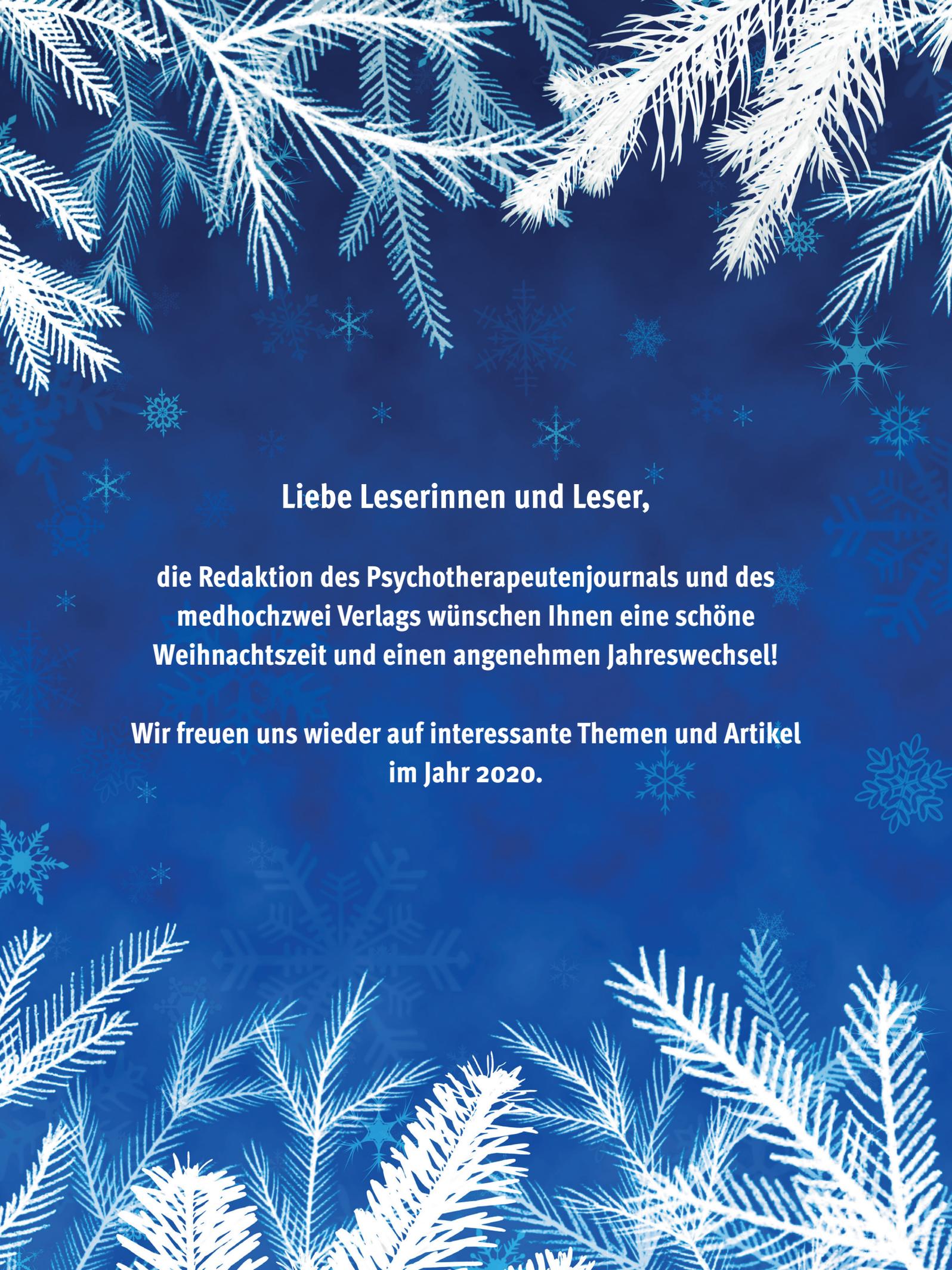


Psychotherapeuten journal

- Muttersein mit Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Digitalisierung in der Psychotherapie:
Prozessmonitoring-Systeme
- Selbstfürsorge und Überlastungs-Prophylaxe im
Psychotherapeuten-Beruf
- Psychotherapie und Körper
- Gegen alle vorschnellen Abgesänge:
Eine Verteidigung der Verfahrensorientierung
in der Psychotherapie



Liebe Leserinnen und Leser,

**die Redaktion des Psychotherapeutenjournals und des
medhochzwei Verlags wünschen Ihnen eine schöne
Weihnachtszeit und einen angenehmen Jahreswechsel!**

**Wir freuen uns wieder auf interessante Themen und Artikel
im Jahr 2020.**

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

große Ereignisse werfen ihre Schatten voraus. Und so wies die Reform der Psychotherapeutenausbildung eine ihrer Bedeutung entsprechend lange Vorlaufzeit auf. Am 26. September 2019 war es endlich soweit. Um 23:31 Uhr erhoben sich die Abgeordneten von CDU/CSU und SPD im Deutschen Bundestag von ihren Plätzen, um dem Gesetzentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zuzustimmen. Nach einem ebenfalls positiven Votum des Bundesrats im November sind somit die Weichen gestellt für die Entwicklung der deutschen Psychotherapie in den kommenden Jahrzehnten.

Weiterhin im Schatten liegt die Antwort auf die Frage: Wie werden sie sein, unsere zukünftigen Kolleginnen? Fest steht: Mit der Reform ist auch ein neues Berufsbild entstanden. Es gibt nun neben den PP und KJP noch einen weiteren Beruf, die Psychotherapeutinnen (gemäß dem neuen Gesetz). Sie werden einen anderen Weg hin zu ihrem psychotherapeutischen Selbstverständnis nehmen.

Künftige Psychotherapeutinnen entscheiden sich schon für ihren Beruf, bevor sie mit dem Studium beginnen. Sie absolvieren ein universitäres Psychotherapiestudium in der Bachelor-/Master-Systematik. An dessen Ende steht eine staatliche psychotherapeutische Prüfung und damit die Approbation. Die Fachkunde in einem Psychotherapieverfahren und für eine Altersgruppe erwerben sie anschließend in einer mehrjährigen berufsbegleitenden Weiterbildung.

Bevor jedoch die ersten Absolventinnen der Psychotherapiestudiengänge ihre Approbation erhalten und ihre Weiterbildung beginnen, muss noch viel bedacht und viel gemacht werden. Die Bundesländer müssen die neuen Studiengänge

finanzieren, Universitäten müssen Lehrkräfte und Praktikumsplätze bereitstellen. Die Landeskammern müssen die Weiterbildung regeln. Ausreichend Plätze für die stationäre und ambulante Weiterbildung müssen geschaffen werden.

Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes wurden außerdem zahlreiche Regelungen festgeschrieben, die sich schon in den nächsten Monaten erheblich auf die psychotherapeutische Versorgung auswirken werden. Der Gesetzgeber hat die – inzwischen oft kritisierte – Chance genutzt, vor allem dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einige Aufgaben mitzugeben.

Überraschend und überraschend kurzfristig wurde eine grundlegende Reform der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie beschlossen. Der G-BA soll dazu bis Ende 2022 Vorgaben entwickeln, die dann das Antrags- und Gutachterverfahren ablösen. Die umfangreichen Vorgaben sollen auch Mindestvorgaben für die Standarddokumentation für den gesamten Therapieverlauf festlegen. Vor diesem Hintergrund erfährt das Thema neue Dringlichkeit: Es ist von entscheidender Bedeutung, dass sich unsere Profession in die Erarbeitung, Prüfung und Evaluation dieser Vorgaben intensiv einbringt, damit sie der Komplexität der psychotherapeutischen Behandlung einerseits gerecht werden und andererseits handhabbar bleiben.

Wir werden der Thematik auch im PTJ bereits in diesem und in den nächsten Heften immer wieder Raum einräumen, um den fachlichen Diskurs zu ermöglichen.

Erfreulicherweise soll außerdem die Richtlinie für die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik ange-



passt werden. Sie soll somit der Bedeutung der Psychotherapie in der stationären Versorgung gerecht werden und ausreichend Psychotherapeutinnen pro Behandlungsplatz vorsehen. Wir brauchen qualifizierte Psychotherapie auch im Krankenhaus und damit natürlich auch ausreichend Psychotherapeutinnen.

Positiv zu sehen ist die neue Möglichkeit, probatorische Sitzungen bereits während eines Klinikaufenthaltes durchzuführen. Dies ist ein erster und begrüßenswerter Schritt, die starren Sektorengrenzen zum Wohle der Patientinnen zu öffnen. Ebenfalls erfreulich ist die künftige Vereinfachung der Gruppentherapien, die ohne Antragsverfahren durchführbar werden sollen.

Es tut sich also so einiges. Die Reform ist damit nicht nur der Abschluss eines langen Prozesses, sondern vor allem auch ein Anfang. Ein Anfang mit viel Potential, aber auch mit großen Herausforderungen, die zu stemmen sind.

Wir erwarten jedenfalls mit Spannung und Zuversicht unsere neuen Kolleginnen und Kollegen, die in wenigen Jahren die Zukunft der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland entscheidend mitgestalten werden.

*Dr. Sabine Ahrens-Eipper (OPK),
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Nachruf

349

Karl Heinz Schrömgens & Dietrich Munz

Nachruf zum Tod von Dipl.-Psych. Hans Schindler, Präsident der PK Bremen

Originalia

350

Charlotte Rosenbach, Jana Zitzmann & Babette Renneberg

Borderline und Mutter sein – ein verhaltenstherapeutisches Gruppen- training zur Förderung der Erziehungskompetenz

Chancen und Herausforderungen in der Kindererziehung von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und die damit einhergehenden Risiken für die Kinder werden erläutert. Ein neu entwickeltes Gruppentraining zur Verbesserung der Erziehungskompetenz von Müttern mit BPS soll die Transmission von Gewalt und Misshandlung unterbrechen und somit eine gesunde kindliche Entwicklung fördern.

357

Günter Schiepek, Leonhard Kratzer, Yvonne Hülsner & Egon Bachler

Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Anspruch und Nutzen

Die aktuelle Diskussion zur Evaluation ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen führt zur Frage nach dem Nutzen von Feedback- und Monitoring-Systemen in der Praxis. Wie kann Feedback in die Routinepraxis integriert werden und wie verändert es die therapeutische Arbeit?

365

Sabine Rehahn-Sommer & Annette Kämmerer

Prophylaxe von Belastungsreaktionen bei Psychotherapeutinnen: Risikofaktoren erkennen und Resilienz stärken

Gegenstand dieses Artikels ist die psychische Gesundheit von Psychotherapeutinnen, deren Gefährdung durch berufsspezifische Risikofaktoren und deren Relevanz für die therapeutische Tätigkeit. Die Bedeutung von Burnout-Prophylaxe wird aufgezeigt und es werden spezifische Selbstfürsorge-Maßnahmen zur Resilienz-Förderung beschrieben. Erfahrungen mit bereits vorliegenden Prophylaxe-Konzepten werden dargestellt und Konsequenzen für Forschung und Praxis abgeleitet.

373

Viola Oertel, Miriam Bieber, Daniela Schmidt, Esra Görgülü & Kirsten Zabel

Körperliches Training: eine additive Behandlungsmethode?

In dem Artikel wird körperliches Training als additive Methode in einem multidisziplinären Behandlungskonzept psychischer Störungen vorgestellt und es werden Ziele der Methode benannt. Wichtige Forschungsergebnisse zur Wirkung und zu Wirkmechanismen dieser Methode werden dargestellt.

380

Stephan Herpertz, Sebastian Jongen & Henrik Kessler

Adipositas-Chirurgie – ein narratives Review

Die Erfolge konservativer Gewichtsreduktionsmaßnahmen sind nicht befriedigend. Insbesondere bei Menschen mit Adipositas Grad 2 und Grad 3 stellt die Adipositas-Chirurgie die Therapie der Wahl da. Neben einer klinisch signifikanten Gewichtsabnahme können auch adipositas-assoziierte komorbide Erkrankungen sowie die (v. a. physische) Lebensqualität günstig beeinflusst werden.

Interview

388

Gertrud Corman-Bergau im Gespräch mit Eva Jaeggi

Und wer therapiert die Therapeutinnen heute? Selbstfürsorge in einem heilenden Beruf

Zur Diskussion gestellt

393

Cord Benecke

Die Zukunft der Psychotherapieverfahren im neuen Psychotherapiestudium

402

Winfried Rief

Mut zur Zukunft – und Gegenwart: Kompetenzorientierte Psychotherapie-Qualifikation. Ein Kommentar zur Stellungnahme von Cord Benecke

Rezensionen

406

Wenn eine Psychotherapeutin selber Hilfe braucht ...

Eine Rezension von Hans Schindler: Saalfrank, B. (2019). Ich, Birgit, Autistin und Psychotherapeutin, Ostfildern: Patmos.

407

Der inneren kritischen Stimme gelassen gegenüber treten

Eine Rezension von Vera Kattermann: Pigorsch, B. (2019): Der innere Kritiker von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Weinheim: Beltz.

408

Mehr Erlebnisorientierung in der Verhaltenstherapie wagen

Eine Rezension von Daniela Schultheis: Langlotz-Weis, M. (2019). Körperorientierte Verhaltenstherapie. München: Reinhardt.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

416	Bundespsychotherapeutenkammer	443	Hessen
423	Baden-Württemberg	448	Niedersachsen
427	Bayern	453	Nordrhein-Westfalen
432	Berlin	457	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
436	Bremen	461	Rheinland-Pfalz
439	Hamburg	465	Saarland
		469	Schleswig-Holstein

345	Editorial
409	Leserbriefe
414	Artikelverzeichnis 2019
473	Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern
474	Impressum Psychotherapeutenjournal
A1	Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages
A22	Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

Nachruf zum Tod von Dipl.-Psych. Hans Schindler, Präsident der PK Bremen

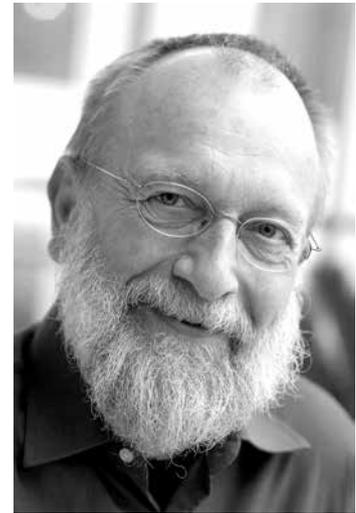
Es war ein Schock, als uns die Nachricht vom plötzlichen Tod von Hans Schindler erreichte. Am Dienstag, den 8. Oktober 2019, erlag er einem Herzstillstand in seiner geliebten „Mühle“ in der Toskana. Es riss ihn während der Weinlese mitten aus dem Leben. Hans Schindler war ein tätiger Mensch, der seine psychotherapeutische Praxis und sein berufspolitisches Engagement mit seinen handwerklichen Vorlieben verband. Bei aller Umtriebigkeit war er vor allem ein Familienmensch. Wir sind bestürzt und traurig, wir fühlen besonders mit seiner Frau Nina, mit der ihn eine tiefe Liebe verband, und seinen fünf Kindern und elf Enkelkindern.

Hans Schindler wuchs in Eschenstruth in Nordhessen auf. Nach seinem Abitur studierte er zunächst Chemie, wechselte aber bald zur Psychologie in Gießen, dort, wo er auch seine spätere Ehefrau kennenlernte. Er war schon früh ein politisch aktiver Mensch und fand zu einer marxistischen Überzeugung, deren Grundwerten er trotz allem politischen Realismus bis zum Schluss verbunden blieb. Über sein Diplomarbeits Thema – die psychosozialen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Betroffenen – kam er in Kontakt mit der Universität Bremen und begann dort als wissenschaftlicher Mitarbeiter seine psychologische Laufbahn. Er gehörte in Bremen zu den Vertretern der Kritischen Psychologie: Leontjew, Wygotski und die Holzkamps stellten für ihn wichtige Bezugsgrößen dar.

Mitte der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts entschloss er sich zu einer psychotherapeutischen Qualifizierung. Er absolvierte in Weinheim die Weiter-

bildung in systemischer Therapie, ein Bezugsrahmen, der für ihn bestimmend bleiben sollte. Nachdem sein Uni-Vertrag ausgelaufen war, konzipierte er im Rahmen einer ABM-Stelle gemeinsam mit seiner Kollegin Wiebke Otto eine Weiterbildung in systemischer Beratung und Therapie. Aus diesem Projekt entstand dann das Bremer Institut für systemische Therapie und Supervision, das er mehr als zwei Jahrzehnte erfolgreich leitete. Gleichzeitig engagierte er sich auch überregional als langjähriges Vorstandsmitglied in der Systemischen Gesellschaft und als Redaktionsmitglied in der Zeitschrift „Systema“.

2007 entschloss er sich, sich nicht nur verfahrensbezogen, sondern auch berufspolitisch einzubringen. Er kandidierte für den Vorstand der bremischen Psychotherapeutenkammer. Seine Ruhe, Besonnenheit und sein klares Denken haben seitdem die Arbeit in der Kammer sehr bereichert. Im Jahr 2011 wurde er dann zum stellvertretenden Kammerpräsidenten und im Juni dieses Jahres zum Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Bremen gewählt. Seit Beginn seiner Kammerfunktionen vertrat er die bremische Kammer im Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals und seit 2015 als Delegierter bei den Psychotherapeutentagen. Er arbeitete seit ihrer Gründung aktiv in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Transition mit, die den Gesetzesprozess zur Ausbildungsreform begleitet hat. Es war ihm eine große Freude, zu erleben, dass der Bundestag den Gesetzentwurf für die Ausbildungsreform beschlossen hatte. In Bremen verantwortete



*Hans Schindler *06.07.1952; †08.10.2019*

er zudem durch sein Engagement im „Bündnis gegen Depression“ wesentlich dessen Wirken in der Öffentlichkeit. Hans Schindler hatte sich für seine von ihm bewusst auf eine Amtsperiode begrenzte Präsidentschaft viel vorgenommen. Er wollte den Generationenwechsel im Vorstand begleiten und sich für eine gleichberechtigte Verankerung der in stationären Feldern beschäftigten Kammerangehörigen einsetzen.

Er war ein humorvoller, warmherziger Mensch, ein treuer Wegbegleiter und ein unorthodoxer Psychotherapeut, der sich von Herzen auch der Arbeit mit Paaren und Familien widmete. Sein Engagement und seinen Rat hätten wir noch lange gebraucht. Wir werden ihn vermissen. Wir sind sehr traurig und dankbar für all das, was er uns gegeben hat.

Karl Heinz Schrömgens
Präsident der PK Bremen 2000-2019

Mit Bestürzung und tiefer Trauer haben wir vom überraschenden und allzu frühen Tod von Hans Schindler erfahren. Wir verlieren einen großartigen Kollegen. In seinem Engagement für die Belange der Psychotherapeutenchaft, seinem weitblickenden, einsatzbereiten und kollegialen Mitwirken im Länderrat und anderen Gremien der BPTK ist es ihm immer gelungen, spezifische Anliegen im Sinne des umfassenden Interesses des Berufsstandes einzubringen

und zu vertreten. Vor allem seine Fähigkeit, eine konstruktive und freundschaftliche Atmosphäre herzustellen, werden uns allen sehr fehlen. Sein Tod ist ein großer Verlust für uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Unser Mitgefühl gilt seiner Familie.

Dietrich Munz für den Vorstand sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bundespsychotherapeutenkammer

Borderline und Mutter sein – ein verhaltenstherapeutisches Gruppentraining zur Förderung der Erziehungskompetenz

Charlotte Rosenbach, Jana Zitzmann & Babette Renneberg

Zusammenfassung: Für Kinder psychisch kranker Menschen besteht im Laufe ihres Lebens ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Probleme. Kennzeichen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) sind Schwierigkeiten, Gefühle zu regulieren, und häufige impulsive Reaktionen. Die Erziehung von Kindern stellt daher eine besondere Herausforderung für Mütter mit einer BPS dar. Nicht nur emotionale Krisen und Instabilität prägen ihren Alltag, häufig kommen soziale oder finanzielle Schwierigkeiten hinzu, die das Stresserleben der Mütter erhöhen. Diese mütterlichen Belastungen und die damit verbundenen Auswirkungen für die Mutter-Kind-Interaktionen können die Entwicklung der Kinder negativ beeinflussen. Für Kinder von Eltern mit BPS besteht daher ein besonderes Risiko, später ebenfalls Symptome der BPS zu zeigen oder an einer anderen psychischen Störung zu erkranken. Aus diesem Grund ist eine möglichst frühzeitige Intervention zentral, um negativen Entwicklungsverläufen der Kinder entgegenzuwirken. Das vorgestellte Gruppen-Trainingsprogramm für Mütter mit BPS hat zum Ziel, die Erziehungskompetenz der Mütter zu fördern und somit präventiv einen Beitrag für eine gesunde kindliche Entwicklung zu leisten. In einer prospektiven Multicenter-Studie (ProChild) wird aktuell die Wirksamkeit des Trainings untersucht.

Kinder psychisch kranker Eltern

Weltweit leben ca. 25 % der Kinder und Jugendlichen in einem Haushalt mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Schätzungen für Deutschland zeigen, dass im Laufe eines Jahres ca. 3,8 Millionen Kinder mit einem Elternteil zusammenleben, das eine psychische Erkrankung aufweist (Christiansen et al., 2015). Das Lebenszeitrisiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, ist für diese Kinder signifikant erhöht (77 %; Renneberg et al., 2018). In der psychotherapeutischen Behandlung von Erwachsenen stehen meist die Schwierigkeiten der betroffenen Person im Mittelpunkt. Nach den Kindern bzw. Schwierigkeiten im Umgang oder in der Erziehung dieser wird selten gefragt. Die Eltern sind entweder vorwiegend mit sich selbst beschäftigt oder befürchten, dass es negative Konsequenzen (z. B. Einbindung des Jugendamts, Sorgerechtsfragen) haben könnte, wenn sie ihre Schwierigkeiten mit den Kindern darlegen. Häufig spielen auch Scham und Schuld eine Rolle bei dem Verschweigen von Konflikten im familiären Kontext. Es ist Aufgabe der behandelnden Psychotherapeutinnen¹, nach den Kindern zu fragen und diese im therapeutischen Kontext „mitzudenken“ (Renneberg et al., 2018). Während in der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) der Blick auf das System Familie geschult wird, ist dies in der Qualifikation der Erwachsenenpsychotherapeutinnen noch zu etablieren. Zusätzlich wäre es wünschenswert, Kontingenzstunden einzuführen, die den Einbezug von Kindern psychisch kranker

Eltern sowie die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe oder ggf. behandelnden KJP berücksichtigen. An der Entwicklung von besseren Strukturen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, arbeitet z. B. die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Arbeitsgruppe „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“².

Eine besondere Herausforderung stellen bei der Behandlung psychisch erkrankter Eltern Mütter und Väter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) dar.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist gekennzeichnet von einem durchgängigen Muster von extremen Schwankungen in der Stimmung und dem Selbstbild sowie instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen. Betroffene neigen dazu, impulsiv zu handeln, und sie erkennen die Folgen ihres Verhaltens oft erst (zu) spät. Nicht selten haben impulsive Verhaltensweisen (u. a. Geldausgaben, riskante Sexualkontakte) starke Selbstabwertung und Scham zur Folge. Wiederkehrende Kri-

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

² Siehe www.ag-kpke.de.

sen mit Zuständen ausgeprägter innerer Anspannung machen es Menschen mit BPS schwer, die Kontrolle über ihr Denken und Handeln zu behalten. Dabei können bereits minimale Auslöser innerhalb von kürzester Zeit starke Emotionen sowie hohe innere Anspannung hervorrufen. Die Betroffenen greifen dann auf dysfunktionale Strategien (u. a. selbstverletzende Verhaltensweisen) zurück, um die als nicht aushaltbar erlebte innere Anspannung zu regulieren. Häufig lassen sich Auslöser im zwischenmenschlichen Bereich finden. Neben einer ausgeprägten Empfänglichkeit für die Stimmungen ihrer Interaktionspartnerinnen neigen Menschen mit BPS dazu, diese zu übernehmen oder gereizt darauf zu reagieren. Das Aufbauen und Pflegen zwischenmenschlicher Beziehungen ist für Menschen mit BPS besonders schwer: auf der einen Seite weisen sie große Schwierigkeiten auf, stabile, enge soziale Beziehungen und Partnerschaften aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig haben Menschen mit BPS große Angst davor, verlassen zu werden. Dies versuchen sie zu verhindern durch verzweifelte Bemühungen, antizipiertes Verlassenwerden zu vermeiden.

Wir beziehen uns in diesem Artikel auf Mütter mit BPS. Dieser Fokus auf das weibliche Elternteil hat zum einen den Grund, dass es kaum Forschung zu Vätern mit BPS gibt. Zum anderen hat sich aus unserer praktischen Erfahrung gezeigt, dass vorwiegend Frauen mit BPS eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen und – wenn, dann hier – Schwierigkeiten im Umgang mit den Kindern zur Sprache kommen. Zusätzlich wachsen Kinder von Eltern mit BPS häufig mit getrennten Eltern auf und leben eher bei der Mutter als beim Vater. All dies bedeutet nicht, dass das unten dargestellte Training nicht in angepasster Form auch zur Anwendung in der Behandlung von Vätern mit BPS kommen kann.

Mütter mit BPS

Ausgehend von den beschriebenen Erlebens- und Verhaltensmustern ist es naheliegend, dass Personen mit BPS eine Elternschaft als große Herausforderung erleben. Dabei begünstigen die Symptome der BPS nicht nur unterschiedliche Formen dysfunktionalen Erziehungsverhaltens, sie erschweren zugleich die Entwicklung einer gesunden Eltern-Kind-Bindung. In den vergangenen Jahren lieferten verschiedene Studien konsistent Hinweise für Auffälligkeiten im Erziehungsverhalten von Müttern mit BPS (für einen Überblick siehe *Eyden et al., 2016; Florange & Hertz, 2019; Petfield et al., 2015*).³

Die Fähigkeit zur Mentalisierung, insbesondere die Bezugnahme und das adäquate Verständnis mentaler Zustände im Kontext von Mutter-Kind-Interaktionen („mind-mindedness“), ist bei Müttern mit BPS im Vergleich zu gesunden Müttern reduziert (*Marcoux et al., 2017; Schacht et al., 2013*). Über

Verhaltensanalysen im Rahmen von Spielsituationen konnte gezeigt werden, dass Mütter mit BPS Schwierigkeiten haben, das Befinden ihrer Kinder adäquat zu erkennen. Kommentare der Mütter mit BPS stimmten während des gemeinsamen Spiels mit ihrem Kind seltener mit der tatsächlichen mentalen Aktivität ihres Kindes überein, als dies bei gesunden Kontrollmüttern beobachtet wurde (*Marcoux et al., 2017*). Gleichmaßen haben Mütter mit BPS Schwierigkeiten bei der Interpretation von Gesichtsausdrücken ihrer Säuglinge, wobei insbesondere neutrale Gesichtsausdrücke häufig als negative Gefühlszustände missinterpretiert werden (*Elliot et al., 2014*). Diese Auffälligkeiten können dazu führen, dass Mütter mit BPS unangemessene Reaktionen auf die (fehlinterpretierten) Bedürfnisse ihrer Kinder zeigen. Weiterhin berichten *Kiel et al. (2017)* im Rahmen eines standardisierten Laborparadigmas mit einer nicht-klinischen Gruppe von Müttern mit ihren Kindern, dass Mütter mit hoher BPS-Symptomausprägung verstärkt strafendes und invalidierendes Erziehungsverhalten als Reaktion auf kindlichen Ärger zeigen im Vergleich zu Müttern mit niedriger BPS-Symptomatik. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn die Mütter Schwierigkeiten in der Emotionsregulation aufwiesen (*Kiel et al., 2017*). In der Interaktion mit ihren Kindern zeigen Mütter mit BPS häufiger übergriffi-

— Einerseits haben Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung große Schwierigkeiten, stabile Beziehungen aufrechtzuerhalten, andererseits haben sie eine große Angst davor, verlassen zu werden. —

ge, unsensible und feindselige Verhaltens- und Sprachmuster als gesunde Mütter (*Hobson et al., 2005; Hobson et al., 2009; Kluczniok et al., 2018; Macfie et al., 2017*). Verglichen mit einer gesunden Kontrollgruppe, sind Interaktionen von Müttern mit BPS und ihren Kindern durch mangelnde Förderung von Autonomie, Rollenkonfusion und ein höheres Ausmaß an ängstlichen und desorientierten Verhaltensweisen seitens der Mütter gekennzeichnet (*Hobson et al., 2009; Macfie et al., 2017*). Die beobachtbaren Herausforderungen, die eine Elternschaft für Mütter mit BPS mit sich bringt, drücken sich gleichermaßen im Erleben der Betroffenen aus. So berichten Mütter mit BPS nicht nur, dass sie sich als inkompetent erleben und unzufrieden mit ihren elterlichen Fähigkeiten seien, sondern sie fühlen sich darüber hinaus in ihrer Elternrolle gestresst (*Renneberg & Rosenbach, 2016*), stärker als gesunde Mütter in einer Kontrollgruppe (*Newman et al., 2007*).

Zu den bereits beschriebenen psychischen Problemen, die eine Elternschaft für Personen mit BPS als besonders herausfordernd gestalten, kommen häufig schwierige soziale Faktoren. In diesem Zusammenhang sind einerseits oft feh-

³ Die hier kursiv ausgewiesenen Kurztitel finden Sie mit ausführlichen Quellenangaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

lende berufliche Perspektiven und finanzielle Probleme zu nennen, auf der anderen Seite trägt die oftmals instabile Beziehungsgestaltung dazu bei, dass ein Großteil der Mütter mit BPS entweder alleinerziehend ist oder sich in belasteten Partnerschaften befindet (Feldman et al., 1995; Miano et al., 2018) und somit häufig unzureichende soziale Unterstützung erfährt.

Aufgrund der unterschiedlichen Belastungen in Familien mit einem Elternteil mit BPS ist in einigen Fällen auch das Jugendamt involviert. Dennoch fällt es Betroffenen schwer, die angebotene Unterstützung anzunehmen. Zu groß ist die Befürchtung, dass ihr Kind ihnen entzogen werden könnte, wenn sie offen mit ihren Schwierigkeiten umgehen. Das Fehlen geeigneter Hilfen für Mutter und Kind kann jedoch das Kindeswohl dauerhaft gefährden.

Neben den genannten Problemen und Herausforderungen ist die Elternschaft für Personen mit BPS zugleich mit einem großen Änderungspotenzial verbunden, welches eine Chance darstellt, vorhandene Ressourcen zu mobilisieren. Ein Großteil der Betroffenen ist selbst in einem invalidierenden (d. h.

— Mütterliche Schwierigkeiten in der Emotionsregulation stellen einen Risikofaktor für Kindesmissbrauch und -misshandlung dar, was wiederum die Entwicklung von psychischen Problemen aufseiten des Kindes begünstigt. —

abwertenden, wenig wertschätzenden) Umfeld aufgewachsen, häufig gekennzeichnet von emotionaler und körperlicher Misshandlung sowie Vernachlässigung (Zanarini et al., 1997). Mütter mit BPS wollen die Fehler ihrer Eltern nicht wiederholen – vielmehr erhoffen sie sich, ihren Kindern das zu bieten, was ihnen selbst in ihrer Kindheit fehlte (Liebe, Geborgenheit, Halt). Nicht selten fordern sie dabei jedoch von sich selbst, eine „perfekte Mutter“ zu sein. Mangelndes erfahrungsbasiertes Wissen über kindliche Grundbedürfnisse sowie unzureichende Fertigkeiten zur Gewährleistung eines darauf abgestimmten und stabilen Umfelds machen es den betroffenen Müttern schwer, diesem Vorsatz nachzukommen. Die Angst, als Mutter zu „versagen“, löst Hilflosigkeit, Verzweiflung und Schuldgefühle aus (Rosenbach & Renneberg, 2019). Dieses Dilemma hat zur Folge, dass die betroffenen Mütter häufige Wechsel zwischen Überengagement, Überbehütung und strikten Regeln einerseits und Unterengagement, Vernachlässigung und mangelnder Struktur andererseits zeigen (Stapp et al., 2011). Hinzu kommt, dass die Störung in der Emotionsregulation bei Müttern mit BPS dazu führt, dass sie in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Stimmung auf ihre Kinder reagieren. Das Muster aus unvorhersehbarem und inkonsistentem Erziehungsverhalten fördert nicht nur ambivalente Bindungsmuster, sondern ruft zudem Angst und Orientierungslosigkeit bei den betroffenen Kindern hervor. Reinelt et al. (2014)

wiesen in ihrer Langzeitstudie darauf hin, dass insbesondere ein überprotektives und zugleich ablehnendes Erziehungsverhalten ein Risikofaktor für die Transmission von Symptomen der Mütter mit BPS auf ihre Kinder darstellt. Neuere Arbeiten zeigen, dass mütterliche Schwierigkeiten in der Emotionsregulation einen besonderen Risikofaktor für Kindesmissbrauch und -misshandlung darstellen (Dittrich et al., 2018; Hiraoka et al., 2016), was wiederum die Entwicklung psychischer Probleme aufseiten des Kindes begünstigt (Dittrich et al., 2018).

Kinder von Müttern mit BPS

Die Entstehung von psychischen Störungen wird durch ein multikausales, biopsychosoziales Ätiologiemodell erklärt. D. h. sowohl bestimmte Vulnerabilitätsfaktoren (z. B. genetische und epigenetische Faktoren und Prozesse) als auch Stressfaktoren (z. B. familiäres Umfeld, kritische Lebensereignisse) wirken zusammen mit individuellen Schutzfaktoren (z. B. Resilienz) bei der Entwicklung von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten. So sind Kinder von Müttern mit BPS zum einen (epi-)genetisch vorbelastet (s. z. B. Torgersen et al., 2012), zum anderen durch u. U. auftretende psychosoziale Faktoren einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen ausgesetzt.

Studien, die ihren Fokus auf die Betrachtung der Kinder lenken, weisen darauf hin, dass Kinder von Müttern mit BPS bereits ab

dem 2. Monat Auffälligkeiten in der Interaktion und im Verhalten zeigen. Untersuchungen mittels „Still-Face“-Paradigma zeigen, dass Kinder von Müttern mit BPS im Vergleich zu Kindern gesunder Mütter weniger allgemeine Interaktionsbereitschaft sowie Ansprechbarkeit zeigen, häufiger über einen starren sowie benommenen Blick verfügen oder diesen gar von ihrer Mutter abwenden (Apter et al., 2017; Crandell et al., 2003). Die Autoren führten das Verhalten der Säuglinge auf dysfunktionale Strategien der Selbstregulation im Umgang mit interpersonellem Stress sowie auf emotionale Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion zurück (Apter et al., 2017; Crandell et al., 2003). Darüber hinaus fanden Hobson et al. (2005) bei 80 % der Kinder von Müttern mit BPS im Alter von einem Jahr Hinweise auf einen desorganisierten Bindungsstil. Schwierigkeiten in der Emotionsregulation lassen sich bei Kindern im Alter von ein bis zwei Jahren beobachten: Kinder von Müttern mit BPS reagierten bei Konfrontation mit angstauslösenden Stimuli entweder mit sehr starker Angst oder drückten gar keine Angst aus, wohingegen sie kaum in der Lage waren, mittlere Ausprägungen von Angst auszudrücken (Whalen et al., 2015).

Mithilfe einer Story-Completion-Task zeigten Macfie und Swan (2009) bei Kindern von Müttern mit BPS bereits ab dem Alter von vier Jahren mehr Rollenumkehr in der Eltern-Kind-

Sitzung	Thema	Ziele und Inhalte
1	Einführung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gegenseitiges Kennenlernen ■ Organisatorisches, Information zum Training ■ Vermittlung von Zusammenhängen zwischen der BPS der Mutter und der Kindesentwicklung ■ Vermittlung von Risiken für das Kind und Möglichkeiten, diese zu durchbrechen
2	Achtsamkeit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erarbeitung der Bedeutung von Achtsamkeit im Zusammensein mit dem Kind
3	Kindliche Grundbedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informationsvermittlung über und Einfühlung in grundlegende kindliche Bedürfnisse ■ Identifikation eigener Stärken und Schwächen in der Versorgung des Kindes
4	Stress	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psychoedukation zur Entstehung von Stress ■ Identifikation individueller Risikosituationen für Mutter und Kind ■ Perspektivübernahme Erleben des Kindes
5	Stressbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erlernen von Techniken zur Reduktion von Stressoren ■ Entwicklung spezieller Stresstoleranzskills, die im Beisein der Kinder angewandt werden können
6	Struktur und Flexibilität	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etablierung hilfreicher Tagesstrukturen ■ Erarbeitung von festen und flexiblen Regeln
7	Umgang mit Konflikten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erarbeitung und Einübung von konkreten Konfliktlösungsstrategien ■ Perspektivübernahme Erleben des Kindes
8	Umgang mit Gefühlen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wahrnehmung eigener und kindlicher Emotionen ■ Erarbeitung eines konstruktiven Umgangs mit eigenen und kindlichen Emotionen
9	Die Bedeutung des Körpers in der Kindererziehung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilisierung für eigene körperliche Reaktionsmuster ■ Erarbeitung von Möglichkeiten der achtsamen Wahrung von Nähe und Distanz ■ Perspektivübernahme Erleben des Kindes
10	Grundannahmen in der Kindererziehung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifikation und Distanzierung von dysfunktionalen Einstellungen ■ Erarbeitung hilfreicher Einstellungen
11	Selbstfürsorge für Mütter	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entwicklung von Strategien der Selbstfürsorge ■ Herstellung einer Balance zwischen Selbstfürsorge und Sorge für das Kind
12	Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> ■ Festigung des Erlernenen ■ Vorbereitung auf die Zeit nach dem Training

Tabelle: Übersicht über Themen und Inhalte der Gruppensitzungen

Beziehung, eine größere Angst, verlassen zu werden und negativere Erwartungen an die Eltern-Kind-Beziehung, als dies bei Kindern gesunder Mütter beobachtet wurde. Zusätzlich wiesen die Kinder inkongruente und schamhafte Selbstbilder auf sowie reduzierte Fähigkeiten in der Emotionsregulation (Macfie & Swan, 2009). In späteren Studien wurden bei Kindern von Müttern mit BPS wiederholt stärkere negative Affekte und weniger Kontrolle bei der Selbstregulation gezeigt (Mena et al., 2017), sowie Tendenzen zur Parentifizierung in den Mutter-Kind-Dyaden (Macfie et al., 2017; Trupe et al., 2018).

Jugendliche mit Müttern mit BPS weisen häufiger Diagnosen wie Störung des Sozialverhaltens oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung auf und berichten im Vergleich zu Kindern von gesunden Müttern vermehrt von Trennungsängsten, selbstschädigendem Verhalten und Dissoziation (Stepp et al., 2012). Frankel-Waldheter et al. (2015) betonen die Bedeutung der Schwierigkeiten von Müttern mit BPS mit Autonomie und Verbundenheit in der Erziehung für internalisierende und externalisierende Probleme bei ihren 14- bis 17-jährigen Kindern.

Insgesamt weisen Forschungsbefunde darauf hin, dass Elternschaft eine große Herausforderung für Personen mit BPS darstellt. Gleichzeitig gibt es Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten (zusammenfassend siehe Eyden et al., 2016) sowie von einzelnen störungsspezifischen Symptomen der BPS (Barnow et al., 2013) bei Kindern betroffener Mütter. Da sich Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung bereits in den ersten Lebensjahren beobachten lassen, ist eine frühzeitige Unterstützung betroffener Mütter notwendig, um mögliche negative Entwicklungswege der Kinder zu unterbrechen. Berücksichtigt man das Zusammenwirken von Vulnerabilitäten und Belastungsfaktoren in der Entwicklung psychischer Störungen, kann eine genetische Prädisposition zwar nicht verändert werden, psychosoziale Belastungsfaktoren (hier dysfunktionale Erziehungsstrategien) jedoch reduziert bzw. durch funktionale Umgebungsfaktoren ersetzt werden. Nur so kann eine gesunde kindliche Entwicklung in Risikogruppen gefördert werden.

Vielversprechend ist in diesem Zusammenhang, dass ein Großteil der Mütter mit BPS die Elternschaft trotz der damit verbundenen Herausforderungen auch als Chance sieht. Häu-

fig sind betroffene Mütter motiviert, ihr Verhalten zugunsten des Wohlergehens ihrer Kinder zu verändern, und erhoffen sich, in der Mutter-Kind-Beziehung selbst eine Stabilisierung sowie Zugehörigkeit und Identitätsstiftung zu erleben. Existierende Elterntrainings haben zwar zum Ziel, dysfunktionales Erziehungsverhalten zu reduzieren und Eltern im Umgang mit ihren Kindern zu unterstützen; sie fokussieren jedoch nicht auf borderlinespezifische Aspekte wie z. B. Emotionsregulation. Um Mütter mit BPS in dem Entwicklungsprozess sowie bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen, wurde ein störungsspezifisches Gruppentrainingsprogramm (Buck-Horstkotte et al., 2015) entwickelt. Das Training zielt darauf ab, das psychische Wohlbefinden der Mutter und des Kindes zu verbessern, indem nicht nur die mütterliche Erziehungskompetenz gestärkt wird, sondern gleichzeitig das Stresserleben reduziert wird.

Das Gruppentraining „Borderline und Mutter sein“

Die Entwicklung des Gruppentrainings „Borderline und Mutter sein“ (Buck-Horstkotte et al., 2015) basiert auf dem „Interaktiven Skillstraining für Borderline-Patienten“ (Bohus & Wolf-Arehult, 2013) sowie auf bereits existierenden Elterntrainings. Zielgruppe der Intervention sind Mütter mit kleineren Kindern (0 bis 6 Jahre), da das Verhalten von und die Beziehung zu zentralen Bezugspersonen insbesondere in der frühen Kindheit elementar für die Entwicklung individueller Bedürfnisse, der Fähigkeiten zur Emotionsregulation und der Bindungsmuster ist.

Teilnehmerinnen des Gruppentrainings besuchen zwölf zweistündige, wöchentlich stattfindende Sitzungen, in denen elf Themen behandelt werden (s. Tab.). Dabei steht die Vermittlung individueller Techniken im Vordergrund, die es den Müttern ermöglichen sollen, Verlässlichkeit und Stabilität bei der Kindererziehung zu gewährleisten.

Jede Gruppensitzung besteht aus zwei Blöcken, die durch eine 20-minütige Pause getrennt sind (s. Abb. 1). Der erste Block beginnt stets mit einer Achtsamkeitsübung, an die sich die Besprechung der „Hausaufgaben“ der vergangenen Woche anschließt. In dem zweiten Block werden vereinfachte wissenschaftliche Grundlagen des zu besprechenden neuen Themas erläutert, bevor praktische Übungen (Rollenspiele) dazu absolviert werden. Anschließend werden die neuen „Hausaufgaben“ inkl. der Informations- und Arbeitsblätter erklärt. Zum Abschluss formuliert jede Teilnehmerin ihre individuelle Take-Home-Message.

Das Gruppentraining sollte von zwei Trainerinnen geleitet werden, die Erfahrungen in der Arbeit mit Patientinnen mit BPS haben. Zudem ist es von Vorteil, wenn zumindest eine der Trainerinnen selbst Kinder hat oder über Erfahrungen in der Erziehung kleiner Kinder verfügt. Es empfiehlt sich, dass sich die Teilnehmerinnen in einer begleitenden Einzeltherapie

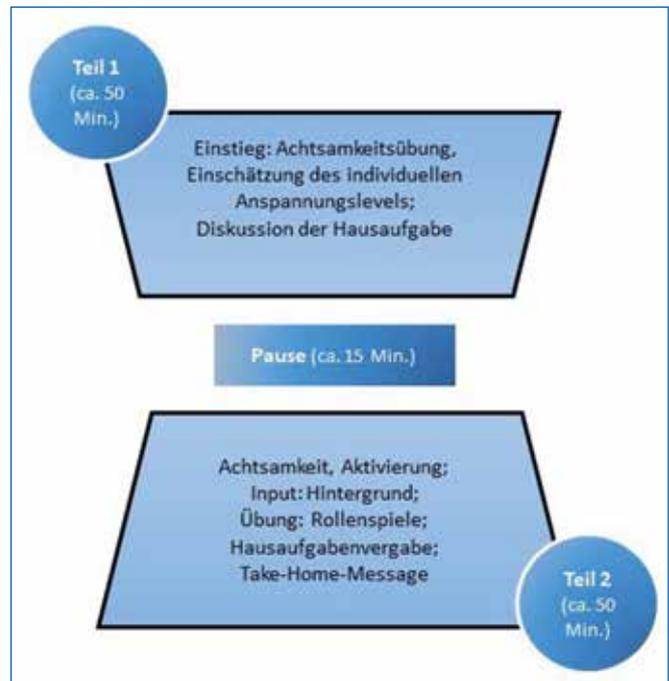


Abbildung 1: Übergreifende Struktur der Sitzungen

befinden, um Schwierigkeiten der Mütter, die sich nicht direkt auf die Interaktion mit dem Kind beziehen (z. B. Beziehungsprobleme, selbstverletzendes Verhalten), außerhalb des Gruppensettings zu besprechen. Auch kann die Auseinandersetzung mit der eigenen Mutterrolle negative Erinnerungen an die eigene Kindheit aktivieren, welche im Detail nicht in der Gruppe, sondern im Einzelsetting besprochen werden sollten.

Darüber hinaus sollten die Trainerinnen während der Sitzungen stets genügend Raum für einen Austausch der Mütter untereinander ermöglichen. Es hat sich gezeigt, dass sich die Mütter an vielen Stellen gegenseitig gut helfen können und untereinander konstruktive Hinweise austauschen. Um diesen Austausch zu unterstützen, ist es Aufgabe der Trainerinnen, die Gespräche zu moderieren und zu leiten. In den Gruppen gilt zudem zu beachten, dass die individuellen Maßstäbe der einzelnen Mütter eventuell nicht mit den eigenen Vorstellungen der Trainerinnen hinsichtlich der Kindererziehung übereinstimmen. So ist es wichtig, im Veränderungsprozess auch kleine Schritte zu beachten, welche die betroffenen Mütter machen. Es könnte beispielsweise das „Fernsehen beim Essen“ nicht mit den verinnerlichten Normen der Trainerinnen übereinstimmen, für eine Gruppenteilnehmerin jedoch zunächst ein wichtiger Schritt in ihrer Entwicklung darstellen, z. B. indem dadurch Gewalt beim Essen verhindert wird.

Eine besondere Herausforderung stellt für die teilnehmenden Mütter die Durchführung der Rollenspiele dar. Die Mütter sollen hierbei eine wiederkehrende eigene Stress- oder Konfliktsituation mit ihrem Kind auswählen, wobei sie sich im Rollenspiel selbst spielen und eine andere Teilnehmerin das jeweilige Kind. Die Rollenspiele werden auf Video aufgenommen

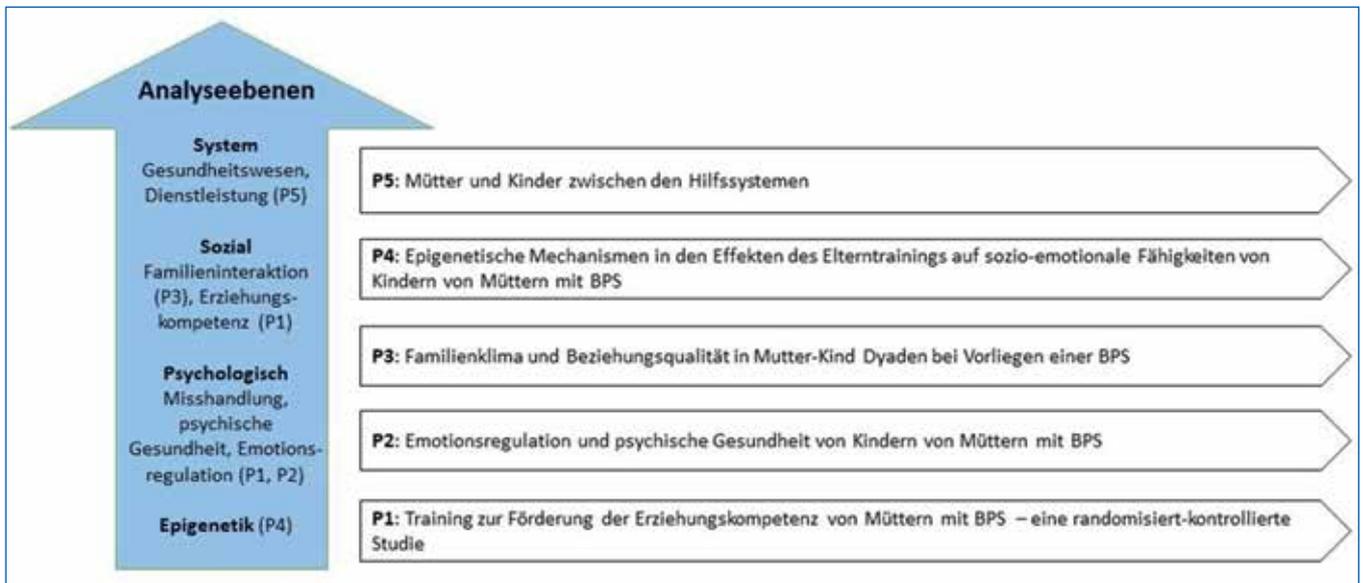


Abbildung 2: Projekt „ProChild“

und anschließend – unter Berücksichtigung von zuvor besprochenen Feedback-Regeln – in der Gruppe angesehen. Das „Vorspielen“ des eigenen dysfunktionalen Verhaltens und vor allem das anschließende Ansehen der Videoaufnahme sind zunächst stark schambehaftet, sodass die Teilnehmerinnen häufig versuchen, dies zu vermeiden. In diesen Situationen ist es wichtig, auf die Nützlichkeit dieser Übung hinzuweisen („Nur wenn wir uns genau anschauen, was nicht funktioniert, können wir Wege finden, dass es besser läuft.“) und darauf, dass die meisten Mütter die Übung im Nachhinein als sinnvoll und hilfreich erleben. Insbesondere in Bezug auf die anschließende Erprobung neu erlernter Verhaltensweisen sind die Rollenspiele als Ankerpunkt von Nutzen. Nicht selten erhalten die Mütter von den anderen Teilnehmerinnen positives Feedback zu einzelnen Aspekten ihrer Interaktion mit dem Kind im Rollenspiel. Dies führt teilweise zu einer (erstmaligen) Wahrnehmung von positiven Seiten des eigenen Verhaltens: „Es gibt einige Dinge, die ich schon kann / die ich gut mache.“ In einer ersten Pilotstudie gaben die Mütter an, die Rollenspiele, wenn sie auch Überwindung kosten, als besonders hilfreich empfunden zu haben (Renneberg & Rosenbach, 2016).

Wie bereits angesprochen, stellen insbesondere die Defizite der Mütter mit BPS in der eigenen Emotionsregulation ein Risiko sowohl für übergriffiges und unsensibles Verhalten als auch für negative Entwicklungsverläufe der Kinder dar. Gerade wenn betroffene Mütter ihre eigenen Emotionen nicht mehr unter Kontrolle haben, ist das Risiko für körperliche und/oder psychische Gewalt erhöht. Zusätzlich fehlt den Kindern ein Modell zum Erlernen von eigenen Strategien zur Emotionsregulation, was die Entwicklung kindlicher Psychopathologie begünstigt. Dementsprechend zielen die Sitzungen des Trainings trotz verschiedener Schwerpunkte insgesamt auf die Förderung der mütterlichen Emotionsregulationskompetenz. Nicht nur das Erlernen eines besseren Umgangs mit eigenen und kindlichen Gefühlen, sondern auch die Reduktion

von Stress, der adäquate Umgang mit Stressoren, die Verbesserung der Konfliktlösung, die Anwendung von Achtsamkeit und die Modifikation negativer Grundannahmen sollen dazu beitragen, angemessenere Strategien zur Regulation aversiver Emotionen zu fördern.

Die Studie ProChild

In der Phase der Entwicklung wie auch nach Publikation des Manuals wurde das Training in verschiedenen Settings (ambulant und stationär, Praxen, Ambulanzen, betreute Wohneinrichtungen) durchgeführt. Dabei zeigte sich zum einen eine große Nachfrage und ein hoher Bedarf an Unterstützung in der Erziehung für Mütter mit BPS, zum anderen berichteten sowohl die Teilnehmerinnen als auch die Trainerinnen von einem positiven Effekt auf die mütterliche Erziehungs-kompetenz und eine Reduktion des Stresserlebens (Renneberg & Rosenbach, 2016).

Diese positiven ersten Forschungsergebnisse sollen nun in einem vom BMBF geförderten Forschungsprojekt empirisch überprüft werden (Multicenter-Studie „ProChild“, Prävention von Misshandlung und Förderung der psychischen Gesundheit bei Kindern von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, s. Abb. 2). In der seit April 2019 laufenden randomisiert-kontrollierten Längsschnittstudie⁴ wird das Gruppentraining an drei Standorten durchgeführt, um im Rahmen dessen den Effekt des Trainings (a) auf die mütterliche Erziehungs-kompetenz und das Stresserleben, (b) auf die kindliche psychische Belastung und (c) auf die Mutter-Kind-Interaktion systematisch zu untersuchen. Neben Selbstbeurteilungsinstrumenten und Interviews kommen auch experimentelle

⁴ Siehe <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/prochild-praevention-von-misshandlung-und-forderung-der-psychischen-gesundheit-bei-kindern-8913.php>.

Untersuchungen der Mutter-Kind-Interaktion zum Einsatz. Zusätzlich werden epigenetische Aspekte im Längsschnitt untersucht. Die Wirksamkeit des Trainings wird als Add-on-Maßnahme (zusätzlich zu anderen Behandlungen der Mütter wegen ihrer BPS-Symptomatik) mittels eines Wartekontroll-gruppendesigns überprüft.

Ein weiteres Teilprojekt widmet sich der Analyse des Helfersystems. Dabei wird u. a. geprüft, welche Faktoren die Zusammenarbeit zwischen Müttern mit BPS und dem Jugendamt erschweren und inwieweit sich bestehende Strukturen verbessern lassen.

Über die Förderung der mütterlichen Erziehungskompetenz und die Verbesserung der Emotionsregulation durch das Training soll das Risiko für Vernachlässigung der Kinder reduziert werden. Langfristiges Ziel des Projekts ist es, neue und wirksame Wege zu finden, um die Transmission von Gewalt und Misshandlung zu unterbrechen und damit einen Beitrag zur Förderung einer gesunden kindlichen Entwicklung zu leisten.

Literatur

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

Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H.-J. et al. (2013). Maternal Transmission of Borderline Personality Disorder Symptoms in the Community-Based Greifswald Family Study. *Journal of Personality Disorders*, 27 (6), 806–819.

Buck-Horstkotte, S., Renneberg, B. & Rosenbach, C. (2015). Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung: Das Trainingsmanual „Borderline und Mutter sein“. Weinheim: Beltz.

Dittrich, K., Boedeker, K., Kluczniok, D., Jaite, C., Hindi Attar, C., Fuehrer, D. et al. (2018). Child abuse potential in mothers with early life maltreatment, borderline personality disorder and depression. *British Journal of Psychiatry*, 213 (1), 412–418.

Elliot, R. L., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K. et al. (2014). When I look into my baby's eyes ... Infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder. *Infant Mental Health Journal*, 35 (1), 21–32.

Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R. & MacCalluma, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 47, 85–105.

Florange, J. G. & Herpertz, S. C. (2019). Parenting in Patients with Borderline Personality Disorder, Sequelae for the Offspring and Approaches to Treatment and Prevention. *Current Psychiatry Reports*, 21 (9), 1–8.

Hiraoka, R., Crouch, J. L., Reo, G., Wagner, M. F., Milner, J. S. & Skowronski, J. J. (2016). Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 52, 177–184.

Reinelt, E., Stopsack, M., Aldinger, M., Ulrich, I., Grabe, H. & Barnow, S. (2014). Longitudinal Transmission Pathways of Borderline Personality Disorder Symptoms: From Mother to Child? *Psychopathology*, 47 (1), 10–16.

Renneberg, B., Lenz, A., Christiansen, H. & Majumder, P. (2018). Zwischen den Hilfesystemen: Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Bedarfsanalyse. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 50 (2), 475–517.

Renneberg, B. & Rosenbach, C. (2016). „There is not much help for mothers like me“: Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder – a newly developed group training program. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 1–7.

Rosenbach, C. & Renneberg, B. (2019). „Mein Kind macht das absichtlich – es will mich fertig machen“. Negative Grundannahmen von Müttern mit

Borderline-Persönlichkeitsstörung: ein Gruppentraining zur Förderung der Erziehungskompetenz. *Familiendynamik*, 44 (4), 280–288.

Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E. & Levine, M. D. (2012). Parenting Behaviors of Mothers with Borderline Personality Disorder: A Call to Action. *Personality disorders*, 3 (1), 104–106.



Dr. Charlotte Rosenbach

Korrespondenzadresse:

Freie Universität Berlin
 Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
 Habelschwerdter Allee 45
 14195 Berlin
 c.rosenbach@fu-berlin.de

Dr. Dipl.-Psych. Charlotte Rosenbach ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Freien Universität Berlin. Sie hat das Manual „Borderline und Mutter sein“ mitverfasst und fungiert als Projektkoordinatorin der Studie „ProChild“.



Dipl.-Psych. Jana Zitzmann

Dipl.-Psych. Jana Zitzmann absolviert eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Sie arbeitet als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Freien Universität Berlin im Projekt „ProChild“.



Prof. Dr. Babette Renneberg

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Babette Renneberg ist Psychologische Psychotherapeutin (VT), Supervisorin und Ausbilderin. Sie ist als Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin tätig. Sie ist Co-Autorin des Manuals „Borderline und Mutter sein“ und leitet die Studie „ProChild“.

Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Anspruch und Nutzen

Günter Schiepek, Leonhard Kratzer, Yvonne Hülsner & Egon Bachler

Zusammenfassung: Psychotherapie vollzieht den digitalen Wandel. Elektronisches (d. h. Internet- und app-basiertes) Feedback zum Verlauf von Psychotherapien etabliert sich in der Praxis zunehmend mehr und gilt aus Sicht zahlreicher Forscher als „good practice“. Berichtet wird über die Resultate mehrerer Meta-Analysen zu den Effekten von Therapiefeedback. Dabei kommt es entscheidend darauf an, wie dieses Feedback realisiert wird. Eine Rolle spielen dabei die Messfrequenz, die Option, nichtlineare Eigenschaften des Veränderungsprozesses zu erkennen (z. B. spontane Musterwechsel, Phasen von Stabilität oder Instabilität), die erfassten Prozessmerkmale sowie die Qualität und Häufigkeit von Feedbackgesprächen unter Bezug auf die visualisierten Analyseergebnisse. Der Mehrwert für Klientinnen¹, Therapeutinnen und praxisnahe Forschung kann sehr vielfältig sein, wobei zu bedenken ist, dass sich die Routinepraxis durch digitalisiertes Feedback bereits jetzt verändert.

Die aktuelle Diskussion zur Evaluation ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen führt zur Frage nach dem Nutzen von Feedback- und Monitoring-Systemen in der Praxis. Wie kann Feedback in die Routinepraxis integriert werden und wie verändert es die therapeutische Arbeit?

Bedarf und Nutzen

Die primäre Zielsetzung von kontinuierlichem Prozess- und Outcome-Monitoring in der Routinepraxis richtet sich auf eine Verbesserung der Wirksamkeit von Psychotherapie. Es besteht die Hoffnung, Therapien durch solche Instrumente effektiver zu machen – und zwar nicht nur im Durchschnitt, sondern speziell auch für solche Patientinnen, deren Psychotherapie ohne Verlaufsfeedback sonst ergebnislos („non-responder“), mit Verschlechterungen („deteriorations“) oder mit Abbrüchen („drop-outs“) enden würde. Entsprechende Zahlen machen die Notwendigkeit deutlich: In Übersichtsarbeiten wird von einer durchschnittlichen Abbruchrate von 47 %, berichtet, der Anteil an „non-respondern“ liege zwischen 10 % und 50 %, und mit Verschlechterungen sei in 5 % bis 15 % der Fälle zu rechnen (Fischer-Klepsch et al., 2009; Lambert et al., 2002a; Lambert & Ogles, 2004). „Versteckte“ Misserfolge sind bei fehlender Abschlussdokumentationen kaum erkennbar und wurden folglich nicht mitberücksichtigt (Hiller et al., 2011). Trotz ständiger Weiterentwicklungen auf dem Gebiet störungsspezifischer Psychotherapien sind heute in vielen Bereichen keine besseren Therapieergebnisse zu verzeichnen als vor Jahrzehnten (Cristea et al., 2017; Hand, 2015; Johnsen &

Friborg, 2015). Auch wenn man den Fokus auf die Person der Psychotherapeutin und deren (Lern-)Fähigkeit zum richtigen Einschätzen der Therapiesituation legt, zeigen sich hier Probleme: So verbessert sich die persönliche Wirksamkeit von Psychotherapeutinnen mit zunehmender Berufserfahrung nicht (Goldberg et al., 2016). Psychotherapeutinnen scheinen überdies nur sehr begrenzt in der Lage zu sein, Verschlechterungen oder nahende Therapieabbrüche ihrer Patientinnen rechtzeitig zu erkennen (Lambert et al., 2002b; Hatfield et al., 2010). Offenbar unterliegen Psychotherapeutinnen einem schönfärbenden Bias, d. h. sie schätzen Behandlungsschritte deutlich positiver ein, als sie sich in Messergebnissen darstellen (Sapyta et al., 2005). Quantitative Rückmeldungen werden häufig entwertet (Norcross, 2003) oder ignoriert (Garland et al., 2003).

Auch wenn diese Befunde primär aus dem angloamerikanischen Raum stammen und vielleicht etwas überzeichnet wir-

— Durch Monitoring-Systeme sollen Psychotherapien wirksamer gemacht werden – besonders bei Patientengruppen, bei denen ohne Feedback eine Verschlechterung oder ein Abbruch drohen würde. —

ken, sollten sie doch zu denken geben. Neben dem ableitbaren Anspruch, Psychotherapien in ihrem Verlauf transparenter zu machen und Prozesse auch quantifiziert darzustellen, verdeutlichen sie auf jeden Fall die Notwendigkeit zur Optimierung von Psychotherapien durch Formen fortlaufender

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

Rückkopplung an die Patientenwahrnehmung. Die Datenlage zum Nutzen von eben in diesem Sinne eingesetzten Monitoring-Systemen lässt diesbezüglich durchaus hoffen. In einer Studie aus der stationären Psychotherapie konnte mit dem Einsatz von Feedback die Verschlechterungsrate von 25 % auf unter 9 % gesenkt werden (Probst et al., 2013). In der gemeindenahen Versorgung depressiver Patientinnen, die feedback-unterstützt behandelt wurden, zeigten sich im Vergleich mit Patientinnen ohne Feedback deutliche Effekte (36 % vs. 13 % Verbesserung) (Gibbons et al., 2015). Frühwarnsignale („precursors“) von Therapieabbrüchen lassen sich mit Monitoring-Systemen offenbar erkennen, ebenso Beziehungskrisen („alliance ruptures“), die Psychotherapeutinnen anscheinend nicht bemerken, obwohl sie ja direkt involviert sind (Hannan et al., 2005). In einer Studie von Finch et al. (2001) konnten 85 % bis 100 % der Patientinnen, deren Symptomatik sich im Verlauf von Psychotherapien verschlechterte, durch den Einsatz von Monitoring-Systemen identifiziert werden (vgl. auch Dimidjian & Hollon, 2010). Mediiierende „common factors“ lassen sich somit nicht nur durch Supervision und kollegiale Intervention aktivieren, sondern auch durch Feedback (Lambert, 2017), wobei sich Supervision und Therapiefeedback

Monitoring-Systeme bieten die Möglichkeit, mit geringem Aufwand zeitlich beliebige Taktungen von Fragebogen-Erfassungen durchzuführen und die Ergebnisse zu visualisieren.

ergänzen und gegenseitig optimieren (Rousmaniere, 2014; Rubel et al., 2017; Swift et al., 2015).

Inzwischen liegen über 43 Studien zur Wirksamkeit von Therapiefeedback vor. Seit dem Jahr 2000 wurden vier Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zum Effekt von Therapiefeedback publiziert, mit unterschiedlichen Ergebnissen. Zwei Übersichten stammen aus der Arbeitsgruppe um Lambert (Shimokawa et al., 2010; Lambert, 2017)² und beziehen sich auf die Daten ihrer eigenen Studien. Shimokawa et al. (2010) berichten auf der Basis von sechs Studien von mittleren bis großen Effekten ($g = 0,53-0,70$), vor allem bei Patientinnen mit „not on track“-Verläufen, also solchen, die sich unter dem Durchschnitt vergleichbarer Patientinnen entwickeln (vgl. auch de Jong et al., 2014). Eine Übersichtsarbeit von Lambert (2017) über 12 Studien zeigt, dass sich bei Patientinnen mit dem Risiko einer Verschlechterung die Verschlechterungsrate von 21 % auf 13 % reduzieren lässt, während die Remissionsrate von 20 % auf 35 % ansteigt. Wird auf negatives Feedback mit maßgeschneiderten Problemlösungsangeboten (z. B. Clinical Support Tools) reagiert, sinken Verschlechterungen sogar auf 6 % ab, während die Remissionsrate auf über 50 % ansteigt. Die Meta-Analyse von Knaup et al. (2009) basiert auf 12 Studien und stellt einen geringen Gesamteffekt des Einsatzes von Feedback-Systemen fest ($d = 0,10$), der zudem im Follow-up wieder verschwindet. Ein Cochrane-

Review (Kendrick et al., 2016), basierend auf 17 Studien, fand keine Gesamteffekte, jedoch einen gering positiven Effekt bei Patientinnen mit „not on track“-Verläufen ($d = 0,22$). Die jüngste Meta-Analyse (de Jong et al., im Druck) bezieht sich auf 43 Studien und berichtet über einen geringen Gesamteffekt von $d = 0,17$, mit Hinweis auf überdauernde Effekte im Follow-up ($d = 0,18$) und einer Reduktion von Drop-out-Raten (reduzierte odds um 22 %). Je nach Einschätzung könnte man die Datenlage also mit vorsichtigem Optimismus beurteilen. Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass die Effekte von Therapiefeedback nicht zuletzt von den vorausgehenden Einstellungen und Erwartungshaltungen abhängig sind, die Psychotherapeutinnen und Patientinnen diesem Procedere gegenüber einnehmen (zu Therapeutenfaktoren s. de Jong et al., 2012; de Jong & de Goede, 2015; Lutz et al., 2015).

Compliance

Die technische und praktische Machbarkeit („feasibility“) von Therapiefeedback in der Praxis ist durchaus gegeben (Brown et al., 1999). Monitoring-Systeme wie das Synergetische Navigationssystem (SNS) bieten die Möglichkeit, mit geringem Aufwand zeitlich beliebige Taktungen von Fragebogen-Erfassungen durchzuführen und die Ergebnisse zu visualisieren. Als Standard für hochfrequente (tägliche) mehrdimensionale Prozessfassung kann der Therapie-Prozessbogen (TPB) gelten (Schiepek et al., 2019). Die Variante für ambulante Psychotherapie enthält 33 Items wie „Heute bin ich der Lösung meiner Probleme nähergekommen.“, „Heute war ich motiviert, an der Erreichung meiner Ziele zu arbeiten.“ oder „Heute erlebte ich innere Unruhe/Anspannung.“ – jeweils einzuschätzen auf visuellen Analogskalen.

Patientinnen können Fragebögen über Smartphones, Tablets oder PCs ausfüllen. Die Ergebnisse sind für die Psychotherapeutinnen in Echtzeit sichtbar und können regelmäßig mit der Patientin besprochen, in der Patientenakte abgespeichert oder in einen LZT-Antrag integriert werden. Der aktive Einbezug der Patientin in die Reflexion des Therapieverlaufs bringt diese in eine partizipative Rolle.

Die Kooperationsbereitschaft und Technologieakzeptanz von Patientinnen für kontinuierliches Monitoring sind hoch, wie Praxiserfahrungen und Studien zeigen. 93 % der befragten Patientinnen der TK-Studie zur Qualitätssicherung äußerten sich positiv über psychometrische Erhebungen in der ambulanten Psychotherapie (Lutz et al., 2012). Im Bereich der stationären und tagesklinischen Therapie konnte an einer nicht selektierten Patientengruppe eine Compliance-Rate von ca.

² Die hier kursiv ausgewiesenen Kurztitel finden Sie mit ausführlichen Quellenangaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

80 % festgestellt werden, und zwar bei täglichen (!) Selbsteinschätzungen mit dem Therapie-Prozessbogen (TPB, 47 Items) (Schiepek et al., 2016). In der ambulanten Praxis ist die Nutzungsbereitschaft ähnlich hoch.

Compliance-Raten erweisen sich weitgehend unabhängig von Diagnosen und vom Schweregrad der Störung (Schiepek et al., 2016). Nach eigener, inzwischen 12-jähriger Erfahrung hängt die Nutzungsbereitschaft von Feedback-Systemen dagegen vom erkennbaren Nutzen für die Patientinnen, von Frequenz und Qualität der Feedbackgespräche zum Behandlungsverlauf und auch von der Identifikation der Psychotherapeutin mit der Methodik ab (vgl. auch de Jong et al., 2012). Optimale Nutzungsbereitschaft ergibt sich durch die Arbeit mit individualisierten Prozessfragebögen, wie sie aus individuellen Fallkonzeptionen (z. B. idiographischer Systemmodellierung) heraus entwickelt werden (Schiepek et al., 2015). Eine Ablehnung des Vorgehens auf Seiten der Patientinnen ist selten; die dann vorgebrachten Zurückweisungsgründe liegen vereinzelt in überzogenen Befürchtungen oder technologiefeindlichen Einstellungen. Nach kurzer Einführung haben oft auch ältere Patientinnen Erfolgserlebnisse mit tablet- oder smartphone-basierten Technologien.

Wie soll Therapiemonitoring durchgeführt werden?

Nach bisherigen Erfahrungen kann vermutet werden, dass der Mehrwert und auch der therapeutische Effekt des Therapiemonitorings von der Art der Durchführung abhängen. Diese Einschätzung deckt sich mit Wampold (2015), der routinemäßigem Therapiefeedback zwar ausreichende Evidenz bescheinigt, aber die entscheidende Frage eben darin sieht, *wie* es realisiert wird. Sollte sich Feedback nur auf das Outcome beziehen wie in den ersten Evaluationsprojekten der Techniker-Krankenkasse (Outcome-Erfassung im halbjährlichen Rhythmus; Strauß et al., 2015) oder sollte ein kombiniertes Prozess-Outcome-Monitoring umgesetzt werden, das unterschiedliche Prozessmerkmale berücksichtigt (z. B. therapeutische Beziehung, Veränderungsmotivation, Einsicht und Verständnis, Fortschritte, Emotionen, Problembelastung)? In welcher Frequenz und Taktung sollten Daten erhoben werden? Sollte man sich nur auf „Verbesserung vs. Verschlechterung“ konzentrieren oder sind dynamische Muster wie sprunghafte Veränderungen oder Destabilisierungen des Prozesses interessant? Wird mit standardisierten oder mit individualisierten Prozessfragebögen gearbeitet? Wie oft und in welcher Qualität finden feedback-basierte Therapiegespräche statt? An diesen und ähnlichen Fragen entscheidet sich unserer Erfahrung nach die Qualität und Reichhaltigkeit der Information über den Verlauf, damit die Motivation von Patientinnen und Psychotherapeutinnen, mit Feedback zu arbeiten, und schließlich der Nutzen und Mehrwert. Künftige

Evaluationsstudien müssten folglich der Qualität der Durchführung und dem „Wie“ des Vorgehens mehr Beachtung schenken.

Die Richtlinien für die Evaluation im Bereich der ambulanten Psychotherapie, die das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz in der Medizin (IQTIG) für den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) erarbeitet hat,³ können als Schritt in Richtung einer Qualitätsdefinition gelesen werden. Methoden der Qualitätssicherung sollten

- sowohl auf die Prozess- als auch die Ergebnisqualität fokussieren,
- einrichtungsbezogen sein, d. h. in der Praxis zur Anwendung kommen,
- patientenorientiert sein, d. h. überwiegend Informationen aus der subjektiven Sicht der Patientinnen liefern,
- verfahrens- und diagnoseübergreifend sein und
- die Erfassung individueller Therapieziele ermöglichen.
- Schließlich soll damit eine allgemeine Basisdokumentation für die ambulante Psychotherapie entwickelt werden.

Monitoring-Systeme und Datensicherheit

Monitoring-Systeme sollten für die Erfassung und Steuerung von Therapien sowohl Effekte wie auch Prozesse abbilden.

Monitoring-Systeme sollten für die Erfassung und Steuerung von Therapien sowohl Effekte wie auch Prozesse abbilden.

Inzwischen stehen unterschiedliche elektronische Systeme zur Verfügung, von denen einige kurz benannt sein sollen:

Das server-basierte System MyOutcomes® ermöglicht Echtzeit-Feedback über Behandlungsprozesse. Es benutzt als Fragebögen die Outcome Rating Scale (ORS) und die Session Rating Scale (SRS) mit Eingabeoptionen über PCs, Tablets oder Smartphones. Die Datenerhebung am Ende einer Therapiesitzung besteht dabei aus lediglich vier kurzen Fragen. Das System liefert einen einfachen Bericht über die Wertausprägung der Patientin. Es kann dargestellt werden, ob sich der Verlauf „on track“ bewegt oder nicht. Auch steht eine e-learning-Plattform zum Vorgehen des „Feedback-Informed Treatment“ (FIT) zur Verfügung (<https://www.myoutcomes.com>).

³ Vgl. Zwischenbericht. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2438/2015-12-17_PT-RL_Abnahme-Konzeptskizze-QS-ambul-PT.pdf [15.10.2019].

Patientinnen	Therapeutinnen	Forschung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Regelmäßige Beschäftigung mit den Themen und Zielen der Therapie, alltagsnah und außerhalb der Sitzungen, ■ Motivation durch zeitnahe Rückmeldung von Veränderungen, ■ Erkennen prozessualer Muster, die im aktuellen Erleben nicht auffallen würden, ■ expressives Schreiben elektronischer Tagebücher, ■ Unterstützung von Selbstregulation und Selbstmanagement, ■ Mentalisierung und Achtsamkeits-Fokussierung, ■ differentielle Wahrnehmung von Emotionen, Kognitionen und Verhalten, ■ Unterstützung der therapeutischen Kooperation und der Qualität der Therapiebeziehung, ■ Vermittlung von Sicherheit und Struktur durch regelmäßiges (z.B. tägliches) Ausfüllen, ■ Förderung der Emotionsregulation, ■ Ausdruck der Wertschätzung gegenüber den Patientinnen und deren Wahrnehmung, ■ Erleichterung des Transfers zwischen Therapie und Alltag/Lebenswelt. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informationssammlung und -aufbereitung für Fallkonzeptionen und funktionelle Bedingungsanalysen, ■ Stütze für die therapeutische Beziehung, ■ Ermittlung von Informationen und deren Vorstrukturierung für die feedback-basierten Therapiegespräche, ■ Früherkennung von therapeutischen Krisen oder Stagnationen, ■ Vermittlung von Sicherheit im Vorgehen, ■ Bereitstellung einer soliden Datenbasis für therapeutische Mikroentscheidungen (adaptive Indikation), ■ Vermittlung eines theoretischen Bezugs (Psychotherapie als Selbstorganisationsprozess), ■ Evaluation der Therapien, ■ Hinweise auf nichtlineare Eigenschaften (z.B. Ordnungsübergänge, kritische Instabilitäten) des Therapieprozesses, ■ Ermöglichung einer Individualisierung und Personalisierung des Vorgehens, ■ Datengenerierung und deren Visualisierung in Form von Graphiken für Berichte, Überweiser und Gutachter, ■ Förderung der Rolle von Therapeuten als „scientist practitioners“. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bereitstellung alltagsnaher und praxisnaher Daten über Prozess und Outcome, ■ Kombination aus quantitativen (Zeitreihen) und qualitativen Daten (elektronische Tagebücher), ■ hohe ökologische Validität und Praxisrelevanz, ■ perfektes Datenmaterial für Kasuistiken, ■ Zusammenführung von idiographischer und nomothetischer Forschung, ■ nimmt nichtlineare Prozessanalysen bereits im System vor (kein Datenexport notwendig), ■ Generierung von „big data“ durch flächendeckenden Einsatz.

Tabelle: Mehrwert und Nutzen von hochfrequentem Therapiefeedback

Der OQ® Analyst erlaubt Ergebnismessungen mit Hilfe von Tablets, Desktops, Laptops oder Smartphones mit verschiedenen Varianten des Outcome Questionnaire (OQ) für Erwachsene, Kinder und Gruppen. OQ-Fragebögen dienen dazu, Veränderungen während der Behandlung einer Patientin zu verfolgen und Algorithmen zur Erkennung von „off track“-Verläufen bereitzustellen (ein „track“ ist ein Standardverlauf bei einer diagnosebezogenen Vergleichspopulation). Angebote zum Umgang mit „off-track“-Verläufen (sog. Clinical Support Tools) sollen die Behandlungsplanung unterstützen (<https://www.oqmeasures.com/oq-analyst>)

STATUS (<https://stts.app>) ist eine Plattform, die es erlaubt, Fragebögen online zu erstellen und diese browsergestützt oder über eine App beantworten zu lassen. Die Daten können über Templates visualisiert werden. STATUS stellt mehrere Eingabemöglichkeiten zur Verfügung, z. B. die Beantwortung von Fragen mittels Audioaufzeichnung. Konditionale Fragen, die nur bei bestimmten Antworten auf andere Fragen vorgelegt werden, sind möglich. In einem aktuellen Projekt werden damit Prädiktoren von Therapieabbrüchen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung gesucht.

PCOMS (Partners for Change Outcome Management System) ist über eine Web-Applikation mit der Bezeichnung „Better Outcomes Now“ (NOW) verfügbar (H. Duncan). PCOMS enthält zwei Rating Skalen mit je 4 Items: die Outcome Rating Scale zur Beurteilung therapeutischer Fortschritte und die Session Rating Scale zur Beurteilung der Therapiebeziehung. Die Funktionalitäten der NOW-Plattform sind auf der entsprechenden Internet-Seite einsehbar.

