

Psychotherapeuten journal

- Wie schätzen Psychotherapeut*innen und Patient*innen ihre Erfahrungen mit Online-Therapie während der Pandemie ein?
- „Demut“ – eine unterschätzte Dimension in der Psychotherapie?
- Metakognitives Training für Patient*innen mit Psychose im Gruppen- und Einzelsetting
- Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie
- Prävention und psychosoziale Versorgung bei Männern in suizidalen Krisen

Geschlechtersensible Sprache

Das Psychotherapeutenjournal empfiehlt im Sinne eines geschlechtersensiblen Sprachgebrauchs für die Bezeichnung von Personen oder Gruppen, die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind, die Verwendung des sog. Gendersternchens (z. B. „Psychotherapeut*innen“, „ein*e Psychotherapeut*in“), sofern es keine sprachlich etablierte geschlechtsneutrale Formulierung gibt. Alternativ besteht die Möglichkeit, texteinheitlich die Paarschreibweise mit männlicher und weiblicher Form (z. B. „Psychotherapeutinnen und -therapeuten“, „eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut“) heranzuziehen. Bitte beachten Sie, dass auch in diesem Fall Personen mit non-binärer Geschlechtsidentität immer ausdrücklich mitgemeint und angesprochen sind. Zur Begründung dieser Sprachregelung lesen Sie bitte das Editorial in Ausgabe 4/2021.

Editorial

Liebe Kolleg*innen,

in der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals (PTJ) wurde in einem Nebensatz des Berichts der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zum Deutschen Psychotherapeutentag im Mai eher beiläufig erwähnt, dass die BPtK ein „nach mittlerweile 20 Jahren im Gesundheitssystem fest etablierter Akteur“ sei. Wir können nach diesen zwei Jahrzehnten feststellen, dass die BPtK aus dem gesundheitspolitischen Konzert nicht mehr wegzudenken ist. Bei Themen zur Psychotherapie, zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und zu deren Rahmenbedingungen findet die BPtK in der Politik, in den Ministerien, bei Krankenkassen und vielen anderen Gehör.

Die Entwicklung der BPtK und die des PTJ waren von der Frühphase an eng miteinander verwoben. Wie schon in den beiden Ausgaben 4/2021 und 1/2022 des PTJ ausführlich dargestellt, wurde die Erstausgabe des Journals im Jahr 2002 noch vor Gründung der BPtK von den zum damaligen Zeitpunkt schon bestehenden Landeskammern herausgegeben.

Wie klug und weitsichtig die Entscheidung war, ein gemeinsames Publikationsorgan aller Psychotherapeutenkammern ins Leben zu rufen, zeigt sich an den mit der Zeitschrift verknüpften Zielsetzungen, die die Präsident*innen im Geleitwort zur Premierenausgabe wie folgt umrissen:

- die Psychotherapeut*innen über allgemeine gesundheits- und gesellschaftspolitische Fragen zu informieren, die für die Entwicklung des Berufs wichtig sind,
- ein Forum zu bieten für fachliche Fragen der Berufsausübung und Berufsentwicklung sowie zu aktuellen Themen der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung,

- über rechtliche und wirtschaftliche Veränderungen zu berichten, die bei der beruflichen Tätigkeit zu beachten sind,
- die Tätigkeit der eigenen Kammer transparent zu machen und einen Einblick in die Arbeit der anderen Kammern zu geben sowie
- ein preiswertes Publikationsorgan für die amtlichen Mitteilungen der Kammern zu schaffen.

Im engeren Sinne als Aufgabenstellungen für das PTJ formuliert, waren diese Ziele doch zugleich ein Signal, sich in den Kammern geschlossen für die weitere Entwicklung der Psychotherapie, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Profession einzusetzen. Rückblickend kann man festhalten, dass sich sowohl das PTJ als auch die Kammern diesen Maximen immerzu verpflichtet sahen, auch wenn sich im Verlauf der Jahre der eine oder andere Schwerpunkt verschoben hat.

In den ersten Heften des PTJ spiegelt sich die damalige Entwicklung der Landeskammern und der BPtK, über deren Gründung in Ausgabe 2/2003 berichtet wurde. In Heft 3 desselben Jahrgangs erschien neben den Mitteilungen aus den Landeskammern, manche damals noch in der Aufbauphase, bereits der erste Bericht der BPtK. Ein zentrales Anliegen war den Autor*innen, dass in den Kammern, die nun demokratisch legitimiert für alle Psychotherapeut*innen sprechen konnten, unbedingt Kompromisse zwischen den davor oft stark vertretenen Einzelinteressen der Verbände gesucht und gefunden werden müssten. Dies ist – so kann man heute resümieren – weitgehend gelungen und war maßgebliche Voraussetzung für die im Laufe dieser Jahre gewachsene Bedeutung der Kammern wie auch von deren Bundesvertretung.



Eine wichtige Leistung des PTJ in den zurückliegenden 20 Jahren bestand darin, das große Repertoire der verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze und deren aktuelle Entwicklungen abzubilden. Auch wirkte das Journal mit seinen Artikeln, Interviews und Berichten daran mit, das vielseitige Arbeitsfeld und Engagement unserer Berufsgruppe sowohl in der Niederlassung als auch in der Anstellung nach innen wie nach außen zu (re)präsentieren. Dass im PTJ fachliche und berufspolitische Themen aus unterschiedlichen Perspektiven eingebracht und zur Diskussion gestellt werden können, hat zur Ausprägung einer übergreifenden Identität der Profession sicher beigetragen. Dieser Austausch, beispielsweise zur Reform der Ausbildung ebenso wie zur Kontroverse um das Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie, zeigt den zwischenzeitlich entwickelten hohen professionellen Diskursstandard, aber auch den respektvollen Umgang im Miteinander. Diese Diskursfähigkeit prägt auch den Deutschen Psychotherapeutentag, der darauf aufbauend in der Lage war und ist, tragfähige Kompromisse zu erarbeiten und zu verabschieden.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und bereichernde Lektüre.

*Dietrich Munz (Baden-Württemberg)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Originalia 238

Julian A. Rubel, Flavio Iovoli, Mila Hall, Luisa Joel, Teresa Väh, Robin Wester, Katharina Michael & Mitglieder des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hessen

Nutzung von und Erfahrungen mit Videotherapie-sitzungen während der Covid-19-Pandemie

Dieser Artikel beschreibt die Inanspruchnahme von und Erfahrungen mit digitalen Therapiesitzungen während der Corona-Pandemie in Hessen. Hierzu wurden die Einschätzungen sowohl von Psychotherapeut*innen als auch von Patient*innen erfragt und ergänzend Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung herangezogen.

247 *Friedrich Kapp*

„Demut“ – eine unterschätzte Dimension in der Psychotherapie?

Demut in der Psychotherapie wurde bislang wenig beachtet. Dies ist erstaunlich, denn dem Konzept Demut kommt im psychotherapeutischen Kontext eine beachtliche Bedeutung zu. In dem Beitrag wird aufgezeigt, inwiefern eine demütige Haltung von Psychotherapeut*innen sowohl positive Konsequenzen für Psychotherapeut*innen selbst als auch für den therapeutischen Prozess haben kann.

256 *Ruth Veckenstedt & Jakob Scheunemann*

Metakognitives Training für Patient*innen mit Psychose im Gruppen- und Einzelsetting

Irren ist menschlich! Über einen spielerischen Ansatz lernen Patient*innen im MKT, ihr Denken zu reflektieren und vorsichtiger zu schlussfolgern. Der Artikel beschreibt den theoretischen Hintergrund zu kognitiven Verzerrungen bei Psychose, die Umsetzung im MKT und die Evidenz von 15 Jahren internationaler Forschung zu diesem Ansatz.

263 *Josef Brockmann, Holger Kirsch & Svenja Taubner*

Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie

Auch wenn das Mentalisierungskonzept einem psychoanalytischen Theoriekontext entspringt, grenzt es sich bei seiner therapeutischen Umsetzung in mehreren behandlungstechnischen Aspekten deutlich von klassischem psychoanalytischem Vorgehen ab. Vor diesem Hintergrund soll ein mentalisierungsbasiertes psychodynamisches Modell für die ambulante Praxis vorgestellt werden, das v. a. für die Behandlung von Patient*innen mit funktionellen bzw. strukturellen Beeinträchtigungen geeignet ist.

273 *Laura Hofmann, Heide Glaesmer, Birgit Wagner & Cora Spahn*

Männer in suizidalen Krisen: Ansätze für genderspezifische Suizidprävention und psychosoziale Versorgung

Männer haben ein deutlich höheres Risiko, durch einen Suizid zu versterben, als Frauen. Gleichzeitig nehmen sie seltener psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch und sind durch suizidpräventive Angebote schlechter zu erreichen. Der Artikel fokussiert sich auf spezifische Risikofaktoren bei Männern, Implikationen für die psychosoziale Versorgung und Wege zur verbesserten genderspezifischen Suizidprävention.

