentrieren. Ich bin in der DPtV Hamburg und regional in der AG Psychiatrie weiter bei ver.di aktiv. Seit Dezember 2019 arbeite ich als Supervisorin an meinem ehemaligen Ausbildungsinstitut. Berufs-, Gewerkschafts- und Kammerpolitik sowie die Tätigkeiten als Lehrende bereichern meinen Arbeitsalltag. Mir macht es Freude, insbesondere PiA und in der Berufspolitik neu Ankommende an dem Wissen partizipieren zu lassen, bisherige Erfahrungen weiterzugeben, in Netzwerken mitzuwirken und politisch mitzugestalten. In der PTK Hamburg bin ich seit drei Amtszeiten Mitglied der Delegiertenversammlung und Delegierte für den Deutschen Psychotherapeutentag. Bereits als PiA setzten wir uns mit dem PiA-Netz-Hamburg wie auch der neu begründeten Bundeskonferenz (BuKo PiA/BPtK) dafür ein, dass PiA in vielen Landeskammern Mitglied werden können. Dafür musste in Hamburg das Heilberufekammergesetz angepasst werden. Dank gilt dafür dem damaligen Kammerpräsidenten Prof. Rainer Richter, der das „Leuchtturmprojekt" forcierte. Heute ist es in Hamburg selbstverständlich, dass PiA an der Wahl der Delegiertenversammlung teilnehmen, dass sie Mitsprache bei allen Belangen der Profession erhalten. Nicht allein daran zeigt sich für mich, dass sich berufspolitischer Einsatz lohnt. Unsere gemeinsame Vorstandsarbeit in der Kammer bildet sich als eine verfahrensübergreifende, notwendige Interessenvertretung ab. Als gewählte Gruppe versuchen wir, positiven Einfluss auf die psychotherapeutische Ver-

sorgung sowie Aus- und Weiterbildung zu nehmen. Unsere Mitglieder sind in immer vielfältigeren Tätigkeitsfeldern beschäftigt. Hier gilt es, deren Interessen auszuloten und berufsrechtlich adäquate, auch schützende Bedingungen zu entwickeln. Nur durch Austausch, Diskussion und Kooperation können wir zur Verbesserung der Versorgung und der beruflichen Tätigkeit beitragen. Keinesfalls möchte ich, dass sich die Versorgung verschlechtert und mit der Idee von Ökonomisierung und Digitalisierung der Kern von Psychotherapie ausgehöhlt wird. Psychische Gesundheit hängt eng mit gesellschaftlichen Bedingungen zusammen, die ich aus der Profession heraus mit anderen Kollegen weiter mitgestalten möchte. Als freier Beruf sind wir mit verantwortlich, unseren Berufsstand und den nötigen Rahmen zu schützen, v. a. für ausreichend Zeit für unsere Patienten zu streiten. Mir ist es insbesondere ein Anliegen, dass Gespräche „face-to-face", als Beziehungsarbeit und sprechende Medizin, ihren wichtigen Stellenwert im Gesundheitssystem sektorenübergreifend behalten. In der Kammer sehe ich die Chance, typische Themen des Nachwuchses mitzugestalten, wie auch die Möglichkeit, zuverlässige Interessenvertretung für weitere wichtige gesellschaftliche Themen innerhalb von Psychotherapie und Gesundheitspolitik zu sein.

KS

77. Sitzung der Delegiertenversammlung: Die Gestaltung der Musterweiterbildungsordnung in Hamburg aktiv begleiten

HH

Am 12. Februar 2020 trat die neue Delegiertenversammlung (DV) zum zweiten Mal in der neuen Amtsperiode zusammen. In der Sitzung wurden die Mitglieder der Ausschüsse und Kommissionen gewählt. Erfreulicherweise waren sowohl bereits erfahrene als auch neue Kollegen bereit, sich in den Gremien zu engagieren. Der Ausschuss für Fort- und Weiterbildung, der Haushaltsausschuss, der Schlichtungsausschuss sowie der Rechnungsprüfungsausschuss werden in neuer Zusammensetzung ihre Arbeit aufnehmen. Auch die Besetzung der Ethikkommission und der Beschwerdekommission, die der Vorstand der DV vorstellte, wurden einstimmig von den Delegierten bestätigt.

Inhaltlicher Schwerpunkt der 77. DV war die Umsetzung der Ausbildungsreform und hier insbesondere die Entwicklung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO). Heike Peper stellte zunächst die an der Erarbeitung der MWBO beteiligten Gremien sowie den Zeitplan für die Beratungen und Beschlüsse auf Bundesebene vor. Anschließend erläuterte sie die Überlegungen des Vorstandes zur Begleitung des MWBO-Prozesses in Hamburg. Auf den kommenden DV-Sitzungen werde bis zu ihrer Verabschiedung über die MWBO als ständiger Tagesordnungspunkt informiert und die Möglichkeit zur Diskussion gegeben. Auch der geplante Kammertag 2020, der sich an alle Gremienmitglieder der Kammer richtet, werde die MWBO zum Thema haben.

Weiterhin schlage der Vorstand die Einrichtung eines Veranstaltungsformats vor, das eine Beteiligung aller interessierten Kammermitglieder am Diskussionsprozess ermögliche. Dieses „Forum Weiterbildung" solle vor den jeweiligen Deutschen Psychotherapeutentagen (DPT) stattfinden. Die jeweils aktuellen Entwürfe und damit verbundene Fragestellungen sollen dort vorgestellt und diskutiert werden. Da bereits auf dem 36. DPT am 15./16. Mai 2020 ein erster Entwurf des sog. Paragrafenteils der MWBO beraten werde, sei das erste „Forum Weiterbildung" für den 4. Mai 2020 geplant. Eine Einladung werde an alle Kammermitglieder verschickt. Wünschenswert sei insbesondere die Teilnahme der Hamburger DPT-Delegierten, damit diese ggfs. Fragen, Anregungen und Meinungen aus der Hamburger Mitgliedschaft auf die Bundesebene tragen können. Entsprechend des MWBO-Zeitplans auf Bundesebene seien die weiteren Termine für das „Forum Weiterbildung" in der 45. oder 46. Kalenderwoche 2020 und für das Frühjahr 2021 vorgesehen.

Rechtzeitig vor der geplanten Verabschiedung der MWBO im April 2021 solle in der DV darüber beraten werden, welches Gremium auf Grundlage der MWBO die Weiterbildungsordnung für die PTK Hamburg erarbeiten werde. Die Mitglieder der DV begrüßten das Anliegen des Vorstandes, eine breite Beteiligung der Hamburger Kammermitglieder bei der Gestaltung der zukünftigen Weiterbildung zu ermöglichen, und stimmten dem vorgelegten Plan zu.

HP

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Thomas Bonnekamp, Kerstin Sude, Gitta Tormin, 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 Kolleginnen, liebe Kollegen,

Dr. Heike Winter (Foto: Nägler)

jedes vierte Schulkind leidet unter psychischen Problemen – die Zahl der Klinikeinweisungen nimmt zu. Mit Blick auf solche Entwicklungen – die beim Auswerten von Abrechnungsdaten deutlich werden – sind auch die Krankenkassen beunruhigt. Der von der DAK in den ersten Monaten 2020 präsentierte Kinder- und Jugendreport über „Depressionen und Ängste bei Schulkindern" hat nicht nur in Hessen für Schlagzeilen gesorgt und Diskussionen ausgelöst. So ist der Verband der Kinder- und Jugendärzte überzeugt, dass der Report mit Erkenntnissen zu in jungen Jahren auftretenden psychischen Problemen „nur die Spitze des Eisbergs" zeigt: „Wir gehen von einer hohen Dunkelziffer aus." Zwei Prozent der Schulkinder leiden an einer diagnostizierten Depression – ebenso viele unter Angststörungen. Hochgerechnet sind insgesamt etwa 238.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland (im Alter von 10 bis 17 Jahren) so stark betroffen, dass sie Fachärzte oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) aufsuchen.

Erschreckend: Fast acht Prozent aller depressiven Kinder dieser Altersgruppe kommen innerhalb eines Jahres ins Krankenhaus – durchschnittlich für 39 Tage. Hinzu kommt: Mangelnde ambulante Nachsorge bedingt weitere stationäre Behandlungen – die Rehospitalisierungsquote liegt bei 24 Prozent! Also werden auch in Hessen derzeit Kliniken erweitert und Millionensummen in Neubauprojekte investiert. Doch einmal mehr wird deutlich: Beeindruckende Neubauten können den konzeptionellen Reformbedarf in der Gesundheitspolitik nicht ersetzen: Gerade bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Risiko für gesundheitliche Störungen in ihrer weiteren Entwicklung müssen die Chancen ambulanter Psychotherapie stärker genutzt werden! Die Psychotherapeutenkammer Hessen wirbt deshalb in vielen Gesprächen und Konferenzen mit unterschiedlichen Akteuren für ein rasches Umdenken: Denn viele dieser jungen Patienten müssten eigentlich nicht in Kliniken, wenn es für sie rechtzeitig ambulante Psychotherapieplätze geben würde. Doch da wird nach wie vor – auch von Krankenkassen – am falschen Ende gespart.

Mädchen sind doppelt so häufig von Depressionen und fast doppelt so häufig von Angststörungen betroffen wie Jungen. 17 Prozent aller betroffenen Schulkinder mit der Diagnose Depression bekommen bereits Antidepressiva. In der Gesellschaft wächst die Sensibilität für dieses Themenfeld – bereits bei Schülern. Wie bleibe ich psychisch gesund? Könnte das ein Unterrichtsthema an Schulen werden? Dafür macht sich die Landesschülervertretung Hessen (LSVH) stark. Das Präsidium der Psychotherapeutenkammer hat sich im Februar mit engagierten Schülern getroffen und gemeinsam überlegt, wie wir junge Leute und Schulen auch bei wirkungsvoller Prävention unterstützen können. Denkbar ist zudem eine Kooperation zum Welttag der seelischen Gesundheit (WMHD) im Oktober 2020.

Auch bei anderen Akteuren ist die Kompetenz der Psychotherapeutenkammer gefragt. So entwickeln wir derzeit zusammen mit dem Kultusministerium ein Konzept zur Lehrerfortbildung: Was können Lehrkräfte für psychisch belastete Schüler tun? Wie können sie Krisen der Kinder und Jugendlichen besser erkennen, verstehen, vorbeugen oder bewältigen? Und bei Bedarf – wenn auch die Schulsozialarbeit und die Schulpsychologen an die Grenzen ihrer Möglichkeiten kommen – die Wege zu professioneller Hilfe aufzeigen? Denn wenn es gelingen soll, die Zahl der Suizide weiter zu reduzieren, müssen alle einen Beitrag leisten: Mehr Aufmerksamkeit – Ansprechen und Zuhören – kann Leben retten.

Der Blick in die Statistik zeigt: Jeden Tag nimmt sich in Deutschland ein Kind das Leben! Stress in der Schule, die Ablösung von den Eltern, Liebeskummer, das Gefühl des Versagens oder Verlassenseins – immer wieder kann es bei jungen Menschen zu Krisen kommen. Insgesamt ist das Suizidrisiko bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen etwa zehnfach höher als bei gesunden Gleichaltrigen. In Kooperation mit dem Hessischen Sozialministerium veranstalten wir Ende April eine Fortbildung zum Thema „Suizid-Gefahren bei Kindern und Jugendlichen – Präventions-Strategien in der Psychotherapie-Praxis". Gesundheitsminister Kai Klose wird in Frankfurt dabei sein.

Die praxisorientierte Fortbildung beleuchtet das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. Zudem gibt sie einen Überblick über den Stand der Forschung und thematisiert vor allem die Möglichkeiten der Prävention und Therapie, um Suizidgefahren bei Kindern und Jugendlichen zu reduzieren. All diese Aktivitäten unterstreichen einmal mehr die enorme Bedeutung der mehr als 1.000 KJP in Hessen. In kollegialer Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinderärzten und Hausärzten sowie durch eine bessere Vernetzung mit Schülern, Lehrern und Schulen könnten sie den wachsenden Bettenbedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stoppen – wenn endlich nun auch bei Krankenkassen und Gesundheitspolitikern die Einsicht und Bereitschaft wächst, im Interesse von Kindern und Jugendlichen neue Weichen zu stellen.

Ihre Dr. Heike Winter

Fortbildung zur Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) in Hessen

Großschadensereignisse können jederzeit auftreten – wie sich in Hanau und Volkmarsen auf schreckliche Weise gezeigt hat. Sie erfordern eine rasche Reaktion zum Versorgen von Betroffenen, Zeugen und Angehörigen. Dabei ist in Hessen vor allem Frankfurt im Blick – als zentrale Großstadt mit einem internationalen Flughafen und einer Vielzahl von publikumswirksamen Großveranstaltungen. Eine Fortbildungsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Hessen vermittelte Basiskenntnisse der Organisation und Arbeitsweisen im Rettungswesen (Feuerwehr, Polizei und Sanitätsdienste) sowie Grundlagen der Behandlung in der psychotherapeutischen Notfallversorgung. Dazu gehören das Erkennen von Risikopersonen sowie Interventionen zur psychischen Stabilisierung bei Angst, Schmerz und Schock, zur Stressreduktion und zum Stärken von Ressourcen. Darüber hinaus ging es bei der schon Monate zuvor ausgebuchten Veranstaltung am 23. Januar 2020 in Frankfurt in Fachvorträgen und Workshops um die Praxis der Behandlung akuter Belastungsreaktionen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nach traumatisierenden Ereignissen.