Das internet- und app-basierte Synergetische Navigationssystem (SNS®, www.ccsys.de) ist ein hochflexibles generisches System und erlaubt die Nutzung unterschiedlicher lizenzfreier Prozess- und Outcome-Fragebögen (derzeit sind ca. 80 solcher Fragebögen verfügbar) sowie die freie Wahl von Messfrequenzen (event- oder time-sampling). Die Nutzung elektronischer Tagebücher ist möglich. Über einen Fragebogeneditor können auch personalisierte Prozessfragebögen eingegeben und verwendet werden. Die App ermöglicht die Datenerfassung und das Versenden von Texten, Dokumenten (z. B. pdf-Dateien), Audio- oder Videoaufnahmen zu therapeutischen Zwecken. Eine detaillierte Analyse und Visualisierung der erhobenen Zeitreihendaten fokussiert auf die Darstellung dynamischer Muster und Musterübergänge sowie auf Frühindikatoren solcher Übergänge. Möglich ist auch die Analyse von Interaktionsmustern in Gruppen (Paare, Familien) sowie die Erstellung einer Gruppenstatistik von Outcome-Effekten.

Die Sicherheitsstandards beruhen in allen Systemen auf der Nutzung von https-Webseiten, was dem Standard des e-Banking entspricht. Wenn keine Patientendaten (Namen, Diagnosen, etc.) eingegeben werden, sondern nur anonymisierte User-Kürzel und Passwörter, lassen sich selbst im Falle eines „Datenklaus“ keine Rückschlüsse auf reale Patientinnen vornehmen.

Im Vergleich der Monitoring-Systeme wird deutlich, dass Prozesse nicht unabhängig von der theoretischen Perspektive auf das therapeutische Geschehen erfasst und verstanden werden können. Weiterhin wird deutlich, dass die Psycho-

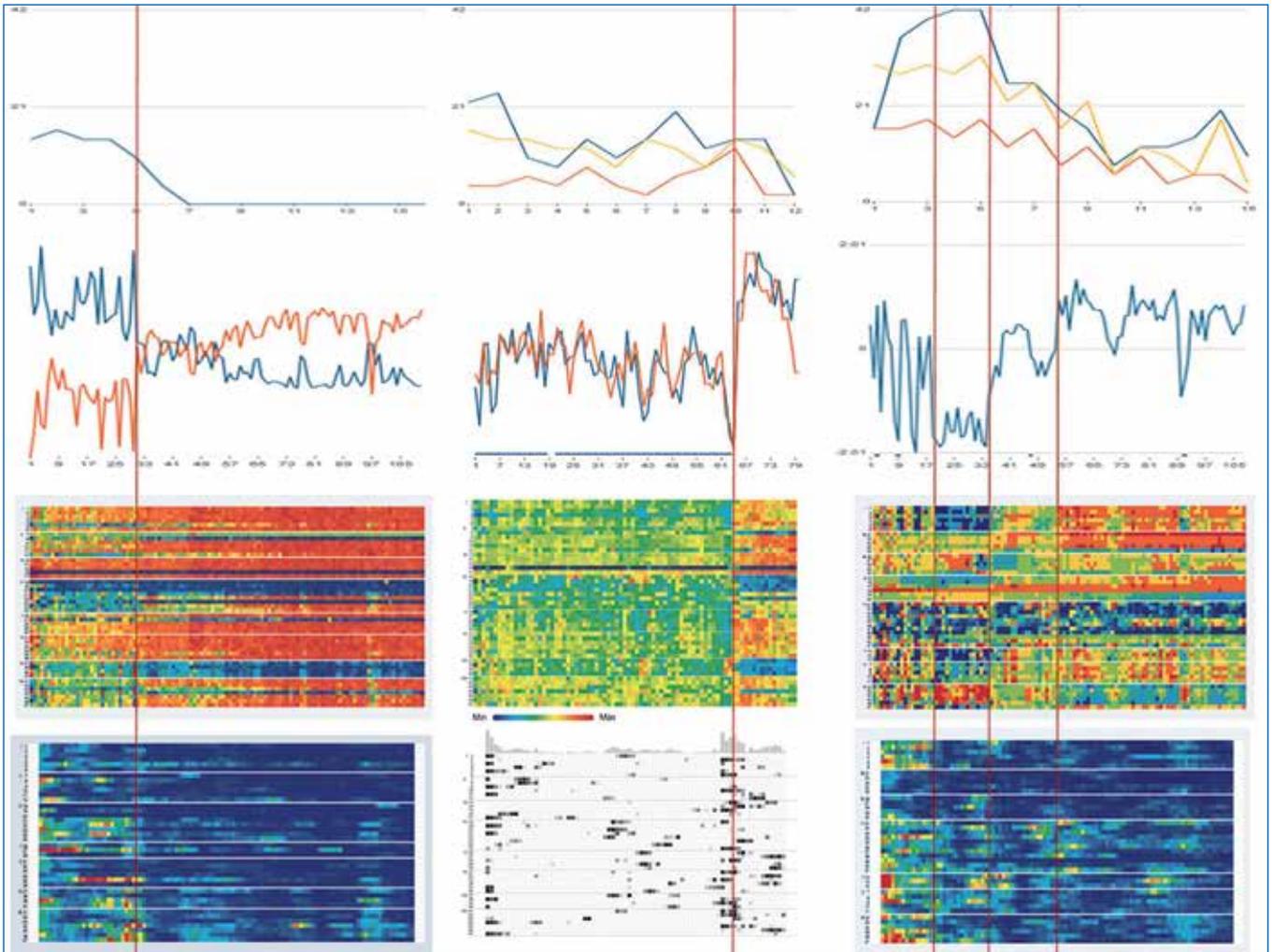


Abbildung: Prozessuale Muster psychotherapeutischer Veränderung, wie sie im Feedback erkennbar werden (Synergetisches Navigationssystem; Schiepek et al., 2018a). Vertikale Linien machen die Ordnungsübergänge im Prozess deutlich. Links: Patient mit Zwangsstörungen; Mitte: Patient mit chronifizierter Depression (vgl. Schiepek et al., 2018b); Rechts: Patientin mit Zwangsstörungen. (a) Wöchentliche Symptomeinschätzungen auf Basis des DASS-21 (Nilges & Essau, 2015). Links: Subskala Depression; Mitte und rechts: Subskalen Depression (blau), Stress (gelb) und Angst (rot). (b) Tägliche Selbsteinschätzungen auf Basis des Therapie-Prozessbogens Revised (TPB-R). Links: Symptom- und Problemintensität (blau) und Achtsamkeit/Körpererleben (rot); Mitte: Therapeutische Fortschritte/Zuversicht/Selbstwirksamkeit (blau) und Achtsamkeit/Körpererleben (rot); rechts: Therapeutische Fortschritte/Zuversicht/Selbstwirksamkeit (blau). (c) Rohdaten-Farbdigramme. Blautöne: niedrige Werte, Orange- und Rottöne: hohe Werte von 47 in Zeilen angeordneten Items des TPB-R. (d) Komplexitäts-Resonanz-Diagramme. Links und rechts: Farbdigramme (Blautöne: niedrige dynamische Komplexität, Orange- und Rottöne: hohe dynamische Komplexität) von 47 in Zeilen angeordneten Items des TPB-R. Mitte: Schwarz-Weiss Komplexitäts-Resonanz-Diagramm. Dunkelgraue und schwarze Pixel bedeuten hohe dynamische Komplexität.

therapie in Zeiten von Digitalisierung nicht mehr an einer Kooperation mit Technologieanbietern vorbeikommt, wobei die Vernetzung von Praxis, Forschung und Technologieentwicklung in vielen Gebieten der Wissenschaft (z. B. in Medizin und Biologie) seit Jahrzehnten zur Routine gehört. Die Psychotherapie zieht hier lediglich nach.

Trotz der im Moment boomenden Digitalisierung in der Psychotherapie sei angemerkt, dass es auch nicht-digitale Vorläufer von Monitoring-Systemen gegeben hat. Exemplarisch sei der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB) nach Höger und Eckert (1997) genannt, der als eine Weiterentwicklung des Klientenerfahrungsbogens (entwickelt bereits 1970; s. Eckert et al., 1977; Höger, 1986) die Wirkung von Therapie-

stunden („post-session outcome“) auf das Erleben der Patientin erfasst. Gerade die Gesprächstherapie hat schon sehr früh theoretische und auch methodische Impulse zur Prozessfassung gegeben, die bis heute nicht an Bedeutung verloren haben. Neben technischen Innovationen im Bereich der Digitalisierung, welche eine Online-Erfassung und -Auswertung von Prozessen quasi auf Knopfdruck ermöglichen, sind allerdings auch konzeptionelle Entwicklungen dazu gekommen, die in den ersten Jahrzehnten der Prozessforschung bereits angelegt (insbesondere bei Carl Rogers), aber noch nicht verfügbar waren. Gemeint sind Methoden der nichtlinearen Zeitreihenanalyse und Modelle selbstorganisierter Musterübergänge, die heute das Verständnis von Veränderung prägen (Schiepek, 2017; Schiepek et al., 2017, 2018a).

Vielfältiger Mehrwert

Der Nutzen und Mehrwert für die Psychotherapie kann sowohl für Patientinnen wie für Therapeutinnen sehr vielfältig sein und bezieht sich auch auf die praxisnahe Forschung (s. Tab.). Die in der Tabelle aufgelisteten Punkte beruhen auf eigenen jahrelangen Erfahrungen in unterschiedlichen Einrichtungen und Settings, einer noch nicht publizierten Interviewstudie und auf der Literatur (z. B. *de Jong et al., im Review*), können aber noch nicht als empirisch gesichertes Wissen gelten. Ob sich Hinweise auf eine Verkürzung von Behandlungsdauern und auf eine Kostenreduktion (Delgadillo et al., 2017) als tragfähig erweisen, muss sich zeigen und hängt sicher auch von der Art der Anwendung ab.

Darstellung therapeutischer Prozesse

Ein besonderer Nutzen speziell des hochfrequenten Therapiemonitorings (tägliche Messungen) besteht darin, unmittelbare Einsicht in die nichtlinearen, dynamischen Eigenschaften therapeutischer Prozesse zu gewinnen. Die Prozessforschung der letzten Jahre hat umfassende Evidenz dafür geliefert, dass Psychotherapien nicht geradlinig, sondern sprunghaft verlaufen („sudden gains“, „sudden losses“), dass diese spontanen Musterwechsel Frühindikatoren haben (z. B. kritische Instabilitäten und erhöhte Synchronisation von Kognitionen und Emotionen), und dass Psychotherapien hochkomplexe und unvorhersehbare Dynamiken aufweisen. Vor diesem Hintergrund mag die Annahme, Psychotherapien würden bestimmten Standardverläufen („standard tracks“)

— Nach Entwicklungen bezogen auf Verfahren und Störungsbilder folgt ein dritter Evolutionsschub der Profession: die individualisierte Therapie abseits eines standardisierten Vorgehens. —

folgen, sehr fragwürdig erscheinen (vgl. Schiepek et al., im Review). Wären Therapieverläufe vorhersehbar wie ein Uhrwerk, wäre jedes Prozessfeedback überflüssig. Am besten scheinen dies Theorien von Chaos und Selbstorganisation verstehbar zu machen und zu erklären (*Haken & Schiepek, 2010; Schiepek et al., 2017*).

Im Fall eines depressiven Patienten (ausführliche Falldarstellung in *Schiepek et al., 2018a*) war eine transiente Verschlechterung der Frühindikator einer sprunghaften Verbesserung (s. Abb. Mitte). Diese ließ lange auf sich warten, da depressive Grübeln und selbstentwertende Verarbeitungsmuster das Bild während fast der gesamten Dauer des Klinikaufenthalts prägten. Mit Hilfe der Tagebucheintragungen und der Zeitreihendaten war es möglich, die depressionsrelevanten Trigger, Verarbeitungsmuster und Selbstbeurteilungen in den regelmäßigen feedbackgestützten Therapiesitzungen zu besprechen und auch die Grübelinhalte zu identifizieren. Die

Wiederkehr der Inhalte lösten bei dem Patienten sowohl einen „konstruktiven Selbstärger“ als auch ein Verständnis für seine Verarbeitungsmuster aus, was schließlich dazu führte, dass er seine Verarbeitungsmuster aufgab.

Therapiemonitoring unterstützt Bemühungen um Individualisierung und Personalisierung von Psychotherapie, da individuelle Verläufe minutiös abgebildet werden. Neben standardisierten können auch individualisierte Prozessfragebögen genutzt werden, welche direkt aus detaillierten Fallkonzeptionen heraus entwickelt und von einem Fragebogeneditor in das Monitoringsystem eingespeist werden. Personalisierte Therapie bietet eine Chance für Patientinnen, die von Standardverfahren nicht hinreichend profitieren und gilt als dritter Evolutionsschub der Profession – nach schulenspezifischen und störungsbildspezifischen Entwicklungen. Zudem ist Personalisierung eine konsequente Antwort auf die begrenzte Vorhersehbarkeit („deterministisches Chaos“), Komplexität, Eigendynamik und Individualität menschlicher Veränderungsprozesse (*Schiepek et al., 2018 a, b*) (s. Abb.).

Vorbehalte

Trotz der erkennbaren Vorteile bleiben viele Psychotherapeuten skeptisch, u. a. weil sie sich kontrolliert und bewertet fühlen (Ionita et al., 2016), Usability, Stabilität und technische Einfachheit nicht immer gewährleistet sind, naturwissenschaftlich-technische Methoden mit Argwohn betrachtet werden oder der unmittelbare Nutzen noch nicht evident genug erscheint. Argumente wie zeitlicher oder finanzieller Mehraufwand lassen sich leicht entkräften. Zu Beginn gibt es, wie bei der Einführung anderer Therapietechniken auch, einen Mehraufwand, der sich nach kurzer Zeit in der Routineanwendung klar reduziert. Feedbacktechnologien müssen sich in bestehende Arbeitsroutinen einfügen (Boyce et al., 2014), was eine adäquate technische Infrastruktur erfordert. Mit heutigen Möglichkeiten von Apps, Smartphones und Tablets stellen sich aber keine prinzipiellen Probleme mehr. Darüber hinaus erfordert die Implementierung eines Monitoring-Systems Training und Support (Callaly et al., 2006). Selbst wenn diese Herausforderungen bewältigt werden, sind immer noch Unterschiede zwischen Psychotherapeutinnen in der Akzeptanz von Real-Time-Monitoring-Systemen festzustellen (*Lucock et al., 2015*).

Ein häufig zu hörender Einwand richtet sich auf mögliche negative Effekte der Nutzung computerbasierter Technologien auf die therapeutische Beziehung. Befürchtet wird z. B. eine Entfremdung durch zwischen Psychotherapeutin und Patientin stehende technische Medien oder eine kontrollierende Einschränkung der Psychotherapeutin durch die Überwachung des Therapieprozesses. In der Praxis lassen sich solche Befürchtungen nicht bestätigen und sie lösen sich bei mit Feed-

back arbeitenden Kolleginnen schnell auf. Sowohl praktische Erfahrungen wie auch eine randomisiert-kontrollierte Studie (McClintock et al., 2017) sprechen für eine *Verbesserung* der therapeutischen Beziehung und der von der Patientin erlebten Empathie durch die Nutzung von Therapiefeedback (vgl. de Jong et al., im Review). Psychotherapeutin und Patientin berichteten in einer qualitativen Studie zu Erfahrungen mit Feedback-Systemen über eine Verbesserung der Zusammenarbeit sowie die Unterstützung offener Kommunikation und interpersoneller Prozesse (Moltu et al., 2018), was auch unseren eigenen, noch nicht publizierten Befunden entspricht. Prozessfeedback erleichtert die Fokussierung auf relevante Themen, indem ein „roter Faden“ durch den Prozess generiert wird, liefert einen ergänzenden Blick (elektronische Tagebucheinträge und tägliche Selbst-Ratings liefern oft eine andere Perspektive als die Face-to-Face-Kommunikation in Sitzungen) und bieten einen Kommunikationsanlass, nicht zuletzt auch für kritische Themen (Carlier et al., 2012; Unsworth et al., 2012). Patientinnen fühlen sich auch im Alltag wahrgenommen und begleitet. Apps und Internet-Feedback wirken hier wie „Übergangsobjekte“.

Über die angesprochenen Effekte hinaus eröffnen sich mit dem digitalisierten Therapiefeedback auch gesundheitspolitische Dimensionen. Das Gutachtersystem zur Genehmigung von Psychotherapien könnte ergänzt oder ersetzt werden durch den Rückgriff auf reale Verlaufsdaten und Evaluationen, aus erster Hand der Patientinnen. Ein flächendeckender Einsatz könnte auch zeitnahe Einschätzungen möglich machen, welche Therapien bei welchen Patientinnen wie wirken, was zu entsprechenden Optimierungen Anlass geben könnte. Schließlich könnten Feedback-Systeme aufgrund der Tatsache, dass Messung immer auch Selbstreflexion und autokatalytische Effekte beinhaltet, kontinuierliche Interventionen darstellen und in Zeiten von Personalknappheit in Kliniken auch therapeutische Funktionen erfüllen.

Mit Spannung können weitere Entwicklungen erwartet werden, wie

- die Kombination von internet- oder app-basierten Psychotherapien mit Face-to-Face-Therapien,
 - feedback-basierte Supervision und Intervision (Rousmaniere, 2014; Rubel et al., 2017; Swift et al., 2015; Fachgruppe Therapiefeedback und Evaluation der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie),
 - die Integration von Prozessdaten in Computermodelle von Psychotherapie (Schiepek et al., 2017; Schöllner et al., 2018), was Optionen für KI-unterstützte Therapieplanung eröffnet, und vor allem
- die notwendige Kompetenzentwicklung in der Therapieausbildung.

Die Nutzung von Feedbacksystemen sollte in Zukunft in die Therapieausbildung integriert werden (Lutz & Rubel, 2015), wobei das „Wie“ von entsprechenden Aus- und Weiterbildungen sehr vom „Wie“ des Prozessfeedbacks selbst abhängen wird. Der entscheidende Unterschied für Praxis, Technologie und Aus-/Weiterbildung liegt im Verständnis der Wirkmechanismen: Sind Psychotherapieprozesse linear und abhängig von Interventionen oder resultieren sie aus der Förderung selbstorganisierender, nichtlinearer Dynamiken des komplexen bio-psycho-sozialen Systems einer Patientin?

Interessenskonflikt

Das SNS wurde am Center for Complex Systems entwickelt, dessen Geschäftsführer Günter Schiepek ist.

Literatur

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

- de Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J. & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22, 464–474.
- de Jong, K., Barkham, M., Wolpert, M., Douglas, S., Delgadillo, J., Aas, B. et al. (im Review). The impact of progress feedback on outcomes of psychological interventions: Conceptual issues and empirical evidence. *Lancet Psychiatry*.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M. J. (2017). Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 86, 80–89.
- Lucock, M., Halstead, J., Leach, C., Barkham, M., Tucker, S., Randal, C. et al. (2015). A mixed-method investigation of patient monitoring and enhanced feedback in routine practice: Barriers and facilitators. *Psychotherapy Research*, 25, 633–646.
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Gruber, M., Strunk, G., Bachler, E. & Aas, B. (2016). Real-time monitoring of psychotherapeutic processes: Concept and compliance. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 7, 604.
- Schiepek, G., Aichhorn, W. & Schöllner, H. (2018a). Monitoring change dynamics – a nonlinear approach to psychotherapy feedback. *Chaos & Complexity Letters*, 11 (3), 355–375.
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Schöllner, H. & Kronberger, H. (2018b). Prozessfeedback in der Psychotherapie. *Methodik, Visualisierung und Fallbeispiel*. *Psychotherapeut*, 63 (4), 306–314.
- Schiepek, G., Stöger-Schmidinger, B., Kronberger, H., Aichhorn, W., Kratzer, L., Heinz, P. et al. (2019). The Therapy Process Questionnaire. Factor analysis and psychometric properties of a multidimensional self-rating scale for high-frequency monitoring of psychotherapeutic processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26, 586–602.
- Wampold, B. (2015). Routine outcome monitoring: Coming of age with the usual developmental challenges. *Psychotherapy*, 52, 458–462.



Prof. Dr. Dr. Günter Schiepek

Korrespondenzadresse:

Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Salzburg
Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Ignaz-Harrer-Str. 79, 5020 Salzburg
Österreich, guenter.schiepek@ccsys.de

Prof. Dr. Dr. Günter Schiepek leitet das Institut für Synergie-
tik und Psychotherapieforschung an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg und lehrt zudem im Bereich
Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München.
Er ist Lehrtherapeut für Systemische Therapie (DGSF) und
Senatsmitglied der Europäischen Akademie der Wissen-
schaften und Künste. Er forscht in den Bereichen Prozess-
Outcome, Neurodynamik und Monitoring/Feedback von Psy-
chotherapie.



Dr. Leonhard Kratzer

Dr. rer. biol. hum. Leonhard Kratzer ist Psychologischer Psy-
chotherapeut, Traumatherapeut (DeGPT), EMDR-Therapeut
(EMDRIA) und Leitender Psychologe der Klinik für Psycho-
traumatologie der Klinik St. Irmingard in Prien am Chiemsee.
Er forscht zu komplexen Traumafolgestörungen sowie Real-
Time-Monitoring und -Feedback.



Yvonne Hülsner

Dipl.-Psych. Yvonne Hülsner ist Psychologische Psychothera-
peutin in eigener Praxis. Ihr Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der
Integrativen Kognitiven Verhaltenstherapie. Außerdem ist sie
Lehrtherapeutin am Zentrum für Ausbildung Psychotherapie
Bielefeld.



Dr. Dr. Egon Bachler

Dr. Dr. Dipl.-Psych. Egon Bachler ist als Psychotherapeut
(Psychoanalyse) in eigener Praxis tätig. Er forscht an der Pa-
racelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg zum Thema
Multiproblemfamilien, mit einem Schwerpunkt im Bereich
Treatment Aptitude: was wirkt für wen unter welchen Bedin-
gungen?

Prophylaxe von Belastungsreaktionen bei Psychotherapeutinnen¹: Risikofaktoren erkennen und Resilienz stärken

Sabine Rehahn-Sommer & Annette Kämmerer

Zusammenfassung: Die psychische Gesundheit von Psychotherapeutinnen ist Risiken ausgesetzt und kann zu Beeinträchtigungen der therapeutischen Arbeitsqualität führen. Dies machen vielfältige Studienergebnisse deutlich, auch wenn das Thema bislang vergleichsweise recht wenig Beachtung in der Psychotherapieforschung findet. Mögliche Hintergründe für die Belastungen durch den Psychotherapeutenberuf werden diskutiert und die Relevanz von Burnout-Prophylaxe wird aufgezeigt. Anhand dessen werden Resilienz stärkende Selbstfürsorgemaßnahmen vorgeschlagen. Unterschiedliche Umsetzungsmöglichkeiten für spezifische Adressaten und Themen sowie Erfahrungen mit bereits vorliegenden Prophylaxe-Konzepten werden dargestellt. Das Fazit bilden die aus diesen Überlegungen resultierenden Forderungen für die klinische Forschung und Praxis.

Ein Fall von Burnout

Die Psychotherapeutin Johanna M. war vor kurzem 51 Jahre alt geworden, als ihr – wie sie es nannte – ihr „Leben entglitt“. In dem Bericht der Klinik hieß es: „Die Patientin Frau M. wies bei ihrer stationären Aufnahme alle Zeichen intensiver emotionaler und körperlicher Erschöpfung auf. Sie berichtete, unter ständiger Anspannung zu stehen und sich den beruflichen und privaten Aufgaben absolut nicht mehr gewachsen zu fühlen. Sie erlebe eine große innere Leere bei gleichzeitigen Schamgefühlen angesichts des ‚Makels‘ ihres Zustandes und der Furcht, hiermit privat und beruflich vor dem Aus zu stehen.“ Die Diagnose lautete: ICD F48.0 Neurasthenie, Z73.0 Burnout-Syndrom.

Schon lange vorher hatte es Warnzeichen gegeben. Absolut untypisch für sie selbst und für den Anlass unangemessen geschah es, dass sie in Therapien ungeduldig, gereizt reagierte, manchmal spürte sie eine große Distanz zu Patientinnen und wertete deren Probleme ab. Dann wieder ließen sie Erfahrungen aus den Therapien gar nicht mehr los, wie z. B. Ärger und Schuldgefühle angesichts von Kritik und Vorwürfen, die furchtbaren Bilder aus den Schilderungen der Traumatisierten, das Grübeln über ausbleibende Erfolge etc. Es gelang ihr immer schwerer abzuschalten und dies überlagerte ihr Privatleben. Auch hier gab es Signale: Sie verlor Dinge, es unterliefen ihr Fehler, sie vergaß wichtige Termine, wurde reizbar und fuhr bei kleinsten Anlässen aus der Haut.

Johanna war das erste Kind ihrer Eltern, es folgten ein Bruder (geistig behindert, „das Sorgenkind“) und danach Zwillingsschwestern. Der Vater (Ingenieur) war beruflich sehr eingespannt, die Mutter (Hausfrau) immer an der Grenze der

Überforderung. Johanna erhielt die Rolle der großen Schwester und Unterstützerin der Mutter. Bedürfnisse nach eigener Fürsorge durch Mutter oder Vater hatten hinter dem Gebot „Mach es uns nicht auch noch schwer“ zurückzustehen. Ihr lerngeschichtlich erworbener Oberplan lautete: „Nur wenn Du anderen nicht zur Last fällst, Deine eigene Stärke Benachteiligten zu Gute kommen lässt und Erwartungen perfekt erfüllst, kannst Du hoffen, Anerkennung und Zuwendung zu erhalten sowie Ablehnung und Isolation zu vermeiden“. Sie war beliebt, meisterte die Schule und auch das folgende Studium mit Bestnoten, ihr Berufswunsch Psychotherapeutin war früh gefasst. Mit 30 heiratete sie einen beruflich engagierten Wissenschaftler. Die Ehe blieb nach zwei Fehlgeburten kinderlos. Neben ihrem vollen Berufsalltag verfügte sie lange Zeit über ein vielfältiges, Regeneration bietendes Privatleben: netter Freundeskreis, Reiten (eigenes Pflegepferd), Chor, Fitnesskurse, gemeinsame Freude mit ihrem Mann an Kultur und Reisen etc. Seit Beginn ihrer Berufstätigkeit jedoch begleitete sie ein Problem: Es fiel ihr ungeheuer schwer, Therapieanfragen abzulehnen und die von ihr gewünschte Begrenzung der Therapieplätze einzuhalten. Hatte sie denn das Recht, ihr Bedürfnis nach „Freizeit“ über das anderer, Leidender zu stellen? Der Austausch mit Kolleginnen half da nicht viel, jeder ging doch irgendwie anders mit dieser Frage um, und über zu viel Arbeit klagten eigentlich alle. Nachdem sie einen schweren Reitunfall erlitt, gab sie dieses Hobby auf. Der Kontakt mit den Freundinnen, die Mütter wurden, fiel ihr schwer, und sie begann sich aus diesem Kreis zurückzuziehen.

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

Ohne bewusste Entscheidung verbrachte sie zunehmend mehr Zeit in der Praxis. Die Zahl der Patientinnen wuchs – auch von solchen mit schweren interaktionellen Störungen. Diese Therapien kosteten sie eine enorme Kraft, sowohl während der Arbeit als auch darüber hinaus. Oftmals fühlte sie sich mit ihrer gesamten Persönlichkeit auf dem Prüfstand, vorgeführt, manipuliert und nur mit größter Mühe ihre professionelle Position bewahrend. Begleitend wuchsen die Schreib- und organisatorischen Arbeiten, für das Lesen von Fachliteratur oder den Besuch von Fortbildungen war keine Zeit mehr. Die hormonellen Veränderungen der Wechseljahre machten sie zusätzlich emotional instabiler. Am Feierabend und an Wochenenden war sie zu erschöpft für Aktivitäten

—— Interessanterweise finden Fragen nach den beruflichen Belastungen in der deutschsprachigen psychotherapeutischen Forschung kaum Beachtung.

oder das Treffen von Leuten; sie wollte nur noch ihre „Ruhe haben“, was fernsehen, schlafen etc. bedeutete. Eine wirkliche Regeneration ihrer Kräfte war kaum mehr möglich. Schon längere Zeit hatte sie das Gefühl, ihr Leben nicht mehr selbst zu steuern, sondern fremdkontrolliert zu sein. Ihre frühere Freude am Beruf wich allmählich einem pflichtschuldigen und quälenden „Erledigen“ der Aufgaben – und dies umso rigider, ungnädiger, je mehr sie das Bedürfnis nach Flucht und Vermeidung spürte. Ein bilanzierendes Innehalten, das eine bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Situation und die Einleitung notwendiger Selbstfürsorgemaßnahmen ermöglicht hätte, fand nicht statt. Ungehindert konnte sich so der destruktive Prozess fortsetzen.

Letzter Auslöser ihres Zusammenbruchs war die mitfühlende Frage ihres Patienten, ob es ihr wirklich gut gehe, sie wirke so abwesend und belastet. Die andrängenden Tränen waren nicht mehr aufzuhalten. Sie fühlte sich absolut überfordert, konnte kaum noch etwas sagen und beendete die Stunde. Ohne in ihre Praxis zurückzukehren, begab sie sich nach einigen Tagen in therapeutische Behandlung.

Die psychische Gesundheit von Psychotherapeutinnen und Auswirkungen auf die Arbeitsqualität – ein Überblick über den Stand der Forschung

Psychotherapeutinnen sind tagtäglich mit den psychischen Problemen ihrer Patientinnen beschäftigt. Wie aber steht es mit dem eigenen Befinden und welche Bedeutung hat dies für ihr therapeutisches Handeln? Interessanterweise finden diese Fragen nach den beruflichen Belastungen in der im deutschen Sprachraum durchgeführten psychotherapeuti-

schen Forschung vergleichsweise wenig Beachtung. Dass hier weitere wissenschaftliche Untersuchungen nötig sind, belegen die im amerikanischen Sprachraum durchgeführten Studien allerdings deutlich. Im Folgenden fassen wir die Ergebnisse zusammen. *Laverdiere et al. (2018)* – eine der Forschergruppen – sprechen angesichts ihrer Ergebnisse von der Notwendigkeit eines „Weckrufs zum Thema psychischer Gesundheit der Psychotherapeutinnen“ (S. 315).²

Psychische Gesundheit wird anhand verschiedener Indikatoren geprüft: Neben Syndromen/Symptomen wie Ängsten, Depression, Suizidalität, Lebensunzufriedenheit etc. betreffen sie das Störungsbild des „Burnout“. Definiert nach den Kriterien von *Maslach und Jackson (1981)* kommt diesem eine besondere Bedeutung für den Psychotherapeutenberuf zu. Es beinhaltet die Hauptdimensionen: emotionale Erschöpfung (keine Energie, Kraftlosigkeit, Überforderungserleben), Depersonalisation (geringe bis keine Empathie, Distanz, Abwertung von Patientinnen) und verringerte Leistungsfähigkeit (subjektives Effektivitätserleben).³

Eine jüngst publizierte Studie von *Simpson et al. (2019)* zeigt, dass von den N = 433 befragten Psychotherapeutinnen fast die Hälfte, nämlich 47,9 %, ein mittleres bis hohes Erschöpfungsniveau aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit angaben. Eine Meta-Analyse der gleichen Arbeitsgruppe (*Simionato & Simpson, 2018*) verdeutlichte, dass Burnout als häufigste Ursache der Berufsunfähigkeit von Psychotherapeutinnen anzusehen ist: 55 % aller Befragten waren im mittleren bis hohen Ausmaß von Burnout betroffen. *Laverdiere et al. (2018)* fanden bei ihrer Untersuchung von N = 240 Psychotherapeutinnen, dass ein Fünftel sich emotional erschöpft fühlte und 10 % einen manifesten seelischen Leidenszustand aufwiesen. Die Autoren fassen ihre Befunde anhand von vier Profilen zusammen: 12 % sind hochgradig symptombelastet, 35 % akut von psychischer Erkrankung bedroht, 40 % gut angepasst, 12 % sehr gut funktionierend. In einer weiteren Untersuchung von *Reis et al. (2014)* an einer ebenfalls großen Stichprobe, nämlich von über 700 Psychotherapeutinnen, gaben 45 % große emotionale Erschöpfung und 30 % ein reduziertes subjektives Wohlbefinden für sich an. In der Studie von *Gilroy et al. (2002)* bezeichneten sich von über tausend Befragten 62 % als depressiv, von diesen wiederum nannten 42 % suizidale Gedanken und Verhaltensweisen. Im 2009 erschienenen „APA Colleague Assistance and Wellness Survey“ berichteten 40–60 % der befragten Praktikerrinnen, dass sie mindestens eine kurzzeitige Unterbrechung

² Die hier kursiv ausgewiesenen Kurztitel finden Sie mit ausführlichen Quellenangaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

³ Wir verwenden diese Definition eines „Burnout“-Syndroms in diesem Artikel und verstehen den Begriff als synonym zu „Belastungsreaktion“; die viel diskutierte Abgrenzung zur Depression sollte an anderer Stelle geführt werden.

ihres professionellen Funktionierens hatten, die mit Burnout, Ängsten oder Depression im Zusammenhang stand; 18 % gaben an, dass sie – bei Konfrontation mit persönlichen oder beruflichen Stressoren und Herausforderungen – Suizidge-danken hatten (APA 2010).

Man kann daher der Aussage von *Kleespiess et al. (2011)* zustimmen, dass hinreichend belegt ist, dass Psychotherapeutinnen dem Risiko der Ausprägung von Depressionen, Ängsten, Substanzmissbrauch und Suizidalität ausgesetzt sind. Nur eine uns bekannte Forschungsarbeit von *Willutzki und Veith (2018)* referiert für Psychotherapeutinnen im Vergleich mit anderen helfenden Berufen ein geringeres Burnout-Risiko, gleichwohl weisen die Autoren auf die Bedeutsamkeit des Themas hin.

Interessant ist, dass die Berufserfahrung als bedeutsam für das Burnout- und Depressionsrisiko angesehen wird. In mehreren Studien (*Lim et al., 2010; Reis et al., 2014; Simionato & Simpson, 2018; Willutzki & Veith, 2018*) erwiesen sich vor allem junge, am Berufsbeginn stehende Psychotherapeutinnen als von Burnout betroffen bzw. gefährdet. Mit zunehmender Berufserfahrung hingegen schildern Kolleginnen, wenig bis kaum unter psychischen Beeinträchtigungen zu leiden. Entsprechend ziehen manche Autorinnen hieraus den beruhigenden Schluss eines niedrigen Burnout-Risikos für erfahrene Psychotherapeutinnen (z. B. *Willutzki & Veith, 2018*). Mit Blick auf die Validität dieser Befunde, d. h. auf den potentiellen Antwortbias, der sich in Befragungen niederschlagen kann, sowie aufgrund eigener Eindrücke im Berufs- und Kolleginnenkreis wagen wir Zweifel an dieser Interpretation anzumelden. So bilanzieren auch *Kleespiess et al. (2011)*, dass die Forschungsergebnisse zu psychischen Erkrankungen bis hin zu Suizidalität und Suizid als Unterschätzungen bewertet werden müssten und zwar aufgrund der mit diesen Ereignissen verbundenen Scham und des Stigmas der Betroffenen bzw. des sozialen Umfeldes. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt *Jaeggi* sowohl bei ihrer großen Studie zur psychischen Gesundheit von Psychotherapeutinnen (*Jaeggi, 2001; 2019*) als auch aufgrund ihrer heutigen Erfahrung bei Forschung, Intervention, Supervision und Therapie von Kolleginnen. Idealistische Selbstansprüche und Normvorstellungen der Psychotherapeutinnen verfälschten – so ihre Überzeugung – Befragungsergebnisse, nach dem Motto: „Als berufserfahrene und qualifizierte Therapeutin muss man sein Leben und sich selbst im Griff haben, psychische Erkrankung wäre ein Beleg von Schwäche und Inkompetenz (s. u.)“ Könnte sich somit in den Ergebnissen der verschiedenen Studien ein schambesetztes Thema niederschlagen, das die wahre Befindlichkeit verbirgt? Mehr noch: Ist dies eventuell auch einer der Gründe für die vergleichsweise geringe Beachtung unseres Themas innerhalb des klinischen Diskurses? Wir meinen, dass einiges für diese Annahmen spricht und es auf jeden Fall wert wäre, diesen Fragen weiter nachzugehen.

Im Gegenzug wird die in Befragungen von Psychotherapeutinnen geäußerte hohe Zufriedenheit mit der beruflichen Arbeit ins Feld geführt (*Rabe-Menssen & Hild-Steimecke, 2013; Willutzki & Veith, 2018*). Diese zeige, so der Einwand, dass der psychotherapeutische Beruf von den allermeisten Kolleginnen als bereichernd und Freude machend beschrieben wird. Allerdings werden die spezifischen Belastungen des psychotherapeutischen Alltags lediglich in Hinblick auf bürokratische und wirtschaftliche Herausforderungen erfragt (Antragsverfahren, Altersvorsorge etc.); genauere Fragen nach belastenden emotionalen Erfahrungen werden nicht gestellt. Es ist daher auch durch diese scheinbar kontroversen Befunde nicht auszuschließen, dass eine Tabuisierung der eigenen psychischen Belastung durch die Patientenarbeit stattfindet. Das ist sogar in gewisser Weise verständlich, da von verschiedenen Autorinnen betont wird: „Burnout ist eines der wenigen Therapeutenmerkmale, die sich nach einer Metaanalyse relativ konsistent negativ auf das Therapieergebnis auswirken“ (*Willutzki & Veith, 2018, S. 55*, unter Berufung auf *Beutler et al.*). Die physiologischen, kognitiven und emotionalen

— Es ist belegt, dass Psychotherapeutinnen einem nicht zu unterschätzenden Risiko der Ausprägung von Depressionen, Ängsten, Substanzmissbrauch und Suizidalität ausgesetzt sind. —

Einschränkungen dieses Krankheitsbildes behindern somit eine förderliche Therapeutin-Patientin-Beziehung, erhöhen die Fehlerwahrscheinlichkeit diagnostischer und therapeutischer Prozesse und führen zu schlechteren Arbeitsergebnissen.

Die Forschungsergebnisse zeigen also insgesamt: Die psychische Gesundheit der Psychotherapeutinnen ist Belastungen ausgesetzt, die Auswirkungen auf die Arbeitsqualität haben können. Sowohl zum Schutz der Psychotherapeutinnen als auch zum Schutz ihrer Patientinnen sind deshalb Burnout-Prophylaxe-Maßnahmen dringend erforderlich.

Risikofaktoren des Berufes

Obwohl Belastungsreaktionen in allen Berufen auftreten, zeigen entsprechende Forschungsarbeiten, dass die Auslöser und die Folgen über verschiedene Berufstätigkeiten hinweg variieren. Ein angemessenes Verständnis von Burnout erfordert also, dass man sich mit der spezifischen Eigenart und den Ansprüchen der jeweiligen Berufstätigkeit auseinandersetzt (*Lee et al., 2011*; zu den folgenden Aspekten s. auch: *Kleespieß et al., 2011; Laverdiere et al., 2018; Lohmann, 2017; Reis et al., 2014; Simionato & Simpson, 2018; Simpson et al., 2019; Willutzki & Veith, 2018*).

Belastungen des Psychotherapeutenberufs

Die therapeutische Arbeit stellt eine intensive zwischenmenschliche Begegnung dar. Diese hinterlässt unweigerlich

Spuren bei den Psychotherapeutinnen – bisweilen mit stärkenden, manchmal auch mit destabilisierenden Auswirkungen. Psychotherapeutinnen sind mit ihrer ganzen Person, ihrem Menschen- und Selbstbild, den eigenen kognitiven und emotionalen Schemata und den daraus abgeleiteten Lebensstrategien, dem biographischen Hintergrund und der aktuellen Lebenssituation in den therapeutischen Beziehungsprozess involviert. Ihre Reaktionen auf die verschiedenen Patientinnen, deren Wahrnehmung und (diagnostische) Einordnung sowie ihr Verhalten in der Therapeutin-Patientin-Beziehung bilden eines der wichtigsten therapeutischen Werkzeuge. Allein dies impliziert eine starke emotionale und kognitive Beanspruchung. Psychotherapeutinnen lernen sehr früh, dass die Beziehung der wichtigste Wirkfaktor für die Psychotherapie ist (Flückiger et al., 2018), umso bedeutsamer also die psychische Präsenz in der therapeutischen Interaktion.

Inhaltlich werden sie durch ihre Patientinnen immer wieder mit schweren Schicksalen und Leid konfrontiert, mit intensiven emotionalen Bedürfnissen, mit unrealistischen Erwartungen an Hilfe und Unterstützung, mit offenen oder verdeckt manipulativen, Grenzen missachtenden Strategien, mit aggressivem Verhalten, Suizidalität und Ähnlichem. Je intensiver die beruflichen Eindrücke sind, je mehr sie die Psychotherapeutin bei vulnerablen Punkten berühren und/oder es Überschneidungen mit aktuellen privaten Lebensthemen gibt, desto schwerer gelingt möglicherweise eine Abgrenzung. Die emotionalen Themen begleiten sie in ihre private Welt und erschweren damit die notwendige Regeneration der Arbeitskraft und -freude.

Umgekehrt können auch Probleme und Belastungen aus dem Privatleben in die berufliche Tätigkeit eindringen. Schafft es die Psychotherapeutin nicht, sich diesbezüglich während ihrer Arbeitszeit zu distanzieren, kann sich dies erschwerend auf ihre emotionale und kognitive Aufmerksamkeit gegenüber der Patientin – d. h. auf ihre Arbeitsqualität – auswirken.

Wie auch bei anderer Berufstätigkeit können weitere Belastungen aus negativen externen Arbeitsbedingungen resultieren, wie z. B. hoher Arbeitsdruck, Zeitknappheit für Büroarbeiten, externe Kontrolle über die Arbeit etc.

„Verführungen“

Aber nicht nur negative, belastende Bedingungen des Berufes bedrohen die psychische Gesundheit. Auch das Erleben von Erfolgen und positiven Rückmeldungen seitens der Patientinnen birgt potentielle Gefahren, denn diese können dazu verführen, den Beruf auf Kosten des Privatlebens immer mehr auszuweiten.

Positive Therapieerfahrungen bieten die Möglichkeit für die Befriedigung u. a. von

- narzisstischen Bedürfnissen (Dankbarkeit, Lob, Wertschätzung, bis hin zur Bewunderung und Idealisierung durch Patientinnen);

- Macht und Kontrollbedürfnis (Steuern, Einflussnahme auf Lebensverläufe);
- sozialem Kontaktbedürfnis sowie
- Lust und Neugier an dem teilweise spannenden, außergewöhnlichen Leben der Patientinnen: Dies bedeutet stellvertretendes, virtuelles Leben statt des eigenen.

Je weniger Therapeutinnen über ein Privatleben verfügen, das diese Bedürfnisse ebenfalls erfüllt, desto eher können sie verführt sein, hierfür die berufliche Erfahrungswelt zu funktionalisieren und ihr entsprechend viel Raum zu geben. Eine mögliche Folge ist, dass **reale** Bindungs-, Liebes-, Wirksamkeits- und Lebenserfahrungen weiter abnehmen. Die positiven Äußerungen der Patientinnen können diese Erfahrung nicht wirklich ersetzen, da sie zum großen Teil auf Projektionen/Idealisierungen bzw. nur eingeschränkter Kenntnis der Person der Therapeutin basieren. Wenn schließlich erkannt wird, wie wenig Inhalt das eigene Leben tatsächlich noch aufweist, wenn die Kraft nachlässt und sich Erschöpfung einstellt, droht psychische Destabilisierung in Form von Burnout und anderen Symptomen.

Der Selbstanspruch, eine ideale Therapeutin mit perfekten, erfolgreichen Therapiemethoden zu sein

Psychotherapeutinnen – egal welcher Schulrichtung – durchlaufen innerhalb ihrer Ausbildung eine auf die persönliche Entwicklung abzielende Selbsterfahrung. Sie erlernen allgemeine und spezifische Problemlösungs- und -bewältigungstechniken, sowie – gerade auch in der aktuellen Verhaltenstherapie – Interventionsmethoden, deren Wirksamkeit als wissenschaftlich belegt gilt. All dies kann zu einem enormen Erfolgsdruck führen, immer den absolut richtigen und erfolgreichen Therapieweg zu finden. Gelingt dies nicht, so ist die Attribuierung des „Misserfolgs“ auf die eigene Inkompetenz naheliegend (Rehahn-Sommer, 2015; Rehahn-Sommer, im Druck). Der möglicherweise niederschmetternde Vergleich mit anderen Psychotherapeutinnen – die doch „die viel besseren Persönlichkeiten und kompetenteren Behandlerinnen“ sind – impliziert nagende Selbstzweifel bis hin zur Infragestellung, ob man für diesen Beruf überhaupt geeignet ist (Jaeggi, 2019).

Die reale psychotherapeutische Arbeit beinhaltet – im Gegensatz zu klinisch-psychologischen Studien, die zumeist an einer studentischen Population oder homogenen Patientengruppen orientiert sind – in aller Regel die Konfrontation mit viel Unkontrollierbarem, Unvorhersehbarem, mit komplexen Störungsbildern, unzureichender Therapiemotivation etc., angesichts dessen die Psychotherapeutin Entscheidungen über die individuelle Anpassung der Therapiewege und -methoden vorzunehmen hat. Dieser komplexe Prozess ist niemals von vornherein durch Erfolg gesichert, sondern birgt auch die Möglichkeit von Fehlschlägen. Ist man sich dessen nicht bewusst, kann dies fatale Folgen für die Psychotherapeutin und deren psychisches Befinden haben.

Hinzu kommt, dass die „psychotherapeutische Landschaft“ sich verändert; die Palette der Störungsbilder differenziert und erweitert sich, die Akzeptanz von Psychotherapie unterliegt Wandlungen, die Ansprüche von Patientinnen ändern sich ebenfalls (Kämmerer, im Druck). Auf all diese Veränderungen müssen Psychotherapeutinnen reagieren; sie müssen mit jungen Menschen ebenso umgehen können wie mit älteren, mit Männern wie mit Frauen, vielleicht sogar noch mit Paaren und Familien. Je nach existentieller Situation, d. h. der Notwendigkeit, mit der eigenen Praxis oder der Angestelltenstelle das Leben finanziell abzusichern, bleibt u. U. wenig Spielraum, um den eigenen Vorlieben und Kompetenzen wirklich Genüge zu tun; vielmehr wird eine möglichst große Zahl an Patientinnen behandelt, auch weil Therapieplätze rar sind und es schwerfällt, Patientinnen abzulehnen (s. hierzu auch die Ergebnisse von Rabe-Menssen & Hild-Steimecke, 2013).

Je stärker Selbstzweifel nagen und je schambehafteter das Erleben, desto weniger wird man sich die Chance geben, im offenen Gespräch mit Kolleginnen generelle Belastungsfaktoren zu erkennen. Trotz aller Erfahrung mit der eigenen Person und dem Leben bleiben Psychotherapeutinnen reale, nicht perfekte Wesen („Der Mensch ist nicht für die Vollkommenheit geschaffen“, Merkel). Das Bemühen um kompetente Arbeit und um die ständige Erweiterung unseres Wissens ist ein selbstverständlicher Anspruch; dies verhindert jedoch nicht, dass beruflich Stärken *und* Schwächen existieren. Darum zu wissen, es nicht zu verleugnen und angemessen damit umzugehen, ist die Strategie der Wahl.

Die Ansprüche als Privatmensch

Der Identitäts- und Rollenwechsel von der Psychotherapeutin zum Privatmenschen ist nicht immer einfach und kann einen Stressor für die seelische Gesundheit darstellen. Welche aus Therapiewissen abgeleiteten Ansprüche stellen Therapeutinnen – mit welcher Unerbittlichkeit oder Nachsicht – an sich selbst? Wo erlauben sie sich Abweichungen, also „menschlich“ und nicht nur „therapeutisch“ zu reagieren? Denn auch das private Umfeld konfrontiert Psychotherapeutinnen oftmals mit Verhaltenserwartungen, die sie auf die Rolle als Therapeutin festlegen. Wo darf man sich z. B. dem Wunsch der Freundin nach dem privaten „Sorgengespräch“ verweigern, wo sich „un-therapeutisch“ zeigen? Zwischen Abgrenzungsnotwendigkeit, Rollenwechsel und eigenen sozialen Werten eine gute Balance zu realisieren, bildet eine ständige Herausforderung.

Vieles spricht dafür, dass unrealistische und idealistische Selbstansprüche ebenfalls verantwortlich sind für die intensive Furcht- und Schambesetzung hinsichtlich eigener psychischer Schwächen, die als ein Zeichen beruflichen **und**

privaten Versagens gedeutet werden könnten. In der Untersuchung von *Kleespies et al. (2011)* beschreiben Psychotherapeutinnen große Hemmungen, in psychischer Not Hilfe zu suchen (z. B. bei Kolleginnen). Als häufigste Gründe wurden genannt: Zeitmangel (61 %), Verleugnen oder Kleinreden von Warnhinweisen (43 %), private oder vertrauliche Überlegungen (43 %), Scham, Schuld, Peinlichkeit (40 %), Mangel an Wissen über verfügbare/nutzbare Ressourcen (31 %), Furcht

— Je stärker Selbstzweifel nagen und je schambehafteter das Erleben, desto weniger wird man sich die Chance geben, im offenen Gespräch mit Kolleginnen generelle Belastungsfaktoren zu erkennen. —

vor Verlust des professionellen Status/Ansehens (29 %), inadäquate soziale Unterstützung (7 %). Ohne rechtzeitige, angemessene Hilfe jedoch steigt die Gefahr, dass genau jenes geschieht, was man verhindern wollte: die Ausbildung einer nicht mehr zu verbergenden psychischen Symptomatik.

Persönlichkeitsspezifische Vulnerabilitäten

Neben den genannten Faktoren kommt den eigenen Persönlichkeitsspezifischen Prägungen, Schemata und Berufswahlmotiven ebenfalls eine bedeutsame Rolle bei möglichen Vulnerabilitäten zu. *Simionato und Simpson (2018)* identifizierten bei Psychotherapeutinnen Neurotizismus, Perfektionismus und spezifisches Vermeidungsverhalten als gesundheitsgefährdend. *Simpson et al. (2019)* konnten in ihren Studien aufzeigen, dass frühe maladaptive Schemata und maladaptive Coping-Modi die Anfälligkeit für die Ausbildung einer Burnout-Symptomatik bei Psychotherapeutinnen erhöhen. Besonders negative Folgen ergaben sich aus „unbarmherzigen Standards“ und der Tendenz zur „Selbstaufopferung“.

In unserer langjährigen Tätigkeit als Dozentinnen in der Therapieausbildung machen wir folgende Beobachtung: Die typischen jungen Psychotherapeutinnen sind weiblich, häufig stammen sie aus Familien, in denen es ein Geschwister oder Elternteil gab, das psychosomatisch belastet war. Schon sehr früh wurde gelernt, die eigene Bedürfnisse hinter denen anderer zurück zu stellen („sozial“ zu handeln), perfektionistisch und leistungsorientiert die Erwartungen anderer zu erfüllen („Einsler-Abiturientinnen“), mit der Hoffnung dadurch Ablehnung, Abwertung, Kritik oder Scheitern zu vermeiden und stattdessen Anerkennung, Kontrolle, Bindung, „Glanz“ zu erhalten. Hiermit sind positive **und** potentiell vulnerable Voraussetzungen für den Therapeutinnen-Beruf impliziert: Neben hoher Empathie-Fähigkeit, Strukturiertheit, Intelligenz, Leistungsfähigkeit, sozialen Werten und Ähnlichem stehen diese Personen auch in der Gefahr, für die Anerkennung durch ihre Patientinnen andere, wichtigere Ziele zu vernachlässigen, an unrealistischen Standards sowohl im Beruf als auch im Privat-

leben festzuhalten und die notwendige Selbstfürsorge u. a. in Form einer Abgrenzung gegenüber der beruflichen Erfahrungswelt zu unterlassen.

Burnout-Prophylaxe: Resilienz stärken durch Selbstfürsorge

Wie können die Qualität der therapeutischen Arbeit, die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsfreude angesichts der Risikofaktoren aufrechterhalten werden, wie können sich Psychotherapeutinnen vor Burnout schützen, was stärkt ihre Resilienz?

Neben der ständigen Fortbildung in therapeutischen und arbeitsorganisatorischen Kompetenzen betrifft dies eine auf die individuelle und aktuelle Situation ausgerichtete Selbstaufmerksamkeit und eine angemessene Selbstfürsorge (Kleespies et al., 2011; Lee et al., 2011; Reis et al., 2014; Simonato & Simpson, 2018; Willutzki & Veith, 2018). Und zwar, das ist uns wichtig, während des gesamten beruflichen und privaten Lebens. Diese Selbstaufmerksamkeit setzt voraus, dass man sich regelmäßig einem „Check-Up“, d. h. einer Selbsteinschätzung bzgl. des Befindens, des Kräftehaushalts und der Lebenssituation unterzieht und über das Wissen und die Möglichkeiten entsprechender Maßnahmen zur Resilienz-Stärkung verfügt.

Selbstfürsorge

Zunächst zum Terminus „Selbstfürsorge“ (Hoffmann & Hoffmann, 2008). Hierbei geht es nicht um die Realisierung einer allgemeinen „ego-zentristischen“ Schonhaltung, sondern um selbststärkende Maßnahmen, die aus den spezifischen Risikofaktoren des Berufs der Psychotherapeutin abgeleitet werden. Eine solche, auf Resilienz-Stärkung abzielende Selbstfürsorge von Psychotherapeutinnen beinhaltet aus unserer Sicht folgende Aspekte:

- kontinuierliche Reflexion der eigenen beruflichen Werthaltungen, der kritischen Überprüfung, ob die eigene berufliche Orientierung nach wie vor den inneren Standards entspricht (Bohus et al., 2016);
- folglich eine kognitive und emotionale Überprüfung des professionell realisierten Menschenbilds, der moralischen Einstellungen und Überzeugungen (Kämmerer, im Druck);
- Selbstachtsamkeit und Selbstmitgefühl;
- ein Privatleben, das die Möglichkeit zur Befriedigung von Grundbedürfnissen bietet, um oben genannten „Verführungen“ besser zu widerstehen;
- ein Privatleben, das der Berufswelt entgegengesetzte, kompensierende Kräfte stärke Erfahrungen ermöglicht (statt „heilen“ lieber Neues schaffen, Kreativität, gesellschafts- und berufspolitische Einflussnahme; statt Leiden, Trauer, Schwere lieber Leichtigkeit, Freude, Humor; symmetrische Beziehungen; statt Isolation – Ge-

meinschaft, Kontakt; Beschäftigen mit „Nicht-Psychothemen“; statt langem Sitzen – Bewegung, Aktivierung, Entspannung);

- Abgrenzungs-, Distanzierungs- und Selbstunterstützungskompetenzen;
- realistische, positive berufliche und private Selbstansprüche;
- Kenntnis eigener vulnerabler Punkte und hilfreiches Umgehen damit;
- Selbst-Validierung und Selbst-Ermutigung bei „Not-Situationen“, die zu expliziter Auseinandersetzung und Hilfesuchen beitragen statt zu schamhaftem Verbergen;
- hilfreiche soziale Vernetzung – beruflich und privat.

Wichtig ist jedoch, dass hiermit *nicht* das alte durch ein neues unrealistisches Idealbild ersetzt wird, im Sinne „der allseits ideal selbstfürsorglich lebenden und handelnden Therapeutin“. Wir verstehen dies als Orientierungsziele, als eine Anleitung zur Handlungsreflexion, wohl wissend, dass man sie nie ganz erreichen kann.

Maßnahmen zur Burnout-Prophylaxe

Innerhalb des regelmäßigen, persönlichen „Check-ups“ zur Burnout-Prophylaxe ist es wichtig zu entscheiden, welche für den Einzelfall spezifischen Selbstfürsorgemaßnahmen mit Blick auf die aktuell kräftezehrenden und belastenden Faktoren als bedeutsam und hilfreich eingeschätzt werden. Dies erfordert zunächst eine sorgfältige Problemanalyse der aktuell relevanten internen und externen Faktoren der akuten Belastungssituation, der generellen Lebenssituation sowie der berührten vulnerablen Persönlichkeitsaspekte etc. Mit dieser Information können Ziele und Wege – einschließlich der Identifikation von Unterstützungs-Ressourcen – entworfen werden.

Die Bearbeitung kann in unterschiedlichen Settings durchgeführt werden und – je nach Adressaten und deren beruflicher Situation – spezifische Themen in den Focus nehmen.

■ **Ausbildungsteilnehmende:** Die Mehrheit der vorliegenden Forschungsergebnisse spricht dafür, so früh wie möglich mit Burnout-Prophylaxe zu beginnen und zwar schon innerhalb der Therapieausbildung (Kämmerer et al. 2011; Kleespies et al., 2011; Reis et al., 2014). Die angehenden Psychotherapeutinnen sollen hierbei durch Information und Selbsterfahrung für Risiken, Frühwarnsymptome, eigene vulnerable Punkte, Ressourcen und relevante Selbstfürsorgemaßnahmen sensibilisiert und vorbereitet werden und Ermutigung erfahren, indizierte Unterstützungsmöglichkeiten umzusetzen.

■ Berufstätige

Für die Prophylaxe-Arbeit dieser Adressatengruppe bieten sich mehrere Settings an:

- als allein durchgeführte, regelmäßige Selbstevaluation mit – falls notwendig – Einleitung schützender Selbstfürsorgemaßnahmen;
- als themenspezifische kollegiale Intervision, Supervision und Selbsterfahrung sowie
- als spezifischer Fortbildungs-Workshop.

Je nach Dauer und Art der Berufstätigkeit können, neben den o. g. allgemeinen Belastungsfaktoren, auch **spezifische** Belastungen für die Prophylaxe-Arbeit relevant werden:

- **Anfänger-Therapeutinnen** (s. auch *Simionato & Simpson, 2018*):
Die Eröffnung einer *eigenen Praxis* bedeutet zumeist große Unsicherheit und Ängste bzgl. Einkommen und Kompetenz, bei hohem Verantwortungsdruck und „Realitätsschock“ (s. o.) und gleichzeitiger Isoliertheit in der Arbeit. Als *angestellte Psychotherapeutinnen*, zum Beispiel in einer (privatisierten) Klinik, erleben sie nicht selten hohen Arbeits- und Verantwortungsdruck bei wenig Unterstützung und Anleitung, wenig Selbstbestimmung, zeitliche und emotionale Überforderungssituationen, geringe Bezahlung.
- **Langjährig berufstätige Therapeutinnen** können (neben einigen der o. g. Punkte) potentiell Gefahr laufen, abzustumpfen, lustlos und desillusioniert gegenüber früherer Wert- und Sinndefinition ihres Berufes zu werden, oder mit Erschöpfungssymptomen auf die jahrzehntelangen Herausforderungen des Berufes reagieren.

Seminare und Trainings

Simionato und Simpson (2018) kommen aufgrund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass das Burnout-Risiko erheblich durch kontinuierliche Trainings gesenkt werden könnte, die Therapeutinnen dabei unterstützen, sich ihrer Stärken, Grenzen und Kapazitäten bewusst zu werden und damit die bessere Vereinbarkeit von Person, Umfeld und Beruf zu fördern. Durch die Entwicklung von spezifischen Skills und Selbstansprüchen, die eine angemessene Selbstfürsorge implizieren, könne die Resilienz gestärkt sowie eine gute Work-Life-Balance erreicht werden. Humor und die Fähigkeit, sich im Notfall Hilfe zu suchen, sind wichtige Bestandteile.

Willutzki und Veith (2018) entwickelten einen Workshop zum Thema Burnout, den sie – neben der Thematisierung in anderen therapierelevanten Kontexten wie bspw. Supervision – als Teil der Psychotherapie-Ausbildung anbieten. Aus ihren Erfahrungen folgern sie, dass die aktive Reflexion von spezifischen und herausfordernden Arbeitsbedingungen zum Erhalt einer positiven Arbeitsmotivation beitragen kann: „Belastungsmanagement und Selbstfürsorge sollten daher Bestandteil der Psychotherapieausbildung und einer verantwortungsvollen Berufsausübung sein“ (2018, S. 58).

Die Autorinnen entwickelten ein Seminarkonzept zur Burnout-Prophylaxe, das – in Anlehnung an die bereits erwähnten

Konzepte – Selbstreflexion, Wissensvermittlung und Supervision (z. B. bei sehr schwierigen, herausfordernden Therapieerfahrungen) zum Gegenstand hat (*Kämmerer & Reahn-Sommer, 2018*). Die Durchführung dieser Seminare hat unser Erfahrungswissen zu potentiell Burnout bei psychotherapeutisch arbeitenden Kolleginnen wesentlich bereichert. Es hat sich gezeigt, dass ein individualisiertes Vorgehen mit dem Schwerpunkt auf vulnerablen Persönlichkeitsanteilen, Risikofaktoren und Schutzmöglichkeiten sinnvoll und hilfreich ist.

Das Alter der Teilnehmenden, die an den bisherigen Seminaren teilgenommen haben, variierte von Mitte 30 bis Ende 60, d. h. es handelte sich auch um Berufsanfängerinnen, mehrheitlich jedoch um langjährig Berufserfahrene, Frauen sind überrepräsentiert. Die Teilnehmenden hatten verschiedene therapeutische Ausbildungen (und entsprechend Approbationen) absolviert; die Schulensorientierung spielte keine Rolle. Die erörterten Themen umfassten Auswirkungen privater Herausforderungen auf die berufliche Tätigkeit (z. B. zeitliche und emotionale Belastung durch die Versorgung der alten und hilfsbedürftigen Eltern) und auch umgekehrt belastende Auswirkungen des Berufs auf das Privatleben (wie z. B. Überlastung durch die Anzahl zu behandelnder Patienten). Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen sind durchgängig positiv.

Fazit

- Der psychischen Gesundheit von Therapeutinnen sollte sowohl im Forschungs- als auch im Praxiskontext eine deutlich größere Aufmerksamkeit gewidmet werden als bisher.
- Die Scham über eigene psychische Probleme und Erkrankungen und die daraus resultierende Tabuisierung des eigenen negativen Befindens sollte in der klinisch-psychologischen Forschung stärker in den Fokus gerückt werden.
- Dem Druck durch falsche Idealvorstellungen sollte durch Aufklärung (über allgemeine und objektive gesundheitliche Risikofaktoren des Berufes) sowie durch die Entwicklung eines realistischen beruflichen und privaten Therapeutinnen-Bildes entgegengewirkt werden.
- Burnout ist als eine – der beruflichen Tätigkeit inhärente – Gefahr zu erkennen. Maßnahmen zur Prophylaxe sind deshalb unabdingbar und schon in der Therapieausbildung sowie später fortlaufend begleitend zur Berufstätigkeit zu ergreifen.
- Diese Maßnahmen beinhalten die Prüfung des aktuellen psychischen Belastungsstatus, eine entsprechende Problemanalyse und die Erarbeitung selbstfürsorglicher Schutz- bzw. Unterstützungsstrategien.
- Aufgrund der Relevanz des Themas „Psychische Gesundheit und Burnout-Prophylaxe“ sollten die Psychotherapeutenkammern ihre Mitglieder über die Bedeutung und die verschiedenen Möglichkeiten der Umsetzung informieren sowie standardmäßig zur Burnout-Prophylaxe in ihrem Fortbildungsangebot installieren.

■ Analog zum Advisory Committee On Colleague Assistance (ACCA) der APA sollte von den entsprechenden Stellen (vorwiegend den Psychotherapeutenkammern) eine Möglichkeit angeboten werden, an die sich Betroffene mit psychischen Krankheitssymptomen wenden können. Ziel wäre, mit Informationen und konkreten Unterstützungsangeboten Hilfe in Krisensituationen zu bieten und der Gefahr negativer Entwicklungen bis hin zur Suizidalität entgegenzuwirken (Reis et al., 2014).

Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz gegen Burnout dienen der Qualitätssicherung der Arbeit – zum Wohle der Psychotherapeutinnen und ihrer Patientinnen!

Literatur

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

Gilroy, P., Carrol, L. & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling Psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 402–407.

Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz.

Jaeggi, E. (2001). *Und wer therapiert die Therapeuten?* Stuttgart: Klett-Cotta.

Kämmerer A., Kapp, F. & Rehahn-Sommer, S. (2011). Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (2), 146–151.

Kämmerer, A. & Rehahn-Sommer, S. (2018). *Stärke, Ruhe, Wohlbefinden. Burnout-Prophylaxe für Psychotherapeutinnen. Workshop-Konzept und -Manual*. Unveröffentlicht.

Kleespies, P. M., Van Orden, K., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. et al. (2011). Psychologists suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Professional Psychological Research Pr.*, 42 (3), 244–251.

Laverdiere, O., Kealy, D., Ogradniczuk, J. S. & Motin, A. J. S. (2018). Psychological Health Profiles of Canadian Psychotherapists: A Wake up Call on Psychotherapists' Mental Health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59 (4), 315–322.

Lee, J., Lim, N., Yang, E. & Lee, S. M. (2011). Antecedents and Consequences of Three Dimensions of Burnout in Psychotherapists: A Meta-Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42 (3), 52–258.

Lohmann, B. (2017). *Selbstunterstützung für Psychotherapeuten*. Göttingen: Hogrefe.

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Paolo Alto: Consulting Psychologists Press.

Rabe-Menssen, C. & Hild-Steimecke, S. (2013). Freude am Beruf, aber große finanzielle Sorgen. Ergebnisse der DPtV-Online-Umfrage bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapie Aktuell*, 8 (3), 6–16.

Rehahn-Sommer, S. (2015). *Verhaltenstherapeutische Praxis in Fallbeispielen. Leben statt Überleben und andere Geschichten*. Heidelberg: Springer.

Reis, D., Schröder, A. & Schlarb, A. (2014). Wohlbefinden, Burn-out und Ressourcen bei Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 59, 46–51.

Simionato, G. & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review on the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74 (9), 1431–1456.

Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C. & Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologists: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26, 35–46.

Willutzki, U. & Veith, A. (2018). Burnout und professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten. *PID – Psychotherapie im Dialog*, 19, 55–59.



Dr. Sabine Rehahn-Sommer

Neuhöfe 7
35041 Marburg
rehahn-sommer@web.de

Dr. Dipl.-Psych. Sabine Rehahn-Sommer, Psychologische Psychotherapeutin sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin ist als Psychotherapeutin in eigener Praxis tätig sowie als Supervisorin und Dozentin für Selbsterfahrung und Selbsterfahrungsleitung in der Aus- und Fortbildung für Verhaltenstherapie. Schwerpunkte ihrer Tätigkeit sind Schulen übergreifende, integrative Therapieansätze, Psychoonkologie, Psychotraumatologie sowie Burnout-Prävention bei Psychotherapeutinnen.



Prof. Dr. Annette Kämmerer

Praxis für Psychotherapie und Coaching
Karl-Ludwigstr. 2
69117 Heidelberg
annette.kaemmerer@psychologie.
uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Annette Kämmerer, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), in eigener psychotherapeutischer Praxis arbeitend, sowie als Supervisorin und Dozentin in Aus- und Weiterbildung; langjährige Tätigkeit im Psychologischen Institut der Universität Heidelberg, Lehrstuhl Klinische Psychologie. Schwerpunkte im Bereich Emotionspsychologie, vor allem Scham- und Schuldgefühle, moralische Aspekte therapeutischen Handelns, Menschenwürde.

Körperliches Training: eine additive Behandlungsmethode?

Viola Oertel, Miriam Bieber, Daniela Schmidt, Esra Görgülü & Kirsten Zabel

Zusammenfassung: In dem Artikel werden Ziele und Methoden körperlichen Trainings als additive Methode in einem multidisziplinären Behandlungskonzept psychischer Störungen vorgestellt. Der anschließende Textabschnitt zeigt Forschungsergebnisse zur Wirkung und zu den Wirkmechanismen dieser Methode, insbesondere für die Störungsbilder: depressive Störungen, kognitive Beeinträchtigung und Demenz, Angststörungen und Psychosen. Weiterhin werden Strategien, die für die Anwendung relevant sind, dargestellt. Körperliches Training als Therapieansatz bei psychischen Störungen stellt eine neue Interventionsform dar und es existieren bisher nur in geringem Umfang empirisch gut gesicherte Erkenntnisse zur positiven Wirkung und zu den zugrundeliegenden Mechanismen. Dennoch sind bisherige Erfahrungen vielversprechend, sodass körperliches Training vereinzelt schon Eingang in aktuelle Therapieleitlinien findet. Weitere Bestrebungen gehen dahin, evidenzbasierte Empfehlungen zur Anwendung körperlichen Trainings bei psychischen Störungen zu entwickeln.

Einleitung

Multifaktorielle Behandlungsprogramme sehen bei Menschen mit psychischen Störungen psychopharmakologische sowie psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen vor. Der Erfolg therapeutischer Interventionen ist allerdings begrenzt und führt in vielen Fällen nur zu Teilremissionen oder keinerlei Therapieerfolg: Bei depressiven Störungen bleibt etwa die Hälfte bis ein Drittel der Betroffenen trotz regelmäßiger Behandlung dauerhaft erkrankt bzw. erlangt nicht das gleiche Funktionsniveau wie vor Ausbruch der Erkrankung (Wittchen & Hoyer, 2011). Auf der Suche nach weiteren Verbesserungen therapeutischer Interventionen wird deshalb vielfach die Integration eines körperlichen Trainings in einem multifaktoriellen Behandlungskonzept diskutiert (Weigelt *et al.*, 2012) und systematisch erforscht (Banzer, 2017).¹

Wenn in diesem Artikel von *körperlichem Training* gesprochen wird, so sind darunter Bewegungs- bzw. körperorientierte Therapieverfahren gemeint, die in anderen Zusammenhängen auch als Bewegungstherapie, Körpertherapie oder Sporttherapie bezeichnet werden (siehe auch Oertel-Knöchel & Hänsel, 2015). Körperliches Training wirkt sich durch die Stärkung von Grundlagenausdauer, Kraftausdauer, Flexibilität, koordinativen Fähigkeiten oder psychischen Aspekten – je nach Ausrichtung des körperlichen Trainings – positiv auf die Gesundheit aus (Wiemeyer & Hänsel, 2017). Ebenso zeigen sich durch regelmäßige körperliche Aktivität positive Effekte bei somatischen Erkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen oder hinsichtlich des Schlaganfallrisikos. Die genauen Wirkmechanismen von körperlichem Training auf die seelische Gesundheit und den neuronalen Stoffwechsel benötigen weitere Forschung (Wiemeyer & Hänsel, 2017).

Eine Analyse von Daten aus der US-amerikanischen National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) zeigt einen Zusammenhang zwischen der Zeit in moderater bis intensiver körperlicher Aktivität (MVPA), sedentärem Verhalten (sitzende Position) und der Gesamtmortalität (Loprinzi *et al.*, 2016). Die Forscher fanden heraus, dass eine längere MVPA-Zeit den negativen Folgen von sedentären Verhaltensweisen über lange Zeiträume entgegenwirken kann. Die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation empfehlen für Erwachsene im Alter von 18–64 Jahren mindestens 150 Minuten körperlicher Aktivität mit mittlerer Intensität während der Woche. Um zusätzliche gesundheitliche Vorteile zu erzielen, sollten Erwachsene ihre aerobe körperliche Aktivität mit mäßiger Intensität auf 300 Minuten pro Woche erhöhen oder 150 Minuten aerobe körperliche Aktivität mit starker Intensität pro Woche absolvieren (World Health Organization, 2015). Bei Personen mit psychischen Störungen gibt es keine gesonderten Richtlinien.

Personen mit einer psychischen Störung sind weniger körperlich aktiv als psychisch gesunde Personen (Osborn *et al.*, 2007; Schuch *et al.*, 2017; Stubbs *et al.*, 2016). Querschnittdaten weisen darauf hin, dass, desto weniger Zeit mit MVPA verbracht wird, je höher das Erkrankungsrisiko für psychische Störungen wie Depressionen ist (Schulz *et al.*, 2012). Häufig lassen sich bei psychisch beeinträchtigten Menschen darüber hinaus eine nachteilige Lebensweise mit ungesunder Ernährung, erhöhtem Genussmittelkonsum und begleitenden körperlichen Problemen wie Herz- und Kreislaufbeschwerden, Störungen des Fettstoffwechsels und Übergewicht (Osborn

¹Die hier kursiv ausgewiesenen Kurztitel finden Sie mit ausführlichen Quellenangaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

et al., 2007) beobachten. Studien an Patientinnen² mit Schizophrenie stellten beispielsweise fest, dass ein ungesunder Lebensstil bestehend aus hohem Nikotinkonsum, unausgeglichener Ernährung und Bewegungsmangel die somatische Morbidität erhöht (Laursen, 2011; Roick et al., 2007). Zudem kann die Einnahme von bestimmten Psychopharmaka zu Wechselwirkungen mit dem Fettstoffwechsel führen, wie beispielsweise Paton et al. (2004) für atypische Neuroleptika nachwies (Dyslipidämie).

Ein Ziel des körperlichen Trainings für Menschen mit psychischen Störungen ist die Verminderung dieser bereits genannten körperlichen Beschwerden und Risikofaktoren. Denn es sind nicht nur positive physiologische Anpassungserscheinungen durch körperliches Training zu erwarten, sondern auch Verbesserungen psychischer Funktionen. So lassen sich eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit und eine verstärkte Aktivierung bei gleichzeitiger Verminderung von störungsbezogenen Symptomen wie beispielsweise Antriebs- und Interessenverlust (siehe *Oertel-Knöchel & Hänsel, 2015*) beobachten. Auch psychosoziale Gesundheitsfaktoren, beispielsweise die Integration in eine Sportgruppe oder einen Verein, wodurch verstärkt soziale Kontakte hergestellt oder vertieft werden, sind wichtige Ziele bei der Etablierung regelmäßiger Bewegung bei einem Betroffenen. Weitere psychosoziale Effekte können ein verbesserter Umgang mit Stress, bessere Selbstwirksamkeit und ein verbessertes Problembewältigungsverhalten sein. Ein weiteres Ziel ist die *Rezidivprophylaxe* – das Durchführen regelmäßiger körperlicher Aktivität, um einen Rückfall und ein erneutes Aufflammen der psychischen Symptome zu verhindern (siehe Abb. 1).

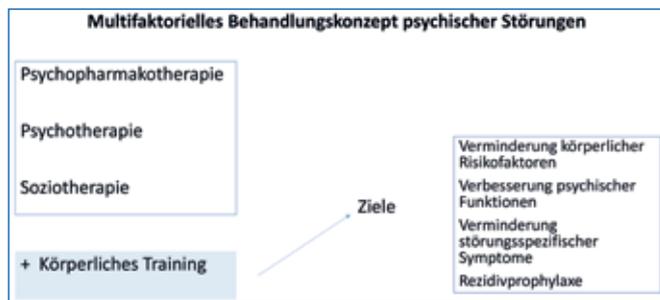


Abbildung 1: Ziele körperlichen Trainings in einem multifaktoriellen Behandlungskonzept psychischer Störungen

Wirkung körperlicher Aktivität auf psychische Störungen

Als bisherige Datenbasis existieren für Depressionen (Evidenzgrad B), Demenz sowie Angststörungen (in den Leitlinien aufgeführt) mehrere randomisierte Studien. Für Schizophrenie, bipolar affektive Störungen, Suchterkrankungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und sonstige Angststörungen gibt es vereinzelte randomisierte Studien, offene Studien und Fallbeschreibungen (Broocks & Sommer, 2005).

Insgesamt ist eine Verbesserung der Ausdauerleistung bei den meisten Störungsbildern erueierbar (siehe bei Angststörungen z. B. Brooks et al., 1998; Mehnert et al., 2011) und damit einhergehend eine Verbesserung körperlicher Funktionen, wie eine Steigerung der maximalen Sauerstoffaufnahme (Vo₂max) (Oehland et al., 2010). Besonders bei Psychosepatientinnen und Personen, die unter einem Psychoserisiko leiden, scheint regelmäßige körperliche Aktivität protektiv zu wirken und Risikofaktoren wie Gewichtsprobleme, Stoffwechselstörungen, Nikotinkonsum, Substanzmissbrauch positiv zu beeinflussen (Mittal et al., 2017).

Bei der Durchführung von regelmäßiger körperlicher Aktivität kommt es zu verschiedenen physiologischen Anpassungserscheinungen, die auf kardio-vaskulärer, immunologischer und metabolischer Ebene zu beobachten sind (z. B. Knuttgen, 2008). Diese Effekte werden durch die physikalische Arbeit größerer Muskelgruppen erzielt. Zudem werden neurobiologische Prozesse angestoßen, z. B. kommt es zu einer zerebralen Gefäßneubildung und zu einer veränderten Konzentration von Wachstumsfaktoren, welche wiederum zu einer intensiveren Hirndurchblutung und einer verstärkten Neubildung von Nervenzellen führen (z. B. Cotman et al., 2007; van Praag et al., 2005). *Firth et al.* zeigten beispielsweise in ihrer Übersichtsarbeit, dass positive Effekte von sportlicher Aktivität auf kognitive Defizite bei der Schizophrenie durch die Anregung von Neurogenese zustande kommen. Viele Studien zeigen dabei einen positiven Effekt auf das Hirnvolumen (auch wenn die Hirnareale, bei denen ein Effekt zu sehen ist, variieren) und vermuten, dass dies auf die Up-Regulation von vermehrt gebildetem BDNF (brain derived neurotrophic factor) zurückzuführen ist (*Firth et al., 2017*). Voraussetzung für derartige multiple Effekte sind jedoch ausreichend starke und systematische Trainingsreize im Hinblick auf die Intensität, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit des Trainings.

Zusätzlich werden während körperlicher Aktivität psychologische Prozesse angestoßen. Dazu zählt insbesondere eine subjektive Wahrnehmung von körperlichen Anpassungsprozessen (z. B. Leistungssteigerung), die die Selbstwahrnehmung, das Selbstwertgefühl, die Motivation, Gefühle wie Stolz und Freude und soziale Aspekte wie Anerkennung, Unterstützung, Gruppenzugehörigkeit beinhalten (*Wolf & Hautzinger, 2012*). Es wird vermutet, dass die durch körperliche Aktivität angestoßenen physiologischen und psychologischen Anpassungsprozesse einen Beitrag zur Reduktion psychischer Symptome leisten. Wie genau, in welcher Form und inwiefern psychologische und physiologische Anpassungsprozesse einander bedingen, daran wird intensiv geforscht.

² Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der hinteren inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform. Im Zusammenhang dieses Artikels ist zu betonen, dass, wenn in Bezug auf Studien etwa von „Patientinnen“ die Rede ist, Personen beiderlei Geschlechts gemeint sind. Sollten sich Aussagen ausschließlich auf weibliche Personen beziehen, würde dies gesondert kenntlich gemacht werden.

Affektive Störungen

Regelmäßiges körperliches Training wirkt bei unipolaren Depressionen aktuellen Übersichtsarbeiten zufolge mit einer mittleren Effektstärke ($d = 0,56$) antidepressiv (z. B. Conn, 2010; Krogh et al., 2011). Gemessen wird der Effekt hierbei häufig mit Hilfe gängiger Selbst- oder Fremdbeurteilungsskalen, die die depressive Symptomatik überprüfen (z. B. Beck-Depressions-Inventar 2 (BDI-II; Steer et al., 2000), MADRS (Montgomery & Asberg, 1979)). Einige Einzelbefunde weisen auf eine Verbesserung von kognitiven Defiziten bei affektiven Störungen hin (z. B. Oertel-Knöchel et al., 2014; Vasques et al., 2011). Bei bipolaren Patientinnen wird ebenfalls ein antidepressiver Effekt berichtet (siehe Übersichtsarbeit von Melo et al., 2016).

Sport wirkt antidepressiv – das heißt jedoch nicht, dass es Psychopharmakotherapie oder Psychotherapie ersetzen kann: Die Befunde in Vergleichsstudien (Psychopharmakotherapie – Psychotherapie – Sportintervention) zeigen, dass körperliches Training antidepressive Effekte haben kann, aber letztlich nur eine ergänzende Therapiemaßnahme zu den herkömmlichen Interventionen darstellt. Wirklich ersetzen kann es die anderen Behandlungsarme nicht (Broocks & Sommer, 2005; Rethorst & Trivedi, 2013).

Psychosen

Dem Cochrane Review von 2010 zufolge, in das drei randomisierte klinische Studien (RCT) einbezogen wurden, sorgt körperliche Aktivität bei der Schizophrenie prinzipiell für eine Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit (Gorczyński & Faulkner, 2010). Firth et al. zeigten in ihrer Meta-Analyse, die zehn Studien und 385 Schizophrenie-Patientinnen einschloss, dass sportliches Training die Arbeitsgedächtnisleistung, die Soziale Kognition und Aufmerksamkeit/Vigilanz bedeutsam verbesserte (Firth et al., 2017). Positive Auswirkungen auf die Verarbeitungsgeschwindigkeit, das verbale und visuelle Gedächtnis sowie auf Schlussfolgern und Problemlösungskompetenzen fanden sich nicht. Falkai et al. berichteten in ihrer Übersichtsarbeit ebenfalls Effekte auf die globale Kognition, auf das Arbeitsgedächtnis und die Aufmerksamkeit sowie auf positive, negative und globale Symptome (Keller-Varady et al., 2017). Oertel-Knöchel et al. (2014) fassen zudem körperliche Effekte zusammen, wie eine Reduktion von Übergewicht (Poulin et al., 2007), eine Verbesserung der körperlichen Fitness, eine Verbesserung des Fettstoffwechsels (Convertino, 2007; Wu et al., 2009) sowie eine Verminderung kardiovaskulärer Risikofaktoren als Resultat regelmäßigen körperlichen Trainings (siehe z. B. Fogarty & Happell, 2005; Heggelund et al., 2011). Eine wegweisende Studie aus dem Jahr 2010 von Pajonk et al. (2010) zeigt bei einer Gruppe Ausdauersport betreibender schizophrener Patientinnen einen Anstieg des Hippocampus-Volumens mittels funktioneller Kernspintomographie-Messung (fMRT); ein Effekt, der sich zwar auch in der Kontrollgruppe (hier bestand die Intervention aus Tischfußball) zeigte, aber in signifikant

geringerem Maße ausgeprägt war. Firth et al. (2018) beschäftigten sich mit der Frage, ob körperliche Aktivität das Ausmaß der Erkrankung von ersterkrankten Psychosepatientinnen vermindern kann. Sie kamen zu einem positiven Ergebnis hinsichtlich Neurokognition und weiteren Symptomen sowie Stoffwechsel-Werten.

Kognitive Beeinträchtigung und Demenz

Das Risiko für eine demenzielle Erkrankung scheint durch körperliches Training reduziert zu werden (Rovio et al., 2005; Yoshitake et al., 1995). Bei bereits erkrankten Patientinnen zeigen sich Verbesserungen der subjektiven und objektiven kognitiven Einschränkungen (Eggermont et al., 2006) sowie der begleitenden Angstsymptome (z. B. Strickland & Smith, 2014). Eine aktuelle Übersichtsarbeit von Loprinzi et al. (2019) zeigt, dass sich körperliches Training positiv auf das Kurzzeit- und das Langzeitgedächtnis auswirken kann.

Angststörungen

Nach derzeitigen Erkenntnissen reduziert körperliches Training (Ausdauertraining) die subjektiv empfundene Angst bei Personen mit einer Angststörung, bei Personen mit anderen psychischen Störungen (Schizophrenie, Depression) mit begleitenden Angstsymptomen (z. B. Dunn et al., 2001; Petruzello et al., 1991), bei Personen mit somatischen Problemen mit begleitenden Angstsymptomen und bei gesunden Personen mit subklinisch ausgeprägter Ängstlichkeit (Wipfli et al., 2008). Eine aktuelle Meta-Analyse von Stubbs et al. (2016) schließt sechs randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 262 Probandinnen ein und bestätigt, dass Angstsymptome bei Personen mit Angststörungen und stressbedingten Störungen durch körperliches Training mit einem moderaten Effekt reduziert werden. Auch Gordon et al. (2017) zeigen in ihrer Meta-Analyse einen anxiolytischen Effekt körperlichen Trainings.

Schwerpunkte in der Anwendung

Bei der Implementierung von körperlicher Aktivität im Therapiekontext sollte zunächst entschieden werden, inwiefern ein Einbezug von Bewegungselementen in die Psychotherapie oder aber ein gezieltes körperliches Training zur Verbesserung der körperlichen Fitness und zur Verminderung der psychischen Symptome sinnvoll ist. Bewegungstherapeutische Interventionen sind häufig als Therapieelement in den Therapieplan integriert, dienen vornehmlich der Psychoedukation und Symptomreduktion und häufig stehen qualitative und soziale Aspekte im Vordergrund. Die Bewegung findet dann oberhalb der Ruhepulsfrequenz statt. Darunter fallen beispielsweise Strategien zur **Stärkung der Körperwahrnehmung / dem körperlichen Erleben** (z. B. Embodiment, Achtsamkeit). In der Therapie von Essstörungen ist eine häufig eingesetzte Strategie, mit Bewegungselementen die Körperwahrnehmung wieder zu verändern. In der Depres-

sionsbehandlung kann Entspannung z. B. in Form von Achtsamkeitsübungen oder Körperübungen integriert werden. Einen guten Überblick über mögliche Übungen bietet hier beispielsweise das Übungsprogramm „Yoga bei Depression“ (Trökes, 2017). In der Angsttherapie bietet es sich beispielsweise an, mit Hilfe von **Bewegungselementen** den Patientinnen aufzuzeigen, dass körperliche Anzeichen wie Schwitzen, schnellerer Puls oder eine andere Atemfrequenz nicht zwingend Angstsymptome darstellen, sondern auch normale physiologische Reaktionen auf körperliche Aktivität sind. Auch in der Depressionsbehandlung werden zum Aktivitätenaufbau häufiger Bewegungselemente benutzt, um gegen den Antriebs- und Energieverlust vorzugehen. Ein Programm zur Umsetzung bietet hierbei das Buch „Bewegung und Sport gegen Burnout, Depressionen und Ängste“ von *Oertel und Matura (2017)*. Patientinnen können mit Tipps zu kurzen Bewegungseinheiten („15-Minuten-Tipps“), die gut in den Alltag zu integrieren sind, dazu ermuntert werden, im Alltag kleine Aktivitätseinheiten zu absolvieren und sich so für weitere Bewegungselemente und regelmäßige körperliche Aktivität zu motivieren. Die 15-Minuten-Übungen sind in Kategorien wie „in den Tag starten“, „achtsam sein in der Bewegung“, „Anti-Ärger-Programm“, „den Tag abschließen“ oder „während des Wartens“ unterteilt und sollen den Anwender dazu anregen, in verschiedenen Momenten und Situationen körperlich aktiv zu werden und damit das physische und psychische Empfinden zu verbessern. Kaluza (2011) beschreibt, dass die beste Effektivität von körperlicher Aktivität erreicht

— Depressive Patientinnen neigen zu überhöhten Selbstansprüchen, weswegen Sportformen gewählt werden sollten, bei denen Leistungsmessung und Wettbewerb nicht im Vordergrund stehen. —

wird, wenn möglichst täglich, mindestens aber an fünf Tagen pro Woche, und jeweils für 30 Minuten Bewegungselemente von Patientinnen durchgeführt werden.

Ein weiteres Anwendungsgebiet von körperlichem Training besteht in aeroben Aktivierungsprogrammen, die vor allem Fahrradergometertraining, Walken, Joggen oder neuerdings auch Krafttraining beinhalten (Conn, 2010; Hoffman et al., 2011). Die Auswahl der Sportart richtet sich nach den Gegebenheiten (Räumlichkeiten, Auswahl an Material, Verletzungsgefahr) sowie der körperlichen Fitness und psychischen Konstitution der Patientinnen. Oft wird die Notwendigkeit und Wichtigkeit von Sport und Bewegung auch im Therapiesetting erläutert, die Durchführung erfolgt jedoch häufig in einer außerklinischen Institution oder als Belastungserprobung durch Integration in den Alltag.

Einige Übersichtsarbeiten haben sich mit der Frage beschäftigt, ob niedrig oder hoch dosiertes körperliches Training effektiver antidepressiv wirkt (*Rethorst et al., 2009*; Teychenne

et al., 2008). Auf der Grundlage dieser Arbeiten wurden die NICE-Guidelines (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013) definiert, eine Zusammenstellung für die Durchführung von körperlichem Training bei Depressionen. Hier werden 45–60 Minuten pro Training dreimal wöchentlich für eine Phase von 10–14 Wochen als effektive Behandlung vorgeschlagen. Stanton und Reaburn (2014) raten aufgrund ihrer Erkenntnisse in einer Übersichtsarbeit dazu, ein angeleitetes Ausdauertraining mit leichter bis mittlerer Intensität für 30–40 Minuten pro Training zwei- bis dreimal wöchentlich über eine Dauer von mindestens neun Wochen durchzuführen. Dabei scheint es nicht relevant zu sein, ob das Training im Einzel- oder im Gruppensetting stattfindet.

Firth et al. (2017) zeigten in ihrer Meta-Analyse mit schizophrenen Patientinnen, dass eine größere Menge an Sportintervention zu einer gesteigerten Verbesserung in der globalen Kognition führte. Hier zählte offenbar als Maß die Menge an Sport pro Woche (gemessen in Minuten), nicht die Anzahl an Interventions-Wochen oder die Anzahl an Trainings pro Woche.

Insgesamt muss bei der Durchführung aller drei Bewegungsformen auf psychische Konstellationen und Kontraindikationen geachtet werden, die einer Anwendung der geplanten Aktivitäts-Strategien im Weg stehen können. Beispielsweise sollten ängstliche Patientinnen auf regulative physiologische Prozesse und Reaktionen bei körperlicher Anstrengung (z. B. erhöhter Puls, Schwitzen) hingewiesen werden. Darüber hinaus können z. B. Patientinnen, die unter einer akuten manischen Phase leiden, mit einem Sportprogramm im Gruppenverband überfordert sein. Depressive Patientinnen hingegen neigen zu überhöhten Selbstansprüchen und perfektio-

nistischen Grundüberzeugungen, wodurch es bei Schwierigkeiten im Training oder einem Nichterreichen von gesetzten (überhöhten) Zielen oft zu Frustration und einer Verstärkung von negativen Affekten einhergehend mit einer reduzierten Selbstwirksamkeitserwartung kommen kann. Hier erscheint es sinnvoller, eine körperliche Aktivität zu wählen, bei der die erbrachte Leistung nicht gemessen oder mit anderen Personen verglichen wird und somit kein kompetitiver Kontext im Vordergrund steht (*Oertel-Knöchel & Hänsel, 2015*).

Vor dem Aufnehmen eines körperlichen Trainingsprogramms sollte die betroffene Patientin immer eine medizinische Abklärung ihres körperlichen Gesundheitszustands bei einer Internistin oder Fachärztin für Sportmedizin vornehmen lassen und dies regelmäßig im Verlauf wiederholen, insbesondere wenn somatische Beschwerden auftreten. Das ist deshalb wichtig, da zum einen psychisch erkrankte Personen häufiger körperliche Kontraindikationen haben (*Bressington et al., 2018*; *Oertel-Knöchel & Hänsel, 2015*) und ein gesundheits-schädigendes Verhalten bestehen kann und zum anderen die

Medikation unter Umständen Nebenwirkungen verursachen kann, die sich auf die Sporttauglichkeit auswirken (z. B. Herz-Kreislauf-System).

Motivation und Nachhaltigkeit

Dauerhafte Verhaltensänderungen im Alltag zu erzielen, ist außerhalb der (stationären) Therapie jedoch mit gewissen Hürden konfrontiert (Cless & Matura, 2017) (siehe Abb. 2).

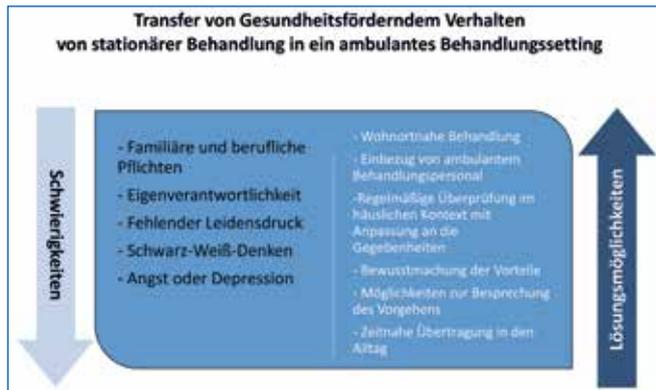


Abbildung 2: Schwierigkeiten und Lösungsmöglichkeiten beim Transfer von regelmäßiger körperlicher Aktivität in den Alltag (entnommen aus Oertel & Matura, 2017)

Die Hindernisse dabei, regelmäßig körperlich aktiv zu sein, können vielfältiger Natur sein; am häufigsten genannt werden fehlende Zeit, familiäre und berufliche Pflichten, störende psychische Symptome wie Angst und depressive Verstimmungen und die Schwierigkeit, die Anregungen ohne einen vorgegebenen Behandlungsplan umzusetzen (Oertel & Matura, 2017). Firth et al. (2016) berichten in ihrer Meta-Analyse, dass die größten Barrieren eine schlechte Stimmung und Stress (61 % der Patientinnen mit schwerer psychischer Störung geben das als Hinderungsgrund an) sowie eine fehlende Unterstützung (50 %) sind. Der Aufwand für das Ausführen sportlicher Aktivitäten ist im persönlichen Alltag deutlich größer als in einer Klinik mit vor Ort vorhandenen Räumlichkeiten und Materialien sowie mit Übungspersonal, das eine Betreuung anbietet. Bereits das Suchen einer geeigneten Institution (Sportverein, Fitnessstudio etc.) mit bedürfnisgerechten Angeboten gestaltet sich zur Fortführung eines Übungsregimes außerhalb des klinischen Kontexts bei bestimmten Patientengruppen schwierig.

Daher ist es in allen Anwendungsbereichen körperlichen Trainings wichtig, im Anschluss an eine stationäre oder ambulante Therapie die Motivation aufrechtzuerhalten, um einen Transfer von Bewegung in den Alltag zu ermöglichen und rechtzeitig den Patientinnen bei der Planung ihrer sportlichen Aktivität zu unterstützen. Hierbei bieten sich Strategien des Motivationsmanagements an. Nach Cless und Matura (2017) gehören „eine wohnortnahe Behandlung, der Einbezug von ambulanten Behandlungspersonal, eine regelmäßige Überprüfung im häuslichen Kontext mit Anpassung an die Gegebenheiten, eine Bewusstmachung der Vorteile, Möglichkeiten

zur Besprechung des Vorgehens sowie eine zeitnahe Übertragung in den Alltag“ zu den Möglichkeiten, positive Vorhaben aus dem stationären Behandlungssetting in das ambulante zu übertragen. Dazu ist ein gezieltes Barriere-Management wichtig, um ein gesetztes Ziel zu erreichen und langfristig beizubehalten (siehe auch Fuchs & Göhner, o. J.).

Diskussion

Nach aktueller Studienlage ist davon auszugehen, dass körperliches Training das herkömmliche psychotherapeutische Vorgehen sinnvoll ergänzen kann. Prinzipiell existieren schon seit dem vorletzten Jahrhundert Bewegungsangebote in der Behandlung psychischer Störungen in Form von offenen Sportangeboten, konzentrativer Bewegungstherapie, in der Schmerztherapie oder in der Physiotherapie (Oertel-Knöchel & Hänsel, 2015). Doch trotz des Wissens um die positiven Effekte von körperlichem Training bei psychischen Beschwerden gelingt es bisher nur teilweise, Bewegungskonzepte in ein multimodales Behandlungskonzept zu integrieren. Es bestehen vermehrt Bestrebungen, körperliches Training in Behandlungsprogramme einzubinden und Strategien zu entwickeln, wie Patientinnen diese Ansätze erfolgreicher in den Alltag integrieren können. Ein Problem ist, dass die bisherige Datenlage zu den Wirkmechanismen und Wirkungen noch heterogen ist, da noch wenige evaluierte Wirksamkeitsnachweise existieren (Oertel-Knöchel & Hänsel, 2015). Daher wird beispielsweise in den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN & KBV, 2015) für Patientinnen mit einer unipolaren Depression körperliches Training empfohlen, jedoch nur ein Empfehlungsgrad B (optional anwendbare Therapiealternative mit nachgewiesenen Effekten) ausgesprochen. Ziel ist es nach Banzer, evidenzbasierte Empfehlungen zur Anwendung körperlichen Trainings bei psychischen Störungen zu entwickeln, die dann gezielt in den Behandlungsalltag integriert werden können (Banzer, 2017).

Für die Psychotherapeutin stellt sich dabei die Frage, inwieweit körperliches Training in ein Gesamttherapiekonzept integriert werden kann. Dabei sind drei mögliche Anwendungsstrategien in Abhängigkeit vom Ziel gegeben: die Stärkung der Körperwahrnehmung, die Einbindung von Bewegungselementen sowie aerobe Aktivierungsprogramme. Damit langfristig ein Transfer in den Alltag gewährleistet werden kann, sind eine klare Zielsetzung sowie Strategien für die Aufrechterhaltung der Motivation und die Verminderung von Barrieren hilfreich. Dabei ist die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Vorlieben und Präferenzen (welche Sportart, welche Tageszeit, in der Gruppe oder einzeln) und die Einbindung von ambulanten Behandlungspersonal essentiell, um die Betroffenen optimal zu unterstützen. Wenn individuelle Interessen ermittelt und einbezogen werden, erhöht das die intrinsische Motivation und Volition, so dass auch nachhaltige Effekte zu erwarten sind. Ein wichtiger Schritt ist hierbei auch der Aufbau von Netzwerken zwischen Psychotherapeutinnen,

Ärztinnen, Krankenkassen, Sportvereinen und sonstigen Anbietern körperlicher Trainingsformen. Es ist wünschenswert, dass die Behandlerin, die die sportliche Aktivität an einer externen Einrichtung mit ihrer Patientin plant, zunächst klärt, ob die gewählte Sportstätte geeignete Rahmenbedingungen für die Betroffene bereithält.

Bei der Planung eines körperlichen Trainings für Patientinnen sind verschiedene Aspekte zu beachten, die wir im Folgenden kurz aufzeigen wollen. Ungeklärt und nicht zu unterschätzen sind psychosoziale Effekte durch ein Gruppentraining – Kommunikation und Austausch mit Mittrainierenden, Gemeinschaftsgefühl, positives Feedback, Zuspruch und Fürsorge seitens der Trainerin – können potentielle Effekte entfalten. Zudem steht ein direkter Vergleich der Effektivität verschiedener Trainingsformen (Krafttraining vs. Ausdauertraining, Mannschaftssport vs. Einzelsport, unterschiedliche Sportarten) und deren richtiger Kombination noch aus. Da die Gruppe der psychisch Erkrankten eine hohe Anzahl an somatischen Problemen mitbringt und zudem durch Psychopharmakotherapie auch Nebenwirkungen entstehen können, die eine sportliche Aktivität ausschließen, schränkt dies die Zahl an Personen ein, die überhaupt für ein körperliches Training in Frage kommen. Es ist auch möglich, dass sich die körperlichen Parameter während einer Behandlung verändern können und somit eine weiterführende Teilnahme nicht mehr möglich ist. Wie bereits angeklungen, ist ein Hauptproblem die Frage der langfristigen Umsetzung. Sportliche Aktivität als regelmäßiges Gruppenangebot durch eine vorgegebene Tagesstruktur während eines stationären Aufenthalts fällt leichter, in einem ambulanten Setting muss hier eine Eigenstrukturierung und -motivierung stattfinden.

Man muss zudem bedenken, dass regelmäßig mehrmals pro Woche trainiert wird. Wie schon beschrieben, bestehen häufig Antriebsprobleme und Symptome wie Müdigkeit, Rückzugsverhalten, Ängste und eine Verarmung an Interessen. Depressive Patientinnen neigen zu dysfunktionalen Gedanken bezüglich ihrer eigenen sportlichen Fähigkeiten oder stellen vor allem den Leistungsaspekt des Sporttreibens in den Vordergrund. Auch können Ängste vor einer Bewertung durch Mittrainierende oder die Trainerin entstehen. Ein mangelndes Selbstbewusstsein, wie es beispielsweise zur Symptomatik einer Depression gehört, führt häufig dazu, dass sich die Patientinnen während des Trainings als wenig selbstwirksam erleben und das Training abbrechen.

Zusammenfassung und Ausblick

Bei psychischen Störungen wie der depressiven Störung wird zwar in den aktuellen S3-Leitlinien neben dem herkömmlichen Vorgehen der Einschluss additiver Maßnahmen, wie z. B. das körperliche Training, empfohlen. Einige wichtige Fragen sind jedoch noch nicht hinreichend geklärt, insbesondere inwieweit die Trainingsart oder der Trainingsumfang Einfluss auf die Wirksamkeit hat, inwiefern die Effekte nachhaltig sind

und wie gezielt nachhaltiges Bewegungs-Verhalten gefördert werden kann. Hohe Drop-out-Raten, Selektionseffekte, Übungsleitereffekte, psychosoziale Effekte und Verzerrungen aufgrund von körperlichen oder psychischen Problemen (Kontraindikationen für Experimentalgruppen) können Wirksamkeitsnachweise erschweren oder beeinflussen.

Bei der Integration von Bewegung in den Therapiealltag wird vorgeschlagen, zunächst ein klares Ziel zu definieren. Je nach Zielsetzung sind dann bewegungstherapeutische Ansätze oder sportliches Training mit der Patientin in einem darauf ausgerichteten (Trainings-)Behandlungsplan zu etablieren. Bevor mit dem Training gestartet werden kann, sollte eine Standardbestimmung erfolgen, damit keine unrealistischen Ziele und Pläne aufgestellt und Patientinnen nicht demotiviert werden. Auch eine Klärung möglicher psychischer oder medizinischer Kontraindikationen erfolgt vor dem Start des körperlichen Trainings. Das Aussuchen des geeigneten Settings sowie das Barrierenmanagement spielt in der anschließenden konkreten Planungsphase eine Rolle. Wenn möglich, ist die Einbindung psychotherapeutisch geschulten Personals in das Sporttraining mit psychisch erkrankten Personen oder die Einbindung einer Sportwissenschaftlerin/Bewegungstherapeutin in körperliche Trainingspläne wünschenswert, um durch gegenseitigen Austausch Fehlerquellen zu minimieren. Bei der Änderung des Behandlungssettings (stationär – ambulant) ist die Patientin intensiviert zu unterstützen. Zu guter Letzt erscheint es wichtig, dass den Prozess des körperlichen Trainings immer eine feste Ansprechperson begleitet, Kontraindikationen im Blick behält, motiviert, Barrieren überprüft und Strategien zur Verminderung vermittelt.

Literatur

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

Banzer, W. (Hrsg.). (2017). Körperliche Aktivität und Gesundheit. Berlin: Springer.

Cless, K. & Matura, S. (2017). Psychische Gesundheit. In V. Oertel & S. Matura (Hrsg.), Bewegung und Sport gegen Burnout, Depressionen und Ängste (S. 13–17). Berlin: Springer.

Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R. & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46 (14), 2869–2881.

Firth, J., Cotter, J., Carney, R. & Yung, A. R. (2017). The pro-cognitive mechanisms of physical exercise in people with schizophrenia: Pro-cognitive mechanisms of exercise in schizophrenia. *British Journal of Pharmacology*, 174 (19), 3161–3172.

Görgülü, E., Bieber, M., Engeroff, T., Schmidt, D., Zabel, K., Oertel, V. & Reif, A. (in Vorbereitung). Physical activity, physical self-perception and depression symptoms in patients with major depressive disorder: A mediation analysis.

Melo, M. C. A., Daher, E. D. F., Albuquerque, S. G. C. & de Bruin, V. M. S. (2016). Exercise in bipolar patients: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 198, 32–38.

Oertel, V. & Matura, S. (Hrsg.). (2017). Bewegung und Sport gegen Burnout, Depressionen und Ängste. Berlin: Springer.

Oertel-Knöchel, V. & Hänsel, F. (2015). Aktiv für die Psyche: Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen. Heidelberg: Springer.

Rethorst, C. D., Wipfli, B. M. & Landers, D. M. (2009). The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. *Sports Medicine (Auckland, N. Z.)*, 39 (6), 491–511.

Weigelt, M., Steggemann, Y., Machlitt, D. & Engbert, K. (2012). Sport- und Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. PiD – Psychotherapie im Dialog, 13 (4), 91–93.

Wolf, S. & Hautzinger, M. (2012). Linderung depressiver Symptomatik: Ist sportliche Aktivität eine empfehlenswerte therapeutische Methode? Psychotherapeut, 57 (3), 241–247.



PD Dr. Viola Oertel

Korrespondenzadresse:
 Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Frankfurt/Main
 Heinrich-Hoffmann-Str. 10
 60528 Frankfurt
 viola.oertel@kgu.de

PD Dr. Dipl.-Psych. Viola Oertel ist Psychologische Psychotherapeutin und Leitende Psychologin in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Frankfurt/Main. Sie führt seit einigen Jahren verschiedene Forschungsprojekte durch, bei denen körperliches Training wie Ausdauertraining und Yoga mit anderen Therapien verglichen wird. Zudem hat sie mit Kollegen zwei Bücher veröffentlicht, die Strategien für die Anwendung von körperlichem Training in einem multidisziplinären Therapieansatz psychischer Störungen beinhalten.



Esra Görgülü

Esra Görgülü ist Ärztin und tätig am Zentrum der Inneren Medizin des Universitätsklinikums Frankfurt/Main. Sie promoviert zum Thema physiologischer Veränderungen nach sportlicher Aktivität bei psychischen Störungen.



M. Sc. Miriam Bieber

M. Sc. Miriam Bieber befindet sich in fortgeschrittener Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, Fachrichtung Verhaltenstherapie. Zusätzlich promoviert sie zum Thema „Sport und Bewegung bei Depressionen“ an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Frankfurt/Main.



Dipl.-Psych. Kirsten Zabel

Dipl.-Psych. Kirsten Zabel ist Psychologische Psychotherapeutin und arbeitet in der Ambulanz der Psychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt/Main. Sie promoviert zum Thema „Gruppentraining zur Veränderung des Selbstwerts bei Depressionen“.



M. Sc. Daniela Schmidt

M. Sc. Daniela Schmidt hat mit dem Schwerpunkt klinische Psychologie an der Goethe Universität Frankfurt/Main studiert und ihre Masterarbeit zum Thema „Yoga und Depressionen“ geschrieben.

Adipositas-Chirurgie – ein narratives Review¹

Stephan Herpertz, Sebastian Jongen & Henrik Kessler

Zusammenfassung: Die Erfolge konservativer Gewichtsreduktionsmaßnahmen einschließlich der Ernährungsberatung und -umstellung, der Pharmakotherapie wie auch der Psychotherapie sind nicht befriedigend. Insbesondere bei Menschen mit ausgeprägter Adipositas (Grad 2: BMI > 35 kg/m²; Grad 3: BMI > 40 kg/m²) stellt die Adipositas-Chirurgie die Therapie der Wahl dar, zumal sich in den letzten Jahren gezeigt hat, dass neben einer klinisch signifikanten Gewichtsabnahme auch adipositas-assoziierte komorbide Erkrankungen wie Diabetes mellitus, arterieller Hypertonus und Fettstoffwechselstörungen günstig beeinflusst werden. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patientinnen² ist eine Steigerung der Lebensqualität zu beobachten, insbesondere was die physische Lebensqualität angeht.

Adipositas – Epidemiologie, Prognose

E ntsprechend den Daten der Nationalen Verzehrstudie II (Max-Rubner-Institut 2008) sind insgesamt 58,2 % der Menschen in Deutschland übergewichtig (BMI: 25–30 kg/m²) oder adipös (BMI > 30 kg/m²; 20,8 % der Bevölkerung). Die Zahl der übergewichtigen und adipösen Menschen wird weltweit auf ungefähr 1,5 Milliarden bzw. 500 Millionen Menschen geschätzt (Kelly et al., 2008). Folgt man dem Barmer GEK-Report Krankenhaus (2016), so mussten sich 2014 ca. sieben Millionen Menschen wegen Adipositas bzw. darauf beruhenden Folgeerkrankungen ambulant behandeln lassen, eine Steigerung um 14 % gegenüber 2006. Bei den stationären Behandlungen war ein Zuwachs von 7 % zu verzeichnen.

In den letzten Jahrzehnten war in Deutschland eine kontinuierliche Verlängerung der Lebenserwartung zu beobachten, bedingt durch Verbesserung der Einkommensverhältnisse, des Lebensstandards, der Ernährung, der gesundheitlichen Versorgung, aber auch nachlassenden Zigarettenkonsum in der Bevölkerung. So gehörte Deutschland 2014 zu den Ländern mit der höchsten durchschnittlichen Lebenserwartung (80,8 Jahre). Sie war in den letzten 50 Jahren um 12 Jahre gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2016). Allerdings mehrten sich die Stimmen, die eine rückläufige Lebenserwartung für die Zukunft erwarten, was auf Folgeerkrankungen der Adipositas wie koronare Herzkrankheit (KHK), Schlaganfall (Apoplex), Typ-2-Diabetes, arterielle Hypertonie und bestimmte onkologische Erkrankungen zurückzuführen ist (Blüher & Sharma, 2016). Ein Beispiel ist der Typ-2-Diabetes, dessen Erkrankungsrisiko bei adipösen gegenüber normalgewichtigen Männern um das Neunfache gestiegen ist (Weinstein et al., 2004). Zumindest für die USA kommen Olshansky et al. (2005) zu dem Schluss, dass die Lebenserwartung nicht zuletzt durch den hohen Anteil übergewichtiger Kinder wieder sinken wird, bei denen von einem erhöhten Risiko für adipositas-assoziierte Krankheiten (s. o.) auszugehen ist.

Im Hinblick auf die Adipositas im Kindes- und Jugendalter lieferten die Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) erstmalig repräsentative Informationen zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas: 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren sind übergewichtig (BMI > 90. Perzentile der Referenzdaten). Von diesen als übergewichtig eingestuften Kindern und Jugendlichen leiden wiederum rund 40 %, d. h. 6,3 % aller 3- bis 17-Jährigen, an einer Adipositas (BMI > 97. Perzentile der Referenzdaten). Familien mit niedrigem Sozialstatus, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder, deren Mütter ebenfalls übergewichtig sind, tragen ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007).

Eckpfeiler der Adipositas-Behandlung sind in der Regel eine Ernährungsumstellung, eine Änderung des Essverhaltens, eine Steigerung der körperlichen Aktivität und verhaltenstherapeutische Interventionen (Hauner & Berg, 2000, Herpertz, 2008, Jensen et al., 2014). Ca. die Hälfte der Teilnehmerinnen eines konservativen Gewichtsreduktionsprogramms („lifestyle“-Interventionen) reduziert ihr Gewicht um 5–10 % (Dansinger et al., 2007), was das Minimum an Gewichtsverlust im Hinblick auf eine klinisch signifikante Reduktion somatischer Risikoparameter darstellt (Dow et al., 2013; Liu et al. 2013; Wing et al., 2011). Neben der hohen Rate an Non-Respondern ist eine erneute Gewichtszunahme eher die Regel als die Ausnahme. Etwa ein Drittel bis die Hälfte der ursprünglichen Therapie-Responder hat innerhalb eines Jahres nach Behandlungsende wieder das Ausgangs-

¹ Teile dieses Reviews wurden dem Artikel Herpertz, S., Kessler, H. & Jongen, S. (2017). Psychosomatic and Psychosocial Questions Regarding Bariatric Surgery: What Do We Know, or What Do We Think We Know? Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 63 (4), 344–369, entnommen.

² Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der hinteren inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der weiblichen Sprachform. Im Zusammenhang dieses Reviews ist zu betonen, dass, wenn in Bezug auf Studien und Untersuchungen etwa von „Patientinnen“ die Rede ist, Personen beiderlei Geschlechts gemeint sind. Sollte eine Studie lediglich Aussagen in Bezug auf weibliche Testpersonen treffen, würde dies gesondert kenntlich gemacht werden.

gewicht erreicht und selbst bei langfristig angelegten Behandlungen können durchschnittlich nur 4–5 % des initialen Gewichtsverlusts gehalten werden (*Look AHEAD Research Group, 2014; Middleton et al., 2012*).³ Insbesondere bei ausgeprägter Adipositas (Grad 3; BMI ≥ 40 kg/m²) dürfte der Erfolg einer konsequenten konservativen Maßnahme noch geringer einzuschätzen sein. Die Zahlen schwanken hier zwischen 2 % und 6,9 % Gewichtsverlust (Sjöström et al., 2007; Mingrone et al., 2015; Schauer et al., 2012).

Die epidemische Zunahme der Adipositas und das Versagen konservativer Gewichtsreduktionsmaßnahmen machen chirurgische Verfahren zu einer notwendigen Methode zur Gewichtsreduktion bei Patientinnen mit Adipositas Grad 2 und Grad 3.

Die Geschichte der Adipositas-Chirurgie in Deutschland

Die Chirurgie der Adipositas begann in den 1950er Jahren in den USA mit einer Dünndarm-Bypass-Operation, die ca. ein Jahrzehnt später auch in Deutschland zur Anwendung kam. Allerdings traten schwere Nebenwirkungen auf, weshalb der Züricher Chirurg Largadier die Frage stellte: „Warum soll man aus einem gesunden Dicken einen kranken Dünnen machen?“ (zit. n. Weiner, 2019). Zielkriterium war das Gewicht, weshalb man die Eingriffe „bariatrische Operationen“ nannte („baros“ bedeutet auf Griechisch „Gewicht“). Der Begriff Adipositas-Chirurgie wurde Jahrzehnte später eingeführt, da mittlerweile die Adipositas auch als Krankheit Anerkennung gefunden hatte. Allerdings hat sich der Begriff „Bariatric“ in Deutschland bis heute gehalten.

Bis in den 1990er Jahre hat sich die Adipositas-Chirurgie insbesondere im Vergleich zu den USA, aber auch anderen europäischen Staaten kaum durchgesetzt. Das änderte sich mit Einführung der minimalinvasiven Chirurgie durch Einsatz der Laparoskopie (Bauchspiegelung) und Implantation insbesondere des steuerbaren Magenbandes.

Die Bandoperationen wurden zunehmend durch Bypass-Operationen ersetzt, die Anfang der 1990er Jahre erstmalig in den USA durchgeführt wurden. Seit knapp zehn Jahren ist der Schlauchmagen („gastric sleeve“) auf dem Vormarsch und stellt zur Zeit im Rahmen der Adipositas-Chirurgie zusammen mit der Bypass-Operation (Roux-en-Y-Bypass, RYGB) das Mittel der Wahl dar. In den 2007 erschienenen S3-Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) „Prävention und Therapie der Adipositas“ wurde die Adipositas-Chirurgie erstmals ausführlicher behandelt, acht Jahre später erarbeitete die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie S3-Leitlinien zur Adipositas-Chirurgie, die 2018 von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht wurden. Im Jahr 2013 wurden 468.608 bariatrische Operationen weltweit durchgeführt, 95,7 % davon laparoskopisch (Angrisani et al., 2015).

Nach den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft (2014) besteht die Indikation für eine chirurgische Intervention nach Scheitern einer konservativen Therapie bei Patientinnen mit Adipositas Grad 3 oder bei Patientinnen mit Adipositas Grad 2 und erheblichen Komorbiditäten (z. B. Diabetes mellitus Typ 2; arterielle Hypertonie; Schlafapnoe-Syndrom etc.). In der Adipositas-Chirurgie stellt „percentage excess weight loss“ (% EWL) eine relative Erfolgsgröße dar und umschreibt den Verlust an Gewicht, welches über dem Idealgewicht liegt (excess weight).

Entsprechend den 2016 veröffentlichten Ergebnissen der Qualitätssicherungsstudie zur operativen Therapie der Adipositas (GBSR), einer der bedeutenden Registerstudien zur Adipositas und metabolischen Chirurgie weltweit, konnten seit Initiierung der Studie im Jahr 2005 Operationsdaten von mehr als 45.121 Patientinnen in Deutschland ausgewertet werden (Stroh et al., 2016). Die häufigsten metabolisch chirurgischen Eingriffe waren der Schlauchmagen (n = 15.795), der RYGB (n = 17.215) und das Magenband (n = 4.125). Das durchschnittliche Alter der Patientinnen betrug 42,7 Jahre und der mittlere BMI 48,69 kg/m². 86,54 % aller Patientinnen litten zum Operationszeitpunkt an somatischen Begleiterkrankungen. Die 30-Tage-Mortalität betrug 0,21 %. In dem Zeitraum zwischen 2005 und 2013 war bei den Patientinnen mit Magenband ein Gewichtsverlust von 8,36 kg/m², bei den mit Schlauchmagen von 14,67 kg/m² und bei den mit RYGB von 14,60 kg/m² zu beobachten. Die allgemeine postoperative Komplikationsrate für das Magenband betrug 1,7 %, für den Schlauchmagen 5,9 % und für den RYGB 5,3 % (Stroh, 2015).

Neben der signifikanten Gewichtsabnahme stellt sich auch die Rückbildungsrate an adipositas-assoziierten somatischen Erkrankungen wie der Diabetes mellitus Typ 2 eindrucksvoll dar. In der Swedish-Obese-Subjects-(SOS-)Studie fand sich im Vergleich zu der konservativ behandelten Kontrollgruppe ein deutlich geringerer Anteil an Patientinnen mit Typ-2-Diabetes zehn Jahre nach der OP. Je kürzer die Diabetesdauer und je höher der Gewichtsverlust, desto wahrscheinlicher war die Remission des Diabetes (Sjöström et al., 1999, 2004, 2007). In einer randomisiert-kontrollierten Studie mit einer Drei-Jahres-Katamnese wurden 150 Patientinnen in eine konservative Gruppe und zwei chirurgische Gruppen (Magenband, Schlauchmagen) randomisiert (Schauer et al., 2012). Der mittlere BMI lag bei 36 kg/m², der mittlere HbA1c-Wert (Maß für die Blutzuckereinstellung der letzten sechs Wochen) bei 9,3 % mit einer durchschnittlichen Dauer des Diabetes von ca. 8,3 Jahren. Als primärer Endpunkt wurde ein HbA1c-Wert < 6 % mit oder ohne antidiabetische Medikation nach drei Jahren definiert. Fünf Prozent der konservativ behandelten Patientinnen erreichten diesen Wert mit einer Gewichtsabnahme von 4,2 % verglichen mit 38 % der RYGB und 24 % der Schlauchmagen-Patientinnen mit Gewichtsabnahmen

³ Die hier kursiv ausgewiesenen Kurztitel finden Sie mit ausführlichen Quellenangaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

von 24,5 % bzw. 21,1 %. In die gleiche Richtung weisen die Daten der GBSR in Deutschland (Stroh, 2016). Die Manifestation eines Typ-2-Diabetes kann auch durch eine Operation verhindert werden. Bei Patientinnen mit vorbestehender Hyperglykämie (erhöhten Blutzuckerwerten) verringerte ein Magen-Bypass das Diabetesrisiko um das 30-fache (Long et al., 1994). Neben Besserung der Insulinresistenz werden jedoch auch andere Stoffwechsel- und kardiovaskuläre Krankheiten positiv beeinflusst, ablesbar an harten Endpunkten wie der Letalität. So konnten *Adams et al. (2007)* eine Senkung der Sterblichkeitsrate nach einer RYGB-OP um 40 % nach 7,1 Jahren im Vergleich zu nicht-operierten adipösen Menschen nachweisen. Bezogen auf die KHK sank die Mortalität um 56 %, auf den Diabetes um 92 % und auf onkologische Erkrankungen um 60 %.

Begutachtung im Rahmen des Antragsverfahrens zur Kostenübernahme

Im Gegensatz zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) und zur privaten Krankenversicherung (PKV) stuft die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Adipositas nicht als Krankheit ein, was zur Folge hat, dass eine konservative oder chirurgische Behandlung der Adipositas in Deutschland nicht unter den Regelleistungs-Katalog der GKV fällt, eine sog. Einzelfallentscheidung beinhaltet, von daher die Kostenübernahme der Behandlung individuell beantragt werden muss. In der Regel werden die Kostenübernahmeanträge dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Begutachtung vorgelegt. Neben dem Antrag der Versicherten und Berichten der behandelnden Ärzte wird ein Gutachten oder zumindest eine Stellungnahme von Seiten einer Ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie oder einer Psychologischen Psychotherapeutin gefordert. Ein wesentliches Ziel der präoperativen Evaluation ist neben einer ausführlichen Anamnese die Abklärung der Motivation, des Wissens über den geplanten Eingriff sowie der Erwartungen an den Eingriff. Gleichzeitig sollte die Evaluation die zu erwartende soziale Unterstützung ansprechen und einen Grundstein für die postoperative Compliance legen (de Zwaan et al., 2006). Die Legitimation einer solchen Begutachtung bzw. Stellungnahme basiert zum einen auf den häufigen komorbiden psychischen Störungen adipositas-chirurgischer Patientinnen (*Dawes et al., 2016; de Zwaan et al., 2011; Herpertz et al., 2006; Mauri et al., 2008; Rosenberger et al., 2006; Kalarchian et al., 2007; Mitchell et al., 2014*), zum anderen auf einer nicht unerheblichen Anzahl von Patientinnen, die postoperativ nicht nur im Hinblick auf das Gewicht, sondern auch bezüglich somatischer, psychischer und psychosozialer Parameter (z. B. Adhärenz gegenüber Nachsorgeuntersuchungen u. a. zur Detektion von Vitamin- und Mineralstoffmangelzuständen) bis hin zur Lebensqualität einen allenfalls suboptimalen Verlauf zeigen (*Magro et al., 2008; Mechanick et al., 2013; O'Brien et al., 2004; Odom et al., 2010; Sjostrom et al., 2007*).

Psychische Komorbidität

Depression und Angststörungen

Depressive und Angststörungen lassen sich bei Adipositas-Chirurgie-Patientinnen häufig beobachten. Nach *Marek et al. (2016)* ist von einer Punkt-(Lebenszeit-)Prävalenz von 15,5 % (45,5 %) für die Depression und 24 % (37,5 %) für die Angststörung auszugehen. Der Zusammenhang von Depression und Angststörungen vor dem chirurgischen Eingriff und postoperativem Gewichtsverlauf (zumindest bezogen auf die ersten drei Jahre nach der Operation) stellt sich widersprüchlich dar. Einige Studien konnten einen negativen (de Zwaan et al., 2011; Kalarchian et al., 2008; Semanscin-Doerr, 2010), andere einen positiven Zusammenhang beobachten (Averbukh et al., 2003; Odom et al., 2010). Wieder andere Studien fanden keinerlei Zusammenhänge (*Marek et al., 2015; Tarescavage et al., 2013*).

In eine Meta-Analyse von *Dawes et al. (2016)* wurden insgesamt 68 prospektive Studien im Zeitraum zwischen 1988 und 2015 mit den prä- und postoperativen Daten von 50.182 Patientinnen einbezogen. Die häufigsten drei psychischen Störungen bei Adipositas-Chirurgie-Patientinnen (Depression, Angst- und Binge-Eating-Störung (BES)) traten im Vergleich mit der US-amerikanischen Bevölkerung häufiger auf (affektive Störungen 23 % vs. 10 %; depressive Störungen 19 % vs. 8 %; BES 17 % vs. 1–5 %). Ein klarer Zusammenhang zwischen diesen drei psychischen Störungen und dem postoperativen Gewichtsverlauf konnte nicht herausgearbeitet werden. Allerdings ließ sich nach dem operativen Eingriff eine deutliche Besserung der psychischen Symptomatik beobachten. 11 von 12 Studien (*Mitchell et al., 2014; Crémieux et al., 2010; Petasne Nijamkin et al., 2013; Hayden et al., 2014; Dixon et al., 2003, 2015, 2016; Morseth et al., 2015; Gade et al., 2015; Booth et al., 2015; Sockalingam et al., 2015; White et al., 2015*) zeigten eine Besserung der depressiven Störung sowohl im Hinblick auf die Prävalenz der depressiven Störung wie auch die depressive Symptomatik. Bei der Mehrzahl der Studien umfasste der postoperative Beobachtungszeitraum nicht mehr als drei Jahre. Aber auch die Ergebnisse zweier Studien mit längeren Katamnesezeiträumen von vier Jahren (*Dixon et al., 2003*) und 7,8 Jahren (*Adams et al., 2007*) wiesen in die gleiche Richtung.

Bisher wurden drei Studien mit großen Katamnesezeiträumen von neun bzw. zehn Jahren veröffentlicht (*Karlsson et al., 2008; Herpertz et al., 2015; Canetti et al., 2016*). Bei dem Vergleich von chirurgisch (n = 851) und konservativ (n = 852) behandelten adipösen Patientinnen ließ sich in der SOS-Studie (*Karlsson et al., 2007*) eine Halbierung der Depressions-Scores (Hospital Anxiety Depression Scale) ein Jahr nach der Operation beobachten, sechs und zehn Jahre danach waren es noch 25 % bzw. 27 %, wobei sich ein enger Zusammenhang zwischen dem Gewicht und dem Depressions-score abbildete. Gegenüber der konservativ behandelten Vergleichsgruppe kam es zu einer signifikanten Besserung

der depressiven Symptome, allerdings waren die Effekte in beiden Gruppen klein (0,35) bzw. marginal (0,14). Einen vergleichbaren Verlauf nahm die Angstsymptomatik, deren HADS-Scores nach einem Jahr 37 %, nach sechs bzw. zehn Jahren 20 % bzw. 23 % des präoperativen Werts betragen. Ein wesentlicher Unterschied zur konservativ behandelten Vergleichsgruppe zeigte sich nicht.

Die Essen-Bochum-Obesity-Treatment-Studie (EBOTS) verglich adipöse Teilnehmende einer konservativen Adipositas-Behandlung (Optifast®, n=249) mit Adipositas-Chirurgie-Patientinnen (Magenband, n = 152) und adipösen Menschen ohne Anliegen einer Gewichtsreduktion (n = 128) über zwei, vier und neun Jahre (Burgmer et al., 2007, 2014; Herpertz et al., 2015). Im Gegensatz zu den konservativ behandelten Studienteilnehmenden, die ihr initiales Gewicht nach ca. vier Jahren wieder erreicht hatten, zeigte sich die postoperative Gewichtsabnahme mit ca. 11 kg/m² über den langen Zeitraum von neun Jahren stabil. Im Gegensatz zur SOS-Studie ließ sich aber der positive Zusammenhang von Gewicht und psychischem Befinden, insbesondere depressiver Symptomatik nicht nachweisen. Trotz persistierendem reduziertem Gewicht verschlechterten sich nach anfänglicher Besserung die depressiven Symptome wieder zwischen dem vierten und neunten Jahr nach der Operation, um am Ende die präoperativen (HADS-)Werte zu erreichen oder sie sogar zu übertreffen. Ähnlich bildete sich der Verlauf der Angstsymptomatik über den Katamnesezeitraum ab. Nach anfänglicher Besserung der Angstsymptome in den ersten vier Jahren nach der OP war ein Unterschied zwischen prä-operativer Symptomatik und derjenigen neun Jahre später nicht mehr auszumachen.

Die kontrollierte Studie von Canetti et al. (2015) mit einer kleinen Stichprobe von 36 Adipositas-Chirurgie-Patientinnen und 34 Teilnehmenden einer konservativen Gewichtsreduktionsmaßnahme mit zwei katamnestic Untersuchungen ein und zehn Jahre nach der Behandlung kam zu vergleichbaren Ergebnissen. Trotz einer Gewichtsreduktion von 27 % des Ausgangsgewichts nach zehn Jahren hatten sich die Werte des Mental Health Inventory (MHI) u. a. mit Items zu Angst- und depressiven Symptomen in diesem Zeitraum deutlich verschlechtert. Hingegen erwies sich das psychische Befinden der konservativen Kontrollgruppe als stabil. Auch wenn die drei Studien vergleichbare Katamnesezeiträume haben, so unterscheiden sie sich in der Stichprobengröße und dem Rücklauf während der Katamnese. So betrug der Rücklauf der SOS-Studie 72–77 %, der EBOTS 55–65 % und der Studie von Canetti et al. (2015) 100 %.

Essstörungen, gestörtes Essverhalten

Die Prävalenz der BES liegt bei adipösen Patientinnen vor Operation bei etwa 15–30 % (de Zwaan et al., 2002, Dawes et

al., 2016). Aber auch andere Formen problematischen, in der Regel hyperkalorischen Essverhaltens wie das Night-Eating Syndrom (NES) (Allison et al., 2006) mit Verzehr von ca. 75 % der Tages-Kalorienmenge in den Abend- und Nachstunden und nächtlichen Essanfällen, das „Grazing“ i. S. eines Konsums kleiner Mengen von Nahrungsmitteln über den Tag verteilt ohne Hungergefühl (Colles et al., 2008), Kontrollverluste beim Essen („loss of control over eating“, LOC), emotionales Essen, Essen ohne Hunger oder süchtiges Essverhalten (Opozda et al., 2016, Baldofski et al., 2015) werden nicht selten beobachtet. Essstörungen nehmen kurzfristig nach der bariatrischen Operation

— Ist die depressive Entwicklung Folge der Adipositas oder gingen depressive Episoden einschließlich gewichtssteigender Antidepressiva in der Vergangenheit mit einem hyperkalorischen Essverhalten einher? —

ab, scheinen aber im weiteren Verlauf wieder zuzunehmen. Die Nahrungsmittelmengen, die während eines Essanfalls aufgenommen werden, sind insbesondere bei restriktiven Operationsverfahren jedoch i. d. R. geringer als vor der Operation. Patientinnen mit einer Essstörung vor der Operation tragen ein höheres Risiko für ein problematisches Essverhalten nach der Operation (Niego et al., 2007, Opozda et al., 2016), das wiederum mit einer geringeren Gewichtsabnahme bzw. stärkeren Gewichtszunahme einhergeht. So untersuchten Colles et al. (2008) 129 adipöse Patientinnen vor und ein Jahr nach Adipositas-Chirurgie. Vor der Operation war bei 14 % eine BES-Symptomatik, bei 31 % LOC und bei 17,1 % ein NES zu beobachten. Postoperativ waren es 3,1 % (BES), 22,5 % (LOC) und 7,8 % (NES). „Grazing“ mit 26,3 % vor der Operation steigerte sich auf 38,0 % nach der OP. Präoperatives BES führte häufig zu „Grazing“ nach der OP. Patientinnen mit LOC und „Grazing“ ein Jahr nach der OP zeigten einen signifikant geringeren Gewichtsverlust und klagten über mehr psychischen Stress als Patientinnen ohne gestörtes Essverhalten.

Betrachtet man den Zusammenhang von prä- und postoperativem Essverhalten und deren prädiktive Funktion für den postoperativen Gewichtsverlauf, so ist das postoperative Essverhalten eindeutig aussagekräftiger (Opozda et al., 2016). Die Frage, welche Patientinnen erneut Essanfälle entwickeln und bei welchen Patientinnen die Essanfälle dauerhaft ausbleiben, lässt sich präoperativ nur schwer beantworten. Nicht selten entwickeln Patientinnen nach Erreichen des Gewichtsplateaus eine intensive Angst vor erneuter Gewichtszunahme. Die Folge ist häufig ein bewusstes restriktives Essverhalten, das bei entsprechender Vulnerabilität das Wiederauftreten von Essanfällen begünstigen kann.

Traumafolgestörungen

Nach Dawes et al. (2016) ist bei adipositas-chirurgisch behandelten Patientinnen von einer Prävalenz der Posttrauma-

tischen Belastungsstörung von 1–2 % auszugehen. Wadden et al. (2006) berichteten, dass 20 % ihrer untersuchten 142 Patientinnen sexuellen Missbrauch erlebt hatten, in der Studie von Grilo et al. (2005) waren es 32 % von insgesamt 340 Patientinnen. In einer kanadischen interviewgestützten Kohortenstudie konnten bei 21,5 % der Patientinnen, die über einen Zeitraum von vier Jahren operiert wurden und für die Follow-up-Daten verfügbar waren ($n = 6.016$), Missbrauchserfahrungen dokumentiert werden (Hensel et al., 2016), was etwa dem Anteil in der Allgemeinbevölkerung entspricht. Allerdings stellte sich die psychische Komorbidität deutlich höher dar. Am häufigsten war emotionaler Missbrauch (13,1 %), gefolgt von sexuellem (10,6 %) und körperlichem Missbrauch (8,9 %). Was die Gewichtsabnahme anbelangt, so unterschieden sich zumindest für das erste postoperative Jahr Patientinnen mit und ohne Missbrauchserfahrungen nicht. Vergleichbare Ergebnisse erbrachte eine weitere Studie von Grilo et al. (2006). Von 137 Patientinnen berichteten 32 % der Patientinnen über sexuellen Missbrauch in der Kindheit und 27 % über emotionalen Missbrauch. Ein Jahr nach der Operation konnten keine klinisch relevanten Unterschiede zu den Patientinnen ohne Missbrauchserfahrungen im Hinblick auf das Gewicht, Essverhalten und psychische Befinden beobachtet werden. In einer retrospektiven Erhebung (Clark et al., 2007) wurden 152 Patientinnen zwei Jahre nach der Operation untersucht. 27 % berichteten über einen sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit, 9 % über ein sexuelles Trauma und 19 % über körperliche Gewalterfahrung als Erwachsene. Auch in dieser Untersuchung hatten die traumatischen Erlebnisse keinen Einfluss auf den postoperativen Gewichtsverlauf, allerdings wiesen acht der 37 Patientinnen (22 %), die nach der OP psychiatrische Hilfe in Anspruch nahmen, sexuelle Missbrauchserfahrungen in ihrer Kindheit auf.

Zusammengefasst scheint die Prävalenz traumatischer Erfahrungen bei Patientinnen vor einem adipositas-chirurgischen Eingriff nicht erhöht zu sein, auch sagt das Ausmaß früherer traumatischer Erfahrungen den postoperativen Gewichtsverlauf zumindest in kürzeren Katamnesen nicht voraus. Allerdings bestehen Hinweise auf eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber postoperativ auftretenden psychischen Störungen.

Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen bei Adipositas-Chirurgie-Patientinnen treten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in erhöhtem Ausmaß auf. So fanden *Kalarchian et al.* (2007) in einer Stichprobe von 288 Adipositas-Chirurgie-Patientinnen eine Lebenszeitprävalenz von 29 % für Achse-II-Störungen, *Mauri et al.* (2008) in einer vergleichbaren Stichprobe von 19,5 % gegenüber 6 % (Huang et al., 2009) bis 12 % (Lenzenweger et al., 2008) in der Allgemeinbevölkerung. In einem systematischen Review von *Livhits et al.* (2012) wurden 115 Artikel eingeschlossen und präoperative Prädiktoren für die postoperative Gewichtsabnahme untersucht. Von den insgesamt 14 Studien zu dem Zusammenhang von Per-

sönlichkeitsstörungen und postoperativem Gewichtsverlust zeigten sieben Studien einen negativen, vier einen positiven und drei keinen Zusammenhang. Allerdings basierte die Diagnostik der eingeschlossenen Studien fast ausschließlich auf Fragebögen, wobei auch einige Studien nicht zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und -störungen unterschieden. Zu einem anderen Ergebnis kam das systematische Review von *Gerlach et al.* (2015), das u. a. vier prospektive Studien mit insgesamt 570 Patientinnen untersuchte. Die Beobachtungszeiträume der Studien reichten von sechs Monaten bis vier Jahren. Keine der Studien konnte einen Zusammenhang zwischen einer Persönlichkeitsstörung und dem Gewichtsverlust nach der OP beobachten. Nicht unerwähnt soll die Studie von *Lier et al.* (2013) bleiben, die einen Rückgang der Persönlichkeitsstörungen nach Adipositas-Chirurgie von 22 % auf 8 % ein Jahr nach OP beobachtete. *Pontirolli et al.* (2007) kamen bei einer interviewbasierten Untersuchung von 172 Adipositas-Chirurgie-Patientinnen über einen Zeitraum von ein bis vier Jahren zu dem Schluss, dass Achse-I- und Achse-II-Störungen mit Ausnahme eines marginalen Effekts der narzisstischen Persönlichkeitsstörung keinen Einfluss auf den Gewichtsverlust hatten.

Persönlichkeitsstörungen scheinen bei Adipositas-Chirurgie-Patientinnen im Vergleich zur Normalbevölkerung zwar häufiger vorzukommen, deren prädiktive Funktion für den postoperativen Verlauf scheint allerdings gering zu sein.

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität

In den letzten Jahren sind einige Studien publiziert worden, die einen Anstieg der Mortalität infolge von Unfällen, einer Überdosierung von Medikamenten und Suiziden bei Patientinnen nach Adipositas-Chirurgie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung oder adipösen Menschen, die sich keiner Adipositas-Chirurgie unterzogen hatten, nachweisen konnten (*Pories et al.*, 1995; *Omalu et al.*, 2005; *Sjöström et al.*, 2013; *Bruschi Kelles et al.*, 2014). Ebenfalls konnte ein positiver Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und Adipositas auch im Längsschnitt nachgewiesen werden (*Mather et al.*, 2009; *Luppino et al.*, 2010; *Faith et al.*, 2011). Zwei systematische Reviews von *Klinitzke et al.* (2012) und *Perera* (2015) kommen allerdings zu dem Schluss, dass es sich um einen inversen Zusammenhang von Adipositas und Suizid handelt, was die Bedeutung des Mortalitätsanstiegs von adipösen Menschen nach Adipositas-Chirurgie unterstreicht. In einer prospektiven Studie verglichen *Adams et al.* (2007) die Mortalitätsraten von Patientinnen nach Magen-Bypass und adipösen Kontrollprobandinnen. Nach durchschnittlich sieben Jahren lag die Mortalitätsrate bei den operierten Patientinnen bei 2,6 und in der Kontrollgruppe bei 0,9 auf 10.000 Personenjahren, wobei 15 Suizide auf die operierten Patientinnen, fünf auf die Kontrollprobandinnen entfielen. Die Suizidrate überstieg auch die durchschnittliche Suizidrate der US-amerikanischen Bevölkerung, die bei 1,1 auf 10.000 Personenjahre liegt. Anknüpfend an weitere Studien (*Pories et al.*, 1995; *Omalu et al.*, 2005; *Sjöström et al.*, 2013 und *Bruschi*

Kelles et al., 2014) untersuchte Tindle et al. (2010) die postoperative Suizidalität der Bevölkerung von Pennsylvania. Mit 6,6 Suiziden auf 10.000 Personenjahre lag sie doppelt so hoch wie die von Adams et al. (2007) ermittelte, wobei die Angaben im Hinblick auf Männer und Frauen deutlich differierten (Männer: 13,7/10.000; Frauen: 5,2/10.000). 70 % der Suizide ereigneten sich innerhalb der ersten drei Jahre nach der Operation. Zu beachten ist dabei, dass der Nadir des postoperativen Gewichtsverlusts zwei Jahre nach der Operation erreicht ist, um dann nach einer Gewichtszunahme bei den meisten Patientinnen in ein Plateau überzugehen (Magro et al., 2008). In einem systematischen Review von 28 relevanten Studien und einer Kohorte von insgesamt 23.885 Patientinnen und 190.433 postoperativen Personenjahren kommen Peterhänsel et al. (2013) auf ein gegenüber der Gesamtbevölkerung vierfach erhöhtes Suizidrisiko bei Patientinnen nach Adipositas-Chirurgie. Dieses Risiko scheint insbesondere auf jüngere Patientinnen zuzutreffen. Nach einer Studie von Davidson et al. (2016) war einzig in der Alterskohorte der Unter-35-Jährigen die Mortalitätsrate der operierten Patientinnen nach einem Katamnesezeitraum von sieben Jahren höher als in der nicht-operierten Vergleichsgruppe, wobei das Risiko für Todesfälle aufgrund äußerer Einflüsse ((nicht-)beabsichtigte Vergiftungen, Suizide etc.) einzig bei Frauen in dieser Altersgruppe erhöht war. In allen älteren Kohorten hatten die operierten Patientinnen eine niedrigere Sterblichkeitsrate.

Das Risiko für Selbstverletzungen bei Adipositas-Chirurgie-Patientinnen war in jüngster Zeit ebenfalls Gegenstand einiger größerer Untersuchungen, beginnend mit der Beobachtung von Sansone et al. (2008), der bei mehr als 53 % der Patientinnen ein Selbstverletzungsverhalten beobachten konnte. Zwei neuere große Studien aus Schweden und Australien kommen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Lagerros et al. (2016) untersuchten 22.000 Patientinnen mit Magen-Bypass-Operation. Sie beobachteten einen postoperativen Anstieg von Selbstverletzungen von 0,38 auf 0,59 (100 Personenjahre). Diese Ergebnisse konnten durch eine kanadische Arbeitsgruppe (Bhatti et al., 2016) bestätigt werden, die eine Stichprobe von fast 9.000 Patientinnen mit einem prä- und postoperativen Beobachtungszeitraum von jeweils drei Jahren untersuchte. In dieser Studie war ein Anstieg selbstverletzenden Verhaltens von 2,33 auf 3,63 Vorfälle auf jeweils 1.000 Patientinnen zu beobachten. Interessanterweise wiesen 93 % der Adipositas-Chirurgie-Patientinnen mit Selbstverletzung anamnestisch eine psychiatrische Diagnose auf. Demgegenüber kommen Morgan und Ho (2016) in einer Studie mit vergleichbarem Design und Stichprobe in Australien zu dem Ergebnis, dass Selbstverletzungen bei Patientinnen mit dem Anliegen einer adipositas-chirurgischen Maßnahme häufiger auftreten, allerdings ließ sich ein Anstieg nach der Operation nicht verzeichnen.

Störungen durch psychotrope Substanzen

Der Konsum von psychotropen Substanzen, insbesondere der schädliche Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von Alkohol,

war Gegenstand zahlreicher Studien in der Vergangenheit. Conason et al. (2013) untersuchten 155 Patientinnen, die sich entweder einer Magenband- (n = 100) oder einer RYGB-OP (n = 55) unterzogen hatten. Sie konnten einen signifikanten Anstieg des Konsums von Alkohol in dem Beobachtungszeitraum von zwei Jahren nach der OP feststellen, nicht jedoch von Zigaretten oder „Partydrogen“. Insbesondere berichteten Patientinnen mit RYGB-OP über eine deutliche Zunahme ihres Alkoholkonsums.

Bei der Frage des schädlichen Gebrauchs von Alkohol („alcohol use disorder“, AUD) bzw. Alkoholabhängigkeit machte die Studie von Buffington et al. (2007) auf sich aufmerksam, wonach von 318 Adipositas-Chirurgie-Patientinnen ca. 83 % nach der OP Alkohol konsumierten, von denen wiederum 84 % angaben, nach der OP die Wirkung von Alkohol stärker wahrzunehmen, einige sogar Intoxikationssymptome nach dem Konsum kleiner Mengen Alkohol beschrieben. 28 % der operierten Patientinnen sprachen von einem unkontrollierten Alkoholkonsum nach der OP gegenüber 4,5 % vor der OP. Zu einem anderen Ergebnis kamen Ertelt et al. (2008), wonach in ihrer Stichprobe von 70 operierten Patientinnen 1,4 % eine AUD und weniger als 3 % eine Alkoholabhängigkeit sechs bis zehn Jahre nach der Operation entwickelten. Verglichen mit diesen beiden retrospektiven Erhebungen bietet die prospektive Studie von King et al. (2012) mit insgesamt 2.458 Patientinnen und zwei Untersuchungszeitpunkten ein (T2) und zwei Jahre (T3) nach RYGB-OP validere Aussagen zu dem Zusammenhang von Adipositas-Chirurgie, AUD bzw. Alkoholabhängigkeit. In der Katamnese zeigte sich eine Zunahme von AUD (prä-OP: 7,6 %; T2: 7,3 %; T3: 9,6 %). An präoperativen Risikofaktoren konnten männliches Geschlecht, junges Alter, Zigarettenkonsum, regelhafter Alkoholkonsum, AUD, geringe soziale Unterstützung, Drogenkonsum in der Freizeit und RYGB identifiziert werden. Suzuki et al. (2012) beobachteten bei 51 konsekutiv operierten Patientinnen eine Punkt-(Lebenszeit-)Prävalenz für AUD von 11,8 % (35,3 %). Es fand sich kein Zusammenhang zwischen Gewichtsverlust, AUD oder Achse-I-Störungen, allerdings berichteten Patientinnen mit RYGB und bekannter AUD vor der OP häufiger über AUD nach der Operation im Vergleich zu Patientinnen mit einer Magenband-OP. Entscheidend für den höheren Alkoholkonsum insbesondere nach RYGB-OP dürften die veränderten anatomischen Verhältnisse des Gastrointestinaltraktes und damit einhergehende veränderte Absorptionsbedingungen sein. So wurden bei Patientinnen sowohl nach Magenschlauch-OP (Maluenda et al., 2010) als auch nach RYGB (Woodard et al., 2011) erhöhte und länger anhaltende Alkoholwerte im Blut gefunden. Der Konsum von 140 Gramm Rotwein nach einer RYGB-OP führte zu einem dreifachen Anstieg des Alkoholspiegels im Blut verglichen mit Werten vor der Operation. Abschließend ist jedoch herauszustellen, dass die Prävalenz für AUD nach einer bariatrischen Operation zwar steigt, sich im Vergleich zur Normalbevölkerung allerdings geringer darstellt (Kessler et al., 2005).

Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) ist ein multidimensionales „Konstrukt“ aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und geht damit über Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand hinaus. Menschen mit höhergradiger Adipositas im Allgemeinen und mit dem Anliegen einer Adipositas-Chirurgie im Besonderen zeichnen sich durch eine erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität aus. Wenn man berücksichtigt, dass die überwiegende Mehrheit von Adipositas-Chirurgie-Patientinnen schon zahllose letztendlich frustrierte Versuche konservativer Gewichtsreduktionsmaßnahmen aufweist, so ist eine deutliche Besserung der HRQoL nach der OP, insbesondere vor dem Hintergrund einer steten Gewichtsabnahme in den ersten zwei Jahren („honeymoon-Phase“), zu erwarten. Von daher sind Studien zur Lebensqualität mit längeren Katamnesen von Vorteil. 2005 erschien ein strukturiertes Review zur Lebensqualität von Patientinnen mit insgesamt 34 RCTs, publiziert zwischen 1979 und 2003 (Maciejewski et al., 2005). Das Review kam zu dem Ergebnis, dass Gewichtsreduktionsmaßnahmen (konservative, chirurgische) zu keiner Verbesserung der HRQoL führten. Die Autoren wiesen allerdings auf die unzureichende Qualität vieler Studien hin, insbesondere das Fehlen standardisierter Untersuchungsinstrumente. Das Review von Warkentin et al. (2014) stützte sich auf die aktuellen Leitlinien (Liberati et al., 2009) zur Durchführung von Reviews mit besonderer Berücksichtigung standardisierter Instrumente. Insgesamt wurden 53 RCTs (bei vier chirurgischen Interventionen) eingeschlossen. Ca. 25 % der Studien erlaubten eine quantitative Datenanalyse und zeigten einen statistisch wie auch klinisch signifikanten Zusammenhang von Gewichtsabnahme und *physischer* Lebensqualität. Kein Zusammenhang ergab sich zwischen Gewichtsabnahme und *psychischer* Lebensqualität – ein Ergebnis, welches durch andere Kohortenstudien mit längeren Katamnesen bestätigt werden konnte (Adams et al., 2012; Kolotkin et al., 2012; Herpertz et al., 2015). Andersen et al. (2015) führten ein systematisches Review zur Lebensqualität von Adipositas-Chirurgie-Patientinnen durch, wobei sie ausschließlich Studien mit einer Katamnese von mindestens fünf Jahren einschlossen. Insgesamt konnten sieben Studien (Karlsson et al., 2007; Mathus-Vliegen, 2007; Helmiö et al., 2011; Schouten et al., 2011; Kolotkin et al., 2012; Aasprang et al., 2013) mit 1.113 Patientinnen, Beobachtungszeiträumen von fünf bis zehn Jahren und einer Rücklaufquote von 61 % bis 92 % berücksichtigt werden. Keine der Studien mit längerer Katamnese war randomisiert-kontrolliert, nur zwei Studien hatten Kontrollgruppen. Der Drop-out schwankte zwischen 8 % und 39 %. Sechs der sieben Studien zeigten statistisch wie auch klinisch eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität, wobei die Ergebnisse zur physischen Lebensqualität eindeutiger ausfielen als zur psychischen Lebensqualität.

Eine Steigerung der Lebensqualität ist in den ersten Jahren nach der Operation zu beobachten, wobei es insbesondere die physische und weniger die psychische Lebensqualität ist,

die gegenüber dem präoperativen Befund deutlich zunimmt. Bei längeren Katamnesen ist eine rückläufige Tendenz zu beobachten, wobei die Studienlage nicht einheitlich ist. Insgesamt ist bei einer längeren Katamnese eine rückläufige Tendenz der Lebensqualität und schließlich Stabilisierung auf einem gegenüber dem präoperativen Zustand gesteigerten Niveau zu beobachten.

Zusammenfassung

In Anbetracht der unzureichenden Ergebnisse konservativer Gewichtsreduktionsmaßnahmen bei Menschen mit Adipositas Grad 2 und Grad 3 stellt sich weniger die Frage nach einer wirklichen Alternative zur Adipositas-Chirurgie, sondern eher die Frage, bei welchen Patientinnen die Operation zum jetzigen Zeitpunkt nicht durchgeführt werden sollte. Nur wenige psychiatrische Diagnosen stellen eine Kontraindikation zur Adipositas-Chirurgie dar, wie etwa die Bulimia nervosa, die akute Psychose oder die Alkoholabhängigkeit. Neben den kategorialen Diagnosen wie Depression, Angst- oder Essstörungen ist der dimensionale Aspekt wie etwa stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken als Abbild der Schwere einer psychischen Störung wichtig (Valley & Grace, 1987; Herpertz et al., 2004). Die Binge-Eating-Störung liefert keine Kontraindikation für eine Adipositas-Chirurgie, allerdings deuten tägliche Kontrollverluste bei der Nahrungsaufnahme auf eine ausgeprägtere Impulskontrollstörung, die durchaus eine Kontraindikation gegenüber einem adipositas-chirurgischen Eingriff darstellen kann. Im Hinblick auf die Depression stellt sich die Frage nach „state“ und „trait“: Ist die depressive Entwicklung Folge der Adipositas (frustrante Gewichtsreduktionen in der Vergangenheit, negative Stigmatisierung, körperliche Folgeerkrankungen etc.) oder gingen depressive Episoden einschließlich gewichtssteigernder Antidepressiva in der Vergangenheit mit einem hyperkalorischen Essverhalten einher? Bei diesen Patientinnen sollte eine pharmakologische und/oder psychotherapeutische Behandlung der Operation vorgeschaltet werden, wobei allerdings „state“ und „trait“ häufig nicht voneinander zu trennen sind.

Jede Patientin sollte eine ausführliche Diagnostik durch eine Ärztin für Psychiatrie, psychosomatische Medizin oder eine Psychologische Psychotherapeutin erhalten, wobei alle drei Berufsgruppen über ein profundes Wissen im Hinblick auf Adipositas im Allgemeinen und Adipositas-Chirurgie im Besonderen verfügen sollten. Leitlinien für eine solche ärztliche bzw. psychologische Stellungnahme oder sogar Begutachtung fehlen. Von daher ist von sehr unterschiedlichen Stellungnahmen auszugehen, was zweifelsohne für die betroffenen Patientinnen eine unbefriedigende Situation darstellt (Bauchowitz et al., 2005) und das Problem der Stigmatisierung adipöser Menschen aufwirft (Ashton et al., 2008). Eine begleitende Psychotherapie macht nur in Ausnahmefällen Sinn, da die Mehrzahl der Patientinnen mit der Operation auch eine deutliche Besserung ihres psychischen Befindens verbinden, von einer für eine Psychotherapie notwendigen

Motivation also nicht auszugehen ist. Daran dürfte sich auch nichts bis zu dem Gewichts nadir ca. zwei bis drei Jahre nach der Operation ändern. In jedem Fall sollte die ärztliche bzw. psychologische Stellungnahme aber auch mit der Zusage einhergehen, im Falle einer psychischen Krise/Störung entsprechende Hilfsangebote anbieten zu können.

Literatur

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

Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, R. C., Simper, S. C., Rosamond, W. D. et al. (2007). Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med*, 357, 753–761.

Andersen, J. R., Aasprang, A., Karlsen, T.-I., Natvig, G. K., Vage, V. & Kolotkin, R. L. (2015). Health-related quality of life after bariatric surgery. A systematic review of prospective long-term studies. *Surg Obes Relat Dis*, 11, 466–473.

Bhatti, J. A., Nathens, A. B., Thiruchelvam, D., Grantcharov, T., Goldstein, B. I., Redelmeier, D. A. (2016). Self-harm Emergencies After Bariatric Surgery: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Surg*, 151, 226–232.

Dawes, A. J., Maggard-Gibbons, M., Maher, A. R., Booth, M. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M. et al. (2016). Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*, 315, 150–163.

Herpertz, S., Müller, A., Burgmer, R., Crosby, R. D., Zwaan, M. de & Legenbauer, T. (2015). Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. *Surg Obes Relat Dis*, 11, 1361–1370.

Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M. et al. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates. Relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry*, 164, 328–334.

Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjostrom, L. & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity. The SOS intervention study. *Int J Obes*, 31, 1248–1261.

King, W. C., Chen, J.-Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S. G. et al. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA*, 307, 2516–2525.

Kolotkin, R. L., Davidson, L. E., Crosby, R. D., Hunt, S. C. & Adams, T. D. (2012). Six-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients versus obese comparison groups. *Surg Obes Relat Dis*, 8, 625–633.

Lagerros, Y. T., Brandt, L., Hedberg, J., Sundbom, M. & Boden, R. (2016). Suicide, Self-harm, and Depression After Gastric Bypass Surgery: A Nationwide Cohort Study. *Ann Surg*, 265, 235–243.

Look AHEAD Research Group (2014). Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention. The look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring)*, 22, 5–13.

Marek, R. J., Heinberg, L. J., Lavery, M., Merrell Rish, J. & Ashton, K. (2016). A review of psychological assessment instruments for use in bariatric surgery evaluations. *Psychol Assessment*, 28, 1142–1157.

Mingrone, G., Panunzi, S., Gaetano, A. de, Guidone, C., Iaconelli, A., Nanni, G. et al. (2015). Bariatric-metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes. 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *Lancet*, 386, 964–973.

Mitchell, J. E., King, W. C., Chen, J.-Y., Devlin, M. J., Flum, D., Garcia, L. et al. (2014). Course of depressive symptoms and treatment in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS-2) study. *Obesity (Silver Spring)*, 22, 1799–1806.

Morgan, D. J. R. & Ho, K. M. (2016). Incidence and Risk Factors for Deliberate Self-harm, Mental Illness, and Suicide Following Bariatric Surgery: A State-wide Population-based Linked-data Cohort Study. *Ann Surg*, 265, 244–252.

Opozda, M., Chur-Hansen, A. & Wittert, G. (2016). Changes in problematic and disordered eating after gastric bypass, adjustable gastric banding and vertical sleeve gastrectomy. A systematic review of pre-post studies. *Obes Rev*, 17, 770–792.

Peterhänsel, C., Petroff, D., Klinitzke, G., Kersting, A. & Wagner, B. (2013). Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. *Obes Rev*, 14, 369–382.



Prof. Dr. med. Stephan Herpertz

Korrespondenzadresse:

LWL-Universitätsklinikum Bochum
Ruhr-Universität Bochum
Alexandrinenstr. 1–3
44791 Bochum
stephan.herpertz@rub.de

Prof. Dr. med. Stephan Herpertz ist Arzt für Innere Medizin, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums der Ruhr-Universität Bochum. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Essstörungen, psychische Aspekte der Adipositas und Psychodiabetologie.



Dr. med. Sebastian Jongen

Dr. med. Sebastian Jongen befindet sich in Ausbildung zum Arzt für Psychosomatische Medizin in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums der Ruhr-Universität Bochum. In seiner Forschung beschäftigt er sich hauptsächlich mit den Themen Essstörungen, Adipositas, Depression und dem Mikrobiom.