Interview 281

Sabine Ahrens-Eipper im Gespräch mit Irmela Wiemann
„Pflegeeltern bekommen nicht einfach ein Kind – sie bekommen besondere Herausforderungen dazu!“

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

- | | | | |
|------------|-------------------------------|------------|-------------------------------------|
| 290 | Bundespsychotherapeutenkammer | 313 | Hessen |
| 294 | Baden-Württemberg | 317 | Niedersachsen |
| 298 | Bayern | 320 | Nordrhein-Westfalen |
| 303 | Berlin | 324 | Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer |
| 307 | Bremen | 327 | Rheinland-Pfalz |
| 309 | Hamburg | 331 | Saarland |
| | | 335 | Schleswig-Holstein |
- 235** Editorial
- 285** Leserbriefe und Replik
- 340** 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.

Nutzung von und Erfahrungen mit Videotherapiesitzungen während der Covid-19-Pandemie

Julian A. Rubel, Flavio Iovoli, Mila Hall, Luisa Joel, Teresa Vöth, Robin Wester, Katharina Michael & Mitglieder des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hessen¹

Zusammenfassung: Durch die Pandemie und die folgenden Schutzmaßnahmen zur Beschränkung des sozialen Kontakts wurde die Psychotherapie vor eine nie dagewesene Herausforderung gestellt. Um die psychotherapeutische Versorgung aufrechtzuerhalten, mussten alternative Durchführungsformate (v. a. Videotherapiesitzungen) angeboten werden. Um die Inanspruchnahme von digitalen Therapiesitzungen in Hessen zu evaluieren, wurde in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen eine Befragung durchgeführt, an der insgesamt 1.065 Psychotherapeut*innen und 256 Patient*innen teilgenommen haben. Die Ergebnisse zeigen, dass das Angebot digitaler Therapiesitzungen flexibel an das Pandemiegeschehen angepasst wurde. Darüber hinaus offenbarte die Befragung Barrieren in Bezug auf die Nutzung digitaler Therapiesitzungen aus der Perspektive von Psychotherapeut*innen und Patient*innen. Zusammenfassend zeigt die vorliegende Studie am Beispiel Hessens, dass sich digitale Therapiesitzungen als ergänzende Maßnahmen zur Präsenztherapie während der Pandemie bewährt haben, diese jedoch nicht ersetzen.

Einleitung

Zur Eindämmung des SARS-CoV-2-Virus wurden während der Corona-Pandemie Maßnahmen von Kontaktbeschränkungen bis hin zu Lockdowns eingeführt. Diese hatten auch für die Durchführung von Psychotherapie im Einzel-, Paar- oder Gruppensetting weitreichende, bis dahin einmalige Konsequenzen. Um die psychotherapeutische Versorgung dennoch zu gewährleisten, musste die persönliche Psychotherapie in bestimmten Zeiträumen umgehend auf Videotherapiesitzungen umgestellt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband nahmen entsprechend Anpassungen vor. Sie hoben im März 2020 die bis dahin geltenden Beschränkungen für ambulante Psychotherapie via Video oder Telefon weitgehend auf. Somit konnten Psychotherapeut*innen und Patient*innen durch diese Ausnahmeregelung eine digitale Alternative uneingeschränkt wählen. Folglich gewann die Videopsychotherapie und deren Nutzung in dieser Zeit massiv an Bedeutung und trug maßgeblich zur Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Versorgung, vor allem, aber nicht nur für vulnerable Gruppen bei (z. B. Beck-Hiesermann et al., 2021; Schwinn et al., 2020). Es stellt sich jedoch die Frage welche Rolle Videotherapiesitzungen in Post-Pandemiezeiten zukünftig spielen sollen/können. Hier könnten die Erfahrungen aus der Pandemie wichtige Hinweise dazu geben, unter welchen Umständen Videotherapiesitzungen eine sinnvolle Erweiterung des Angebots darstellen. Für die Untersuchung von Videotherapie während der Pandemie scheinen mindestens drei Datenquellen einen wichtigen Beitrag liefern zu können: die Patient*innenperspektive, die Psychotherapeut*innenperspektive und die Nutzungsrealität, die sich aus den tatsächlich abgerechneten Leistungen ergibt.

In bisherigen Arbeiten wurde vor allem auf die Psychotherapeut*innenperspektive fokussiert. In einer beispielhaften Mixed-methods-Befragung von 174 Psychotherapeut*innen aller Richtlinienverfahren untersuchten Gumz et al. (2021) die wahrgenommenen Vor- und Nachteile von Videotherapiesitzungen. Als Vorzüge wurden mehrheitlich die Überbrückung der räumlichen Distanz, die Ersparnisse von Fahrkosten und -zeit sowie eine leichtere Organisation der Therapiesitzungen genannt. Des Weiteren bieten Videotherapiesitzungen laut den Befragten mehr Offenheit und Sicherheit ihrer Patient*innen durch das vertraute Umfeld. Dies habe bei einigen Patient*innen etwa zu einer stärkeren Selbstöffnung geführt (Gumz et al., 2021). Als Nachteil benannte etwa ein Viertel der Psychotherapeut*innen den Wegfall nonverbaler Signale als Informationsquelle. Weiterhin wurde unter anderem wiederholt ein Distanzgefühl beschrieben, reduzierter mitfühlender Austausch und der Umstand, dass bestimmte Therapietechniken (z. B. erlebniszentrierte Methoden, Imagination und Stuhlarbeit) nicht oder nur eingeschränkt durchführbar seien. Als gänzlich ungeeignet wurde Videotherapie von den Psychotherapeut*innen für neue Patient*innen, Kinder, Familien und jüngere Patient*innen sowie Patient*innen aus bestimmten diagnostischen Gruppen (z. B. Persönlichkeits-, Angst- und Zwangsstörungen) eingeschätzt.

Erschwert wurde die Umsetzung nach Ansicht der Psychotherapeut*innen vor allem durch technische Probleme (wie etwa bei schwacher oder instabiler Internetverbindung). Dies zeigte sich auch in einer Studie von Aafjes-van Dorn et al. (2020),

¹ Ilka Heunemann, Ingrid Möslein-Teising, Tanja-Maria Müller, Michel Ruh, Tilo Silwedel, Robert Schmidtner, Dr. med. Ulrike Spengler.

in der 141 Psychotherapeut*innen dazu befragt wurden, welche Faktoren eine Nutzung von Videotherapiesitzungen in der Corona-Pandemie gehindert haben. Die Mehrheit der befragten Psychotherapeut*innen berichtete von technischen Schwierigkeiten mit der Online-Plattform (Aafjes-van Dorn et al., 2020). In Deutschland und den Niederlanden wurden ähnliche Studien durchgeführt, die ebenfalls die technischen Probleme als Hauptgrund für persönliche Schwierigkeiten bei der Durchführung von Videotherapie identifizierten (Feijt et al., 2020; Schwinn et al., 2020).

Außerdem äußerten die Psychotherapeut*innen Bedenken, dass die Durchführung von Videotherapiesitzungen möglicherweise negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung haben könnte (Simpson et al., 2020; Thomas et al., 2021). Tatsächlich scheinen Psychotherapeut*innen die Qualität der therapeutischen Beziehung in einer Videopsychotherapie etwas niedriger einzuschätzen als in persönlichen Sitzungen (Rees & Stone, 2005). Dennoch zeigen Studien, dass während einer Videopsychotherapie durchaus eine tragfähige therapeutische Beziehung entstehen kann (z. B. Norwood et al., 2018), die aus Patient*innensicht als vergleichbar mit derjenigen therapeutischen Beziehung in der persönlichen Psychotherapie eingeschätzt wird (Ruwaard et al., 2009). Vor allem, wenn bereits Präsenzsitzungen stattgefunden haben, scheint die Qualität der therapeutischen Beziehung trotz eines Gefühls der Distanziertheit von Konstanz gekennzeichnet (Bechtold et al., 2023).

Vor dem Hintergrund der genannten Nachteile berichteten Psychotherapeut*innen in einer Befragung von Beck-Hiesermann et al. (2021) über alle Richtlinienverfahren hinweg generell eine geringere Zufriedenheit mit Videotherapien als mit Präsenzsitzungen. Verfahrensspezifisch zeigte sich in der genannten Studie eine höhere selbstberichtete Nutzung von Videotherapien bei Verhaltenstherapeut*innen und tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeut*innen im Vergleich zu analytischen Kolleg*innen.

Nur wenige Studien fokussieren bisher auf Patient*innenerfahrungen mit Videotherapien. In einer nennenswerten Ausnahme untersuchten Lutz et al. (2021) die von Patient*innen berichteten sitzungsweise erhobenen Symptome und verglichen die Verläufe von Patient*innen, bei denen ein Wechsel von Präsenz- zu Videotherapien stattgefunden hatte, mit Verläufen vergleichbarer Patient*innen vor der Pandemie. Die Autor*innen konnten keine signifikanten Unterschiede in den Verläufen zwischen diesen Patient*innengruppen finden, was ein Hinweis darauf ist, dass ein erzwungener Wechsel zu Videotherapiesitzungen nicht zwingend mit Effektivitätseinbußen verbunden sein muss (Lutz et al., 2021).