Dipl.-Psych. Thomas Weber vom Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement in Köln (ZTK) differenziert in einem dreistufigen Vorgehen zwischen der Akutintervention (Hilfe in den ersten Stunden und Tagen), der mittelfristigen Nachsorge (nach etwa einem Jahr) sowie der langfristigen Nachsorge und Evaluation der eingeleiteten Aktivitäten. Auch für die Jahrestage (Gedenken etc.) brauche es eine Strategie. Was traumatisierte Kinder, Jugendliche und Erwachsene benötigen? „Sicherheit, Stabilisierung und eventuell Therapie."

In einem Workshop stellte Weber Screening-Instrumente zum Einschätzen der Gefährdungspotenziale einzelner Betroffener für das Entwickeln psychischer Folgeschäden vor. Dabei können die Betroffenen in drei Gruppen („Selbsterholer", „Risikopersonen" und „Wechsler") eingeteilt und die Hilfsangebote den spezifischen Bedürfnissen angepasst werden. Weber machte deutlich, wie wichtig die in Hessen auch durch die von der Psychotherapeutenkammer forcierte Vernetzung der Akteure der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) ist: „Psychosoziale Nachsorge ist Netzwerkarbeit."

Peter Waterstraat, der PSNV-Koordinator beim Gesundheitsamt Frankfurt, erläuterte Grundlagen, Strukturen und Schnittstellen der PSNV in der Mainmetropole. Gerade bei Großschadenslagen, in denen vorübergehende Chaosphasen unvermeidbar seien, brauche es auch für die PSNV Kooperationsstrukturen. Nur so könnten nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis auch die PSNV-Ziele erreicht werden: bei betroffenen Personen und Gruppen das Erleben von Sicherheit, Beruhigung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung (Hobfoll) zu ermöglichen. Zum Bewältigen kritischer Lebensereignisse sollen v. a. personale und soziale Ressourcen aktiviert werden – PSNV-Aktivitäten wirken ergänzend oder substituierend, erklärte Waterstraat: „Nicht jeder braucht PSNV."

Wie sich mit Blick auf andere Unglücks- und Terrorfälle zeigt, liegen die primären Herausforderungen inzwischen weniger in der Akutversorgung, sondern eher darin, in den Tagen, Wochen und Monaten nach solchen Ereignissen ausreichend viele Psychotherapeuten mit freien Kapazitäten zu finden, die mit ihrer diagnostischen Kompetenz eine individuell passende Nachsorge sichern können. Teilnehmer der Fortbildung konnten ihre Bereitschaft signalisieren, in solchen Fällen kontaktiert zu werden. Waterstraat bewertet diese schnelle Bereitstellung von Psychotherapiekapazitäten als wichtigen Mosaikstein in der PSNV-Planung für Hessen.

Prof. Dr. Christoph Kröger vom Institut für Psychologie der Universität Hildesheim gab den 90 Teilnehmenden der Fortbildung Einblicke in die aktuellen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung". Darin wird klargestellt, dass Betroffenen keine Interventionen aufgedrängt werden sollen: „Sie basieren auf Freiwilligkeit und werden als Angebot formuliert." Bei den ersten Interventionen gehe es um das „Beruhigen und Entlasten, Steigern von Kontrolle und Selbstwirksamkeit, Fördern von Kontakt und sozialer Anbindung sowie Stärkung von Hoffnung und Zukunftsorientierung". Betroffene mit hoher Symptomlast oder erhöhtem Risiko für Traumafolgestörungen sollen in den ersten Wochen beobachtet, begleitetet und ggf. weiter versorgt werden (Screening und Monitoring). Als spezifische Frühintervention der akuten Belastungsreaktion/-störung soll laut Leitlinien die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt werden: „Für andere Interventionen besteht derzeit noch keine ausreichende Evidenz." Mit dem Einsatz von Psychopharmaka sollte „zugewartet werden, wenn keine akute Suizidalität vorliegt". Zugleich wird in den Leitlinien gewarnt: „Debriefing als einmalige Intervention mit einem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung soll nicht als Frühintervention für Betroffene angeboten werden." Beobachtendes Warten ist nach Krögers Worten in der Frühphase meist hilfreicher: „Psychosoziale Interventionen können auch schaden."

Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter lobte die hohe Bereitschaft der Fortbildungsteilnehmer, die PSNV-Arbeit in Hessen mit ihrer Kompetenz zu unterstützen: „Als Psychotherapeuten wissen wir aus unserer Forschung über psychische Folgen von traumatisierenden Ereignissen gut Bescheid: Wir wissen auch, welche Interventionen unmittelbar und kurz nach einem Schadensereignis hilfreich sind und welche nicht. Und wir besitzen hohe Expertise beim Behandeln von langfristigen Folgen." Die Fortbildung machte einmal mehr deutlich: Psychische Auswirkungen von traumatischen Ereignissen zeigen sich oft erst Monate und Jahre später und sollten in jedem Fall eine adäquate Behandlung erfahren.

Robert G. Eberle

Regionale Gesundheitskonferenzen in Hessen: Luft nach oben …

Was kann die Psychotherapeutenkammer Hessen mit ihren Repräsentanten in den Gesundheitskonferenzen erreichen (zu den rechtlichen Grundlagen und Zielsetzungen der regionalen Gesundheitskonferenzen siehe die unteren beiden Info-Kästen)? Welche Ergebnisse und Erfolge sind zu erwarten? Welche Verbesserungsmöglichkeiten bringen diese Konferenzen für die Psychotherapieversorgung in Hessen? Positiv ist, dass sich diese Konferenzen nicht mehr nur um die stationäre Versorgung drehen – um Hessens Krankenhäuser und deren verstärkte Kooperation zur Zukunftssicherung. Jetzt ist auch die ambulante Versorgung im Fokus, wenn die regionalen Versorgungsstrukturen beobachtet, Problemanalysen erstellt und Lösungsvorschläge entwickelt werden. Denn die Probleme in der Gesundheitsversorgung sind in der Tat auch vor Ort oft so komplex, dass sie nur im Zusammenwirken vieler Akteure gelöst werden können. Dazu braucht es geeignete Kommunikations- und Koordinationsstrukturen – auch aus Sicht der Städte und Landkreise, deren Einfluss auf das Gesundheitswesen meist sehr begrenzt ist.

Studie: Vernetzen der Akteure positiv gewertet

Forschungen über Gesundheitskonferenzen in Bayern (Stühler & Hollederer, 2015) zeigen: Eine hohe Beteiligung an den Konferenzen, die Chance der organisationsübergreifenden Zusammenarbeit, das Vernetzen der Akteure, das Sensibilisieren der Öffentlichkeit und das Herstellen von mehr Transparenz werden positiv gewertet. Kritik gab es an der fehlenden Finanzierung für gemeinsame Projekte, dem geringen Einfluss und der schwachen Wirkmacht der Konferenzen, dem niedrigen Bekanntheitsgrad bei Politikern, dem Fehlen von geeigneten Evaluationsinstrumenten und den unzureichenden personellen Kapazitäten (Stühler & Hollederer, 2015). Bedeutsam für den Erfolg sind fachliche Kompetenz sowie die Moderations- und Integrationsfähigkeit

Info-Kasten 1: Gesetzliche Grundlagen der Einrichtung regionaler Gesundheitskonferenzen:

Gesetz zur Bildung von Gremien zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung (2018)

§ 7 Aufgaben der Gesundheitskonferenzen

(1) Die Gesundheitskonferenzen haben die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten, Problemanalysen zu erstellen und Lösungsvorschläge zu entwickeln. Hierbei sollen insbesondere sektorenübergreifende Versorgungsfragen behandelt werden. Dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 1 ist einmal jährlich in schriftlicher Form zu berichten.

(2) Die Gesundheitskonferenz soll sich regelmäßig mit den auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte des Versorgungsgebiets gebildeten regionalen Versorgungsgremien austauschen.

Info-Kasten 2: Zielsetzungen regionaler Gesundheitskonferenzen

Die Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die Gesundheit der Bürger zu fördern und damit Krankheiten vorzubeugen – das sind zentrale Aufgaben der Gesundheitspolitik. Sie soll ein lernendes System sein: Nicht nur auf Bundes- und Landesebene, sondern auch in den Städten und Regionen Hessens. Wo es darum geht, zukunftssichere Konzepte für die Gesundheitsversorgung zu entwickeln und umzusetzen, werden deshalb auch Gesundheitskonferenzen einbezogen, die in ihren Städten und Regionen vor Ort Problembereiche erkennen und an Lösungsmöglichkeiten arbeiten. Solche Gesundheitskonferenzen gibt es in vielen Bundesländern. Im Land Hessen war auf der Basis des Hessischen Krankenhausgesetzes (HKHG 2011; GVBl. I 2010, S. 587) bereits 2010 die Einrichtung von regionalen Gesundheitskonferenzen beschlossen worden. Durch eine Gesetzesänderung im Herbst 2018 wurden die Aufgaben der Konferenzen erweitert und die Zusammensetzung an die Komplexität des Gesundheitswesens multiprofessionell angepasst – auch die Psychotherapeutenkammer Hessen ist nun in diesen Gremien vertreten. Nur wenn neben der körperlichen auch die psychische Gesundheit mit im Blick ist, können Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht gestaltet sowie wichtige Kooperationen und Schnittstellen optimiert werden – im Interesse der Menschen vor Ort.

Insgesamt sind in Hessen sechs regionale Gesundheitskonferenzen tätig:

- die Gesundheitskonferenz Wiesbaden – Rheingau-Taunus – Limburg-Weilburg,
- die Gesundheitskonferenz Frankfurt,
- die Gesundheitskonferenz Kassel,
- die Gesundheitskonferenz Fulda – Bad Hersfeld – Vogelsberg,
- die Gesundheitskonferenz Darmstadt und
- die Gesundheitskonferenz Gießen-Marburg.

der Leitung der Konferenz – Prozess und Ergebnisqualität hängen stark vom gemeinsamen Thema ab (Stühler & Hollederer, 2015).

Sind Gesundheitskonferenzen langfristig angelegt und gut strukturiert, können sie ein wirksames Instrument der Gesundheitspolitik mit interessanten Chancen sein. Dieses Fazit der Studie aus Bayern skizziert auch erkennbare Herausforderungen in Hessen. Schon bei einer Anhörung im Landtag wurde kritisch diskutiert – zum Beispiel über die nun gewachsene Größe der Gesundheitskonferenzen: Erschwert das den Austausch? Oder wären manche Akteure lieber (wie früher) unter sich geblieben? Zumal die Heilberufekammern in den Gesundheitskonferenzen nur eine gemeinsame Stimme haben – bei unterschiedlichen Positionen ist das erkennbar knifflig.

Die ersten Erfahrungen der Vertreter der Psychotherapeutenkammer lassen sich so zusammenfassen:

Die Gesundheitskonferenzen in Hessen weisen eine hohe Heterogenität auf. Sie unterscheiden sich in der Professionalität der Organisation und in der Themenfindung – die Diskussionsmöglichkeiten sind sehr unterschiedlich organisiert. Die in der Startphase deutlich gewordenen Defizite (z. B. das Fehlen einer langfristigen Terminplanung) sind noch nicht überall behoben.

Einige Gesundheitskonferenzen haben Arbeitsgruppen gebildet, was mit Blick auf die Arbeits- und Diskussionsfähigkeit sinnvoll ist, die Ergebnisse werden dann in der großen Runde berichtet. Die Qualität der Vorbereitung der Sitzungen ist sehr unterschiedlich – hier müssten überall ausreichende personelle Ressourcen verfügbar sein. Hinzu kommt: Konferenzen mit meist vierzig bis fünfzig Teilnehmern brauchen passende Kommunikationsstrukturen und zeitgemäße Methoden (Großgruppenmoderation wie „Open Space" etc.), um die Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer zu maximieren und sie schnell miteinander in einen gelingenden Dialog zu Problemlösungsideen zu bringen. Transparenz über den Einfluss der Ergebnisse und sichtbares Interesse von Gesundheitspolitikern an den Konferenzen könnten die Konferenzen stärken – eine intensive (auch organisatorische) Begleitung durch das Sozialministerium dürfte sich als hilfreich erweisen.

Vizepräsidentin Else Döring vernetzt Gesundheitskonferenz-Aktivitäten für die Psychotherapeutenkammer. (Foto: Nägler)

Damit sich die Gesundheitskonferenzen in Hessen zu sektorübergreifenden Versorgungskonferenzen mit wirksamen Beratungskompetenzen entwickeln können, muss noch viel Engagement und Arbeit investiert werden. Wie so oft bei guten Ideen und Ansätzen: Im Anfangsstadium bleibt noch erkennbar viel Luft nach oben. Else Döring

Literatur:

Stühler, K. & Hollederer, A. (2015). Modellprojekt regionale Gesundheitskonferenzen in Bayern: Endbericht. Verfügbar unter: https://digital.zlb.de/viewer/metadata/16050409/1/ [30.01.2020].

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

Geschäftsstelle

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

Trauer um Dr. Hildegard M. Felder

Betroffen mussten wir im Januar traurig Abschied nehmen von Dipl.-Psych. Dr. Hildegard Felder (Gießen). Ihr plötzlicher Tod hat die Psychotherapeutenkammer Hessen und alle Kollegen und Wegbegleiter, die sie kannten, tief erschüttert. Wir haben eine lebensfrohe Kollegin verloren, die jahrzehntelang warmherzig, standfest und klug Brücken bauend berufspolitisch aktiv war:

Von 2006 bis 2011 gehörte Hildegard Felder der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen an – zudem engagierte sie sich im Ausschuss für Wissenschaft und Fortbildung (WuF), im Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) sowie im Finanzausschuss. Bis zum Lebensende war sie ehrenamtliche Richterin bei Hessens Berufsgericht für Heilberufe (Verwaltungsgericht Gießen). Auch hier hat sie mit hoher Fachkompetenz und Fingerspitzengefühl dazu beigetragen, das Ansehen der Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit zu schützen und das Vertrauen der Bevölkerung in die ordnungsgemäße Berufsausübung der Kammerangehörigen zu stärken.