Prof. Dr. med. Henrik Kessler

Prof. Dr. med. Henrik Kessler ist als Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Oberarzt und seit 2016 außerordentlicher Professor in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum tätig. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen sowie in der Neuropsychologie.

Interview

Und wer therapiert die Therapeutinnen¹ heute? Selbstfürsorge in einem heilenden Beruf

Gertrud Corman-Bergau im Gespräch mit Eva Jaeggi

Gertrud Corman-Bergau (PTJ): Frau Jaeggi, die Idee für dieses Interview entstand, weil wir einen Schwerpunkt im PTJ rund um Selbstfürsorge, Gesundheitsprophylaxe und im weitesten Sinne Zufriedenheit der Psychotherapeutinnen in ihrem Beruf planen. Ihr interessantes Buch von 2001 „Und wer therapiert die Therapeuten?“ war ein früher Beitrag zu diesem Thema. Uns würde interessieren, wie sehen Sie das Thema 2019 und welche neuen Gesichtspunkte gibt es aus ihrer Sicht 20 Jahre nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes und bei den vorgesehenen recht großen Veränderungen in Ausbildung und Gesundheitssystem?

Eva Jaeggi: Wenn man sich damit beschäftigt, was Psychotherapeutinnen über die emotionale Belastung sagen, was sie als Grund ihres „Burnout“ angeben, und dies in Verbindung bringt mit der Motivation für diesen Beruf, dann wissen wir, dass viele der Helferinnen sogenannte „verwundete Seelen“ sind. Das sind Menschen, die schon in der Kindheit gelernt haben, für schwächere Familienangehörige zu sorgen und sich zurückzunehmen. Die Motivation für den Beruf ist dann zum wichtigsten Teil: anderen Menschen zu helfen, wie man es in der Kindheit schon getan hat. Wenn das so ist, entsteht aber auch oft ein unbewusster Konflikt. Denn wir wissen sehr gut, dass Kinder, die Helferpositionen einnehmen mit ambivalenten Gefühlen zu kämpfen haben, die nicht immer leicht auszudrücken sind. Einerseits bedeutet es, stolz darauf zu sein, zum Beispiel eine depressive Mama trösten zu können; andererseits aber ist das Kind damit auch leicht überfordert, denn es will ja selbst getröstet und versorgt sein und entwickelt Ärger und Frustration.

Und wenn sich dieser unbewusste Konflikt fortsetzt in der Berufstätigkeit, ohne dass er bearbeitet werden kann, dann wundert man sich nicht, dass Menschen, die diesen Beruf wählen, sich auch irgendwann mal selbst sehr überlastet fühlen und Probleme damit haben, immer für andere da zu sein.

Wenn die Motivation für den Beruf aber mehr aus einer guten Mischung von Neugierde, Prestigedenken, finanziellen Aspekten und dem Interesse zu helfen besteht, dann ist die Gefahr nicht so groß, dass man sich überlastet fühlt, dass man sich in dieser Weise als Burnout-Fall nun dem Beruf entziehen muss. Unbewusste Konflikte sind, sofern sie nicht

bewusst werden können, eben etwas, das Unruhe und bestimmte Symptome erzeugt – unter anderem natürlich auch Depression und Burnout.

Sie benutzen den Begriff „Burnout“. Das ist interessant in diesem Kontext, weil Burnout ja nicht eine klar umrissene krankheitswertige Störung beschreibt. Das hat sicherlich einen Sinn.

Ja, es ist ein Alltagsbegriff geworden, es gibt vielleicht auch die Schwierigkeit, ihn von Depressionen abzugrenzen. Aber ich denke schon, dass es einen Sinn hat, diesen Begriff zu verwenden, auch um gerade Kolleginnen klarzumachen, dass man weiß, worum es sich handelt, wenn sie mit ihrem Beruf hadern. Burnout steht ja im Kontext der jeweiligen Berufsausübung, vor allem bei Berufsgruppen, die im persönlichen sozialen Kontext agieren.

Nun ist es ja so, dass durch das Psychotherapeutengesetz und vielleicht auch noch einmal mehr durch die Einrichtung eines eigenen Psychotherapiestudiums die Entscheidung für und das Eintrittsalter in den Beruf erheblich früher liegen wird als zu der Zeit, in der Ihr Buch entstanden ist. Meinen Sie, dass sich das auswirkt auf den Bereich, den Sie gerade benennen?

Wir haben bisher ja noch keine Erfahrungen. Man kann sich gut vorstellen, dass das auch ein wichtiger Punkt ist. Es kann sein, dass so junge Menschen noch gar nicht bereit sind, sich intensiv mit ihren Motivationen auseinanderzusetzen, dass die Motive also unter Umständen unbearbeitet sind. Es kann sein, dass die Folgen solch unbewusster Konflikte dann noch stärker auftreten können als bisher. Deswegen denke ich, Präventionsseminare schon in die Ausbildung hinein zu nehmen, ist eine sehr gute Idee. Ob es wirklich reicht, wird man sehen. aber es ist ja inzwischen wirklich in allen therapeutischen Richtungen üblich, auch Selbsterfahrung einzubauen.

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

In den Verfahren ist es sehr unterschiedlich, wie Selbsterfahrung aussieht und gestaltet wird. In Ihrem Buch haben Sie seinerzeit die psychoanalytischen Lehranalysen recht stark kritisiert, weil sie unter anderem zu große Abhängigkeiten oder Idealisierungen herstellen, zugleich betonen Sie heute, wie wichtig der Anteil der unbewussten Konflikte sei, die man vor Berufsbeginn bearbeiten müsse. Könnte man sagen, dass es jetzt um einen gegenteiligen Trend gegenüber früher geht? Der überwiegende Teil, der jetzt nach dem Psychotherapeutengesetz Ausgebildeten nehmen die Pflichtstunden von insgesamt 120 Stunden als Maßgabe.

Ich denke, das ist tatsächlich zu wenig. Von der Tiefe her würde ich die verschiedenen Richtungen nicht abwerten wollen. Aber ich glaube, dass ein Umfang von 120 Stunden, die zum Teil in der Gruppe stattfinden, ein bisschen zu niedrig angesetzt ist, gerade wenn wir es in Zukunft mit jüngeren Leuten zu tun haben. Die allzu langen Analysen allerdings (manche haben mehr als 1.000 Stunden gedauert!) sehe ich auch jetzt noch als eine Gefahr an. Da wird dann jahrelang die Therapie wichtiger als das reale Leben.

Bei Psychotherapeutinnen sind aber auch noch eine ganze Reihe von anderen Dingen schwierig. Man hat keinen objektiven Maßstab für die Qualität der eigenen Arbeit. Das war vor 19 Jahren schon so und das ist heute das Gleiche. Natürlich wird versucht, durch Evaluationen und Fragebögen Vergleichsmaßstäbe zu schaffen. Eine Technikerin kann ein von ihr gewartetes, entworfenes oder verbessertes Gerät prüfen: Funktioniert es oder funktioniert es nicht? Solche vergleichbaren Maßstäbe hat man nicht im Beruf der Psychotherapeutin. Man kann sich natürlich einbilden, dass man alles prima macht. Aber man kann sich auch bei jedem Misslingen einer Therapie sagen, dass man eine schlechte Psychotherapeutin und sowieso nicht geeignet ist für den Beruf.

Diese Nicht-Vergleichbarkeit sorgt dafür, dass Ziele in einer Therapie schwer zu operationalisieren sind. Wir wissen, wie oft es vorkommt, dass am Ende einer Therapie vielleicht eines dieser Ziele erreicht ist, dass man aber drei Jahre später dieselbe Patientin wieder vor sich hat und genau dasselbe Problem wieder aufgetaucht ist. Das sind alles Dinge, die es erschweren, sich sagen zu können: Ich bin eine gute Psychotherapeutin.

Es ist sicherlich fatal, wenn man Erfolg an der Erreichung anfangs geplanter Ziele misst, unter anderem wissen wir ja oft nicht, wo eine Patientin wäre, wenn die Psychotherapie nicht stattgefunden hätte.

Damit kann man sich immer trösten. Bei manch einer Patientin kann man durchaus sagen, sie wäre ohne Behandlung in der Psychiatrie gelandet oder hätte nicht diese Lebensform

gefunden, die einigermaßen tragbar ist. Aber das sind dann auch unter Umständen Abwehrbewegungen der Psychotherapeutinnen. Das lässt sich schlecht unterscheiden. Aber wie gesagt, das alles sind Dinge, die man so mit sich selbst ausmachen muss. Man kann das alles so oder so drehen. Man kann sich fragen: Was ist denn überhaupt bei einem bestimmten Störungsbild ein Erfolg? Ich denke, die diesbezügliche Unsicherheit ist ein wichtiger Punkt.

Das führt ja nochmal zur Frage des inneren Erlebens der Psychotherapeutinnen, wenn es zum Beispiel aufgrund dieser Unsicherheit zu Symptomen kommt oder einem Burnout. Welche Instrumente oder welche Möglichkeiten sehen Sie innerhalb der regulären Ausübung dieses Berufes? Einen Punkt haben Sie ja schon genannt. Das ist eine gute Selbsterfahrung. Weiteres sind Fragen der Prävention von chronischer Erschöpfung. Fast alle Psychotherapeutinnen unterziehen sich dem kollegialen Gespräch, Supervision und Intervention. Ist das nicht eine große Hilfe?

Da viele Psychotherapeutinnen in ihrem Selbstbild sehr oft schwimmen, weil sie nicht wissen, wie gut oder wie schlecht sie sind im Vergleich mit anderen, geraten Supervisionen und auch Interventionen manchmal zu einem Lügengespinnst. Wir haben Befragungen von Menschen gemacht, die Supervision gemacht haben. Es ist schon ziemlich klar geworden, dass man in der Supervision vieles nicht sagt, weil man auch vor der Supervisorin gut daste-

— In Inter- und Supervisionen nach der Ausbildung wird nicht selten geschwindelt oder ein Problem verschwiegen. —

hen will. Das ist in der Ausbildung vielleicht noch nicht so, weil die Kandidatinnen wirklich noch etwas lernen wollen und weil sie in dem Status sind, wo gestattet ist, etwas falsch zu machen. Bei Interventionen oder auch bei Supervisionen außerhalb der Ausbildung ist die Sache schon viel schwieriger, sich wirklich mit dem, was man vielleicht eher suboptimal umgesetzt hat, bloßzustellen. Bei Befragungen gaben viele an, eine ganze Menge geschwindelt oder ausgelassen zu haben. Ich erinnere mich: Ich selbst war bei einer sehr berühmten englischen Psychoanalytikerin in Supervision und in unserer Gruppe haben sich die Protokolle immer mehr dem angenähert, was unsere Supervisorin für gut gehalten hat. Auch ich habe manches natürlich ausgelassen, weil ich vor dieser Supervisorin nicht jämmerlich dastehen wollte. Man schreibt eben nicht alles in die Protokolle hinein, was man macht.

Es gibt ja auch Methoden, in denen Stunden aufgezeichnet werden. Klar ist, man kann nicht alle Stunden aufnehmen und transkribieren. Die Frage ist aber, ob nicht auch in Mini-Sequenzen einer Behandlung, die

man vorstellt oder aufgenommen hat, etwas drinsteckt von dem, was Sie „inneren Konflikt“ nennen und in einem solchen Austausch bearbeitet wird.

Die Identifikation mit der Patientin sehe ich dabei übrigens oft als Hinweis: Ich denke, bei meinen Supervisionen kann ich spüren, wie empört Supervisorinnen zum Beispiel über Eltern, Partner oder auch Kinder der Patientin sind. Ich mache sie dann auf so etwas aufmerksam. Sie können sich dann überlegen, warum gerade mit dieser Patientin die Identifikation so auffällig ist. Dadurch lernen Supervisorinnen etwas über die Involvierung ihrer eigenen Konflikte in den Therapieprozess. Die Identifikation mit der Patientin kann auch sehr belasten, gerade wenn man hier keine Distanz herstellen kann. Im Grunde muss nach 50 Minuten die Patientin bei der Tür raus sein. Das Loslassen der Patientinnen scheint mir unumgänglich, damit man psychisch stabil bleibt.

Das ist sicher eine große und schwierige Frage, die Sie ansprechen: Wie komme ich dazu, sowohl einführend und mitfühlend zu sein und zugleich auch mit kritischem Abstand denkerisch dabei zu sein. Da kann ja eine Theorie über den Prozess und das Psychische helfen, das wäre sozusagen eine dritte Position.

Ja, das wäre die gelungene ödipale Situation. Man zieht sich einerseits heraus aus dem Beziehungsgeschehen und bleibt trotzdem im Kontakt, allerdings ohne sich zu identifizieren mit der Patientin. Man kann das auch die „exzentrische Position“ nennen. Sie ist zugleich distanziert und bezogen. Dasselbe gilt übrigens auch für die eigenen persönlichen Probleme.

— Ich möchte allen Kolleginnen sagen: Wie es bei euch daheim aussieht, das hat nichts damit zu tun, wie gut Ihr darin seid, anderen zu helfen.

Ich habe relativ oft Kolleginnen in der Psychotherapie, die mit Schrecken feststellen, dass das eigene Leben doch auch immer wieder desaströs oder defizitär aussieht – nicht besser als das mancher Patientinnen. Dann denken sie, sie seien vielleicht deshalb nicht geeignet für diesen Beruf.

Welche Möglichkeit sehen Sie, mit solchen Zweifeln umzugehen? Die Arbeit mit Menschen ist sehr aufwändig und persönlich wird in Krisen vieles auch vom eigenen Leben hinterfragt.

Das ist etwas, was Psychotherapeutinnen oft wirklich mit sich herumtragen: die Diskrepanz zwischen der eigenen Lebensführung und den Zielen, die man für seine Patientinnen hat. Das ist beim Beruf der Psychotherapeutin krasser als beispielsweise bei Lehrerinnen. Ich glaube nicht, dass viele

Lehrerinnen sich beruflich Sorgen machen, weil sie keine Partnerschaft haben oder sich scheiden lassen. Bei Psychotherapeutinnen ist das schon so eine Geschichte, es ist viel schwerer, es von sich fernzuhalten. Es gibt ja den Spruch, der dann immer wieder fällt: Der Wegweiser geht nicht mit. Aber kann man den wirklich verinnerlichen, kann man sich wirklich sagen: Bei mir geht es drunter und drüber, die Kinder tanzen mir auf der Nase herum und mein Partner hilft überhaupt nicht mit. Und gleichzeitig bin ich in der Erziehungsberatung, mache Familientherapie und versuche Ordnung in eine andere Familie zu bringen.

Ich möchte allen Kolleginnen sagen: Wie es bei euch daheim aussieht, das hat nichts damit zu tun, wie gut Ihr darin seid, anderen zu helfen. Und ich denke von vornherein, dass auch schon in der Ausbildung solche Themen behandelt werden sollten. Das Befragen der eigenen Rollenbilder ist eine lohnende präventive Arbeit. Meine Rolle als Helferin ist eine andere als meine Rolle als Mutter oder Ehefrau.

Und Sie denken, präventive Kurse können dabei helfen?

Ja, ich denke, dass solche Kurse wie die im Artikel zum Thema „Burnout-Prophylaxe“ in dieser Ausgabe beschriebenen² schon in der Ausbildung ein hilfreicher Beitrag wären.

Was ich auch immer schon gefordert habe, sind das offene Eingestehen und die Analyse von Fehlern. Es kann nämlich ein bisschen die Last von der Schulter nehmen, die Fehler anderer zu sehen und zu erkennen, dass andere bereit sind, diese Fehler anzusprechen und genauso gut zu analysieren, wie man das bei Erfolgen macht. Das wird manchmal gemacht, aber ich finde, da könnte man noch zulegen.

In der Praxis haben wir ja ständig Patientinnen mit sehr multiplen Problematiken, körperlich, seelisch und sozial in allen möglichen Richtungen. Und diese fallen aus den oft nur nach einem Merkmal

untersuchten Gruppen heraus, in der Praxis begegnen wir solchen Menschen häufig und auch deswegen sind Kurse, in denen darüber gesprochen werden kann, besonders wichtig.

Ein Trend, der die Probleme des Erlebens eigener Unzulänglichkeit auch fördern könnte, ist die stärkere finanzielle Förderung von Kurzzeitbehandlungen. Wenn es mir nicht gelingt, eine Patientin in kürzerer Zeit zu heilen, fühle ich mich nicht so richtig als Psychotherapeutin und verdiene auch weniger Geld.

Das halte ich auch für problematisch. Es gibt Behandlungen, die müssen lebenslang durchgeführt werden. Es gibt Men-

² Vgl. den Beitrag von Sabine Rehahn-Sommer und Annette Kämmerer in diesem Heft auf S. 365ff.

schen, die ohne eine solche Psychotherapie – das sind dann natürlich keine Analysen, aber doch eine fortdauernde psychotherapeutische Begleitung – vielleicht sonst irgendwo in der psychiatrischen Langzeitbehandlung gelandet wären.

Haben Sie eine Idee, wie man anhand bestimmter Merkmale bei den Patientinnen entscheiden kann, ob sie eher ein verstehendes oder ein formendes Verfahren benötigen?

Ich fände es gut, wenn die neuen Ausbildungsrichtlinien mithelfen, dass Psychotherapeutinnen mehr Sinn dafür erhalten, dass es im Lauf der Entwicklung einer Therapie unterschiedliche Anforderungen auch von Patientinnen gibt. Es gibt Patientinnen, wo das Funktionieren in einem umgrenzten Bereich sehr wichtig ist, aus welchen Gründen auch immer, dann wäre es ziemlich unsinnig, diese dann erstmal lange reflektieren zu lassen, warum das Funktionieren für sie so wichtig ist. Das wäre in einer späteren Phase unter Umständen sinnvoll. Bei anderen ist eine Anleitung, wie man sich bei Ängsten über eine Konfrontationstherapie regulieren kann, angesagt. Es gibt Patientinnen, die sehr gut mit Bildern und mit Imaginationen arbeiten können. Aber dazu muss man doch wissen, dass es unterschiedliche Formen gibt oder auch dass bei der gleichen Person in verschiedenen Stadien einer Therapie unter Umständen andere Methoden angesagt sind.

Dazu muss man wissen, welche Konzepte und Psychotherapieformen es gibt. Und ich muss nicht alles machen. Es gibt Psychotherapeutinnen, die vielleicht weniger mit Fantasieübungen anfangen können oder mit Träumen. Andere bevorzugen ein solches Vorgehen. Man sollte auch möglichst doch einiges davon ausprobieren – auch bei sich selbst. Das wäre eine Generalkompetenz, ebenso das Wissen darum, was innerhalb einer Behandlung an Methoden zu berücksichtigen ist – je nach Entwicklungsgrad der Therapie. Die eigenen Grenzen muss man halt kennen. Es gibt Dinge, die mag man selbst nicht und dann kann man sie auch nicht vermitteln.

In einer idealen Universität würde man lernen, wie sich verschiedene anthropologische Grundannahmen in jeweils unterschiedliche therapeutische Konzepte übersetzen lassen und welche Vorstellungen vom Menschen und von der Entwicklung dahinter liegen. Das halte ich wirklich für wichtig und indirekt wirkt dies präventiv gegenüber der Vorstellung, dass es nur die eine richtige Psychotherapieform gibt. Da gab es aus meiner Sicht in der Vergangenheit zu wenig Selbstkritik, zu wenig Aufarbeitung von Fehlern. Manche Richtungen in der Psychotherapie können so manchmal leicht auch Sektencharakter annehmen.

Ein weiterer interessanter Aspekt in Ihrem Buch ist, dass Sie sich auch ausdrücklich als Wissenschaftlerin verstehen und als Forscherin. Sie hätten erlebt, dass viele Forscherinnen in dem Moment, wo sie sich in die Anwendung in der Psychotherapie begeben haben,

eigentlich nicht mehr wissenschaftlich gearbeitet haben. Heute ist der Anspruch: Es soll Forschungsförderung passieren und gleichzeitig, praktisch parallel dazu auch die Therapieausbildung. Ist das zu vereinbaren, ist es eine gute und notwendige Spaltung, die man da machen muss?

Wissenschaft heißt: etwas sine ira et studio (ohne Zorn und Eifer) zu betrachten. So schwierig das auch sein mag, ist aber eine distanzierte, objektivierende Haltung doch sehr wichtig. Nochmal zum Burnout: Sich zu sehr überwältigen zu lassen, zu sehr darauf hinarbeiten, dass es unbedingt ein irgendwie erfolgreicher Abschluss sein muss – das kann man etwas relativieren, wenn man sich der Möglichkeiten und der Grenzen der Psychotherapie auch anhand einschlägiger Studien vergewissert: Wie viele Drop-outs gibt es in der Realität? Wie viele Psychotherapien verlaufen unbefriedigend?

Aber ich denke auch in anderen Kategorien. Man sollte aus dem eigenen „Theorieschlamm“, in dem man steckt, einmal heraustreten und sich unvoreingenommen klar machen, was mit welchem Vorgehen besser oder schlechter möglich ist. Wenn ich mir eine Problematik aus verschiedenen Blickwinkeln, etwa vom verhaltenstherapeutischen, psychoanalytischen oder systemischen Standpunkt oder von der Gestaltpsychotherapie usw. aus, ansehe, kann man die eigene Therapieform vielleicht besser mit objektiver Distanz beurteilen.

Das ist ja jetzt genau so im neuen Studium gedacht, dass die verschiedenen Paradigmen die verschiedenen Ansätze und Theorien nebeneinander gelehrt und gelernt werden.

Ich finde, dass das genau der richtige Ansatz für das Studium ist, davon bin ich begeistert! Ob man das alles so durchführen kann, weiß ich nicht. Ich habe im letzten PTJ mit Interesse auch die Artikel gelesen, die diese den Einzelverfahren vorgelegten Faktoren betonen. Allgemeine persönliche Kompetenzen für Studierende sind aus meiner Sicht nicht einfach zu vermitteln und nur schwer zum Gegenstand von Prüfungen zu machen. Es ist aber erst einmal wichtig, überhaupt zu sehen, dass das ein Beruf ist, dem unterschiedliche Menschenbilder und Grundansätze zugrunde liegen können. Das eigene Menschenbild, das, was man selber für richtig hält, kann durch praktische Erfahrung auch konterkariert werden. Diese Betrachtungsweise könnte dazu führen, dass man in der Ausübung des Berufes mehr Distanz gewinnt. Ich habe damals die Metapher von der Schauspielerin benutzt, die eben auch eine Rolle spielt, die sie zwar auch mitfühlt, zugleich aber immer weiß: Es gibt auch die Differenz zu meinem eigenen Fühlen. Diese Metapher hat mir viel Kritik eingetragen. Ich bleibe trotzdem dabei. Empathie: ja, aber gleichzeitig auch mit einem reflexiven Abstand zu sich. Das ist im Übrigen auch das, was wir jeder Patientin für ihr eigenes Leben beibringen wollen: Dinge distanziert betrachten zu können und trotzdem mitfühlend zu bleiben, die berühmte „ödpale Stufe“ – oder wie immer man das nennen möchte – zu erreichen.

Sie haben ja eben auch eine Thematik angesprochen, die im Moment sehr in der Diskussion ist: die Frage nach den Verfahren als Grundlage und Rahmen psychotherapeutischer Praxis. Sollte man sich eigentlich vom Verfahrensbegriff lösen? Mich würde Ihre Sicht hier auch besonders interessieren, da Sie ja als ausgebildete Verhaltenstherapeutin und Psychoanalytikerin verschiedene Verfahren von innen kennengelernt haben.

Ich bin begeistert, dass dieses Thema jetzt aufgegriffen wird – und dies nicht mehr nur abgrenzend, sondern auch im Sinne von: Integration. Ich bin eine Verfechterin einer Integration von psychotherapeutischen Techniken und Methoden. Zu welchem Zeitpunkt in der Therapie ist welche Vorgehensweise angemessen? Wann ist mehr an Innerlichkeit, vielleicht sogar Meditation gefragt? Das sind alles Dinge, die man als Psychotherapeutin bisher sehr intuitiv entscheidet. Aber ich glaube, dass es sehr wertvoll ist, zu wissen, was es an Möglichkeiten gibt und was an Vorstellungen von Veränderung dahintersteht.

Meine Vorstellung ist schon, dass mit vorbereitenden wissenschaftlich orientierten Vorlesungen und Seminaren immer wieder aufgezeigt wird, wie manche grundlegende Wahrheiten des Menschlichen in verschiedenen Konzepten ausgedrückt werden, sodass es dann nicht so wichtig ist, für welches Verfahren ich mich entscheide. Heutzutage ist es ja so, dass die Studierenden meist gar keine echte Wahl haben. Es ist eben noch immer traurig bestellt um die psychodynamischen Ansätze an den Universitäten.

Der überwiegende Teil der Psychotherapieforschung bezieht sich eben auf kurze Zeiträume, Langzeitbehandlungen finden demgegenüber wenig Berücksichtigung. Welche mögliche Entwicklungsperspektive sehen Sie hier als Forscherin? Sie haben in Ihrem Buch auch davon gesprochen, dass die Soziologie viele Instrumente entwickelt hat, mehr qualitativ zu forschen. Diese seien damals von der Psychologie an den Universitäten nicht aufgegriffen worden.

Seit dem 18. und 19. Jahrhundert sind wir gewohnt, Wissenschaft mit Zahlen zu verbinden. Wir sollten uns klar machen, dass dieser einseitige Bezug auf das wiederholbare Experiment – was in vielen Bereichen unseres wissenschaftlichen Denkens wichtig ist – für bestimmte Felder aber eben nicht die bestgeeignete Methode ist. Der Beruf der Psychotherapeutin war lange Zeit ein eher randständiger Beruf. Er musste sich, so wie die gesamte Psychologie, durch Zahlen und möglichst genaue statistische Experimente und Untersuchungen unter Beweis

stellen. Aber eine bloße Verfeinerung der statistischen Befunde kann nicht für alle Fragestellungen das Maß der Dinge sein. Denn sehr viele Fragen des Erlebens müssen im Gespräch oder durch Beobachtung geklärt werden. Das leistet in manchen wichtigen Bereichen qualitative Forschung. Auch wenn diese aufwändiger sind und in der Durchführung Mehrkosten mit sich bringen, haben qualitative Zugänge in der Scientific Community inzwischen Fuß fassen können. Es gibt einige Stiftungen, die gezielt auch solche Forschung fördern, und es ist zu hoffen, dass auch die Deutsche Forschungsgemeinschaft sich diesen Themen stärker annähert.

Frau Jaeggi, ich danke Ihnen sehr für das interessante Gespräch.



Prof. Dr. Eva Jaeggi

Forststr. 25
14163 Berlin
eva.jaeggi@tu-berlin.de

Prof. em. Dr. Dipl.-Psych. Eva Jaeggi ist Psychologische Psychotherapeutin (VT, AP, TFP). Sie lehrte Klinische Psychologie und Psychotherapie an der TU Berlin bis 1999. Danach war sie zentral am Aufbau der Berliner Akademie für Psychotherapie beteiligt und übernahm dort die Fachbereichsleitung für TFP. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Vergleich von Therapieschulen, in der qualitativen Forschung und der Analyse moderner Lebensformen sowie in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.



Dipl.-Psych. Gertrud Corman-Bergau

corman.bergau@t-online.de

Dipl.-Psych. Gertrud Corman-Bergau ist Psychologische Psychotherapeutin (AP, TFP) und tätig als Supervisorin und Lehranalytikerin. Sie ist Gründungsmitglied der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und engagiert sich seit 2010 als Mitglied des Redaktionsbeirats beim Psychotherapeutenjournal.

Zur Diskussion gestellt

Die Zukunft der Psychotherapieverfahren im neuen Psychotherapiestudium

Cord Benecke

Zusammenfassung: Das Konzept der „Psychotherapieverfahren“ wurde in jüngster Zeit massiv kritisiert. Diese Kritik soll hier nun ihrerseits kritisch überprüft werden. Die von verschiedenen Autoren vorgeschlagenen Alternativen zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren („evidenzbasierter Pluralismus“, „Modulare Psychotherapie“, „kompetenzorientierte Psychotherapie“) werden hinsichtlich ihrer theoretischen Stichhaltigkeit sowie der vorliegenden empirischen Evidenz bewertet. Als Ergebnis zeigt sich: Die Entwicklung einer allgemeinen Psychotherapie liegt in weiter Ferne und die vorgeschlagenen Alternativen lassen empirische Evidenz vermissen. Daher wird von einer voreiligen Abschaffung der Logik wissenschaftlich anerkannter Verfahren in der Ausbildung zum jetzigen Zeitpunkt abgeraten, da dies dazu führen würde, dass zukünftige Psychotherapeutinnen¹ in einer Psychotherapieform ohne Evidenz ausgebildet würden. Es wird vermutet, dass die aktuellen Versuche, die Psychotherapieverfahren abzuschaffen, mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes zusammenhängen und verhindern sollen, dass die qualifizierte Lehre aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren erfolgen muss. Der Ausblick skizziert die aktuell greifbaren Möglichkeiten zur Entwicklung echter integrativer Ansätze, die allerdings erst in der Zukunft und unter Beteiligung von Vertretern aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu erwarten sind.

Kritik am Verfahrensbegriff

Das Konzept der „Verfahren“, wie es für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland bisher maßgeblich ist, wurde in jüngster Zeit kritisiert.² So wendet sich beispielsweise Rief (2018) dagegen, dass „systemkonservativ veraltete Verfahrensbegriffe gepflegt werden“ (S. 70); andere Autoren propagieren eine „Modulare Psychotherapie“ (Kiyhankhadiv & Schramm, 2017). In der aktuellen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) zum Entwurf des neuen Psychotherapeutengesetzes heißt es: „Zukunftsorientierter evidenzbasierter Pluralismus anstatt Verankerung traditioneller Psychotherapieverfahren“ (DGPs, 2019, S. 4).³ Diese Losung suggeriert, dass die wissenschaftlich anerkannten Verfahren weder evidenzbasiert noch zukunftsorientiert seien.

Die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren werden dabei sprachlich mit äußerst negativ konnotierten Beschreibungen verbunden: Die Verfahren seien „veraltet“, „monotheoretisch“, es werde die Rolle der Erkrankung „geleugnet“, Deutschland habe „Schwächen“ und werde international „abgehängt“, im „bestehenden Psychotherapie-System funktioniert Innovation nicht“ etc.

Diese und weitere Äußerungen zielen ab auf eine *Ersetzung* der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren

durch vermeintlich „moderne“ und „zukunftsweisende“ Konzepte, wie z. B. einen „evidenzbasierten Pluralismus“ (DGPs, 2019), „Modulare Psychotherapie“ (Kiyhankhadiv & Schramm, 2017) oder eine „kompetenzorientierte Psychotherapie-Qualifikation“ (Rief, 2019b) im zukünftigen Psychotherapiestudium.

Störungs- und Veränderungstheorien

Warum gibt es überhaupt verschiedene Psychotherapieverfahren? Meines Erachtens ist dies wesentlich in der Natur psychischer Störungen begründet.

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

² Laut Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie (WBP) liegt einem *Psychotherapieverfahren* „ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde“, aus welchem sich die Behandlungsstrategien für ein breites Spektrum psychischer Störungen ableiten lassen. Um als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren im Sinne des WBP zu gelten, müssen außerdem für die wichtigsten psychischen Störungen empirische Wirksamkeitsbelege vorliegen (WBP, 2010).

³ Die hier kursiv ausgewiesenen Kurztitel finden Sie mit ausführlichen Quellenangaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Divergierende Modelle liegen in der Natur psychischer Störungen

Allgemein bezeichnet ein Symptom innerhalb der Medizin ein Zeichen, das auf eine Erkrankung hinweist. Das Symptom ist also streng von der „eigentlichen Krankheit“, vom „Defekt in der Person“ (Schulte, 1998, S. 20) zu unterscheiden. So können einer „Gelbsucht“ als Symptom unterschiedliche Erkrankungen zugrunde liegen, z. B. Gallensteine, eine Hepatitis oder ein Tumor an der Papilla vateri. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, anhand der Symptome Hypothesen über die zugrunde liegende Erkrankung zu bilden und diese dann zu überprüfen, z. B. durch Laboruntersuchungen, Bildgebung oder dergleichen. Erst dann kann die Behandlung eben dieser ursächlichen, der *eigentlichen* Erkrankung geplant werden.

Was in der Organmedizin wie selbstverständlich erscheint, ist im Bereich von psychischen Störungen weitaus unklarer, da die gebräuchlichsten Nomenklaturen psychischer Störungen (DSM-V und ICD-10) eine *grundlegend abweichende Definition* von Krankheit/Störung aufweisen: Eine bestimmte Konstellation von Symptomen *ist* hier die Störung/Krankheit. Ein Rekurs auf diesen Symptomen zugrunde liegende Prozesse oder Veränderungen in der Person findet in DSM und ICD nicht statt und wird explizit abgelehnt.⁴

Im Grunde fehlt im Bereich der psychischen Störungen ein für *Krankheit* im medizinischen Modell analoger allgemein akzeptierter Begriff (vgl. Cooper, 2004; Zachar, 2000), da der Rekurs auf „pathologische Veränderungen“ bzw. Prozesse bisher nur *verfahrensspezifisch* erfolgt. Zwar gibt es einige Komponenten, über deren Bedeutung für die Entwicklung psychischer Störungen einigermaßen Konsens besteht (z. B. Emotionsregulation), aber auch diese sind nicht unumstritten und deren Bedeutung und Gewichtung werden wiederum sehr unterschiedlich gesehen. Auch die neurobiologische Forschung hat diesbezüglich letztlich nicht überzeugen können.⁵

Im Verlauf der Geschichte der Psychotherapie haben sich unterschiedliche Störungstheorien mit jeweils unterschiedlichen Kern-Komponenten entwickelt, aus denen dann auch entsprechend unterschiedliche verfahrenstypische therapeutische Haltungen, Strategien und Techniken abgeleitet wurden und werden. Diese Störungstheorien und daraus abgeleiteten Behandlungen unterliegen einem steten Entwicklungsprozess, auch und gerade innerhalb der verschiedenen Verfahren, sodass immer wieder Weiter- und/oder Neuentwicklungen entstehen, die das Spektrum der mittels Psychotherapie behandelbaren psychischen Erkrankungen deutlich erweitert haben.

Da es aber kein objektives Wahrheitskriterium und schon gar keinen wissenschaftlichen Konsens über die den einzelnen psychischen Störungen zugrunde liegenden Mechanismen gibt, haben sich diese Weiter- und/oder Neuentwicklungen weitgehend innerhalb der jeweiligen Verfahrensspektren vollzogen, mit nur gelegentlichen Anleihen aus anderen Verfah-

ren oder gänzlich anderen Kontexten (wie z. B. fernöstlichen Meditationstechniken).

Zwar gab es immer wieder Versuche, integrative oder generische theoretische Störungsmodelle zu entwickeln, aus denen sich dann so etwas wie eine allgemeine oder eben integrative Psychotherapie ableiten lassen sollte. Die bekanntesten Ansätze stammen wohl von Wachtel (1977), Prochaska (1984) und Grawe (1998). Bisher konnte keines dieser Modelle überzeugen, geschweige denn, sich auch nur ansatzweise durchsetzen, was wohl daran liegt, dass alle diese Modelle, so klug sie auch sind, eben immer nur einen Teil der insgesamt für relevant gehaltenen Modellkomponenten berücksichtigen und daher von einem Großteil der Psychotherapeuten nicht als Bereicherung oder Fortschritt erlebt wurden.

Dennoch kritisiert Rief (2019b) die „Monotheorien“ der wissenschaftlich anerkannten Verfahren, schlägt dann ein eigenes „übergeordnetes Störungsmodell“ vor (Rief & Strauß, 2018), bei dem allerdings nicht ersichtlich wird, warum das nun weniger „mono“ sein soll, als beispielsweise die aktuellen (und sehr komplexen) Theorien aus dem kognitiv-behavioralen oder dem psychodynamischen Umfeld.

Wie entstehen klinische Theorien und neue therapeutische Ansätze?

Immer wieder ist zu hören oder zu lesen, dass die Psychologie so etwas wie die „Mutterwissenschaft“ der Psychotherapie sei (z. B. Wittchen & Rief, 2015), da sich sowohl die Störungs- als auch die Änderungsmodelle aus der psychologischen Grundlagenforschung ableiten würden. So schreibt etwa auch Rief (2019b): „Der einzelne Störungsmechanismus leitet sich hierbei oftmals aus wissenschaftlich fundierten Konzepten der Psychologie, manchmal auch der Neurowissenschaften ab“ (S. 265).

Dass die Psychologie so etwas wie die Mutterwissenschaft für die Psychotherapie sei, klingt zwar irgendwie logisch – ist aber de facto nicht der Fall. Ein Blick auf die bedeutsamsten psychotherapeutischen Weiter-/Neuentwicklungen der letzten Jahre zeigt, dass die akademische Psychologie hier kaum als Mutterwissenschaft für die Psychotherapie bezeichnet werden kann: Weder die Entwicklungen aus dem verhaltenstherapeutischen Spektrum (z. B. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan, 1996; Schematherapie nach Young

⁴ Dieser Fokus auf die reine Deskription erfolgte erst mit der Einführung von ICD-10 bzw. DSM-III, und zwar aufgrund mangelhafter Beurteiler-Übereinstimmungen der vorherigen Systeme, die Rekurse auf „Zugrundeliegendes“ enthielten.

⁵ Thomas Insel, langjähriger Chef des US-amerikanischen National Institute of Mental Health (NIMH), zieht folgendes Résumé: „I spent 13 years at NIMH really pushing on the neuroscience and genetics of mental disorders, and when I look back on that I realize that while I think I succeeded at getting lots of really cool papers published by cool scientists at fairly large costs—I think \$20 billion—I don't think we moved the needle in reducing suicide, reducing hospitalizations, improving recovery for the tens of millions of people who have mental illnesses“ (Thomas Insel im Interview für das WIRED-Magazine 2017).

et al., 2005; Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) nach McCullough, 2007) noch aus dem psychodynamischen Umfeld (z. B. übertragungsfokussierte Psychotherapie gemäß Clarkin et al., 2001; Strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf, 2004; Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT) à la Bateman & Fonagy, 2004) wurden aus „wissenschaftlich fundierten Konzepten der Psychologie“ abgeleitet. Diese Neu- oder Weiterentwicklungen sind im Wesentlichen aus der Praxis heraus entstanden, oder sogar aus eigener Betroffenheit (wie DBT, CBASP), oder wurden fernöstlichen Meditationstechniken entnommen (Achtsamkeitsbasierte Therapie; Heidenreich & Michalak, 2009). Allenfalls werden *nachträglich* Untersuchungen initiiert, um die neuen Konzepte und Methoden zu validieren – hier wird sich dann der psychologischen Methodik bedient.

Der Sinn übergeordneter klinischer Theorien

Dass therapeutisch relevante Neu-/Weiterentwicklungen nicht aus der Psychologie heraus entstehen, liegt wahrscheinlich u. a. daran, dass erstens die allgemeine psychologische Grundlagenforschung wenig Bezug zu klinischen Problemstellungen aufweist, wohl aber zweitens auch ganz wesentlich daran, dass die Psychologie als wissenschaftliche Disziplin seit Jahren mit einer „Theorie-Krise“ zu tun hat (vgl. Muthukrishna & Henrich, 2019; Oberauer & Lewandowsky, 2019; Wissenschaftsrat, 2018) und daher kaum Konzepte bereitstellen kann, die für Störungs- und/oder Veränderungstheorien relevant wären.

Es braucht aber übergeordnete Theorien / theoretische Modelle. Theorien liefern Erklärungen, erlauben Vorhersagen und zeigen Veränderungsmöglichkeiten auf. Die komplexen theoretischen Modelle, die die Psychotherapieverfahren konstituieren, enthalten vor allem auch *funktionale* Komponenten, also Aussagen über funktionale Zusammenhänge und Prozesse, aus denen sich Veränderungsstrategien ableiten lassen.

Der Sinn, in Psychotherapieverfahren auszubilden (und nicht lediglich in Methoden oder Techniken), besteht darin, dass die Beherrschung eines Psychotherapieverfahrens in die Lage versetzt, eine große Bandbreite psychischer Störungen zu behandeln, inklusive der üblicherweise anzutreffenden *komplexen* Störungen. Dies gelingt, weil sich das Behandlungstechnische Vorgehen aus einer in sich stringenten und umfassenden Theorie über die menschliche Psyche und den Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen ableitet. Eine solche umfassende Behandlungskompetenz erlaubt es dann auch, eventuell auftauchende Komplikationen im Behandlungsverlauf in ihrer Komplexität zu verstehen und darauf wiederum basierend auf einem Gesamtverständnis angemessen zu reagieren. Ohne eine solchermaßen umfassende Theorie ist eine Psychotherapeutin insbesondere bei unvorhergesehenen Entwicklungen (wenn also z. B. das als evidenzbasiert empfohlene tech-

nische Vorgehen nicht „anschlägt“) auf eine Versuch-und-Irrtum-Strategie angewiesen.

Vorgeschlagene Alternativen

Die vorgeschlagenen Alternativen zu den bisherigen wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren sollen hier kritisch beleuchtet werden.

„Evidenzbasierter Pluralismus“ oder „Modulare Psychotherapie“

Das neue Konstrukt eines „evidenzbasierten Pluralismus“ (DGPs, 2019) ist bisher nirgends definiert. Aus verschiedenen Texten (Stellungnahmen, Artikeln, z. B. DGPs, 2019; Rief, 2018) lässt sich aber ungefähr Folgendes herauslesen: Zukünftige Psychotherapeutinnen behandeln nicht mehr auf der Basis einer umfassenden Theorie und daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie, sondern wenden die für die jeweils vorliegende Störung/Symptomatik als evidenzbasiert geltende Technik oder Methode an. Bei der (regelmäßig vorliegenden) Komorbidität psychischer Störungen müssten dann die jeweiligen störungs- oder symptom-spezifischen Module kombiniert werden. Kiyhankhadiv und Schramm (2017) sprechen von „Baukastensystem“, Rief und Strauß (2018) von „Bausteinen“.

Für eine solcherart konzipierte Psychotherapie liegt bisher keinerlei empirische Evidenz vor. Es müsste *jede einzelne Technik-/Methoden-Kombination* separat durch RCT-Studien für jede einzelne *Störungs-/Symptom-Kombination* untersucht werden, um die Evidenz (und mögliche negative Wechselwirkungen) überprüfen zu können. Zudem müsste gezeigt werden, dass die jeweils kombinierten Einzeltechniken *auch dann noch wirksam sind, wenn sie von Psychotherapeutinnen angewendet werden, die nicht bereits über eine umfassende Verfahrensausbildung verfügen*. Solche Studien liegen nicht vor.

Das englische IAPT als Modell für Deutschland?

Um die vermeintliche Notwendigkeit einer Abschaffung der Psychotherapieverfahren und den Gegenvorschlag einer „Umstellung auf evidenzbasierte Versorgung“ zu untermauern, verweist Rief mehrfach (DGPs, 2019; Rief, 2019b) auf das IAPT-Projekt („Improving Access to Psychological Therapies“) in England. Unter der Überschrift „Evidenzbasierung als oberste Priorität in der Ausbildung“ heißt es in der DGPs-Stellungnahme: „Deutschland braucht zum Wohle der psychisch Kranken eine konsequente Umsetzung der wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zu den Grundlagen und Anwendungen der Psychotherapie. Die Umsetzung einer evidenzbasierten Psychotherapie weist jedoch in Deutschland noch beträchtliche Schwächen auf. Großbritannien hatte bis 2008 eine ähnliche Situation, hat dann jedoch auf eine kon-

sequente evidenzbasierte psychotherapeutische Versorgung umgestellt. Dadurch konnten die Behandlungserfolge in der Versorgung psychisch Kranker mehr als verdoppelt werden“ (DGP, 2019, S. 2). Die Stellungnahme bezieht sich dabei auf einen Artikel von Clark (2018), in dem die Ergebnisse des IAPT-Programmes dargestellt werden.

Es wird hier also behauptet, dass Deutschland „beträchtliche Schwächen“ in der Umsetzung evidenzbasierter Psychotherapie aufweise und dass in Großbritannien bis 2008 ähnliche Schwächen bestanden hätten, dass dort aber eine starke Verbesserung erfolgt sei. Dies stellt nun wirklich eine *grobe Verzerrung der Realität* dar, da die Situation in Großbritannien zu der in Deutschland in keiner Weise „ähnlich“ war und ist, weder vor 2008 noch danach. In Großbritannien, mit seinem steuerfinanzierten Gesundheitssystem, existierte vor 2008 faktisch überhaupt keine Regelversorgung mit Psychotherapie. Psychotherapie musste im Wesentlichen privat bezahlt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Einführung des IAPT-Projekts durchaus ein Fortschritt für England.

Die Stellungnahme suggeriert, dass sich die Verdoppelung der Erfolge auf die gesamte Versorgung bezieht. Rief wiederholt dies in der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages: „Wir haben hier sehr robuste Zahlen aus Großbritannien, wo flächendeckend 500.000 Personen jährlich in evidenzbasierte Psychotherapieprogramme kommen. Durch diese Umstellung auf eine konsequent evidenzbasierte Psychotherapie konnten mehr als doppelt so viele Patienten erfolgreich behandelt werden. Das sind sehr beeindruckende Zahlen und das würde ich mir für Deutschland wünschen“ (W. Rief, Wortprotokoll der 49. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am 15.5.2019, S. 11).

Tatsächlich ist bei Clark (2018) nachzulesen, dass die Erfolgsraten in den IAPT-Zentren (die von Anfang an nur „evidenzbasiert“ gemäß NICE-guidelines⁶ arbeiteten) in den Anfangsjahren lediglich bei ca. 20 % lagen und sich im Laufe der Jahre verbessert haben. Dies betrifft aber eben nur Verbesserungen *innerhalb* der IAPT-Zentren, die von Anfang an evidenzbasierte Behandlungsmethoden anwendeten. Clark (2018) zufolge kommt es mittlerweile bei ca. 50 % der in IAPT-Zentren mittels „evidenzbasierter“ Therapie behandelten Menschen zu symptomatischen Besserungen. Aktuelle Studien aus der IAPT-Gruppe zeigen allerdings, dass die Rückfallquote extrem hoch ist: ca. 50 % Rückfälle innerhalb eines Jahres (die meisten schon nach sechs Monaten), knapp 66 % Rückfälle nach zwei Jahren (Ali et al., 2017; Delgado et al., 2018); d. h. nach zwei Jahren sind *nur ca. 17 % der Patientinnen* weiterhin gebessert. Das ist sehr wenig, zumal nicht einmal sicher ist, dass es sich überhaupt wirklich um Patientinnen mit einer psychischen Störung mit Krankheitswert handelt, da die „Diagnosen“ lediglich per Screening-Fragebogen erhoben werden. „Robuste Zahlen“ sehen anders aus. Zudem zeigt sich, dass die innerhalb dieses Systems ausgebildeten psychotherapeutisch Tätigen extrem hohe Raten an *Burnout* aufweisen

(50–70 %; Westwood et al., 2017). Das kann nun wirklich kein Vorbild für uns in Deutschland sein!

„Personalisierte Psychotherapie“ – der letzte Schrei ...

Die sehr stark störungsspezifische Konzeption von Behandlungsansätzen mit genauen Vorgaben, was in welcher Reihenfolge zu tun ist, entspricht dem sog. medizinischen Modell: Eine Traverso-OP beispielsweise wird gemäß eines genau festgelegten „Protokolls“ durchgeführt. Unterschiedliche standardisierte Behandlungsprotokolle sind leicht durch RCT-Studien zu vergleichen, was dazu führt, dass es im Bereich der Organmedizin einen recht hohen Grad der Standardisierung in der Behandlung vieler Erkrankungen gibt.

Personalisierte Medizin (oder auch individualisierte Medizin oder Präzisionsmedizin genannt, z. B. Leiner, 2015) bezeichnet nun Ansätze, in denen jeder Patient unter Einbeziehung individueller, über die Krankheitsdiagnose hinaus gehender Merkmale behandelt wird (oftmals liegt der Personalisierung die Analyse des genetischen Codes zugrunde). Das schließt auch das fortlaufende Anpassen der Therapie an den individuellen Veränderungsprozess ein.

Übertragen auf die Psychotherapie würde eine „Personalisierung“ bedeuten, dass das therapeutische Vorgehen sich nicht ausschließlich aus der ICD- oder DSM-Diagnose ergibt (also nicht ausschließlich störungsspezifisch angelegt ist), sondern dass individuelle Merkmale jenseits der Symptomatik ebenfalls in den Fokus genommen und therapeutisch bearbeitet oder zur Adaptierung des Vorgehens berücksichtigt werden sowie dass auch hier das therapeutische Vorgehen laufend an den konkreten Behandlungsfortschritt angepasst wird.

Auch Rief (2019b) plädiert in diese Richtung: „Ein ‚wissenschaftlich fundiertes‘ Therapieverfahren würde danach also weniger nach einer übergeordneten Theorie bewertet, sondern eher, ob es z. B. Weiterbildungsteilnehmenden für alle diese Komponenten bzw. Störungsmechanismen eines übergeordneten Störungsmodells nach bestem Wissensstand Handlungskompetenzen vermittelt. Vor Behandlungsbeginn wäre die Aufgabe der Behandelnden, am Einzelfall eine Diagnostik und Gewichtung vorzunehmen, auf welche Komponente des Störungsmodells beim vorliegenden Fall in der Therapie besonders einzugehen ist. Dies ebnet den Weg zu einer personalisierten oder individualisierten Psychotherapie, die trotzdem wissenschaftlich fundiert sein kann“ (Rief, 2019b, S. 263).⁷

Aber genau das machen die jetzigen Psychotherapeutinnen in Deutschland sowieso schon und erlernen dies auch in den verfahrensbezogenen Ausbildungen: eine Einzelfalldiagnostik, um eine Gewichtung der vorrangig zu bearbeitenden

⁶ NICE = National Institute for Health and Care Excellence.

⁷ Als übergeordnetes Störungsmodell schlägt Rief das von Rief und Strauß (2018) vor.

Aspekte/Komponenten vorzunehmen – nur dass sie sich dabei nicht am Modell von *Rief und Strauß (2018)* orientieren, sondern an den (deutlich komplexeren) Störungsmodellen ihrer jeweiligen wissenschaftlich anerkannten Verfahren. Und insofern praktizieren Psychotherapeutinnen bereits heute personalisierte Psychotherapie (Norcross & Wampold, 2018) – vielleicht ausgenommen dann, wenn sie gerade ein sehr durchstrukturiertes und störungsspezifisches Manual innerhalb einer RCT-Studie anwenden.

Im Unterschied zu der in der Praxis seit jeher angewandten Personalisierung beinhaltet das Konzept einer „personalisierten Psychotherapie“, dass die Personalisierung evidenzbasiert vorgenommen wird, die jeweilige Adaptierung des therapeutischen Vorgehens also empirisch abgesichert erfolgt, damit das „personalisierte“ Vorgehen „trotzdem wissenschaftlich fundiert sein kann“ (*Rief, 2019b*, S. 263). Die dafür notwendigen empirischen Studien liegen m. W. allerdings noch nicht vor. Auch andere Autoren kommen aktuell zu dem Schluss: „The current state of affairs reflects our **lack of knowledge** of how to shape treatment protocols to the particular social and psychological factors prominent in the history of any individual patient“ (Fonagy & Luyten, 2019, S. 270; Hervorhebung: d. Verf.).

„Kompetenzorientierte Psychotherapie-Qualifikation“

In seinem jüngsten Text plädiert Rief (2019b) für eine „Neukategorisierung von Psychotherapie-Ansätzen entsprechend fokussierter Veränderungsmechanismen“; dabei wird vorgeschlagen, „globale Verfahrensbegriffe zu verlassen und stärker die im Behandlungsansatz fokussierten Änderungsmechanismen in den Mittelpunkt der Kategorisierung zu stellen“ (S. 265).

Rief nennt dann drei Änderungsmechanismen als Beispiele: 1) *Reduzierung von Kompetenz- und Fertigungsdefiziten durch Lernen/Üben* (dazu zählt er Elemente der Strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf, der MBT nach Bateman & Fonagy, der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) nach S. C. Hayes, 2004); 2) *„Beziehungsfokussierte Psychotherapie“* (solche Interventionen seien bspw. in der übertragungsfokussierten Therapie (TFP), der Schematherapie oder im CBASP zu finden); 3) *„Motivations- und Zielorientierte Psychotherapie“* (bei der „eine Ambivalenz oder ein Konflikt zwischen gelebten Zielen und intrinsischen Zielen im Mittelpunkt“ stehe; als Interventionen „wird auf Klärung, Motivationsaufbau und Lebensziel-Analyse gesetzt“).

„Diese Beispiele sollen veranschaulichen, dass eine solche Kategorisierung mehr über die in dieser Kategorie subsumierten Behandlungsansätze aussagt als eine Kategorisierung nach Begriffen wie ‚psychodynamisch‘, ‚systemisch‘ oder ‚verhaltenstherapeutisch‘, deren inhaltliche Spezifität und Konturen unscharf geworden sind“ (*Rief, 2019b*, S. 266). Tatsächlich müssten m. E. zu jeder der oben genannten Katego-

rien die Attribute „psychodynamisch“, „verhaltenstherapeutisch“ etc. immer gleich mitgenannt werden, aus dem sehr einfachen Grund, weil *sehr unterschiedliche Dinge darunter verstanden werden und auch behandlungstechnisch überaus unterschiedlich damit umgegangen wird*.

Dies soll hier kurz am Beispiel „Beziehungsfokussierte Psychotherapie“ illustriert werden: Zwar wird der therapeutischen Beziehung mittlerweile in allen Behandlungskonzepten eine besondere Bedeutung für eine gelingende Psychotherapie zugesprochen. Die Funktion und damit auch die Nutzung bzw. Bearbeitung der therapeutischen Beziehung unterscheidet sich allerdings weiterhin stark (ausführlich in *Benecke, 2014, 2016*). Beispielsweise findet sich in verschiedenen Behandlungsmodellen im verhaltenstherapeutischen Spektrum die Idee einer gezielt auf die spezifischen Motive und „Erwartungen“ des jeweiligen Patienten zugeschnittenen Beziehungsgestaltung als bedeutsames Agens der therapeutischen Veränderung: z. B. das Erfüllen zentraler Bedürfnisse in der Bedürfnisorientierten Psychotherapie (Caspar, 2007) oder die gezielt geplante nicht-komplementäre Reaktion des Therapeuten verbunden mit einem „Diskriminierungstraining“ im CBASP (McCullough, 2011) oder im Konzept des „limited reparenting“ in der Schematherapie (Young et al., 2005). Konzeptuell wird in diesen Ansätzen davon ausgegangen, dass das gezielte Beziehungsverhalten der Therapeuten korrigierende emotionale Erfahrungen vermittelt. In psychodynamischen Therapien wird die therapeutische Beziehung vorwiegend als zentrales Manifestationsfeld der inneren Welt der Patientin angesehen. Entsprechend wird das interaktionelle Geschehen von der Psychotherapeutin beständig mitmonitored, um Hypothesen über die (unbewusste) Innenwelt des Patienten zu extrahieren. Aus diesen Hypothesen werden dann Interventionen abgeleitet, um der Patientin einen Zugang zu dieser Innenwelt zu eröffnen, im Sinne einer „emotionalen Einsicht“ (d. h. mit einer Aktivierung von bisher abgewehrten Emotionen), wodurch die unbewussten Determinanten ihre Macht über das psychische Geschehen verlieren sollen. Als weitere Varianten können die gezielte Vertiefung der Übertragung im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung sowie die sog. Widerstandsanalyse angesehen werden. Empirische Belege in Form von Prozess-Outcome-Studien oder gar Dismantling-Studien für die spezifische Wirksamkeit der gezielten Beziehungsgestaltung gemäß Bedürfnisorientierter Therapie, CBASP und Schematherapie sowie der gezielten Vertiefung der Übertragungsbeziehung liegen m. W. nicht vor – sie wurden bisher nur „im Paket“ von verfahrens- bzw. methodenbezogener Wirksamkeitsstudien untersucht.

Ähnlich verhält es sich bei den anderen von Rief beispielhaft genannten Kompetenzen: Welcher Unterschied besteht zwischen der Bearbeitung von bewussten Zielkonflikten (z. B. Michalak & Schulte, 2002) einerseits und von unbewussten Konflikten (z. B. Arbeitskreis OPD, 2006) andererseits? Bei welchen Patientinnen mit welchen Merkmalen wende ich was wann an? Oder: Welcher Unterschied besteht zwischen den Techniken der Strukturbezogenen Psychotherapie (Ru-

dolf, 2004) und Skills-Training (Linehan, 1996)? Oder ist eine Verbesserung des Strukturniveaus doch eher via Bearbeitung der Übertragung zu erreichen (Clarkin et al., 2001)? Auch hier die gleichen Fragen: Bei welchen Patientinnen mit welchen Merkmalen wende ich was wann an? Ist eine Bearbeitung der Übertragung überhaupt ohne ein Konzept unbewusster Konflikte sinnvoll? Könnte eine so entkoppelte Übertragungsbearbeitung mit Skills-Training verbunden werden? All das sind letztlich empirische Fragen, die aber vollkommen ungeklärt sind.

Es existiert also bisher so gut wie kein empirisch gesichertes Wissen darüber, ob und wie technische Komponenten außerhalb des „angestammten“ Gesamtpaketes oder im Verbund mit einem anderen Gesamtpaket oder gar im Verbund mit weiteren technischen Einzelkomponenten bei welchen Patientinnen mit welchen Merkmalen wirken. Dies gilt nicht nur für die hier kurz skizzierten Techniken bzgl. der therapeutischen Beziehung.

Trotzdem behauptet Rief: „(A)uch Studien belegen den Zusatzgewinn an Behandlungserfolgen durch Schulungen in Interventionen außerhalb des eigenen Therapieverfahrens (z. B. Foa, McLean, Capaldi & Rosenfeld, 2013)“ (Rief, 2019b, S. 265). Die Studie von Foa et al. (2013) kann dies m. E. aber gerade nicht „belegen“. Es wird der Erfolg eines „prolonged exposure program“ mit „supportive counseling“ in der Behandlung von adolescenten Mädchen mit PTSD verglichen, wobei sich das „prolonged exposure program“ als wirksamer erweist. Beide „treatments“ werden durch die gleichen vier Counselors-Master-Absolventen durchgeführt; diese vier Counselors wurden in beiden „treatments“ geschult. Allein aus der Tatsache, dass das vorherige Masterstudium dieser vier Counselors eher humanistisch orientiert ausgerichtet war (und entsprechend das Training in „supportive counseling“ dem inhaltlich näher war), leitet Rief (2019b) den oben zitierten Beleg ab. Abgesehen davon, dass diese Studie in keiner Weise auf die deutsche Situation übertragbar ist, hat sie weitere gravierende Schwächen.⁸ Daher liefert die Studie keinen „Beleg“ für eine Überlegenheit von verfahrensgemischten Ansätzen. Wenn Rief (2019b) lediglich eine methodisch derart schwache Studie zur Untermauerung seiner zentralen Neuerung anführt, scheint es um die Evidenzbasierung dieser Neuerung nicht gut bestellt: Für die These, dass ein Baukastensystem oder auch die Anreicherung des therapeutischen Technikarsenals von *gut und umfassend verfahrensausgebildeten Psychotherapeutinnen* zu besseren Behandlungsergebnissen führt, scheint kein belastbarer empirischer Nachweis vorzuliegen.

Zwar gibt es Annäherungen zwischen den Verfahren, sowohl die Störungs- als auch Veränderungsmodelle betreffend (siehe z. B. Benecke, 2016). Aber abgesehen davon, dass es nach wie vor markante Unterschiede gibt, sind diese Annäherungen eher auf konzeptueller Ebene angesiedelt – in der Praxis lassen sich Verfahrenszugehörigkeiten nach wie vor klar unterscheiden, auch durch verblindete Rater und auch in natu-

ralistischen Studien, auch bzgl. Psychodynamischer Therapie und 3.-Welle-KVT (z. B. Calderon et al., 2019; Connolly Gibbons et al., 2016; Giesen-Bloo et al., 2006; Hau et al., 2015; Huber et al., 2012; Midgley et al., 2018; Tasca et al., 2011).⁹ Das heißt, die Aussage, dass „die traditionellen Schulbegriffe in der Psychotherapie zunehmend ihre diskriminative und kategorisierende Funktion verloren haben“ (Rief, 2019b, S. 265), ist empirisch nicht haltbar.

Daran ändern auch Befunde nichts, die zeigen, dass Psychotherapeutinnen immer schon und immer mal wieder auch „verfahrensfremde“ Interventionen nutzen (z. B. Ablon & Jones, 2002; Ablon et al., 2006; Castonguay et al., 1996; D’Andrea & Pole, 2012; Glock et al., 2018; A. M. Hayes et al., 1996; Katz et al., 2019; Zimmermann et al., 2015). Da die in solchen Studien gefundenen Zusammenhänge mit dem Behandlungsergebnis üblicherweise rein korrelativ sind, kann nicht auf deren kausale Wirksamkeit geschlossen werden. Um Klarheit über den „kausalen“ Beitrag der unterschiedlichen Techniken oder Haltungen zum Behandlungsergebnis zu bekommen, wären experimentelle Komponenten-Studien, in denen die Verwendung von „verfahrensfremden“ Techniken und Haltungen systematisch variiert würde, notwendig. Solche Studien liegen nicht vor. Daher finden wir auch hier keinen „Beleg“ im Sinne der evidenzbasierten Medizin. Außerdem hatten die Psychotherapeutinnen in den oben genannten Studien eine umfassende Verfahrensausbildung. Eine Psychotherapie, die auf einer Ausbildung in einer Technik-Mischung basiert, wurde noch nie untersucht. Daher auch hier: Es liegt keinerlei Evidenz für eine solcherart konzipierte Psychotherapie vor.

⁸ Die Master-AbsolventInnen wurden in „supportive counseling“ von Judith Cohen und Esther Deblinger trainiert. Judith Cohen hat gemeinsam mit Anthony Mannarino auch das entsprechende Manual verfasst (Cohen & Mannarino (1996), welches aber nie publiziert wurde). Dies ist insofern merkwürdig, weil Judith Cohen (gemeinsam mit E. Deblinger und A. Mannarino) als Begründerin der „trauma-focused cognitive behavioral therapy“ (TF-CBT) gilt (siehe: <https://www.goodtherapy.org/famous-psychologists/judith-cohen.html>), die sie auch schon vorher in einer RCT-Studie gegen diese selbstkreierte „client-centered supportive counseling“ als Kontrollbedingung getestet hatte – nicht überraschend mit besserer Erfolgsrate der TF-CBT (Cohen et al., 2004). Das von Cohen als Vergleichsgruppe für die eigene TF-CBT geschriebene Manual zum „supportive counseling“ sieht im Übrigen keine aktive Bearbeitung der traumatischen Erfahrung vor. Und entsprechend reden die Patientinnen in den Behandlungen, die von den von Cohen und Deblinger „trainierten“ Counselors durchgeführt wurden, auch nicht darüber: „No participants in the supportive counseling condition described their trauma during the sessions“ (Foa et al., 2013, S. 2652). All das spricht dafür, dass bei Foa et al. (2013) ein ausgeprägter researcher allegiance bias mitgewirkt hat.

⁹ Es wurden eine ganze Reihe von Instrumenten entwickelt, um Aspekte des Psychotherapieprozesses, auch Interventionen, durch geschulte Rater (die üblicherweise „blind“ sind für die Therapieschule, die sie gerade raten) zu erfassen. Verbreitet sind beispielsweise Psychotherapy Q-Sort (PQS, Ablon & Jones (1998), (2005)), die Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS, Blagys und Hilsenroth (2000)) oder die Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI; McCarthy & Barber (2009)). Jüngst wurde ein Instrument zur Differenzierung von 3.-Welle-KVT vorgelegt (Boyle et al., 2019). Alle Instrumente differenzieren sehr gut zwischen Sitzungen verschiedener Therapieschulen.

Diskussion

Fazit: Fehlende Evidenz und konzeptuelle Verarmung

Die vorgeschlagene Ersetzung der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren durch die Konzeption eines „evidenzbasierten Pluralismus“ oder einer „Modularen Psychotherapie“ oder einer „kompetenzorientierten Psychotherapie“ würde dazu führen, dass die zukünftigen Psychotherapeutinnen in einer Psychotherapieform ohne empirisch gesicherte Evidenz ausgebildet würden.¹⁰ Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich sage nicht, dass verfahrensübergreifende Anreicherungen nicht auch vorteilhaft sein können; was ich aber sage: Wir haben dafür keine empirische Evidenz.

Es ist meines Erachtens wissenschaftlich nicht korrekt, einerseits das hohe Lied der Evidenzbasierung zu singen (und „Evidenzbasierung als oberste Priorität in der Ausbildung“ zu fordern; *DGPs, 2019*) und andererseits die eben ja evidenzbasierten, wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren zugunsten einer vollkommen *ungeprüften Phantasie* abschaffen zu wollen.

Es drängt sich die Frage auf, warum gerade jetzt – auf der Zielgeraden der Reform des Psychotherapeutengesetzes und parallel zum Erstellen einer neuen Approbationsordnung – diese Vorschläge derart massiv propagiert werden. Eine naheliegende Vermutung ist diese: Hätte sich der Gesetzgeber tatsächlich von den so positiv konnotierten Begriffen wie „zukunftsorientierter evidenzbasierter Pluralismus“ oder „kompetenzorientierte Psychotherapie“ dazu verleiten lassen, die ausgewogene Lehre in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren nicht mehr vorzugeben, dann hätte an den Lehrstühlen für Klinische Psychologie und Psychotherapie der staatlichen Universitätsinstitute (an denen wohl der Großteil der neuen Psychotherapiestudiengänge angesiedelt werden wird) alles so bleiben können, wie es bisher ist: Die jeweiligen Professorinnen hätten allein entscheiden können, was sie unter Psychotherapie verstehen und welche Methoden sie aus den pluralistischen Technik- und Methodenbaukästen für die Lehre auswählen – aller Voraussicht nach wären diese, wie jetzt auch, fast ausschließlich aus dem verhaltenstherapeutischen Spektrum gekommen. Und die für die Implementierung des neuen Psychotherapiestudiums bereitgestellten zusätzlichen Stellen hätten mit „den eigenen Leuten“ besetzt werden können, wie in letzter Zeit zu hören war.

Denn gemäß der Konzeption einer „kompetenzorientierten Psychotherapie“ wäre die *verfahrensbezogene Qualifikation der Lehrenden* nicht mehr von Belang, da ja alle alles könnten. So würde dann auch nichts mehr dagegensprechen, wenn beispielsweise die behandlingstechnische Bearbeitung von Übertragungen oder von Konflikten ausschließlich von z. B. CBASP- oder Schematherapie-geschulten Verhaltenstherapeutinnen gelehrt und vermittelt werden würde. Die aktuell gegebene psychotherapeutische Monokultur in den Insti-

tuten für Psychologie hätte weitergeführt werden können und wäre höchstwahrscheinlich bald zu so etwas wie einer „allgemeinen“ oder „wissenschaftlichen Psychotherapie“ erhoben worden. Eine konzeptuelle Verarmung der Psychotherapie – sowohl bzgl. der Störungs- als auch der Veränderungsmodelle – und damit eine gravierende Einschränkung der Wahlmöglichkeiten der Patientinnen wäre die absehbare Folge gewesen (vgl. dazu auch die Situation in den USA: *Levy & Anderson, 2013*).

Rief (2019a) verweist als Zukunftsmodell auf *Hofmann und Hayes (2019)*, die für eine „process-based therapy“ plädieren. Dies ist der gleiche Hofmann, der jüngst schrieb: „We further argue for an integrated scientific psychotherapy, with CBT serving as the foundational platform for integration“ (*David et al., 2018, S. 1*). Und auch *Hofmann und Hayes (2019)* beziehen sich in ihrer Skizzierung einer „process-based therapy“ ausschließlich auf „CBT“ als den „gold-standard“ der Psychotherapie und empfehlen „(...) that evidence-based practitioners can best help their patients by utilizing strategies from all of the CBT generations, linked to evidence of moderation and mediation“ (*Hofmann & Hayes, 2019, S. 42*).¹¹

Und so wäre das dann wohl die Zukunftsvision all dieser Autoren: Alle lernen KVT und können das dann noch, je nach Gusto, mit dieser oder jener Komponente aus anderen Verfahren anreichern, sofern es dafür empirische Evidenz gibt. Da es die anderen Verfahren dann bald nicht mehr geben wird, werden deren Ansätze dann wohl wieder neu erfunden werden ...

Fazit: Erst forschen, dann Systeme wechseln

Es ist keineswegs so, dass wir auch nur annähernd genügend Wissen hätten, um einen „Systemwechsel“ in der Psychotherapieausbildung wissenschaftlich zu fundieren. Entsprechend schreiben auch *Hofmann und Hayes (2019)* vornehmlich im Konjunktiv: „This *could* represent a paradigm shift in clinical science (...) Clinical science *might* see a decline of named therapies (...) These changes *could* integrate or bridge (...)“ (S. 37; Hervorhebung: d. Verf.).

Die mittlerweile klassische Frage von Gordon Paul – „What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, and under which set of circumstances?“ (*Paul, 1967, S. 111*) – ist empirisch nach wie vor nicht beantwortet. Zwar gibt es hier und da Einzelbefunde, gleichzeitig fehlen für eine empirisch basierte Indikationsstellung und Prognose relevante alternative Taxonomien psychischer Störungen bzw. zugrunde liegender Mechanismen (vgl. *Norcross & Wampold, 2011a, 2011b, 2018; Norcross & Lambert,*

¹⁰ Ausführlich zur Frage der Verfahren in der Psychotherapieausbildung siehe auch *Beutel et al. (2015); Leichsenring et al. (2019)*.

¹¹ In der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals hat Ulrich Stangier ein stark auf Hofmann und Hayes zurückgreifendes Modell Prozessbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie differenziert vorgestellt; vgl. *PTJ 3/2019, S. 236ff.*

2018). Und solange dies so ist, wäre es unverantwortlich, den Patientinnen die Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen evidenzbasierten Verfahren zu nehmen¹² – zumal es durchaus Hinweise gibt, dass die „Präferenz“ für eine Behandlungsform Bedeutung für den Behandlungserfolg hat (Swift et al., 2011, 2018).

Hofmann und Hayes (2019) träumen von einem „adequate account of the relationships between *all of the variables* that can be involved in change processes, including clinician factors, client factors, and actual mechanisms of change“ (*Hofmann & Hayes, 2019, S. 41*; Hervorhebung: d. Verf.). Solche Beschreibungen existieren bisher verfahrensspezifisch, wobei sicher nie „all of the variables“ einbezogen werden.

Um die neuen Ansätze (process-based therapy oder kompetenzorientierte Therapie) auf solidere wissenschaftliche Füße zu stellen, also damit die neue individualisierte Psychotherapie „trotzdem wissenschaftlich fundiert sein kann“ (*Rief, 2019b, S. 263*)¹³, müssten *alle* Fragen wie die folgende (die sich beispielhaft auf einen der oben genannten „Kompetenzbereiche“ bezieht) empirisch geklärt werden:

Bei welcher Patientin mit welchen Merkmalen (Störungen, Komorbiditäten und weiteren Merkmalen) sollte zur Bearbeitung der therapeutischen Beziehung eher die CBASP-Variante („self-disclosure“, gezielt geplante nicht-komplementäre Reaktion der Therapeutin, Diskriminanztraining) oder eher die Schematherapie-Variante („limited reparenting“) oder eher die psychodynamische Variante oder eher die psychoanalytische Variante in welcher Phase der Behandlung mit welcher therapeutischen Haltung in welcher Kombination mit welchen anderen Kompetenzen/Techniken eingesetzt werden, um eine bestmögliche und nachhaltige Entwicklung der jeweiligen Patientin zu ermöglichen?

Das Gleiche gälte dann für *alle* anderen Kompetenz-/Technik-Bereiche (siehe oben). Alle Varianten wären gemäß den aktuell (z. B. in Leitlinien-Arbeitsgruppen) angewandten Kriterien der Evidenzbasierung durch *experimentelle Komponenten-Studien* (also der randomisierten Zuteilung der Patientinnen zu einer der Therapie-Varianten) zu prüfen. Da dies für alle Störungsbilder und deren Kombinationen, mit allen denkbaren weiteren relevanten Patientinnen-Merkmalen und allen den Störungen zugrunde liegenden Mechanismen sowie für sämtliche denkbaren Kombinationen aller technischen Varianten aus allen Kompetenzbereichen geschehen müsste, bräuchte es dazu extrem große Stichproben. Erst wenn eine ganze Reihe solcher Studien (aus unterschiedlichen Arbeitsgruppen) vorliegen würde, könnten die darin untersuchten Varianten/Kombinationen für die eingeschlossenen Patientengruppen als evidenzbasiert gelten und in einer Leitlinie empfohlen werden. Bisher liegt *keine* derartige Studie vor.

Die oben genannten „neuen Ansätze“ skizzieren also eher pure Ideen oder bestenfalls Teile eines ambitionierten Forschungsprogramms. Ein solches Forschungsprogramm könn-

te lohnend sein. Aber: Zum jetzigen Zeitpunkt rechtfertigt NICHTS die Ersetzung der aktuell wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren durch die genannten „Alternativen“ in der psychotherapeutischen Ausbildung.

Es könnte sein, dass es irgendwann einmal ein halbwegs konsensuelles allgemeines Störungsmodell und, daraus abgeleitet, eine halbwegs konsensuelle allgemeine Psychotherapie geben wird. Es könnte auch sein, dass wir irgendwann einmal genügend empirisch gesichertes Wissen darüber haben, bei welcher Patientin mit welchen Merkmalen welche (verfahrenübergreifende) technische Kombination in welcher Phase der Behandlung mit welcher therapeutischen Haltung eingesetzt werden sollte, um eine bestmögliche Entwicklung der jeweiligen Patientin zu ermöglichen, sodass sich dann eine primär verfahrensorientierte Psychotherapieausbildung erübrigt.

Es könnte aber auch sein, dass wir nie dahin kommen. Auf jeden Fall sind wir heute, wie ich hoffentlich zeigen konnte, noch Lichtjahre davon entfernt. Daher würde eine Abschaffung der Verfahren in der Ausbildung zum jetzigen Zeitpunkt die Psychotherapie in einen unwissenschaftlichen Blindflug schicken.

Ausblick: Wie echte Integration wachsen könnte

Wenn ein wirkliches Interesse an der Entwicklung eines integrativen Denkens und entsprechender Weiterentwicklungen in der Psychotherapie besteht (siehe auch Borst, 2019; Richter, 2019), gäbe es dafür zurzeit in Deutschland beste Möglichkeiten:

Das am 26. September 2019 im Bundestag verabschiedete neue Psychotherapeutengesetz schreibt vor, dass in dem zukünftigen Psychotherapiestudium *alle* wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren gelehrt werden *müssen*. In § 7 Abs. 1 heißt es: „Das Studium, das Voraussetzung für die Erteilung einer Approbation als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin ist, vermittelt Kenntnisse (...) und Kompetenzen, die (...) für die psychotherapeutische Versorgung (...) mittels der anerkannten psychotherapeutischen Verfahren erforderlich sind“ (Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses vom 25.09.2019, Drucksache 19/13585, S. 18). Die Gesetzesbegründung (die Teil des Gesetzes ist) formuliert noch deutlicher: „Ziel des Studiums ist eine verfahrensbreite Qualifizierung, die *gleichermaßen* alle

¹² „So wie Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten individuell unterschiedlich sind, so sind auch therapeutische Methoden und Behandlungsstrategien der verschiedenen Verfahren für bestimmte Menschen mit bestimmten Störungsbildern mehr oder weniger gut geeignet“ (Günter Rugaber, dgvt, Wortprotokoll der 49. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am 15.5.2019, S. 19).

¹³ Mit „wissenschaftlich fundiert“ sind hier *Nachweise* gemäß den Kriterien der *evidence-based medicine* gemeint. Auf eine weitergehende Kritik an dem eingeschränkten Wissenschaftsbegriff, der damit verknüpft ist, wird hier verzichtet.

wissenschaftlich anerkannten Verfahren umfasst“. Und es wird „klargestellt, dass das Studium sich auf die Vermittlung von *Kenntnissen* und *Kompetenzen* in *allen wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren* erstrecken soll“ (Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses vom 25.09.2019, Drucksache 19/13585, S. 80; Hervorhebung: d. Verf.).

Der jährliche Mehraufwand für die Umsetzung des Psychotherapiestudiums wird auf 47 Millionen Euro beziffert (Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses vom 25.09.2019, Drucksache 19/13585, S. 5). Die Mittel sollen über erhöhte Curricular-Normwerte je nach Anzahl der Studienplätze an die Standorte verteilt werden und würden ausreichen, um neue Professuren inklusive Mitarbeiterinnen einzurichten, sodass alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren auf Professorebene in allen Instituten, die das neue Psychotherapiestudium anbieten, repräsentiert wären. Dies würde kurzfristig sicherstellen, dass die Studierenden die verfahrensbezogenen Kenntnisse und Kompetenzen auch von im jeweiligen Verfahren ausgebildeten Lehrenden vermittelt bekommen und dass sie sich informiert für eine Vertiefung in der Weiterbildung entscheiden können. Zudem hätten dadurch alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren die gleiche Chance, universitäre Forschung zu betreiben.

Durch eine solche Strukturqualität würde die Chance steigen, dass dringend benötigte Studien zu differenziellen Indikationen, jenseits der Symptomatik, realisiert werden, und zwar ohne *researcher allegiance bias*, weil alle Verfahren gleichberechtigt vertreten wären. Ebenso wäre es naheliegend, dass sich die Forschung dann stärker auf die Untersuchung von *Therapie-Prozessen* (statt auf noch mehr horse-race-Studien) konzentriert.

Durch die verfahrensausgewogene Lehre sowie die dann zu erwartenden verfahrensübergreifenden Forschungsansätze (z. B. Moderatoren und Mediatoren des Behandlungserfolgs) würden diese Institute Orte, an denen integratives Denken gedeihen kann, weil Studierende die verschiedenen Konzepte, Perspektiven und therapeutischen Ansätze aus erster Hand und von kompetenten Dozentinnen vermittelt bekämen und sich in den dann verfahrensgemischt geführten Hochschulambulanzen die verschiedenen Verfahren in Anschauung und in Interventionsseminaren in Erfahrung bringen könnten.