Die in dem vorliegenden Beitrag berichteten Ergebnisse sind Schlaglichter einer größeren Untersuchung, die in Zusammenarbeit mit der Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen durchgeführt wurde. Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen mit Videotherapiesitzungen aus Patient*innen- und Psychotherapeut*innenperspektive in einer möglichst umfangreichen Stichprobe zu erfassen. Um die reale Nutzung einschätzen zu können, standen zusätzlich die Abrechnungsdaten der mit der KV abrechnenden Vertragspsychotherapeut*innen zur Verfügung. Diese breite Datenbasis kann nicht in einem einzigen Artikel aufbereitet werden, weshalb wir uns dazu entschieden haben, hier nur ausgewählte zentrale Befunde zu berichten. Diese geben einen Einblick in die Nutzungsrealität von Videopsychotherapien für unterschiedliche Therapie-

— Bislang liegen nur wenige Studien zur Erfahrung von Patient*innen mit Videotherapien vor. —

abschnitte und Personengruppen im Pandemiezeitraum, in positive wie negative Erfahrungen seitens der Patient*innen und Psychotherapeut*innen sowie in potenzielle Barrieren. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung konnten wir noch nicht auf eine breite Literatur zu diesem Thema zurückgreifen, zumal Literatur aus der Zeit vor der Pandemie auch nur bedingt für die Situation in der Pandemie relevant ist. Daher wurde ein explorativer Ansatz gewählt, der als eher hypothesengenerierend zu verstehen ist. Vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich veröffentlichten Arbeiten zu diesem Thema (z. B. Gumz et al. 2021) ist zu erwarten, dass aufseiten der Psychotherapeut*innen vor allem technische Probleme und der Wegfall nonverbaler Signale als Barrieren genannt werden.²

Methoden

Datenerhebung

Im Zeitraum von Februar bis März 2021 wurden zunächst alle ca. 4.100 über die KV Hessen abrechnenden Psychotherapeut*innen per E-Mail (wenn möglich) oder per Post zur Teilnahme an der Umfrage eingeladen. Zeitlich lässt sich die Psychotherapeut*innenbefragung in den Zeitraum des zweiten „harten“ Lockdowns in Deutschland einordnen. Die Patient*innenbefragung wurde zwischen Mai und August 2021 durchgeführt. Hierzu wurden Psychotherapeut*innen gebeten, denjenigen ihrer Patient*innen einen Link zum entsprechenden Online-Fragebogen zukommen zu lassen bzw. den Fragebogen in Papierform weiterzugeben, denen sie

² Der komplette Abschlussbericht mit den Auswertungen aller Fragen und weiterführenden Analysen ist unter folgendem Link zu finden: https://osf.io/rqhea/?view_only=bf037cf7a79e4ba1b471fd41992e0f52.

mindestens einmal Video- oder Telefontherapie angeboten hatten. Auf Patient*innenseite wurden weiterhin Kinder und Jugendliche (U18) ausgeschlossen, da im Rahmen dieser Online-Untersuchung das zusätzliche Einverständnis der Erziehungsberechtigten nicht gewährleistet werden konnte.

Die Psychotherapeut*innenbefragung umfasste insgesamt 37 Items und die Patient*innenbefragung 36 Items.³ Der Online-Fragebogen wurde mittels SoSci Survey (Leiner, 2019) realisiert und den Teilnehmer*innen im Internet auf www.soscisurvey.de zur Verfügung gestellt. Die Umfragen beinhalteten geschlossene Fragen, die in der Regel auf einer vier- oder fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden sollten, und offene Fragen, die durch eine Texteingabe zu beantworten waren. Letztere wurden im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 1997) in thematische Einheiten unterteilt. Diesen einzelnen thematischen Einheiten wurde anschließend eine Kodierung zugewiesen, die den Inhalt der ursprünglichen thematischen Einheiten zusammenfasst.

Weiterhin liegen uns die Abrechnungsdaten für die Quartale Q3/2019 bis Q2/2021 vor, sodass wir die in der Umfrage berichteten Daten mit den tatsächlich abgerechneten Werten vergleichen können.

Stichprobe

An der Umfrage nahmen insgesamt $N = 1.065$ Psychotherapeut*innen aller sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren und $N = 256$ Patient*innen teil. Durch Abbrüche im Verlauf der Befragung und ungültige oder unrealistische Angaben, variiert die Anzahl der Antworten pro Frage. Daher berichten wir bei den Umfrageergebnissen sowohl das konkrete N als auch die damit verbundenen relativen Angaben in Prozent. Von den teilnehmenden Psychotherapeut*innen berichteten $N = 172$ (16,2 %) und $N = 6$ (2,9 %) der Patient*innen, keine Videositzungen im jeweiligen Untersuchungszeitraum durchgeführt zu haben. Prozentangaben bei Fragen, die sich auf Erfahrungen mit diesem Format beziehen, betreffen folglich nur die Gesamtheit derjenigen Teilnehmer*innen, die mindestens eine solche Sitzung durchgeführt hatten.

Das durchschnittliche Alter der Psychotherapeut*innen lag bei 53,29 Jahren ($SD = 11.32$; min. = 27; max. = 80). Die überwiegende Mehrheit der Therapierenden war weiblich (78,1 %), gehörten der Berufsgruppe „Psychologische Psychotherapeut*innen“ (66,5 %) an und hatten eine Approbation im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie ($N = 495$; 49,4 %). Die Patient*innen waren im Schnitt 40,47 Jahre alt ($N = 225$; $SD = 14.49$; min. = 18; max. = 77), ebenfalls mehrheitlich weiblichen Geschlechts ($N = 176$; 78,2 %), 44,4 % ($N = 100$), hatten einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss und etwa die Hälfte ($N = 106$; 47,1 %) war ledig.

Ergebnisse

Nutzung von Videotherapiesitzungen

Laut Selbstauskunft boten hessische Psychotherapeut*innen in den Quartalen Q2/2020 bis Q4/2020 im Rahmen der Einzeltherapien durchschnittlich zu 71 % Präsenztermine und zu 22,6 % Videotermine an. Diese Werte spiegeln sich in etwa auch in den Abrechnungsdaten wider (Abb. 1). Während Videositzungen vor dem Beginn der Pandemie (vor März 2020; der erste bundesweite Lockdown begann am 22. März 2020) nur einen verschwindend geringen Anteil der abgerechneten Leistungen ausmachten, stieg dieser Anteil zunächst auf 7 % im März und auf 26,4 % im April 2020 an, bevor dieser wieder etwas zurückging und sich, ähnlich dem Pandemiegeschehen, wellenförmig entwickelte. **Der Anteil durchgeführter Sprechstunden und probatorischer Sitzungen via Video lag zu jedem Zeitpunkt deutlich unter dem Anteil der Videoeinzeltherapiesitzungen.** Auf dem Nutzungshöhepunkt, im April 2020, lag der Anteil via Video durchgeführter Sprechstunden bei ca. 12,5 %, während der Anteil videobasierter probatorischer Sitzungen nie über 2 % lag (1,6 % in der Spitze im April 2020). Betrachtet man den Durchschnitt im Zeitraum von April 2020 bis Juni 2021, so wurden in dieser Zeit insgesamt 15,3 % aller Richtlinientherapiesitzungen, 5,59 % aller psychotherapeutischen Sprechstunden und 0,88 % der probatorischen Sitzungen per Video durchgeführt. Dieser Unterschied bietet bereits Hinweise auf die wahrgenommenen Grenzen dieses Formats, vor allem im Hinblick auf das Kennenlernen und den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (z. B. Flückiger et al., 2018).

Im weiteren Verlauf des betrachteten Zeitraums zeigte sich eine Kreuzkorrelation (Korrelation der Werte des einen Monats mit den Werten des Folgemonats) von $r = .80$ zwischen den Fallzahlen in Hessen von Mai 2020 bis Juni 2021 und dem jeweiligen Anteil der abgerechneten Videotherapiesitzungen im Folgemonat ($r = .62$ für probatorische Sitzungen und $r = .76$ für Sprechstunden). Dies deutet darauf hin, dass Psychotherapeut*innen dann verstärkt auf digitale Alternativen zurückgriffen, wenn die Inzidenzen erhöht waren, und somit ihr Angebot dynamisch an das Pandemiegeschehen angepasst haben.

Die **Initiative** für den Wechsel des Therapieformats erfolgte aus Sicht der Psychotherapeut*innen entweder beidseitig ($N = 310$; 41,1 %) oder von Therapeut*innenseite ($N = 296$; 39,2 %). Eine ähnliche Einschätzung gaben die befragten Patient*innen ab ($N = 99$; 48,1 % *beiderseitige* bzw. $N = 72$; 35 % *therapeut*innenseitige Initiative*). Auch das **Alter der Patient*innen und der Psychotherapeut*innen** hatte einen Einfluss darauf, wie viele Videositzungen angeboten wurden.

³ Die beiden Fragebögen können als Muster auf der Website des Psychotherapeutenjournals (www.psychotherapeutenjournal.de) auf der Unterseite zur zugehörigen Heftausgabe eingesehen werden.