In unsere Trauer mischt sich große Dankbarkeit – für alles, was Hildegard Felder in der Kammerarbeit und für den Berufsstand weitsichtig bewegt hat. So wird die dankbare Erinnerung an diese hochgeschätzte Kollegin unser Engagement weiter begleiten! Dr. Heike Winter

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Dr. Hildegard M. Felder, Gießen
Gerhard Kugler, Bensheim
Karl Meister, Taunusstein
Gerhard Wittmeyer, Wetzlar

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die Legislaturperiode 2015–2020 im Rückblick

Der Vorstand beim Parlamentarischen Abend

Wenn Sie diese Länderseiten lesen, ist die Wahl zur Kammerversammlung bereits abgeschlossen und somit geht auch die Legislaturperiode 2015–2020 zur Neige. Beginnend mit der konstituierenden Sitzung der neuen Kammerversammlung am 25. April 2020 wird die neue Legislaturperiode eingeläutet. Wir wollen daher die Gelegenheit nutzen und einige Schlaglichter auf die vergangenen Jahre werfen:

Mitarbeit auf Bundesebene

Mitglieder der Kammerversammlung bzw. des Vorstandes waren auf Bundesebene in den folgenden Gremien aktiv:

- Round Table der BPtK,
- Gleichstellungskommission,
- KJP-Ausschuss,
- Finanzausschuss,
- Kommission Digitale Agenda,
- Bund-Länder-AG Transition sowie
- Länderrat (die PKN hatte vom Sommer 2018 bis Sommer 2019 den Vorsitz des Länderrats inne).

Mitwirkung an Gesetzen, externen Regelungen und Ordnungen

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts und standesrechtliche Vertretung obliegt es uns, relevante Gesetze in ihrer Entwicklung zu begleiten und zu kommentieren. Dabei wurden und werden insbesondere bei den folgenden Themen psychotherapeutische Positionen gestärkt:

- Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) 2016/2017,
- Nds. Maßregelvollzugsgesetz (NdsMVollzG),
- BMG/KBV: Reform Richtlinie, TSS, Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarf etc.,
- Angestellte PP/KJP im Tarifsystem sowie
- Landespsychiatrieplan Niedersachsen (LPP).

Austausch und Projekte

Die große Stärke unserer Profession ist der kollegiale Austausch und die Kommunikation mit verschiedenen Bündnispartnern und Interessengruppen. In diesen Bündnissen wurde gemeinsam an den großen Themen der Psychotherapeutenschaft gearbeitet:

- Digitalisierung: Tagungen, Fachgespräche, Kommission Digitale Agenda, AG Online-Therapie
- Politik: Parlamentarischer Abend, Einzeltermine mit Politikern & Ministerien
- Ausbildungsreform: Bund-Länder-AG Transition
- Entwicklung Musterweiterbildungsordnung: Bund-Länder-AG MWBO
- Regionalisierung – eine Umfrage zu Vernetzung und Vernetzungswünschen unserer Mitglieder wurde durchgeführt sowie Überlegungen angestoßen, wie diese Aktivitäten unterstützt werden können
- Regelmäßiger Austausch Zulassungsausschüsse, Ausbildungsinstitute, Hochschullehrer, AGJÄ
- AG Kinder psychisch kranker Eltern des Bundestages
- Interne Projekte/Veränderungen: Umzug, Wechsel Geschäftsführung, EDV

Veranstaltungen

Es wurden zahlreiche größere und kleinere Veranstaltungen durchgeführt, dazu gehörten insbesondere drei niedersächsische Psychotherapeutentage zu den Themen Online-Therapie, psychosoziale Notfallversorgung und Depression sowie zwei Fachtage zur Psychotherapie im Kontext von Trennung und Scheidung und zu dem großen Thema häusliche Gewalt.

Die PKN richtete den 30. DPT in Hannover aus, bei dem allen voran die Ausbildungsreform und eine Reform der Bedarfsplanung im Vordergrund standen.

Darüber hinaus wurden diverse regelmäßige Veranstaltungen zu Themen des Berufsrechts, psychosozialer Notfallversorgung, Suizidalität und Psychotherapeuten in Leitungsfunktion angeboten.

Der Vorstand zum Ende der Legislaturperiode

Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

An dieser Stelle möchten wir ein besonderes Augenmerk auf vier vergangene Veranstaltungen werfen, über die noch nicht berichtet wurde.

Leitende Angestellte

Aufgrund der positiven Resonanz und des ausdrücklichen Wunsches der Teilnehmer des erstens Treffens leitender PP und KJP richtete die PKN ein zweites Treffen aus. Dieses Mal sollte der Fokus darauf liegen, welche Qualitäten es als Leitungsfigur braucht. Dazu wurden Christina Demmerle und Dr. Peter Orzessek als externe Referenten eingeladen. Frau Demmerle berichtete darüber, wie man „Psychotherapeuten in Führung bringt“, während Dr. Orzessek aus seinem Alltag als Leiter eines sozialpsychiatrischen Dienstes berichtete. Ebenso stellte Vizepräsident Jörg Hermann seine Erfahrungen als Leiter einer Einrichtung der Jugendhilfe dar. Die Teilnehmer diskutierten gemeinsam mit den Referenten über mögliche Handlungs- und Entwicklungsfelder.

Digitalkonferenz – Patient im Fokus

Logo der Digitalkonferenz

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist ein ständiges Thema und sie wird voranschreiten, gleich wie man persönlich zu ihr stehen mag. Die Apotheker- und die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen veranstalteten zu diesem Thema am 6. Dezember 2019 eine Konferenz.

In seiner Einführung setzte Roman Rudyk den Kurs für die Veranstaltung: „Man sollte weder zu stark davor zurückschrecken noch sagen, dass es das ist, was alles ändern wird. Ich glaube, der klare Verstand und das Nachdenken helfen bei dem Thema sehr.“

Es folgten Beiträge hochkarätiger Referenten zum Bild des Menschen in Zeiten der Digitalisierung, Apps auf Rezept, dem E-Rezept und Chancen der Digitalisierung.

„Fallstricke und Stolpersteine in der Elternarbeit“

Die PKN bietet seit Längerem Seminare zu berufsrechtlichen Fragen an, insbesondere im Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Berufsrechtlich ist bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vieles besonders zu beachten. Vor allem Eltern nach Trennung oder Scheidung stellen KJP dabei oft vor große Herausforderungen. Gemeinsam mit den Referenten Matthias Vestring und Heiner Krabbe wurde der Tag ganz unter dieses Thema gestellt. Nach einer Begrüßung erhielten die Teilnehmer die Gelegenheit, gemeinsam mit Herrn Vestring berufs-

rechtliche Fragen anhand vorab eingeschickter Fallbeispiele zu besprechen. In einem zweiten Teil stellte Herr Krabbe vor, wie auch mit (hoch)strittigen Eltern lösungsorientiert gearbeitet werden kann. Dabei ging er eingangs auf die vielfältigen Familienkonstellationen ein, die den Kollegen in ihren Praxen begegnen – hier findet seit Längerem ein gesellschaftlicher Wandel statt, der auch die psychotherapeutische Praxis beeinflusst. Weiterhin identifizierte er typische Phantasien auf Trennungsverläufe, die in Bezug auf Trennung und Scheidung existieren, Projektionstendenzen bei ehemaligen Partnern sowie Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene. Großen Raum erhielten die Reaktionen von Kindern und Jugendlichen auf Trennung und Scheidung sowie der angemessene therapeutische Umgang mit den jungen Klienten. Die kindlichen Reaktionen sind sowohl von der individuellen Familienkonstellation und -dynamik wie auch vom Alter bzw. Entwicklungsstand des Kindes abhängig. Und daran angepasst und entsprechend feinfühlig sollte die jeweilige therapeutische Intervention gewählt werden. Die Teilnehmer waren eingeladen, vor diesem Hintergrund anhand eigener Fallvignetten mit den Referenten zu diskutieren und nutzten dies auch rege.

Berufsrechtskonferenz

Ende Januar jeden Jahres treffen sich die in den Psychotherapeutenkammern für berufsrechtliche Fragen zuständigen Juristen und Vorstandsmitglieder zu einem Erfahrungsaustausch und zur Diskussion verschiedener Schwerpunkte in Berufsrechtsverfahren. Dieses Jahr war die PKN Gastgeberin. So kamen am 31. Januar 2020 Vertreter aus allen deutschen Psychotherapeutenkammern in den Räumen der PKN zusammen.

Das Spektrum der Themen war sehr vielschichtig. Es wurden Fragen zur bundeseinheitlichen Dokumentation aller Berufsrechts- wie Berufsgerichtsverfahren, zum Datenschutz, zu Auswirkungen der Ausbildungsreform auf die Berufsordnung, zur Einwilligungserfordernis bei minderjährigen, nicht einsichtsfähigen Patienten und zu mehreren Berufsrechtsverfahren besprochen.

Ein Schwerpunkt war die Diskussion um die Ahndung von Abstinenzverletzungen anhand eines recht aktuellen Urteils aus Berlin in einem Berufsgerichtsverfahren gegen einen Arzt, der wegen der Verletzung des Distanzgebotes geahndet wurde. In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage von Informations- bzw. Schulungsveranstaltungen mit Beisitzern bei den Berufsgerichten, den dortigen Richtern wie auch den Staatsanwälten zu Abstinenzverletzungen im Besonderen sowie zu berufsrechtlich relevanten Fragenstellungen im Allgemeinen besprochen.

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten Fragen zur gemeinsamen Schnittmenge von Behandlungsfehlern und Berufsrechtsverstößen, die der Ahndung bedürfen. Hier wurde u. a. deutlich, dass in einigen Bundesländern Beschwerden zu – nach den Darstellungen der Beschwerdeführer – wissenschaftlich nicht ausreichend fundierten Gutachten eine recht große Rolle spielen.

Auch im kommenden Jahr wird die Berufsrechtskonferenz wieder von der PKN ausgerichtet werden.

Geschäftsstelle

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

Bekanntmachung

Feststellung des Haushaltsplans der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für das Haushaltsjahr 2020

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 26.Oktober 2019 den Haushaltplan für das Jahr 2020 in Höhe von 1,98 Millionen Euro genehmigt. Im Mai 2020 wird der Haushaltsplan auf der Homepage der PKN bekannt gemacht.

Hannover, den 13. Februar 2020

Roman Rudyk
Präsident

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Tag der Neuapprobierten: Informationen und Beratung für neue Kammermitglieder

Welche Aufgaben erfüllt die berufliche Selbstverwaltung? Welche Arten der Berufsausübung bestehen, welche Tätigkeitsfelder und Perspektiven bieten sich aktuell? Diese und weitere Fragen standen am Tag der Neuapprobierten im Fokus, zu dem die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (PTK NRW) für den 8. Februar 2020 nach Düsseldorf eingeladen hatte. Ein bis in die hinterste Reihe gefüllter Saal zeugte von dem großen Interesse an der bereits im Vorfeld ausgebuchten Informationsveranstaltung. Insgesamt waren 145 neue Kammermitglieder zum Tag der Neuapprobierten in die Landeshauptstadt gekommen.

Entwicklung beruflicher Standards

Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, begrüßte die Teilnehmenden und beglückwünschte sie zu ihrer Approbation: „Mit dieser staatlichen Zulassung ist es Ihnen rechtlich erlaubt, Heilkunde auszuüben. Das ist ein nicht zu unterschätzender Qualifikationsschritt, denn er stellt klar: *Sie* sind im Bereich Psychotherapie die Profis!“ Herzlich lud er die Neuapprobierten ein, den gemeinsamen Tag auch dafür zu nutzen, mit den anwesenden Vorstandsmitgliedern und Referenten ins Gespräch zu kommen.

In seiner Darstellung der PTK NRW als Organ der beruflichen Selbstverwaltung erläuterte Gerd Höhner unter anderem die Aufgabe der Kammer, Standards für die Ausübung von Psychotherapie zu entwickeln. „Wir müssen uns beispielsweise fragen, welche Kriterien ein Praxisraum erfüllen muss oder wie wir rechtssicher dokumentieren.“ Die Diskussion hierzu sei nicht immer einfach zu führen, zumal einige Aspekte den Kern der psychotherapeutischen Beziehung berühren würden – etwa die

Gerd Höhner

Frage, wie Vertraulichkeit als Grundlage für das Therapeuten-Patienten-Verhältnis gesichert werden kann oder wo die Chancen und Grenzen beim Einsatz von Videotelefonaten in psychotherapeutischen Behandlungen liegen.

Angebot und Nachfrage im Bereich Psychotherapie

Mit Blick auf die Versorgungslandschaft informierte Gerd Höhner, dass die Nachfrage nach Psychotherapie weiterhin groß sei. Das psychologische Wissen in der Gesellschaft habe zugenommen, die Menschen seien sensibilisierter und interessierter an entsprechenden Hilfen. „Wir sind gefordert, ihnen ein fachlich qualifiziertes Angebot zu machen. Gleichzeitig gehört es zu den Hauptaufgaben der Kammer, politisch darauf einzuwirken, dass sich die mancherorts unzumutbar langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz verringern. Insbesondere im Ruhrgebiet fehlen Plätze; die Fehler der alten Bedarfsplanung wirken sich weiterhin aus.“

Der Kammerpräsident zeigte auch Bereiche auf, in denen Psychotherapeuten bislang wenig präsent seien, aber zunehmend nachgefragt würden. Ein Beispiel sei die Jugendhilfe. Zudem sei die Versorgung von chronisch psychisch Kranken verbesserungswürdig. „Wir müssen sehen, wo unsere Leute gebraucht werden und wie die psychotherapeutische Versorgung sinnvoll erweitert werden kann“, fasste Gerd Höhner zusammen. Dafür gelte es nicht zuletzt, zu durchdringen, welche Parameter bei Entscheidungen hierzu ins Gewicht fielen und an welchen Stellen der Berufsstand Einfluss nehmen könne, um Politik und Kostenträger von dem zu überzeugen, was fachlich begründet notwendig erscheine.