Auch der Vorschlag von Rief (2019b), „dass Behandlungsansätze aus der gleichen Kategorie (z. B. strukturorientierte psychodynamische Therapie und fertigkeitbasierte Verhaltenstherapie) sich zur gegenseitigen Bereicherung austauschen, anstatt ideologische Abgrenzungen zu betreiben“ (S. 266), wäre dann an jedem Standort möglich, naheliegend und den Studierenden gleichermaßen zugänglich.

Durch eine solche Implementierung der Verfahren mit personeller Strukturqualität würde der Grundstein für echte integrative und dynamische Weiterentwicklungen der Psychothe-

rapie als Ganzes gelegt. Diese Weiterentwicklungen würden aus den gelebten Auseinandersetzungen an der Basis der Institute entstehen – die Früchte dessen könnten dann gegebenenfalls von der nächsten Generation PsychotherapeutInnen in die nächste Gesetzesreform in ca. 20 Jahren eingehen.

Mit der Einführung der Psychotherapiestudiengänge wird es ein kurzes Zeitfenster für die hier vorgeschlagene strukturelle Weichenstellung geben. Die finanziellen Mittel dazu sind vorhanden. Jetzt braucht es nur noch den Willen dazu.

Literatur

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

Benecke, C. (2016). Psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich: Zentrale Konzepte und Wirkprinzipien. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

DGPs. (2019). Stellungnahme der DGPs und des Fakultätentages Psychologie zur Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags am 15.05.2019.

Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S. & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 310 (24), 2650–2657.

Hofmann, S. G. & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clin Psychol Sci*, 7 (1), 37–50.

Leichsenring, F., Abbass, A., Beutel, M., Gündel, H., Heuft, G., Hoffmann, S. O. et al. (2019). Vom Sinn des Verfahrenskonzepts und der Verfahrensvielfalt – und warum das Baukasten-System in der Psychotherapie nicht funktioniert. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65 (4).

Levy, K. N. & Anderson, T. (2013). Is clinical psychology doctoral training becoming less intellectually diverse? And if so, what can be done? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20, 211–220.

Paul, G. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31 (2), 109–118

Rief, W. (2019b). Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation. *Psychotherapeuten-Journal*, 18 (3), 261–268.

Rief, W. & Strauß, B. (2018). Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung. *Psychotherapeut*, 63 (5), 401–408.



Prof. Dr. Cord Benecke

Institut für Psychologie
Universität Kassel
Holländische Str. 36–38
34127 Kassel
benecke@uni-kassel.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Cord Benecke ist Psychologischer Psychotherapeut und Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kassel. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Psychotherapieforschung und Klinische Emotionsforschung.

Zur Diskussion gestellt

Mut zur Zukunft – und Gegenwart: Kompetenzorientierte Psychotherapie-Qualifikation

Ein Kommentar zur Stellungnahme von Cord Benecke

Winfried Rief

Einleitung

Die Weiterentwicklung der Qualifikation in Psychotherapie von einem primär verfahrensorientierten Vorgehen hin zu einem stärker kompetenzorientierten Aus- und Weiterbilden birgt zahlreiche Chancen in sich. Es geht weniger um die Frage, welches Wissen vermittelt wurde, sondern ob die notwendigen Kompetenzen erworben wurden, eine gute Psychotherapeutin zu werden. Ein solcher Ansatz bietet ein über weite Strecken verfahrensübergreifendes Qualifikationsmodell, er kann die inhaltliche Kommunikation zwischen Vertreterinnen unterschiedlicher Therapierichtungen fördern und damit die flexible Weiterentwicklung verfahrensspezifischer und verfahrensübergreifender Psychotherapie ermöglichen. Damit lässt sich auch eine Antwort auf die Frage finden, wie die zunehmende Pluralisierung der psychotherapeutischen Entwicklungen wissenschaftlich fundiert integriert werden kann. Zusätzlich können über einen solchen Ansatz auch die wissenschaftlich anerkannten Methoden und Ansätze der Psychotherapie außerhalb der derzeitigen Richtlinienverfahren in die Qualifikation integriert werden.

Wenn ein neuer Vorschlag zur Entwicklung eines psychotherapeutischen Qualifizierungsmodells gemacht wird, ist es legitim, sogar sinnvoll, dass auch jemand mögliche Gründe für eine Gegenposition darlegt. Dies hat Benecke in seinem lesenswerten Beitrag in diesem Heft gemacht, um damit die Grundlage für einen Diskurs zu schaffen. Seine Stellungnahme beantwortet aber nicht die Frage, wie wir der Pluralisierung durch wissenschaftlich basierte Neuentwicklungen sowie dem Pluralismus auch der Alltagsherausforderungen kompetent begegnen wollen. Entsprechend fasst auch Hans Schindler im Editorial des letzten Heftes zusammen: „(E)s spricht vieles dafür, die Verfahrensbedeutung tiefer zu hängen und das Verbot der Integration von verschiedenen Verfahren in den Psychotherapie-Richtlinien in Frage zu stellen“¹.

Meine Freundin Vicky

Vicky arbeitet in der Suchtberatungsstelle. Seit ihrem Studium schlägt ihr Herz für psychodynamische Verfahren und sie hat eine postgraduale Ausbildung in Psychoanalyse zwischenzeitlich fast beendet, was auch in der praktischen Arbeit ihr präferiertes Verfahren darstellt. Im ersten Jahr ihrer praktischen Tätigkeit hat sie zusätzlich Workshops in Motivational Interviewing absolviert, was sie konsequent gerade bei den weniger motivierten Suchtpatienten in der Anfangsphase der Behandlung einsetzt. Am Ende der üblichen Beratungszyklen greift sie auch zunehmend Impulse aus dem Behandlungsansatz „Response Prevention“ auf, zu dem sie von Kolleginnen angeregt wurde.

Am Beispiel von Vicky lassen sich die Kernfragen dieser Diskussion festmachen. Ist Vicky durch die Integration von Behandlungsansätzen wie des Motivational Interviewing (mit einer stark gesprächspsychotherapeutischen Komponente) und Relapse Prevention (mit einem stark kognitiv-behavioralen Anstrich) besser „fit für die Praxis“, oder hätte sie besser daran getan, konsequent eine rein psychoanalytische Ausbildung voran zu treiben? Ist die wissenschaftliche Fundierung von Vickys Handeln besser, weil sie die zwei auf Evidenzgrad 1 empfohlenen Interventionen aus Leitlinien der Suchthilfe integriert, oder wäre ihr Handeln wissenschaftlich fundierter, wenn sie das reine psychoanalytische Handeln einsetzen würde, für das sich in diesem Fall ein niedrigerer Evidenzgrad finden lässt? Und ist es korrekt, dass die Psychotherapie-Richtlinien eine solche Vermengung von Interventionen aus unterschiedlichen Therapieverfahren in der Kassenärztlichen Versorgungspraxis verbieten? Diese Fragen treffen selbstverständlich nicht nur Vicky: viele, vermutlich sogar die überwiegende Mehrheit stationärer Einrichtungen zeichnen sich

¹ Wenige Tage, nachdem ich diese Zeilen erstmals geschrieben hatte, habe ich vom Tod von Hans Schindler erfahren. Nach längerem Überlegen habe ich beschlossen, im positiven Gedenken an ihn dieses Zitat im Text zu belassen.

durch ein kombiniertes Therapieangebot von traditionellen und neuen Therapieansätzen aus. Zu einer qualifizierten Aus- und Weiterbildung würde deshalb auch die Vermittlung von Kompetenzen gehören, wie ein integrierendes Handeln bei unterschiedlichen Behandlungsansätzen erfolgen kann. Dazu werden verfahrensübergreifende Therapiemodelle benötigt.

Der neue Pluralismus in der Psychotherapie ist wissenschaftlich fundiert

In der Psychotherapie stehen wir vor einer gewaltigen Herausforderung: Innerhalb und außerhalb bestehender, traditioneller Verfahrensgrenzen entwickelt sich ein neuer Pluralismus an Behandlungsansätzen, die zum Teil substantiell von den theoretischen Grundannahmen der traditionellen Richtungen abweichen, Kombinationen aus unterschiedlichen Richtungen vornehmen oder sich gänzlich außerhalb der Theoriegebäuden der in Deutschland wissenschaftlich anerkannten Verfahren psychodynamische Therapie (Analytische und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), systemische Therapie und (kognitive) Verhaltenstherapie bewegen. Viele niedergelassene Psychotherapeutinnen „bereichern“ ihre Tätigkeit durch solche Neuentwicklungen oder Ausleihen aus anderen Verfahren. Während man früher solche Strömungen schnell als „wissenschaftlich nicht fundiert“ zurückweisen konnte, ist dies heute nicht mehr so einfach möglich: Viele der neuen Behandlungsansätze werden durch mehr belastbare wissenschaftliche Studien gestützt als manche der traditionellen, jedoch wissenschaftlich anerkannten Verfahren. In meinem Beitrag im letzten Heft des Psychotherapeutenjournals habe ich als eine Lösungsmöglichkeit für diese Situation vorgeschlagen, verfahrensübergreifend ein an Kompetenzziele orientiertes Psychotherapie-Qualifikationsmodell zu verfolgen, das die Integration solcher Entwicklungen ermöglicht. Selbstverständlich ist damit nicht die Abschaffung der Rolle der bisherigen anerkannten Verfahren impliziert, wie Benecke befürchtet, sondern eine Ausweitung, Bereicherung und Flexibilisierung.

Der Kritik von Cord Benecke ist jedoch zuerst an verschiedenen Stellen zuzustimmen. Auch ich sehe mich zutiefst einer evidenzbasierten Psychotherapie in Aus- und Weiterbildung verpflichtet. Und ich sehe eine große Notwendigkeit für übergeordnete Theorien und Modelle. Allerdings wehre ich mich dagegen, den Denkraum von Theorien und Modellen auf eine von wenigen abgegrenzten traditionellen Therapierichtungen zu begrenzen. Gleichzeitig stelle ich mich, wie Benecke, gegen eine konzeptionelle Verarmung. Das Gegenteil, eine konzeptionelle Bereicherung und Pluralismus sind für eine dynamische Weiterentwicklung der Psychotherapie dringend notwendig. Diese wird aber kaum durch einen Protektionismus für die traditionellen Verfahren erreicht.

Wann ist psychotherapeutisches Handeln wissenschaftlich fundiert?

Benecke stellt als prinzipielles Modell der Evidenzbasierung folgende Überlegung an: Ein Verfahren hat eine übergeordnete Theorie und wird laut Wissenschaftlichem Beirat Psychotherapie anerkannt, wenn es für bestimmte Indikationsbereiche einige Studien mit wissenschaftlichen Effektivitätsnachweisen bei einigen, wenn auch nicht allen relevanten Störungsbereichen bieten kann. Daraufhin wird das Verfahren als Ganzes anerkannt und alles, was dann unter dem Schirmmantel des Verfahrens und dieser Theorie geschieht, wird als wissenschaftlich fundiert bewertet. Wenn Interventionen demgegenüber durchgeführt werden, für die es zwar einerseits zahlreiche Evidenzbelege gibt, die aber andererseits nicht den wissenschaftlich anerkannten Grundrichtungen und ihren Theorien zuordenbar sind, werden diese Interventionen nach Benecke als wissenschaftlich nicht fundiert bewertet.

Dieser theoretischen Denkrichtung vermag ich nicht zu folgen. Es scheint sich mir hier um eine Polarisierung zu handeln, die einerseits die wissenschaftliche Fundierung der aktuell anerkannten Verfahren überbewertet, andererseits die zum Teil erschlagende Evidenz von neuen Behandlungs-

— Zu einer qualifizierten Aus- und Weiterbildung gehört auch die Vermittlung von Kompetenzen, wie unterschiedliche Behandlungsansätze integriert werden können. Dazu brauchen wir verfahrensübergreifende Therapiemodelle! —

formen außerhalb der traditionellen Grundorientierungen über Maßen abwertet. Die bereits jetzt wissenschaftlich anerkannten Verfahren können sich nicht auf ewig auf der Einschätzung als „wissenschaftlich anerkannt“ ausruhen. Zum einen hat bereits Grawe darauf hingewiesen, dass diverse Annahmen aus den schulenspezifischen Theoriegebäuden falsch sind und trotzdem protrahiert werden. Zum anderen ist gerade in der heutigen Zeit bei der Bewertung von wissenschaftlichen Studien höchste Vorsicht geboten. Die „Replikationskrise“ in der Wissenschaft hat natürlich auch ihre Implikationen für die Psychotherapie. In den USA wurde bereits die Forderung formuliert, die Kriterien für „Evidenzbasierung“ zu erhöhen, und dann auch die bisher bewerteten Ansätze neu zu bewerten (Lilienfeld 2019). Auch die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie-Verfahren und -Methoden in Deutschland stehen bezüglich der in ihre Bewertung eingegangenen Studien auf weichem Untergrund. Demgegenüber gibt es auf der anderen Seite Therapiestudien höchster Qualität und Belastbarkeit, die die Wirkungsweise von Behandlungsansätzen belegen, die nicht direkt in das Grundkonzept der bisherigen großen Hauptorientierungen passen.

Kombination unterschiedlicher Behandlungsansätze: Nutzen oder Schaden?

Benecke führt in diesem Kontext weiter aus, dass die Kombination von zwei als erfolgreich belegten Behandlungsansätzen automatisch die wissenschaftliche Anerkennung verliert, insbesondere wenn diese unterschiedlichen Grundtheorien entstammen, da zwar vielleicht die einzelnen Ansätze evaluiert wurden, aber nicht die Kombination. In der Tat ist ihm zuzustimmen, dass sich oftmals, wenn auch nicht immer, die Hoffnung zerschlagen hat, dass durch die Kombination von verschiedenen Ansätzen höhere Effektivität erreicht wer-

— Im Zuge des neuen Psychotherapiestudiums wollen manche mit Berufung auf die traditionelle Verfahrenorientierung politischen Druck erzeugen, möglichst an allen Standorten Professuren für psychodynamische und systemische Therapie einzurichten. —

den könnte; eine Erfahrung, die wir auch in eigenen Studien gemacht haben (Kleinstäuber et al., 2019). Allerdings ist die Schlussfolgerung von Benecke, dass die Kombination von für sich genommen wirksamen Behandlungsansätzen automatisch wissenschaftlich als unwirksam zu bewerten sei, ziemlich unbegründet. In den meisten Fällen erweist sich die Kombination von erfolgreichen Behandlungsansätzen in etwa so erfolgreich wie die Einzelbausteine. Deshalb könnte man auch hier das gleiche Bewertungsprinzip anlegen wie in der Medizin: Zwei wirkungsvolle Medikamente können kombiniert werden, solange es keine Hinweise gibt, dass durch die Verknüpfung Schaden entsteht. Diese Kombination muss nicht zwingend besser sein, aber noch weniger Evidenz gibt es dafür, dass eine vernünftige Kombination zu schlechteren Behandlungsergebnissen führen würde als die beteiligten Einzelinterventionen.

Das IAPT-Programm

Das englische Programm „Improving Access to Psychological Treatments“ (IAPT) setzt zum Teil auf ein kompetenzorientiertes und evidenzbasiertes Vorgehen. In dem seit zehn Jahren laufenden, weltweit einzigartigen Implementierungsprojekt wird angestrebt, allen Menschen mit psychischem Behandlungsbedarf in England auch eine entsprechende psychologische Behandlung zukommen zu lassen. Pro Jahr werden zurzeit 500.000 Menschen in das Programm aufgenommen und die Behandlungen werden wissenschaftlich begleitet (NHS, 2019). Es konnte eine deutliche Steigerung der Erfolgsraten über die Zeit gezeigt werden (Clark 2018).

Beneckes Ausführungen zum IAPT-Programm tragen die Züge einer Suche nach dem Haar in der Suppe, um Gründe zu

haben, die ganze Suppe auszuschütten. Er berichtet negative Nebenbefunde dieses Projektes (z. B. Überforderungsgefühle bei einzelnen Psychotherapeutinnen) und folgert daraus, dass deshalb das IAPT-Projekt aus deutscher Sicht als irrelevant zu verwerfen sei. Mit dem Aufspüren von veröffentlichten kritischen Aspekten an dem Programm unterstreicht Benecke aber nicht die Schwächen, sondern die Stärken dieses IAPT-Projektes. Durch kontinuierliche Evaluation und Rückmeldung auf regionaler als auch nationaler Ebene werden Problemereiche identifiziert. So konnte in der Tat im IAPT-Programm erkannt werden, dass manche Psychotherapeutinnen überfordert sind (man bedenke, dass eine gute Vorbildung bei den Psychotherapeutinnen nicht sichergestellt war). Aber: dieses

Problem wurde durch die kontinuierliche Evaluation bei IAPT erkannt und durch bessere Schulungen behoben, insbesondere in den Regionen, in denen diese Probleme offensichtlich wurden. Es handelt sich hier also um ein lernendes, sich ständig verbesserndes Versorgungssystem bei psychischen Erkrankungen. Ein

solches haben wir in Deutschland nicht. Damit können solche und/oder andere Probleme in Deutschland existieren, ohne dass wir sie identifizieren und beheben können. Ich möchte hiermit auf keinen Fall ein hundertprozentiges Spiegeln dieses englischen Programmes empfehlen. Aber es wäre auch Dummheit, diesen großen und unvergleichbaren Erfahrungsschatz zur psychotherapeutischen Versorgung nicht zu nutzen, dem durchaus auch britische Psychoanalytikerinnen etwas Positives abgewinnen können (Fonagy & Luyten, 2019).

Motivlagen

Es ehrt Cord Benecke, dass er seine persönlichen Motive für diese pointierte Gegenstellungnahme offenlegt: Es geht ihm darum, politischen Druck zu erzeugen, möglichst an allen Standorten Professuren für psychodynamische und systemische Therapie einzurichten. Durch das Schaffen neuer Professuren insbesondere in den traditionellen Bereichen werden aber die hier skizzierten Aufgaben zur Entwicklung übergeordneter Konzepte zur Weiterentwicklung der Psychotherapie sowie zur Bewältigung aktueller und zukünftiger Herausforderungen kaum gelöst. Zurückweisen möchte ich die Unterstellung, dass mir hier im Gegenzug ähnliche persönliche Motive zugeschrieben werden könnten. Das Problem, dass wir einen veränderten Umgang mit dem Begriff „wissenschaftlich anerkanntes Therapieverfahren“ benötigen, manche Grenzen flexibilisieren müssen und mehr Pluralismus auch außerhalb der traditionellen Verfahren zulassen müssen, hat bereits Grawe vor 30 Jahren beschrieben. Das Thema wird in anderen Ländern zum Teil noch intensiver und offener diskutiert. Der American Psychologist veröffentlichte gerade einen Artikel mit dem bezeichnenden Titel „Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back?“ (Goldfried,

2019). Goldfried führt aus, dass wir eine übergeordnete Theorie zur Psychotherapie benötigen, die ein Dach für alle evidenzbasierten Behandlungsansätze sein kann. Dadurch kann die Kommunikation zwischen verschiedenen Verfahrensvertretern verbessert werden sowie ein Modell entstehen, wann und wie Behandlungsansätze aus unterschiedlichen Verfahren integriert werden können. Auch ließe sich daraus ableiten, wie wir unserem Nachwuchs die Kompetenz vermitteln können, einen sinnvollen Umgang mit der Heterogenität von Behandlungsansätzen zu finden, anstatt sie in Überforderungssituationen oder Kommunikationskonflikte zu senden. Diese fachlichen Herausforderungen zur Lösung dürfen nicht bagatellisiert werden.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es einen enormen wissenschaftlichen und praktischen Pluralismus gibt, der sich außerhalb bestehender traditioneller Therapieschulen-Konzepte bewegt. Sowohl in der Versorgung als auch in der modernen Psychotherapieforschung werden Kombinationen aus unterschiedlichen Ansätzen vorgenommen. Es stellt sich zunächst die Frage nach einem übergeordneten Konzept für die Integration unterschiedlicher Interventionen und dann die weitergehende Frage, wie diese Entwicklungen in der Therapieaus- und -weiterbildung berücksichtigt werden können. Der von mir ausformulierte Vorschlag eines übergeordneten, wissenschaftlich fundierten Aus- und Weiterbildungsrahmens durch Kompetenzorientierung soll hierfür eine Lösungsmöglichkeit bieten. Dies ist nicht ein Plädoyer für einen konzeptlosen Eklektizismus, auch kein Plädoyer für eine theorielose Aus- oder Weiterbildung, im Gegenteil. Auch geht es nicht um eine Abschaffung der traditionellen Therapieverfahren. Es geht um eine konzeptionelle Ausweitung mit der Zielsetzung, den wissenschaftlich fundierten Pluralismus von Behandlungsansätzen, aber auch wissenschaftlich fundierte Therapiemethoden oder Kombinationen aus unterschiedlichen wissenschaftlich fundierten Ansätzen besser im Gesamt-Qualifikationsmodell, aber auch in der Versorgung fundiert integrieren zu können. Sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis stellt sich diese Herausforderung nicht erst in der Zukunft, es ist eine Herausforderung der Gegenwart.

Literatur

- Clark, D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159–183.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2019). Fidelity vs. flexibility in the implementation of psychotherapies: time to move on. *World Psychiatry*, 18, 270f.
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining Consensus in Psychotherapy: What Holds Us Back? *American Psychologist*, 74, 484–496.
- Kleinstäuber, M., Allwang, C., Bailer, J., Berking, M., Brünahl, C., Erkip, M. et al. (2019). Cognitive Behaviour Therapy Complemented with Emotion Regulation Training for Patients with Persistent Physical Symptoms: A Randomised Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88, 87–299.
- Lilienfeld S. O. (2019). What is „evidence“ in psychotherapies? *World Psychiatry*, 18, 245f.
- NHS (National Health Service). (2019). Adult Improving Access to Psychological Therapies programme. Verfügbar unter: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/> [15.10.2019].



Prof. Dr. Winfried Rief

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

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

Rezensionen

Wenn eine Psychotherapeutin selber Hilfe braucht ...

Saalfrank, B. (2019). *Ich, Birgit, Autistin und Psychotherapeutin, Ostfildern: Patmos, 262 S., 24,00 €*

In diesem Buch berichtet die Autorin von ihrer Lebens-, Leiden- und Therapiegeschichte. Ihre Herkunftsfamilie beschreibt sie als zerstritten, ihre Mutter als unfähig, Mitgefühl zu zeigen, und bei ihrem früh verstorbenen Vater vermutet sie mittlerweile auch eine autistische Störung. Da die Mutter sie früh in ihre Partnerschaftsprobleme „einbezieht“, bleibt sie dem Vater fern. Daher, so vermutet sie, hat ihr die Erfahrung gefehlt, sich in einer Dreierbeziehung zu erleben, und sie konnte vor ihren späteren verschiedenen Therapien nur symbiotische Beziehungen eingehen. Von ihrer Mutter stammt die Aussage: „Ich kann, was ich will“. Mit diesem Motto hat sie erfolgreich Psychologie studiert und eine verhaltenstherapeutische Psychotherapieausbildung absolviert.

Zwar sei sie schon in der Schule nicht besonders sozial integriert gewesen, die Schwierigkeiten mit dem Bezug zu anderen Menschen sind aber erst in der psychotherapeutischen Berufstätigkeit richtig deutlich geworden. „Ich war nun in keinster Weise mehr ich selbst, sondern wurde immer mehr zu einer Rolle, die meine eigene Identität, mein ‚Wahres Selbst‘ verdrängte“ (S. 76). Die Autorin beginnt eine psychoanalytische Therapie und versucht durch einen Arbeitsplatzwechsel den Druck zu vermindern. Aber auch in der Leitungsfunktion

eines Psychosozialen Zentrums kommt sie nicht zur Ruhe. Nach der Arbeit bringt sie den Rest des Tages mit Grübeln und findet keinen Kontakt zu sich selbst und zu ihrer Lebenspartnerin.

Ein Buch bringt sie zur Frage, ob es sich auch bei ihr um Autismus handelt. Nach der Diagnose Asperger-Autismus kommt es dann zu einem „autistischen Schub“. Schließlich entscheidet sie sich dafür, so schreibt sie, lieber autistisch auffällig zu sein, als immer unter Anspannung zu stehen. Mit Hilfe eines „Teilemodells“ beginnt sie, sich selbst besser zu verstehen. Sie erlebt einen kindlichen Teil, einen Funktionsteil, der viel leistet und sich sehr anstrengt, aber ihr „Ich“, vermutet sie, ist lange Zeit im Winterschlaf gewesen.

Sehr schwer fällt es ihr, endgültig Abschied von ihrem Beruf zu nehmen und in die Berentung zu gehen. Sie erlebt das als Verlust des gesellschaftlichen Status, was starke Suizidgedanken zur Folge hat. Sie holt sich viel unterschiedliche Hilfe: Neben der Psychoanalyse sucht sie Unterstützung in Kliniken, bei einer Verhaltenstherapeutin, einer Paartherapie und einem Coaching. Es wird deutlich, wie unterschiedlich die verschiedenen Hilfen wirken, aber alles trägt dazu bei, dass ihr Kontakt zum „Ich“ sich verstärkt.

Vor allem die Psychoanalytikerin erlebt sie als nach „beelternde“, fürsorgliche neue Beziehungserfahrung. Aber auch

die anderen Unterstützungsangebote haben ihren Beitrag dazu geleistet, dass Frau Saalfrank heute ein Leben mit Autismus, aber ohne Depression in einer dauerhaften Beziehung lebt. Sie ist ehrenamtlich tätig. Von einer Rückkehr in die Berufstätigkeit als Psychotherapeutin ist keine Rede mehr. Außerdem geht sie davon aus, lebenslang ein Antidepressivum und ein Neuroleptikum nehmen zu müssen.

Dieses Buch ist gut verständlich geschrieben. Es bringt einem die Person der Autorin sehr nahe. Aber es ist natürlich verfasst worden, als die Autorin die tiefen Täler und schmerzhaften Herausforderungen im Wesentlichen bereits hinter sich hatte. Dies macht es zu einer „Erfolgsgeschichte“. Die mit dieser Entwicklung verbundenen Schmerzen lassen sich nur erahnen. Eine Frage hat sich mir gestellt: Wie konnte den Supervisorinnen¹ in der Approbationsausbildung verborgen bleiben, dass die Autorin so wenig bei sich und so sehr in einer Rolle gesteckt hat?

† Hans Schindler,
Bremen

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

Redaktion und Redaktionsbeirat trauern um Hans Schindler (1952–2019)

Wir sind als Mitglieder der Redaktion bzw. des Redaktionsbeirats immer noch bestürzt über die Nachricht vom Tode Hans Schindlers, der am 8. Oktober 2019 völlig überraschend verstarb.

Hans Schindler war als langjähriges Vorstandsmitglied und zuletzt Präsident der PK Bremen nicht nur ein berufspolitisch engagierter Praktiker vom Fache, der sich besonders für die Anerkennung und wissenschaftliche Weiterentwicklung der Systemischen Therapie einsetzte. Als Mitglied des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals prägte er über die Jahre auch das Gesicht unserer Fachzeitschrift entscheidend mit. Wir verlieren mit Hans Schindler einen lebensfrohen und zugleich besonnenen Freund

und Kollegen, für dessen Urteils- und Tatkraft unser Journal ihm zu großem Dank verpflichtet ist. Er wird uns als mit Leidenschaft für die Sache auftretender Mitstreiter und Ideengeber bei unseren Diskussionen im Redaktionsbeirat fehlen.

Unsere Gedanken sind bei den Angehörigen und der Familie des Verstorbenen. Wir werden seine kluge und gewitzte Art, sein warmherziges und bestimmtes Wesen vermissen und sein Andenken in Ehren wahren.

Redaktion und Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals

Der inneren kritischen Stimme gelassen gegenüberreten

Pigorsch, B. (2019): Der innere Kritiker von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Weinheim: Beltz, 243 S., 36,99 €

Würde man ein Symposium aller kritischen Stimmen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anberaumen, träfe man vermutlich auf ziemlich finstere Gestalten in ziemlich düsteren und zynischen Diskussionen. Hier käme die Unfähigkeit der „Psychos“ in gnadenlosen Verriss: „Die hat doch selbst die größte Schacke! Immer schlecht vorbereitet! Unempathisch! Unfähig! Hat keine Ahnung von Theorie. Und weiß viel weniger als alle anderen. Blenderin! Scharlatan!“. Sicherlich wäre beim Symposium auch die Unterveranstaltung mit dem Titel „Kritik am Privatleben“ ein Publikumsrenner: „Unzureichend im Kontakt mit der Familie, nerviger Partner, vernachlässigende Tochter, eigentlich eh beziehungsge-stört ...“ Glaubt man dem Buch von Boris Pigorsch, so wäre es zudem ein äußerst gut besuchtes Symposium. Denn Pigorsch, selbst niedergelassener Psychotherapeut, hat sich eingehend vertraut gemacht mit Selbstabwertungen und Selbstkritik unter Kolleginnen. Laut ihm sind Selbstzweifel und Selbstanklagen in unserem Beruf allgegenwärtig. Merkwürdig: Gehen denn viele Psychotherapeutinnen – wider besseres und täglich aktualisiertes Wissen – so schlecht mit sich um? Teilen viele von uns diese narzisstische Wunde als Ausgangspunkt für diesen eigentlich unmöglichen Beruf? Blieben wir dann, wie schon Wolfgang Schmidbauer (1981) formuliert hat, als Psychotherapeutinnen doch „hilflose Helfer(innen)“?

Oder kann es letztlich doch gelingen, die für unsere Patientinnen eingesetzten Fähigkeiten auch für uns selbst fruchtbar zu machen? Genau dies möchte Pigorsch mit seinem Buch anregen. Sein Vorschlag der Auseinandersetzung mit der inneren Kritikerin fußt auf der sog. Telearbeit bzw. Ego-State-Therapie, die mit hypnotherapeutischen Zugängen einen Dialog mit dem kritischen Selbst-

anteil sucht. Er erklärt Erscheinungsformen und typische Vorwürfe dieser Selbstanteile und illustriert seine Thesen auch durch Auszüge von Interviews mit Kolleginnen, die sich mit ihm auf die Exploration ihrer inneren kritischen Stimme eingelassen haben. Immer wieder ist bedrückend zu lesen, wie viel Anklagendes und Vorwürfliches in unseren beruflichen und privaten Selbstbildern gebunden ist. Es ist gut und wichtig, dass in diese Schattenseite des psychotherapeutischen Arbeitsfelds Licht fallen darf. Dass die oft anzutreffende heimlich nagende Selbstabwertung den Sphären von Scham, Verschweigen und Verleugnen entkommen und geteilt werden darf. Dass also auch die „verwundeten Heilerinnen“ (im griech. Cheiron-Mythos) ihre eigenen Wunden zu offenbaren wagen.

Pigorsch hat in seinem Buch höchst umfangreiches Arbeitsmaterial zur Auseinandersetzung mit der inneren Kritikerin entwickelt und zusammengetragen. Er verknüpft Ego-State-Zugänge mit verhaltenstherapeutischem Vorgehen und achtsamkeitsbasierten Methoden, wie etwa buddhistische Atemmeditationen. Ein Großteil seiner Anregungen finden sich als Arbeitsblätter, die er zur Selbstauseinandersetzung vorschlägt. Er lädt ein, neben der Erkundung der eigentlichen positiven Absichten der inneren kritischen Stimme auch eine liebevoll-begeleitende kennenzulernen. Die kann darin unterstützen, auch für uns selbst zu entwickeln, wofür wir viele unserer Patientinnen zu sensibilisieren versuchen: Selbstfürsorge. So ist die wiederkehrende Anregung, sehr konkret im psychotherapeutischen Alltag auf all das zu achten, was lebendig hält, stärkt, Spaß macht und guttut. Und hat ein 15-Tage-Kompaktprogramm für die Umsetzung der Erkenntnisse in den Lebensalltag.

Kritikerinnen mögen einwenden, dass Pigorsch damit gerade den psychotherapeutischen Perfektionsanspruch auf die Spitze treibt: Sind die umfänglichen Arbeitsaufgaben wiederum Fleißprogramm zur erneuten Selbstoptimierung – diesmal der Auflösung und Integration der negati-

ven Stimmen? Haben wir es dann mit der Fortsetzung und Pervertierung des Beschriebenen nur mit perfiderer Begründung zu tun? Aber Pigorsch nimmt diese Kritik vorweg und betont in seinem Buch, dass es ihm vielmehr um den Versuch einer gelassenen, neugierigen und freundlichen Akzeptanz gegenüber bisweilen auch quälendem Geschehen geht, das sich in diesem Prozess verändern und vielleicht sogar auflösen darf.

Ein weiterer kritischer Einwand könnte sich auf die objektiven strukturellen Gegebenheiten der (meist einsamen) Therapiesituation beziehen. Diese können sich ja (bei mangelnder Intervention) zu überzogenen Erwartungen und Vorstellungen der Psychotherapeutinnen in Bezug auf Erreichbares und Leistbares beziehen. Das andere sind Unsicherheiten, die etwa darin begründet sind, dass man nur einen Weg für die jeweilige Stunde einschlagen kann. Die Frage „Hätte ich / hätten wir es nicht auch besser machen können?“ würde dann ggf. strukturell zur therapeutischen Situation dazugehören. Zudem: Sind Selbstzweifel gerade in diesem Berufsstand nicht auch produktiv und angebracht? Die realitätsangemessenen Formen von Selbstzweifeln geraten Boris Pigorsch möglicherweise ein wenig aus dem Blickfeld. Nicht jeder wird etwas mit der Vielfalt an vorgeschlagenen Arbeitsbögen anfangen können. Vermutlich suchen manche den Dialog mit ihrem therapeutischen Über-Ich und seinen malignen Ausformungen lieber auf unstrukturierte Weise. Der Fundus an (auch im Audio-Download zugänglichen) Trancen und Phantasieeisen, an Meditationsvorschlägen, an hilfreichen Metaphern und Zitaten ist aber so groß, dass vermutlich jede Leserin wertvolle Anregungen und Inspiration für die eigene Auseinandersetzung erfährt. Und hoffentlich auch Mut fasst, offener und schamfreier von eigenen Selbstzweifeln zu sprechen und sie zu teilen. Darüber auch lachen zu können, wäre schon mal ein guter Anfang.

Dr. Vera Kattermann,
Berlin

Mehr Erlebensorientierung in der Verhaltenstherapie wagen

Langlotz-Weis, M. (2019). *Körperorientierte Verhaltenstherapie*. München: Reinhardt, 116 S., 19,90 €

Auch wenn der Körper gleich mehrfach ein zentrales Element in der Verhaltenstherapie (VT) darstellt – einmal in der Organismus-Variable sowie bei der physiologischen und motorischen Reaktion in der Mikroanalyse –, fand er lange wenig Beachtung in der praktischen Therapie(-ausbildung). Maren Langlotz-Weis leistet daher mit ihrem Buch Pionierarbeit, in dem sie jahrelang selbst angewandte Körperübungen nun einem breiten Publikum zugänglich macht. Die Autorin zeigt uns, wie sich körperorientierte Verfahren in die VT integrieren lassen – und diese ungemein bereichern kann. Dies gelingt der Autorin auf besonders authentische Art, da sie selbst die Rollen der seit Jahrzehnten praktizierenden Verhaltenstherapeutin, Körperpsychotherapeutin und Ausbilderin vereint.

Das Buch teilt sich in fünf Kapitel auf. In der Einleitung (Kapitel 1) verortet die Autorin zunächst die körperliche Seite innerhalb der VT, indem sie deren Kernstück – die Mikroanalyse – vorstellt. Bereits etablierte Verfahren wie Body-Check und Biofeedback werden von der körperorientierten Verhaltenstherapie abgegrenzt: Bei dieser wird direkt mit dem Körper und seinen Reaktionen unter Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung gearbeitet. Damit werden auch die zwei wesentlichen Ziele dieses Verfahrens benannt, die in der 1) Arbeit im „Hier und Jetzt“ sowie 2) der Nutzung des Körpers, um Zugang zu eigenen Gefühlen und Erfahrungen zu bekommen, liegen. Kapitel 2 bietet eine theoretische Einbettung, in dem relevante Grundlagengebiete der Psy-

chologie und deren Bezug zur körperorientierten Verhaltenstherapie dargestellt werden. Als Grundlage körperorientierter Interventionen wählt Langlotz-Weis das Modell der affektmotorischen Schemata von Downing (1996), bei dessen Mitarbeiterinnen sie auch selbst ihre Ausbildung absolviert hat. Abschließend wird der körperorientierte Ansatz in der „Dritten Welle“ der VT eingeordnet, in der Gefühle, die therapeutische Beziehung, Bindung und die Lerngeschichte wichtige Ergänzungen zu den ersten beiden Wellen darstellen. Neben der Orientierung im Augenblick unter Verwendung von Atemtechniken im achtsamkeitsbasierten Ansatz nutzt Maren Langlotz-Weis vorrangig Kernelemente der Schematherapie. In Kapitel 3 wird das Handwerkszeug für körperorientiertes Arbeiten beleuchtet. Dies reicht vom konkreten Setting sowie von benötigten Materialien über Indikationen bezüglich verschiedener Störungsbilder bis hin zu Themen wie Berühren, therapeutischer Grundhaltung und dem Umgang mit aufkommenden Emotionen. In Kapitel 4 werden konkret Interventionen für Einzel- und Gruppensettings vorgestellt. Schwerpunkte stellen Atemübungen, Interventionen zur Modulation von Gefühlen sowie Übungen zum Haltgeben dar. In einer Schlussbemerkung (Kapitel 5) skizziert die Autorin die Entstehungsgeschichte des Buches und benennt ihre Intention, „wortwörtlich mehr ‚Bewegung‘ ins therapeutische Arbeiten“ (S. 112) zu bringen.

Langlotz-Weis verbindet erstmalig körperorientierte Verfahren konkret mit Verhaltenstherapie. So betont die Autorin auch, dass lediglich etwa 20 % einer körperorientierten Verhaltenstherapie aus Körperübungen bestehen, während die übrigen 80 % der kognitiven

Einbettung des Erlebten dienen. Die vorgestellten Interventionen stellen nicht nur für Verhaltenstherapeutinnen hilfreiche Werkzeuge dar, um einen Zugang zu Gefühlen und Erinnerungen zu bekommen, die kognitiv häufig nicht aufgedeckt werden können. Damit wird die VT um den Aspekt der Erlebensorientierung bereichert. Wissenschaftlich gesprochen setzt die körperorientierte Verhaltenstherapie beim Grawe'schen Wirkfaktor der Problemaktualisierung an – ohne zu erwarten, dass dies unbedingt von Erfolg gekrönt sein muss. Einen Versuch ist es jedoch wert.

Das vorliegende Buch ist handlich, gut lesbar und äußerst praxisorientiert, weswegen es für jede Psychotherapeutin eine Bereicherung im Regal darstellt. Die enge Verknüpfung von Körpertherapie mit schematherapeutischen Elementen wie der begrenzten ‚Nachbeelterung‘ ist Geschmackssache und eher den persönlichen Präferenzen der Autorin als einer objektiven Darstellung geschuldet. An dieser Stelle wären noch Kombinationsmöglichkeiten mit anderen verhaltenstherapeutischen Ansätzen wünschenswert gewesen. Maren Langlotz-Weis begegnet mit ihren körperorientierten Verfahren bewusst Hemmungen und Vorurteilen in der Psychotherapie bezüglich Berührungen und vermeintlicher Erotisierung. Jede Therapeutin kann selbst entscheiden, welche Übungen aus diesem facettenreichen Werkzeugkoffer zum eigenen Stil passen und welche nicht. Die gute Nachricht für eher kontaktscheue Praktikerinnen: Körperorientierte Verhaltenstherapie ist auch gänzlich ohne Berührung möglich.

Daniela Schultheis,
Karlsruhe

Leserbriefe

Liebe Leserinnen und Leser,

der Beitrag „Die Verleugnung der Apokalypse – zum Umgang mit der Klimakrise aus der Perspektive der Existentiellen Psychotherapie“ von Fabian Chmielewski in der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals (PTJ 3/2019, S. 253–260) hat eine kontroverse Diskussion ausgelöst. Der Autor hatte in seinem Fachartikel versucht, mit seinem theoretischen Rüstzeug und seinem praktischen Erfahrungswissen als Psychologischer Psychotherapeut gesamtgesellschaftliche Wahrnehmungs- und Verdrängungsmuster im Zusammenhang mit der Klimakrise zu analysieren und vor diesem Hintergrund erste Überlegungen für Handlungsempfehlungen angestellt. Auslöser einiger kritischer Kommentare zu diesem Text war eine tendenziöse Besprechung des Artikels in einem einschlägigen Blog, was wiederum eine polarisierte Debatte um Ursachen und Folgen des Klimawandels auch und vor allem außerhalb des Fachpublikums auf den Plan rief. Der Großteil der mitunter in aufgeregtem und beleidigendem Ton vorgetragenen Meinungsäußerungen bewegte sich entlang der eingespielten Frontlinien. So wurde der PTJ-Artikel wahlweise negativ als Ausweis einer Tendenz zur bevormundenden „Öko-Diktatur“ vereinnahmt oder aber zustimmend als Selbstbestätigung dafür genommen, dass es angesichts von Verblendungsvorgängen in der Gesellschaft erst recht eines aktivistischen Weckrufs zur Rettung der Menschheit bedarf. Doch es gab in der Auseinandersetzung mit dem Text erfreulicherweise auch viele sachlich gehaltene Zwischentöne.

Ausweislich des Editorials des letzten Heftes sollte dieser Fachartikel, der als solcher weder ein allgemeinpolitischer Meinungsbeitrag noch

eine klimawissenschaftliche Abhandlung sein wollte, in unserer Berufsgruppe u. a. eine „Diskussion um die Möglichkeiten – und Grenzen – unseres Engagements in den Rollen als Psychotherapeuten und Bürger“ anstoßen. Diese fachliche Diskussion fand sich auch in den hunderten Leserbriefen und Kommentaren wieder, die uns dazu erreicht haben. Nachfolgend finden Sie davon eine sehr kleine Auswahl, welche die wesentlichen wiederkehrenden Argumentationslinien allerdings gut widerspiegelt.

Herr Chmielewski hat seine Positionen bereits in seinem Artikel ausführlich dargelegt und absichtliche oder unbewusste Fehldeutungen in den Medien eindeutig klargestellt. Wir wollen hier nur wiederholen: Er hat in seinem Artikel schon vorsorglich der Unterstellung widersprochen, dass durch die vorgenommene sozialpsychologische Analyse von kollektiv wirksamen Mechanismen Menschen mit anderen politischen Ansichten pathologisiert und dadurch aus dem öffentlichen Diskurs ausgegrenzt werden sollen. In keinem Satz des Artikels werden Zwangsmaßnahmen gegen politisch Andersdenkende gefordert!

Wir wollen nun aber Ihnen das Wort geben und freuen uns auch weiterhin, wenn sich unsere Leserinnen und Leser lebhaft an der Debatte zu den Themen in unserer Zeitschrift beteiligen. Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 22. Januar 2020 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen. Als Leserinnen und Leser beachten Sie bitte, dass die Leserbriefe – ebenso wie die Fachartikel – die Meinung der Verfasserinnen und Verfasser und nicht die der Redaktion wiedergeben.

Über den bequemen Therapeutesessel hinausdenken

Mit Unbehagen habe ich den Artikel zum „Umgang mit der Klimakrise“ gelesen.

Zuerst die Kritik: es sieht zunächst aus, als würde Fabian Chmielewski die psychotherapeutische Abstinenzregel im psychotherapeutischen Kontext in Frage stellen. Leider recht mühsam muss ich mir aus dem Text erarbeiten, dass er nicht dies meint, sondern ein „unabstinentes“ Engagement unserer Berufsgruppe in der Gesellschaft fordert. Merkwürdig finde ich auch, die verbreitete Ignoranz gegenüber dem Klimawandel zum „gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsproblem“ zu erklären, das wir „mit unserem psychologischen Rüstzeug“ behandeln müssen. Eine diagnostische und therapeutische Haltung gegenüber Einzelnen ohne The-

rapieauftrag? Das widerspricht meiner Berufsethik. Außerdem gibt es andere Gründe, den Klimawandel zu ignorieren: wenn Menschen einfach nicht genug darüber wissen, eine andere Überzeugung, andere Prioritäten oder eigennützige, i. d. R. wirtschaftliche Interessen haben. (...) Aber ich lese weiter, irgendwie packt mich der Artikel, ich diskutiere darüber mit KollegInnen. (...)

Wenn (...) ein Artikel – und das ist mit diesem geschehen – (...) in sozialen Medien nicht nur diskutiert, sondern regelrecht verrissen wird, frage ich mich: wozu und warum? Die Antwort liegt auf der Hand: weil das Thema Klimawandel unter die Haut geht – auch uns. (...) Spaltet der Artikel? Nicht der Artikel. Spaltungsphänomene sind eine mögliche, auch kollektive Antwort auf eine existentiell bedrohliche, äußere Realität – und das ist der menschengemachte Klimawandel, davon gehen

97 % der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus.

Unsere Diskussionen sind also nur ein Spiegelbild dessen, was aktuell in der Gesellschaft passiert. Zum Glück gibt es da auch die Mitte, als Haltung, nicht als politische Auffassung, und genau da gehören wir als Berufsgruppe und als TherapeutInnen hin. Unsere Aufgabe ist es, die Phänomene wahrzunehmen, zu beschreiben, zu verstehen und zu integrieren. Erst wenn wir das Thema in uns hineinlassen, sind wir in der Lage, angemessen zu reagieren, wenn unsere PatientInnen es in die Therapie bringen. Was wir als *Einzelne* außerhalb der Therapie tun oder nicht tun, ist unsere Privatangelegenheit.

Für uns als *Berufsgruppe* darf aber gefordert werden, hier stimme ich dem Autor entschieden zu, sich auf Grund der vorliegenden, wissenschaftlichen

Erkenntnisse für konsequenten Klimaschutz einzusetzen. (...) Wie wir diesen Einsatz gestalten, kann und muss diskutiert werden. Mit Sicherheit ist es richtig, gesellschaftlichen Spaltungstendenzen entgegenzutreten, die bereits jetzt aus der Bedrohung resultieren. Das erfordert – auch unter uns – mit Respekt und Wertschätzung über das Thema zu diskutieren. Das erfordert Aufklärungsarbeit. Das erfordert unser – hoffnungsvolles – Engagement gegen die Angst und für eine lebenswerte Zukunft auf diesem Planeten. Das erfordert den wissenschaftlichen Diskurs und das Vertreten unserer Forderungen – als Berufsgruppe – auch im öffentlichen und politischen Raum. Das hat vielleicht zur Konsequenz, über unsere bequemen TherapeutInnensessel hinauszudenken. Der Artikel hat dazu einen wichtigen Anstoß gegeben.

Dipl.-Psych. (FH) Heike Krause,
Salzgitter

Politisches Engagement gefährdet die Behandlungsqualität!

Wie im ähnlichen Maßstab bei der Migrationsdebatte 2015 beherrscht gegenwärtig die Klimadebatte, welche ihrerseits wiederum von der „Fridays for Future“-Bewegung (FfF) dominiert wird, die gesellschaftliche und politische Diskussion. Diese Diskussion ist emotional stark aufgeladen, von zuweilen extremer, moralbasierter Argumentation geprägt und wird von Anhängern (...) teilweise in Richtung einer religiösen Bewegung geführt. In letzter Zeit haben sich zahlreiche Vertreter der FfF im Namen dieser zu Positionen abseits reiner Klimapolitik bekannt (...).

In der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals erschien ein Artikel, der anregte, auf verschiedene Art und Weise FfF zu unterstützen. Dies sollte einerseits durch eine generelle offene politische Unterstützung durch die deutsche Psychotherapie sowie durch das Integrieren dieser in die alltägliche therapeutische Arbeit geschehen. Bereits in der Überschrift erschien eine stark religiöse geladene, eindeutige

Wertung in Form der „Verleugnung der Apokalypse“. Aber besitzt die Psychotherapie überhaupt das methodische Inventar, um als Fach eine wissenschaftlichen Erfordernissen genügende Beurteilung klimawissenschaftlicher Studien vornehmen zu können? Wie würde sich eine solche Beurteilung auf das Ansehen des Faches auswirken, falls sie sich als fehlerhaft erweisen würde? (...)

Der Psychotherapeut an sich unterliegt aus verschiedenen Gründen dem Neutralitätsgebot. Stark vereinfacht, könnte der rechtlich und vertraglich festgelegte Auftrag als die Behandlung von Patienten mit dem Ziel der Heilung formuliert werden. Wozu könnte ein politisches Engagement im Sinne von FfF diesbezüglich führen? Könnte es Patienten verschrecken, die die Ziele von FfF nicht teilen, und damit ihre Chance auf angemessene, ihnen zustehende Behandlung zunichtemachen? Könnte es von Therapeutenseite nicht zu, wahrscheinlich abwertenden, Werturteilen gegenüber solchen Patienten führen? Könnte es auf Patienten-seite und in der Gesellschaft falsche Vorurteile gegenüber Psychotherapie stärken? Mein Patientenstamm ist nur wenig akademisch geprägt, und ich begegne immer wieder Vorurteilen, dass Psychotherapie eher Religion, Esoterik oder Moral sei als wissenschaftlich fundiertes Heilverfahren. (...) Was würde eine Verbindung von Psychotherapie und FfF für den Zugang dieser Diskutanten zu potentiell nötiger Psychotherapie bedeuten?

Könnte es im Gegenzug allerdings bei Patienten, die die Ansichten Fabian Chmielewskis zu FfF teilen, ebenfalls therapiegefährdende Effekte wie Fraternisierung über politische Agitation und Weltanschauung auslösen, die den Fokus von der eigentlichen Therapie wegbewegen? Könnte gar eine politische Manipulation am Patienten legitimiert werden, die sich unter dem Deckmantel gesundheitlicher Fürsorge verbirgt? Was passiert, wenn sich eine der Gegenbewegungen zu FfF durchsetzt? Würde dies der Psychotherapie in Deutschland und damit der Versorgung unserer Patienten schaden?

Letztendlich: Wem ist der Behandler verpflichtet, und wem kann er verpflichtet werden? Ich sehe mich vor allem der Behandlung meiner Patienten verpflichtet, die ich wegen obiger Gedankengänge nicht mit einem klimapolitischen Engagement meinerseits in meiner Funktion als Psychotherapeut vereinbaren kann.

Malte vom Brocke,
Lübeck

„Heilsame“ Unruhe

Vielen Dank für Ihren – durchaus mutigen – Artikel! (...) Es bedarf keiner prophetischen Fähigkeit, um zu antizipieren, dass Sie mit Ihren Zeilen nicht nur Zuspruch ernten. (...) (O)ffensichtlich ist es Ihnen dann gelungen, ein wenig „heilsame“ Unruhe in der Community der Psychotherapeuten auszulösen. Und idealerweise einen Diskurs darüber anzustoßen, welche Funktion(en) Psychotherapeuten bzw. psychologische Metatheorien (bzw. therapeutische „Schulen“ oder „Ideologien“) – mal mehr, mal weniger selbstreflektiert – in einer modernen Gesellschaft einnehmen.

Hillmann und Ventura schrieben bereits 1993: „Wir haben einhundert Jahre Psychoanalyse hinter uns und die Menschen werden immer sensibler, und der Welt geht’s immer schlechter (...) Wir arbeiten unaufhörlich an unseren Beziehungen, an unseren Gefühlen und Reaktionen, aber dabei übergehen wir etwas (...) den immer schlechter werdenden Zustand der Welt. Warum hat die Psychotherapie das nicht bemerkt? Weil die Psychotherapie sich nur mit jener ‚inneren Seele‘ beschäftigt. Indem sie die Seele aus der Welt herausnimmt und nicht erkennt, dass die Seele auch in der Welt ist, kann die Psychotherapie nicht mehr funktionieren.“ Das ist nun mehr als ein Vierteljahrhundert her. Hat die Psychotherapie inzwischen (hinreichend) ihre Funktion(en) im Getriebe der Moderne reflektiert? Oder stockt ihre Selbst-Aufklärung und sie ist Teil eines kollektiven Prozesses des „Sich-unzugänglich-Machens“ geworden? (...)

Für mich sind die beiden „stärksten“ Sätze in Ihrem Artikel: „Ein Impuls für diesen Artikel war die erschreckende Erkenntnis, wie stark ausgeprägt bei mir selbst viele der beschriebenen Arten der Vermeidung in Bezug auf den Klimawandel wirksam sind. Ich sehe mich selbst als Teil des Problems, das ich verstehen und zu lösen helfen möchte.“ Dieser freundlichen Einladung zur Selbstkritik werden wir „Psychos“ uns (...) nicht entziehen können. Als Ärzte und Psychologen dürfen bzw. müssen wir uns (überwiegend) in der (oberen) Mittelschicht einer sehr wohlhabenden europäischen Gesellschaft verorten, die sich in der Komfortzone der sozialen Ordnung und der damit verbundenen Konsummuster (einschließlich ihrer Gesten der Distinktion) eingerichtet hat. In diesen saturierten Komfortzonen werden wir eigentlich nicht gerne gestört, zumal das therapeutische Selbst(miss)verständnis i. d. R. beinhaltet, per se moralisch gut (weil „therapeutisch“) zu handeln, und sich somit jede Form von Kritik verbittet. Wenn Ihr Artikel jedoch nun in diesen Komfortzonen (produktive) Unruhe, Empörung und Protest auslöst, dann gebührt Ihnen dafür ein herzliches Dankeschön!

Dr. med. Ingo Bonde,
Essen

Das eigentliche Problem verfehlt

Gerne danke ich Herrn Chmielewski für seinen Beitrag zur Klimakrise, weil er uns anregt, darüber nachzudenken, was wir Psychotherapeuten im Bemühen um die Bewältigung dieser „Menschheitsaufgabe“ (A. Merkel) mit unserem professionellen Wissen beitragen können. Bedauerlich ist, dass er seine Ausführungen auf ein kaum tragfähiges Fundament gestellt hat. Zurecht stellt er fest, dass der Klimawandel nach allem verfügbaren Wissen eine existentielle Gefahr darstellt. Seine Ausführungen beruhen dann aber auf folgenden Annahmen:

1. Der Größe der Gefahr korrespondiert eine entsprechende existentielle Angst.

2. Der dysfunktionale Umgang mit der Krise – gleich ob in passiv-hinnehmender, vermeidender oder verleugnender Haltung – lässt sich als Angstabwehr deuten.

Damit befindet der Autor sich dann auf vertrautem Terrain und kann psychotherapeutische Kompetenz anbieten, wie der „existentiellen (Angst-)Neurose“ begegnet werden könne.

Ich fürchte indes, dass er damit das eigentliche Problem verfehlt. Dessen Kern besteht doch darin, dass Gefahren, die der Mensch der Neuzeit mit der immens gesteigerten Beanspruchung natürlicher Ressourcen und massiven Eingriffen in die Naturgefüge neu in die Welt gebracht hat, sich gerade nicht in gewohnter Weise im emotionalen Erleben – als Bedrohung – abbilden; sie stoßen entsprechend wenig an. Offenbar haben wir Menschen eine Welt geschaffen, auf deren Gefahren wir nicht gut vorbereitet sind. Sie (diese Gefahren) zeichnet aus, dass sie langsam heraufziehen, sich als komplexe Wirkung unseres Handelns ergeben und ihre zerstörerische Kraft erst in der Zukunft und in einer nicht prägnant vorhersagbaren Weise entfalten. In erster Linie haben wir diesen Gefahren gegenüber ein Problem der De- oder besser der Fehl-Realisierung, sie erscheinen irgendwie nicht real, und so bleibt, wie im Beitrag vermerkt, oft „nur ein lethargisches ‚Gähnen‘ für die Apokalypse übrig“. Ohne die emotionale Fundierung ist das Wissen, das wir von diesen Gefahren haben, abgespalten, seine Nutzung bleibt hochgradig anfällig für Ablenkungen, Selbsttäuschungen und den Angriff konkurrierender kurzfristiger Interessen.

So gesehen gibt es keine „existentielle Neurose“ zu heilen, sondern eine „Fehlstelle“ in unserer seelischen Ausstattung zu konstatieren, die sich in einer massiven Gefährdung der Selbstfürsorge auswirkt. Ich bestreite nicht, dass es auf den Klimawandel bezogene innere Konflikte gibt, z. B. solche durch die Diskrepanz zwischen rational begründeten Ansprüchen an Verhaltensänderungen und der Realität der eigenen Lebens-

weise. Und zweifellos gibt es auch heute schon Menschen mit besonderen (...) Voraussetzungen, die sich angesichts der heraufziehenden Klimakrise tatsächlich ängstigen. Aber dass noch in der jüngeren Vergangenheit, nachdem die Gefahr längst bekannt war, das Problem über Jahre nahezu unbeachtet blieb, das ist mit Angstabwehr nun wirklich nicht überzeugend zu begründen.

Wäre es Angst, die etwa hinter der Verleugnung des Klimawandels steht, wie wäre zu erklären, dass die Leugner des anthropogenen Klimawandels gerne alternative Erklärungen bemühen wie: die Erdachse habe sich verschoben, oder die Sonne zeige gegenwärtig ungewöhnliche Strahlungsaktivität? Damit nehmen sie sich doch – nicht eben angstmindernd – jede Aussicht auf wirksame Einflussnahme. Es ist unschwer zu erkennen, dass nicht Angst, sondern der Unwille, für das am Klimawandel beteiligte eigene Verhalten Verantwortung zu übernehmen, treibende Kraft der Verleugnung ist. (...)

Dipl.-Psych. Helmut Leipersberger,
Calw

Psychotherapeutenschaft steht bei Klimafrage in der Verantwortung

Diplom-Psychologe Fabian Chmielewski stellt Fragen in den Raum, die gesellschaftlich relevant sind und breiten Diskurs anregen. (...) Dabei erwähnt Chmielewski nicht nur unser Konsumentenverhalten, sondern spricht von unserer Verantwortung auf gesellschaftlicher Ebene. Und diese Verantwortung hört nicht bei unserer Rolle als BürgerIn in einer Demokratie auf, sondern bezieht sich auf unsere Rolle als PsychotherapeutInnen und PsychologInnen. Wenn auch eine sehr junge Wissenschaft, versucht die Psychologie als einzige, individuelles menschliches Verhalten zu beschreiben und vorherzusagen. (...) Wieso macht der/die Einzelne nichts, wenn bereits Menschen an den Folgen des Klimawandels verhungern oder fliehen? (...) JedeR von uns sollte sich mit der Thematik des Klimawandels auseinandersetzen

und sich überlegen, inwiefern unsere Expertise von Nutzen sein könnte.

Chmielewski ist nicht allein mit seiner Aufforderung, dass wir uns mit dem menschlichen Verhalten in unserer heutigen, komplexen Zeit beschäftigen müssen. Die Europäische Kommission hat dieses Jahr einen Bericht veröffentlicht, der versucht aus psychologischer Perspektive unser politisches Verhalten zu erklären (<https://ec.europa.eu/jrc/en/facts4eufuture/understanding-our-political-nature>), und fordert auf, sich wissenschaftlich mit Werten und Identität auseinanderzusetzen, die laut Bericht noch nicht ausreichend verstanden oder debattiert wurden. (...)

Pluralistische Ignoranz fehlt (übrigens noch) als eine Erklärung in Chmielewskis Artikel: Ist die Anzahl der nicht handelnden Menschen größer, wächst die Möglichkeit, dass die Situation nicht als Notfall eingeschätzt wird. (...)

Dr. Dipl.-Psych. Kristina Eichel,
Providence, RI (USA)

Vertagungsantrag für die Apokalypse

Es ist ein gefährliches Eis, wenn versucht wird, Andersdenkende zu psychopathologisieren. (...) Chmielewski ist sich dieser Gefahr natürlich bewusst und betont daher flugs, dass es sich bei der Zielgruppe seiner Diagnostik nicht um politisch oder religiös Andersdenkende handele, sondern um jene, die wissenschaftliche Erkenntnisse leugnen würden.

Hier wird Wissenschaft bzw. deren Mainstream – Chmielewski bezieht sich offenbar auf den sogenannten 97-Prozent-Konsens, ohne ihn explizit zu benennen – auf ein Podest gestellt, das nicht haltbar ist. (...) Wie viele Wandel und Zweifel an scheinbar unumstößlichen Wahrheiten haben wir allein in einer Lebensspanne am medizinischen Bild des Menschen erlebt? (...)

Aufgreifen möchte ich die psychologische Theorie, die Chmielewski zugrun-

de legt, nämlich die Terror Management Theory (TMT), die „das Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit als Auslöser des zentralen Konfliktes des Menschen an(sieht)“. Diese Erkenntnis gilt es zu bewältigen und (...) zumindest zeitweise zu verdrängen, um überhaupt weiterleben zu können. Verkürzt wiedergegeben, könne die Verdrängung dieser Angst zur Vermeidung und Verleugnung der Gefahren des Klimawandels führen.

Dies ist durchaus schlüssig. Jedoch sägt Chmielewski am eigenen Ast, wenn er – schon im Titel – von der „Verleugnung der Apokalypse“ spricht. Sicherlich erleben wir in den Medien eine Tendenz zur allgemeinen begrifflichen Dramatisierung. Wir werden von Katastrophen scheinbar überhäuft, und auch der Begriff der Apokalypse wird inflationär gebraucht und damit relativiert. Die Apokalypse hat aber unweigerlich eine religiöse Konnotation, rekuriert auf die Offenbarung des Johannes, was die Klimawarner gerne abstreiten. Nur: unsere Welt wird sich im Klimawandel ändern, aber untergehen sicherlich nicht. Die mediale Heraufbeschwörung der Apokalypse kann man auf dem Hintergrund der TMT auch genau umgekehrt interpretieren: Apokalypseprophezeiungen sind so alt wie die Menschheit (...). In „Die Apokalypse aus psychologischer Sicht – Angst und Faszination“ (APuZ, 62 (51/52), 17. Dezember 2012, 44–50) habe ich zu beschreiben versucht, dass die Erkenntnis der unvermeidbaren Realität des Todes nicht nur zu dessen Verdrängung und Verleugnung führt, sondern, da der eigene Tod die persönliche Apokalypse bedeutet und letztlich irgendwo unvorstellbar bleibt, die Generativität irgendwo eine abstrakte Vorstellung ist, die dazu führt, dass man im Sterben nicht so gern allein sein möchte und daher die allgemeine Apokalypse herbeisehnt. Generell halte ich die Erzeugung von Angst für ein schlechtes Konzept, da diese in einer self-fulfilling prophecy die Katastrophe, die vermieden werden soll, oft gerade herbeiführt (...).

Dr. Dipl.-Psych. Wolf-Detlef Rost,
Gießen

Gegen eine politische Instrumentalisierung der Psychotherapie

(D)ieser Artikel verletzt nicht nur eine Grundregel eines fairen politischen Diskurses (keine Argumente ad hominem!), sondern auch jeder wirklichen Wissenschaft, in welcher das kritische Hinterfragen bestehender Hypothesen als Garant jeglichen Erkenntnisfortschritts gilt. (...) (J)etzt muss ich erleben, dass das Psychotherapeutenjournal einem Autoren eine Bühne bietet, der mich und Millionen kritischer, differenziert denkender Mitmenschen, darunter tausende hochkarätige Wissenschaftler(innen) unter den Generalverdacht einer psychischen Erkrankung stellt, ohne individuell auf den Einzelnen zu schauen, auf Basis eines Faktenchecks auf primitivstem Wikipedia-Niveau, der eine hochkomplexe erkenntnistheoretische, wissenschaftssoziologische und naturwissenschaftliche Thematik wie das Verhältnis zwischen dem Ökosystem Erde und menschlichen Hervorbringungen auf die simple Formel herunterbricht, für alle ungemütlichen Extremwetterlagen auf diesem Planeten sei der anthropogene Ausstoß von Kohlendioxid verantwortlich, und das im Dienste einer durchsichtigen wirtschaftlichen und politischen Agenda. (...)

Wenn ich die Logik, die Herr Chmielewski auf seine politischen Gegner anwendet, auf ihn selbst anwenden würde, müsste ich etwa argumentieren wie folgt: „Ist es nicht unverständlich, dass intelligente, gebildete Menschen in Scharen dem Glauben an eine höchst fragwürdige Weltuntergangstheorie anhängen und geneigt sind, die massiven wohlfundierten Einwände, die aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen gegen diese Theorie vorgebracht werden, mit derart primitivem Schwarzweiß-Denken vom Tisch wischen? Oh nein, als Psychotherapeuten wissen wir, wie konfliktunfähige Menschen zur Vermeidung kognitiver Dissonanzen eine hysterische Lähmung ihres rationalen Denkvermögens erleiden können, wenn eigenständiges Denken sie in

existenzielle Konflikte mit sozialem Umfeld und anerkannten Autoritäten stürzen würde ...“

Ich halte es aber für ein Unding, dass Psychologen und Psychotherapeutinnen sich – egal in welche Richtung – vor den Karren derartiger politischer Kampagnen spannen lassen. Stattdessen sollten wir unsere geballte Fachkompetenz dafür einsetzen, dass Grabenkämpfe dieser Art, die seit mindestens hundert Jahren weltweit das politische Klima vergiften, mitsamt der ihnen zugrunde liegenden Pathologie endlich der Vergangenheit angehören!

Dipl.-Psych. Peter Berner,
Husum

Ein überfälliger Weckruf

Fabian Chmielewski hat ein überaus verdienstvolles, umsichtig argumentiertes und starkes Plädoyer von im wahrsten Sinne des Wortes brennender Aktualität geliefert. Es liegt in der Natur des von ihm zur Sprache gebrachten Problems, dass es umso brennender wird, je länger es nach wie vor nur beiläufig zur Kenntnis genommen wird (...). Und nicht zuletzt auch: je länger diejenigen,

die aufgrund ihrer psychologischen Kompetenzen besonders dazu verpflichtet wären, ihren Beitrag zu einem zielgenaueren Verständnis und zu entsprechend gezielteren Lösungsansätzen für dieses Problem zu leisten, dieser Herausforderung (wenn überhaupt) meist nur mäßige Aufmerksamkeit schenken. Chmielewskis Plädoyer hat demgegenüber die Bedeutung eines längst überfälligen Weckrufs: Das überwiegend höchst mangelhafte Ernstnehmen der globalen Klimakrise (...) muss ins Zentrum des Nachdenkens und Bemühens aller Menschen rücken, für die die gesellschaftliche Verantwortung der therapeutischen Berufe und der Wissenschaften vom Menschen nicht bloß eine Worthülse, sondern ein ernstes Anliegen ist.

Für die konkretere Diskussion und Umsetzung der Chancen, einem Ernstnehmen der Klimakatastrophe endlich doch auf breiter Front auf die Sprünge zu helfen, liefert Chmielewskis Artikel wertvolle Anregungen und einen sehr brauchbaren konzeptuellen Rahmen: durch seine Betonung der intimen Zusammenhänge zwischen Gesellschaftspolitik und individueller Psychologie; durch seine Beschreibung unterschiedli-

cher Grundmuster von lähmenden bzw. verleugnenden Reaktionsweisen auf die Klimakrise – wie auch von dafür in Frage kommender Möglichkeiten, ihren jeweiligen Besonderheiten durch differenziert auf sie abgestimmte Antworten und Angebote gerecht zu werden; vor allem aber auch durch das Aufzeigen von inspirierenden Perspektiven, für die es sich lohnt, den eigenen Ängsten nicht mehr auszuweichen (...). Auf der Grundlage der sozial- und tiefenpsychologischen Auseinandersetzungen mit dem mangelnden Ernstnehmen der Klimakatastrophe (...) würde ich manche der von Chmielewski vorgeschlagenen Ansätze als mehr, manche aber auch als weniger überzeugend – jedenfalls aber alle als unbedingt diskussionswürdig – einschätzen. Ich möchte daher sehr dafür plädieren, Chmielewskis Plädoyer zum Anlass und zu einer ersten Grundlage für eine weitaus breitere Diskussion zu machen – sei es im Rahmen Ihres Journals, sei es auf einer anderen berufsständischen, wissenschaftlichen oder politischen Plattform, die sich dafür am besten anbieten mag.

PD Dr. Josef Berghold,
Lübeck

Artikelverzeichnis 2019

Artikel	Ausgabe	Seiten
Baumann, Sebastian Systemische Therapie wird viertes Richtlinienverfahren	1/2019	42–46
Benecke, Cord Die Zukunft der Psychotherapieverfahren im neuen Psychotherapiestudium	4/2019	393–401
Borst, Ulrike Entwicklungslinien der Systemischen Therapie. Wie halten wir es mit der Spezifität und den Common Factors	3/2019	269–275
Brückner, Maren / Logé, Charline / Salzer, Simone Die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Diagnostik, Psychodynamik und Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie	1/2019	24–29
Buchholz, Michael B. / Kächele, Horst Verirrungen der bundesdeutschen Diskussion – Eine Polemik	2/2019	156–162
Chmielewski, Fabian Die Verleugnung der Apokalypse – der Umgang mit der Klimakrise aus der Perspektive der Existenziellen Psychotherapie	3/2019	253–260
Dannenberg, Onno / Thomsen, Klaus / Weitermann, Bettina im Gespräch mit Heiner Vogel: Die Einbeziehung der Psychotherapeutinnen (PP/KJP) in die Entgeltordnung im Tarifvertrag der Länder (TV-L) ist endlich gelungen: Ein Fortschritt?	2/2019	163–167
Gebele, Niklas Zum Arbeiten mit populären Narrativen in der Psychotherapie: „Es gibt nur einen Gott – und sein Name ist Tod“	1/2019	17–23
Goebel, Jonas P. W. / Maurer-Hein, Renate Psychotherapie in der Erziehungsberatung: Ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern – Zur Geschichte der Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen	2/2019	128–136
Hengartner, Michael P. Eine methodenkritische Evaluation der biomedizinischen Depressionsforschung: Wie zuverlässig und praxisrelevant sind vielbeachtete neurobiogenetische Befunde?	2/2019	110–117
Herpertz, Stephan / Jongen, Sebastian / Kessler, Henrik Adipositas-Chirurgie – ein narratives Review	4/2019	380–387
Jaeggi, Eva im Gespräch mit Gertrud Corman-Bergau: Und wer therapiert die Therapeutinnen heute? Selbstfürsorge in einem heilenden Beruf	4/2019	388–392
Janßen, Christian Versorgungsrelevante Besonderheiten und Hindernisse der Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung	2/2019	118–127
Oertel, Viola / Bieber, Miriam / Schmidt, Daniela / Görgülü, Esra / Zabel, Kirsten Körperliches Training: eine additive Behandlungsmethode?	4/2019	373–379

Artikel	Ausgabe	Seiten
Rehahn-Sommer, Sabine / Kämmerer, Annette Prophylaxe von Belastungsreaktionen für Psychotherapeutinnen: Risikofaktoren erkennen und Resilienz stärken	4/2019	365–372
Richter, Rainer Perspektiven der Psychotherapie – ein Blick zurück in die Zukunft	3/2019	276–281
Rief, Winfried Mut zur Zukunft – und Gegenwart: Kompetenzorientierte Psychotherapie-Qualifikation. Ein Kommentar zur Stellungnahme von Cord Benecke	4/2019	402–405
Rief, Winfried Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation	3/2019	261–268
Romanczuk-Seiferth, Nina / Schwitzer, Stefanie Pferdegestützte Psychotherapie in der Behandlung von Traumafolgestörungen	2/2019	146–155
Rosenbach, Charlotte / Zitzmann, Jana / Renneberg, Babette Borderline und Mutter sein – ein verhaltenstherapeutisches Gruppentraining zur Förderung der Erziehungskompetenz	4/2019	350–356
Rosner, Rita / Fornaro, Patrick / Unterhitzberger, Johanna Traumafokussierte Therapie für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen: Was Psychotherapeutinnen wissen sollten und wie sie sich online weiterbilden können	2/2019	137–145
Schiepek, Günter / Kratzer, Leonhard / Hülsner, Yvonne / Bachler, Egon Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Anspruch und Nutzen	4/2019	357–364
Schnell, Thomas Folgen subjektiver Verarbeitung von psychiatrischen Diagnosen	1/2019	11–16
Stangier, Ulrich Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie – Integration von Kognitiver Verhaltenstherapie und Dritter Welle unter der Perspektive der Prozessorientierung	3/2019	236–243
Strauß, Bernhard Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin?	1/2019	4–10
Tophoven, Christina Engagement für das Psychotherapeutengesetz. Diotima-Ehrenpreis 2018 für Ellen Bruckmayer und Hans-Jochen Weidhaas	1/2019	35–41
Waldrich, Simone / Schley, Kurt Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen	3/2019	244–252
Winter, Lotta / Pilgramm, Sebastian Metakognitive Therapie nach Adrian Wells. Portrait eines modernen, wirksamen und ökonomischen Vorgehens	1/2019	30–34

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Anerkennung für den Beruf – der 35. Deutsche Psychotherapeutentag würdigt die Reform der Psychotherapeutenausbildung

Der 35. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) tagte in Berlin. Er war geprägt von den positiven Reaktionen auf die Verabschiedung der Reform der Psychotherapeutenausbildung im Deutschen Bundestag und Bundesrat. Thema war aber auch der Klimawandel. Der DPT verabschiedete dazu einen Antrag und eine Resolution. Der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wurde empfohlen, eine Strategie für nachhaltiges Wirtschaften für sich selber als Organisation, aber auch für ihre Ehrenamtsträgerinnen zu entwickeln.

Reform der Psychotherapeuten- ausbildung verabschiedet

Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), hob im Bericht des Vorstandes hervor, dass die Reform der Psychotherapeutenausbildung auch das Ergebnis des gemeinsamen und beharrlichen Einsatzes der Profession sei. Auf das Ergebnis könnten die Psychotherapeutinnen deshalb auch zu Recht stolz sein. In zahlreichen Wortbeiträgen würdigten die Delegierten die Ausbildungsreform als ein beeindruckendes Ergebnis der konstruktiven Zusammenarbeit der Kammern und Verbände. Barbara Lubisch betonte, die Verabschiedung des Gesetzes sei auch eine Anerkennung für den Beruf und schaffe eine tolle Ausgangssituation für zukünftige Entwicklungen. Das Gesetz enthalte viele Regelungen, die dem Beruf zugutekommen werden, stimmte Georg Schäfer zu. Insbesondere drei Punkte bereiteten ihm aber Sorgen. Dies sei die Sicherstellung der Vielfalt der Psychotherapieverfahren im Studium, die Strukturqualität bei der Vermittlung der Verfahren und die Finanzierung der ambulanten



V. l. n. r.: Wolfgang Schreck, Dr. Andrea Benecke, Dr. Dietrich Munz, Dr. Nikolaus Melcop, Michaela Willhauck-Fojkar

Weiterbildung. Der DPT beschloss eine Resolution zur Absicherung der Verfahrensvielfalt im Psychotherapiestudium und bestärkte den Vorstand mit einem Antrag, sich gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zeitnah für eine Klärung der Fragen zur ausreichenden Finanzierung der Weiterbildung einzusetzen.

Projekt Musterweiterbildungsordnung läuft an

Mit der Reform habe der Berufsstand nun die Verantwortung für die Qualifizierung nach dem Studium, erklärte Munz. Die Herausforderung bestehe darin, eine Musterweiterbildungsordnung zu entwickeln, die das breite Tätigkeitsspektrum der Profession abbildet und sich gleichzeitig auf das zu beschränken, was dafür zu regeln sei. Michaela Willhauck-Fojkar, Beisitzerin im Vorstand der BPtK, erin-

nerte daran, dass die Profession dabei nicht bei Null anfangen. Im Projekt Transition seien in den vergangenen Jahren Eckpunkte der Weiterbildung bereits vereinbart worden, wie die Unterscheidung der Gebiete „Kinder und Jugendliche“ und „Erwachsene“. Diese müssten nun weiter konkretisiert werden. Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop erläuterte dazu das Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung“, mit dem es gelingen werde, trotz kurzer Frist eine Rahmenordnung zu entwickeln, die bundesweit in den Weiterbildungsordnungen der Landeskammern umgesetzt werden könne. Der DPT stimmte mit sehr großer Mehrheit den Plänen des Vorstandes zu.

G-BA-Auftrag für eine psychotherapeutische Komplexversorgung und bettenbezogene Mindestanforderungen

Dr. Munz erinnerte an die intensive Debatte, die zur strukturierten und koordinierten Versorgung in der Psychotherapie geführt wurde. Die nun im Diskurs mit der Politik erzielte Lösung, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Entwicklung von Rahmenbedingungen für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf zu beauftragen, sei ein gutes Ergebnis. Positiv sei auch, dass der G-BA bis zum Herbst 2020 bettenbezogene Mindestvorgaben für die Beschäftigung von Psychotherapeutinnen in den Kliniken der Psychiatrie und Psychosomatik vorzulegen habe. Dies gebe Hoffnung, dass sich die Versorgung psychisch kranker Menschen im stationären Bereich angemessen weiterentwickle. Besonders dringlich sei dies gewesen vor dem Hintergrund des völlig unzureichenden Beschlusses des G-BA im September dieses Jahres, der dem psychotherapeutischen Versorgungsbedarf im stationären Bereich nicht gerecht wird.

Die weiteren sozialrechtlichen Regelungen im Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz kämen, so Munz, einer Reform der psychotherapeutischen Ver-

sorgung gleich. Er kritisierte, dass es dafür weder eine fachliche Diskussion mit der Profession noch eine öffentliche Anhörung gegeben habe.

Unterstützung von Transparenz und Kommunikation durch eine psychotherapeutische Standarddokumentation

Bereits seit 1999 und verstärkt seit dem Patientenrechtegesetz 2013 finde – so Munz im Bericht des Vorstandes – eine Debatte um Empfehlungen für eine Standarddokumentation statt. Vorteil einer solchen Standarddokumentation sei, dass sie allen Psychotherapeutinnen, egal in welchem Bereich sie arbeiten, eine Orientierung gebe, was sie in Erfüllung ihrer Sorgfaltspflichten zu Beginn, während und zum Ende einer Behandlung in der Patientenakte dokumentieren sollten. Die Standarddokumentation sei Qualitätssicherung in der Verantwortung der Profession. Die BPTK habe dafür bereits Anfang 2018 gemeinsam mit den Landeskammern eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt, um eine Standarddokumentation als Empfehlung für die Professionsangehörigen zu entwickeln. Diese solle dem nächsten DPT vorgelegt werden. „Wir sind die fachlichen Normgeber“, betonte Bernhard Moors. Hierfür brauche man den G-BA nicht.

Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens

Mit Blick auf das künftige Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren), das der G-BA bis Ende 2022 zu beschließen hat, forderte Munz, dass die Empfehlungen für eine Standarddokumentation der Profession zwingend zu berücksichtigen seien. Das QS-Verfahren müsse den Psychotherapeutinnen relevante Informationen liefern, wie sie die Versorgung patientenorientiert weiterentwickeln können. Außerdem müsse es bürokratiearm sein und dürfe nicht zu einem QS-Papiertiger verkommen, der kaum relevante Informationen liefere.

Mit der Einführung des neuen Qualitätssicherungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie soll das bisherige Antrags- und Genehmigungsverfahren vollständig abgeschafft werden. An seine Stelle wird dann voraussichtlich ein QS-Verfahren treten, das in der Praxis noch gar nicht erprobt wurde. Die Zweckmäßigkeit solcher politischen Entscheidungen sei zweifelhaft, kritisierte Munz. Mit der Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens entfalle auch die Vorabwirtschaftlichkeitsprüfung der Richtlinienpsychotherapie. Psychotherapeutische Leistungen würden dann vollumfänglich unter die Wirtschaftlich-



Mechthild Leidl



Birgit Gorgas



Rudi Bittner



Dr. Dietrich Munz

keitsprüfung nach § 106a SGB V fallen. Damit dürften die Standards der Psychotherapie-Richtlinie aber nicht untergraben werden, forderte Munz.

Honorarzuschläge für Kurzzeittherapie

Kritisch kommentierte Dr. Munz die Regelung, künftig die ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie mit einem Zuschlag von 15 Prozent zu versehen. Die Politik sei offenbar der Idee aufgesessen, durch finanzielle Anreize die Behandlungsdauer von vermeintlich zu langen Therapien verkürzen zu können. Psychotherapeutinnen seien aber durch finanzielle Anreize nicht korrumpierbar. In einer Resolution verwahrte sich der DPT gegen Eingriffe in die psychotherapeutische Behandlungshoheit und forderte den Erhalt zentraler Rahmenbedingungen für eine patientenorientierte psychotherapeutische Versorgung.

DVG – gute Ansätze und Kritikpunkte

Im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) seien zentrale Forderungen der Profession berücksichtigt worden, betonte Munz. Digitale Gesundheitsanwendungen würden GKV-Leistung und es werde ein Verzeichnis geben, in dem verordnungsfähige Gesundheits-Apps aufgeführt werden. Auf der Endstrecke des

Gesetzgebungsverfahrens hätte erreicht werden können, dass Psychotherapeutinnen digitale Anwendungen verordnen können. Die BPTK fordere mit Blick auf die Rechtsverordnung des BMG, die dazu Näheres regeln solle, dass der nachgewiesene Nutzen digitaler Anwendungen durch Studien mit Kontrollgruppen belegt werden müsse. Kritisch sei weiterhin, dass in Zukunft Krankenkassen ihren Versicherten digitale Anwendungen empfehlen könnten, ohne dass vorher eine ausreichende Diagnostik und Indikationsstellung erfolgt sei. Der DPT unterstützte in einer Resolution nachdrücklich diese Forderungen der BPTK und forderte das Recht von Patientinnen, der Verwendung ihrer Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken zu widersprechen. Die BPTK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke erläuterte, wie die BPTK mit Veranstaltungen, einem Projekt beim Innovationsfonds, einem Standpunkt zu Gesundheits-Apps und einer Praxis-Info zu Videobehandlungen Psychotherapeutinnen dabei unterstütze, die neuen Möglichkeiten in der Praxis umzusetzen.

Schutz vor Behandlung der Homo- und Bisexualität und Transgeschlechtlichkeit

In einer Resolution stellte der DPT klar, dass Homo- und Bisexualität und Transgeschlechtlichkeit keine psychischen Störungen sind und sogenannte Konver-

sionstherapien, die auf eine Änderung dieser sexuellen Orientierungen bzw. der selbst empfundenen geschlechtlichen Identität abzielen, unzulässig sind. Er unterstützte das vom BMG in einem Referentenentwurf vorgeschlagene strafrechtliche Verbot dieser Behandlungen. Zugleich bekannte sich der DPT zu einer historischen Mitverantwortung, dass entsprechende diagnostische Kategorien zur Diskriminierung von Homosexuellen, Bisexuellen und Trans*personen beigetragen haben.

Projekt „Wirtschaftliche und berufliche Situation der Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung“

Den aktuellen Stand des vom 31. DPT beauftragten Projektes zur wirtschaftlichen und beruflichen Situation der Psychotherapeutinnen in der ambulanten Versorgung stellte Dr. Melcop vor. Mit einer Serie von Round-Table-Gesprächen zu den Themen „Anstellung“, „Weiterentwicklung des Leistungsspektrums“, „Praxisstrukturen“ und „Vergütungssysteme“ bezogen auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung habe man das Thema aufgearbeitet. Für den 36. DPT kündigte Melcop einen umfassenden Bericht einschließlich eines Strategiekonzepts an. Zur Umsetzung der erzielten Erkenntnisse sei ein Anschlussprojekt geplant, das die Psychotherapeutinnen dabei unterstützen soll, die verschiedenen Chancen der Weiterentwicklung von Praxisangeboten und Praxisstrukturen für sich nutzen zu können.

Jahresabschluss 2018 und Haushaltsplan 2020 verabschiedet

Rudi Bittner, Vorsitzender des Finanzausschusses der BPTK, und Wolfgang Schreck, zuständiges Vorstandsmitglied der BPTK, stellten den Jahresabschluss der BPTK für das Jahr 2018 sowie den Haushaltsplan 2020 vor. Die Delegierten des 35. DPT nahmen den Jahresabschluss der BPTK für 2018 einstimmig an und entlasteten einstimmig den Vorstand der BPTK für das Haushaltsjahr 2018. Ebenfalls einstimmig wurde der Haushaltsplan 2020 verabschiedet.

Änderungen der Entschädigungs- und Reisekostenordnung

Die Delegierten des 35. DPT stimmten den vorliegenden Änderungsanträgen zur Entschädigungs- und Reisekostenordnung zu. Darin wird der Verpflegungsmehraufwand gestrichen. Der notwendige Vorbereitungsaufwand der Ehrenamtlichen und insbesondere der Versammlungsleitung der Deutschen Psychotherapeutentage wird mit einer neu eingeführten Vor- und Nachbereitungspauschale gewürdigt. Außerdem wurde die Zahl der abrechenbaren Stunden pro Tag erweitert, um die zeitliche Belastung der ehrenamtlichen Tätigkeit besser abzubilden.

Wahl des PTI-/KJP-Ausschusses

Für den Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ (KJP-Ausschuss) wurden gewählt: Cornelia Beeking, Dr. Inez Freund-Braier, Jörg Hermann, Dr. Beate Leinberger, Bettina Meisel, Cornelia Metge, Prof. Dr. Ulrich Müller, Ariadne Sartorius, Oliver Staniszewski.

Für den Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI-Ausschuss) wurden gewählt: Ullrich Böttinger, Susanne Grohmann, Karl-Wilhelm Höffler, Dr. Christina Jochim, Dr. Steffen Landgraf, Nicole Lentz, Sandra Schnülle, Dr. Heiner Vogel, Dr. Ulrike Worringer.

Wahl der Versammlungsleitung

Bei der turnusmäßig anstehenden Wahl der Versammlungsleitung wählte die Delegiertenversammlung erneut Birgit Gorgas als Versammlungsleiterin und als stellvertretende Versammlungsleitung Juliane Sim und Stuart Massey Skatulla. Jürgen Golombek und Johannes Weisang standen für eine neue Amtszeit nicht mehr zur Verfügung.



Versammlungsleitung (v. l. n. r.): Juliane Sim, Birgit Gorgas, Stuart Massey Skatulla

DMP Depression: Neues Disease-Management-Programm für Patientinnen mit chronischen Depressionen

Patientinnen mit chronischen oder wiederkehrenden Depressionen können sich künftig im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) behandeln lassen. Die inhaltlichen Anforderungen für das neue DMP hat der G-BA in seiner Sitzung am 15. August 2019 beschlossen und damit einen gesetzlichen Auftrag aus dem Jahr 2015 umgesetzt. Das DMP richtet sich an Patientinnen mit chronischer Depression oder wiederholt auftretenden depressiven Episoden mit mittlerer bis schwerer Ausprägung. Zentrale Bausteine des Behandlungsprogramms sind eine leitlinienorientierte Behandlung mit Psychotherapie und medikamentöser Therapie. Die konkreten Therapieempfehlungen richten sich insbesondere nach Verlauf

und Schweregrad der Depression unter Berücksichtigung komorbider körperlicher und psychischer Erkrankungen. Auch das Vorgehen bei Suizidalität und Maßnahmen des Krisenmanagements werden im DMP adressiert. Jeder Patientin soll zudem – sofern sie aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht davon profitieren kann – ein evaluiertes digitales Selbstmanagementprogramm unter qualifizierter Begleitung angeboten werden, alternativ auch evaluierte Präsenzs Schulungen.

Die Langzeitbetreuung und Koordination der Behandlung soll im DMP grundsätzlich durch die Hausärztin erfolgen. In Ausnahmefällen können dies auch spezialisierte Leistungserbringer wie beispielsweise Fachärztinnen für Psy-

chiarie und Psychotherapie übernehmen. Dagegen können sich Patientinnen nicht bei ihrer Psychotherapeutin in das DMP einschreiben lassen. Damit werden aus Sicht der BPTK für Patientinnen, die bereits bei einer Psychotherapeutin in Behandlung sind, völlig unnötige Hürden für die Teilnahme am DMP aufgebaut. Die BPTK hatte gefordert, dass Patientinnen entscheiden sollten, welche Ärztin oder Psychotherapeutin die Koordination ihrer Versorgung übernimmt. Patientinnen könnten so die Ärztin oder Psychotherapeutin wählen, die am besten mit ihrer Erkrankung vertraut und für sie die wichtigste Ansprechpartnerin ist.

Sinnvoll erscheint dagegen, dass das DMP eine systematische Einbindung

der Psychotherapeutin und Fachärztin im Behandlungsverlauf vorsieht. Eine Grundlage hierfür bilden die regelmäßigen Verlaufskontrollen, bei denen die koordinierende Ärztin insbesondere die Symptomausprägung und -verände-

rung, das psychosoziale Funktionsniveau und Behandlungseffekte beurteilt. Wenn nach sechs Wochen hausärztlicher Behandlung noch keine ausreichende Besserung erzielt worden ist, ist von ihr die Überweisung zur Psycho-

therapeutin oder entsprechend qualifizierten Fachärztin zu prüfen. Eine stärkere Kooperation zwischen Hausärztin und Psychotherapeutin kann so zu einer leitlinienorientierten Behandlung beitragen.

Nachruf Peter Missel

Mit Bestürzung und Trauer haben wir vom Tod von Peter Missel erfahren. Wir verlieren einen großartigen Kollegen. Peter Missel wurde 2017 mit dem Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft ausgezeichnet. Seinem Engagement und politischen Weitblick ist es zu verdanken, dass die Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke ein wesentlicher Bestandteil des Suchthilfesystems in Deutschland wurde und im internationalen Vergleich einzigartig ist. Er hat sich langjährig dafür eingesetzt, Psychotherapie als wesentliches Behandlungsmittel in der Entwöhnung und Psychotherapeut(inn)en als wichtige Berufsgruppe in der Rehabilitation von Suchtkranken zu etablieren. Sein Tod ist ein großer Verlust für uns Psychotherapeut(inn)en. Unser Mitgefühl gilt seiner Familie.



Mindestvorgaben für die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik – Gemeinsamer Bundesausschuss veröffentlicht Richtlinie

Seit dem 22. Oktober 2019 liegt die Richtlinie zur personellen Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des G-BA vor. Für die Richtlinie wurden die Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) mit wenigen Anpassungen übernommen. Nach über fünfjähriger Beratungszeit ist das ein beschämendes Ergebnis, das vor allem zulasten der Patientinnen geht.

Wenn die Richtlinie nicht vom BMG beanstandet wird, tritt sie am 1. Januar 2020 in Kraft. Das BMG kann die Richtlinie nur bei rechtlichen und Verfahrensfehlern beanstanden, nicht aber aus inhaltlichen Gründen. Mit einer Beanstandung ist deshalb nicht zu rechnen. Aber auch die Politik scheint mit dem Ergebnis der G-BA-Beratungen nicht zufrieden zu sein und sieht Nachbesserungsbedarf. Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in den Kliniken wurde der G-BA beauftragt, die Richtlinie bis zum 30. September 2020 zu ergänzen. Er soll insbesondere Vorgaben dazu machen, wie viele Psychotherapeutinnen

je Krankenhausbett zur Verfügung stehen müssen. Zudem stellt der Gesetzgeber mit dem Reformgesetz der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung klar, dass eine angemessene Personalausstattung mehr ist, als die Richtlinie als Mindestanforderungen vorgibt. Eine angemessene höhere Personalausstattung sei in den Budgetverhandlungen vor Ort zu berücksichtigen.

Hier ein Überblick über die wichtigsten Inhalte der G-BA-Richtlinie:

Ermittlung der Personalausstattung, Nachweise und Sanktionen

Die Mindestvorgaben sind von den Kliniken getrennt für die verschiedenen Berufsgruppen quartalsweise zu ermitteln und auf Einrichtungsebene nachzuweisen. In einer Übergangszeit von vier Jahren müssen die Einrichtungen zunächst 85 Prozent der Vorgaben erfüllen, dann 90 Prozent und ab dem Jahr 2024 100 Prozent. Dabei sind die Nachweise stations- und monatsbezogen differenziert nach Berufsgruppen zu führen. Sanktionen im Sinne eines

Wegfalls des Vergütungsanspruchs erfolgen jedoch nur, wenn die Mindestvorgaben bezogen auf die gesamte Einrichtung in einem Quartal unterschritten wurden. Kleinere wochenweise Abweichungen können so über die drei Monate ausgeglichen werden. Das erste Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinie bleibt sanktionsfrei, ab dem Jahr 2021 erfolgen Sanktionen, die der G-BA bis zum 30. Juni 2021 beschließen will.

Behandlungsbereiche und Minutenwerte

Bei den Behandlungsbereichen wurde ein eigener Behandlungsbereich Psychosomatik ergänzt. Die Minutenwerte der Psych-PV, die die Grundlage für die Ermittlung des vorzuhaltenden Personals in den einzelnen Berufsgruppen bilden, wurden geringfügig erhöht. In der psychologisch-psychotherapeutischen Berufsgruppe wurden die Minutenwerte so erhöht, dass jede Patientin 50 Minuten Einzels psychotherapie pro Woche erhalten kann. Zudem wurden die Pflege Minuten im Intensivbehandlungsbe- reich um 10 Prozent erhöht und die Mi-

nutenwerte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie über alle Berufsgruppen um 5 Prozent.

Berufsgruppen

Die Berufsgruppen sowie die Tätigkeitsprofile wurden nahezu unverändert aus der Psych-PV übernommen. Die Berufsgruppe der „Psycholog/innen“

wurde jedoch um „Psychologische Psychotherapeut/innen“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen“ ergänzt.

Weiterentwicklung der Richtlinie

Der G-BA hat sich in der Richtlinie verpflichtet, erste Anpassungen bis zum 1. Januar 2022 vorzunehmen. Neben Min-

destvorgaben für die Nachtdienste sollen auch die Tätigkeitsprofile von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Abgrenzung zu den Aufgaben der Psychologinnen definiert werden.

Link zur Richtlinie: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4005/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung.pdf

Herausragendes Engagement für chronische Schmerzpatienten Diotima-Ehrenpreis 2019

Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig und Dr. Paul Nilges haben den Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft 2019 erhalten. Die deutsche Psychotherapeutenchaft ehrt damit in diesem Jahr eine Kollegin und einen Kollegen, die sich für die Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen engagieren. 17 Prozent aller Deutschen leiden an chronischen Schmerzen – das sind mehr als 12 Millionen Menschen. Besonders erschreckend dabei ist, dass nur ein Zehntel aller Patientinnen mit chronischen Schmerzen eine spezialisierte Behandlung erhalten.

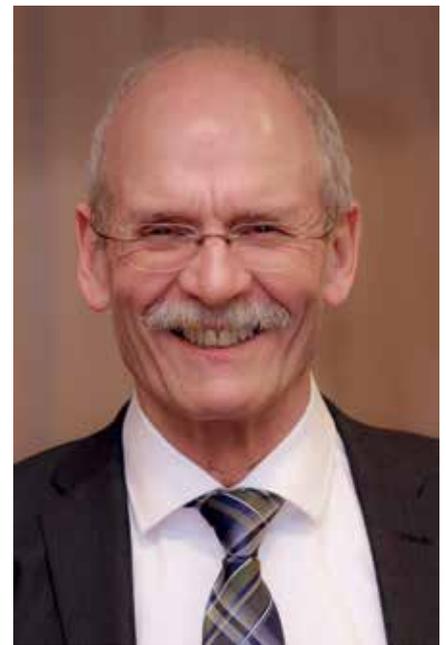
Professorin Kröner-Herwig hatte bis zu ihrer Emeritierung 2016 den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie in Göttingen inne. Sie gilt als eine Pionierin der psychologischen Schmerzforschung in Deutschland. Schon in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, als das Thema Schmerz in der Psychologie noch wenig prominent war, hat sie sich mit den psychophysiologischen Zusammenhängen chronischer Schmerzen beschäftigt. Ihr Forschungsinteresse galt auch der Entwicklung und Erforschung wirksamer Behandlungsansätze. Sie wurde 1990 Mitherausgeberin der ersten Auflage des Lehrbuchs „Psychologische Schmerztherapie“, das heute unter dem Titel „Schmerzpsychotherapie“ als Standardwerk gilt. Durch ihr gesamtes berufliches und persönliches Wirken hat Frau Kröner-Herwig damit wesentliche Grundlagen zur Verbesserung



Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig

der Versorgung von Schmerzpatientinnen geschaffen.

Dr. Paul Nilges war leitender Psychotherapeut am DRK Schmerzzentrum in Mainz. Neben seiner klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit hat er sich für die Etablierung einer qualifizierten Schmerzpsychotherapie in Deutschland eingesetzt. Schon früh hat er erkannt, dass die Rolle der Psychotherapeutinnen in der interdisziplinären Versorgung von Schmerzpatientinnen mit einer entsprechenden Qualifizierung die angemessene Bedeutung gewinnt und die Integration von Psychotherapeutinnen



Dr. Paul Nilges

in einem ursprünglich rein medizinischen Gebiet fördert. Für die Entwicklung der Schmerzpsychotherapie war deshalb auch seine langjährige und engagierte Mitwirkung in der Deutschen Schmerzgesellschaft, die bis dato eher ärztlich dominiert war, überaus wichtig. Gegen Widerstände hat Herr Nilges zudem erreicht, dass die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz als erste Landeskammer bereits 2006 eine Weiterbildung in „Schmerzpsychotherapie“ eingeführt hat. 2018 verabschiedete der DPT eine entsprechende Ergänzung der Musterweiterbildungsordnung.

Systemische Therapie als neues Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen zugelassen – G-BA beschließt Änderung der Psychotherapie-Richtlinie

Systemische Therapie steht den erwachsenen gesetzlich Krankenversicherten künftig als Behandlungsverfahren in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung. Die entsprechende Ergänzung der Psychotherapie-Richtlinie hat der G-BA auf seiner Sitzung am 22. November 2019 entschieden. Damit wird die ambulante psychotherapeutische Versorgung fast 40 Jahre nach der Integration der Verhaltenstherapie in die Psychotherapie-Richtlinie erstmals wieder um ein neues Psychotherapieverfahren erweitert. Dies stellt einen historischen Schritt in der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung dar und ist verdienter Lohn für die jahrelangen gemeinsamen Anstrengungen der systemischen Fachgesellschaften und der Psychotherapeutenkammern. Auch Forschung, Lehre, Aus- und Weiterbildung in Systemischer Therapie können von dieser richtungsweisenden Entscheidung erheblich profitieren.

Wesentliche Grundlage für die jetzige Entscheidung des G-BA war das Bewertungsergebnis einer Prüfung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das seinen entsprechenden Abschlussbericht im Juli 2017 veröffentlicht hatte. Insbesondere auf dieser Grundlage hatte der Gemeinsame Bundesausschuss am 22. November 2018 entschieden, dass der Nutzen der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für die Behandlung von Erwachsenen ausreichend belegt ist. Die Prüfung der Systemischen Therapie hatte sich auf die Behandlung bei Erwachsenen beschränkt, sodass die Erweiterung der Psychotherapie-Richtlinie um die Systemische Therapie nicht für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen gilt. Die Einleitung eines ergänzenden Prüfverfahrens durch den G-BA wird nun im Nachgang zu dem Richtlinienbeschluss erwartet.

Bereits 2008 hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinem Gutachten die wissenschaftliche An-

EBM-Anpassung für Videobehandlungen

Psychotherapeutische Behandlungen können teilweise auch per Videotelefonat erbracht und abgerechnet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen haben die erforderliche Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) vorgenommen. Der Bewertungsausschuss wurde durch den Gesetzgeber beauftragt, bis zum 1. April 2019 die notwendigen Voraussetzungen für die Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu schaffen. Dafür musste wiederum zunächst die Psychotherapie-Vereinbarung geändert werden.

Die neuen EBM-Ziffern sind seit dem 1. Oktober 2019 abrechenbar. Psychotherapeutinnen erhalten neben der Grundpauschale und der jeweiligen Gesprächsziffer oder psychotherapeutischen Leistung eine Technikpauschale von 40 Punkten. Daneben wird befristet auf zwei Jahre eine Anschubfinanzierung geleistet. Für bis zu 50 Videosprechstunden kann man 92 Punkte (10 Euro) zusätzlich abrechnen. Voraussetzung ist, dass man 15 Videosprechstunden im Quartal durchführt. Insgesamt dürfen nur 20 Prozent der Behandlungsfälle im Quartal ausschließlich per Video erfolgen.

erkenntnis der Systemischen Therapie sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen festgestellt. Seither kann die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Systemischer Therapie als Vertiefungsverfahren erfolgen und führt zur Approbation. Elf Jahre später hat der G-BA dieses Ergebnis zumindest für die Behandlung von Erwachsenen nachvollzogen.

Um die Verfahrensspezifika der Systemischen Therapie in den Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie besser abbilden zu können, hat der G-BA für diese das Mehrpersonen-Setting als zusätzliche Anwendungsform eingeführt. Die sonstigen Regelungen in der Richtlinie wurden im Wesentlichen analog den bestehenden Richtlinienverfahren ausgestaltet. Ein wesentlicher Unterschied ergibt sich dagegen bei den Behandlungskontingenten. So beträgt das maximale Behandlungskontingent in der Systemischen Therapie 48 Therapieeinheiten mit Kontingentschritten von jeweils 12 Therapieeinheiten. Im Zuge des Stellungsverfahren konnte noch erreicht werden, dass parallel zur Systemischen Therapie bei entsprechender Indikation auch übende und suggestive Interventionen angewandt werden können. Kombinationen von Systemischer Therapie mit anderen

Richtlinienverfahren sind jedoch ausgeschlossen.

Im Nachgang zu dem Richtlinienbeschluss werden KBV und GKV-SV die Psychotherapie-Vereinbarung anpassen und darin insbesondere auch die Qualifikationsanforderungen für Systemische Therapie festlegen. Hierbei wird voraussichtlich neben der vertieften Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin in Systemischer Therapie auf die Zusatzweiterbildung in Systemischer Therapie entsprechend den Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern abgestellt. Nach erwarteter Nicht-Beanstandung des G-BA-Beschlusses durch das BMG wird der Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten die Gebührenpositionen für die systemischen Leistungen im EBM beschließen. Den Patientinnen wird damit voraussichtlich ab Juli 2020 erstmals die Systemische Therapie als ein weiteres wirksames Psychotherapieverfahren in der ambulanten Regelversorgung zur Verfügung stehen.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Struktur der künftigen Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist durch das am 8. November 2019 verabschiedete Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz vorgegeben. Nach einem inhaltlich festgelegten Studium kann nach dem Masterabschluss die Approbationsprüfung erfolgen und anschließend eine Weiterbildung absolviert werden. Dafür müssen wir jetzt eine Weiterbildungsordnung erarbeiten, in unseren Gremien diskutieren und verabschieden. Weitgehende Einigkeit besteht darin, dass etwa gleichgewichtige Weiterbildungszeiten in der ambulanten und stationären Versorgung absolviert werden sollen und die Möglichkeit zur Weiterbildung in anderen Bereichen, z. B. Jugendhilfe und Rehabilitation, angeboten werden. Dadurch wird deutlich, dass wir auf dem Hintergrund eines breiten Berufsbilds unseren Versorgungsbeitrag und unsere Kompetenzen in allen diesen Bereichen gut qualifiziert erbringen können.

Unser Ziel ist es, dass wir nach der Weiterbildung für alle psychotherapeutischen Aufgaben in der ambulanten Versorgung vorbereitet sind. Aber auch in der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind wir fachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die – so auch in der Gesetzesbegründung – dafür ausgebildet werden, auch Leitungsaufgaben

und -funktionen übernehmen zu können. Um dies umzusetzen, wird noch viel politische Arbeit erforderlich sein. Sicher ist jedoch, dass nur, wenn Perspektiven für verantwortungsvolle Aufgaben gegeben sind, die Arbeit im Krankenhaus und in Rehakliniken attraktiv für unsere Berufsgruppe werden wird.

Diese Reform der Psychotherapeutenausbildung, an der noch manches bemängelt werden kann, bietet uns die Möglichkeit, unseren Beruf in der öffentlichen Diskussion noch stärker erkennbar zu machen und zu verdeutlichen, dass wir als Berufsgruppe die Herausforderung wahrnehmen, allen Menschen mit psychischen Erkrankungen in sämtlichen Lebensbereichen therapeutisch zur Verfügung zu stehen. Hier ist sicher noch viel verbesserungswürdig, wir werden diese Entwicklung nach Kräften voranbringen und alle unterstützen, die hierzu beitragen wollen.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Familien eine erholsame Weihnachtszeit, schöne Weihnachtstage, einen guten Rutsch sowie alles Gute für das nächste Jahr!

Ihr Kammervorstand

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

Vertreterversammlung (VV) am 18./19. Oktober 2019

Am ersten Tag der VV stand das Thema „Änderung der Weiterbildungsordnung: Bereich Spezielle Schmerzpsychotherapie“ im Mittelpunkt. Der Referent zu diesem Tagesordnungspunkt, Dr. Paul Nilges, stellte seine Arbeit als Schmerzpsychotherapeut und die Besonderheiten der Schmerzpsychotherapie vor.

In der Diskussion wurden Bedenken gegenüber einer Weiter- statt Fortbildung geäußert, insbesondere bezüglich des hohen Aufwands und der Dominanz verhaltenstherapeutischer Verfahren. Auch wurde eine mögliche Einschränkung der Behandlungskompetenz „Schmerz“ auf solche Kolleginnen befürchtet, die eine Weiterbildung nachweisen. Diese Bedenken wurden in der Diskussion teilweise relativiert, und



Plenum der Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg

auch die positiven Aspekte einer Weiterbildungsregelung gegenübergestellt, insbesondere mögliche sozialrechtliche Vorteile, die sich alleine aus einer Fort-

bildung nicht ergeben können. Mit großer Mehrheit stimmte die VV dann dem Antrag auf Aufnahme des Bereichs „Spezielle Schmerzpsychotherapie“

in die Weiterbildungsordnung der LPK Baden-Württemberg zu.

Anschließend referierte Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz zum aktuellen Stand der Reform der Psychotherapeutenausbildung. Er stellte die wesentlichen Inhalte des Gesetzes dar, nannte auch die Punkte, an denen Nachbesserungsbedarf besteht, insbesondere die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung, für die weiterhin zusätzliche finanzielle Mittel über die im Gesetz vorgesehene Finanzierung aus den Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert werden müssen. Des Weiteren fehle im Gesetz eine Übergangsregelung für nach aktueller Regelung approbierte Psychotherapeutinnen und die Vergütung der derzeitigen PiA während des praktischen Jahrs sei zu gering.



Vortrag Dr. Dietrich Munz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Dr. Munz berichtete dann über den Sachstand zur Reform der Musterwei-



Haushaltsausschussvorsitzender Michael Reisch beim Vortrag über die Kammerfinanzen

terbildungsordnung (MWBO) und stellte den Projektplan dazu vor. Er erwähnte, dass einen Tag vor der VV der Entwurf einer Approbationsordnung vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt wurde, deren wichtigste Punkte er dann am zweiten VV-Tag vorstellte.

Nach der Approbationsordnung sollen Grundkompetenzen erworben werden, um dann vertiefte Psychotherapie und versorgungsrelevante Kompetenzen in der Weiterbildung zu erwerben. Der Entwurf enthält auch Regelungen zur berufspraktischen Ausbildung im Bachelor und Master. Die Diskussion über das Projekt MWBO der BPtK wurde am zweiten Tag der VV erneut aufgenommen. Im Frühjahr 2020 sollen ersten Ergebnisse der Projektarbeit vorgestellt werden. Die LPK wird in die Projektarbeit durch die Ausschüsse eingebunden, die zu den Ergebnissen der

Arbeitsgruppen der BPtK Stellung nehmen können.

Nach dem Bericht der Wirtschaftsprüferin stand die Diskussion im Zeichen des Kammerhaushaltes, zu dem der Vorsitzende des Haushaltsausschusses, Michael Reisch, die aktuellen Daten referierte. Der Jahresabschluss 2018 wurde genehmigt und die Rechnungsführerin mit dem gesamten Vorstand entlastet.

Eine Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung, nach der der Vorstand nach 13 Jahren erstmals eine höhere Entschädigung erhalten soll, wurde mit Mehrheit angenommen.

Anschließend wurde die vom Berufsausschuss überarbeitete Berufsordnung diskutiert und abgestimmt. Die Berufsordnung wurde gegendert und zum Punkt „Online-Therapien“ präzisiert.

Treffen LPK-Vorstand mit Neuapprobierten

Am 11. Oktober 2019 fand im Hotel Maritim in Stuttgart ein Treffen des LPK-Vorstands mit den in den zurückliegenden zwei Jahren neuapprobierten Kolleginnen statt.

Kammerpräsident Dr. Munz berichtete zunächst in einem Impulsreferat zu den Strukturen des Kammer- und KV-Systems auf Landes- und Bundesebene und erläuterte die Aufgaben der Kam-

mer, Zusammensetzung der Gremien und Ausschüsse etc.

Daraus entwickelte sich eine lebhafte und differenzierte Frage- und Diskussionsrunde zu den Themen Fortbildung, tarifliche Eingruppierungen, Niederlassung, Besteuerung und zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Es konnte ein guter Kontakt zwischen Kammervorstand und den neuen Kol-

leginnen hergestellt werden, aus dem der Wunsch nach weiterem Austausch miteinander entstand. Der Vorstand der LPK BW überlegt noch, wie eine Verbesserung der Vernetzung zu erreichen ist.

Die nächste Veranstaltung dieser Art soll in jedem Fall im Herbst 2020 stattfinden.

Neuerungen in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung: Broschüre (FAQs) erweitert und aktualisiert

Nach wie vor ist es für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen bzw. deren Angehörige **besonders schwierig, einen ambulanten Therapieplatz zu finden**. Immer mehr Anfragen werden aktuell dazu an die Kammer gerichtet, hier weiterzuhelfen. Um die unbefriedigende Versorgungssituation zu verbessern, wurde bereits 2015 ein Arbeitskreis von Expertinnen einberufen, der sich seitdem regelmäßig trifft, regionale Fortbildungen organisiert, Qualitätszirkel initiiert und aufbaut. Eine Liste von niedergelassenen Kolleginnen, die Kompetenz und Erfahrung haben in der Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen, wurde angelegt. Diese Liste wird von Betroffenen bei der Kammer häufig angefragt und soll fortlaufend aktualisiert und erweitert werden.

In den letzten beiden Jahren sind einige gesetzliche Regelungen in Kraft

getreten, die zu Verbesserungen im Versorgungsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung geführt haben. Der Arbeitskreis hat nun diese Neuerungen in seiner Broschüre aufgenommen.

Die **Broschüre mit FAQs zum Thema „Psychotherapie bei Menschen mit einer intellektuellen Entwicklungsstörung (geistiger Behinderung)“** wurde **ergänzt** durch Hinweise auf Neuerungen bei den abrechenbaren EBM-Ziffern (u. a. Beantragung von Bezugspersonenstunden, mehr Sprechstunden und Probatorik). Zudem gibt es fachliche Informationen zur Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und Störung der intellektuellen Entwicklung sowie zur Elternschaft bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die neueste Version der Broschüre können Sie unter dem nebenan genannten Link downloaden.

Liebe Kammermitglieder, wenn Sie sich für diese Arbeit engagieren wollen oder vorhaben sich hier mehr zu engagieren, dürfen Sie sich sehr gerne auf die Liste setzen lassen. Dazu senden Sie uns einfach das ausgefüllte Formular (Download und Infos unter:

<https://www.lpk-bw.de/behinderung>). Dies kann Angehörigen bei Anfragen helfen, gezielter einen regionalen Therapieplatz zu finden. Die Anfragen von Betroffenen bzw. deren Angehörigen haben in den letzten Jahren stetig zugenommen.

Geschäftsstelle

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

Beitragstabelle 2020 vom 2. Dezember 2019

Aufgrund des § 24 Abs. 1 Heilberufe-Kammergesetz Baden-Württemberg vom 16. März 1995 (GBl. 1995, S. 313), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Baden-Württemberg und die Verordnung des Innenministeriums über die Durchführung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes vom 17. Dezember 2015 (GBl. BW v. 29. Dezember 2015, S. 1234), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 19. Oktober 2019 die folgende Beitragstabelle 2020 beschlossen:

A. Gemäß § 2 Abs. 4 Satz 1 der Umlageordnung wird festgesetzt:

1. Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2020 wird für alle Mitglie-

der eine Umlage (Regelbeitrag) von 440,00 Euro erhoben. Der ermäßigte Regelbeitrag I beträgt 264,00 Euro, der ermäßigte Regelbeitrag II 176,00 Euro und der Mindestbeitrag 110,00 Euro.

2. Freiwillige Mitglieder, die sich in der Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 3 Abs. 4 Satz 1 Hauptsatzung) befinden, haben null Euro zu entrichten
3. Mitglieder, die auch als Ärztin oder Arzt approbiert sind, zahlen einen Beitrag von 220,00 Euro.
4. Freiwillige Mitglieder zahlen einen Beitrag von 220,00 Euro.

B. Die Beitragstabelle 2020 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft, zugleich tritt die Beitragstabelle 2019 vom 12. November 2018 (Psychotherapeutenjournal 4/2018, Seite 387) außer Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2020 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg vom 11. November 2019, Az.: 31-5415.5-003/1, hiermit ausgefertigt und öffentlich bekannt gemacht.

Stuttgart, den 2. Dezember 2019

gez. Dr. Dipl.-Psych. Dietrich Munz
Präsident

Sechste Satzung zur Änderung der Umlageordnung vom 2. Dezember 2019

Aufgrund der §§ 9, 23 Abs. 1, § 24 Abs. 1 und 2 des Heilberufe-Kammergesetzes (HBKG) Baden-Württemberg in der Fassung vom 16. März 1995 (GBl., S. 314), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, des Kinder- und Jugendhilfegesetzes Baden-Württemberg und der Verordnung des Innenministeriums über die Durchführung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes vom 17. Dezember 2015 (GBl. BW v. 29. Dezember 2015, S. 1234), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer in ihrer Sitzung am 19. Oktober 2019 die folgende Satzung beschlossen:

Artikel 1

Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer

Die Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 18. Oktober 2008 (Psychotherapeutenjournal 4/2008, S. 375, Einhefter, S. 2), zuletzt geändert durch die Fünfte Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 6. Mai 2019 (Psychotherapeu-

tenjournal 2/2019, S. 182) wird wie folgt geändert:

§ 3 erhält folgende Änderungen:

Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Beitragspflichtige, die das 70. Lebensjahr vollendet haben oder im aktuellen Beitragsjahr vollenden werden und die Voraussetzungen für die Einstufung in den Mindestbeitrag erfüllen, können diese Einstufung unter Befreiung von der Nachweispflicht für das aktuelle und die zukünftigen Beitragsjahre beantragen. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn sie in den beiden der Antragstellung vorausgegangenen Beitragsjahren den Nachweis geführt haben, keine oder nur noch geringfügige Einkünfte (§ 2 Abs. 6 S. 4) aus der Berufstätigkeit zu erzielen. Unbeschadet davon bleiben die Verpflichtungen gemäß der Meldeordnung der Kammer.“

Artikel 2

Ermächtigung zur Bekanntmachung der Neufassung

Präsident und Schriftführer werden ermächtigt, den Wortlaut der Umlageordnung in der

zum Zeitpunkt der Bekanntmachung geltenden Fassung mit neuer Paragraphen- und Nummerierungsfolge bekannt zu machen sowie Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

Artikel 3 Inkrafttreten

Die vorstehende Sechste Satzung zur Änderung der Umlageordnung tritt am Tag nach der Verkündung im Psychotherapeutenjournal in Kraft.

Vorstehende Sechste Satzung zur Änderung der Umlageordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 11. November 2019, Az.:31-5415.5-003/1, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Stuttgart, den 2. Dezember 2019

gez. Dr. Dipl.-Psych. Dietrich Munz
Präsident

8. Bayerischer Landespsychotherapeutentag: „Psychotherapie in Grenzsituationen“



Der 8. Bayerische Landespsychotherapeutentag fand in der ausgebuchten Alten Kongresshalle in München statt. (Foto: Siegfried Sperl)

Am 19. Oktober 2019 fand der 8. Bayerische Landespsychotherapeutentag (LPT) in München mit 500 Teilnehmenden zum Thema „**Psychotherapie in Grenzsituationen**“ statt. Bei der Veranstaltung ging es um „Grenzsituationen“ in Psychotherapien, in denen Psychotherapeutinnen in besonderer Weise fachlich und persönlich angesprochen und gefordert sind und wie diese bewältigt werden können.

Kammerpräsident Nikolaus Melcop eröffnete den 8. Bayerischen Landespsychotherapeutentag: „Wir wissen, dass wir in der psychotherapeutischen Arbeit zeitweise fachliche und persönliche Grenzen erreichen. Das große Inte-

resse an dem Thema heute zeigt, dass es zu unserem Selbstverständnis gehört, dass wir dabei nicht stehen bleiben, sondern uns immer neu möglichen Grenzsituationen stellen und damit umgehen lernen wollen.“ In seiner Eröffnungsrede ging er auf aktuelle gesundheitspolitische Themen ein: Das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung bilde ein erheblich breiteres Berufsbild ab als zuvor und zeige dabei auch eine hohe Wertschätzung für Psychotherapeutinnen als Heilkundige in Kliniken, Praxen, Beratungsstellen, als Forschende und als Expertinnen für psychische Gesundheit. Beim Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) führte Herr Melcop aus, dass auch die Psychothe-

rapeutenschaft offen sei für die digitale Unterstützung ihrer Arbeit. Er betonte jedoch, dass die Wirksamkeit der digitalen Angebote in der Psychotherapie belegt und insbesondere auch Datenschutzrisiken berücksichtigt werden müssten. Zur aktuell diskutierten Frage, inwieweit wissenschaftlich fundierte psychotherapeutische Erkenntnisse einen Beitrag zur öffentlichen Gesundheitspflege im Bereich des Schutzes natürlicher Lebensgrundlagen leisten können, sah er einen offenen berufsin-ternen wissenschaftlich fundierten Diskurs als unverzichtbar an.

Auch **Prof. (Univ. Lima) Dr. Peter Bauer**, MdL, Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung, setzte sich mit seinen Grußworten für die Notwendigkeit der Datensicherheit für Patientinnen ein, die besonders auch bei der geplanten elektronischen Patientenakte ein vorrangiges Thema zu sein habe. Außerdem sprach er sich gegen die Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen aus: „Bei psychischen Erkrankungen stehen wirksame Hilfen und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Niemand sollte daher aus Unkenntnis oder gar Scham darauf verzichten, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Als Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung setze ich mich deshalb für noch mehr öffentliche Aufmerksamkeit und Aufklärung über psychische Erkrankungen ein. In unserer Gesellschaft müssen wir einander aufmerksam, empathisch und hilfsbereit begegnen!“



Die Vortragenden und der Vorstand der PTK Bayern auf dem 8. Bayerischen Landespsychotherapeutentag (v. l. n. r.): Dr. Anke Pielsticker, Prof. Dr. Ralf T. Vogel, Dr. Marga Löwer-Hirsch, Prof. Dr. Udo Rauchfleisch, Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner, Dr. Bruno Waldvogel, Dr. Monika Sommer, Dr. Wolfram Dormann, Dr. Nikolaus Melcop, Birgit Gorgas, Peter Lehdorfer und Christine Gallas (Foto: Siegfried Sperl)

Prof. Dr. Udo Rauchfleisch, Fachpsychologe für Psychotherapie und Professor emer. für Klinische Psychologie an der Universität Basel, stellte dem Plenum in seinem Vortrag die Frage: „Was tun, wenn wir an unsere Grenzen stoßen?“ Er berichtete über persönliche Erfahrungen, bei denen er in seiner therapeutischen Praxis an Grenzen stieß, und über seine Arbeit mit transidenten Menschen und Personen mit dissozialen/antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Er erläuterte, dass bei besonders herausfordernden psychischen Erkrankungen die Modifikation der therapeutischen Konzepte und das Infragestellen von traditionellen Klassifizierungen und Kategorisierungen notwendig sei.

Dr. Marga Löwer-Hirsch, Psychologische Psychotherapeutin, setzte sich in ihrem Vortrag mit der Liebe in der Therapie, deren therapeutischer Handhabung und notwendiger Grenzsetzung auseinander. Dabei diskutierte sie die Dialektik der Liebe als dynamisches Phänomen in der Therapie und deren Missbrauch zu narzisstischen Zwecken. Ihre Überlegungen veranschaulichte sie an einigen Fallvignetten.

Prof. Dr. Ralf T. Vogel, Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis und

Honorarprofessor für Psychotherapie und Psychoanalyse an der Hochschule für Bildende Künste Dresden, thematisierte ganz andere Grenzsituationen: Er sprach in seinem Vortrag „Todesthemen in der Psychotherapie“ darüber, dass das Todesthema implizit die Grundlage vieler psychischer Symptomkonstellationen bildet. Er regte dazu an, sich mit den Themen Sterblichkeit und Tod auch persönlich auseinanderzusetzen und ein eigenes Konzept vom Tod zu entwickeln. Dies sei eine wichtige Grundlage für die professionelle Arbeit mit Todesthemen in der Psychotherapie.

Der Vortrag von **Dr. Wolfram Dormann**, Psychologischer Psychotherapeut und Lehrbeauftragter an der Universität Eichstätt, behandelte das Thema des Patientensuizids und die Frage, wie Psychotherapeutinnen eine erfolgte Selbsttötung von Patientinnen professionell verarbeiten können. Dr. Dormann ging dabei u. a. auf den Umgang mit Schuldgefühlen und Trauer ein. Er gab Anregungen für den Supervisionsprozess mit Kolleginnen und stellte entlastende Grundhaltungen für Psychotherapeutinnen nach einem Patientensuizid sowie Hinweise für den Umgang mit Angehörigen nach einem Suizid vor.

Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner, Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit im Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Interventionen an der Alice Salomon Hochschule in Berlin, referierte über „Schwierige Situationen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit dem Schwerpunkt auf frühkindlicher Traumatisierung“. Sie gab in ihrer Zusammenschau von Forschung, Theorie und Praxis einen Überblick in die Besonderheiten der Arbeit mit früh traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

Abschließend berichtete **Christine Gallas**, Psychologische Psychotherapeutin in der Psychotherapeutischen Spezialambulanz für Stalking-Opfer am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim über die Grenzsituation, wenn Psychotherapeutinnen selbst Betroffene von Stalking und Cyberstalking werden. Dabei ging sie auf Gefährdung, Bewältigungsmöglichkeiten und Prävention ein.

Die Teilnehmenden nutzten die Veranstaltung, um intensiv mit den Referierenden zu diskutieren und zum kollegialen Austausch in den Pausen.

Informations- und Diskussionsveranstaltung zur Kostenerstattung: Grundlagen – Probleme – Perspektiven



Die Vortragenden ermöglichten einen informativen Austausch (v. l. n. r.): Dipl.-Psych. Karin Jeschke, Dr. Manfred Nosper, Dr. Felicitas Bergmann, Dipl.-Psych. Bernhard Winter und Vorstandsmitglied Heiner Vogel. (Foto: Hiller)

Gesetzlich Versicherte müssen teilweise mit langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz rechnen. Im Falle unaufschiebbaren Therapiebedarfs können sich diese Patientinnen unter bestimmten Voraussetzungen auch in einer Privatpraxis behandeln lassen,

wenn vorab bei der Krankenkasse eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V beantragt wurde. Anfang Oktober lud die PTK Bayern alle Kammermitglieder, die entweder bereits in der Kostenerstattung tätig sind oder sich dafür interessieren, zu einer Diskussions- und

Informationsveranstaltung in München ein.

Vorstandsmitglied Heiner Vogel schilderte die Position der PTK Bayern zur Kostenerstattung sowie deren Chancen und Risiken. Bei der Informationsveranstaltung wurden außerdem die Ergebnisse der Versorgungsstudie von 2018 zur aktuellen Lage der außervertraglichen ambulanten Psychotherapie in Privatpraxen (Dipl.-Psych. Karin Jeschke), eigene Erfahrungen eines in der Kostenerstattung tätigen Psychologischen Psychotherapeuten (Dipl.-Psych. Bernhard Winter), aktuelle Initiativen in der Kostenerstattung (Dr. Felicitas Bergmann) sowie Grundlagen und Anwendung der Regelungen des § 13 Abs. 3 SGB V zur Kostenerstattung in der Psychotherapie (Dr. Manfred Nosper) vorgestellt.

Veranstaltung zur Kooperation von Psychotherapie mit Schule, Gesundheitswesen und Jugendhilfe

Um psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen rechtzeitig zu erkennen und umfassend zu behandeln, bedarf es einer Kooperation zwischen Psychotherapie, Schule, Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Mit dieser Veranstaltung, die Ende Oktober stattfand, sollte das Zusammenwirken dieser Bereiche befördert und weiterentwickelt werden. Unter dem Titel „Auffällig unauffällig: Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen“ tauschten sich Teilnehmende verschiedener Professionen an einer beispielhaften Fallvignette aus, wie in den unterschiedlichen Bereichen vorgegangen wird und wo es Anknüpfungspunkte für die Zusammenarbeit gibt. An der Veranstaltung nahmen insgesamt 100 PP und KJP, Lehrerinnen, Ärztinnen sowie Vertreterinnen aus Erziehungsberatungsstellen und der Jugendsozialarbeit teil. Sieben Expertinnen aus den verschiedenen Fach- und Arbeitsbereichen stellten in

kurzen Impulsreferaten vor, wie sie bei dem vorgestellten Fall eines auffällig unauffälligen Schülers vorgehen würden. Anschließend diskutierten die Expertinnen gemeinsam mit den Teilnehmenden nach der Methode des World Cafés an verschiedenen Gesprächsinseln ihre Erfahrungen und Wünsche an die Behandlung der Kinder und an die gemeinsame Kooperation. Dabei wurden drei zentrale Leitfragen besprochen:



Die Teilnehmenden diskutierten an verschiedenen Gesprächsinseln und hielten ihre Ergebnisse auf Plakaten fest. (Foto: Hiller)

- Welche Erfahrungen haben Sie mit internalisierenden Störungen von Kindern/Jugendlichen in Ergänzung zu den in den Impulsvorträgen genannten Faktoren? Wie beziehen Sie die Betroffenen in Ihre Überlegungen ein?
- Was wäre für Sie eine gelingende Kooperation zwischen den Bereichen? Welche Erwartungen haben Sie daran?
- Wie haben Sie Kooperation bisher erlebt? Was könnte jeder der Bereiche daran verbessern?

Die Veranstaltung wurde vom Ausschuss für psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bayern konzipiert und organisiert. Der Ausschuss wertet nun die gesammelten Ergebnisse der Veranstaltung aus und wird eine Dokumentation erstellen.

Berichte aus den Ausschüssen der PTK Bayern

Die Delegiertenversammlung der PTK Bayern hat Ende 2017 die Ausschüsse und Kommissionen gewählt. Unter anderem gibt es seitdem zwei Ausschüsse: den Ausschuss „Öffentliche Gesundheitspflege“ und den Ausschuss „Diversität in der Psychotherapie“. Nach nun zwei Jahren Tätigkeit stellen diese beiden Ausschüsse nachfolgend ihre bisherigen Ergebnisse und Arbeitsschritte sowie einen Ausblick auf kommende Aufgaben vor.

Ausschuss „Öffentliche Gesundheitspflege“

Public Health, zu Deutsch „Öffentliche Gesundheitspflege“, ist die Wissenschaft und Praxis einer Gesellschaft, Krankheiten zu vermeiden, das Leben zu verlängern und die physische und psychische Gesundheit zu fördern unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und Nutzung von Ressourcen (Deutsche Gesellschaft für Public Health). Gesundheit und Lebenserwartung sind eng mit soziodemographischen Faktoren verbunden. Insbesondere psychische Erkrankungen stehen u. a. in Zusammenhang mit geringen finanziellen Ressourcen bzw. Armut, einem niedrigen Bildungsstatus, Arbeitslosigkeit und gesellschaftlicher Stigmatisierung. Die Aufgabe des Ausschusses für öffentliche Gesundheitspflege ist es, Bereiche zu identifizieren, in denen Mitglieder unserer Profession über Projekte oder Mitwirkung in gesellschaftlichen Bereichen zur Gestaltung von Lebensbedingungen beitragen können, die psychische Gesundheit zu befördern oder bestehende Einschränkungen zu mildern.

Der Ausschuss beschäftigte sich eingangs intensiv mit den oben genannten

Einflussfaktoren und einigte sich auf den Schwerpunkt „Zerfall/Spaltung der Gesellschaft und Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit insbesondere von Menschen in prekären Lebenslagen“. Die Armutsberichterstattung und wissenschaftliche Quellen belegen einen klaren Zusammenhang dahingehend, dass zum einen das Risiko, an psychischen Störungen zu leiden, bei sogenannter relativer Armut deutlich erhöht ist; andererseits ist belegt, dass Menschen in prekären Lagen deutlich unterrepräsentiert sind in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Was wie ein Widerspruch klingt, ist auch in der somatischen Medizin hinlänglich bekannt und wird bspw. als „inverse care law“ bezeichnet: „Die Erreichbarkeit guter medizinischer Versorgung tendiert umgekehrt zum Bedarf der zu versorgenden Population abzuweichen“ (Hart, 1971: 405, Übersetzung: B. K.).

Es werden zahlreiche Barrieren beschrieben, die die Versorgung von Patientinnen in prekären Lebenslagen erschweren. Diese können grob aufgeteilt werden in strukturelle Barrieren, wie

z. B. geringere Bekanntheit und Erreichbarkeit/Nachfrage, mangelnde Ressourcen zur Überbrückung von Wartezeiten, Umsetzung von Behandlungsanforderungen. Aber auch interpersonelle Barrieren in der Person von Therapeutin und Patientin, wie z. B. geringes gegenseitiges Vertrauen und Vorurteile bzw. Vorurteilsangst, sowie interaktionale Schwierigkeiten, die aus einem Sprach- und Bildungsgefälle und einer sozioökonomischen Distanz entstehen, können die Anbahnung und den Erhalt einer tragfähigen Arbeitsbeziehung erschweren.

Der Ausschuss hat dem Vorstand erste Vorschläge zu Fortbildungen und politischer Einflussnahme unterbreitet, die ihm geeignet scheinen, strukturelle und interpersonelle Barrieren zu senken.

Ausschuss „Öffentliche Gesundheitspflege“: Peter Drißl, Klemens Funk, Micheline Geldsetzer, Almut Gessler-Engelbrecht, Dr. Birsen Kahraman & Rainer Knappe

Ausschuss „Diversität in der Psychotherapie“

An die Kammer werden oft Anliegen herangetragen, die psychotherapeutische Versorgung für bestimmte Zielgruppen in besonderer Weise zu fördern. Sei es, weil eine Bevölkerungsgruppe besonders schwer Zugang zur Psychotherapie hat, wie etwa Menschen mit Intelligenzminderung oder Strafgefangene, sei es, weil sich zu wenige Psychotherapeutinnen für die spezifischen Bedürfnisse einer Zielgruppe qualifiziert fühlen, wie etwa bei Menschen mit kog-

nitiven Beeinträchtigungen oder in Palliativbehandlung. Ein breiteres Spektrum von Menschen mit psychotherapeutischem Behandlungsbedarf soll erreicht werden. Wie aber entscheidet die Kammer, für welche Gruppen sie sich – bei begrenzten Ressourcen – besonders einsetzt und mit welchen Mitteln?

Ein neuer Ausschuss „Diversität in der Psychotherapie“ wurde deshalb beauftragt, ein Gesamtkonzept zu entwi-

ckeln, das die relevanten Zielgruppen und ihren Versorgungsbedarf benennt, bestehende Angebote darstellt und Kriterien aufzeigt, wie Entscheidungen über Angebote für spezifische Zielgruppen getroffen und begründet werden können. Zusätzlich sollen konkrete Vorschläge für zusätzliche Konzepte oder Angebote gemacht werden.

Eine Aufstellung unter- oder unversorgter Zielgruppen zu erstellen, fiel noch

leicht, auch wenn sie nicht abschließend sein kann. Den jeweiligen Bedarf genauer zu beschreiben, war jedoch schwieriger, denn Erfahrungen aus der eigenen Praxis lassen sich nicht unbedingt verallgemeinern und Prävalenzzahlen etwa liegen oft nicht vor. Um darüber hinaus eine Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen zu ermöglichen, entwickelte der Ausschuss ein Schema mit verschiedenen Kriterien, die die jeweilige Zielgruppe präzisieren, ihren

Bedarf benennen und entsprechend Vorschläge für Aktivitäten der Kammer beinhalten. Zusätzlich wurde mit der Geschäftsstelle eine Übersicht über alle Handlungsoptionen erstellt, von der Fortbildung für Mitglieder über Beiträge in Mitgliederrundschreiben bis zu politischen Aktivitäten.

Der Ausschuss wird das erarbeitete Schema nun auf verschiedene Zielgruppen und zukünftige Vorschläge anwen-

den und weiter erproben. Die Zielsetzung aller Ausschussmitglieder ist es, die Psychotherapie auch bisher weniger berücksichtigten Gruppen zugänglich zu machen.

Ausschuss „Diversität in der Psychotherapie“: Dr. Silvia Corso, Dr. Judith Siegl, Dr. Fatma Sürer, Prof. Dr. Karin Tritt, Benedikt Waldherr, Dr. Sabine Zaudig

Kurznachrichten

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

+++ Die PTK Bayern konnte im September ihr **8.000stes Kammermitglied** begrüßen. Die PTK Bayern zählte zur ersten Kammerwahl im Februar 2003 knapp über 4.600 Mitglieder. Seither hat sich die Zahl stetig nach oben entwickelt. +++

+++ Die PTK Bayern ist weiterhin bestrebt, die Zusammenarbeit mit dem Bereich der Selbsthilfe zu intensivieren. Dafür beteiligte sich die PTK Bayern im September an der **Informationsveranstaltung: Verantwortung übernehmen – Selbsthilfe trifft Psychotherapie** in Würzburg sowie im November am **Bayerischen Selbsthilfekongress** in Hof. +++

+++ Das Bayerische Gesundheitsministerium fördert mit dem Konzept **Gesundheitsregionen^{plus}** die medizinische Versorgung und Prävention im Freistaat durch regionale Netzwerke. Auch PP und KJP sind in diesen regionalen Netzwerken beteiligt. Die PTK Bayern hat für die Vertreterinnen in den Gesundheitsregionenplus Ende September eine Austauschrunde organisiert, damit Erfahrungen und Ideen miteinander geteilt werden können. +++

Bevorstehende Veranstaltungen

Angestelltentag 2020: Eine Fortbildungs- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern für angestellte und beamtete Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen. Termin: **27. März 2020** in München.

Nähere Informationen und Programme zu allen 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.: 9.00–13.00,
Di.–Do.: 14.00–15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Über die affektive Wirkung rechtspopulistischer Rhetorik – Jan Lohl hält die Rittmeister-Gedächtnis-Vorlesung am Institut für Psychotherapie Berlin

Am 24. Mai 2019 hielt Jan Lohl vom Sigmund-Freud-Institut die Rittmeister-Gedächtnis-Vorlesung am Institut für Psychotherapie Berlin unter dem Titel: „Unbewusste historische Gefühlserbschaften und aktueller Rechtspopulismus – Tiefenhermeneutische Analysen“.

Der gelernte Sozialwissenschaftler Lohl promovierte zum Thema „Gefühlserbschaft und Rechtsextremismus“, ist Vertretungsprofessor für Soziologie und psychoanalytische Sozialpsychologie an der Goethe-Universität Frankfurt und seit 2019 mit der Leitung des Projektes „Psychoanalytisch orientierte Biographieforschung zu rechten Sozialisationsprozessen in der politischen ‚Mitte‘“ betraut. Zum September 2019 hat er einen Ruf auf eine Professur für „Beratung und wissenschaftliche Weiterbildung“ an die Katholische Hochschule Mainz erhalten. Er gehört zu den Protagonisten der „gesellschaft für psychoanalytische sozialpsychologie“, deren Zeitschrift „Freie Assoziation“ zweimal jährlich erscheint.

Die Problemstellung ist klar: Der Rechtspopulismus erlebt aktuell einen Aufschwung und stellt eine ernste Herausforderung für unsere Gesellschaft dar. Das Bedürfnis nach einem stärkeren Nationalgefühl wird dabei stets verbunden mit der Einschätzung, dass Deutschland überfremdet werde. In seinem Vortrag hatte sich Lohl nun vorgenommen, die affektive Attraktivität rechtspopulistischer Propagandareden zu untersuchen und zwar sowohl im historischen wie auch im aktuellen gesellschaftlichen Kontext.

Zunächst zur historischen Dimension, für die Lohl frühere Forschungen

einbezog: Margarete und Alexander Mitscherlich (1967) hatten mit dem Titel ihres Buches über die „Unfähigkeit zu trauern“ nicht primär das mangelnde Mitleid gegenüber den Opfern des Nationalsozialismus gemeint, sondern die Schwierigkeit der Deutschen, nach 1945 den Untergang des „Reichs“ zu betrauern, weil damit die Bindung an „Volk und Führer“ hätte eingestanden werden müssen. Schon Adorno (1959, S. 36) hatte die Befürchtung geäußert, dass „insgeheim, unbewusst schwellend und darum besonders mächtig jene Identifikation und der kollektive Narzissmus gar nicht zerstört wurden, sondern fortbestehen.“ Um die Wirkung dieser unbewussten Identifizierung genauer zu beschreiben, bedient sich Lohl einer von Torok und Abraham (2001) entwickelten Idee: der Krypta als Metapher für eine Inkorporation des zu Betrauerten, das unbewusst konserviert wird. Nicht nur dieser Teil der Persönlichkeit werde vergessen, auch die Sehnsucht nach seiner Wiederbelebung, bevor er – als wäre keine Zeit vergangen – wieder wirksam werde. Torok und Abraham (2001) beschrieben, dass diese „kryptisierten Botschaften“ auch von Eltern auf Kinder übertragen werden, und nannten diese Art der „unheimlichen“ Repräsentation „Phantom“. Aspekte der Schuld mussten nach 1945 aus dem Selbstbild entfernt werden, und so war man selbst in Deutschland doch irgendwie Opfer gewesen, Opfer der Nazis. Die transgenerationalen Mechanismen sind von der Soziologin Rosenthal anhand von Interviews mit Vertreterinnen von drei Generationen eingehend untersucht worden: Neben der eigenen Schuldlosigkeit („wir haben von nichts gewusst, und hätten wir etwas dagegen getan, wären wir an die Wand gestellt worden“) untersuchte sie genau-

er, wie in Andeutungen und Auslassungen die massenhafte Ermordung von Menschen in der Nachbarschaft und im Bekanntenkreis zwischen den Generationen mitgeteilt wurde – „und dann waren sie plötzlich verschwunden“ (2000, S. 5). Rosenthal konnte nachweisen, dass die Kinder und Enkel der Generation, die im Nationalsozialismus gelebt und gehandelt hatten, ohne dass darüber jemals explizit gesprochen worden wäre, in ihren Phantasien mit möglichen Taten der Eltern- und Großelterngeneration beschäftigt sind (1997, S. 23). Lohl brachte hier einige anschauliche Beispiele dafür, wie die Weitergabe durch Auslassungen und Andeutungen geschieht.

In einem zweiten Teil kam Lohl dann zur aktuellen rechtspopulistischen Rhetorik. Dazu erläuterte er zunächst die Methode, die er mit einer Gruppe von Kolleginnen bei der Analyse angewandt habe: Tiefenhermeneutische Analyse bezieht zunächst den Inhalt, die Qualität der Interaktionen und das Szenische Verstehen ein. In einem zweiten Schritt werden dann auch eigene Affekte und Irritationen, die sich in der Forschungsgruppe einstellen, ausgewertet, analog zu dem Einbeziehen der Gegenübertragung in der klinischen Psychoanalyse. In den ausgewählten Beispielen rechtspopulistischer Reden war nun vom „Stolz auf die Vorfahren“ und ihre „großartigen Leistungen“ die Rede, etwa der deutschen Militärangehörigen im Zweiten Weltkrieg, verbunden mit der Darstellung der großen Gefahr, in der sich diese „großartige Leistung“ heute befinde. In dieser Kombination von Einladung zur Identifizierung und Beängstigung liege ein wesentliches Grundmuster rechtspopulistischer Rhetorik. Die Identifizierungsangebote grif-

fen dabei auf die genannten alten Identifizierungen zurück.

Einen aktuellen gesellschaftlichen Bezug stellte Lohl in einem dritten Teil dar. Der neoliberale Zeitgeist habe dazu geführt, dass sich die strikte Orientierung an der Verwertbarkeit auf alle Lebensbereiche ausgedehnt habe. Diese tiefgreifende Veränderung im Denken und Fühlen der Menschen führe zwar einerseits zu einer höheren Leistungsbereitschaft, aber zugleich auch zu einer dauernden Angst zu versagen. Für die daraus resultierende Aufreibung und Beängstigung der Subjekte mache die rechtspopulistische Rhetorik ein „Angebot“: Man sei Teil einer großartigen Gemeinschaft – das entlaste. Aber man sei bedroht – das werde dann aber auf bestimmte Gruppen, zum Beispiel die Geflüchteten, verschoben; Lohl sprach in diesem Zusammenhang auch von „Schiefeilung“ der neoliberalen Konfliktsituation.

In der langen und angeregten Diskussion wurde deutlich, dass der Vortrag teilweise provokativ gewirkt hatte. So ging es zunächst um die Frage, ob es nicht auch ein positives Nationalgefühl geben könne und ob es nicht geradezu ein allgemeines psychisches Bedürfnis nach Heimat und Geborgenheit gebe. Mit seiner Kritik habe er diejenigen Formen von Gemeinschaftsgefühl gemeint, so stellte Lohl fest, die stets mit einer Ausgrenzung und Abwertung von anderen einhergingen; sich als Teil einer schönen Gemeinschaft zu fühlen, sei schließlich kein Problem. Eine Kollegin merkte an, dass nach 1945 nun wirklich

nichts Gutes mehr übriggeblieben sei. Zum Trauern bedürfe es eben eines Restes an Gutem. Die große Mehrheit der Deutschen habe aber den Nationalsozialismus auch realistisch eingeschätzt und sich distanziert. Man habe deshalb 1945 als Befreiung erlebt. In seinem anregenden und überzeugenden Vortrag hat Lohl auf plausible Art eine Spurensuche in der Geschichte und der Gegenwart unternommen, die hilft, über die Ursachen der „unheimlichen Wiederkehr“ völkischer Denkmotive weiter ins Gespräch zu kommen.

Die Rittmeister-AG Berlin, Leitung: Carsten Pilzecker

Die am psychoanalytischen Institut am Institut für Psychotherapie Berlin angesiedelte Rittmeister-Arbeitsgruppe von Psychoanalytikerinnen verschiedener Institute organisiert etwa jährlich einen Vortragsabend, der sich dem politischen und/oder historischen Zusammenhang der Psychoanalyse widmet. Gegründet wurde die Arbeitsgruppe Anfang der 90er Jahre, als die deutsche Psychoanalyse sich intensiv mit ihrer eigenen Geschichte im NS auseinandersetzte und in Deutschland Unterkünfte von Asylsuchenden brannten. Während die meisten Psychoanalytikerinnen als Menschen jüdischen Glaubens verfolgt worden waren und 1935 von der DPG ausgeschlossen wurden, gehörte John Rittmeister (1898–1943) zu den wenigen Vertretern der Zunft, die sich am Widerstand gegen den nationalsozialistischen Terrorstaat beteiligten. Er wurde dafür 1943 in Berlin Plötzensee hingerichtet.

2015 wurde die Rittmeister-Vorlesung gehalten von dem Psychoanalytiker Vamik Volkan, der vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen mit verschiedenen internationalen Konflikten über die transgenerationale Weitergabe von traumatischen Kriegserlebnissen sprach, die politische Verwendung des Traumas und die Dehumanisierung von Opfern. Der Psychoanalytiker Hans-Jürgen Wirth sprach 2016 über die 68er-Bewegung als Versuch, sich vom nationalsozialistischen Erbe zu befreien sowie über den spezifischen Umgang der Deutschen mit Vernichtungsängsten in der Anti-AKW-Bewegung und nach Tschernobyl. Die Kulturwissenschaftlerin Aleida Assmann stellte 2018 ihre Überlegungen zur Bedeutung des Vergessens für die kollektive Erinnerungskultur vor.

Literatur:

- Abraham, N. & Torok, M. (2001). Trauer oder Melancholie. Introjizieren — inkorporieren. In: *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 55 (6), 545–559.
- Adorno, T.W. (1959). Was bedeutet Aufarbeitung der Vergangenheit. In ders., *Eingriffe*. Neun kritische Modelle. Frankfurt: Suhrkamp.
- Mitscherlich, A. & M. (1967). Die Unfähigkeit zu trauern. München: Piper.
- Rosenthal, G. (2000). Die Nachwirkungen der Nazi-Verbrechen bei den Nachkommen von Nazi-Tätern und bei Überlebenden der Shoah. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-sozialforschung.de/rosenthal.html> [15.10.2019].
- Rosenthal, G. (1997). Drei Generationen im Schatten des Holocaust. Gießen: Psychosozial.

Dipl.-Psych. Carsten Pilzecker,
Psychologischer Psychotherapeut und
Psychoanalytiker sowie Leiter der Rittmeister Arbeitsgruppe

Das neue Psychotherapeutengesetz – Vor- und Nachteile / Ein Kommentar*

Am 26. September 2019 wurde das neue Psychotherapeutengesetz im Bundestag verabschiedet – am 8. November erhielt es die Zustimmung des Bundesrates. Mit großer Spannung und vielen Hoffnungen in der Profession war es erwartet worden, doch hat es diese Erwartungen erfüllt? Pro- und Contra-Argumente sollen zur Beantwortung zusammengefasst werden:

Es wurde ein Psychotherapiestudium beschlossen, das in der Masterphase klinisch ausgerichtet ist und zur Approbation führt. Danach folgt eine von den Landespsychotherapeutenkammern gestaltete Weiterbildung, die mit der Fachkunde und in der Regel mit der sozialrechtlichen Anerkennung abschließt. Seit Ende Oktober 2019 liegt ein Entwurf zur Approbationsordnung von Seiten des Bundesministeriums für

Gesundheit vor, an der die inhaltliche Gestaltung der Weiterbildung anschließen kann. **Im stationären Teil der Weiterbildung sollen die Psychotherapeutinnen in Weiterbildung (PiW) angestellt werden und Tariflohn bekommen.** Dies ist der größte Fortschritt des Gesetzes, da dies die bisher absolut unhaltbare ökonomische Situation der bisherigen Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) deutlich verbessert.

Die bisherigen PiA, die bisher meist keine oder nur eine geringe Bezahlung bekommen haben, **sollen wenigstens 1.000 € für ihr psychiatrisches Jahr bekommen**. Sie haben durch ihr großes Engagement, das Demonstrationen, Petitionen u. a. beinhaltete, wesentlich zu diesen Neuregelungen beigetragen. **Doch diesen Fortschritten stehen folgende Nachteile gegenüber:**

- Der ambulante Teil der zukünftigen Weiterbildung soll durch die von den PiW gegebenen Psychotherapien im Rahmen der Ambulanz finanziert werden, die wohl nur einen Teil der Weiterbildungskosten decken werden. Diese mangelnde Finanzierung wurde sowohl von der BPtK, von allen GK-II-Fachverbänden als auch den PiA im Vorfeld massiv kritisiert.
- Die Legaldefinition von Psychotherapie, die nach den Beschlüssen des Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) liberalisiert und nicht mehr an wissenschaftlich anerkannte Verfahren gebunden werden sollte, wurde sogar noch verschärft. **Im geplanten Psychotherapiestudium sollen nur „wissenschaftlich anerkannte und geprüfte Verfahren und Methoden“ gelehrt werden.** Damit wurde der mit großer Mehrheit gefällte Beschluss des 25. DPT vom November 2014, dass alle vier Grundorientierungen (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) mit Strukturqualität gelehrt werden müssen, von der Politik, mit Ausnahme der Partei „Die Linke“, schlichtweg übergangen. Zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehört neben der Verhaltenstherapie, der Psychodynamischen Therapie und der Systemischen Therapie auch die Personzentrierte Psychotherapie, da sie von den Landesbehörden anerkannt wurde.

- Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP), dessen Bewertungskriterien, Zusammensetzung und Berufung nicht erst seit seinem umstrittenen Beschluss zur Humanistischen Psychotherapie (1/18) von Teilen der Profession kritisiert werden, wurde gestärkt. Im neuen Gesetz heißt es: „Sie [die Landesbehörde, Anm. d. Verf.] stützt ihre Entscheidung dabei in Zweifelsfällen auf ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats (...).“ Bisher war dies eine Kann-Regel. Zudem haben seine **Beschlüsse wie bisher nur direkte Konsequenzen für die Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, während die Ärztinnen und ärztlichen Psychotherapeutinnen auch weiterhin das Privileg der Behandlungsfreiheit genießen.**

- **Das Psychotherapiestudium kann nur an den Universitäten absolviert werden,** die Hochschulen für angewandte Wissenschaften, die bisher von sehr vielen angehenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen besucht wurden, bleiben außen vor. Dies führt u. a. zu einer weiteren Verstärkung der Dominanz der Verhaltenstherapie an den Universitäten, wo von sechzig Professorinnen 59 Verhaltenstherapeutinnen bzw. verhaltenstherapeutisch orientiert sind, während an den Hochschulen für angewandte Wissenschaften durchaus noch Professorinnen von anderen Verfahrensrichtungen lehren. Wenn nun auch die anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren von Verhaltenstherapeutinnen gelehrt werden, weil die anderen Verfahren keine Lehrstühle und Stellen haben, dann führt das zu einem zusätzlichen **Abbau der Verfahrensvielfalt.**

- Die jetzigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen dürfen

auch weiterhin keine Erwachsenen ab 21 J. behandeln, obwohl die neu Ausgebildeten auch Erwachsene behandeln können. Dagegen protestieren die entsprechenden Berufsverbände, die Übergangsregelungen bzw. mindestens Behandlungsmöglichkeiten bis zum Alter von 25 bzw. 27 Jahren gefordert hatten.

Ohne Diskussion und Beratung mit der BPtK und den Fachverbänden wurde in einer Nacht- und Nebelaktion die **Kurzzeittherapie durch eine Honorarerhöhung um 15% für die ersten 10 Stunden gegenüber der Langzeittherapie bevorteilt.** In der Begründung wird sogar explizit davon gesprochen, sie zu stärken. Der G-BA wurde beauftragt, bis 31. Dezember 2020 das Gutachterverfahren abzuschaffen und Alternativen zu entwickeln. Für die Gruppentherapie wurde es bereits abgeschafft. Es besteht damit die große Gefahr, dass im Endeffekt evtl. die Langzeittherapie abgeschafft bzw. die Stundenkontingente gekürzt werden, was einen **erheblichen Einschnitt in die Versorgung** bedeuten würde. Das Gutachterverfahren, auch wenn es mit Arbeit und Mühen verbunden ist, beinhaltet auch eine Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung, die die Psychotherapie und ihre Länge auch juristisch absichert.

Fazit: Für die Verbesserung der prekären Situation der PiA und späteren PiW ist das Gesetz ein Schritt nach vorne, als Ganzes aber ist es enttäuschend. Um noch Einfluss auf die Anpassung des Gesetzes zu nehmen, müssten relevante Kräfte des Bundesrates dafür gewonnen werden!

* Persönlicher Kommentar von
Dr. Manfred Thielen,
Sprecher des Ausschusses „Aus-, Fort-,
Weiterbildung“, Delegierter der BPtK
und der Psychotherapeutenkammer
Berlin

Apps & Co.¹ – Anwendung digitaler Angebote in der Psychotherapie?

Die Diskussionen über den Einsatz von Gesundheits-Apps in Psychotherapien sind in vollem Gang. Neben berufsethischen Aspekten geht es vor allem dar-

um, die Qualität solcher Apps auch für den psychotherapeutischen Einsatz zu sichern.

Die weltweite Nutzung von Gesundheits-Apps hat sich von 1,7 Milliarden Downloads 2013 auf 3,7 Milliarden 2017 mehr als verdoppelt, der Umsatz

im gleichen Zeitraum mehr als verfünfacht. Die Hauptnutzerinnengruppe sind die 18- bis 29-Jährigen. Ein Bruchteil dieser Apps widmet sich der mentalen Gesundheit mit Tests auf Bipolarität, Schizophrenie, Angst, Demenz und Depression, Meditationsübungen, Tagebücher für das psychische Befinden (sog. mental health tracker), Gehirn- und Achtsamkeitstrainings und vielem mehr.

Grundsätzlich könnten solche Programme die Reichweite von psychotherapeutischen Angeboten erhöhen, jedoch liegt eine unabhängige Bewertung der Programme jenseits der Nutzerempfehlungen i. d. R. nicht vor. Inwieweit diese häufig im Ausland programmierten Apps deutsche Datenschutzbestimmungen erfüllen, bleibt zudem offen. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Prüfung und Zulassung von Apps für psychotherapeutische Behandlungen als grundsätzlich sinnvoll und notwendig.

Trotz zahlreicher Studien und Meta-Analysen, die Wirksamkeit und viele Einzelaspekte bis hin zur therapeutischen Beziehung beleuchten, ist bisher weitgehend unklar, wie genau psychotherapeutische Apps wirken. Auch langfristige Wirkungsnachweise fehlen. Durch eine Therapeutin begleitete internet- und mobil basierte Interventionen (IMIs) zeigen ähnlich Wirksamkeit wie klassische Psychotherapie bei Behandlung von affektiven Erkrankungen und Angsterkrankungen. Diese sogenannte Blended Therapy gilt als wesentlich wirksamer als die autonome Nutzung durch die Patientinnen. Sie ist jedoch bisher nur in der Forschung zulässig. Entsprechend gibt es für die Praxis bisher keine Behandlungsleitfäden.

Die Bundesregierung will die Nutzung von Apps im Gesundheitswesen mit dem Digitale-Gesundheit-Gesetz regulieren. Dem Entwurf zufolge müssen digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) in einem neuen Verzeichnis (§ 139e SGB V) aufgenommen und durch Ärztinnen oder Psychotherapeutinnen verord-

net oder von Krankenkassen genehmigt worden sein, um überhaupt zum Einsatz zu kommen. Dass Krankenkassen diese Sonderrolle zugestanden werden soll, lässt befürchten, dass fachliche Standards und Patientinnen gefährdet sowie Versicherung und Versorgung vermischt werden. Ebenfalls kritisch ist die geplante Verpflichtung der Leistungserbringerinnen, solche diGA in die Behandlung einzubeziehen, die Patientinnen selbst beschafft haben. Der Umgang mit kritischen Therapiesituationen und speziell der Beurteilung von Suizidalität beim Einsatz von Apps spielt im Gesetzentwurf keine Rolle.

Zur Aufnahme einer diGA in das geplante Verzeichnis sollen laut Gesetzentwurf Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität sowie an Datenschutz und -sicherheit erfüllt werden. Zudem sollen die Herstellerinnen „positive Versorgungseffekte“ nachweisen. Wer das noch nicht kann, soll eine vorläufige Aufnahme einer diGA in das neue Verzeichnis zur maximal zwölfmonatigen Erprobung beantragen können. Der Einsatz soll in dieser Phase bereits vergütet werden können. Es ist zu befürchten, dass viele unausgereifte Apps in die Liste aufgenommen werden, die Qualitätsstandards nicht oder nur unzureichend erfüllen oder ethisch bedenklich sind.

Zudem sollen sich Krankenkassen am Kapital der Hersteller der Apps beteiligen können und dabei die vorhandenen Sozialdaten einbringen. Ein erweitertes Forschungsdatenzentrum, das beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelt werden soll, soll alle Behandlungsdaten aller Versicherten pseudonymisiert der Forschung zur Verfügung stellen. Anstatt die gute Qualität der Behandlung in den Mittelpunkt zu stellen, fokussiert der Gesetzentwurf auf die Kapitalisierung persönlicher und außerordentlich schutzbedürftiger Daten. Dass der Gesetzentwurf kein Widerspruchsrecht der Patientinnen vorsieht, ist da nur folgerichtig.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme empfohlen, auf eine Kapitalbeteiligung der Krankenkassen an Herstellerunternehmen von Apps zu verzichten und Datenschutz und -sicherheit stärker zu berücksichtigen. In ihrer Gegenäußerung argumentiert die Bundesregierung jedoch erneut, dass diese Regelung der Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung diene. Der Bundestag stimmt am 7. November 2019 in 2./3. Lesung über das Gesetz ab. Zu hoffen bleibt, dass die genannten Kritikpunkte bis dahin im Gesetzgebungsprozess entschärft worden sind.