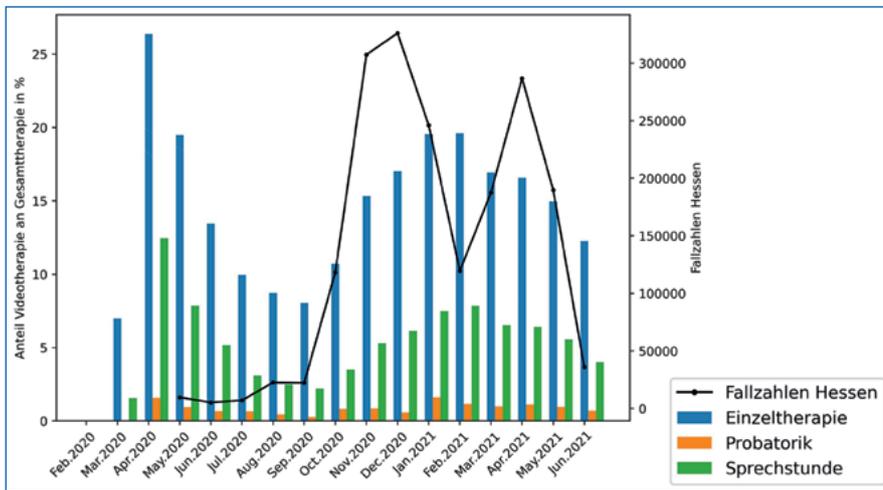


Abbildung 1: Anteil Videotherapie an der Gesamtzahl der abgerechneten Sitzungen für den Zeitraum Februar 2020 bis Juni 2021 vor dem Hintergrund der Covid-Fallzahlen in Hessen von Mai 2020 bis Juni 2021

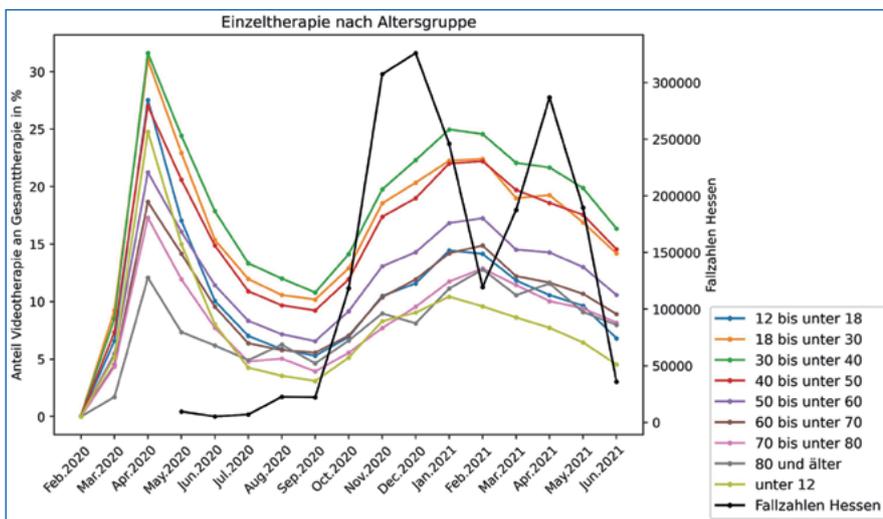


Abbildung 2: Anteil Videotherapie pro Monat (Februar 2020 bis Juni 2021) im Verlauf nach Altersgruppen

Jüngere Psychotherapeut*innen gaben an, tendenziell mehr Videotherapiesitzungen umgesetzt zu haben, als dies ältere Kolleg*innen taten. Lag etwa der Anteil der selbstberichteten Videotherapiesitzungen von Kolleg*innen unter 45 Jahren bei durchschnittlich 31,44 % (N = 254), berichteten Kolleg*innen im Alter von über 44 Jahren im Schnitt nur 20,86 % (N = 718) ihrer Sitzungen via Video durchgeführt zu haben. Die **Altersgruppe der Patient*innen**, die im Gesamtverlauf am meisten Videotherapiesitzungen in Anspruch genommen haben, waren die Über-30- bis Unter-40-Jährigen (siehe Abb. 2). Am wenigsten Videotherapie erhielten Patient*innen, die 80 Jahre oder älter waren. Auffallend in Abb. 2 ist weiterhin der starke Rückgang von Videotherapiesitzungen in den Altersgruppen U12 und der 12- bis 18-Jährigen von April zu Mai 2020. Vor allem für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen scheint ein besonders starker Wunsch nach einer Rückkehr zum persönlichen Kontakt vorgelegen zu haben. Abgesehen davon scheint der Anteil von Videotherapiesitzungen mit steigendem Alter tendenziell abzunehmen.

Videotherapiesitzungen wurden im Zeitraum von April 2020 bis Juni 2021 in allen Richtlinienverfahren durchgeführt, wobei die Datengrundlage für systemische Therapien noch zu klein war, um relevante Aussagen abzuleiten. Bei den übrigen drei Verfahren zeigt sich in der Inanspruchnahme von Videotherapiesitzungen ein Unterschied zwischen Verhaltenstherapeut*innen und psychodynamischen Kolleg*innen. Mit 18,3 % lag der Anteil der abgerechneten Verhaltenstherapiesitzungen via Video in diesem Zeitraum etwas über dem der abgerechneten analytischen Therapiesitzungen (12,6 %) und tiefenpsychologisch fundierten Therapiesitzungen (11,9 %).

Erfahrungen mit Videotherapiesitzungen

Bezogen auf ihre **therapeutische Vorgehensweise** stimmten nur 30,6 % (N = 216) der Psychotherapeut*innen der Aussage zu, dass diese bei Videositzungen *nicht anders* sei als in Präsenz. Die Mehrzahl gab an, dass ihr therapeutisches Vorgehen über ein Videomedium *eher anders* (N = 276; 39 %) sei als in Präsenz (*anders*: N = 143; 20,2 %; *deutlich anders*: N = 72; 10,2 %). Berichtete **Veränderungen** umfassten eine aktivere Rolle der Psychotherapeut*innen im Rahmen der Videotherapiesitzungen (N = 63; 12,9 %), eine erschwerte Nutzung von zusätzlichen Materialien wie Flipcharts (N = 62; 12,7 %), ein stärkeren Fokus auf der verbalen Ebene (N = 45; 9,2 %), eine erschwerte Umsetzung von therapeutischen Techniken im Allgemeinen (N = 43; 8,8 %) und in Bezug auf körperliche und spielerische Übungen angeht im Speziellen (N = 40; 8,2 %).

Entsprechend berichteten 73,6 % (N = 640) der Psychotherapeut*innen von **negativen Effekten** der Umstellung auf Videotherapie, sowohl aus Sicht der Psychotherapeut*innen als auch auf Patient*innenseite. Als **negative Auswirkungen für die Psychotherapeut*innen** wurden ein erhöhter Aufwand (N = 136; 21,3 %), technische Probleme, beispielsweise mit der Internetverbindung (N = 136; 21,3 %), eine höhere kognitive Belastung (N = 126; 19,2 %), der Verlust nonverbaler Signale aus Mimik und Gestik (N = 60; 9,4 %) und ein generelles Unbehagen (N = 52; 8,1 %) am häufigsten genannt. Aus Psychotherapeut*innensicht hätten sich auch **für Patient*innen negative Auswirkungen** ergeben, die sich ebenfalls vor allem auf technische Probleme (N = 95; 14,8 %), den bei Videotherapien häufig fehlenden geschützten thera-

peutischen Rahmen (N = 86; 13,4 %), den Wunsch nach persönlichem Kontakt (N = 81; 12,6 %) und die größere Distanz zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in (N = 56; 8,7 %) bezogen.

Aufseiten der Patient*innen berichteten 52,6 % (N = 110) von negativen Effekten durch die Umstellung auf Videotherapie. Der von Patient*innen am häufigsten genannte negative Effekt war mit 29,1 % (N = 32) die **fehlende Abgrenzung zum häuslichen Umfeld** (Kinder, Partner*in, Mitbewohner*in etc.). Des Weiteren berichteten Patient*innen von technischen Problemen, wie beispielsweise der Internetverbindung (N = 29; 26,4 %), einer größeren Distanz zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen (N = 27; 24,5 %), der Schwierigkeit, Therapie vom Alltag abzugrenzen, beispielsweise wenn Therapie zwischen anderen Online-Konferenzen stattfand (N = 19; 17,3 %), sowie generell den Wunsch nach persönlichem Kontakt (N = 14; 12,7 %).