Vorstandsmitglieder der PTK NRW auf dem Tag der Neuapprobierten (v. l. n. r.): Cornelia Beeking, Oliver Kunz, Barbara Lubisch, Andreas Pichler, Gerd Höhner

Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung

Abschließend kam der Präsident auf die Aufgaben der PTK NRW im Zusammenhang mit der Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung zu sprechen. „Die Weiterbildung fällt nun in unseren Zuständigkeitsbereich. Wir werden unsere inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten gut nutzen." Hierzu gehöre, Psychotherapie dort zu fördern, wo sie gebraucht und nachgefragt werde, aber bislang nicht im Fokus sei – beispielsweise in der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen im Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung wie Krebs, Diabetes oder chronischem Schmerz.

145 neue Kammermitglieder informierten sich am Tag der Neuapprobierten der PTK NRW zu Themen rund um den Berufseinstieg.

Äußerst wichtig sei es, im Rahmen der zukünftigen Aus- und Weiterbildungsstrukturen die Vielfalt des Fachs aufrechtzuerhalten. „Die Verfahrensvielfalt ist für eine gute Versorgung unabdingbar. Wir katalogisieren in der Psychotherapie nicht nach einem ‚Wenn-dann'-Schema. Es gibt Leitlinien und Empfehlungen, aber wir schauen zunächst bei jedem Menschen neu, welche Hilfe er braucht. Jede Diagnose, jede Therapie ist individuell und wird fachlich von uns begründet", hielt Gerd Höhner fest. Vor diesem Hintergrund sei auch die Bedeutung der Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen zu sehen. Ebenso werde erneut die Notwendigkeit deutlich, über den Einsatz digitaler Techniken in der Psychotherapie zu sprechen. „Man kann diese Möglichkeiten nutzen. Sie können aber nicht den persönlichen Kontakt ersetzen und sind keine Alternative zur persönlichen psychotherapeutischen Leistung."

Informationen zu Absicherung und Zulassung

Jens Mittmann vom Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW (PTV NRW) informierte die Neuapprobierten über ihre Möglichkeiten der sozialen Absicherung in ihrem Beruf. Nach einem Einblick in die Aufgaben des berufsständischen Versorgungswerkes skizzierte er die Grundsätze der Mitgliedschaft und stellte beispielhaft Beitragszahlungen, Leistungsarten und Rentenhöhen dar. Britta Kleiß von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) erläuterte die Grundlagen der psychotherapeutischen Versorgungsplanung und die Voraussetzungen und Bedingungen der Zulassung als Vertragspsychotherapeut. Detailliert beschrieb sie die unterschiedlichen

Der bis in die hinterste Reihe gefüllte Saal zeugte vom großen Interesse seitens der Neumitglieder.

Formen der Niederlassung sowie das Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahren.

Psychotherapeuten in Anstellung

Susanne Grohmann, Psychologische Psychotherapeutin und Leitende Psychologin in der Gelderland-Klinik, widmete ihren Vortrag den Chancen, Möglichkeiten und persönlichen Entwicklungen für Psychotherapeuten in Anstellung. Sie begrüßte, dass die Kammer dafür werbe, bei der Berufsplanung auch diese Felder in den Blick zu nehmen. Als positive Aspekte der Tätigkeit in Anstellung hob sie beispielhaft die Arbeit in einem zumeist multiprofessionellen Team, finanzielle Sicherheit und klare Strukturen hervor. Auch Führungspositionen seien approbierten Psychotherapeuten nicht verschlossen, betonte Susanne Grohmann, und gab den Neuapprobierten ein ermutigendes „Wir können das!" mit auf den Weg. Weiterhin erläuterte sie die Beschäftigungsmöglichkeiten in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, in Kliniken zur Rehabilitation, in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern sowie in den verschiedenen Bereichen der Jugendhilfe. Zum Ende ihres Vortrages machte sie auf den Ausschuss „Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation", das Fortbildungsprogramm und die Veranstaltungsreihe „Angestellte im Fokus" als Angebote der PTK NRW für angestellte Psychotherapeuten aufmerksam.

Psychotherapeuten in der Niederlassung

Bedingungen und Perspektiven der Berufstätigkeit in der Niederlassung fasste Andreas Pichler, Vizepräsident der PTK NRW, zusammen. Er erläuterte die mit der selbstständigen Tätigkeit verbundenen Vorteile, Herausforderungen und Pflichten. Berufseinsteigern, die mit dem Gedanken an die Niederlassung in einer Privatpraxis spielen, riet er, weitere Standbeine zur Existenzsicherung in Betracht zu ziehen. Patienten hätten zwar nach wie vor einen Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und diese würde auch in nennenswertem Rahmen geleistet. Daran ließe sich ablesen, dass es einen durch die bestehenden Kassensitze nicht abgedeckten Bedarf an Psychotherapie gebe. Insgesamt sei es zurzeit aufgrund der Genehmigungspraxis der Krankenkassen aber oft nicht einfach, Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V anzubieten.

Andreas Pichler informierte zusätzlich über weitere Möglichkeiten klinischer Tätigkeiten für Psychotherapeuten, beispielsweise als Sachverständige, in der psychotherapeutischen Notfallversorgung oder in der Prävention. Ebenso biete der nichtklinische Bereich mit Tätigkeitsfeldern wie Coaching, Supervision oder Fortbildung für andere Berufsgruppen spannende Möglichkeiten. Die sich eröffnende Bandbreite zeige zum einen die Vielfalt des Psychotherapeutenberufes. Zum anderen sei die Profession mit ihren Kompetenzen in diesen Bereichen ganz klar gefragt. Zum Ende seines Vortrags lud der Vizepräsident die Neuapprobierten im Namen des Kammervorstands ein, sich auch berufspolitisch zu engagieren.

Beratung und Austausch

Im Rahmen der Vorträge und in den Pausen nutzten die Neuapprobierten vielfach die Gelegenheit, sich mit Fragen an die anwesenden Vorstandmitglieder und die Referenten zu wenden. Auch die Beratungsstände der PTK NRW und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) waren gut besucht.

Die Präsentationen der Vorträge vom Tag der Neuapprobierten können auf www.ptk-nrw.de, Rubrik „Aktuelles", im Anschluss an die Webnews zu der Veranstaltung als PDF heruntergeladen werden.

Dokumentation ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen

Die Pflicht zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten und soll Behandelnden und Nachbehandelnden alle wichtigen Informationen zu der Therapie und dem Patienten zur Verfügung stellen. Ebenso kommt sie dem Bedürfnis der Patienten nach Rechenschaftslegung nach. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) hat der Gesetzgeber die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen folgerichtig ausdrücklich normiert. Die Behandelnden sind demnach gesetzlich verpflichtet, „sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung

wesentlichen Maßnahmen“ aufzuzeichnen.

In den Veranstaltungen der PTK NRW zum Patientenrechtegesetz kam die Frage auf, was unter „aus fachlicher Sicht (…) wesentliche Maßnahmen“ zu fassen sei und wie die Profession rechtssicher dokumentieren könne. Um den Kammermitgliedern hierzu etwas an die Hand geben zu können, hatte der Vorstand der PTK NRW 2015 die Kommission „Standards der psychotherapeutischen Dokumentation“ einberufen.

Empfehlungen der PTK NRW

Das Ergebnis der Kommissionsarbeit sind die im Februar 2020 veröffentlichten Empfehlungen der PTK NRW für die Basis- und für die Verlaufsdokumentation – nicht für eine „möglichst gute“ Dokumentation im Sinne von „best practice“, sondern als Mindestanforderungen an die psychotherapeutische Dokumentation. „Sie fassen die wesentlichen Elemente zusammen, die Psychotherapeuten bereits in der Praxis umsetzen, und dienen der Therapiesicherung, der Rechenschaftslegung und der Beweissicherung“, erläutert Kammerpräsident Gerd Höhner.

Mit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG) treibt der Gesetzgeber das Thema Dokumentation nun weiter voran: In § 136a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet er den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), bis Ende 2020 eine Richtlinie für ein einrichtungsübergreifendes und sektorenspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu beschließen. Dabei soll das Gremium auch Mindestvorgaben für eine Standarddokumentation festlegen, mit der sich der Therapieverlauf inklusive Prozess- und Ergebnisqualität darstellen lässt. Sobald diese Richtlinie eingeführt ist, entfallen alle Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren.

„Dieser Beschluss ist von erheblicher Tragweite für unseren Berufsstand“, betont Gerd Höhner. „Entsprechend sind wir gefordert, zeitlich und inhaltlich voranzugehen, bevor andere zu diesen Themen entscheiden.“ Zugleich habe die Kammer als fachlicher Normgeber für den Berufsstand die Aufgabe, ihren Mitgliedern weitgehende Rechtssicherheit bei der Dokumentation zu ermöglichen. „Mit den von der Kammerversammlung Ende 2019 verabschiedeten Mindeststandards zur Dokumentation kommen wir dieser Fürsorgepflicht nach“, hält Gerd Höhner fest. „Ändern sich später die Rahmenbedingungen, können die Empfehlungen angepasst werden.“

Neue Broschüre im Download erhältlich

Ihre erarbeiteten Mindeststandards hat die PTK NRW in der Broschüre „Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen“ zusammengefasst. Die handliche Publikation listet in übersichtlichen Tabellen die Mindeststandards auf, erläutert die Dokumentation als berufliche Pflicht und beschreibt die mit der aktuellen Gesetzgebung angestoßenen Entwicklungen. Sie kann auf der Homepage der Kammer (www.ptk-nrw.de) in der Rubrik „Recht“ kostenlos heruntergeladen werden.

Psychotherapeuten Kammer NRW

Geschäftsstelle

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

NRW

Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen

Ostdeutsche
Psychotherapeutenkammer

Mitteilungen der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Dr. Gregor Peikert und Dr. Dietmar Schröder treffen sich mit der brandenburgischen Sozialministerin Ursula Nonnemacher

Nach der Wahl in Brandenburg ist mit Frau Ursula Nonnemacher eine gelernte Internistin an die Spitze des brandenburgischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz berufen worden. Sie hat langjährige politische Erfahrungen in diesem Themenfeld als Abgeordnete des brandenburgischen Landtages gesammelt. Somit war das erste Gespräch in neuer Funktion von einem starken fachlichen Austausch geprägt. Die zwei Hauptthemen waren die Reform der Psychotherapeutenausbildung sowie die Sicherung von Mindeststandards für die psychotherapeutische Versorgung in stationären Einrichtungen (in Relation zur Zahl der Behandlungsplätze). Zum letztgenannten Thema erläuterte Ursula Nonnemacher die Beweggründe der Bundesländer, diesen Auftrag an den G-BA rückgängig machen zu wollen. Weitere Themen waren die Überarbeitung des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes (BbgPsychKG), die gute Arbeit des Gremiums nach § 90a SGB V sowie die Probleme des Landes, die medizinische Versorgung in allen Regionen sicherzustellen.

OPK trifft Hochschulen: an fast allen Standorten Bachelor- und Masterstudiengänge vorgesehen

Bei der diesjährigen Fachkonferenz „OPK und Hochschulen“ am 10. Februar 2020 in Leipzig kamen Vertreter der Hochschulen aus dem OPK-Gebiet sowie für den Vorstand Dr. Gregor Peikert, Margitta Wonneberger und Dr. Dietmar Schröder gemeinsam ins Gespräch. Das Thema, das alle Anwesenden betraf und heiß diskutiert wurde, war die Frage nach den Auswirkungen und der Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Zunächst informierten die Hochschulen über die aktuellen Planungen sowie die damit einhergehenden Herausforderungen in der Umsetzung der neuen Bachelor- und Masterstudiengänge. Vielerorts sind die Planungen noch nicht abgeschlossen. Die positive Botschaft ist, dass an fast allen Standorten Bachelor- und Masterplätze vorgesehen und die Planungen weit gediehen sind. Man ist sich einig, dass die Gewährleistung einer angemessenen Anzahl an Absolventen, die dann nach der Approbation in die Weiterbildung gehen, letztlich auch die Voraussetzung für eine ausreichende Versorgung psychisch kranker Menschen in unseren Ländern darstellt. Kammer und Hochschulen wollen hierzu gemeinsam politisch aktiv werden und auf die Ministerien zugehen.

Diskutiert wurde auch über die Positionen zur Approbationsordnung. Eine Schwierigkeit sehen die Hochschulen in der Bildung von Prüfungskommissionen mit ausreichendem Fachpersonal. Eine Unterstützung durch die Kammer wurde angeregt. Ein Augenmerk soll außerdem auf die Beteiligung von Kammermitgliedern als Vertretern der Berufspraxis am Akkreditierungsverfahren der neuen Studiengänge gelegt werden, wofür sich die Kammer derzeit entsprechend einsetzt.

Im Anschluss stellte der Vorstand seine ersten Überlegungen zu strategischen Zielen und Rahmenbedingungen der neuen Musterweiterbildungsordnung dar, und es gab Raum für engagierte Diskussionen. Die OPK fordert zumutbaren Aufwand und genügend Flexibilität sowie Gestaltungsspielraum für Ausbildungsteilnehmende. Hierbei stößt sie auf Zuspruch seitens der Hochschulen.