Bei der Diskussion um den Einsatz von elektronischen Medien in der Psychotherapie muss der Grundsatz gelten, dass diese immer nur Hilfsmittel sein können und dass auch für diese Qualitätssicherung gilt. Die Indikation kann nur von der Berufsgruppe gestellt werden, die für eine Behandlung psychisch erkrankter Menschen qualifiziert ist.

Gemeinsam mit der „Stiftung Waren-test“ plant die PTK Berlin, die Erfahrungen von Patientinnen und Psychotherapeutinnen mit diGA auszuwerten und bittet Sie um Ihre Rückmeldungen.

[1] Vortragsfolien zur PTK-Berlin-Veranstaltung finden Sie auf unserer Homepage unter „Publikationen“

Karin Jeschke (Wissenschaftsreferentin der Psychotherapeutenkammer Berlin) und Dorothee Hillenbrand (Vizepräsidentin der PTK Berlin)

Geschäftsstelle

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

41. Kammerversammlung gedenkt ihres verstorbenen Präsidenten Hans Schindler und wählt neue Präsidentin

Am 5. November fand die 41. Kammerversammlung der PK Bremen statt, die von der stellvertretenden Präsidentin Eva John eröffnet wurde und im Zeichen des Abschiednehmens und Neuanfangs stand.

Gedenken an Hans Schindler

Eva John begrüßte die anwesenden Kammermitglieder und erinnerte an den im Oktober unerwartet verstorbenen Präsidenten Hans Schindler.



Die stellvertretende Präsidentin Eva John (2. v. l.) bei der Gedenkansprache.

Sie würdigte die Verdienste von Hans Schindler, seine warmherzige und humorvolle Art und brachte zum Ausdruck, welch großer Verlust sein Tod für den Kammervorstand darstellt. Das Mitgefühl aller gelte der Familie von Hans Schind-



Die Mitglieder gedenken ihres verstorbenen Präsidenten Hans Schindler.

ler. Anschließend würdigte die Kammerversammlung das Andenken von Hans Schindler mit einer Schweigeminute.

Bericht zum Stand des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes

Amelie Thobaben berichtete zum aktuellen Stand der Reform der Psychotherapeutenausbildung, die am 27. September 2019 die erste Hürde im Bundestag genommen hatte. Sie stellte dabei die vielen Veränderungen heraus, wie z. B. die bessere Vergütung der zukünftigen Psychotherapeutinnen in Weiterbildung während ihrer Klinikzeit. Zudem ergäben sich aus der Reform leichte Verbesserungen für die angehenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, die sich bereits in Ausbildung befinden. So sei im Gesetz eine Mindestvergütung von 1.000 € für die Praktische Tätigkeit vorgesehen, die damit deutlich über der derzeitigen Vergütung von 450 € liege, die PiA in Bremen im Durchschnitt bekämen. Gleichzeitig stellte Amelie Thobaben heraus, dass es weiterhin Herausforderungen gebe, deren sich die Profession auch nach der mittlerweile am 8. November erfolgten Verabschiedung des Reformgesetzes durch den Bundesrat annehmen müsste. Hier käme dem Fort- und Bildungsausschuss hinsichtlich der Gestaltung der neuen Musterweiterbildungsordnung sowie deren Umsetzung auf Landesebene eine große Bedeutung zu.

Bericht des Kammervorstands

Dr. Christoph Sülz referierte zum Tätigkeitsbericht des Kammervorstands im



Amelie Thobaben referiert zum Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz

Zeitraum von Juni bis November 2019. Er berichtete über den Relaunch von Psych-Info.de, der Suchmaschine für Psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Bremen, Niedersachsen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Berlin und im Saarland. Es seien viele Änderungen umgesetzt worden, gleichzeitig finde ein stetiger Verbesserungsprozess statt. Dr. Christoph Sülz rief die Mitglieder auf, die neu gestaltete Website zu testen und möglicherweise auftretende Schwierigkeiten der Geschäftsstelle zur Weiterleitung an die zuständige Arbeitsgruppe zu melden.

Des Weiteren nahm Dr. Christoph Sülz für den Vorstand Stellung zum Vertrag „Psychische Erkrankungen“, den die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) mit der AOK Bremen/Bremerhaven (AOK HB) und der Handelskrankenkasse (hkk) geschlossen hatte. Laut Aussage der KVHB habe die Vereinbarung zum Ziel, für Patientinnen mit psychischen Erkrankungen und einem akuten Behandlungsbedarf eine schnelle, bedarfsorientierte und koordinierte Versorgung zur Verfügung zu stellen. Aus Sicht des Vorstands der Psychotherapeutenkammer gebe es dabei erhebliche datenschutzrechtliche

Bedenken, da die Dokumentation der Leistungen über eine Onlineplattform erfolge, auf die auch die Mitarbeiterinnen der Krankenkassen Zugriff hätten. Auch wird bemängelt, dass der Vertrag vorsehe, dass die Indikationsstellung zur Behandlung durch das Unternehmen IVPNetworks erfolgen solle. Dabei bleibe zum einen die genaue Qualifikation der entsprechenden Mitarbeiterinnen unklar, zum anderen handele es sich hier um originäre psychotherapeutische Aufgaben, die entsprechend auch von behandelnden Psychotherapeutinnen oder alternativ von behandelnden Ärztinnen erbracht werden sollten. Aus diesen und weiteren Gründen, die in einer Info-Mail an die Mitglieder ausführlich erläutert wurden, wird dieser Vertrag von der Psychotherapeutenkammer Bremen nicht unterstützt.

Wahl einer neuen Präsidentin

Der Kammerversammlung kam an diesem Abend die traurige Verpflichtung der Nachwahl der Präsidentin der Bremer Psychotherapeutenkammer zu. Als einzige Kandidatin erklärte sich Amelie Thobaben bereit, das Amt der Präsidentin für die kommenden dreieinhalb Jahre zu übernehmen. Amelie Thobaben machte in ihrer Rede zur Kandidatur deutlich, dass es ihr um den Erhalt der Kammer in der Selbstverwaltung gehe.



Amelie Thobaben bei ihrer Rede zur Kandidatur

Gleichzeitig betonte sie den Übergangscharakter ihrer Kandidatur. Als erfahrenstes Mitglied im Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer sehe sie ihre Aufgabe v. a. darin, den anderen Vorstandskolleginnen ein Einarbeiten in die Kammerthemen zu ermöglichen, um so den von ihren Vorgängern angestoße-



Der neue Kammervorstand v. l. n. r.: Johannes Lindner, Dr. Christoph Sülz, Präsidentin Amelie Thobaben, Dr. Kim Sarah Heinemann, Dr. Rosa Steimke, stellvertretende Präsidentin Eva John

nen Generationenwechsel im Kammervorstand fortzuführen. Sie gehe davon aus, dass dadurch Kolleginnen befähigt würden, zur nächsten Amtsperiode den Vorsitz im Vorstand zu übernehmen. Die Kandidatur stieß auf große Zustimmung und die zahlreich erschienenen Kammermitglieder wählten Amelie Thobaben zu ihrer neuen Präsidentin.

Nachwahl zur Erweiterung des Vorstands

Auf der letzten Kammerversammlung im Mai stimmten die Kammermitglieder einer Satzungsänderung auf Antrag des Vorstands zu, durch die der Vorstand auf insgesamt sieben Mitglieder erweitert werden konnte. Aus diesem Grund erfolgte auf der jetzigen Kammerversammlung eine Nachwahl für die zusätzlichen Beisitzerinnenposten. Dr. Rosa Steimke und Johannes Lindner erklärten ihre Kandidatur und stellten sich der Kammerversammlung vor. Beide wurden mit großer Mehrheit gewählt und nahmen die Wahl an. Der dritte vakante Beisitzerinnenposten, der durch die Wahl Amelie Thobabens zur Präsidentin frei wurde, konnte aufgrund fehlender weiterer Kandidatinnen zunächst nicht besetzt werden. Somit

besteht der aktuelle Vorstand der Bremer Psychotherapeutenkammer aus ihrer neu gewählten Präsidentin Amelie Thobaben, ihrer im Mai gewählten Stellvertreterin Eva John, den beiden im Mai und den beiden im November gewählten Beisitzerinnen Dr. Kim Sarah Heinemann, Dr. Christoph Sülz, Dr. Rosa Steimke und Johannes Lindner.

Ausschusswahlen

Zusätzlich zu den Wahlen zum Vorstand wurden auch die Mitglieder der drei ständigen Ausschüsse „Beschwerde und Schlichtung“, „Finanzen“ und „Fort- und Weiterbildung“ neu gewählt. Zuvor erfolgten die Berichterstattungen und Aussprachen der bisherigen Ausschussmitglieder. Im Anschluss dankte Dr. Kim Sarah Heinemann im Namen des Vorstands den anwesenden Ausschussmitgliedern für ihr ehrenamtliches Engagement. Für die jeweiligen Ausschüsse stellten sich erfreulicherweise viele Kandidatinnen zur Verfügung, sodass der Beschwerde- und Schlichtungsausschuss mit acht Mitgliedern, der Finanzausschuss mit vier Mitgliedern und der Fort- und Weiterbildungsausschuss mit neun Mitgliedern in ihre neue Amtszeit starten.

Verabschiedung einer Resolution zur dauerhaften Finanzierung von Sprachmittelnden

Zum Abschluss der Kammerversammlung berichtete Ingrid Koop, Kammermitglied und therapeutische Leitung bei Refugio, vom Modellprojekt Sprachmittlungspool, das die Vermittlung und Finanzierung von Sprachmittelnden für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Geflüchteten in Bremen und Bremerhaven ermöglicht. Das Modellprojekt wurde kurzfristig und zunächst bis zum Jahresende 2019 durch die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz

aufgelegt. Durch die somit zumindest vorläufig gesicherte Finanzierung von Sprachmittelnden besteht nun für alle Psychotherapeutinnen die Möglichkeit, geflüchteten Menschen Behandlungen anzubieten. Angesichts der hohen Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten wird in der Resolution eine Verstärkung der Finanzierung der Sprachmittelnden für das Jahr 2020 und darüber hinaus gefordert. Die Kammerversammlung folgte dem Antrag des Kammervorstands und verabschiedete die Resolution einstimmig.

Amelie Thobaben kam als neu gewählte Präsidentin die Aufgabe zu, das



Die Kammermitglieder bei der Abstimmung

Schlusswort an die Kammerversammlung zu richten und alle Mitglieder im Anschluss zu einem gemeinsamen Umtrunk und Austausch in ungezwungener Atmosphäre einzuladen.

Gedenkfeier für den verstorbenen Präsidenten Hans Schindler



Bild des verstorbenen Präsidenten Hans Schindler auf der Gedenkfeier der Psychotherapeutenkammer Bremen

Am 7. November fand die Gedenkfeier für den unerwartet verstorbenen Präsidenten Hans Schindler statt. Im Anschluss an die Trauerandacht der Familie lud die Psychotherapeutenkammer die Weggefährterinnen von Hans Schindler zu einer Gedenkfeier in das Kulturzentrum Kukoon ein. Mitglieder der Bremer Psychotherapeutenkammer sowie Vertreterinnen der Bundespsychotherapeutenkammer, anderer Landeskammern, aus Berufs- und Fachverbänden und weiterer Institutionen folgten der Einladung. Insgesamt nahmen rund 40 Gäste die Möglichkeit wahr, sich

in diesem Rahmen von Hans Schindler zu verabschieden. Die Atmosphäre war geprägt von einer großen Warmherzigkeit und Anteilnahme, mehrere Gäste teilten ihre Erinnerungen an Hans Schindler mit den Anwesenden. Häufig wurden in den Reden die Herzlichkeit, der Humor, das große Engagement und Brennen für die Berufspolitik, v. a. aber das Genießenkönnen erwähnt, das Hans Schindler auszeichnete. Die Anwesenden waren dankbar, sich in dieser Weise verabschieden zu können, und bewahren Hans Schindler ein ehrendes Andenken.

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

Kammerwahl 2019

Am 14. September 2019 fand die Kammerwahl mit der Auszählung der Stimmbriefe durch den Wahlausschuss unter dem Vorsitz von Herrn Dirk Dau (ehemaliger Richter am Bundessozialgericht) mit Unterstützung der Geschäftsstelle ihren Abschluss. Einige Mitglieder waren gekommen, um die Verkündung des Wahlergebnisses an die Präsidentin direkt miterleben. Das Präsidium dankte dem Wahlausschuss und der Geschäftsstelle für ihren Einsatz.

Von den 2.348 stimmberechtigten Kammermitgliedern hatten bis zum Wahltag am 13. September 2019 1.121 Mitglieder von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht. Es wurden 1.092 gültige Stimmzettel abgegeben. 29 Stimmbriefe/Stimmzettel waren ungültig. Dies entspricht einer Wahlbeteiligung von 47,7 %, die damit niedriger liegt als bei der letzten Kammerwahl 2015 (51,71 %). Bei der Kammerwahl 2011 lag sie noch bei 62,61 %. Interessant ist, dass die prozentuale Wahlbeteiligung zwar gesunken, aber in der absoluten Zahl fast identisch geblieben ist.

Hier der Vergleich:

2011: 1.757 Wahlberechtigte – 1.100 gewählt
2015: 2.021 Wahlberechtigte – 1.045 gewählt
2019: 2.348 Wahlberechtigte – 1.121 gewählt

Das heißt: Die Mitgliederzahl der Kammer ist über die Zeit kontinuierlich gewachsen, die Wahlbeteiligung hat aber mit dem Wachstum nicht schrittgehal-

ten. Aus den Wahlergebnissen lassen sich aufgrund der geheimen Wahl kaum Rückschlüsse zu den Gründen der gesunkenen Wahlbeteiligung ziehen. Auch ist es nicht möglich, zu differenzieren, wie viele Angestellte, wie viele Niedergelassene etc. sich aus welchem Grund wie beteiligt haben. Zentral erscheint, dass Wahlergebnisse Momentaufnahmen darstellen und die Identifikation mit der Kammer sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Gleichzeitig werben wir unter allen Mitgliedern immer wieder für die Beteiligung in der Kammer und ihren Gremien und stellen sie als das dar, was sie ist: unsere Organisation der Selbstverwaltung getragen von Mitgliedern für Mitglieder im Rahmen der geltenden Gesetze. Sie bietet die Möglichkeit, unseren Berufsstand zu gestalten und weiterzuentwickeln.

Die Berechnung der Sitzverteilung nach dem Hare-Niemeyer-Verfahren ergibt die folgende Sitzverteilung für die zu besetzenden 26 Mandate in der Delegiertenversammlung (DV):

Wahlkörper KJP

Im Wahlkörper KJP gingen 177 Stimmbriefe ein, von denen zwei nach Prüfung ungültig waren. Die Liste 1 – Hamburger Bündnis KJP –, die als einzige Liste im Wahlkörper KJP angetreten war, erhielt 517 Stimmen, was 4 Sitzen in der DV entspricht.

2015 waren noch 537 Stimmen für die KJP abgegeben worden. Damit lag die Wahlbeteiligung bei den KJP noch niedriger als im Wahlkörper PP.

Wahlkörper PP

Im Wahlkörper PP waren bei dieser Wahl fünf Wahllisten angetreten, zwei Listen mehr als bei der Kammerwahl 2015. Hier gingen 917 gültige Stimmbriefe ein, die nach Prüfung alle gültig waren. Diese entsprechen 2.664 gültigen Stimmen. 2015 waren 861 Stimmbriefe mit 2.547 Stimmen abgegeben worden.

Hier entfielen 301 Stimmen auf die Liste 1 – Pro Psychotherapie (2 Sitze). Auf die Liste 2 – Psychodynamische Liste PDL – entfielen 557 Stimmen (5 Sitze). Auf die Liste 3 – Stark in die Zukunft – entfielen 228 Stimmen (2 Sitze). Auf die Liste 4 – Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände in Hamburg – entfielen 1.396 Stimmen (12 Sitze). Und auf die Liste 5 – PiA-Liste – entfielen 182 Stimmen (1 Sitz).

Hinzu kommen weitere drei Mandate in der Delegiertenversammlung für jeweils eine Vertreterin des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Universität Hamburg und der Hamburger Ausbildungsinstitute, die von den entsendenden Organisationen benannt werden.



TM

75. Delegiertenversammlung



Vorstandsmitglieder

Am 25. September 2019 tagte die Delegiertenversammlung zum letzten Mal in der zu Ende gehenden Amtsperiode. Neben der Vorstellung des Tätigkeitsberichts 2015–2019 des Vorstandes und der Rückschau auf die verschiedenen Kammeraktivitäten wurde natürlich auch über die Ergebnisse der Kammerwahl berichtet (siehe auch „Kammerwahl 2019“).

Als weiterer Tagesordnungspunkt stand der Haushaltsplan 2020 zur Diskussion. Geschäftsführer Dr. Düring gab einen Überblick über die geplanten Einnahmen und Ausgaben und erläuterte auf

Nachfrage einzelne Positionen im Haushaltsplan, der schließlich einstimmig verabschiedet wurde.

Nach Abschluss der formalen Tagesordnung nahm Präsidentin Heike Peper die Gelegenheit wahr, Frau Lore Neuling, langjährige Mitarbeiterin der Geschäftsstelle für den Bereich Fort- und Weiterbildung, in den bevorstehenden Ruhestand zu verabschieden. Sie dankte Frau Neuling sowohl für ihren „Multi-Tasking-Einsatz“ in den Gründungsjahren, für ihre Initiative und Mitarbeit bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Fort- und Weiterbildungsbereichs und für die professionelle Begleitung der ehrenamtlichen Gremien. Die De-



Delegierte und Gäste



Lore Neuling (vorne)

legierten schlossen sich dem Dank mit langanhaltendem Applaus an.

Bei einem anschließenden Umtrunk dankte Präsidentin Heike Peper auch den Delegierten und würdigte deren ehrenamtliche Arbeit, die für die Kammer als Organisation der Selbstverwaltung unverzichtbar sei. Eine von Frau Zander, Vorstands- und Geschäftsführungsassistentin, zusammengestellte Diashow mit Fotos aus Veranstaltungen und Gremiensitzungen der vergangenen vier Jahre rundete den Abend ab.

HP

Psych-Info Relaunch am 13. September 2019

Im Jahre 2004 wurde „Psych-Info“, das Psychotherapeuten-Informationssystem für Patientinnen und Ratsuchende, gegründet. Angeschlossene Kammern sind die Psychotherapeutenkammern Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein. „Psych-Info“ bietet allen Mitgliedern der angeschlossenen Kammern den kostenlosen Eintrag zur Veröffentlichung ihrer psychotherapeutischen Angebote. Geschäftsführend zuständig für „Psych-Info“ ist die Psychotherapeutenkammer Hamburg.

Seit 2004 hat eine große Zahl von Menschen über „Psych-Info“ Informationen und Behandlungsplätze bei Psychotherapeuten in ihrer Nähe gefunden. Die Nutzung des Systems hat über die Jahre stetig zugenommen. Heute wird auf

„Psych-Info“ täglich über 1.500-mal nach Psychotherapeutinnen gesucht.

In der Welt der Suchsysteme hatte sich allerdings seit 2004 viel verändert und „Psych-Info“ verfügte nicht mehr über die modernste Technologie der Programmierung und der Suchmöglichkeiten. Daher hatten sich die beteiligten Kammern entschlossen, „Psych-Info“ moderner und als lernendes System zu gestalten.

Die Arbeitsgemeinschaft der beteiligten Kammern (ArGe) hat mit Unterstützung der Agentur twinpictures in den letzten Monaten intensiv daran gearbeitet, „Psych-Info“ technisch, optisch und inhaltlich auf den neusten Stand zu bringen. Am 13. September 2019 konnte „Psych-Info“ in neuer und benutzerfreundlicherer Form online gehen.

Um die Nutzung des neu gestalteten Portals zu prüfen, schließt sich eine intensive halbjährige Evaluationsphase nach dem Relaunch an. Einige weitere Verbesserungen sind bereits eingeplant und in der Agenda der ArGe als „Phase 2“ und „Phase 3“ festgehalten. Im Evaluationszeitraum soll die Funktionalität des Systems im Detail überprüft und angepasst werden.

Innovative Ideen zur Weiterentwicklung werden kontinuierlich über die benannten ArGe-Vertreterinnen der beteiligten Landeskammern eingebracht. Eine stetige Anpassung und Erweiterung der Funktionalität des Portals ist aufgrund der neuen Systemvoraussetzungen als lernendes System gegeben.

TB

Fortbildungsveranstaltung „Sucht und Psychotherapie“

Am 28. August 2019 fand eine von der Kammer durchgeführte Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Sucht und Psychotherapie“ statt. Die drei Vortragenden, Frau Dr. Freund, Frau Kerschl und Herr Meyer-Steinkamp, die in verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen in Hamburg tätig sind, beleuchteten das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven. Frau Kerschl gab einen Überblick über die Prävalenz der verschiedenen Abhängigkeitserkrankungen sowie über Entstehungshintergründe und Komorbiditäten. Sie empfahl eine standardmäßige Thematisierung des Themas in der psychotherapeutischen Anamnese.

Herr Meyer-Steinkamp schilderte das breite Angebot der Suchthilfeeinrichtungen in Hamburg, das von Beratung über Entgiftung/Entzug/Entwöhnung bis hin zu Nachsorge und Betreutem Wohnen reicht. Frau Dr. Freund führte aus, wie sich ambulante Psychotherapie und die Angebote der Suchthilfe in einer vernetzten Struktur ergänzen könnten. An die Vorträge schloss sich eine rege Diskussion an, in der auch der Wunsch nach vertiefenden Fortbildungsangeboten zum Thema „Sucht“ geäußert wurde.



Frau Dr. Freund, Herr Meyer-Steinkamp, Frau Kerschl (v. l. n. r.)

HP

Berufsrecht in Angestelltenverhältnissen

Am 29. Oktober 2019 fand die kammerinterne Fortbildungsveranstaltung „Berufsrecht in Anstellungsverhältnissen“ statt, zu der besonders angestellte Kammermitglieder eingeladen waren. Die Veranstaltung ging auf eine Umfrage aus dem Jahr 2018 unter unseren angestellten Mitgliedern zurück, in der nach Fortbildungsinteressen gefragt worden war.



Dr. Nina Gott-Klein

Nach der Einführung in die Thematik und den Rahmen der Veranstaltung durch Torsten Michels, Vizepräsident der PTK Hamburg, übergab dieser das Wort an Frau Dr. Gott-Klein, juristische Referentin der BPTK, die über die recht-

lichen Rahmenbedingungen in Anstellungsverhältnissen anhand zahlreicher Fallbeispiele referierte. Ausgehend von der Frage, wer bei möglichen Verstößen haftet, eröffnete sie einen Einblick in die zahlreichen Rechtsbereiche, die unsere Arbeit umrahmen, und verwies auf die Notwendigkeit, sich darin kundig zu machen. Dabei fokussierte sie auf unsere Berufsordnung und das Hamburgische Kammergesetz für die Heilberufe, in denen Pflichten und Grenzen, aber auch Möglichkeiten, die gestaltend auf unseren Beruf einwirken, gefasst sind.

Besonders der Hinweis auf die Notwendigkeit, trotz Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers für eine ausreichende persönliche Absicherung gegen Haftungsfälle zu sorgen, stieß auf Überraschung und warf in der Diskussion Fragen auf. Die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung ist im Kammergesetz formuliert und kann von der PTK überprüft werden. Frau Dr. Gott-Klein und Dr. Stelling, Justiziar der PTK, zeigten anhand von Fallbeispielen, dass eine Absicherung im Haftungsfall tatsächlich auch in Anstellungsverhältnissen sinnvoll und notwendig ist.

Bereits in der Vorbereitung der Veranstaltung hatte sich gezeigt, dass Anstellungsverhältnisse in ihren Bedingungen sehr differieren und dadurch unterschiedlichste berufs- und arbeitsrechtliche Fragen aufwerfen können. Besonders die Anstellungsverhältnisse in MVZ und Praxen in der ambulanten Versorgung führten in der Diskussion zu zahlreichen Fragen, die das Arbeitsrecht berührten. Herr Dr. Stelling konnte hier für Aufklärung sorgen und die Notwendigkeit frühzeitiger Beratung deutlich machen. Die Präsentation der Veranstaltung finden sie auf der Homepage der PTK Hamburg.



Dr. Christoph Düring, Geschäftsführer PTK HH, Dipl.-Psych. Heike Peper, Kammerpräsidentin (vorne)

TM

Informationsveranstaltung TSVG am 4. November 2019

Auf Einladung der PTK Hamburg referierte Caroline Ross, stellv. Vorsitzende der KV Hamburg, über die Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sowie über dessen spezielle Auswirkungen auf die kassenzugelassenen psychotherapeutischen Praxen.

Die zahlreich erschienenen Kammermitglieder machten durch eine Vielzahl von Nachfragen deutlich, dass die Neuregelungen, z. B. im Hinblick auf

die differenzierte Kennzeichnung neuer Patient*innen und die damit verbundenen Vergütungsregelungen, sehr kompliziert und aufwändig sind. Es wurde deshalb auch deutlicher Unmut von den Kolleginnen über die Anforderungen des TSVG geäußert, zumal diese sich nur in einer marginal höheren Vergütung bei den Psychotherapeutinnen niederschlagen.

Frau Roos machte deutlich, dass auch die KVen mit vielen Aspekten des TSVG

„nicht glücklich“ seien, diese nun aber umsetzen müssten. Die KV Hamburg biete u. a. über ihre Website umfangreiche Informationen an. Frau Tessmer, Mitarbeiterin des KV-Info-Centers, notierte sich alle Fragen der Teilnehmenden und sagte zu, diese im Rahmen einer FAQ-Liste zu beantworten. Die FAQ-Liste wurde zusammen mit der Präsentation von Frau Roos mittlerweile auf der Homepage der PTK Hamburg veröffentlicht.

HP

Übergangsfrist für Eintragung in die Sachverständigenliste endet am 15. Juni 2020

In der Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit wurde eine Übergangsfrist festgelegt, in der Kammermitglieder, die ihre Qualifikation vor Inkrafttreten der Richtlinie erworben haben, Anträge zur Aufnahme in die Sachverständigenliste der PTK Hamburg stellen können. Diese Frist endet am 15. Juni 2020.

Anträge, die später gestellt werden, müssen den Nachweis einer Qualifikation entsprechend der in der Richtlinie vorgesehenen Curricula erbringen.

Wir bitten deshalb alle Kammermitglieder mit entsprechenden Voraussetzungen, ihre Anträge baldmöglichst in der Geschäftsstelle einzureichen.

Die Fortbildungsrichtlinie ist auf der PTK-Website veröffentlicht.

HP

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Thomas Bonnekamp, 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: M. Werneke)

viele Psychotherapeutinnen beobachten die rasanten, hochkomplexen und unübersichtlichen Entwicklungen rund um die Digitalisierung im Gesundheitswesen mit Skepsis. Das ist verständlich – auch mit Blick auf Medienbeiträge, die vor Sicherheitslücken rund um die Telematik-Infrastruktur und vor der „Datenkrake Google“ warnen: Der Internetkonzern hat in den USA Gesundheitsdaten von Millionen von Patientinnen gesammelt und analysiert – ohne Einverständnis der betroffenen Patientinnen und Ärztinnen.

Das schafft Verunsicherung – auch bei uns: Patientendaten müssen sicher und verlässlich geschützt werden! Datenschutz ist nicht nur etwas für Gesunde. Hier gab es erkennbare Versäumnisse – auch bei IT-Dienstleistern. Auf eine Zertifizierung der Techniker, die in Praxen und Krankenhäusern die Telematik-Infrastruktur installiert haben, wurde leider verzichtet. Nun treten Irritationen und Probleme auf. Sie bremsen die Bereitschaft von Psychotherapeutinnen, die zum Teil sehr interessanten Möglichkeiten der Digitalisierung in den Praxen und Kliniken stärker zu nutzen.

Zugleich wird nicht nur den Jüngeren immer mehr bewusst, wie stark die zunehmende Verbreitung digitaler Technologien in Diagnose und Thera-

pie auch das Kompetenzprofil des Berufes verändert. Und wie wichtig es ist, sich mit diesen digitalen Anwendungen näher zu befassen, um dieses Feld nicht Klinik-Konzernen und Firmen zu überlassen, die mit neuen Digitalisierungstools sowie Fernbehandlungs-Möglichkeiten in den Markt drängen. Mit raffinierten Suchmaschinen-Strategien sind sie oft schon ganz oben zu finden – wenn Patientinnen mit psychischen Problemen im Netz nach Hilfe suchen.

Unsere Fachtagung zu eMentalHealth (am 23. November in Frankfurt) war schon Wochen vorher völlig ausgebucht: Weil sich immer mehr Psychotherapeutinnen einen Überblick in existierende Angebote, ihre Wirksamkeit und Grenzen verschaffen möchten – auch mit Blick auf den boomenden Markt bei den Apps. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) dürfte diesen Boom weiter verstärken. Immer mehr Krankenkassen bieten Online-Programme an und dies nicht nur, um Wartezeiten auf Psychotherapien zu überbrücken. So ist die Digitalisierung auch in der Psychotherapie ein wichtiges Thema, trotz – oder gerade auch wegen – der thematisierten Skepsis: Sich nicht intensiv mit diesen Entwicklungen zu befassen und sich nicht aktiv zu beteiligen, erhöht die Risiken – auch für Patientendaten. Denn höchste Sorgfalt beim Datenschutz und der Datensicherheit ist Pflicht und Verantwortung – für Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik und zugleich in unserem Alltag in Praxen und Kliniken.

Ihre Dr. Heike Winter

Lebhafte Debatte um Reform der Psychotherapeutenausbildung

Wichtiger Tagesordnungspunkt bei der Delegiertenversammlung (DV) in diesem Herbst war die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Dieses Thema sorgte für lebhaftes Debatten. Ein Teil der DV wollte die Landesregierung auffordern, „dem Gesetz in der vorliegenden Form nicht zuzustimmen und auf gesetzlich verankerte Vorgaben zur angemessenen Finanzierung zu dringen“. Dieser Entwurf fand keine Mehrheit. Verabschiedet wurde stattdessen ein Antrag, mit dem die DV sowohl den Gesetzentwurf zur Reform der Psychotherapeute-

nausbildung als auch den vorliegenden Referentenentwurf einer Approbationsordnung begrüßt: „Die Psychotherapeutenkammer Hessen ist dankbar dafür, dass im Deutschen Bundestag nach 15 Jahren Debatte ein Kompromiss gefunden wurde. Das Reformgesetz schafft – trotz einiger erkennbarer Mängel – eine Basis: Damit psychisch kranke Menschen auch künftig eine qualitativ hochwertige Psychotherapie-Versorgung bekommen können!“ Zudem regelt das Reformgesetz die sachgerechte Berufsbezeichnung „Psychotherapeut/in“! Die

DV forderte den Kammervorstand deshalb auf, sich in der Politik für eine rasche Umsetzung stark zu machen.“ Mit Blick auf notwendige Konkretisierungen und Nachjustierungen des Reformgesetzes (zum Beispiel bei der Finanzierung der Ausbildung der PiA und PiW sowie bei der Suche nach fairen Übergangsregelungen für die jetzt approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ermutigte die DV den Vorstand der Kammer, „seine Aktivitäten und Gespräche mit Akteuren in der Bundes- und Landespolitik weiter fortzusetzen“.

Für Psychiatrie-Kliniken mit mehr Psychotherapie!

Die Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hessen kritisiert die sogenannte „Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik“, die vom Gemeinsamen Bundesschuss (G-BA) vorgelegt wurde, als völlig unzureichend: „In Pflege und Psychotherapie wird deutlich mehr qualifiziertes Personal benötigt, um eine wirksame Behandlung sicherstellen und die aktuellen ethischen und auch menschenrechtlichen Standards in Psychiatrien einhalten zu können“.

In einer in Wiesbaden am 26. Oktober 2019 verabschiedeten Resolution fordert die DV Gesundheitsminister Jens Spahn und das Bundesgesundheitsministerium auf, dieses Papier zu beanstanden und den G-BA zu verpflichten, unverzüglich Regelungen zu treffen, die eine leitliniengerechte Behandlung der Patientinnen sicherstellen.

„Psychisch kranke Menschen haben ein Recht auf ein zeitgemäßes Therapieangebot“, heißt es in der Resolution.

Zu diesem Therapieangebot muss nach Überzeugung der Kammer künftig deutlich mehr Psychotherapie gehören. So sieht das G-BA-Papier für eine „Intensivbehandlung“ pro Patientin und Woche nur 50 Minuten Einzeltherapie und 60 Minuten Gruppentherapie vor: „So wenig Psychotherapie wäre ambulant sehr viel einfacher zu organisieren. Bei einem Klinikaufenthalt muss eine leitlinienorientierte Psychotherapie intensiver als ambulante Psychotherapie sein: Mit Blick in die Leitlinien müssen pro Patientin und Woche mindestens 100 Minuten Einzeltherapie und 180 Minuten Gruppentherapie garantiert werden, um möglichst nachhaltige Heilungserfolge zu ermöglichen.“

Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) ist seit fast dreißig Jahren nicht mehr aktualisiert worden. Seitdem haben Medizin und Psychotherapie enorme Fortschritte gemacht: Bei den meisten psychischen Störungen empfehlen wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien Psychotherapie

als wesentliches Element. In der Resolution heißt es: „Verwehr-Psychiatrien wie im vorangegangenen Jahrhundert, in denen die Patient/innen hauptsächlich Medikamente bekommen – ohne leitliniengerechte Psychotherapie-Angebote – darf es ab 2020 nicht mehr geben: Kliniken müssen verpflichtet werden, dafür ausreichend qualifiziertes Personal – vor allem mehr Psychotherapeut/innen zu beschäftigen!“

Die umstrittene „Richtlinie Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik“ war zudem Thema einer fachöffentlichen Veranstaltung beim Herbst-Delegiertentreffen. Dr. Tina Wessels von der Bundespsychotherapeutenkammer erläuterte den langen Beratungsprozess, in dem einige Akteure von Anfang nicht die Absicht hatten, echte Verbesserungen für Patientinnen zu unterstützen.

Robert G. Eberle

PsychThG: Herausforderungen für Kliniken und Psychotherapeutinnen!

Das neue Psychotherapeutengesetz ist beschlossen. Die Tür zu einer bedeutsamen Weiterentwicklung der Ausbildung und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen ist weit aufgestoßen.

Während des Psychotherapie-Studiums werden die Studierenden „berufspraktische Erprobungen“ in Einrichtungen absolvieren. Das wird mehr sein als ein „Praktikum“. Erste angeleitete Kontakte und Interaktionen mit Patientinnen werden stattfinden und den Studierenden ein „Gefühl“ für die Praxis des Berufes geben.

Nach dem Studium folgt die fachpsychotherapeutische Weiterbildung. Diese wird zwei bis drei Jahre in Institutionen erfolgen. Stellen für Assistenz-Psychotherapeutinnen – mit Tarifgehalt vergütet – müssen geschaffen werden.

Der Umbau der Stellenpläne in den Kliniken wird kein Selbstläufer sein. Dazu wird

es in einer Übergangszeit eine finanzielle Förderung brauchen. Zusätzlich wurde



Karl-Wilhelm Höffler

politischer Druck aufgebaut, indem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag bekam, eine Rate von Psychotherapeutinnen-Stellen (meint: Stellen für Assistenz-Psychotherapeutinnen) zu Krankenhausbetten zu definieren.

Viel Arbeit steht auch in den Kammern an, die die Details der Weiterbildung zu regeln haben und vor allem selbst regeln können. Dazu gehören auch die Qualifikationsanforderungen an die künftigen

„Weiterbildungsbeauftragten Psychotherapeutinnen“, die nach meiner Auffassung nur aus unserer eigenen Berufsgruppe kommen können. Einige Akteure plädieren dafür, diese Aufgabe auch Ärztinnen zukommen zu lassen. Dem möchte ich entschieden entgegenreten: Würde eine (leitende) Ärztin zur „Weiterbildungsbeauftragten Psychotherapeutin“, dann könnten die Psychotherapeutinnen aus unseren Berufsgruppen (PP, KJP und die künftigen Psychotherapeutinnen) in den Kliniken überflüssig werden. Der Klinikbetrieb wäre organisierbar mit Assistenz-Psychotherapeutinnen und einer Weiterbildungsbeauftragten (ärztlichen) Psychotherapeutin. Soweit darf es nicht kommen!

Viel Überzeugungsarbeit steht an: Bei Klinikträgern, bei leitenden Ärztinnen, aber auch bei unseren eigenen Kolleginnen, die sich auf eine neue erweiterte Aufgabe werden einstellen müssen.

Karl-Wilhelm Höffler

Hunde in der Psychotherapie: Fortbildung mit der Tierärztekammer

Tiere in der Therapie – das ist ein Top-Thema. Das zeigt die starke Resonanz auf eine Fortbildungsveranstaltung, die gemeinsam von der Landestierärztekammer Hessen und der Psychotherapeutenkammer Hessen in Frankfurt angeboten wurde: Mehr als 220 Fachleute kamen, um sich intensiver mit dem Themenkomplex („Tiere in der Therapie – Spielerei oder wirksame Unterstützer?“) zu befassen. Schon eine erste gemeinsame Veranstaltung im Herbst 2014 hatte gezeigt, dass es Themen gibt, die für beide Berufsgruppen gleichermaßen spannend und relevant sind. So gab diese Fortbildung am 8. November 2019 in Frankfurt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur tiergestützten Therapie, informierte über Einsatzmöglichkeiten von Therapiehunden und thematisierte, was mit Blick auf den Tierschutz beim sozialen Einsatz von Tieren zu beachten ist.

Präsidentin Dr. Heike Winter erklärte in der Evangelischen Akademie am Frankfurter Römerberg, tiergestützte Therapie sei mehr als eine Modeerscheinung – obschon nach wie vor einige Akteure mit lediglich gutgemeinten Ansätzen unterwegs seien – ohne wissenschaftliche Begleitung und theoriebasierte Systematik. Bei Psychotherapie gehe es um fundierte Konzepte, nach denen systematisch vorgegangen wird – mit Professionalität, Fachwissen und Erfahrung. Über den

Stand der Forschung informierte Dr. Johanna Lass-Hennemann (Universität des Saarlandes): „Es gibt bislang zwar keine evidenzbasierten tiergestützten Therapieprogramme für bestimmte Störungsbilder, aber einige gute Studien zur Wirkung von Tieren auf Verhaltens- und Erlebensbereiche, die für die Psychotherapie relevant sind.“ Außerdem verwies die Wissenschaftlerin auf Studien und Übersichtsarbeiten, die die Wirksamkeit tiergestützter Interventi-



Hundegestützte Therapie: Gerd Ganser mit Danka

onen bei bestimmten Störungsbildern untersuchen. So sei zum Beispiel belegt, dass Tiere soziale Interaktion stimulieren. Zudem könne der Einsatz von Tieren in der Therapie depressive Symptome und Aggressionen reduzieren sowie die Therapiemotivation erhöhen. Erfolge könne die tiergestützte Therapie auch im Einsatz gegen Traumata und Posttraumatischen Belastungsstö-

rungen (PTBS) vorweisen – Symptome und Ängste mindern. Mit welcher Tierart, welchem Charakter und welcher Form von tiergestützter Intervention bei welchem Störungsbild nachhaltig Therapieerfolg erzielt werden könne, müsse noch intensiv erforscht werden, erläuterte Lass-Hennemann.

Gerd Ganser (Konstanz) wird in seiner Psychotherapie-Praxis für Kinder und Jugendliche in Konstanz seit 2012 von Danka unterstützt – einer Golden-Retriever-Hündin. Ganser gab Einblicke in die Praxis der hundegestützten Psychotherapie. In der Psychotherapie könne ein Hund „aufgrund seiner evolutionären Verbundenheit zum Menschen und dem spezifischen therapeutischen Beziehungsraum zu einem echten Subjekt – zu einem Dritten im therapeutischen Prozess – werden“. Ganser verweist auf Erkenntnisse aus der Forschung, dass Lernerfahrungen in Beziehungen – auch durch nonverbale Prozesse – „Auswirkungen auf unseren Körper haben, auf die Art und Weise im Körper zu sein, wie wir gehen, uns bewegen, welche Nähe wir als angenehm empfinden, welche Spannung wir im Körper haben“. Es bilden sich sogenannte affektmotorische Muster. Die hundegestützte Psychotherapie eröffne die Möglichkeit, affektmotorischen Mustern, an den Beziehungsmustern und Bewältigungsfertigkeiten zu arbeiten.

Else Döring

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Marianne Ponto-Schultze, Hanau
Dr. phil. Sophinette Becker, Frankfurt
Myriam Freidel, Mainz
Martin Meyer, Petersberg

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

Änderung der Beitragsordnung

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen hat am 26. Oktober 2019 in Wiesbaden folgende Änderungen der Beitragsordnung beschlossen:

In § 1 Abs. 2 wird Satz 2 folgendermaßen neu gefasst:

„Ist eine Veranlagung zum Beitrag durch das Verhalten des Kammermitgliedes (z. B. durch Nichtanmeldung) nicht möglich, wird es für ausstehende Beitragsjahre nachträglich veranlagt.“

In § 5 Abs. 2 Satz 2 werden die Daten „1. Mai und 1. September“ durch „15. Mai und 15. September“ ersetzt.

In § 8 wird Satz 2 folgendermaßen neu gefasst:

„Die Neufassung vom 26. Oktober 2019 ist erstmals bei der Veranlagung zum Kammerbeitrag 2020 anzuwenden.“

§ 1 Abs. 3 wird neu gefasst:

„Von der Beitragspflicht für das Beitragsjahr befreit sind Mitglieder, die noch keine Approbation erlangt haben.“

In § 3 Abs. 2 wird in Satz 2 vor „Gewinne“ das Wort „steuerpflichtige“ eingefügt.

§ 2 Abs. 4 Satz 2:

Hier wird beim Verweis auf § 6 die Ziffer „4“ durch die Ziffer „6“ ersetzt.

In § 6 wird als neuer Absatz 3 eingefügt:

„Mitgliedern mit einer nachgewiesenen Behinderung wird auf Antrag der satzungsmäßige Beitrag ermäßigt. Bei einer Behinderung von mindestens GdB 50 (Grad der Behinderung) beträgt die Ermäßigung 25 %. Bei einer Behinderung von mindestens GdB 75 beträgt die Ermäßigung 50 %.“

In § 6 wird als neuer Absatz 4 eingefügt:

„Mitglieder, die ein zu versteuerndes Einkommen (Familieneinkommen) haben, das unter dem Schwelleneinkommen liegt, entrichten einen Beitrag in Höhe des freiwilligen Beitrags. Beim zu versteuernden Einkommen sind Verluste aus Einkommensarten, die nicht mit der Berufstätigkeit des Mitglieds zusammenhängen, nicht zu berücksichtigen (z. B. Vermietung, Kapitalvermögen). Steuer-

lich nicht berücksichtigte Einkünfte, insbesondere Arbeitslosengeld, Krankengeld, sind hinzuzurechnen. Das Schwelleneinkommen errechnet sich aus den Regelbedarfswerten gem. SGB XII für das Mitglied, ggf. Ehepartner und steuerlich berücksichtigten, im Haushalt lebende Kinder. Die Regelbedarfswerte werden dabei für das Mitglied mit dem Faktor 3,5 multipliziert und für ein Kalenderjahr errechnet.“

In § 6 werden die bisherigen Absätze 3 und 4 als neue Absätze 5 und 6 hintangestellt.

Wiesbaden, den 20. November 2019

gez.
Dr. Heike Winter

Diese Änderungen wurden in der Herbst-DV 2019 beschlossen, damit die aktualisierte Beitragsordnung nach Genehmigung durch das Ministerium zum Beitragsjahr 2020 in Kraft treten kann. Die aktualisierte Ordnung finden Sie im Netz (ptk-hessen.de) unter Recht / Satzung.

Änderung der Berufsordnung

Die Delegiertenversammlung hat am 26. Oktober 2019 folgende Änderungen der Berufsordnung beschlossen:

- 1) In der Überschrift wird nach dem Wort „Hessen“ das Wort „(Psychotherapeutenkammer)“ eingefügt.
- 2) In der Präambel werden in Satz 1 hinter dem Wort „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ die Wörter „sowie der weiteren Kammermitglieder“; in Satz 5 hinter „den Schutz der“ werden die Wörter „Patientinnen und“ eingefügt.
- 3) In § 1 Satz 1 wird am Ende eingefügt „, sofern in Einzelregelungen nichts anderes bestimmt ist.“
- 4) In § 3 Absatz 1 Satz 1, § 5 Absätze 1–7, § 6 Absätze 1 und 2, § 7 Absätze 1–5, § 8 Absätze 1 und 2, § 9 Absätze 2 und 4 Satz 1 und 2, § 10 Absatz 1, § 11 Absätze 1 Satz 1, 2 Satz 1, 4, 5, § 12 Absätze 1 und 6, § 13 Absätze 1, 4, 6 Sätze 1 und 3, § 14 Absätze 1 und 5, § 15 Absatz 3, 16 Absatz 1, § 19 Absätze 1 und 3, § 20, § 21 Absatz 2, § 22 Absatz 2 Satz 4, § 23 Absätze 1, 3 und 5, § 24 Absätze 1 und 3, § 26 Absatz 1 und 3, § 27 Absätze 1, 3 und 4, der

Überschrift zu § 28, § 28 Absatz 1, der Überschrift zu § 29, § 29 Absätze 1, 2 und 4, der Überschrift zu § 30, § 30 Absätze 1 und 2, § 31 Absatz 1, § 32 Absatz 2 und 3 und § 34 werden die Wörter „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ durch „Kammermitglieder“ ersetzt.

- 5) In § 4 Absatz 3 Satz 2, § 6 Absatz 2 Satz 3, § 16 Absatz 4, § 22 Absatz 2 Sätze 1–3, Absatz 4 Satz 2, Absatz 5, § 23 Absatz 7 Satz 1, § 25 Absatz 2, § 32 Absatz 1 Satz 2, § 33 Absatz 1 und § 34 wird das Wort „Landeskammer“ durch „Psychotherapeutenkammer“ ersetzt.
- 6) In § 5 Absätzen 1 und 2 werden vor dem Wort „Patienten“ die Wörter „Patientinnen und“ eingefügt; in Absatz 3 die Wörter „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ durch die Wörter „Kammermitglieder“ ersetzt.
- 7) In § 7 Absatz 4 Satz 1 wird „Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten“ durch „Kammermitglieder“ ersetzt; Absatz 5 wird „die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut“ ersetzt durch „das Kammermitglied“.
- 8) In § 9 Absatz 1 werden die Wörter „Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten“ durch „Kammermitglieder“ ersetzt; in Absatz 2 Satz 2 wird „die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut“ ersetzt durch „das Kammermitglied“ bzw. „der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten“ durch „des Kammermitgliedes“.

- 9) In § 11 Absatz 1 werden die Wörter „Patienten und Dritte“ durch „Patientinnen oder Patienten oder Dritte“ ersetzt; in Absatz 2 Satz 2 wird vor „Patienten“ eingefügt „Patientinnen und“; in Absatz 7 werden die Wörter „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ durch „Approbierte Kammermitglieder“ ersetzt; in Absatz 8 Satz 2 wird vor „Patienten“ eingefügt „der Patientin/“.
- 10) In § 12 Absatz 1 werden die Wörter „die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten“ durch „das Kammermitglied“; in Absatz 6 „die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut“ durch „das Kammermitglied“ ersetzt.
- 11) In § 13 wird in Absatz 7 Satz 1 „zum Psychotherapeuten/in“ durch „zum Kammermitglied“ ersetzt. In Absatz 7 Satz 2 wird „der / die behandelnde Psychotherapeut/in“ durch „das be-

handelnde Kammermitglied“ ersetzt. Absatz 8 Satz 1 wird gestrichen.

- 12) In § 14 Absatz 3 Sätze 1 und 3 und Absatz 5 Satz 2 wird „Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut“ gestrichen und ersetzt durch „Das Kammermitglied“. In Absatz 5 wird „ihres minderjährigen Patienten“ ersetzt durch „ihrer / ihres minderjährigen Patientin / Patienten“.
- 13) In § 15 Absatz 2 werden jeweils die Wörter „die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut“ ersetzt durch „das Kammermitglied“.
- 14) In § 16 Absatz 2, § 17 Absatz 1, 18 Absatz 1 und 3, § 21 Absatz 1 wird „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ durch „Approbierte Kammermitglieder“ ersetzt.
- 15) In § 16 Absatz 4 wird „die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut“ durch „das Kammermitglied“ ersetzt.
- 16) In § 17, § 18 Absatz 3 und § 19 Absätze 3 und 4 wird jeweils „Landeskammer“ durch „Psychotherapeutenkammer“ ersetzt.

17) In § 21 Absatz 2 wird vor dem Wort „Arbeitgeber“ „Arbeitgeberinnen/“ eingefügt.

- 18) In § 22 wird in Absatz 3 „der Praxisinhaber“ durch „der/die Praxisinhaber/in“ ersetzt. In Absatz 4 werden die Worte „Psychologischen Psychotherapeut/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen“ ersetzt durch „Kammermitgliedern“ und „den/die niedergelassene/n Psychologischen Psychotherapeuten/in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in“ durch „das niedergelassene Kammermitglied“.
- 19) In § 23 Absatz 2 wird „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ ersetzt durch „approbierte Kammermitglieder“, in § 23 Absatz 7 Satz 2 „Kammer“ durch „Psychotherapeutenkammer“.
- 20) In § 26 Absatz 2 wird „Teledienstgesetzes (TDG)“ durch „Telemediengesetzes (TMG)“ ersetzt.
- 21) In § 30 Absatz 3 Satz 1 wird „dieselbe Psychotherapeutin oder denselben Psychotherapeuten“ durch „dasselbe Kammermitglied“ ersetzt. In Satz 3 wird „der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten“ durch „des Kammermitgliedes“

bzw. „die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten“ durch „das Kammermitglied“ ersetzt.

- 22) § 31 wird in der Überschrift geändert und „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ durch „Kammermitglieder“ sowie in Absatz 4 „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Auftraggeber und Geldgeber“ durch „Kammermitglieder Auftraggeberinnen und Auftraggeber sowie Geldgeberinnen und Geldgeber“ ersetzt.
- 23) In § 33 Absatz 1 Satz 1 und 2 wird „Kammerangehörigen“ durch „Kammermitglieder“ bzw. „Kammerangehörige“ durch „Kammermitglieder“ ersetzt. In Absatz 2 wird „einer Psychotherapeutin / eines Psychotherapeuten“ durch „eines Kammermitgliedes“ ersetzt.

Wiesbaden, den 20. November 2019

gez.
Dr. Heike Winter

Die aktualisierte Fassung der Berufsordnung finden Sie im Internet (ptk-hessen.de) unter Recht / Ordnungen.

Änderung der Aufwandsentschädigungsordnung (AEO)

Die Delegiertenversammlung hat am 26.10.2019 folgende Änderungen der Aufwandsentschädigungsordnung beschlossen:

Teil 1: Änderung der Aufwandsentschädigungen

1. In Ziffer 2 der AEO werden die Pauschalen festgesetzt auf:
Präsident/in EUR 4.280
Vizepräsident/in EUR 3.930
Beisitzer EUR 1.350.
2. In Ziffer 3 der AEO werden die Sätze wie folgt erhöht:
- Sitzungsgelder von 440 EUR auf 484 EUR
 - Sitzungsgelder von 330 EUR auf 363 EUR
 - Sitzungsgelder von 220 EUR auf 242 EUR
 - Pauschale für Ausschussvorsitzende und Gremiensprecher von 44 auf 48 EUR

- Abzugsbetrag für Fehlzeiten von 11 EUR auf 12 EUR
- Aufwandsentschädigung für Moderationen von 330 EUR auf 363 EUR.

3. In Ziffer 4 wird die Aufwandsentschädigung für Aufträge erhöht von 11 EUR auf 12 EUR.
4. In Ziffer 6 wird die Entschädigung für Fahrtzeiten erhöht von 8,40 EUR auf 9,20 EUR.
5. In Ziffer 7 wird die Entschädigung für Kinderbetreuung erhöht von 15 EUR auf 17 EUR. Der Maximalbetrag pro Tag wird erhöht von 150 EUR auf 170 EUR.
6. In Ziffer 9 wird der Tageshöchstsatz erhöht von 630 EUR auf 690 EUR.
7. In Ziffer 5. – Reisekostenentschädigung wird in Absatz 2 Satz 1, in Absatz 4 Satz 1

und Absatz 8 Satz 2 jeweils „2. Klasse“ durch „1. Klasse“ ersetzt.

Die Veränderungen treten zum 1. Januar 2020 in Kraft.

Teil 2: Redaktionelle Änderungen

1. In den Ziffern 1 und 3 werden die Worte „Kammerangehörige“ durch „Kammermitglieder“ ersetzt.
2. In Ziffer 5 Absatz 5 Satz 2 werden die Worte „bzw. Mitglied der Geschäftsstelle“ ersatzlos gestrichen.

Wiesbaden, den 20. November 2019

gez.
Dr. Heike Winter

Die aktuelle Fassung dieser Aufwandsentschädigungsordnung finden Sie im Internet (ptk-hessen.de) unter Recht / Ordnungen.

Änderung der Forensik-Ordnung

Die Delegiertenversammlung hat am 26. Oktober 2019 zudem Änderungen der Forensik-Ordnung beschlossen.

Die aktualisierte Fassung der Forensik-Ordnung finden Sie im Internet (ptk-hessen.de) unter Recht / Ordnungen.

Fachtag „Häusliche Gewalt“ am 30. Oktober 2019

Mit dem Fachtag Häusliche Gewalt griff die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen am 30. Oktober 2019 erneut ein Thema auf, das zum einen in seinen vielfältigen Formen und Auswirkungen in der psychotherapeutischen Praxis sehr präsent ist und gleichzeitig im hohen Maße verschiedenste Berufsgruppen und Kompetenzfelder zusammenführt. So kamen etwa 100 Kammermitglieder, Staatsanwältinnen, Rechtsanwältinnen, Vertreterinnen von Jugendämtern und andere zusammen, um ihr Wissen zur Epidemiologie, zu Auswirkungen auf das Umfeld, Hilfsangeboten und zur Psychodynamik von Partnerschaften, in denen es zu Gewalt kommt, zu aktualisieren und zu diskutieren.

Vorträge

Dr. Heinz Kindler vom Deutschen Jugendinstitut umriss in seinem Eröffnungsvortrag zur miterlebten Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl aktuelle Forschungsbefunde, von epidemiologischen Kennzahlen, über Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung bis hin zu psychotherapeutischen Ansätzen. Dabei wurden klare Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß häuslicher Gewalt und psychischen Be-



Dr. Heinz Kindler

eintrüchtigungen bei den Betroffenen aufgezeigt. Darüber hinaus skizzierte er Interventionsformen auf verschiedenen Ebenen, z. B. einerseits die direkte Behandlung des Kindes, andererseits aber auch die Überprüfung des Kindeswohls und die Unterstützung des hauptsächlich betreuenden Elternteils.

Matthias Wehrmeyer stellte als Vertreter des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie die Entwicklung und Möglichkeiten des niedersächsischen Traumanetzwerkes vor. Er berichtete darüber, wie dieses Hilfsangebot über einige Umwege und viele politische Gespräche seinen Weg gefunden hat. Alle Psychotherapeutinnen sind eingeladen, sich am Netzwerk zu beteiligen.

Sarah Stockhausen vom Netzwerk „pro Beweis“ berichtete über das Angebot der an der Initiative beteiligten Einrichtungen. Die durch das Netzwerk geschulten Mitarbeiterinnen sichern Beweise professionell, ohne dass dabei ein Zwang zur Anzeige besteht. Den Gewaltopfern wird somit eine Möglichkeit gegeben, sich auch zu einem späteren Zeitpunkt für eine Anzeige zu entscheiden und dennoch belastbares Beweismaterial in den Händen zu halten.

Eine dezidiert psychotherapeutisch-psychoanalytische Perspektive nahm Dr. Gabriele Treu ein. In ihrem Vortrag behandelte sie anhand eines konkreten Fallbeispiels die Psychodynamik einer missbräuchlichen Beziehung, unter Berücksichtigung beider Perspektiven. So verdeutlichte sie auf eindrucksvolle Art und Weise, warum es auf die vermeintlich einfache Frage „Warum verlässt du



Vizepräsident Jörg Hermann

ihn nicht einfach?“ oft keine einfache Antwort gibt.

Im darauffolgenden Abschlussvortrag referierte Alexander Korritko über die Auswirkungen häuslicher Gewalt auf den Kontakt zwischen Tätern und Opfern. Dabei plädierte er für ein Versöhnungsangebot insbesondere zwischen Eltern und Kindern, mittels dessen den Kindern ein mögliches Schuldgefühl genommen werden könnte.

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen bedankt sich bei allen Referentinnen für die spannenden Vorträge, sowie den Teilnehmerinnen für die aktive Mitarbeit und Diskussionsfreude. Die freigegebenen Vortragsfolien können auf der Homepage der Kammer eingesehen werden.

Kammertag zum Thema „Weiterbildungsordnung“



V. l. n. r.: Andreas Kretschmar, Kordula Horstmann, Roman Rudyk, Dr. Johannes Klein-Heßling, Jörg Hermann und Götz Schwöpe

Im Vorfeld der Kammerversammlung lud die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) alle Kammerversammlungsmitglieder ein, um gemeinsam mit ihnen über das aktuelle Thema „Musterweiterbildungsordnung“ (MWBO) zu sprechen. Als Referent für die Veranstaltung konnte Dr. Johannes Klein-Heßling von der Bundespsychotherapeutenkammer gewonnen werden.

Dabei wurde ausgiebig auf den derzeitigen Diskussionsstand zur MWBO sowie die dahinterliegenden Prozesse und Strukturen eingegangen.

Kammerversammlung

Am 26. Oktober 2019 fand die zehnte und damit letzte Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Eingeleitet wurde die Kammerversammlung durch eine Schweigeminute für den verstorbenen Präsidenten der Bremer Kammer, Hans Schindler.

Grußwort aus dem Ministerium

Herr Dr. Horn geht in seinem Grußwort wesentlich auf die politischen Prozesse in Bezug auf die Ausbildungsreform und Fragen der Entschädigung für ehrenamtliche Tätigkeiten ein. Das Ministerium hat keine der geplanten Satzungs- und Ordnungsänderungen zu beanstanden.

Vorstands- und Geschäftsstellenbericht

Als Präsident der Kammer berichtet Roman Rudyk eingangs kurz über die Tätigkeiten des Vorstandes. Der Fokus lag dabei auf Themen des Berufsrechts, wie der Einrichtung eines niedrigschwelligen Beratungsangebotes, der geplanten Ausrichtung der Berufsrechtsklausur und der Planung einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem Ethikverein. Weitere Themen waren



Kammerpräsident Roman Rudyk

die Neugestaltung des niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes und die Nachbesetzung des Beauftragten für die psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). Darüber hinaus werden am Beispiel des im Psychotherapeutenjournal veröffentlichten Artikels zu psychotherapeutischen Aspekten des Klimawandels und dessen medialer Rezeption die Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapeutenkammer zu politischen Äußerungen diskutiert. Es werden konkrete Vorschläge zur klimafreundlicheren Gestaltung der Kammerarbeit diskutiert.

Dr. Kaufmann berichtet über Entwicklungen in der Geschäftsstelle. Das Um-

strukturierungsprojekt laufe gut, jedoch habe es Verzögerungen im Bereich EDV gegeben. Der Mitglieder- und Veranstalterbereich soll bald voll funktionsfähig sein und um weitere Funktionen erweitert werden. Weiterhin wird über den Neubau in der Berliner Allee sowie über die Vorbereitungen zur Kammerwahl berichtet. Es erfolgt eine lebhaftete Aussprache über die Funktionalität des Mitglieder- und Akkreditierungsbereiches sowie der diesbezüglichen Kommunikation. Es besteht Einigkeit darin, dass die gegenwärtige Neustrukturierung der Arbeitsprozesse in der Geschäftsstelle die Arbeitsfähigkeit zeitweise eingeschränkt hat und es gemeinsamer Anstrengungen bedarf, bei unseren Mitgliedern um Verständnis für diese Schwierigkeiten zu werben.

Regionalbeauftragte

Ein Antrag auf die Entsendung von Regionalbeauftragten zur stärkeren Vernetzung der Psychotherapeutenchaft in relevanten kommunalen und regionalen Arbeitsgruppen wird zurückgezogen. Es bestehe noch Unklarheit über den in Frage kommenden Personenkreis. Der Antrag soll unter breiter Mitwirkung überarbeitet werden.

Ordnungs- und Satzungsänderungen

Es wird eine Vielzahl an Änderungen beschlossen. So werden Kammerstatzung, Wahlordnung, Meldeordnung, Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung sowie die Verfahrensordnung „Niedrigschwelliges Beratungsangebot für Psychotherapie-Patienten“ auf einen aktuellen Stand gebracht. Die Änderungen im Detail können auf unserer Homepage eingesehen werden.



Die PiA-Vertreterinnen Janna Zieb und Dr. Jelena Becker

Finanzen

Herr Dr. Lingen stellt als Vorsitzender des Finanzausschusses den Haushaltsplan der Kammer vor. Die Kammerversammlung stimmt auf Basis der vorgestellten Daten für die Genehmigung des Haushaltsplanes 2020, mit dem die Beitragssätze stabil gehalten werden können.

Rede- und Antragsrecht der PiA-Vertreterinnen

Dieser Antrag wird nach Beratung mit dem zuständigen Ministerium zurückgezogen, da das Antragsrecht nach HKG den gewählten Delegierten vorbehalten ist.

Es folgt die Diskussion der bereits vorliegenden Berichte der Ausschüsse.

Weiterbildungsordnung Systemische Therapie

Der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung beantragt die Vorbereitung

einer Weiterbildungsordnung (WBO) „Systemische Therapie“ zur Verabschiedung auf der nächsten Kammerversammlung. Diesem Antrag wird stattgegeben. Es wird darüber diskutiert, dass die WBO konform zum niedersächsischen Kammergesetz für die Heilberufe sein muss und mit der Entwicklung hin zu einer neuen MWBO, die im Rahmen der Ausbildungsreform erstellt wird, harmonisieren soll.

Gremien auf Bundesebene

Der anstehende Deutsche Psychotherapeutentag wird vorbesprochen und eine positive Bilanz der in den letzten 12 Monaten von der PKN geleiteten Länderratssitzungen gezogen.

Herr Rudyk bedankt sich abschließend bei allen Anwesenden für die sehr engagierten Diskussionen und die konzentrierte und produktive Atmosphäre, die die Arbeit in der Kammerversammlung gegenwärtig und hoffentlich noch lange prägt.

Wahl zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Wahlausschreiben nach § 15 der Wahlordnung

Hinweis:

Das folgende Wahlausschreiben ergeht aus redaktionellen Gründen vor Schließung des Wählerverzeichnisses. Es steht unter dem Vorbehalt, dass sich aus den Mitgliedszahlen, die bei Abschluss des Wählerverzeichnisses festgestellt werden, keine Änderung der Anzahl der zu wählenden Mitglieder ergibt. Sollte das der Fall sein, ergeht rechtzeitig ein weiteres Wahlausschreiben.

Im März 2020 wird die Wahl zur Versammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen stattfinden. Hiermit möchte ich Sie mit dem weiteren Ablauf der Wahl vertraut machen.

I.

Das Wählerverzeichnis wird entsprechend der Wahlordnung im Dezember

2019 abgeschlossen. Auf der bislang absehbaren Zahlenbasis stellt sich die Anzahl der zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung wie folgt dar:

Es sind 40 Mitglieder zu wählen, davon gehören

29 Mitglieder zur Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und

11 Mitglieder zur Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP).

II.

Bewerber um einen Sitz in der Kammerversammlung können sich nicht direkt selbst zur Wahl stellen, sondern müssen von wahlberechtigten Kammermitgliedern vorgeschlagen werden.

Diese Wahlvorschläge müssen bis zum

30. Januar 2020

eingereicht werden; Wahlvorschläge, die nach diesem Termin eingehen, können nicht zugelassen werden.

Die Wahlvorschläge sind beim Wahlleiter unter der Anschrift der Kammer einzureichen. Bitte übersenden Sie die Wahlvorschläge möglichst früh, damit möglicherweise aufgetretene Mängel rechtzeitig beseitigt werden können.

Zur Sicherheit empfehle ich, die Unterlagen parallel zum Postweg auch an die Kammer zu faxen (bzw. eingescannt per E-Mail an mgm@pknds.de zu senden).

III.

Um zur Wahl zugelassen zu werden, müssen die Wahlvorschläge folgende Bedingungen erfüllen:

Weil die Gruppe der PP und die der KJP in gesonderten Wahlgängen ihre eigenen Vertreter in die Kammerversammlung wählen, müssen die Wahlvorschläge für jede Berufsgruppe gesondert eingereicht werden. Bewerber einer Berufsgruppe können dabei nur von Wahlberechtigten dieser Berufsgruppe vorgeschlagen werden.

Ein Wahlvorschlag enthält entweder einen Einzelbewerber (Einzelwahlvorschlag) oder eine Liste von Bewerbern (Listenwahlvorschlag). Auf den Listen müssen die zur Wahl stehenden Personen in erkennbarer Reihenfolge verzeichnet sein. Auf jedem Wahlvorschlag müssen Familienname, Vorname, akademischer Grad, Berufsgruppe und Ort vermerkt sein.

§ 24 der Wahlordnung

(1) Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt.

(2) Ist auf dem Stimmzettel mehr als ein Wahlvorschlag aufgeführt, so hat jedes wahlberechtigte Kammermitglied nur eine Stimme. Zur Stimmabgabe kennzeichnet die Wählerin oder der Wähler auf dem Stimmzettel die Bewerberin oder den Bewerber, dem sie ihre oder dem er seine Stimme geben will, durch ein Kreuz oder in sonst erkennbarer Weise. Die Wählerin oder der Wähler ist nicht an die Reihenfolge, in der die Bewerberinnen und Bewerber innerhalb eines Wahlvorschlages aufgeführt sind, gebunden.

(3) Ist auf dem Stimmzettel nur ein Wahlvorschlag genannt, so hat jede Wahlberechtigte oder jeder Wahlberechtigte so viele Stimmen, wie Mitglieder der Kammerversammlung aus ihrer bzw. seiner Berufsgruppe zu wählen sind. Zur Stimmabgabe kennzeichnet die Wählerin oder der Wähler die Bewerberinnen oder Bewerber, denen sie ihre oder denen er seine Stimme geben

will, durch jeweils ein Kreuz oder in sonst erkennbarer Weise. Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(4) Es ist nicht zulässig, weitere Vermerke in den Stimmzettel einzutragen.

(5) Werden die Namen von mehr Bewerberinnen oder Bewerbern mit Stimmabgabevermerken versehen, als die Wählerin oder der Wähler abzugeben berechtigt ist, so ist die Stimmabgabe ungültig.

(6) Die Wählerin oder der Wähler legt den entsprechend Abs. 2 bzw. Abs. 3 gekennzeichneten Stimmzettel in den inneren Briefumschlag und verschließt diesen. Der Briefumschlag darf keine Kennzeichen haben, die auf die Person der Wählerin oder des Wählers schließen lassen.

(7) Die Wählerin oder der Wähler unterschreibt die Erklärung auf dem Wahlausweis unter Angabe des Ortes und des Datums.

(8) Die Wählerin oder der Wähler legt den verschlossenen inneren Briefumschlag und den unterschriebenen Wahlausweis in den äußeren Briefumschlag, verschließt diesen, versieht ihn auf der Rückseite mit den Absenderangaben und übersendet diesen Brief (Wahlbrief) auf ihre bzw. seine Kosten der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter.

(9) Der Wahlbrief muss spätestens um 16.00 Uhr des Tages, an dem die Wahlzeit endet, der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter zugegangen sein.

Das bedeutet zusammengefasst:

Mehr als ein Wahlvorschlag auf dem Stimmzettel: nur ein Kreuz für einen Kandidaten.

Ein Wahlvorschlag auf dem Stimmzettel: soviel Kreuze, wie Mitglieder aus der Berufsgruppe in die Versammlung gewählt werden sollen.

Pro Kandidaten darf es nur ein Kreuz geben.

Keine Bindung an Reihenfolge!

Alles andere führt regelmäßig zur Ungültigkeit der Stimmabgabe.

Nur den Stimmzettel in den inneren Briefumschlag stecken; der innere Briefumschlag muss „anonym“ bleiben – nicht beschriften!

Der unterschriebene Wahlausweis und der innere Umschlag kommen in den äußeren Umschlag.

Absender und Postwertzeichen nur auf den äußeren Umschlag.

Eingang beim Wahlleiter (Anschrift wie die der Kammer) bis zum 11. März 2020, 16.00 Uhr.

Zu spät eingehende Wahlbriefe nehmen nicht an der Wahl teil.

Sollten Sie weitere Fragen haben, rufen Sie bitte die Geschäftsstelle der Kammer an, insbesondere wenn es um die Zusendung von Unterlagen oder Formblättern geht.

Mich können Sie über die Geschäftsstelle und unter 0171/3638550 erreichen.

Mit freundlichen Grüßen



gez. Günter Heiß

(Wahlleiter)

Geschäftsstelle

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

Bekanntmachungen

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 26. Oktober 2019 folgende Satzungsänderungen beschlossen:

- Wahlordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Kammersatzung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Verfahrensordnung „Niedrigschwelliges Beratungsangebot für Psychotherapie-Patienten“ der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung für Organmitglieder der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat diese Satzungen am 14. November 2019 auf ihrer Internetseite bereitgestellt. Die Satzungen werden nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 13. November 2019

Roman Rudyk
Präsident

Konstituierende Sitzung der Kammerversammlung am 28. August 2019



Neuer Vorstand der PTK NRW: Bernhard Moors, Barbara Lubisch, Hermann Schürmann, Oliver Kunz, Birgit Wich-Knoten, Andreas Pichler, Gerd Höhner, Cornelia Beeking (v. l. n. r.)

Am 28. August 2019 traten die neu gewählten Mitglieder der 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) in Dortmund zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen.

In der Wahl der Vorstandsmitglieder für die Wahlperiode 2019 bis 2024 wurden Gerd Höhner (Kooperative Liste), seit 2014 Präsident der PTK NRW, und Andreas Pichler (Kooperative Liste), seit 2014 Vizepräsident der Kammer, im Amt bestätigt. Erneut als Beisitzerinnen gewählt wurden Cornelia Beeking (Bündnis KJP), Barbara Lubisch (Kooperative Liste), Bernhard Moors (Bündnis KJP) und Hermann Schürmann (Analytiker/Psychodynamische Liste). Als Beisitzerin neu gewählt wurden Birgit Wich-Knoten (dgv plus+) und Oliver Kunz (dgv plus+). Alle Vorstandsmitglie-

der erhielten eine deutliche Stimmenmehrheit.

Eindeutige Wahlergebnisse

Mit eindeutigen Wahlergebnissen wird die Vorstandscoalition der PTK NRW von einer breiten Mehrheit in der Kammerversammlung getragen, der für die nächsten fünf Jahre 110 Mitglieder angehören und die sich aus sechs Fraktionen zusammensetzt: Analytiker/Psychodynamische Liste (11 Sitze), Bündnis KJP (18 Sitze), dgv plus+ (22 Sitze), Kooperative Liste (41 Sitze), PsychotherapeutInnen NRW (PtNRW, 11 Sitze) und PsychotherapeutInnen OWL (7 Sitze). Fraktionsvorsitzende sind Georg Schäfer (Analytiker/Psychodynamische Liste), Benedikta Enste (Bündnis KJP), Dr. Wolfgang Schneider (dgv plus+), Ju-

lia Leithäuser (Kooperative Liste), Peter Müller-Eikemann (PsychotherapeutInnen NRW (PtNRW)) und Heidi Rosenow (PsychotherapeutInnen OWL).

Als erste Ausschüsse für die neue Wahlperiode richtete die Kammerversammlung den Finanzausschuss und den Ausschuss „Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Ausbildungsreform“ ein und wählte deren Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder. Zudem wurden die 26 Delegierten der PTK NRW für den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) gewählt. Zum Mitglied der PTK NRW für den Finanzausschuss der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wählte die Kammerversammlung einstimmig Peter Müller-Eikemann, als stellvertretendes Mitglied Dr. Georg Kremer.

20 Jahre Psychotherapeutengesetz – Festakt der KVWL

Mit dem Festakt „20 Jahre Psychotherapeutengesetz“ feierte die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) am 11. September 2019 in Dortmund zwei Dekaden Gemeinschaft unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigung. Vertreterinnen aus Gesundheitswesen und Politik zogen gemeinsam eine positive Bilanz und betonten die Entwicklung der Psychotherapie als „Erfolgsgeschichte“ und „Meilenstein in der ambulanten Versorgung.“ In den Vorträgen und der Diskussion wurden aber auch klare Forderungen laut, unter anderem mit Blick auf die Bedarfsplanung, die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen und die Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) gab auf Einladung des Ersten Vorsitzenden der KVWL in einem Grußwort einen Überblick über die historische Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland und die aktuelle Versorgungssituation. Die Angebote von Psychotherapeutinnen seien als enormer fachlicher Gewinn in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen zu sehen; grundsätzlich sei die Qualität in der ambulanten Versorgung mit dem zunehmenden Wissen über psychische Störungen gestiegen. „Eine drängende Aufgabe ist es nun, dem gestiegenen Bedarf und der wachsenden Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen nachzukommen und die ambulanten Angebote auszuweiten, auch hinsichtlich der Behandlung von psychischen Problemen bei chronischen körperlichen Erkrankungen und im Zu-



Manfred Radau, Barbara Lubisch, Gerd Höhner und Dr. Gerhard Nordmann, Erster Vorsitzender der KVWL (v. l. n. r.; Foto: KVWL)

ge präventiver Maßnahmen“, betonte Gerd Höhner. Eine weitere zentrale Aufgabe sei die Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung.

„Im System angekommen“

In ihrer Funktion als stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) legte PTK-NRW-Vorstandsmitglied Barbara Lubisch in ihrer Festrede die Historie wesentlicher berufspolitischer Aspekte dar. Sie blickte auf die Grundlagen und die Auswirkungen des 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und die Weiterentwicklung der Psychotherapie in den folgenden 20 Jahren. Dabei wies sie eindringlich auf die bis heute bestehenden Defizite in der psycho-

therapeutischen Bedarfsplanung hin. Schließlich fasste Barbara Lubisch die Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Berufsstandes und der psychotherapeutischen Angebote zusammen. Dabei zeigte sie auf, dass die Profession mittlerweile in zahlreichen berufspolitischen Gremien aktiv und im System angekommen sei.

Manfred Radau, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie in der KVWL, ließ sein Schlusswort mit den Wünschen ausklingen, dass den Menschen in Zukunft noch mehr als heute bekannt ist, dass es für psychische Erkrankungen gute Behandlungsmöglichkeiten gibt und sie schnell eine passende Therapeutin oder einen passenden Therapeuten finden werden.

15. Jahreskongress Wissenschaft-Praxis am 12. und 13. Oktober 2019

„Facebook, Instagram und Co. – Chancen und Risiken der neuen Medien für die Psychotherapie“, unter dieser Überschrift standen die drei Vorträge, mit denen der 15. Jahreskongress Wissenschaft-Praxis am 12. Oktober 2019 in Bochum eröffnete. Im Anschluss an den gemeinsamen Vormittag bot der von

dem Hochschulverbund Psychotherapie NRW und der PTK NRW veranstaltete Kongress in rund 50 Workshops an zwei Tagen ein umfassendes Programm zur psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Mit 370 Teilnehmenden war die Veranstaltung in diesem Jahr erneut gut be-

sucht; großen Anklang fand auch die auf Nachhaltigkeit und Klimaneutralität ausgerichtete Kongressgestaltung. Eröffnet wurde der Kongress von Prof. Dr. Jürgen Margraf, Dekan der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum. Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW), betonte

in seiner Begrüßung, dass der Einsatz neuer Medien beispielsweise in Form von Gesundheits-Apps rasant auf dem Vormarsch und vom Gesetzgeber gewollt sei. Derzeit seien jedoch noch viele Fragen zu klären, allem voran die der Datensicherheit. „Die Sicherheit der Daten muss als Basis unserer psychotherapeutischen Arbeit unbedingt gegeben sein“, hielt Gerd Höhner fest. „Als Kammer

werden wir uns dafür einsetzen, dass brauchbare Lösungen gefunden werden.“

In dem ersten Plenumsvortrag des Eröffnungsvormittags erläuterte Dr. Julia Brailovskaia von der Ruhr-Universität Bochum am Beispiel von Facebook mögliche Auswirkungen der Nutzung sozialer Netzwerke auf das subjektiv

empfundene Wohlbefinden und die psychische Gesundheit. Dr. Nina Spröber-Kolb, Psychologische Psychotherapeutin aus Neu-Ulm, referierte zu möglichen Belastungen durch Cyberbullying und dadurch notwendigen psychotherapeutischen Interventionen. Digitale Techniken für die Behandlung von Psychosen stellte Dr. Mar Rus-Calafell von der Universität Oxford vor.

Sitzung der Kammerversammlung am 8. November 2019

Auf der Tagesordnung der Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) am 8. November 2019 in Dortmund standen unter anderem die mit dem beschlossenen Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG) verbundenen Aufgaben, das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sowie die Qualitätssicherung und die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen.

Kammerpräsident Gerd Höhner stellte ergänzend zum schriftlichen Vorstandsbericht heraus, dass der Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) für eine neue Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen die Anliegen der Profession größtenteils berücksichtige. Bei der Umsetzung sei nun unbedingt zu beachten, dass die Ausbildungsinhalte und die Prüfungen von Lehrenden mit entsprechender Fachkunde in den verschiedenen wissenschaftlich geprüften und anerkannten Verfahren und in den Altersbereichen vermittelt und durchgeführt würden. Intensiv werde sich die Kammer mit der Entwicklung der Weiterbildung als Aufgabe auf Landesebene beschäftigen. „Derzeit haben wir eine kooperative Diskussions-ebene mit dem Gesundheitsministerium. Das werden wir für die Ausgestaltung der künftigen Weiterbildung ebenso nutzen wie für die nächste große Aufgabe: die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung.“

DVG: Gesetz mit Mängeln

Vorstandsmitglied Barbara Lubisch gab einen Überblick über die Regelungen im DVG. Wesentliches sei nicht zufrieden-



Kammerversammlung in der KVWL in Dortmund

denstellend geregelt, beispielsweise zur Empfehlung von Gesundheits-Apps oder zum Schutz der Patientendaten. „Bei dem zu erwartenden E-Health-Gesetz II werden wir darauf hinarbeiten, Nachbesserungen bei den Punkten einzufordern, mit denen wir im DVG nicht einverstanden sind“, sagte Barbara Lubisch.