Sowohl die Mehrzahl der Psychotherapeut*innen mit 54 % (N = 404) als auch der teilnehmenden Patient*innen mit 63,2 % (N = 127) gab an, *keinen Unterschied* in der Qualität der **therapeutischen Beziehung** wahrgenommen zu haben. Nur 3,2 % (N = 24) der Psychotherapeut*innen und 3 % (N = 6) der Patient*innen empfanden die Qualität der Beziehung als *deutlich schlechter*, während 8,5 % (N = 17) der Patient*innen und 8,8 % (N = 66) der Psychotherapeut*innen diese in Videotherapiesitzungen sogar als *eher* oder *deutlich besser* einschätzten. Beide Gruppen nannten als wahrgenommene Veränderung am häufigsten eine größere Distanziertheit zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen (Th.: N = 73; 15,8 %; Pat.: N = 7; 16,3 %). Etwa 30 % der Patient*innen berichteten aufgrund der fehlenden unmittelbaren Anwesenheit ihrer Psychotherapeut*innen in Videositzungen *oft* (N = 47; 23,5 %) oder *sehr oft* (N = 13; 6,5 %) von höheren Hemmschwellen, **Gefühle zuzulassen**, als bei Präsenzsitzungen (*nie*: N = 70; 35 %; *selten*: N = 70; 35 %). Zudem gaben mehr als zwei Drittel der Psychotherapeut*innen, die Videositzungen durchgeführt hatten, an, größere **Schwierigkeiten gehabt zu haben, über Video die Belastung der Patient*innen adäquat einzuschätzen als in Präsenzsitzungen** (*kein Unterschied*: N = 236; 32 %; *eher schwierig*: N = 324; 43,9 %; *schwieriger*: N = 120; 16,3 %; *viel schwieriger*: N = 58; 7,9 %).

Zu gänzlichen **Abbrüchen** der Therapie sei es laut Psychotherapeut*innen in der Regel nicht gekommen. Drei Viertel (N = 564; 76,9 %) der befragten Psychotherapeut*innen gaben sogar an, dass die Umstellung des Sitzungsformats von Präsenz auf Video *nie* zu Therapieabbrüchen geführt habe

(*selten*: N = 157; 21,4 %; *oft*: N = 12; 1,6 %). **Therapieunterbrechungen** traten laut Psychotherapeut*innen mehrheitlich *nie* (N = 309; 41,5 %) bzw. *selten* (N = 371; 49,9 %) infolge der Pandemie auf (*oft*: N = 52; 7,0 %; *sehr oft*: N = 12; 1,6 %).

Im Rahmen der Befragung wurden sowohl Psychotherapeut*innen als auch Patient*innen dazu befragt, als wie **wirksam** sie die erhaltenen Sitzungen über Videotelefonie wahrgenommen haben. Die Mehrzahl der Psychotherapeut*innen schätzte die Wirksamkeit von Videotherapie im Vergleich zu Präsenztherapie als *eher schlechter* (N = 406; 53,1 %) oder *deutlich schlechter* (N = 94; 12,3 %) ein. Als Gründe der Psychotherapeut*innen für diese Einordnung wurden in Freitextantworten insbesondere der Verlust nonverbaler Signale (wie z. B. der Mimik; N = 91; 14,4 %), technische Probleme (N = 99; 15,6 %), eine fehlende therapeutische Tiefe

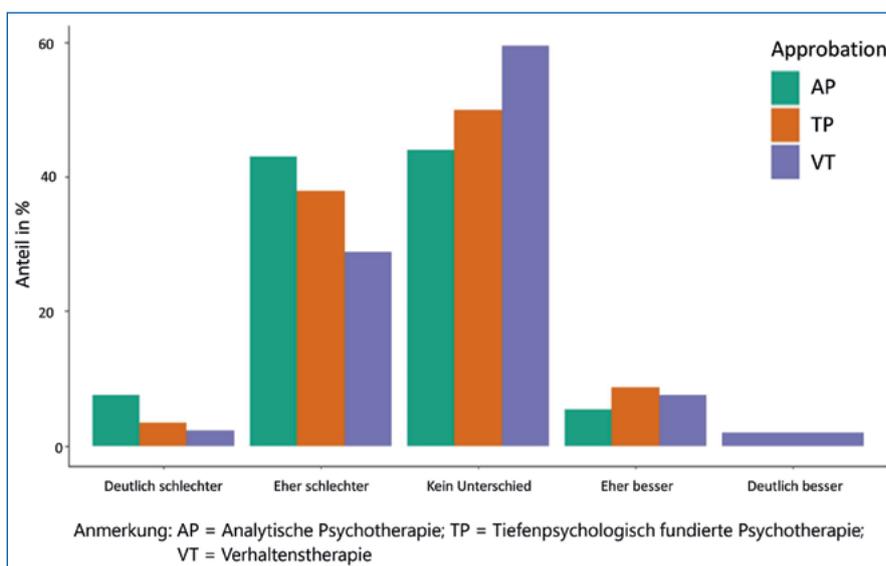


Abbildung 3: Eingeschätzte Wirksamkeit digitaler Angebote (Therapeut*inneneinschätzung) im Vergleich zu Präsenzangeboten – nach Psychotherapieverfahren

(N = 80; 12,6 %), eine größere Distanz zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen und eine erhöhte Ablenkbarkeit beider Akteur*innen (N = 52; 8,2 %) genannt. Abbildung 3 zeigt darüber hinaus einen deutlichen Unterschied der Wirksamkeitseinschätzungen in Abhängigkeit davon, welches Therapieverfahren praktiziert wird. Vertreter*innen psychodynamischer Therapieverfahren sehen wesentlich größere Einbußen im Rahmen von Videotherapiesitzungen als Verhaltenstherapeut*innen. Deutlich positiver bewerteten im Vergleich Patient*innen die Wirksamkeit von Videotherapiesitzungen. Etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Patient*innen (N = 110; 54,7 %) gaben an, *keinen Unterschied* in der Wirksamkeit zwischen Therapie in Präsenz und solcher via Video wahrgenommen zu haben. Etwa ein Drittel empfand die Wirksamkeit von Videotherapiesitzungen als *eher* (N = 59; 29,4 %) oder *deutlich schlechter* (N = 6; 3,0 %).

Dementsprechend können es sich mit Blick auf die Zukunft die meisten der befragten Psychotherapeut*innen nicht vor-

stellen, **nach der Pandemie überwiegend digitale Therapie anzubieten** (N = 782; 92,4 %), auch wenn etwa die Hälfte diese Option auch nach der Pandemie **häufiger nutzen möchten** als davor (N = 420; 49,6 %). Demgegenüber besteht auf Patient*innenseite mehrheitlich der Wunsch, nach Ende der Pandemie weiterhin mehr Therapiesitzungen per Video wahrzunehmen als im Vergleich zur Zeit vor Pandemiebeginn (N = 128; 61,8 %).

Insgesamt zeigte sich die Mehrzahl der befragten Patient*innen mit ihrer psychotherapeutischen Behandlung **zufrieden**: 57,3 % (N = 118) gaben an, *eindeutig* die Art der Behandlung erhalten zu haben, die sie wollten (*im Allgemeinen zufrieden*: N = 84; 40,8 %; *eigentlich nicht zufrieden*: N = 4; 1,9 %; *eindeutig nicht zufrieden*: N = 0); 64,6 % (N = 133) waren mit dem bislang erhaltenem Ausmaß an Hilfe und 70,4 % mit der Behandlung im Allgemeinen *sehr zufrieden* (*weitgehend zufrieden*: N = 68; 33,0 %; *leidlich oder leicht zufrieden*: N = 5; 2,4 %; *ziemlich unzufrieden*: N = 0).

Barrieren für die Nutzung von Videositzungen

Die Mehrheit der Psychotherapeut*innen (N = 846; 91,5 %) nannte **Gründe** auf Patient*innenseite, nicht auf Videotherapie umzustellen. Insbesondere wurden hier technische Aspekte, wie fehlendes Equipment/Verfügbarkeit eines Computers (N = 247; 29,2 %), mangelnde technische Kompetenz der Patient*innen (N = 159; 18,8 %) und Probleme mit z. B. der Internetverbindung (N = 221; 26,1 %), angeführt. Aber auch der Wunsch nach persönlichem Kontakt (N = 246; 29,1 %) und eine zu große Distanz zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in (N = 121; 14,3 %) fanden hier Erwähnung. Des Weiteren **schlossen** etwa ein Drittel (N = 336; 36,9 %) der Psychotherapeut*innen eine Videobehandlung vor allem bei folgenden Patient*innengruppen **kategorisch aus**: bei Patient*innen, die sie als nicht reif genug oder zu jung einschätzten (N = 76; 22,6 %), bei denen eine Risikoabschätzung (z. B. hinsichtlich Suizidalität) erschwert war (N = 72; 21,4 %), bei traumatisierten Patient*innen (N = 43; 12,8 %), bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen (N = 23; 6,8 %) sowie bei neu aufgenommenen Patient*innen in der Kennenlernphase (N = 61; 18,2 %). Wie bereits ausgeführt, zeigte sich der letztgenannte Vorbehalt auch in den Abrechnungsdaten, die deutlich machen, dass die jeweilige Anfangsphase der Therapien nahezu ausschließlich in Präsenz stattgefunden hat.