Das jährliche Zusammenkommen regt den Austausch zwischen Hochschulen und Kammer an, bringt unterschiedliche Interessenschwerpunkte zusammen und schafft so die Basis für ein gemeinsames Vorgehen im Einsatz für unseren Berufsstand. Gerade da uns derzeit so viele Neuerungen beschäftigen, ist dies besonders hilfreich und notwendig.

Treffen mit KV-Gremienvertretern aus der OPK am 22. Januar 2020 in Leipzig

Am 22. Januar 2020 haben sich erstmalig OPK-Mitglieder, die in Vertreterversammlungen, beratenden Fachausschüssen sowie Zulassungs- und Berufsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen mitarbeiten, zu einer gemeinsamen Austauschrunde mit dem Vorstand der OPK in Leipzig getroffen.

Die Teilnehmer der gemeinsamen Austauschrunde in Leipzig (Foto: A. Orgass)

Ziel des Treffens war es, die Berührungspunkte bei berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Fragestellungen besser miteinander zu verknüpfen, um eine zielgerichtete und koordinierte Berufspolitik zu erreichen.

Inhaltlich wurde das Treffen von zwei Themen bestimmt: Zum einen wurde die uneinheitliche Praxis bei der Benennung von Terminen für die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen problematisiert. Zum anderen wurde die Frage der gesetzlich vorgeschriebenen Überprüfung der Versorgungsaufträge besprochen.

Die Teilnehmer waren sich einig, dass ein regelmäßiger Austausch zwischen der OPK und den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen zielführend sei. Diskutiert wurden verschiedene Formate. So wurde vorgeschlagen, Treffen zwischen KV-Vertretern und OPK-Vorstand zukünftig regelmäßig durchzuführen, eventuell auch eine gemeinsame Arbeitsgruppe einzurichten.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432–0
Fax: 0341/462432–19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 14. Februar 2020 hat der Deutsche Bundesrat die Approbationsordnung für das neue Approbationsstudium verabschiedet. Damit liegen den Universitäten die Vorgaben vor, die in diesem zukünftigen Studium zu erfüllen sind, und sie können nun beginnen, die Studiengänge verlässlich zu planen. Mit dem Erlass der Approbationsordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird dann alles Nötige für die künftige Ausbildung geregelt sein. Was für ein Meilenstein! Parallel hat die Bundespsychotherapeutenkammer im Oktober 2019 begonnen, die Musterweiterbildungsordnung zu gestalten. In einem sehr aufwendigen Prozess unter Beteiligung von Experten und Verbänden wird die Grundlage der Weiterbildung erarbeitet, die sich nach dem Studium anschließt. Was für eine Entwicklung, die unser Beruf in den letzten 21 Jahren genommen hat! Nach mehreren Anläufen und vielen Diskussionen zwischen den psychotherapeutischen Verbänden wurde das Psychotherapeutengesetz 1998 beschlossen. Schnell wurde die vorgegebene Ausbildung zum „Renner". Wir verzeichnen seit vielen Jahren stetig steigende Teilnehmerzahlen und haben im Unterschied zu den Ärzten keine Nachwuchsprobleme, im Gegenteil. Im Gesundheitssystem sind wir angekommen, die letzte Reform der Psychotherapie-Richtlinie hat viele Forderungen der Profession aufgenommen und die ambulante Versorgung verbessert. Die vom BMG angestoßene Reform der Psychiatrie-Personalverordnung sollte Psychotherapeuten auch im stationären Kontext besser verorten. Die enttäuschende Umsetzung dieser Vorgabe zeigt allerdings, wo es noch gravierende Widerstände gibt. Die Psychotherapeutenkammern, insbesondere auch die in Rheinland-Pfalz, sind geschätzte Gesprächspartner der jeweiligen Gesundheitsministerien. Mit der reformierten Aus- und Weiterbildung werden wir einen weiteren wichtigen Schritt im Sinne der

V. l. n. r.: Ulrich Bestle, Dr. Andrea Benecke, Sabine Maur und Peter Andreas Staub

Gleichstellung mit den anderen akademischen Heilberufen vollziehen – und darauf sind wir stolz! In Rheinland-Pfalz werden alle an der Umsetzung der Aus- und Weiterbildung Beteiligten (z. B. Hochschullehrer, Vertreter der Ausbildungsinstitute u. a .m.) immer wieder eingeladen, um an der gemeinsamen Gestaltung mitzuwirken, wobei die Kammer in engem Austausch mit den involvierten Ministerien steht. Wir freuen uns auf die Gestaltung der Weiterbildungsordnung auf Bundes- und Landesebene – auf der Grundlage eines deutlich erweiterten Berufsbildes, in dem sich die Entwicklungen der letzten 20 Jahre widerspiegeln.

Herzlich, Ihre Andrea Benecke

Rheinland-Pfälzische Kammern luden zum Jahresempfang der Wirtschaft

V. l. n. r.: Dr. Andrea Benecke, Sabine Maur, Ulrich Bestle und Petra Regelin

Bereits zum 21. Mal fand am 13. Januar 2020 in Mainz der Jahresempfang der Wirtschaft statt, zu dem alljährlich die Landespsychotherapeutenkammer und 13 weitere rheinland-pfälzische Kammern einladen. Die Veranstaltung dient dem Dialog von Kammern, Politik und Wirtschaft. Ehrengast war dieses Mal Christian Lindner, Bundesvorsitzender der Freien Demokraten und Vorsitzender der Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag.

Auch die LPK-Präsidentin Sabine Maur, LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke, Vorstandsmitglied Ulrich Bestle und Geschäftsführerin Petra Regelin waren auf dem Jahresempfang vertreten und nutzten die Gelegenheit zum Austausch mit Vertretern anderer Heilberufekammern, der Politik und den Krankenkassen.

5. Tag der Angestellten widmete sich interdisziplinärem Arbeiten

Unter dem Motto „Zusammen – Arbeiten. Wollen. Sollen. Müssen?!" lud die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zum fünften Mal die angestellten Kammermitglieder zum „Tag der Angestellten" ein.

LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke und Andreas Gilcher, Vorsitzender des Ausschusses „Belange der Angestellten", konnten rund 40 Teilnehmer im Tageszentrum Erbacher Hof in Mainz begrüßen. Frau Dr. Benecke gab in ihrem anschließenden Vortrag einen Überblick über die wichtigsten berufspolitischen Entwicklungen.

Referentin Simone Brandstädter

Der Hauptvortrag von Simone Brandstädter (Psychologisches Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg) widmete sich der interdisziplinären Zusammenarbeit. Interdisziplinarität bringe einerseits viele Vorteile mit sich und erhöhe bei komplexen Themenfeldern die Wahrscheinlichkeit für erfolgreiche Lösungsansätze – andererseits sei sie eine große Herausforderung und berge viel Konfliktpotenzial. Nach der Mittagspause konnten die Teilnehmer sich für einen der drei Workshops zu den Themen Berufsrecht, Deliktorientierte Psychotherapie oder Digitalisierung in der Psychotherapie entscheiden, deren Ergebnisse im Anschluss im Plenum zusammengefasst wurden. Weitere Infos und die Präsentationen der Referenten unter www.lpk-rlp.de / Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

LPK-Kooperationsveranstaltung „Seelische Gesundheit im Blick"

Sabine Maur (mit Mikrofon) in der Podiumsrunde (Foto: SEKIS)

Wie schon im Programmflyer angekündigt, war die Fachtagung „Seelische Gesundheit im Blick" am 22. November 2019 in Trier ein „Ort der Begegnung von Professionellen, Selbsthilfeengagierten und Interessierten". Veranstaltet wurde die Tagung von der Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle e. V. Trier (SEKIS); die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz war Kooperationspartner. Die Fachtagung richtete sich an Menschen, die in pädagogischen, psychotherapeutischen und ärztlichen Kontexten tätig sind, sowie an Selbsthilfegruppen und die interessierte Öffentlichkeit. Sabine Maur hielt vor rund 100 Zuhörern einen Vortrag über Depressionen, Ängste und selbstverletzendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Sie wies darauf hin, dass psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nicht zunähmen, die Diagnostik aber besser sei als früher und die Akzeptanz von psychischen Erkrankungen gestiegen sei, sodass Behandlungs- und Hilfsangebote vermehrt in Anspruch genommen würden. Frau Maur schilderte den Verlauf von Depression und selbstverletzendem Verhalten junger Patienten und ging außerdem auf Probleme ein, die durch den Internetkonsum von Jugendlichen entstehen.

Weitere Informationen und die Präsentation zum Vortrag von Sabine Maur finden Sie unter www.lpk-rlp.de / Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

LPK-Kooperationsveranstaltung „Pflegeforum": Resilienz unverzichtbar

Die Landespsychotherapeutenkammer hat als Kooperationspartner das Pflegeforum in Ingelheim unterstützt, zu dem die Landesvertretung der Techniker Krankenkasse (TK) eingeladen hat. Auch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) fungierte als Kooperationspartner. Unter dem Motto „Herausforderung Pflege – Hilfe für die Helfenden" wandte sich die Veranstaltung vor allem an Pflegende. Wie wichtig es ist, als Pflegender auch auf sich selbst zu achten, erläuterte Ulrich Bestle, Mitglied des Vorstandes der Landespsychotherapeutenkammer, in seinem Keynotevortrag zum Thema Resilienz. Diese sorge dafür, dass Menschen gut mit stressigen Situation umgehen können, und sei erlernbar. Auch im Bereich Prävention spiele Resilienz eine Schlüsselrolle, insbesondere bei stressbedingten Erkrankungen. Es sei daher von zentraler Bedeutung, das eigene Wohlbefinden nicht aus dem Blick zu verlieren. Diesem Thema widmeten sich auch zwei Workshops, die nachfolgend angeboten wurden. Weitere Informationen und die Präsentation zum Vortrag von Ulrich Bestle finden Sie unter www.lpk-rlp.de / Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

Sexualisierte Gewalt: Wie können Betroffene besser versorgt werden?

Kerstin Claus, Mitglied des Nationalen Rates gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen und des Betroffenenrates beim Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, war zu Gast in der Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer. Bei dem Gesprächstermin mit Kammerpräsidentin Sabine Maur und Geschäftsführerin Petra Regelin wurden Möglichkeiten erörtert, wie durch Information und Fortbildung gemeinsam die Versorgung von Personen, die von sexualisierter Gewalt betroffenen sind, verbessert werden könnte. Durch die Vernetzung und Kooperation aller an der gesundheitlichen Versorgung beteiligter Akteure soll zudem die Sensibilisierung für sexualisierte und psychische Gewalt und deren vielfältige Folgen erhöht werden. Weitere Gespräche sind geplant.

V. l. n. r.: Petra Regelin, Kerstin Claus und Sabine Maur

LPK RLP im Gespräch mit Sucht-Rehabilitationseinrichtung

Zu einem Austausch über aktuelle berufspolitische Themen im Kontext der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen hatte die Landespsychotherapeutenkammer Psychotherapeuten eingeladen, die in leitender Funktion in Sucht-Rehabilitationseinrichtungen tätig sind. LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke konnte fünf von ihnen in der Geschäftsstelle zum Gespräch begrüßen: Martina Fischer (Leitende Psychologin der Kliniken Daun Thommener Höhe und Altburg), Christian Falkenstein (Leitender Psychologe der Kliniken Daun Am Rosenberg), Oliver Kreh (Leitender Psychologe MEDIAN Klinik Tönisstein), Nikolaus Lange (Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation) und Andreas Stamm (Geschäftsführer der Suchtberatung Trier e. V. „Die Tür").

V. l. n. r.: C. Falkenstein, N. Lange, O. Kreh, M. Fischer und Dr. A. Benecke

Austausch zwischen LPK RLP und Techniker Krankenkasse

Am 30. Januar 2020 empfingen LPK-Präsidentin Sabine Maur und LPK-Geschäftsführerin Petra Regelin zwei Vertreter der Krankenkasse Die Techniker (TK) in der Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer. Mit Jörn Simon (Leiter der TK-Landesvertretung Rheinland-Pfalz) und Sven Füssel (Leiter regionales Vertragswesen) wurden Möglichkeiten der Zusammenarbeit in Bezug auf die Erweiterung psychotherapeutischer Versorgung durch digitale Anwendungen besprochen. Thema war vor allem eine neue App zur Behandlung von Angststörungen mit Virtual-Reality-Komponente.

Unser Bild zeigt v. l. n. r.: Petra Regelin, Jörn Simon, Sabine Maur und Sven Füssel.

RLP

Praxistipps der LPK-Juristinnen auf unserer Homepage

Um den Kammermitgliedern Hilfestellung in berufsrechtlichen Fragen zu leisten, wurde die Rubrik „Alles was Recht ist“ im „Info-Portal“ der LPK-Homepage neu strukturiert und übersichtlicher gestaltet. Die dort bereitgestellten Informationen gliedern sich nun in „Gesetzliche Grundlagen der Psychotherapie“, „Neuigkeiten rund ums Recht“ und „Praxistipps der LPK-Juristinnen“.

Die Praxistipps der LPK-Juristinnen stehen Ihnen als PDF zum Download bereit.

In den Praxistipps werden verschiedene Themen aus dem Praxisalltag aufgegriffen und die wichtigsten rechtlichen Informationen dazu zusammengestellt. Die Praxistipps stehen Ihnen als PDF zum Download bereit. Bisher gibt es Praxistipps zu den Themen Ausfallhonorar, Bewertungsportale, Anfragen des MDK und Einsichtsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen.