Hermann Schürmann aus dem Vorstand der PTK NRW ging auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im September 2019 beschlossene Richtlinie zur personellen Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik ein. „Abgesehen von geringfügigen Anpassungen hat der G-BA die bisherige Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im Wesentlichen schlichtweg fortgeschrieben“, kritisierte er. Eine positive Entwicklung für die Pro-

fession sei der Beschluss des Gesundheitsministers, die Krankenhausplanung künftig leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientiert auszurichten. „Die dafür notwendige Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes ist für uns eine Chance, in den Kliniken präsent zu sein: Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist ein Krankenhaus verpflichtet, Weiterbildungsplätze auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereitzustellen.“ Zur Wahrung der Interessen von Psychotherapeutinnen sei der Vorstand der PTK NRW unter anderem im Landesausschuss für Krankenhausplanung aktiv.

Round Table zur Psychotherapie im institutionellen Bereich

In der anschließenden Aussprache zu verschiedenen Themen nahm die

Kammerversammlung den Antrag an, der Vorstand möge 2020 ein Round-Table-Gespräch zur Psychotherapie im institutionellen Bereich einrichten. Unter anderem sollen in der Veranstaltung Fragestellungen im Zusammenhang mit der Anwendung von Psychotherapie in diesem Arbeitsbereich und mögliche Einsatzfelder für Weiterbildungsteilnehmende eruiert werden.

Die Kammerversammlung beschäftigte sich in ihrer Sitzung auch ausführlich mit den Handlungsfeldern, die sich mit dem Psychotherapeutenausbildungsgesetz für den Berufsstand ergeben. „Der Zeitplan für die Entwicklung der neuen Strukturen ist sportlich“, hielt Gerd Höhner fest. „Wir werden uns im Ausschuss ‚Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Ausbildungsreform‘ intensiv damit befassen.“ Wie die versorgungsbezogenen Regelungen im Ausbildungsreformgesetz aus Sicht der Profession einzuschätzen seien, fasste Barbara Lubisch zusammen. Einiges sei positiv zu lesen, anderes, etwa dass der G-BA den Behandlungsbedarf leitliniengerecht konkretisieren könne, sehe man sehr kritisch. Grundsätzlich seien für die praktische Umsetzung noch viele Fragen zu klären. Der Vorstand der PTK NRW plädierte daher dafür, die vorgesehenen Fristen für die Umsetzung aller Regelungen zu verlängern.

Empfehlungen zur Dokumentation

Vorstandsmitglied Bernhard Moors griff die Themen Qualitätssicherung und Dokumentation auf. „Die Kammer hat als fachlicher Normgeber die Aufgabe, ihren Mitgliedern hierzu etwas an die Hand zu geben“, hielt er fest. „Als mit dem Patientenrechtegesetz 2013 die fachgerechte Dokumentation als unverzichtbare Grundlage für die Sicherheit von Patientinnen normiert wurde, hatte der Vorstand der PTK NRW die Kommis-

sion ‚Standards der psychotherapeutischen Dokumentation‘ eingerichtet. Die von ihr erarbeiteten ‚Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen‘ sind eine Zusammenfassung der wesentlichen Punkte für die Basis- und die Verlaufsdokumentation.“ Nun wolle der Gesetzgeber dem Thema Dokumentation einen neuen An Schub geben, berichtete Bernhard Moors. „Mit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz verpflichtet er den G-BA, bis Ende 2022 eine Richtlinie für ein einrichtungsübergreifendes, sektorenspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu beschließen.“ Dabei werde der G-BA auch Mindestvorgaben für eine Standarddokumentation festlegen. Mit Einführung dieser Richtlinie würden alle Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren entfallen.

„Dieser Beschluss hat eine große Tragweite. Daher sollten wir jetzt vorarbeiten, bevor andere hierzu entscheiden“, erklärte Bernhard Moors. „Die von der Kommission der PTK NRW erarbeiteten Mindestanforderungen geben Orientierung und sind eine gute Basis für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen. Ändern sich die Rahmenbedingungen, können sie angepasst werden.“ Nach eingehender Beratung nahm die Kammerversammlung die von der Kommission erarbeiteten Empfehlungen mit großer Mehrheit an.

Ausschüsse und Haushalt

Für die Wahlperiode 2019 bis 2024 beschloss die Kammerversammlung der PTK NRW mit jeweils einstimmigen Abstimmungsergebnissen die Ausschüsse „Satzung und Berufsordnung“, „Fort- und Weiterbildung in Bereichen“, „Psychotherapie in der ambulanten Versorgung“, „Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“, „Psychotherapie in Krankenhaus-

und Rehabilitation“ und „Digitalisierung“ einzurichten. Die Ausschussmitglieder und die stellvertretenden Mitglieder wurden in der Sitzung gewählt.

Von Andreas Pichler, Vizepräsident der PTK NRW, erhielten die Kammerversammlungsmitglieder einen Überblick über die Ein- und Ausgaben sowie die Entwicklung der Rücklagen der PTK NRW im Jahr 2018. Auf Empfehlung des Finanzausschusses nahm die Kammerversammlung den Jahresabschluss 2018 mit großer Mehrheit an und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2018. Für das Haushaltsjahr 2020 skizzierte Andreas Pichler die anzunehmenden Einnahmen und Ausgaben. Auch hier folgte die Kammerversammlung dem Votum des Finanzausschusses und nahm den Haushaltsplan 2020 bei zwei Enthaltungen einstimmig an.

Nachhaltigkeit – ein Kammerthema

Zum Abschluss ihrer Sitzung votierte die Kammerversammlung einstimmig für den Antrag, der Vorstand möge nach Möglichkeiten suchen, wie sich in verschiedenen Bereichen der PTK NRW ein auf ökologische Nachhaltigkeit ausgerichtetes Handeln verbessern ließe.

Geschäftsstelle

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

Auslage Haushaltsplan 2020

Der Haushaltsplan 2020 kann vom 13. bis 23. Januar 2020 zu den üblichen Öffnungszeiten in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



die 26. Kammerversammlung der OPK stand am 8. und 9. November ganz unter dem Zeichen der Reform des Psychotherapeutengesetzes. Die Mitglieder der Kammerversammlung diskutierten engagiert und konstruktiv darüber, was die Reform für uns bedeutet – für uns und die Zukunft unseres Berufes, aber auch für uns als Landeskammer. Wo müssen wir weiter aktiv werden und wo müssen wir die Arbeit in der Kammer neu denken? Viele weitere Themen standen auf

der Tagesordnung. Wir freuen uns, dass die Weiterbildungsordnung für die Systemische Therapie beschlossen wurde und werden Sie bald über deren Umsetzung informieren. Wichtige Themen aus den Ländern kamen zur Sprache, Chancen und Herausforderungen beim Thema Digitalisierung, aber ebenso, was wir rund um das erschütternde Attentat in Halle als Kammer unternommen haben, um unsere Region zu unterstützen.

Auf den folgenden Seiten geben wir Ihnen einen Überblick über unsere Positionen und Aktivitäten und freuen uns, Sie im nächsten Jahr auf die eine oder andere Weise zum „Miteinanderreden“ über unsere zahlreichen Themen einladen zu können. Bis dahin wünsche ich Ihnen eine besinnliche Weihnachtszeit.

Mit besten Grüßen

Ihr Gregor Peikert
Präsident

„Es wäre mehr möglich gewesen.“: Eine erste Einschätzung des Vorstandes der OPK zum Ergebnis und Prozess der Reform der Psychotherapeutenausbildung

Am 8. November 2019 gab der Bundesrat grünes Licht für das bereits am 26. September 2019 im Bundestag beschlossene Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThGAusbRefG). Nach über 10-jährigem Ringen sind damit die Rahmenbedingungen für die Neuordnung des Berufsstandes geregelt.

An Reformen im Gesundheitswesen haben wir uns gewöhnt, sie finden regelmäßig statt. Diese Reform nun betrifft uns Psychotherapeutinnen und sie verändert vieles, woran wir uns in den letzten zwanzig Jahren gewöhnt haben. Manche der Veränderungen sind erfreulich, andere geben Anlass zur Sorge.

Erfreulich ist zunächst, dass die Psychotherapie nun einen festen Platz in der Systematik akademischer Heilberufe erhält. Zukünftig führt das Studium der Psychotherapie direkt zur Approbation, die die berufsrechtliche Heilerlaubnis



Bleiern mag sie auf den ersten Blick daher kommen, die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Tatsächlich ist sie eine allumfassende Neuordnung des Berufsstandes. (Foto: Fotolia)

darstellt. Damit ist die ordnungspolitische Einheit der Heilberufe in diesem Bereich hergestellt. Die Stellung der Psychotherapie an den Universitäten wird gestärkt. Damit erhalten auch Forschung und wissenschaftliche Weiterentwicklung in unserem Fach neue Chancen.

Praktische Befähigung und sozialrechtliche Anerkennung erhalten die neuen approbierten Psychotherapeutinnen dann durch ihre berufsbegleitende alters- und verfahrensbezogene Weiterbildung. Die

Diskussion um die inhaltliche und formale Ausgestaltung dieser Weiterbildungen ist derzeit in vollem Gang. In diesem zweiten Abschnitt sollen schließlich die Kompetenzen erworben werden, die eine qualitativ hochwertige Heilbehandlung durch die „neuen“ Psychotherapeutinnen sicherstellen.

Was wurde bereits geregelt?

Das Studium der Psychotherapie ist in zwei Abschnitten, einem polyvalenten Bachelor- und einem Masterstudiengang, zu absolvieren. Die Gesamtdauer beträgt 5 Jahre und 3 Monate. Sowohl der Bachelor- als auch der Masterabschluss sind berufsbildend. Vor Erteilung der Approbation ist eine staatliche Prüfung abzulegen.

Das Studium ist ausschließlich an Universitäten und gleichgestellten Hochschulen zu absolvieren, was einen Ausschluss der bisher, vor allem an

der Ausbildung der KJP, hervorragend mitwirkenden Fachhochschulen bedeutet. Was dies für die Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen heißt, bleibt abzuwarten. Die OPK setzte sich während des Prozesses für eine Stärkung der KJP ein und wird die weitere Entwicklung kritisch begleiten. Zudem ergibt sich aus dieser Tatsache die Notwendigkeit, dass die Kapazitäten an den Universitäten sowohl quantitativ als auch qualitativ deutlich ausgebaut werden müssen, um dem Anspruch einer Approbation gerecht zu werden, die die Breite des psychotherapeutischen Handelns abbilden soll. Es wird mit einem Bedarf von 2.500 Studienabsolventinnen pro Jahr in Deutschland gerechnet, um die Versorgung unserer Patientinnen und die Arbeit in weiteren Berufsfeldern von Psychotherapeutinnen aufrecht zu erhalten. Dieser wurde bisher in einem nicht unerheblichen Maß durch die Fachhochschulen gedeckt. Im Gebiet der OPK rechnen wir mit einem Bedarf von jährlich etwa 500 neuen Approbationen.

Schaffung von drei psychotherapeutischen Heilberufen

Um die Entwicklung unseres Berufsstandes an dieser entscheidenden Stelle tatsächlich mitgestalten zu können, ist die Einbeziehung der Kammern in die Hochschulrahmenplanung und die Akkreditierung der neuen Studiengänge unverzichtbar.

Durch das neue PsychThG wurden die psychotherapeutischen Berufe neu geordnet. Leider gelang es nicht, einen einheitlichen gemeinsamen Beruf (ein wesentliches Ziel des Reformprozesses) zu schaffen. Für die weite Zukunft sind die Weichen in diese Richtung gestellt, was uns angesichts des langen Zeitraums mit Übergangsregelungen bis 2032 jedoch nicht im Geringsten zufrieden macht. Durch die Schaffung **von nunmehr drei psychotherapeutischen Heilberufen** kommt neben einer hohen Unübersichtlichkeit für Patientinnen, Mitbehandlerinnen und Institutionen auch ein bedeutender Mehr-

aufwand in allen Ordnungsgebieten des Berufsstandes auf uns zu.

Sämtliche Psychotherapie nach diesem Gesetz ausübenden Berufe dürfen nun die Bezeichnung „Psychotherapeut/in“ verwenden. Die alten konkreten Berufsbezeichnungen („Psychologische/r Psychotherapeut/in“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in“) bestehen allerdings fort. Hinzu kommt der Beruf „Psychotherapeut/in“, der sich in der Berufsbezeichnung nur auf die nach dem neuen Gesetz Ausgebildeten bezieht. Diese Unterscheidung führt schon jetzt zu unterschiedlichen Kompetenzzuweisungen und differenzierten Weiterbildungsmöglichkeiten.

Dem Vorhaben, über entsprechende Zusatzqualifikationen eine Erweiterung der berufsrechtlichen Behandlungserlaubnis der KJP für Patientinnen über das vollendete 21. Lebensjahr hinaus zu erreichen, wurde ein eindeutiger Riegel vorgeschoben. Die Hoffnungen vieler in der Profession erfüllten sich nicht, die Einschränkungen bleiben bestehen. Erreicht wurde aber, dass die weitere Berufsausübung im bisherigen Umfang gesichert ist.

Das neue PsychThG tritt am 1. September 2020 in Kraft und löst damit das Gesetz aus dem Jahr 1998 ab. Die Regelungen des alten Psychotherapeutengesetzes bleiben im Rahmen von Übergangsbestimmungen bis zum 31. August 2032 bestehen, sodass sowohl laufende Ausbildungen beendet werden können als auch Absolventinnen mit einem „alten“ (nach dem neuen Gesetz nicht mehr qualifizierenden) Studienabschluss noch eine Ausbildung zu den bisherigen Bedingungen erhalten können. Diese muss bis zum 31. August 2032 abgeschlossen sein. Dringend zu beachten ist, dass Psychologinnen (Master und Diplom) und alle Absolventinnen pädagogischer Studiengänge eine Ausbildung zur Psychotherapeutin nach den Übergangsbestimmungen machen müssen. Nach dem 31. August 2032 muss der neue Master in Psychotherapie vorgelegt werden, um an der anschließenden Weiterbildung teilnehmen zu können.

Ein weiteres zentrales Anliegen des Reformprozesses war die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der aktuellen Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA). Für die praktische Tätigkeit (Psychiatriepraktikum) wurde eine Mindestvergütung von monatlich 1.000 € festgelegt, was sicher nicht den erbrachten Leistungen entspricht, aber eine Verbesserung der Situation vieler PiA bedeutet. Sehr bemerkenswert ist vor allem, dass die Berücksichtigung dieser Leistungen in den Kostensatzverhandlungen der Kliniken ausdrücklich hervorgehoben wird.

Im Rahmen der ambulanten Patientenbehandlung wurde eine 40%ige Honorarbeteiligung der PiA benannt. Ob dies zu einer Verbesserung der Situation beiträgt, ist fraglich, da die Beteiligung der PiA auch jetzt schon über Auszahlungen oder Leistungskompensationen umgesetzt wird.

Was muss noch geregelt werden?

Im Oktober wurde ein Referentenentwurf für die Approbationsordnung vorgelegt, nach der die Universitäten Studieninhalte und Prüfungen ausrichten müssen. Das Stellungsverfahren läuft und löste eine intensive Diskussion in der Profession aus.

Die OPK unterstützt die inhaltliche Umsetzung ausdrücklich. Wir sehen aber noch wesentlichen Anpassungsbedarf bei der Berücksichtigung der psychotherapeutischen Verfahren in der hochschulischen Lehre. Für ein fundiertes Verständnis von Psychotherapie müssen Studierende die unterschiedlichen wissenschaftlichen Grundorientierungen kennenlernen, und hierfür braucht es jeweils qualifizierte Lehrkräfte. Der Paragrafenteil der Ordnung enthält bisher viele allgemeine Begriffe, die den im Sozialrecht vorgegebenen Verfahrensbezug unterlaufen. Sie lassen befürchten, dass an vielen Hochschulen nicht die Breite, sondern nur ein schmaler Ausschnitt psychotherapeutischer Ansätze vermittelt wird. Hier geht es nicht zuletzt um die Definition dessen, was Psychotherapie ausmacht und zukünftig ausmachen soll. Die De-

initionshoheit von Psychotherapie muss im Berufsstand bleiben und darf nicht durch andere Interessen geleitet werden.

Neben den verschiedenen Verfahren müssen Kompetenzen für die Behandlung aller Altersgruppen vermittelt werden, vor allem auch der Kinder und Jugendlichen. Die OPK wird Universitäten und Wissenschaftsministerien an ihre Verpflichtung erinnern, den Nach-

wuchs im KJP-Bereich ausreichend zu fördern.

Für die Weiterbildung nach dem Studium ist unter anderem die Finanzierung noch mit vielen Fragezeichen versehen. Die Reform wird nur dann ein Erfolg, wenn sich genügend junge Menschen für den neuen Beruf entscheiden und wenn sie – nach Abzug der Kosten für ihre Weiterbildung – akzeptable Einkommen daraus erzielen können.

Vermutlich müssen wir dafür um weitere Reformen ringen. Nach dem Gesetz ist vor dem Gesetz.

Den Link zum Gesetzesblatt zur Reform der Psychotherapeutenausbildung finden Sie im OPK-Magazin unter:

<https://opk-magazin.de/berufs-und-gesundheitspolitik/es-waere-mehr-moeglich-gewesen/>

Der Vorstand der OPK

Attentat in Halle am 9. Oktober 2019: Aktivitäten der OPK

Wie wohl alle Menschen in Deutschland waren wir erschüttert und betroffen von dem antisemitisch motivierten Attentat in Halle am 9. Oktober 2019. Der Attentäter plante einen Anschlag auf die Synagoge im Paulusviertel und versuchte, sich gewaltsam Zugang zu verschaffen, während die Menschen drinnen ausharrten. Als dies nicht gelang, wandte er sich von der Synagoge ab und schoss auf Passanten. Zwei Menschen wurden ermordet, mehrere verletzt. Der Täter war über mehrere Stunden flüchtig. In Halle und Umgebung herrschte über mehrere Stunden eine ausgesprochene Krisensituation. Die Polizei verhängte eine Ausgangssperre, Kindergarten- und Hortkinder durften bis in die Abendstunden nicht nach Hause. Ein Video der Tat, vom Täter selbst gefilmt, kursierte kurz darauf in den sozialen Medien.

Wir wandten uns gleich nach dem Attentat an den Oberbürgermeister der Stadt Halle und boten unsere Unterstützung bei der Versorgung betroffener Bürgerinnen an. Außerdem signalisierten wir unsere Bereitschaft, bei der Erarbeitung von Konzepten für den Krisenfall mitzuarbeiten. Um für zuständige Stellen und Betroffene schnelle und übersichtliche Informationen bereitstellen zu können, erarbeiteten wir Materialien zum Thema „Psychotherapeutische Hilfen nach schockierenden Ereignissen“. Frau Dr. Sabine Ahrens-Eipper vom Vorstand rief einen Quali-

tätszirkel zur „Psychotherapeutischen Versorgung nach dem Attentat in Halle“ ins Leben, damit sich die Kolleginnen vor Ort vernetzen und gemeinsam die bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen koordinieren können. Die Treffen dienen außerdem dazu, sich verfahrensübergreifend auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen. Das erste Treffen des Qualitätszirkels fand bereits regen Zuspruch. Obwohl der Termin recht kurzfristig angesetzt war, zeigte die große Zahl der Teilnehmenden, dass unsere Mitglieder sich bei der Versorgung der Attentatopfer trotz voller Praxen sehr stark engagieren.

Uns wurde deutlich, dass der Informationsbedarf besonders auch an Kindergärten, Schulen und in Familien hoch ist und Belange der Kinder und Jugendlichen nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Auch die Forschungslage zeigt, dass die Gestaltung der Schnittstelle zwischen der psychosozialen Akuthilfe sowie der mittel- und langfristigen Versorgung für Kinder in (Groß-)Schadenslagen insgesamt suboptimal zu bewerten ist (vgl. Karutz, H., Fegert, A.-K., Blank-Gorki, V. (2018). Psychosoziale Akuthilfe bei einem Massenansturm direkt oder indirekt betroffener Kinder. *Der Notarzt*, 34, 178–187). Eine ausreichende Vernetzung zwischen psychosozialen Akuthelferinnen, Erziehungsberatungsstellen, Traumaambulanzen, Jugendämtern, Jugendhilfeeinrichtun-



Halle am 9. Oktober 2019: Eine Stadt und ein ganzes Land im Ausnahmezustand (Foto: Adobe Stock)

gen, niedergelassenen Therapeutinnen, Erzieherinnen und Lehrerinnen ist nur an wenigen Orten vorhanden, sollte jedoch Standard sein. Hier müssen wir weiter aktiv werden. Als Kammer sollten wir außerdem ein einheitliches Verfahren für den Krisenfall entwickeln. Die Erfahrungen nach dem Attentat in Halle, aber auch unsere Erfahrungen nach dem Amoklauf in Erfurt, in die unsere Mitglieder und wir als Kammer stark involviert waren, bestärken uns bei unserem Engagement für die Entwicklung von standardisierten Materialien, Abläufen und Kooperationsmodellen. Die unter der Federführung von Frau Dr. Sabine Ahrens-Eipper zusammen mit der Fachkommission Psychotraumatheorie und dem KJP-Ausschuss entwickelten Infomaterialien werden wir in nächster Zeit für unsere Länder anpassen und dazu auch politische Gespräche suchen.

OPK beim 5. Patientenkongress Depression in Leipzig dabei: Noch immer hoher Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung über die psychische Versorgungslandschaft und die Zugänge zur Psychotherapie

Bereits zum fünften Mal fand in Leipzig der „Patientenkongress Depression“ statt. Schirmherr war, wie bereits in den vergangenen Jahren, Entertainer Harald Schmidt. Seine Moderationen geben dem schweren Thema Depression eine große Leichtigkeit.

Teilnehmende dieser Veranstaltung sind überwiegend Betroffene und ihre Angehörigen. Die OPK hat an diesem Tag „Die Wege zur Psychotherapie“ erklärt und die Broschüre zahlreich verteilt. Es wurde immer wieder deutlich, wie wichtig die Informationen dieser Broschüre sind, um sich im Dschungel der Versorgung zurechtzufinden. Aber auch kritische Fragen wurden an die Kammer gerichtet. Diese waren:

- Warum muss ich eine Pause von zwei Jahren einlegen, um eine neue Psychotherapie zu beginnen?

- Wie bekomme ich einen Sprechstundentermin?
- Wie geht es nach der Sprechstunde weiter?
- Kann mir eine Psychotherapeutin eine Therapie aus Altersgründen versagen?

All diese Fragen und viele weitere zeigen weiterhin einen hohen Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung über die psychische Versorgungslandschaft. Die OPK unterstützt diesen Prozess mit Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit Kontakt- und Beratungsstellen für Selbsthilfegruppen. In den vergangenen 12 Monaten haben dazu Veranstaltungen in diesem Kontext in Magdeburg, Niesky, Dresden und Aschersleben stattgefunden. Allen gleich ist, dass ein Zusammentreffen von Psychotherapeutinnen und Selbsthilfe-Organisationen



Zahlreich waren die Fragen am OPK-Stand zum Patientenkongress Depression in Leipzig. (Foto: A. Orgass)

stattfindet. Bei zwei Veranstaltungen standen die Mitarbeiterinnen in Kontakt- und Beratungsstellen im Mittelpunkt. Bei den anderen waren die Selbsthilfegruppen selbst angesprochen. Auch im Jahr 2020 wird die OPK dieses Format fortsetzen.

Thüringen schafft hauptamtliche Landeszentralstelle für Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

Nach Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen ist Thüringen das dritte Bundesland im Gebiet der OPK, welches die Wichtigkeit einer guten psychosozialen Notfallversorgung erkannt und eine hauptamtliche Landeszentralstelle für Psychosoziale Notfallversorgung geschaffen hat. Angesiedelt im Thüringer Ministerium für

Inneres und Kommunales ist die Landeszentrale mit einer hauptamtlichen Vollzeitstelle versehen. In einem Gespräch im Ministerium für Inneres und Kommunales Ende September 2019 konnte sich das Vorstandsmitglied, Frau Dr. Sabine Ahrens-Eipper, davon überzeugen, dass die Einbindung der Psychotherapeutinnen in

die Psychosoziale Notfallversorgung dem Ministerium ein wichtiges Anliegen ist. Die OPK wird diese Entwicklung jederzeit unterstützen. Verschiedene Vorfälle der vergangenen Monate zeigen immer wieder, wie wichtig eine psychosoziale Versorgung von Betroffenen, Angehörigen und Einsatzkräften ist.

Geschäftsstelle

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach der Verabschiedung im Bundesrat Anfang November schreitet die Reform unserer psychotherapeutischen Ausbildung nun voran. Für unsere Kammer in Rheinland-Pfalz bedeutet das intensive Arbeit, was die Mitgestaltung der neuen Musterweiterbildungsordnung und nachfolgend ihre Umsetzung auf Landesebene angeht, ebenso die Abstimmung mit den Hochschulen zur neuen Approbationsordnung. Und natürlich müssen wir weiter kämpfen für eine Verbesserung der Situation der aktuellen PiA und die Finanzierung der zukünftigen ambulanten Weiterbildungsphase. Ebenso werden uns die neuen Regelungen beschäftigen, u. a. zur Versorgung komplex psychisch kranker Menschen sowie zur Abschaffung des Gutachterverfahrens.

In der letzten Vertreterversammlung unserer Kammer hat der Vorstand einen ausführlichen Bericht vorgelegt, mit dem Sie sich ein Bild unserer Arbeit machen können. Außerdem wurde eine Resolution zum Thema Klimawandel/Nachhaltigkeit einstimmig verabschiedet; ein Thema, das sicher in den nächsten Monaten im Hinblick auf die Auswirkungen auch auf die psychische Gesundheit massiv an Wichtigkeit gewinnen wird. Auch mit neu beschriebenen Phänomenen wie z. B. „eco-grief“ und „eco-anxiety“ wird unser Berufsstand konfrontiert werden. Entsprechend hat sich auch der Deutsche Psychotherapeutentag damit beschäftigt und einen entsprechenden Antrag an den Bundeskammervorstand verabschiedet, den Rheinland-Pfalz mit auf den Weg gebracht hat.

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde zwischenzeitlich verabschiedet. Wir müssen unseren Berufsstand fit machen für die Auseinandersetzung mit digitalen Chancen und Problemen sowie die praktische



Der Vorstand der LPK RLP (v. l. n. r.): Ulrich Bestle, Dr. Andrea Benecke, Sabine Maur und Peter Andreas Staub

Anwendung und Umsetzung sinnvoller digitaler Anwendungen. Unsere Kammer wird deshalb Anfang 2020 ein ausführliches Paper „Diskurs Digitalisierung: Psychotherapie“ veröffentlichen mit Interviews mit zehn Fachleuten, die als Podcasts für Sie zur Verfügung stehen werden. Teil der Veröffentlichung werden auch die spannenden Ergebnisse der Online-Umfrage unter unseren Mitgliedern zu webbasierten Interventionen sein, an der 461 Kolleginnen und Kollegen teilgenommen haben. Dafür möchten wir uns als Vorstand nochmals herzlich bedanken!

Herzlich, Ihre

Sabine Maur

Vertreterversammlung verabschiedet Resolution zum Klimawandel



Die Vertreterversammlung am 19.10.2019

Am 19. Oktober 2019 trat die Vertreterversammlung der Landespsychothera-

peutenkammer Rheinland-Pfalz in der Geschäftsstelle in Mainz zusammen und wurde von Kammerpräsidentin Sabine Maur begrüßt. Die Präsidentin hielt anschließend einen Vortrag zum Thema „Herausforderungen und Chancen der Digitalisierung für die Psychotherapie und unseren Berufsstand – welchen Weg schlägt die LPK RLP ein?“. Der Vorstand legte der Vertreterversammlung einen ausführlichen Bericht über seine Tätigkeit vor. Außerdem wurde

die Neufassung der Wahlordnung, der Regelbeitrag 2020 und der Haushaltsplan 2020 beschlossen. Weiterhin wurde eine Resolution mit dem Titel „Klimawandel: Nachhaltigkeit ist Gesundheitsschutz“ verabschiedet.

Diese Resolution finden Sie ebenso wie den ausführlichen Bericht des Vorstands auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de unter **Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP**.

Neues Logo und Design für die Landespsychotherapeutenkammer RLP

Wir freuen uns, Ihnen das neue Logo der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz präsentieren zu dürfen!

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts tragen wir nun auch das rheinland-pfälzische Wappen in unserem Logo.



Das gesamte Corporate Design der Kammer wurde entsprechend angepasst. Da die Umstellung Auswirkungen auf eine Vielzahl von Bereichen und Dokumenten hat, werden Sie einige Zeit lang parallel auch noch unser bisheriges Logo finden.

Wie können Jugendhilfe und Psychotherapie kooperieren?

Zum Berufsalltag von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) gehört die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der ambulanten und stationären Jugendhilfe. Wie kann diese Kooperation erfolgreich gestaltet werden?

Um diese Frage zu diskutieren und um sich durch die Vorstellung von Best-Practice-Modellen inspirieren zu lassen, kamen rund 80 KJP sowie Akteurinnen aus der rheinland-pfälzischen Jugendhilfe am 23. Oktober 2019 zur LPK-Fachtagung mit dem Titel „Kinder und Jugendliche gemeinsam unterstützen – Schnittstelle Jugendhilfe und Psychotherapie in Rheinland-Pfalz“ zusammen. Die Teilnehmerinnen wurden von Kammerpräsidentin Sabine Maur begrüßt, die in einem kurzen Vortrag das Thema umriss. Nach dem Fachvortrag von Dr. Norbert Beck wurde anhand dreier Best-Practice-Modelle präsentiert, wie eine gelungene Kooperation



Sabine Maur, Dr. Norbert Beck und Birgit Zeller auf dem Podium

zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen gestaltet werden kann. Über das Gehörte wurde zum Abschluss der Fachtagung auf dem Podium diskutiert, auf dem Sabine Maur, Dr. Norbert Beck und Birgit Zeller, die das Landesjugendamt Rheinland-Pfalz leitet, Platz nahmen. Die Teilnehmerinnen hatten die Möglichkeit, sich durch Diskussionsbei-

träge einzubringen und konnten auch den dafür freigehaltenen Platz auf dem Podium einnehmen. Insgesamt wurde festgehalten, wie wichtig eine gute Kooperation zwischen den Akteurinnen ist, um die jungen Patientinnen möglichst gut versorgen zu können. Immer wieder wurde betont, dass dafür hohes Engagement nötig ist. Dass sich der Einsatz lohnt, zeigten die genannten Beispiele von positiven Entwicklungsverläufen der Kinder und Jugendlichen, die das Glück hatten, von guter Zusammenarbeit zwischen KJP und Jugendhilfe zu profitieren.

Auch der SWR besuchte die Fachtagung und berichtete darüber in der Sendung „SWR Aktuell Rheinland-Pfalz“. Den Link zum Sendebbeitrag und alle Präsentationen der Vortragenden finden Sie auf www.lpk-rlp.de unter **Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP**.

LPK RLP beteiligt an Tagung „Gesundheit ohne Job?“

Psychische Erkrankungen können sowohl Ursache als auch Folge der Erwerbslosigkeit sein. Erwerbslose Menschen haben ein stark erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken, ebenso gibt es deutlich mehr Suchtdiagnosen als bei Erwerbstätigen. Aufgrund der engen thematischen Verflechtung unterstützte die LPK RLP gerne die Tagung „Gesundheit ohne Job? – Machbar oder

Illusion?“ am 24. September 2019. LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke leitete den mit Abstand größten Workshop mit über 80 Teilnehmenden „Psychische Erkrankungen und Arbeitslosigkeit – Möglichkeiten und Hilfen“.

Weitere Infos zu der Veranstaltung auf www.lpk-rlp.de unter **Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP**.



LPK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke

Wie kann psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung verbessert werden?

Am 30. Oktober 2019 besuchte Ulrich Bestle, Mitglied des Vorstandes der LPK RLP, die Beratungsstelle „Liebelle“, um dort ein Gespräch mit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Katrin Schwibinger sowie der Sozial- und Sexualpädagogin Lotta Brodt zu führen. Die „Liebelle“ versteht sich als Beratungs-, Forschungs- und Bildungsstätte zum Thema „Sexualität und geistige Behinderung“. Thema des Gesprächs war die Frage, wie die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung verbessert werden könnte. Nach wie vor ist es schwierig, diese Patienten-



Lotta Brodt, Ulrich Bestle und Katrin Schwibinger

gruppe in die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu bringen. Die Auswirkungen der ohnehin angespannten Versorgungslage und die langen

Wartezeiten auf Psychotherapieplätze treffen Menschen mit geistiger Behinderung besonders, was unter anderem durch bestehende Berührungängste auf Seiten der Behandler, den speziellen Bedarfen der Patientengruppe gerecht zu werden, begründet ist.

Das Team der „Liebelle“ und Ulrich Bestle besprachen zukünftige Kooperationsmöglichkeiten und vereinbarten, weiterhin in Kontakt zu bleiben, um die psychotherapeutische Versorgung dieser Patientengruppe mit besonderen Bedarfen zu verbessern.

LPK-Präsidentin Sabine Maur nimmt Stellung zu Mental-Health-Apps

Online-Angebote zur Behandlung psychischer Erkrankungen können möglicherweise dabei helfen, Wartezeiten auf eine Psychotherapie zu überbrücken und Belastungen zu reduzieren – aber sie sind kein Ersatz für Face-to-Face-Gespräche. Dies stellte Sabine Maur, Präsidentin der LPK RLP, in einem Gespräch mit der „Wirtschaftszeitung“ klar. In dem Artikel „Eine Depression ist nichts, was sich mal eben mit einer App heilen lässt“ äußert sie sich skeptisch über so genannte Mental-Health-Apps.

Bisher sei für die Nutzerinnen nicht erkennbar, welche Angebote seriös und wirksam seien. Außerdem sei das Niveau des aktuellen Datenschutzes bei vielen Apps nicht akzeptabel. Wirksame und geprüfte Apps können laut Sabine Maur eine gute Ergänzung für die herkömmliche Therapie sein. Wichtig sei aber vor allem, dass der Nutzung eine Diagnostik durch approbierte Psychotherapeutinnen oder Ärztinnen vorausgehe. Zu dem vollständigen Artikel aus der Wirtschaftszeitung vom 25. Okto-



Foto: Pixabay

ber 2019 gelangen Sie über www.lpk-rlp.de / Aktuelles / Presseartikel.

LPK RLP und AOK im Gespräch



Sabine Maur, Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und Geschäftsführerin Petra Regelin führten ein sehr gutes und konstruktives Gespräch mit Dr. Martina Niemeyer, der Vorstandsvorsitzenden der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und mit Frau Jutta Bartmann, Geschäftsbereichsleiterin AOK-Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse in Eisenberg.

Themen des Austauschs waren unter anderem die ambulante und stationäre psychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz, die Reform des Psychotherapeutengesetzes sowie die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Weitere gemeinsame Aktivitäten sind geplant.

Unser Bild zeigt v. l. n. r.: Petra Regelin, Sabine Maur, Dr. Martina Niemeyer und Jutta Bartmann.

Neues Online-Formular zur Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen



Ulrich Bestle testet das neue Fortbildungstool.

Wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass für Fortbildungsveranstalter

ab sofort ein neues Online-Tool zur Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen auf unserer Homepage bereitsteht. Die Beantragung von Zertifizierungen durch die LPK RLP ist nun noch einfacher möglich. Im Rahmen der Bearbeitung wird jedem Fortbildungsveranstalter automatisch eine Veranstalter-ID zugeteilt, die unbefristet gültig ist. Diese ID ist in der Betreffzeile Ihrer Rechnung genannt. Sie wird aus verwaltungsinternen Gründen vergeben und dient der vereinfachten Zuordnung des Antrags zum jeweiligen Veranstalter. Bitte ge-

ben Sie im Online-Zertifizierungsformular Ihre Veranstalter-ID an. Somit können die im System hinterlegten Daten eindeutig identifiziert und Ihre Anträge schneller bearbeitet werden. Das neue Fortbildungstool wurde unter Beteiligung von Ulrich Bestle (Vorstandsmitglied der LPK RLP und Ansprechpartner für den Bereich „Fortbildung“) und den zuständigen Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle erarbeitet. Sie finden das Zertifizierungstool auf www.lpk-rlp.de unter **Psychotherapeuten / Formulare / Fortbildung**.

Neufassung der Wahlordnung der Landespsychotherapeutenkammer

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 19. Oktober 2019 die Neufassung der Wahlordnung der Landespsychotherapeutenkammer in der Fassung vom 6. Dezember 2016 beschlossen. Sie ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 8. November 2019 mit Az.: 3126-0006 #2019/0004-0601 6310 genehmigt worden. Gemäß § 1 Abs. 5 S. 2, 3 der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz stellt die Kammer die Neufassung der Wahlordnung ab sofort auf ihrer Internetseite bereit.

Beitrag 2020

Aufgrund von § 2 Abs. 4 Satz 1 der Beitragsordnung hat die Vertreterversammlung am 19. Oktober 2019 beschlossen, die Höhe des Regelbeitrages für das Jahr 2020 auf 540,00 Euro festzusetzen. Die Höhe des Regelbeitrages wird hiermit öffentlich bekannt gemacht.

Mainz, den 13. November 2019

gez. Sabine Maur
Präsidentin



Foto: Pixabay

Der Vorstand und die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wünschen allen Mitgliedern und Kolleginnen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr!

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

Verordnungsbefugnisse für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeutinnen



Vizepräsidentin *Susanne Münnich-Hessel* informierte über die Befugnisse.

Basierend auf dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 wurden den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie den Psychologischen Psychotherapeutinnen zusätzliche Befugnisse erteilt, welche als Richtlinien zum 16. März 2017 in Kraft getreten sind. Im konkreten Fall sind Vertragspsychotherapeutinnen befugt, ihre Patientinnen unter bestimmten Voraussetzungen ins Krankenhaus einzuweisen, medizinische Rehabilitation sowie Soziotherapie zu verordnen und Krankentransporte zu veranlassen.

In der letzten Praxis-Veranstaltung „Die psychotherapeutische Sprechstunde – Das Kreuz mit (auf) dem PTV 11“ wurde seitens der Teilnehmenden mehrfach der Wunsch geäußert, sich auch über das Thema Verordnungsbefugnisse auszutauschen und gemeinsam Erfahrungen der letzten zwei Jahre mit der Thematik zu reflektieren.

Am 9. Oktober 2019 war es so weit und es wurde zur Veranstaltung in die Geschäftsstelle der PKS geladen. Susanne Münnich-Hessel, Vizepräsidentin

der PKS, begrüßte die überwiegend in Niederlassung tätigen Kolleginnen und startete Ihren Vortrag mit einem Überblick der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und Gebote (Wirtschaftlichkeitsgebot, Genehmigungsvorbehalt), welche im Kontext aller Verordnungen zu beachten sind.

Gestützt durch Formulare und kurze, anschauliche Beispiele wurden die Teilnehmenden durch die einzelnen Verordnungen geführt:

Krankenseinweisung-Richtlinie (KE-RL):

Unter der Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ können Vertragspsychotherapeutinnen ihre Patientinnen ins Krankenhaus einweisen, wenn aufgrund psychischer Störungen eine stationäre Behandlung stattfinden muss und alle ambulanten Behandlungsalternativen in Erwägung gezogen worden sind. Anlassdiagnosen sind psychische Störungen nach § 26 der Psychotherapie-Richtlinie, neuropsychologische Therapie sowie all die weiteren Indikationen des Kap. V ICD-10-GM, wobei Letzteres die Abstimmung mit der behandelnden Ärztin erforderlich macht. Die zwei nächsten erreichbaren Krankenhäuser sind auf der Einweisung zu benennen, eine Übersicht der zugelassenen Krankenhäuser findet sich unter www.deutsches-krankenhausverzeichnis.de. Es obliegt der Patientin, bei ihrer Krankenkasse die Kostenübernahme der Behandlung zu beantragen. Außerdem entscheidet letztendlich das Krankenhaus, ob bzw. wann die Patientin aufgenommen werden wird.

Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL):

Gelegentlich stellt sich im Verlauf einer Richtlinien-therapie die Frage „Kann eine Rehabilitationsmaßnahme meiner Patientin zuträglich sein – und darf ich ihr diese verordnen?“ Die Antwort lautet: ja, solange eine psychosomatische oder psychiatrische Reha-Maßnahme Gegenstand der Verordnung ist und die GKV für deren Bewilligung zuständig ist, da die kurativen Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen, um die gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft zu fördern, um Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Somit ist die Zielgruppe beschränkt auf Altersrentnerinnen, Mütter/Väter sowie Kinder und Jugendliche, wenn schon eine Beeinträchtigung vorliegt. Rechtlich handelt es sich um die Verordnung einer durch die Krankenkasse genehmigungspflichtigen Leistung (§ 2 Abs. 5 Reha-RL). Die Versicherten haben ein Wunsch- und Wahlrecht; Voraussetzung für die Verordnung sind neben der Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit auch eine positive Prognose im Hinblick auf die Rehabilitationsziele. Es ist bei der Mehrdimensionalität des Behandlungsansatzes daher obligat, bei der Beantragung valide medizinische Daten heranzuziehen; es empfiehlt sich daher stets die Kooperation mit der behandelnden Ärztin.

Um einer eventuellen Ablehnung des Antrags seitens der GKV entgegenzuwirken empfiehlt es sich für die antragstellende Psychotherapeutin, sich mit der Internationalen Klassifikation der

Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) dezidiert auseinanderzusetzen. Als Orientierungswert gilt für Reha ein Wert von 40 auf der GAF.

Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL):

Bis heute findet sich im Saarland – trotz höher geschätztem Bedarf seitens der Patientinnen – eine überschaubare Angebotssituation für Soziotherapie. Es gibt sechs soziotherapeutische Praxen



Blick in die Zuhörerschaft

im Saarland und 24 PP/KJP sowie 44 Ärztinnen besitzen eine Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie, welche durch Antragstellung bei der KV und Nachweis einer kooperierenden Soziotherapie-Praxis, ausgestellt wird. Dabei kann sich diese als Empowerment für schwer (psychisch) kranke Menschen

einen wichtigen Wegbereiter im Umgang mit der Erkrankung erweisen, stellt aber auch keine unwesentlichen Anforderungen an die zeitlichen Ressourcen der verordnenden Psychotherapeutin, da eine regelmäßige Abstimmung mit dem Soziotherapie-Erbringer (mind. alle zwei Monate) erfolgen soll. Vielfach gaben Veranstaltungsteilnehmerinnen die Rückmeldung, dass man den inhaltlichen Nutzen für schwer kranke Patientinnen, z. B. begleitend zu einer Therapie oder auch als therapievorbereitende Maßnahme, sehr zu schätzen wisse, aber die organisatorischen Hürden bei geringem finanziellen Anreiz wohl in der Vergangenheit dazu geführt haben, dass von dieser Verordnungsbefugnis aktuell eher selten Gebrauch gemacht werde.

Krankentransport-Richtlinie (KT-RL):

Als nützliche Faustregel kann an dieser Stelle gelten, dass Fahrten zu einer stationären Behandlung (darunter auch die notfallmäßige Einweisung) nicht genehmigungspflichtig sind, Fahrten zu einer ambulanten Behandlung hingegen schon. Ein wichtiger Hinweis ist in diesem Zusammenhang auch, dass die

Patientin mit 10 % der Kosten (min. 5 €, max. 10 €) pro Fahrt zuzahlungspflichtig ist. Regelmäßige Fahrten zur Psychotherapie können für Menschen bei vorliegender Schwerbehinderung oder Pflegestufe (3, 4, 5) bewilligt werden, aber auch im gut begründeten Einzelfall, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht und eine Beförderung zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben unerlässlich ist.

In der Besprechung der gelebten Praxiserfahrungen mit den „neuen“ Befugnissen etablierte sich ein reger Austausch zwischen den anwesenden Kolleginnen. Trotz des im Rahmen der Verordnung hervorgebrachten zusätzlichen Bürokratieaufwands war die Stimmung des Abends davon getragen, dass es sich insgesamt um wertvolle und ergänzende Instrumente zur Verbesserung der Patientenbehandlung handelt, welche es zu bespielen gilt.

Zur vertiefenden Information wird auf die Broschüren der BPTK verwiesen: www.bptk.de/publikationen/psychotherapeuten

Christina Roeder
Vorstandsmitglied PKS

Das sinnliche Selbst. Das Körpergedächtnis in der psychoanalytischen Behandlungstechnik

Rezension von Reinhard Plassmann:

Das neu erschienene Buch von Leikert nimmt von der Analysestunde seinen Ausgang. Sie ist jene Werkstatt, in der erlebbar und beobachtbar wird, wie psychische Erkrankungen und seelische Wachstumsprozesse sich ereignen, also das berühmte Junktim von Forschen und Heilen.

Dieser Schwerpunkt des Autors ist dem Buch jederzeit auf eine sehr positive und überzeugende Weise anzumerken. Er hat nicht akzeptiert, dass manche Behandlungen stagnieren oder scheitern können, sondern hat klinisch und modelltheoretisch genauestens untersucht, welche bisher zu

wenig oder nicht genutzte Zugangswege sich ergeben, wenn die Dimension des Leiblichen und Sinnlichen genutzt wird.

Er verwendet eine sehr lebendige bildhafte Sprache, mit der er seine Erkenntnisse beschreibt, beispielsweise die Metapher vom Einkapselten, den kinetischen Engrammen, wie er sich wissenschaftlich ausdrückt. Krankmachende kinetische Engramme, im Körper gleichsam eingekapselt, sieht er als Ergebnis einer sehr früh in der Entwicklung des Menschen aufgetretenen Hemmung, die verhindert, dass sich die Ebene des Leiblichen mit höheren Repräsentanzklassen verknüpfen kann.

Besonderen Stellenwert weist Leikert den sensorischen Eindrücken zu und sieht das Selbst des Menschen fundiert in sensorischen und kinetischen Repräsentationen. Hierfür findet er den sehr schön überzeugenden Terminus „sinnliches Selbst“, was auch dem Buch seinen Titel gegeben hat.

Das Faszinosum der Begegnung mit diesen Kernen des Selbst, also den Kernen des Lebendigseins und auch den Kernen des Krankseins ist in seinem Text und insbesondere in seinen Fallbeispielen jederzeit spürbar.

Leikerts neue Arbeit ist ein wertvoller Beitrag, die Psychoanalyse aus ihrer Einengung auf Bewusstes und Kogniti-

ves zu befreien und sie um die Dimensionen des Sinnlichen zu erweitern. Er unternimmt diese Fortentwicklung des Modells mit überzeugender klinischer Kompetenz und mit beeindruckender modelltheoretischer Sorgfalt. Leikert ist ein großartiger Kliniker und Theoretiker.

Das Buch ist erschienen im Verlag Brandes und Apsel (2019, 306 Seiten, 34,89 €).

Der Autor: Dipl.-Psych. Dr. Sebastian Leikert, Jg. 1961, Dr. en Psychoanalyse (Paris), Dipl.-Psych., Psychoanalytiker (DGPT), affiliertes Mitglied der DPV.

Niedergelassen in eigener Praxis in Saarbrücken. Dozent und Lehranalytiker am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Heidelberg (DGPT), Dozent am Saarländischen Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie; Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Musik (DGPM). Arbeiten zu ästhetischen und klinischen Fragestellungen. Letzte Veröffentlichungen: (2019) Das sinnliche Selbst – Das Körpergedächtnis in der psychoanalytischen Behandlungstechnik; (2017) Intern J Psychoanal. 98, 3, S. 657–681: „For beauty is nothing but the beginning of terror...“ – the outli-

ning of a general psychoanalytic aesthetic.

Kontakt: www.sebastian-leikert.de, s.leikert@web.de



Prof. Dr. Reinhard Plassmann

Kindertraumaambulanz (OEG) Saarland für Gewaltopfer nach dem Opferentschädigungsgesetz

Eine Kooperation zwischen den SHG Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes, Landesamt für Soziales (LAS)

Die Kindertraumaambulanz dient der Prävention und Rehabilitation von psychischen Gesundheitsstörungen bei minderjährigen Opfern von Gewalttaten und ist durch das gezielte Angebot für Kinder und Jugendliche eine Erweiterung des „TraumaNetzwerkes Saarland“.

Die Interventionen der Kindertraumaambulanz validieren die akuten Hilfebedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, die Opfer von physischer, sexueller und psychischer Gewalt geworden sind und psychische und körperliche Beeinträchtigungen davongetragen haben. Kindern und Jugendlichen, die unter Gewalterfahrungen leiden, wird in der Kindertraumaambulanz eine aktive Opferbetreuung mit fundierter und ausgewiesener Fachexpertise angeboten.

Dabei werden altersentsprechende und individuelle psychotherapeutische

Hilfen präventiv und rehabilitativ angeboten, um einer Chronifizierung von psychischen Erkrankungen und Traumafolgestörungen nach Gewalterlebnissen entgegenzuwirken. Die Kindertraumaambulanz schließt eine Versorgungslücke, da den Betroffenen häufig trotz starker akuter Beeinträchtigung nicht sofort ein Therapieplatz zur Verfügung steht und eine längere Wartezeit dazu führen kann, dass sich Stressbelastung und Traumafolgesymptomatik verfestigen und chronifizieren.

In der Kindertraumaambulanz werden deshalb ganz gezielt und sehr kurzfristig – in der Regel innerhalb von wenigen Tagen nach Kontaktaufnahme – für Kinder und Jugendliche mit akuten und posttraumatischen Belastungen nach Gewalterfahrungen frühe Interventionen angeboten.

Grundlegende Informationen zum Opferentschädigungsgesetz (OEG)

„Mit dem Opferentschädigungsgesetz wird eine eigenständige staatliche Entschädigung über die allgemeinen sozialen Sicherungssysteme und die Sozialhilfe hinaus für die Opfer von Gewalt-

taten geregelt. Eine Gewalttat ist ein vorsätzlicher, rechtswidriger tätlicher Angriff gegen eine Person. Hierzu zählen auch Sexualstraftaten und sexuelle Übergriffe gegenüber Minderjährigen. Anspruch auf Entschädigung nach dem Opferentschädigungsgesetz haben Personen, die durch eine Gewalttat innerhalb der Bundesrepublik Deutschland eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben. Des Weiteren erhält eine Entschädigung, wer im Ausland Opfer einer Gewalttat geworden ist und dadurch einen gesundheitlichen Schaden erlitten hat. Anspruchsberechtigt ist, wer seinen rechtmäßigen Aufenthalt in Deutschland hat und sich zum Tatzeitpunkt längstens sechs Monate im Ausland aufgehalten hat“ (<https://www.saarland.de/75341.htm> [03.06.2019]).

Nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) haben unschuldige Opfer einer Gewalttat oder ihre Hinterbliebenen ein Anrecht auf Hilfe und Entschädigung für gesundheitliche und wirtschaftliche Folgen. Die individuellen Leistungen reichen von Heil- und Krankenbehandlung über Fürsorgeleistungen bis zur Gewährung einer Beschädigten- oder Hinterbliebenenrente.

Kindertraumaambulanz

Die Kindertraumaambulanz bietet im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) für Kinder und Jugendliche mit Gewalterlebnissen eine sehr rasche psychotherapeutische Hilfe an und klärt, ob eine Indikation für eine weiterführende Therapie gegeben ist und leitet diese bei Bedarf und auf Wunsch der Betroffenen unterstützend ein.

Beim Erstkontakt ist ein Antrag zum Opferentschädigungsgesetz (OEG) zu stellen. Hilfe beim Ausfüllen erhalten Betroffene und deren Sorgeberechtigte vom Team der Kindertraumaambulanz. Die Kosten für zunächst fünf probatorische Behandlungen werden vom Saarland übernommen. Bei Bedarf und entsprechender Indikation kann ein Antrag auf weitere Versorgung im Rahmen der Akuttherapie auch nach den ersten fünf Terminen gestellt werden, sofern kein ambulanter Psychotherapieplatz zur Verfügung steht. Die Antragsprüfung erfolgt dann wiederum durch das LAS (www.las.saarland.de).

Zielgruppe:

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit Wohnsitz und Meldeadresse im Saarland, die Opfer von Gewalt geworden sind.

Gewalterlebnisse:

- physische Misshandlung (Schläge, körperliche Gewalt),
- sexuelle Misshandlung (sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung)
- Zeugenschaft von Gewalt; Erlebnis wie Raubüberfälle etc.

Ziele des Angebots:

- Diagnostik,

- Prüfung der Indikation für eine weitere langfristige Therapie oder Beratung,
- Prävention chronischer Traumafolgestörungen,
- eingehende Beratung und Psychoedukation zu möglichen Traumafolgesymptomen und -störungen,
- Behandlung bestehender Belastungssymptome,
- stabilisierende und Resilienz fördernde Gruppenangebote,
- Vermittlung weiterer Hilfsangebote und Therapie.

Team:

Psychotherapeutinnen und Ärztinnen, die über eine sehr gute Fachexpertise und spezielle Kompetenzen in der Traumatherapie verfügen.

Anmeldung – Kindertraumaambulanz:

Direkt und unbürokratisch können sich Betroffene an die Kindertraumaambulanz Saarland (OEG) in der SHG Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KJPP) Kleinblittersdorf wenden. Der Antrag für Leistungen und therapeutische Hilfen wird dann bei Indikation beim ersten Termin gestellt und an das Landesamt für Soziales (LAS), Saarland (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie) zur Prüfung und Genehmigung weitergeleitet.

Die Prüfung und Entscheidung über die Genehmigung einer therapeutischen Akutbehandlung über zunächst fünf Sitzungen in der Kindertraumaambulanz erfolgt unmittelbar durch das LAS. In den probatorischen Sitzungen werden Diagnostik, Akuttherapie, Stabilisierung

und Unterstützung bei der Vermittlung weiterführender Psychotherapie angeboten. Sollte kein Therapieplatz bei vorhandener Indikation gefunden werden, kann eine Fortsetzung der therapeutischen Hilfe in der Kindertraumaambulanz zusammen mit den Betroffenen beim LAS beantragt werden.

Die zentrale Anmeldung in der Kindertraumaambulanz und Terminvergabe für ALLE SHG-KJPP-Standorte (Kleinblittersdorf, Saarbrücken-Schönbach, Sankt Wendel und Merzig) mit angegliederter Kindertraumaambulanz erfolgt über das Sekretariat der SHG KJPP Kleinblittersdorf.

Zentrale Kontaktadresse der Kindertraumaambulanz (OEG), Saarland:

Saarland Heilstätten GmbH Sonnenberg, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Kindertraumaambulanz (OEG), Saarland, Waldstr. 40, 66271 Kleinblittersdorf; Sekretariat: Mo.–Fr., 8.30 bis 16.00 Uhr, Tel.: 06805/9282-0, Fax: 06805/9282-40,

E-Mail: kindertraumaambulanz@sb.shg-kliniken.de; www.shg-kliniken.de



Eva Möhler



Andrea Dixius

Prof. Dr. med. Eva Möhler
Leitung Kindertraumaambulanz

Andrea Dixius
Leitende Psychologin
Kindertraumaambulanz

Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/9545556
Fax: 0681/9545558
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Dr. Pia Fuhrmann, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Sonja Werner

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



ein ereignisreiches und sehr arbeitsintensives Jahr geht zu Ende. Die Verabschiedung der Ausbildungsreform ist ein großer Erfolg und wichtiger Schritt zur Gleichstellung mit den ärztlichen Kolleginnen.

Heute informieren wir Sie über das Ergebnis einer Umfrage der PKSH unter angestellten Kammermitgliedern zu deren Arbeitsbedingungen im Hinblick auf tarifliche Eingruppierung, Beteiligung an Bereitschaftsdiensten und Medikamen-

tenverordnungen. Weiter gibt es Berichte von Vorstandsmitglied H. Memer über seinen Weg in die Niederlassung, von der Eröffnung der Hochschulambulanz für Psychotherapie der CAU zu Kiel und der letzten Kammerversammlung.

Der Vorstand der Kammer wünscht Ihnen eine interessante Lektüre sowie Ihnen und Ihren Angehörigen eine schöne und besinnliche Weihnachtszeit und ein gutes, gesundes und erfolgreiches Neues Jahr.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Oswald Rogner
 Präsident

Ergebnisse einer Angestelltenumfrage

Die PKSH hat eine Umfrage unter allen 358 in Kliniken angestellten Mitgliedern zu deren aktuellen Arbeitsbedingungen durchgeführt. Die Zahl entspricht 60,8 % aller Mitglieder der Kammer im Angestelltenverhältnis.

Von den 358 Fragebögen wurden 147 zurückgesandt, was einer erfreulich hohen Rücklaufquote bei solchen Umfragen entspricht. Es wurden jedoch nicht

von allen Teilnehmenden alle Fragen beantwortet, sodass die Auswertung sich auf die folgende Darstellung reduziert.

80,3 % der Teilnehmenden der Befragung sind weibliche Mitglieder, was den Mitgliederzahlen in der Kammer in etwa entspricht. Hier haben wir einen Frauenanteil von 71,4 %. Unser Beruf wird zunehmend weiblich.

Dienstverträge

Wenn man sich die Berufsbezeichnung unserer approbierten Mitglieder anschaut, wird deutlich, dass 39,5 % der befragten Mitglieder in ihrem Arbeitsvertrag noch als Psychologinnen angestellt wurden (siehe Abb. 1). Der Tarifvertrag nach TVöD dominiert, gefolgt von AVR, außertariflichen Verträgen und Haustarifen (siehe Abb. 2).

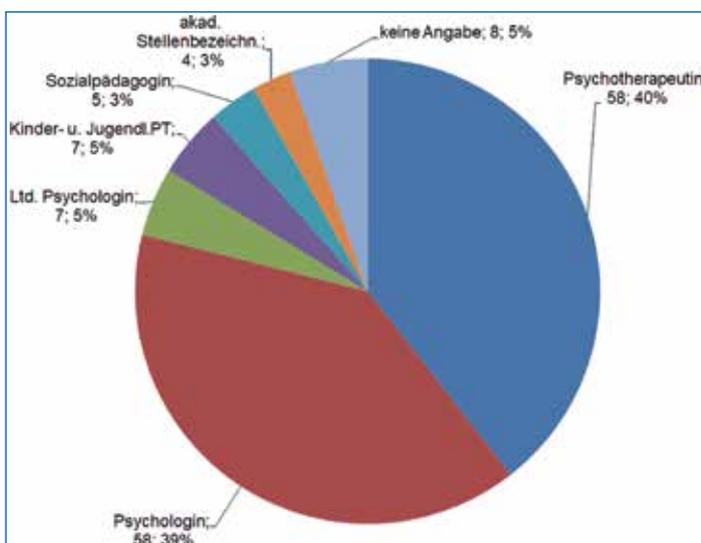


Abb. 1: Berufsbezeichnung laut Arbeitsvertrag

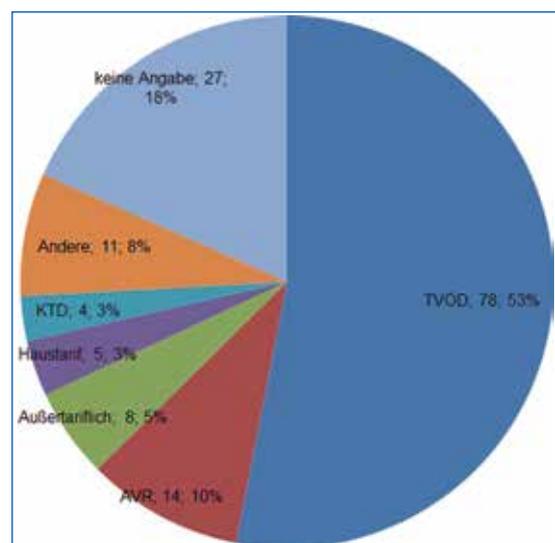


Abb. 2: Tarifvertrag

Arbeitszeit/Gehalt

Die angegebene maximale Wochenarbeitszeit beträgt 42 Stunden. Das höchste Gehalt beträgt 7.700 €. Das durchschnittliche Gehalt beträgt 4.298,59 € bei durchschnittlich 30,07 Wochenarbeitsstunden. Es gibt signifikante Unterschiede im Verdienst zwischen Männern und Frauen: Frauen verdienen durchschnittlich weniger als Männer (siehe Tab. 1–3).

Überstunden

Wird nach der Erbringung der Überstunden gefragt, so bestätigen 25,9 % der Befragten dies für das Wochenende, 7,5 % für die Nacht, 23,1 % für die Feiertage und 10,2 % für sonstige Tage (Mehrfachnennungen waren möglich; siehe Tab. 4).

Bereitschaftsdienste

Als Bereitschaftsdienst wurde die Zeitspanne definiert, in der Arbeitnehmerinnen sich für dienstliche Zwecke außerhalb der regulär vereinbarten Arbeitszeiten bereithalten müssen, um ihre Arbeitskraft einzusetzen. (Hierzu zählt auch telefonischer Hintergrunddienst.)

Von den Befragten geben 15 % an, sich an Bereitschaftsdiensten zu beteiligen, 84 % verneinen dies. Interesse an der Übernahme von Bereitschaftsdiensten zeigen 14,3 % der Befragten. Gründe dafür werden kaum genannt. 65,3 % lehnen Bereitschaftsdienst jedoch ab und geben als Begründung Mehrbelastung, Einschränkung des Privatlebens und schlechte Erfahrungen an. 12,2 % der Kolleginnen geben an, am Wochenende Bereitschaftsdienste zu leisten. 6,8 % tun dies auch nachts. Wenige Kolleginnen verschreiben Medikamente während des Bereitschaftsdienstes und sind dann durch weitere befugte Personen abgesichert. 0,7 % der Kolleginnen haben diese Absicherung nicht. Die Bereiche der Bereitschaftsdienste zeigt Tab. 5.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
Gehalt	106	1530,00	7400,00	4073,1213	1135,24658

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
Gehalt	25	2245,00	7700,00	5142,5200	1564,05123

		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
		Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
					Untere	Obere
Gehalt	Varianzen sind nicht gleich	0,003	-1069,39868	331,67544	-1746,55603	-392,24133

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
In der Woche	93	0,5	15,0	2,892	2,3276
Wochenende	27	0	3	1,15	,794
Nachts	10	0,5	6,0	1,600	1,5776
Feiertags	29	1,0	4,0	1,672	,8159
Sonstige Zeiten	10	1	6	2,20	1,814

	Häufigkeit	Prozent
Psychiatrie	4	2,7
Psychosomatik	15	10,2
Somatik	0	0
Sonstige	5	3,4
Gesamt	24	16,3

Medikamente

30,6 % der Kolleginnen geben an, befugt zu sein, Medikamente zu verschreiben, 11,6 % nach Absprache mit dem ärztlichen Dienst oder dem Team. 9,8 % machen dies beratend bzw. 3,5 % empfehlend oder 1,4 % im Rahmen der ADHS-Diagnostik.

Zusammenfassung

Als Fazit der Umfrage lässt sich festhalten, dass in vielen Arbeitsverträgen leider noch die korrekte Berufsbezeichnung fehlt. Dies sollte sich zukünftig ändern. Frauen verdienen signifikant weniger als Männer, eine Tatsache, die ebenfalls politisch nicht hinnehmbar ist. Einige Kolleginnen stehen in der Verantwortung, Medikamente verschreiben oder empfehlen zu sollen.

Dies entspricht nicht dem tatsächlichen Aufgabengebiet unserer Berufsgruppe. Die Verordnungen erfolgen jedoch unter Aufsicht, in nur einem Einzelfall eigenverantwortlich. Auch wenn es nur ein Einzelfall ist, sollte es diesen jedoch nicht geben.

Die Kolleginnen leisten viele Überstunden und Bereitschaftsdienste ab, teilweise auch nachts. Der Bereitschaftsdienst wird von den Kolleginnen nachvollziehbar als überwiegend belastend empfunden.

Abschließend bedanken wir uns bei allen angestellten Kolleginnen, die sich an dieser Befragung beteiligt haben.

Dr. Angelika Nierobisch
Vizepräsidentin

Eröffnung der Hochschulambulanz für Psychotherapie der Universität Kiel (HPK)

Am 6. November 2019 wurde die Hochschulambulanz des Psychologischen Instituts der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) mit einer Festveranstaltung eröffnet. Grußworte sprachen die Vizepräsidentin der CAU, Frau Prof. Pistor-Hatam, der Präsident der PKSH, Dr. Oswald Rogner, und der Dekan der Philosophischen Fakultät der CAU, Herr Prof. Felber.



*Dr. Rogner bei seinen Grußworten
(Foto: Jürgen Haacks, Uni Kiel)*

Vor einem gut gefüllten Auditorium ging Dr. Rogner auf die Bedeutung der Hochschulambulanz für die Ausbildung der zukünftigen Psychotherapeutinnen und für eine bessere Patientenversorgung ein. Die am Institut für Psychologie angesiedelte Hochschulambulanz für Psychotherapie ist die erste Ambulanz der CAU, die von der Profession der Psychologischen Psychotherapeutinnen eingerichtet und geleitet wird. Im Hinblick auf die (inzwischen verabschiedete) Ausbildungsreform der Psychotherapeutinnen bezeichnete Rogner die neue Hochschulambulanz als folgerichtig und zukunftsweisend.

Den Festvortrag zum Thema „Vernachlässigt und abgehängt? Die soziale Seite psychischer Störungen“ hielt Prof. Jürgen Margraf, Lehrstuhlinhaber der renommierten Alexander-von-Humboldt-Professur an der Ruhr-Universität Bochum. In seinen mit vielen Forschungsergebnissen untermauerten Aussagen zeigte er auf, dass die soziale Seite des biopsychosozialen Störungsmodells für die Entstehung psychischer Störungen häufig unterschätzt wird.

Frau Prof. Anya Pedersen, Lehrstuhlinhaberin für Klinische Psychologie

und Psychotherapie und Leiterin der neugegründeten Hochschulambulanz ging in ihrem Eröffnungsvortrag insbesondere auf die Bedeutung des sozialen Netzwerkes für die Verarbeitung und Bewältigung von kritischen, traumatischen Lebensereignissen ein. Über ein traumatisches Erlebnis zu reden und sich vertrauten Menschen gegenüber zu öffnen („Disclosure“), hilft bei der Bewältigung, beständiges Sprechen über das Ereignis kann aber durchaus auch dessen Verarbeitung behindern.

Die Eröffnung der Hochschulambulanz für Psychotherapie würdigt die große Bedeutung der Psychologie für die Psychotherapie. Sie vereint Forschung, Ausbildung und Anwendung und sichert somit die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden für die Zukunft.

Michael Wohlfarth
Geschäftsführer

Bericht aus der Kammerversammlung

Am 8. November 2019 fand die 52. Kammerversammlung der PKSH statt. Themenschwerpunkte waren der Jahresabschluss des Versorgungswerkes für das Jahr 2018 und der Haushaltsplan der Kammer für das Jahr 2020.

Erfreulicherweise ist es dem Vorstand der Kammer gelungen, die Mitgliedsbeiträge für 2020 konstant zu halten. Und dies trotz geplanter Mehrausgaben im nächsten Jahr für die anstehende Kammerwahl. Geplant ist außerdem die Durchführung des 6. Norddeutschen Psychotherapeutentages am 25. April 2020 in Kiel. Diese bei den Mitgliedern

sehr beliebte Fortbildungsveranstaltung ist bereits im Haushaltsplan enthalten und hat keine Auswirkungen auf den Mitgliedsbeitrag.

Der Jahresabschluss des Versorgungswerkes (VW) der PKSH für das Jahr 2018 wurde von Aufsichtsausschuss und Verwaltungsrat vorgestellt. Das Ergebnis zeigt, dass das VW sehr solide aufgestellt ist und der Verwaltungsrat den Rechnungszins in Höhe von 3,0 %, trotz der sehr angespannten Lage auf den Finanzmärkten mit 3,9 % wieder übertroffen hat. Auf Vorschlag des Versicherungsmathematikers hat die Kam-

merversammlung deshalb beschlossen, die bereits ausgelösten Renten und die Rentenanwartschaften moderat um 2,0 % zu erhöhen.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt der Kammerversammlung war die Wahl von neuen Delegierten für den DPT. Als neue Delegierte wurde Juliane Dürkop einstimmig von beiden Fraktionen der Kammerversammlung gewählt, als neuer Stellvertreter Detlef Deutschmann.

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Mein Weg in die Niederlassung

Im Juni letzten Jahres habe ich nach fast sechs Jahren meine Ausbildung zum analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abgeschlossen. Im Laufe der Ausbildung habe ich immer wieder darüber nachgedacht, ob ich mich in eigener Praxis niederlassen möchte oder ob ich lieber eine Anstellung anstreben sollte. Bis zum Ende der Ausbildung war ich mir nicht sicher: Ich habe ständig die Vor- und Nachteile beider Modelle abgewogen, mit vielen Kolleginnen darüber gesprochen und versucht, die zu mir passenden Argumente für das ein oder andere Zukunftsmodell zu finden.

Möglicherweise geht es vielen so wie mir. Dabei ist es natürlich immer eine Entscheidung, die bei jedem Einzelnen von sehr unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird. Und egal, wie man sich entscheidet, es bleiben vielleicht auch Zweifel. Eine eigene Praxis zu führen schien mir zwar die passendere Variante für mich zu sein, aber sie machte mir auch deutlich mehr Angst als eine Anstellung. Da ich ein eher optimistischer Mensch bin, entschied ich mich, eine Niederlassung in eigener Praxis anzustreben. Ich wollte es probieren.

Ungefähr ein halbes Jahr vor meiner Approbation hatte mir eine liebe Kollegin die Hälfte ihrer Zulassung in Aussicht gestellt und mir auch angeboten, gemeinsam in ihrer Praxis zu arbeiten. Das war natürlich eine große Chance und eine Erleichterung für mich. Ich brauchte mich nicht um Räumlichkeiten zu kümmern und es war eine etablierte Praxis.

Wir fingen an, Informationen über die Übergabe bzw. Übernahme einer Zulassung in der vertragsärztlichen Versorgung zu sammeln. In vielen Broschüren und auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH), der Psychotherapeutenkammer und den Berufsverbänden konnten wir uns einen guten Überblick verschaffen. Das war zum Teil sehr mühselig und auch oft irritierend. Es gibt nämlich leider unzählige Varianten, wie eine Zulassung übernommen werden kann und was dabei zu beachten ist. Zum Teil war ich damit auch überfordert. Ich wollte ja auch nichts falsch machen. Es hat sich aber ziemlich schnell herauskristallisiert, dass eine bevorzugte Übernahme in unserem Fall nicht möglich ist. Gespräche mit erfahrenen Kolleginnen haben mich motiviert, es weiter zu versuchen. Sehr hilfreich war auch ein Beratungstermin bei der Kassenärztlichen Vereinigung. In dem persönlichen Termin mit der Mitarbeiterin dort konnten wir speziell zu unserem Fall aufgetretene Fragen besprechen.

In dieser für mich unsicheren Zeit habe ich die schriftliche und die mündliche Approbationsprüfung erfolgreich absolviert und hatte mich dann auch entschieden, eine Niederlassung in eigener Praxis anzugehen. Die Aussicht auf den hälftigen Anteil meiner Kollegin war nicht so gut und ich hatte mich entschlossen, mich auch auf andere abzugebende Kassenzulassungen zu bewerben. Ich fing an, mit den übergebenden Kolleginnen Verbindung aufzunehmen und deren Vertragsbedingungen einzuholen. Dabei musste ich feststellen, dass die Art und Weise, wie sich die

Kolleginnen die Abgabe ihrer Zulassung vorstellen, sehr unterschiedlich waren und mich auch ziemlich verunsichern haben.

Im August sollte der Zulassungsausschuss als nächstes tagen und ich hatte gehofft, dass auch die Entscheidung über die Abgabe der Zulassung meiner Kollegin auf die Tagesordnung kommt. Aber aufgrund der zeitlichen Abläufe im Zulassungsausschuss sollte es erst auf der Tagung im November verhandelt werden. Letztendlich habe ich mich entschieden, nur noch die Bewerbung für den hälftigen Anteil meiner Kollegin aufrechtzuerhalten, mit der ich auch gemeinsam die Praxis weiterführen wollte. Zu meinem Glück gab es keine weiteren Mitbewerberinnen und der Zulassungsausschuss sprach mir die hälftige Zulassung zu. Ich durfte dann zum Januar des folgenden Jahres mit meiner Tätigkeit in eigener Praxis beginnen.

Von meiner Approbation bis zum Beginn der Arbeit in einer Niederlassung sind sechs Monate vergangen, die ziemlich bewegend und verunsichernd waren. Zurzeit bin ich froh darüber und bereue es nicht, dass meine Wahl auf eine Zulassung in der vertragsärztlichen Versorgung gefallen ist, obwohl ich mir auch weiterhin eine Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis sehr gut vorstellen kann.

In diesem Sinne wünsche ich allen, die in einer ähnlichen Situation wie ich im letzten Jahr sind, alles Gute, viel Geduld und Zuversicht.

Haluk Mermer
Vorstandsmitglied

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/6611990
Fax: 0431/6611995
Mo.–Fr.: 09.00–12.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg

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

Hamburg

Hallerstr. 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226226-060
Fax 040/226226-089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
Mo, Mi, Do 13.00 – 15.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.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

Bayern

Birketweg 30
80639 München
(Post: Postfach 151506
80049 München)
Tel. 089/515555-0
Fax 089/515555-25
Mo – Fr 9.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 14.00 – 15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Hessen

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 14.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/954555-6
Fax 0681/954555-8
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/277200-0
Fax 0421/277200-2
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 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

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein

Sophienblatt 92-94
24114 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 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), † Hans Schindler (Bremen),
Dr. Kim Heinemann (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.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19
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.

18. Jahrgang, Ausgabe 4/2019

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

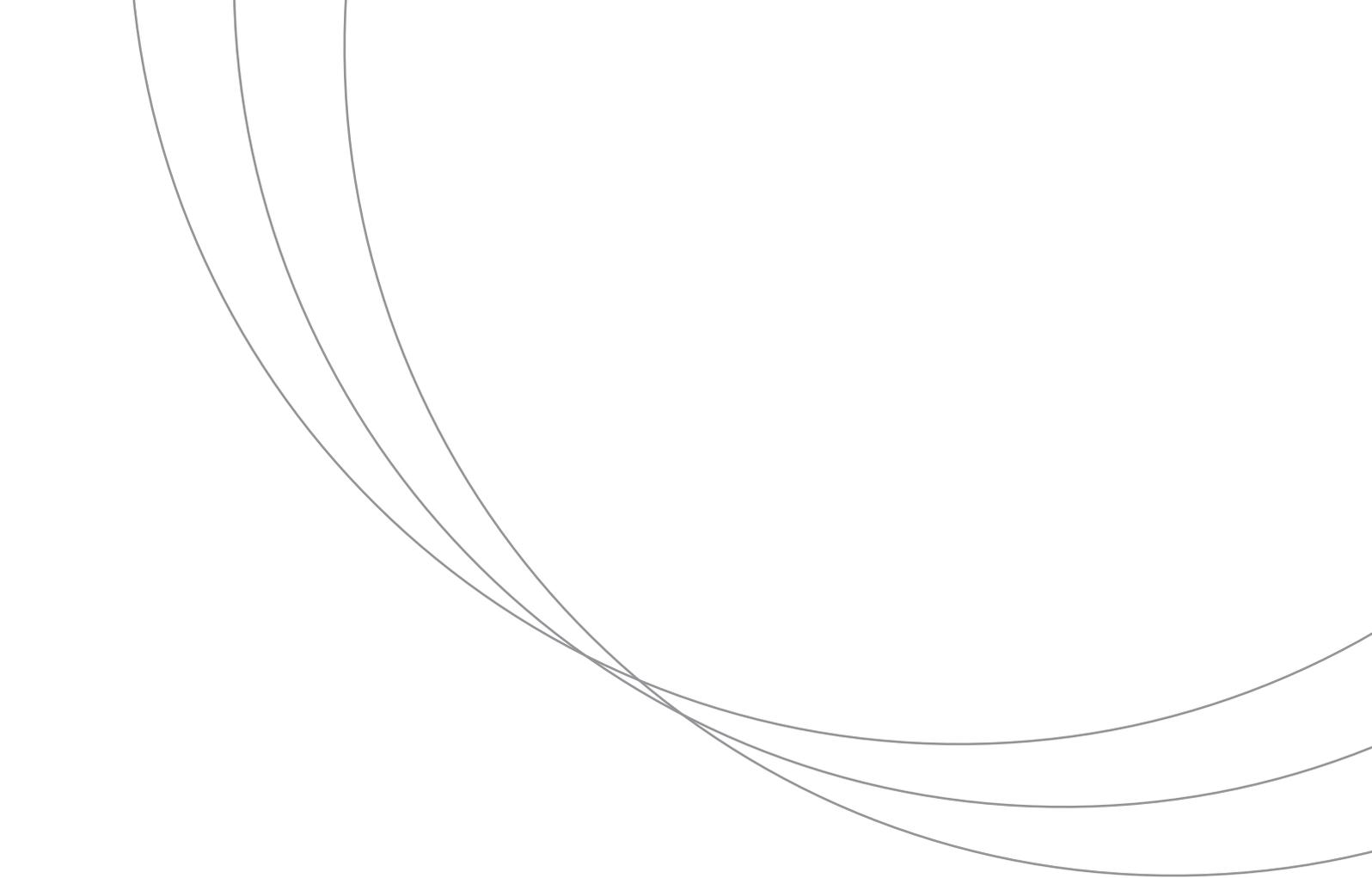
Manuskripte

Einreichungsschluss für Ausgabe 1/2020 ist der 18. Dezember 2019, für Ausgabe 2/2020 der 11. März 2020, für Ausgabe 3/2020 der 12. Juni 2020 und für Ausgabe 4/2020 der 11. September 2020. Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Manuskripte sind elektronisch, am besten im Word-Format, an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in separaten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte 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 umfassen (jeweils inkl. Leerzeichen). Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2016, Göttingen: Hogrefe), 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. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise 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 fürervielfältigungen, 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.



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.



www.psychotherapeutenjournal.de