Diskussion

In der vorliegenden Arbeit werden ausgewählte Schlaglichter auf eine in Kooperation mit der KV Hessen durchgeführ-

te Befragung gelegt, in der drei Datenquellen herangezogen wurden, um die Nutzung von und Erfahrungen mit Videotherapie-sitzungen während der Corona-Pandemie zu untersuchen. Neben einer Befragung von Patient*innen und Psychotherapeut*innen greift die vorliegende Studie auf Abrechnungsdaten der KV Hessen zurück. Die Ergebnisse der Umfrage- und Abrechnungsdaten zeigen, dass in Hessen Videotherapie-sitzungen erstmalig während der Corona-Pandemie nennenswert zum Einsatz kamen, und zwar flexibel in Abhängigkeit von den jeweils aktuellen Inzidenzraten. Mit einem abnehmenden Infektionsgeschehen ging auch die Nutzung von Videotherapie-sitzungen zurück. Demnach scheinen Präsenzsitzungen auch während der Pandemie das präferierte Therapieformat gewesen zu sein, während Videotherapie-sitzungen als notwendige Ausweichmöglichkeiten vor allem bei bereits in Präsenz bekannten Patient*innen genutzt wurden. Neben der Bekanntheit der Patient*innen lassen sich weitere indikative Entscheidungen für bzw. gegen eine Videotherapie aus den vorliegenden Daten ableiten. Für sehr junge Patient*innen (U18) wurde, wenn überhaupt Videotherapien stattfanden, verhältnismäßig schnell wieder auf Präsenzsitzungen umgestiegen. Für erwachsene Patient*innen zeigt sich die Tendenz, dass mit zunehmendem Alter weniger Videotherapien in Anspruch genommen werden. Dieses Muster ergibt sich gleichfalls aufseiten der Psychotherapeut*innen. Auch das Therapieverfahren hatte dergestalt einen Einfluss auf die Nutzung, dass der Anteil verhaltenstherapeutischer Sitzungen via Video höher war als der Anteil psychodynamischer Sitzungen (TP und AP). Dies lässt sich wahrscheinlich zum Teil durch die geringeren Wirksamkeitseinschätzungen bei Videotherapie-sitzungen erklären, die von psychodynamischen im Vergleich

— **Der Anteil von Online-Sitzungen war bei verhaltenstherapeutischen Behandlungen höher als bei psychodynamischen, was mit den verfahrensspezifisch unterschiedlichen Wirksamkeitseinschätzungen zusammenhängen könnte.** —

zu verhaltenstherapeutischen Kolleg*innen vorgenommen werden. Patient*innen bewerteten Videotherapie insgesamt deutlich positiver als Psychotherapeut*innen, trotz der auch in dieser Studie vielfach genannten technischen Schwierigkeiten. Psychotherapeut*innen beklagen vor allem den Wegfall nonverbaler Signale, das Fehlen eines Schutzraumes, fehlende therapeutische Tiefe und den Umstand, dass nicht alle Techniken ohne Weiteres in diesem Format umsetzbar sind.

Eine wichtige Ergänzung der vorliegenden Studie stellt der Einbezug der Patient*innenperspektive dar. Die Rekrutierung von Teilnehmer*innen erwies sich für diese Umfrage jedoch als besondere Herausforderung. Dies hat unter anderem Konsequenzen für die Repräsentativität der Stichprobe und die Generalisierbarkeit der Befunde, welche vor diesem Hintergrund vorsichtig interpretiert werden müssen (siehe auch Limitationen). Die teil-

nehmenden Patient*innen äußerten sich Videotherapiesitzungen gegenüber überwiegend wohlwollend und nannten ähnliche Vorteile wie Psychotherapeut*innen in dieser und früheren Studien (vgl. Gumz et al., 2021). Diese positive Sichtweise könnte von der Erleichterung überlagert sein, die Patient*innen verspürt haben könnten, da durch die Videotherapiesitzungen eine gänzliche Unterbrechung der Therapie verhindert werden konnte. Wurden negative Aspekte benannt, bezogen sich diese vor allem auf technische Schwierigkeiten, eine fehlende geschützte Atmosphäre, die unklare Abgrenzung von Therapie und Alltag sowie das erschwerte Zulassen von Gefühlen. Diese Aspekte bedürfen folglich gesonderter Abklärung, wenn Videotherapiesitzungen erwogen werden. Um den negativen Erfahrungen aufgrund von technischen Schwierigkeiten entgegenzuwirken, schlagen Simpson et al. (2020) vor, Patient*innen zunächst in die Technologie einzuführen, um das Vertrauen in die Videokonferenzplattform aufzubauen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass solche technischen Probleme zum einen im Verlauf der Pandemie abnahmen und zum anderen mit dem voranschreitenden Ausbau von Glasfasernetzen in Deutschland mehr und mehr in den Hintergrund treten werden.

Als zentrale Befürchtung vieler Psychotherapeut*innen wurden in früheren Studien negative Auswirkungen von Videotherapien auf die therapeutische Beziehung berichtet (Aafjes-van Doorn et al., 2020; Simpson et al., 2020). Überraschenderweise nahm die Mehrheit der Psychotherapeut*innen und Patient*innen in Videotherapiesitzungen keinen Unterschied in der Qualität der therapeutischen Beziehung wahr. Differenziert man dies wiederum nach Therapieverfahren, zeigt sich, dass psychodynamische Kolleg*innen durchaus stärkere Einbußen sehen als Verhaltenstherapeut*innen. Dies könnte mit der zentralen Rolle erklärt werden, die die Beziehung in psychodynamischen Therapien einnimmt. Erschwerte Bedingungen im Umgang mit Übertragungs-/Gegenübertragungsprozessen wurden von den an dieser Studie teilnehmenden Psychotherapeut*innen zwar nicht gehäuft angeführt, wurden jedoch in der Studie von Gumz et al. (2021) berichtet. Positiv scheint sich auf der Basis früherer Studien auszuwirken, wenn bereits eine gute therapeutische Beziehung entwickelt und dann erst der Wechsel zu Videotherapiesitzungen vollzogen wurde (Bechtold et al., 2023). Nichtsdestoweniger wurde von beiden ein Distanzgefühl in Videotherapien berichtet (vgl. auch Gumz et al., 2021). Dieses erschwerte es zum einen Patient*innen, ihre Gefühle zuzulassen, und zum anderen Psychotherapeut*innen, die Belastung ihrer Patient*innen adäquat einzuschätzen und mögliche Suizidalität abzuklären.

Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sowohl aufseiten der teilnehmenden Psychotherapeut*innen als auch aufseiten der teilnehmenden Patient*innen zu Selektionseffekten gekommen sein könnte. Aufgrund des großen Stichprobenumfangs, der guten Rücklaufquote und der insgesamt geringen Abweichungen in den betrachteten

Stichprobenmerkmalen (Alter, Geschlecht) von der Grundgesamtheit der in Q2/2021 tätigen Psychotherapeut*innen ist davon auszugehen, dass die vorliegende Stichprobe die Psychotherapeut*innen in Hessen hinreichend repräsentiert, wenngleich der Anteil der Verhaltenstherapeut*innen im Vergleich zu den Abrechnungsdaten (46,3 %) in der Psychotherapeut*innenbefragung leicht erhöht war. Bezogen auf die Repräsentativität der Patient*innendaten ist stark anzunehmen, dass es sowohl aufseiten der Patient*innen selbst als auch aufseiten von Psychotherapeut*innen, die die Patient*innen zur Umfrage eingeladen hatten, zu Selektionseffekten gekommen ist. So zeigte sich etwa im Vergleich zu den in der TK-Studie eingeschlossenen Patient*innen eine deutlich höhere Rate an Patient*innen mit Hochschulabschluss (44,4 % vs. 23 %; Wittmann et al., 2011). Daher ist davon auszugehen, dass die Befunde in Bezug auf die Aussagen der Patient*innen nicht ohne Weiteres auf die Gesamtpopulation der in Hessen Psychotherapie in Anspruch nehmenden Patient*innen übertragbar sind. Es könnte sein, dass vor allem solche Patient*innen für eine Teilnahme an der Umfrage gewonnen werden konnten, die Videotherapie eher positiv gegenüber eingestellt sind, da diesen durch ihre Inanspruchnahme etwa praktische Vorteile zukamen (z. B. Wegfall der Anfahrt). Diese Patient*innengruppe könnte durch ihre Teilnahme das Interesse verfolgen auch in Zukunft verstärkt dieses Setting nutzen zu können. Dies könnte auch die großen Unterschiede zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen in Bezug auf deren Wirksamkeitseinschätzung von Videotherapiesitzungen erklären. Dieser Erklärungsansatz wird durch die hohe berichtete Zahl von Videotherapiesitzungen untermauert, die diese Patient*innen berichten. Nach deren Auskunft wurden, nachdem sie diese Option angeboten bekommen hatten, fast 60 % der Sitzungen per Video durchgeführt. Dieser Wert ist deutlich über dem angesiedelt, was für die Gesamtpopulation in den Abrechnungsdaten objektiv zu beobachten war. Es ist weiterhin naheliegend, dass die vorliegende Patient*innenstichprobe einer gewissen Selektion unterliegt, da es ein Einschlusskriterium für die Patient*innenbefragung war, dass Videotherapiesitzungen durch die Psychotherapeut*in zumindest angeboten wurden. Es wurde also bereits durch das Angebot bzw. Nichtangebot eine Vorselektion für die Patient*innenbefragung vorgenommen. Auch das Online-Format der Umfrage könnte eine eher internetaffine Gruppe angesprochen haben.