LPK RLP im Gespräch: LPK-Präsidentin besucht Qualitätszirkel in Bingen

Im Rahmen der Reihe „LPK RLP im Gespräch“ besuchte Sabine Maur, Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, einen Qualitätszirkel in Bingen. Bei dem Treffen waren Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anwesend, die in Bingen und Umgebung niedergelassen arbeiten.

Themen des Gesprächs waren die seit 2017 eingeführten massiven Neuerungen für die Praxisführung sowie die Vielzahl an gesundheitspolitischen Gesetzen, die in kurzer Zeit verabschiedet wurden. Zur Sprache kamen das Gutachterverfahren beziehungsweise die zukünftige Neueinführung der Qualitätssicherung, die Herausforderungen und Chancen, die die Digitalisierung mit sich bringt, und die unzureichende Versorgung von Geflüchteten.

Der Termin in Bingen war der dritte der neuen Reihe „LPK RLP im Gespräch“, nach dem Besuch eines Qualitätszirkels in Worms und der Psychotherapeutischen Beratungsstelle der Universität Mainz.

Sabine Maur (4. v. l.) und die Mitglieder des Qualitätszirkels in Bingen

Veranstaltungen der LPK RLP und Kooperationsveranstaltungen 2020

18.03.2020, Ludwigshafen: Fachtag „Migration und Seelische Gesundheit“; **24.03.2020, Kaiserslautern**: Workshop „Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation im Gesundheitswesen“; **02.04.2020, Andernach**: Führungskräfteentwicklung II: Kommunizieren als Führungskraft; **02.04.2020, Mainz**: LPK trifft Gesundheitspolitik – „Digitalisierung: Bessere Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen?“; **22.04.2020, Mainz**: Fortbildung „Allgemeines Berufsrecht in der Psychotherapie“; **07.05.2020, Landau**: Fortbildung „Berufsrecht Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“; **17.06.2020, Alzey**: Workshop „Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation im Gesundheitswesen“; **01.09.2020, Montabaur**: Workshop „Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation im Gesundheitswesen“; **04./05.09.2020, Mainz**: Landespsychotherapeutentag Rheinland-Pfalz; **12.11.2020, Andernach**: Workshop „Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation im Gesundheitswesen“; **21.11.2020, Mainz**: Fortbildung zur Praxisabgabe und -übernahme; **24.11.2020, Andernach**: Fortbildung „Berufsrecht für Angestellte“. **Nähere Informationen und Anmeldung unter www.lpk-rlp.de / Aktuelles / Veranstaltungen.**

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

„Wenn ist, was nicht sein darf“: Sexuelle Gewalt – Umgang mit Vermutung

Am 30. Oktober 2019 fand eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) und der Ärztekammer des Saarlandes (ÄKS) mit 108 Teilnehmern zum Thema „Sexuelle Gewalt – Umgang mit Vermutung“ statt. Für den Vorstand der PKS begrüßte Irmgard Jochum und für den Vorstand der ÄKS San.-Rat Dr. med. Josef Mischo die Teilnehmer. Einleitend stellten zum Thema „sexuelle Gewalt“ die Präsidenten der beiden Kammern fest:

Wenn nur etwa 20 % aller Kliniken bundesweit ein Schutzkonzept gegen sexuelle Gewalt umgesetzt haben, dann gibt es klar und deutlich erkennbare Lücken in der Prävention – und die gilt es zu schließen. Was gebraucht wird, sind verbindliche und gesetzlich verpflichtende Schutzkonzepte gegen jegliche Form von Gewalt in Institutionen.

Schutzkonzepte sind bisher nur in Kitas und in Jugendhilfeeinrichtungen verpflichtend. Diese werden auch in Kliniken, in Bildungs-, Sport- und Freizeiteinrichtungen sowie in der Behindertenhilfe benötigt, denn auch hier existiert ein erhebliches Gefährdungspotential.

Blick ins Publikum

Frau Jochum und Dr. Mischo stellten zudem fest, dass wichtige Aspekte weit über den Kontext der Veranstaltung hinausweisen: Es gehe auch um den Umgang mit Fehlern, um die Fehlerkultur in Organisationen und Betrieben, aber auch in unserer Gesellschaft; es gehe um die Kultur des Wegschauens. Es wird dringend ein neuer Umgang mit Verdacht, Vermutung, Fehlverhalten, Grenzüberschreitungen und mit Gewalt – in welcher Form auch immer – benötigt. Viel zu häufig wird auf Fehlverhalten mit Demütigungen, Verletzung der psychischen Integrität oder mit Drohungen reagiert; viel zu häufig ist die Wahrscheinlichkeit deutlich größer, plötzlich im Mittelpunkt eines Shitstorms zu stehen, als die Chance, eine angemessene Beratung, schnelle Unterstützung oder andere Schutz- und Hilfsmaßnahmen zu erhalten.

Solange das aber so ist, muss man sich über Konsequenzen, wie Schweigen, ängstliches Wegschauen und Vertuschen, nicht wundern. Festgestellt werden muss auch, dass jede Form des sexuellen Missbrauchs strukturelle Macht, Machtmissbrauch und Abhängigkeitsverhältnisse voraussetzt. Der destruktive Umgang mit Macht und mit Fehlern ist ein großes und sehr ernst zu nehmendes gesellschaftliches Thema, dem es sich auf vielen Ebenen dringend näher zu widmen gilt. Beide saarländischen Kammern werden sich gemeinsam dieser Aufgabe stellen.

Psychotherapeutenkammer und Ärztekammer bieten bereits seit vielen Jahren Veranstaltungen zum Kinderschutz an. Ärzte und Psychotherapeuten sind in zahlreichen Gremien zu diesem Thema vertreten und selbst aktiv in der Bildung von Netzwerken und Kommunikationsplattformen. Die Ärztekammer ist besonders mit ihrem Arbeitskreis „Hilfe gegen Gewalt“ engagiert und gibt auf ihrer Homepage wertvolle Hinweise.[1] Die Psychotherapeutenkammer ist Ansprechpartner für gute und schnelle psychotherapeutische Versorgung von betroffenen Kindern und deren Angehörigen.[2]

Die Vizepräsidentin der PKS, Susanne Münnich-Hessel, stellte den Referenten vor und moderierte den Vortrag sowie die anschließende Diskussion.

Als Referent war der in Saarbrücken niedergelassene Psychologische Psychotherapeut Udo Weber gewonnen worden. Herr Weber ist seit 2016 in eigener Praxis niedergelassen. Davor war er 13 Jahre als Mitarbeiter und Teamleiter in der Beratungsstelle Phoenix – Beratung gegen sexuelle Ausbeutung von Jungen – der Arbeiterwohlfahrt tätig. Er bietet Supervision und Fortbildungen zu diesem Themenbereich an.

In seinem Vortrag „Wenn ist, was nicht sein darf. Sexuelle Gewalt – Umgang mit Vermutung“ präsentierte Udo Weber zu Beginn interessante Fallbeispiele und definierte die Begrifflichkeiten „sexueller Missbrauch“ und „sexuelle Gewalt“. Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen ist eine Form von Gewalt, die häufig vorkommt und zwar in jeder Altersstufe und jedem sozialen Milieu.

1 www.aerztekammer-saarland.de/aerzte/informationenfueraerzte/hilfegegengewalt/ [30.01.2020]
2 www.ptk-saar.de/patienteninfo/kinder-und-jugendliche/ [30.01.2020]

Sexuelle Gewalt bedeutet, dass Erwachsene oder ältere Jugendliche die Arglosigkeit, das Vertrauen und die Abhängigkeit eines Kindes zur Befriedigung eigener Bedürfnisse benutzen. Damit beginnt für die Betroffenen häufig ein jahrelanger Leidensweg.

Hinweise in der alltäglichen Praxis, die erlebte sexuelle Gewalt vermuten lassen, lösen bei Kollegen nicht selten Betroffenheit, Unsicherheit und viele Fragen aus. Der Referent zeigte auf, welche Symptome, welche Wortwahl und welche Reaktionsmuster das Vorliegen eines sexuellen Missbrauchs vermuten lassen. Anschließend betrachtete Herr Weber typische Täterstrategien, die bei Kindern zu einer massiven Belastung und zur Geheimhaltung führen.

Er zeigte auf, wie das strategische Vorgehen der Täter Ängste, Zweifel an der eigenen Wahrnehmung, Scham- und Schuldgefühle auslöst und welche nachhaltig massiven Auswirkungen diese haben können. Um sich dem Thema der Vermutung zu nähern, beleuchtete der Referent in einem ersten Schritt die verschiedenen Anlässe, die zu einer Vermutung führen können. Er unterschied geplante von ungeplanten Gesprächskonstellationen und thematisierte grundlegende Standards in der Gesprächsführung.

Dabei richtete er einen besonderen Fokus auf die Bedeutung der Vorabannahmen und die Bedeutung der Suggestion für eine gelingende Aufklärung einer Vermutung. Er betonte, wie wichtig es sei, diesen Hinweisen besonnen und ruhig nachzugehen. Keinesfalls dürfe das betroffene Kind zu Aussagen gedrängt werden. Das weitere Gespräch müsse unbedingt vermeiden, Schuldgefühle zu erzeugen, vielmehr müsse das Kind ein Klima des Vertrauens und der Geborgenheit erfahren. Weiterhin zeigte Herr Weber die Ziele und die Möglichkeiten weiterer Interventionen zum Schutz des Kindes und der Hilfe des schützenden Bezugssystems auf.

Als letzten Punkt des Vortages benannte er Möglichkeiten der Prävention. In diesem Zuge wies Udo Weber auf die Gelegenheit hin, sich nach der Veranstaltung über die spezialisierten Beratungsstellen zu informieren und mit Mitarbeitern der hier vertretenen Beratungsstellen in Kontakt zu treten: **Nele – Verein gegen sexuelle Ausbeutung von Mädchen e. V.** (www.nele-saarland.de), **Phoenix – Beratung gegen sexuelle Ausbeutung von Jungen** – (www.awo-saarland.de) oder **Neue Wege** – ein Programm zur Rückfallvermeidung für sexuell übergriffig gewordene Minderjährige (www.awo-saarland.de).

Im Anschluss an den fachkundigen und engagierten Vortrag und eine kleine Pause zum Austausch und Vernetzen entstand eine sehr interessierte und rege Diskussion zu dem Thema.

Es war eine rundum gelungene Veranstaltung der beiden Kammern. Wir freuen uns sehr, dass Herr Weber sich bereit erklärt hat, seinen Vortrag für alle Mitglieder der PKS und die, die an diesem Abend nicht teilnehmen konnten, im internen Bereich der PKS-Website zur Verfügung zu stellen.

Dr. Pia Fuhrmann

Referent Udo Weber

Susanne Münnich-Hessel moderierte die Veranstaltung.

V. l. n. r.: San.-Rätin E. Groterath, S. Münnich-Hessel, U. Weber, I. Jochum, San.-Rat Dr. J. Mischo

KJP-Netzwerktreffen

Am Freitag, den 22. November 2019, fand von 10.00 bis 13.00 Uhr in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes (PKS) eine KJP-Netzwerkveranstaltung statt. Auf Einladung und Initiative von Dr. Pia Fuhrmann (Vorstandsmitglied und Ausschuss *Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen* der PKS) referierte Herr Roland Waltner. Die Vizepräsidentin der PKS, Susanne Münnich-Hessel, begrüßte die Teilnehmer im Auftrag des Vorstandes der PKS. Frau Dr. Fuhrmann stellte den Referenten vor und moderierte den Vortrag und die Diskussion an diesem Morgen.

Herr Roland Waltner ist Psychologieoberrat, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie Amtsleiter des Schulpsychologischen Dienstes des Landkreises Saarlouis. Der Landkreis Saarlouis als Träger der Jugendhilfe, der Dienstaufsicht des Schulärztlichen und Schulpsychologischen Dienstes und als Schulträger handelt im Bewusstsein, dass nachhaltig effiziente Maßnahmen gegen Schulabwesenheit immer den Betroffenen gerecht werden müssen. Die Beratung und Begleitung bei Schulverweigerung des Landkreises Saarlouis zielt auf die Reintegration von schulabsenten Schülern in die Schule. Dabei arbeitet die Beratungsstelle Schulabwesenheit eng mit Lehrern, den Erziehungsberechtigten und den relevanten Fachdiensten zusammen. Die Beratung und Begleitung richten sich an Schüler ab zwölf Jahren im Landkreis

Roland Waltner

Saarlouis/Saarbrücken mit schulverweigerndem Verhalten. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf Schülern der unteren Klassenstufen. In der Regel erfolgen Meldungen über die Schulen in enger Absprache mit der Schulsozialarbeit. Betroffene Eltern, andere soziale Einrichtungen, Jugendamt usw. können sich auch direkt an die Beratungsstelle wenden.

In seinem Vortrag „Hilfe- und Versorgungssysteme im Kontext von Schulabwesenheit" betonte Herr Waltner, dass Schulabwesenheit keine Kleinigkeit und auch keine Einzelerscheinung sei. Oft stünden die Abwesenheit vom Schulbetrieb oder die Verweigerung des Schulbesuches für tiefergreifendere Probleme bei Schülern selbst oder in ihrem Umfeld. Auch wenn die Gründe für die Abwesenheit nicht immer direkt auf der Hand liegen, so gilt dies nicht für die Folgen: Fest steht, wer die Schule nicht regelmäßig besucht, ist in Lernerfolg, Sozialisation und in der gesundheitlichen Entwicklung entscheidend benachteiligt – mit negativen Folgen für das spätere Arbeitsleben und die eigene Rolle in der Gesellschaft. Roland Waltner zeigte auf, wie dies aus der Erfahrung des Teams im Schulpsychologischen Dienst in Saarlouis am ehesten gelingen kann: Durch die eng vernetzte Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen in den Bereichen Gesundheit, Schule und Soziales, von Fachleuten, Eltern und Schülern.