Praktische und versorgungspolitische Implikationen

Trotz der genannten Einschränkungen weist die vorliegende Untersuchung einige Stärken auf. Neben den drei Datenquellen (selbstberichtete Einschätzungen von Patient*innen und Psychotherapeut*innen sowie Abrechnungsdaten) ist hier vor allem auch die sehr große Psychotherapeut*innenstichprobe zu nennen. Auf dieser Basis liefert die Untersuchung wichtige Informationen über den Stand der Nutzung von Videotherapiesitzungen während der Corona-Pandemie, die gesammel-

ten Erfahrungen und mögliche Grenzen. Es lässt sich konstatieren, dass Videotherapiesitzungen sich als eine potente Alternative zu Präsenzsitzungen bewährt haben. Zahlreiche Befunde der aktuellen Studie weisen jedoch darauf hin, dass der persönliche Kontakt weiterhin der Goldstandard bleiben sollte, der den Großteil der psychotherapeutischen Versorgung ausmacht. Mit vielen Patient*innen wurden keine oder nur wenige Videotherapiesitzungen durchgeführt oder es wurde nach kurzer Zeit schnell wieder auf Präsenzsitzungen umgestellt. Dies war vor allem für jüngere Patient*innen der Fall. Auch die Kennenlernphase wurde fast ausschließlich im persönlichen Kontakt durchgeführt. Empfehlungen für einen gänzlichen Umstieg auf Videotherapie können auf der Basis der aktuellen Untersuchungen nicht abgeleitet werden. Neben den bereits genannten Aspekten hätte ein solcher Ansatz auch zur Folge, dass unklar wäre, wie in krisenhaften Zuspitzungen zu verfahren ist. Hier scheint die Möglichkeit eines persönlichen Kontakts besonders wichtig. Gleichwohl wurde das psychotherapeutische Instrumentarium als Nebenprodukt der Corona-Pandemie um ein wirksames und bei einigen Patient*innen beliebtes Werkzeug erweitert, das von Psychotherapeut*innen differenziert und auf der Basis indikativer Überlegungen eingesetzt wurde. Neben den für manche Patient*innen praktischen Vorteilen von Videotherapiesitzungen (man denke vor allem an Patient*innen mit längeren Anfahrten oder Patient*innen mit körperlichen Einschränkungen, die nicht in die Praxis kommen können), könnte dieses Format für manche Patient*innen auch einen guten Einstieg in die Therapie bilden. Dies könnte zum Beispiel bei Patient*innen der Fall sein, die aufgrund ihrer Störung Probleme haben, das Haus zu verlassen. Dieser Gruppe würde durch die Möglichkeit der Videotherapie nochmals eine gänzlich neue Tür zur psychotherapeutischen Versorgung eröffnet. Essenziell müssen hierbei jedoch Überlegungen eine Rolle spielen, inwieweit Videotherapiesitzungen als Vermeidung genutzt werden. In diesen Fällen sollte dann der Wechsel zur persönlichen Therapie als eines der ersten Therapieziele angestrebt werden.

Abschließend ermöglichen die Ergebnisse keine definitiven Empfehlungen, ob und, wenn ja, welche zahlenmäßige Begrenzung Psychotherapie per Video erfahren sollte. Ohne jegliche Beschränkung besteht potenziell die Gefahr, dass Firmen entstehen, die zahlreiche Kassensitze aufkaufen und Psychotherapeut*innen anstellen, die ausschließlich Videotherapien durchführen. Diesem nicht nur aus berufspolitischen Erwägungen wahrscheinlich nicht wünschenswerten Szenario stellen die Befunde dieser Arbeit jedoch in vielerlei Hinsicht einen empirischen Kontrapunkt entgegen. Ohne die Möglichkeit, Sitzungen ohne unzumutbaren Aufwand auch in Präsenz durchzuführen, scheinen wesentliche Elemente verloren zu gehen und für viele Patient*innen kein adäquates Angebot möglich. Jetzt, da nahezu alle Praxen die technischen Voraussetzungen dafür geschaffen haben, sollte die Videotherapie jedoch nicht gänzlich wieder verschwinden, sondern immer als eine Option mitgedacht werden, wenn Patient*innen dies wünschen und die klinischen Voraussetzungen hierfür

vorliegen. Diese abzuklären, sollte den Behandler*innen obliegen, die während der Pandemie bereits gezeigt haben, dass sie diese Aufgabe sehr gut ausfüllen können.

Literatur

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V. & Prout, T. A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: Will we use video therapy again?. *Counselling Psychology Quarterly*, 34 (3–4), 473–484.
- Bechtold, S., Hall, M., Scherner, P. V., Kaven, L. & Rubel, J. (2023). Veränderung der therapeutischen Beziehung in Folge eines coronabedingten Wechsels von Präsenz- zu Videotherapiesitzungen: Eine qualitative Analyse von Therapeut*inneninterviews. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 73 (06), 221–230.
- Beck-Hiestermann, F. M. L., Kästner, D. & Gumz, A. (2021). Onlinepsychotherapie in Zeiten der Corona-Pandemie. *Psychotherapeut*, 66, 372–381.
- Feijt, M., de Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J. & IJsselstein, W. (2020). Mental health care goes online: practitioners' experiences of providing mental health care during the COVID-19 pandemic. *Cyberpsychol Behav Soc*, 23 (12), 860–864.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55 (4), 316.
- Gumz, A., Kanal, S., Ünser, A., Kästner, D. & Beck-Hiestermann, F. M. L. (2021). In Videobehandlungen trotz Distanz Nähe schaffen. *Psychotherapeut*, 66 (5), 382–397.
- Leiner, D. J. (2019). SoSci Survey (Version 3.1.06) [Computersoftware]. Verfügbar unter: www.sosicisurvey.de (15.07.2023).
- Lutz, W., Edelbluth, S., Deisenhofer, A. K., Delgadillo, J., Moggia, D., Prinz, J. & Schwartz, B. (2021). The impact of switching from face-to-face to remote psychological therapy during the COVID-19 pandemic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90 (4), 285–286.
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S. & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25 (6), 797–808.
- Mayring, P. (1997). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Rees, C. S. & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (6), 649–653.
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H. & Lange, A. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate Depression: A randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 206–221.
- Schwinn, S., Barthel, M., Leinweber, J. & Borgetto, B. (2020). Digitalisierungschancen – Umsetzung von Videotherapie im Lockdown. Ergebnisse der Online-Befragung aus dem Forschungsprojekt „ViTaL“. *forum: logopädie*, 34 (6), 36–40.
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G. & Reid, C. (2020). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28 (2), 409–421.
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M. & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94 (3), 854–883.
- Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E. M., Völkle, M. C. et al. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.



Prof. Dr. Julian Rubel

Korrespondenzanschrift:

Universität Osnabrück
Institut für Psychologie
Klinische Psychologie & Psychotherapie
des Erwachsenenalters
Lise-Meitner-Straße 3, 49076 Osnabrück
julian.rubel@uos.de

Prof. Dr. Julian Rubel ist Psychologischer Psychotherapeut und Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters an der Universität Osnabrück. Seit März 2023 ist er Ko-Leiter der Forschungs- und Ausbildungsambulanzen und des Weiterbildungsstudiengangs (Erwachsene) der Universität Osnabrück. Prof. Dr. Rubel forscht im Bereich einzelfallbezogener Entscheidungshilfen für die Psychotherapiepraxis. In der Psychotherapeutenkammer Hessen leitet er den Ausschuss für Wissenschaft und Forschung.



Flavio Iovoli M. Sc. Psych.

Flavio Iovoli (M. Sc. Psych.) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters an der Universität Osnabrück.



Mila Hall M. Sc. Psych.

Mila Hall (M. Sc. Psych.) hat im Juni 2023 ihre Promotion an der Universität Osnabrück am Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters abgeschlossen. Sie befindet sich aktuell in fortgeschrittener Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin.



Luisa Joel M. Sc. Psych.

Luisa Joel (M. Sc. Psych.) befindet sich derzeit in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bei der Gesellschaft für Ausbildung in Psychotherapie in Frankfurt am Main.



Teresa Väth M. Sc. Psych.

Teresa Väth (M. Sc. Psych.) befindet sich in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin an der Berliner Akademie für Psychotherapie und ist an den Havellandkliniken in Nauen als Psychologin tätig.



Robin Wester M. Sc. Psych.

Robin Wester (M. Sc. Psych.) befindet sich in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Erwachsenenalters der Universität Osnabrück.



Katharina Michael M. Sc. Psych.

Katharina Michael (M. Sc. Psych.) ist derzeit für die Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) tätig.

„Demut“ – eine unterschätzte Dimension in der Psychotherapie?

Friedrich Kapp

Zusammenfassung: Der Beitrag beschreibt, inwiefern eine demütige Haltung von Psychotherapeut*innen sowohl positive Konsequenzen für sie selbst als auch für den therapeutischen Prozess haben kann. Unter Berücksichtigung der Begriffsgeschichte und definitorischer Bestimmungen werden zunächst verschiedene Vorstellungen des Begriffs „Demut“ kritisch beleuchtet. Anschließend werden zwei „Domänen“ dieses schillernden Konstrukts vorgestellt, die sich in der aktuellen Demutforschung herauskristallisiert haben: die Domäne der „intellektuellen Demut“ (als innere Haltung) und die Domäne der „relationalen Demut“, d. h. der Art und Weise, wie Demut gezeigt wird. Als Fazit zeigt sich, dass „intellektuelle Demut“ von Psychotherapeut*innen vor „therapeutischer Hybris“ schützen und für die individuelle Selbstentwicklung und Erlangung professioneller „Expertise“ nützlich sein kann. Dem Ausdruck von Demut („relationale Demut“) kommt u. a. bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und im Umgang mit existentiellen Krisen eine wichtige Rolle zu.