In einem ausgesprochen fachkundigen und engagierten Vortrag zeigte der Referent das entsprechende saarländische Netzwerk auf und ging auf Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen und angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein.

Im Anschluss an den Vortrag und eine kleine Pause zum persönlichen Austausch und Vernetzen gab es eine sehr interessierte Diskussion zum Thema und zu den Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen der Beratungsstelle Schulverweigerung und den niedergelassenen und angestellten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Es war eine rundum gelungene Netzwerkveranstaltung und wir waren sehr froh, dass Herr Waltner sich bereiterklärte, seinen Beitrag für alle Mitglieder auf der Website der PKS zur Verfügung zu stellen. Der entsprechende Beitrag von Herrn Waltner sei Ihnen wärmstens empfohlen.

Dr. Pia Fuhrmann

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Dr. Pia Fuhrmann, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Sonja Werner

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/9545–6
Fax: 0681/9545–8
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

die Ausbildungsreform ist mit der Zustimmung zur Approbationsordnung durch den Bundesrat im Februar dieses Jahres nun endlich insgesamt auf den Weg gebracht. Die Universitäten stehen in den Startlöchern und werden voraussichtlich bereits zum nächsten Wintersemester erste Master-Studiengänge anbieten. Die PKSH wird diesen Prozess auch weiterhin begleiten, sowohl, was die Akkreditierung der Studiengänge angeht, als auch die Mitarbeit an einer Musterweiterbildungsordnung.

Auch unsere Landespolitik legt zunehmend Wert auf die Expertise der PKSH. So hat es in der letzten Zeit zahlreiche Anfragen zu Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen und Verordnungen gegeben, über die wir im Folgenden berichten. Außerdem geben wir einen Einblick in das Beschwerdemanagement der Kammer und berichten über den Einsatz innovativer Technik in der Angstbehandlung. Ein weiterer Artikel befasst sich mit häufig gestellten Fragen zur Fortbildungspflicht, die sowohl niedergelassene als auch angestellte Kollegen betreffen.

Wir wünschen Ihnen eine angenehme Lektüre und ein buntes Frühjahr!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Stellungnahmen zu Gesetz- und Verordnungsentwürfen

In den letzten Monaten hat sich die Anzahl von Stellungnahmen gehäuft, die von der PKSH zu unterschiedlichen Gesetz- und Verordnungsentwürfen abgegeben wurden. Einige dieser Stellungnahmen bezogen sich auf Bundesgesetze/-verordnungen (wie z. B. das Ausbildungsreformgesetz oder die Approbationsordnung). Andere wiederum waren von der Politik erbetene Stellungnahmen zu landesspezifischen Themen oder Gesetzen/Verordnungen, wie z. B. dem Hochschulzulassungsgesetz, dem Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG) oder der Landesverordnung für Gesundheitsberufe. Auch der Innenausschuss des Landtages hat von der PKSH eine Expertenmeinung eingeholt zum Thema Schutz von Demokraten gegen rechtsextreme Bedrohungen. Die PKSH wird zunehmend um Rat gefragt und in landespolitische Entscheidungen eingebunden. In allen unseren Stellungnahmen konnten wir deutlich machen, dass der Berufsstand der Psychotherapeuten nicht nur für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eine bedeutsame Rolle spielt, sondern auch zu anderen politischen Themen einen wichtigen Beitrag leisten kann.

Landeskrankenhausgesetz

Die PKSH hat in der Vergangenheit gegenüber der Politik immer wieder gefordert, dass Schleswig-Holstein ein eigenes Landeskrankenhausgesetz verabschiedet, in dem neben Patientenrechten, Patientenschutz und Aspekten des Qualitätsmanagements auch Regelungen für die Einbindung von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) geschaffen werden. Bisher gibt es in Schleswig-Holstein lediglich ein Ausführungsgesetz zur Krankenhausfinanzierung (AG-KHG). Der aktuelle Kabinettsentwurf für ein landesspezifisches Krankenhausgesetz wird daher von der PKSH ausdrücklich begrüßt.

In unserer Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf haben wir deutlich gemacht, dass für eine regelkonforme Versorgung von Patienten in Krankenhäusern mit psychiatrischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilungen PP und KJP nicht nur für die Stationsarbeit eine wichtige Rolle spielen, sondern auch für die Übernahme von Leitungsfunktionen explizit im Gesetz erwähnt werden sollten. Weiterhin haben wir gefordert, dass die PKSH als Körperschaft des öffentlichen Rechts und Vertretung des Berufsstandes der PP und KJP zu den mittelbar Beteiligten gehören sollte, die an den Beratungen des Landeskrankenhausausschusses teilnehmen. Außerdem haben wir angeregt, dass PP und KJP explizit im Rahmen der geregelten Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit Leistungserbringern der ambulanten Versorgung aufgeführt werden sollten.

Maßregelvollzugsgesetz

Auch bei unserer Stellungnahme zum Maßregelvollzugsgesetz haben wir darauf gedrungen, dass die Berufsgruppe der PP in diesem Regelwerk an wesentlichen Stellen explizit aufgeführt wird, da in dem vorliegenden Gesetzentwurf über den Maßregelvollzug in Schleswig-Holstein, trotz des bereits über 20 Jahre geltenden Psychotherapeutengesetzes, unsere

Berufsgruppe überhaupt nicht erwähnt wird. Auch haben wir uns dafür stark gemacht, dass der psychotherapeutischen Versorgung von Patienten im Rahmen des Maßregelvollzugs neben der psychiatrisch-medizinischen ein höherer Stellenwert in diesem Gesetz zugestanden wird.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Einblicke in das Beschwerdemanagement der PKSH

Eine der wesentlichen Aufgaben der Psychotherapeutenkammern besteht in der Überwachung der Erfüllung der Berufspflichten durch die Kammermitglieder (§ 3 Abs. 1 Nr. 3 Heilberufekammergesetz). Dazu haben alle Kammern eine Berufsordnung (BO) erlassen, welche „die Überzeugung der Kammermitglieder zu ihrem berufswürdigen Verhalten gegenüber den Patientinnen und Patienten, den Kolleginnen und Kollegen, den anderen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen und der Öffentlichkeit" darstellen (Präambel der BO der PKSH).

Die Berufsordnung der PKSH ist nach intensiver Vorarbeit des Berufsordnungsausschusses und mehrfacher Diskussion in der Kammerversammlung am 26. April 2005 verabschiedet worden. Seitdem ist sie in einigen Punkten (z. B. durch Ergänzungen nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes bzw. durch Klarstellungen zur Onlinetherapie) präzisiert worden.

Bei der Kammer eingehende Beschwerden werden dahingehend geprüft, ob ein Verstoß gegen eine Norm der Berufsordnung vorliegt. Es handelt sich um ein standardisiertes Verfahren, in welchem, sofern sich die Beschwerde nicht von vornherein als gegenstandslos erweist, in der Regel zunächst das beschwerte Kammermitglied um Stellungnahme gebeten wird. Liegt die Stellungnahme vor, ergeben sich drei Konstellationen:

1. Das Verfahren wird eingestellt, da ein Verstoß gegen die Berufsordnung nicht gegeben ist. 2. Es liegt ein geringfügiger Verstoß gegen die Berufsordnung vor, der mit Zustimmung des Mitglieds gegen eine Geldauflage eingestellt werden kann. 3. Es sind weitere Ermittlungen durch sogenannte Untersuchungsführer erforderlich. Diese fassen das Ergebnis ihrer Ermittlungen in einem Abschlussbericht zusammen. Der Ausgang ist auch hier wieder wie unter 1. und 2. oder, bei schwerwiegenden Verstößen, es erfolgt Anklage durch die Kammer beim Berufsgericht.

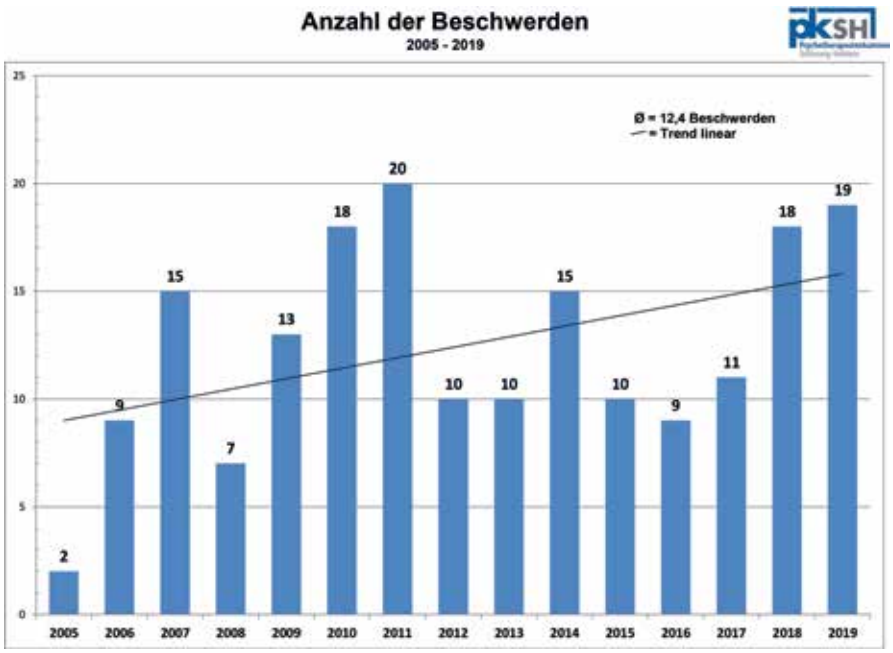


Abbildung 1: Anzahl der Beschwerden 2005–2019

Die Anzahl der Beschwerden seit Inkrafttreten der Berufsordnung zeigt Abbildung 1. Sie liegt in den letzten beiden Jahren wieder etwas höher als in den Jahren zuvor, aber immer noch auf einem sehr niedrigen Niveau, gemessen an gut 1.500 approbierten Kammermitgliedern und, daraus resultierend, aus einer jährlichen Anzahl von Therapiestunden im sechsstelligen Bereich.

Betrachtet man den Ausgang der Beschwerdeverfahren, so zeigt Abbildung 2, dass in über 60 Prozent der Fälle ein Berufsrechtsverstoß nicht nachgewiesen werden konnte.

Eine Sanktion (Einstellung gegen Auflage, Verurteilung durch das Berufsgericht) erfolgte nur in rund 20 Prozent der Fälle, in den übrigen Fällen sind die Vorgänge noch offen oder wurden anderweitig beendet (z. B. durch Rücknahme der Beschwerde, Approbationsrückgabe oder Abhilfe.)

Inhaltlich geht es in vielen Fällen um das Verhalten der Kammermitglieder in der Psychotherapie. Dabei handelt es sich oft um eine unglücklich verlaufene Kommunikation, die jedoch meistens keinen Verstoß gegen die Berufsordnung darstellt. Gravierender sind dagegen immer wieder auftauchende Beschwerden u. a. wegen Verletzung

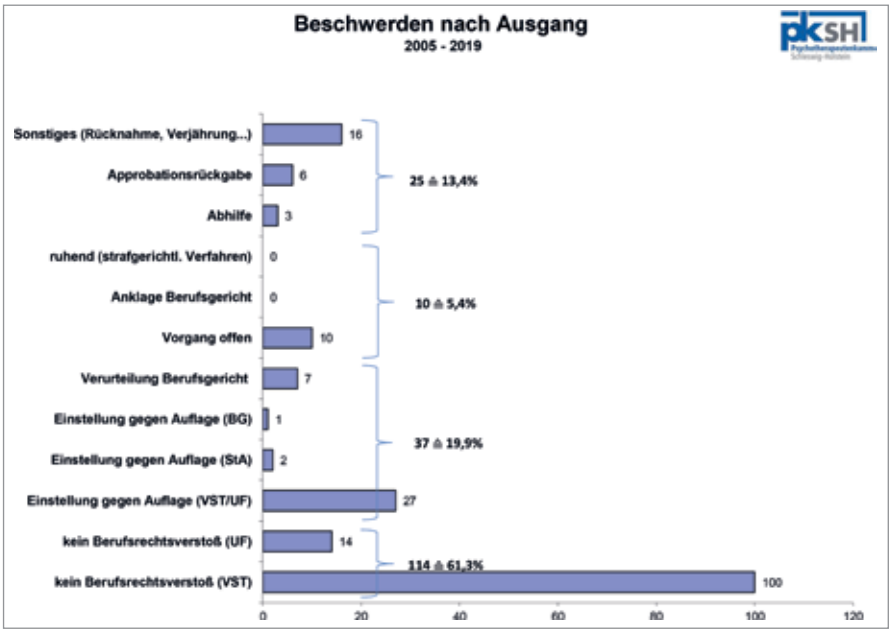


Abbildung 2: Beschwerden nach Ausgang 2005–2019

der Schweigepflicht oder mangelhafter Dokumentation, welche dann auch berufsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen. Zur Sensibilisierung für diese berufsrechtlichen Grundpflichten verweisen wir auf einen Workshop im Rahmen des 6. Norddeutschen Psychotherapeutentages der PKSH am 25. April 2020 in Kiel. Näheres dazu auf der Kammerhomepage.

Die mit dem Beschwerdewesen in den Psychotherapeutenkammern befassten haupt- und ehrenamtlich Tätigen treffen sich jährlich zur sogenannten Berufsrechtskonferenz. Dort findet neben Fallbesprechungen ein intensiver Austausch zu aktuellen Aspekten des Berufsrechts statt.

Michael Wohlfarth
Geschäftsführer

Invirto – Angstbehandlung für Zuhause: Ein Plädoyer für den Einzug innovativer Technik in die Psychotherapie

Invirto ist ein telemedizinisches Behandlungsprogramm für Angstpatienten, das von der Techniker Krankenkasse in Kooperation mit dem Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) angeboten wird. Mithilfe einer Virtual-Reality-Brille (VR-Brille), die über eine App gesteuert wird, soll der Patient lernen, sich schrittweise seiner Angst zu stellen und mit dieser besser umzugehen. Die Exposition findet in einer virtuellen Realität statt und wird von dem Patienten in Eigenregie und entsprechend seinem persönlichen Lerntempo durchgeführt. Das Behandlungsprogramm soll zunächst bei Agoraphobie, sozialer Phobie und Panikstörungen zum Einsatz kommen.

Invirto ist kein reines Selbsthilfeprogramm. Auch wenn der Patient die Konfrontationsübungen selbstbestimmt in seiner häuslichen Umgebung ausführen soll, sind Face-to-Face-Kontakte und eine psychotherapeutische Begleitung durch einen Psychotherapeuten obligatorisch. Zum Behandlungsbeginn findet ein ca. dreistündiges Gespräch zur Diagnostik und Indikationsstellung statt. Ein persönliches Abschlussgespräch mit einem Psychotherapeuten am Ende der Behandlung gehört ebenfalls zum Behandlungsprogramm. Während der ca. acht Wochen dauernden häuslichen Übungsphase kann vom Patienten bei Bedarf telefonisch oder per Videoschaltung Kontakt zu einem Psychotherapeuten aufgenommen werden.

Die Konfrontationsübungen mittels VR-Brille können in der häuslichen Umgebung des Patienten durchgeführt werden. Der Patient kann nach eigenem Ermessen voranschreiten oder einzelne Übungen wiederholen. Jede Expositionsübung wird in der App ausführlich beschrieben und auch im Rahmen der App individuell nachbereitet. Positiv zu bewerten ist, dass der Patient bei Problemen und zur Unterstützung der Übungen jederzeit Kontakt zu einem (realen) Psychotherapeuten aufnehmen kann.

Wer schon einmal in einem 3-D-Film gewesen ist oder selbst eine VR-Brille ausprobieren konnte, kann nachempfinden, wie realitätsnah das emotionale Erleben in einer VR-Welt nachgestellt werden kann. Manche angstmachenden Szenarien lassen sich therapeutisch im Alltag nur schwer oder mit einem erheblichen Aufwand umsetzen. Hier kann der Einsatz einer VR-Brille eine sehr gute Alternative oder Ergänzung zu realen Konfrontationsübungen darstellen.

Bei dem Behandlungskonzept Invirto handelt es sich um ein Forschungsprojekt, das durch das ZIP des UKSH wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird. Behandlungserfolg, Aufwand und Akzeptanz werden systematisch erhoben. Ein Psychotherapeut wird durch dieses Behandlungsangebot nicht ersetzt oder gar überflüssig. Das Programm kann vielmehr sowohl als eine Möglichkeit der Fernbehandlung als auch zur Ergänzung oder als Alternative zu realen Expositionsübungen im Rahmen einer Angststörung eingesetzt werden. Man kann gespannt sein, welchen Zusatznutzen die Einbindung dieser innovativen Technik in die Behandlung von Ängsten für Patienten bringt und welche Patienten davon am meisten profitieren.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Fortbildungspflicht, Nachweispflicht, Sammeln von Fortbildungspunkten

Nach dem Heilberufekammergesetz sind Kammermitglieder, die ihren Beruf ausüben, verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und sich dabei auch über die für ihre Berufsausübung geltenden Rechtsvorschriften zu unterrichten. Diese grundsätzliche Pflicht zur Fortbildung für alle berufstätigen Kammermitglieder hat der Gesetzgeber später für einige um eine besondere Nachweispflicht erweitert. Zunächst waren davon alle in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätigen Psychotherapeuten betroffen. Mit der Einführung des § 95d in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) wurde eine Nachweispflicht im niedergelassenen Bereich über die abgeleisteten Fortbildungen eingeführt. Wenig später folgte die Erweiterung auf in Kliniken und Krankenhäusern angestellte Ärzte und Psychotherapeuten (§ 136b Abs. 3 Satz 1 SGB V). Diese Regelung gilt jedoch nur für die in zugelassenen Krankenhäusern angestellten Kammermitglieder. Auskunft darüber, ob eine Nachweispflicht für Angestellte besteht, kann nur der Arbeitgeber (die Klinikverwaltung) verbindlich erteilen. Für beide Bereiche gleichermaßen gilt, dass alle fünf Jahre der Nachweis darüber erbracht werden muss, dass man seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Üblicherweise erfolgt dies über die bei der Kammer zu erlangenden Fortbildungszertifikate. Sie werden auf Antrag ausgestellt, wenn 250 Fortbildungspunkte im Nachweiszeitraum erlangt worden sind.

In der Regel sind Fortbildungsveranstaltungen für Psychotherapeuten akkreditiert, d. h. von einer Psychotherapeutenkammer in Deutschland vorab anerkannt und mit Fortbildungspunkten versehen worden. Bei derartigen Veranstaltungen kann man sich absolut sicher sein, dass sie auf die Nachweispflicht angerechnet werden. Gleiches gilt für akkreditierte Supervisions- oder Intervisionsgruppen, Qualitätszirkel und Balintgruppen. Fortbildungsmaßnahmen, die von einer anderen Heilberufekammer anerkannt wurden, können für das Fortbildungszertifikat angerechnet werden, soweit die Fortbildungen für die psychotherapeutische Berufsausübung relevant sind. Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im Ausland kann auf Antrag des Kammermitglieds anerkannt werden, sofern die Veranstaltung den Anerkennungskriterien der Fortbildungsordnung entspricht. Und in begründeten Einzelfällen kann auch die Berücksichtigung von Fortbildungspunkten für Fortbildungsmaßnahmen beantragt werden, die nicht zuvor von einer Kammer akkreditiert worden sind.

Fortbildungspunkte sammeln – oft einfacher als gedacht

Regelmäßig beantragen Kollegen die Ausstellung ihres Fortbildungszertifikates, um damit ihrer Nachweispflicht nachkommen zu können. Die allermeisten Kammermitglieder können unproblematisch den Nachweis darüber führen, dass sie in ihrem Fünfjahreszeitraum ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen sind. Dies ist sicherlich darin begründet, dass Psychotherapeuten in der Regel sehr fortbildungsfreudig sind. Sie halten ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten auf dem aktuellen Stand und sind offen für Entwicklungen und Neuerungen. In Fortbildungsnachweisen (Teilnahmebescheinigungen) spiegelt sich der Besuch von Vorträgen, Kongressen, Seminaren und Workshops in hohem Maße wider. Daneben kann in fünf Jahren allein schon durch kontinuierliche Teilnahme an Super- oder Intervision ein beträchtlicher Teil an Fortbildungspunkten zusammenkommen. Sollte außerdem noch kontinuierlich ein Qualitätszirkel oder eine klinische Fallkonferenz besucht werden, wird hierdurch zusätzlich ein weiterer Teil an Fortbildungspunkten erreicht. Allein durch die drei vorab genannten Bereiche kann schon problemlos ein Großteil der notwendigen Fortbildungspunkte erreicht werden. Aber das ist noch nicht alles. Auch durch Fortbildungsbeiträge in Printmedien mit nachgewiesener Lernerfolgskontrolle, durch Online-Fortbildungsmaßnahmen mit Lernerfolgskontrolle und zu guter Letzt durch Selbststudium von Fachliteratur können Fortbildungspunkte bis zu einer festgelegten Obergrenze erworben werden. Den Nachweis darüber zu führen, dass man seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist, ist verhältnismäßig einfach und stellt niemanden vor eine unlösbare Aufgabe.

Heiko Borchers
Vorstandsmitglied

pksh Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein
Kammerwahl 2020
16.06. bis 10.07.

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Bärbel Leimich, Husum-Schobüll
geb. 05.04.1937
verst. 15.01.2020

Peter Lembrecht, Husum
geb. 09.07.1949
verst. 15.12.2019

Ruth Moroder-Tischler, Kronshagen
geb. 18.01.1951
verst. 05.01.2020

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/661199–0
Fax: 0431/661199–5
Mo.–Fr.: 09.00–12.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

SH

Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
Tel. 0711/674470-0
Fax 0711/674470-15
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr,
13.00 – 15.30 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Bayern
Birketweg 30
80639 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 14.00 – 15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Berlin
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bremen
Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/277200-0
Fax 0421/277200-2
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeiten des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
Mo – Do 8.00 – 8.45 Uhr (Praxistelefon)
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Hamburg
Hallerstr. 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226226-060
Fax 040/226226-089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
Mo, Mi, Do 13.00 – 15.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Hessen
Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Niedersachsen
Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Nordrhein-Westfalen
Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo 9.00 – 12.30 Uhr und
13.00 – 16.00 Uhr
Di 9.00 – 12.30 Uhr
Mi, Do 13.00 – 16.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Rheinland-Pfalz
Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 14.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Saarland
Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/954555-6
Fax 0681/954555-8
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Schleswig-Holstein
Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

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), PD Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Kim Heinemann (Bremen), Dr. Christoph Sülz (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), PD Dr. Regina Steil (Hessen), Dr. Heike Winter (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (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. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Matthias Schmid M. A., Redakteur (V.i.S.d.P.)
Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19 und -26
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

19. Jahrgang, Ausgabe 1/2020

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

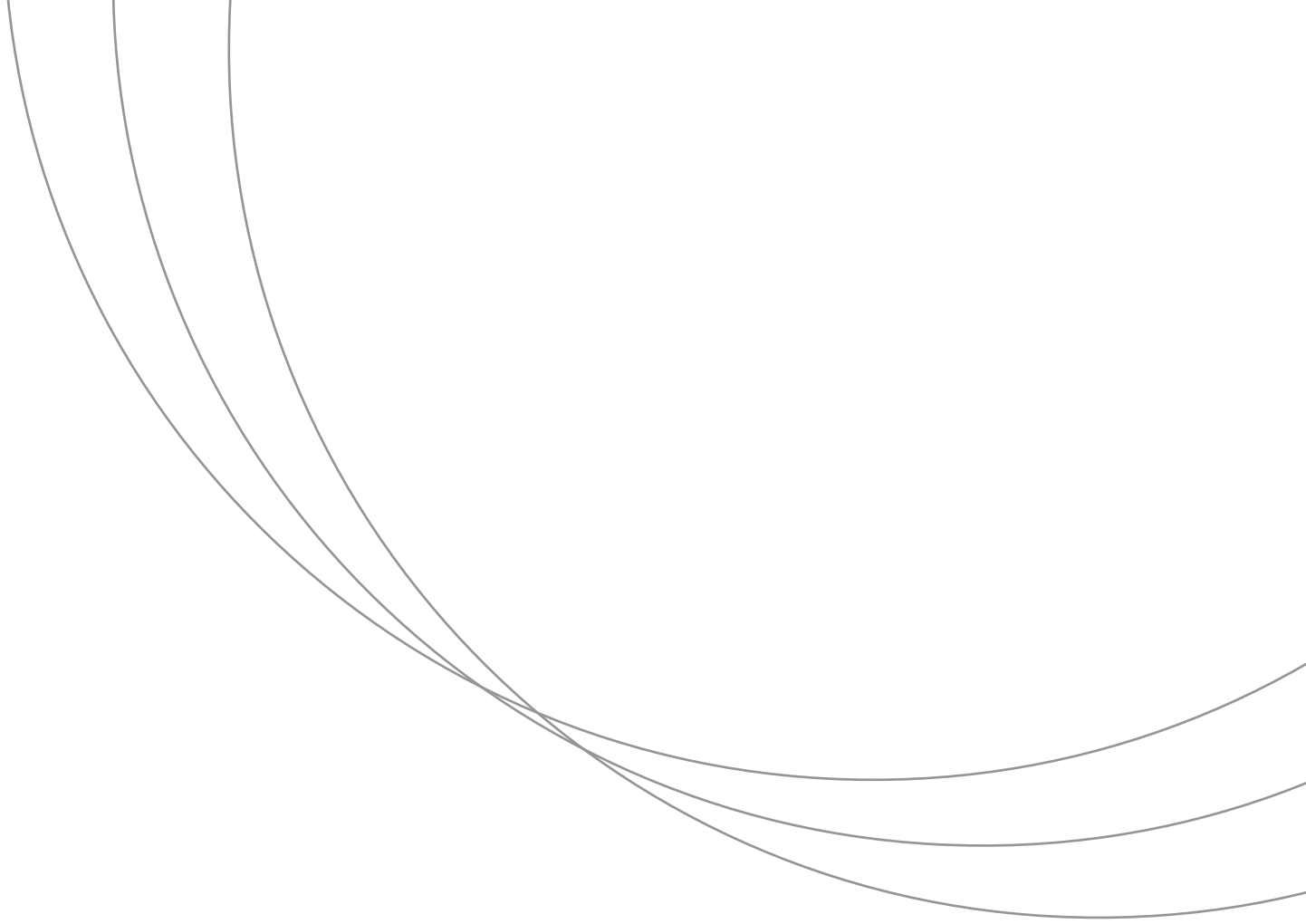
Einreichungsschluss für Ausgabe 2/2020 ist der 11. März 2020, für Ausgabe 3/2020 der 12. Juni 2020 und für Ausgabe 4/2020 der 11. September 2020. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (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