Der junge psychotherapeutisch arbeitende Kollege sitzt völlig verzweifelt vor mir als seinem Selbsterfahrungsleiter: „Ich habe doch versucht, alles richtig zu machen – und nun hat sich mein Patient das Leben genommen“. In der engmaschigen Supervision bei einer anderen Kollegin sei die potenzielle Suizidalität des Patienten immer gut besprochen worden, in der letzten Therapiestunde habe er den Patienten nochmals direkt darauf angesprochen, der Patient habe ihm versichert, dass er aktuell nicht suizidal sei, dass er an den therapeutischen Fortschritt glauben würde, sich gut aufgehoben fühle, ja, zuversichtlich sei. Und nun der Anruf der Eltern mit dieser furchtbaren Nachricht. Er wisse nicht mehr ein noch aus, sei einfach nur verzweifelt. Nach einem langen Gespräch mit dem Ziel, das emotionale Tohuwaboju aus Schuldgefühlen, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Scham etc. etwas zu ordnen, antwortete der kluge Kollege auf die Frage, was ihm denn nun guttun würde: „Ich glaube, ich brauche jetzt eine große Portion therapeutischer Demut.“

„Demut“ – ein Begriff, der – je nach hervorgerufenen Assoziationen – bei manchen Menschen ein tiefes Schaudern und Gruseln auslöst, anderen ein seliges Lächeln auf die Lippen zaubert. Wie kommt es zu diesen so unterschiedlichen Reaktionen? Das Schaudern und Gruseln dürfte durch die (oft christlich geprägte) Assoziation von Demut mit „Niedriggestelltsein“, „Buße“, „Gehorsam“ und „Unterwürfigkeit“ verbunden sein: „Demut ist eine Grundhaltung, bei der wir unsere persönliche Bedeutungslosigkeit und Unwürdigkeit vor Gott erkennen und ihm höchste Ehre, Lob, Rechte, Privilegien, Anbetung, Hingabe, Macht, Unterordnung und Gehorsam zuerkennen.“ (Mack, 2013, S. 21) Eher zu einem Lächeln könnte es hingegen bei sehr konträren Vorstellungen von Demut kommen: „Demut besteht nicht darin, dass wir uns für minderwertig halten, sondern darin, dass wir vom Gefühl

unserer eigenen Wichtigkeit frei sind. Dies ist ein Zustand der natürlichen Einfachheit, der im Einklang mit unserer wahren Natur ist und uns erlaubt, die Frische des gegenwärtigen Augenblicks zu schmecken“ (der Buddhist und Molekularbiologie Mattieu Ricard, 1946, zitiert nach Koch, 2019, S. 148).

Was also ist mit „Demut“ gemeint, die von namhaften Psychotherapeut*innen und Psychotherapieforscher*innen für den psychotherapeutischen Kontext gefordert wird (z. B. Bohus et al., 2013, S. 106; Reddemann, 2016, S. 16) und als potenzielles Merkmal besonders kompetenter Psychotherapeut*innen vermutet wird (Caspar, 2021, S. 8; Strauß & Willutzki, 2018, S. 101)?

Begriffsgeschichte und Definitionen des Begriffs „Demut“

Der Begriff „Demut“ stammt ursprünglich aus dem Mittelhochdeutschen (*dēmuot*) bzw. Althochdeutschen (*diemuoti*), setzt sich zusammen aus „*dionōn*“ (dienen) und „*muoti*“ (Gesinnung, Mut) und bedeutete ursprünglich „dienstwillig, die Gesinnung eines Dienenden“ (Duden, 1963). Vor allem im *religiös-christlichen* Kontext spielte Demut eine zentrale Rolle, wobei hier sehr unterschiedliche Vorstellungen zu finden sind: Neben der Bewusstwerdung der eigenen Bedeutungslosigkeit angesichts Gottes (eher fundamentalistisch-klerikale Kreise, s. o.) finden sich auch „liberalere“ Auffassungen: „In der Demut akzeptiert der Mensch seine eigenen Grenzen und stellt sich unter das Gebot der Gottes- und Nächstenliebe.“

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Demut ist somit von serviler Gesinnung ebenso abzuheben wie von Minderwertigkeitsgefühlen; sie ist vielmehr Ausdruck für das Bewusstsein von der Würde des Menschen“ (www.brockhaus.de; zu aufgeklärten christlichen Vorstellungen von Demut siehe Behnken, 2021). Auch der Theologe Eckhard Zemmrich, der sich ausführlich mit der Bedeutungsgeschichte von Demut befasst, betont das würdevolle Zurücknehmen der eigenen Bedürfnisse und definiert Demut als eine soziale „Haltung einem Anderen gegenüber, die sich freiwillig, ohne würdelos zu werden, unterordnet, indem sie

— „Der Demütige erkennt und akzeptiert aus freien Stücken, dass es etwas für ihn Unerreichbares, Höheres gibt.“

das Eigene zurücknimmt, um dem Anderen mehr Raum zu lassen“ (zitiert nach Precht & Burkard, 2008).

Aktuelle *lexikalische Definitionen* von Demut sind geprägt von der Vorstellung der Unterordnung und Bereitschaft zu dienen: Demnach steht der Begriff Demut für die „tiefe Bescheidenheit und Anspruchslosigkeit, Bereitschaft zum Dienen, Ergebenheit“ (www.dwds.de; www.enzyklo.de), das Deutsche Universal Wörterbuch Duden definiert Demut als „Einsicht in die Notwendigkeit und im Willen zum Hinnehmen der Gegebenheiten begründete Ergebenheit“ (Duden, 1989; S. 331). Weitere Definitionen aus digitalen Quellen ermöglichen einen noch differenzierteren Blick auf den Begriff: Demnach steht der Begriff Demut einerseits für eine

- „1) vor allem religiös geprägte Geisteshaltung, bei der sich der Mensch in Erkenntnis der eigenen Unvollkommenheit dem göttlichen Willen unterwirft“, andererseits für
- „2) das Zurücknehmen der eigenen Interessen gegenüber einer höheren Macht oder gegenüber einer Gemeinschaft“ (www.wiktionary.org; www.wortbedeutung.info).

Mit anderen Worten: „Der Demütige erkennt und akzeptiert aus freien Stücken, dass es etwas für ihn Unerreichbares, Höheres gibt.“ (www.wikipedia.de)

Der Verweis auf etwas „Unerreichbares“ findet sich auch in *philosophischen Vorstellungen*: Demut wird von historischen Geistesvätern wie Augustinus und Konfuzius als „Mutter aller Tugenden“ bezeichnet und beispielsweise definiert als „eine Tugend, die aus dem Bewusstsein unendlichen Zurückbleibens hinter der erstrebten Vollkommenheit (Gottheit, sittliches Ideal, erhabenes Vorbild) hervorgehen kann“ (Schischkoff, 1982); nach Kant ist Demut ‚das Bewusstsein und Gefühl der Geringfügigkeit seines moralischen Werts in Vergleichung mit dem Gesetz‘ (humilitas moralis). Dass dabei Demut häufig negativ bewertet wird, zeigt sich bei einem weiteren Blick in die philosophische Literatur: Hume bewertet Demut (im Sinne selbstaufgelegter Selbsterniedrigung)

als eine „Affentugend“ und Nietzsche wird häufig mit den folgenden Worten zitiert: ‚Der getretene Wurm krümmt sich. So ist es klug. Er verringert damit die Wahrscheinlichkeit, von Neuem getreten zu werden. In der Sprache der Moral: Demut‘ (zu weiteren Vorstellungen von Demut in der Antike und Philosophie siehe Afflerbach, 2013; Nadelhoffer et al., 2017).

Als **Zwischenfazit** lässt sich zunächst festhalten:

1. Demut ist *abzugrenzen von Demütigung* im Sinne von Abwertung, Bloßstellung, Entwürdigung, Entmenschlichung. Der Verweis darauf, dass Demut als Ausdruck der eigenen Würde zu verstehen ist und eben nicht eine Form der Selbstabwertung, Selbsterniedrigung oder Servilität darstellt, überwindet damit die ursprünglichen/veralteten Definitionen. Mit anderen Worten: „Demut ist nicht, weniger von sich zu denken, sondern weniger *an* sich zu denken“ (der irische Schriftsteller C. S. Lewis²). Oder auch: „Nimm Dich ernst, aber nicht so wichtig“ (der deutsche Theaterschauspieler Will Quadflieg³).
2. Auf der Grundlage der skizzierten Beschreibungen wird deutlich, dass Demut als „würdevolle *Selbstrelativierung*“ verstanden werden kann: Während in der ursprünglich christlich-religiösen Bedeutung vor allem die (*hierarchische*) Beziehung zwischen den Menschen und Gott (als Knecht-Herr-Verhältnis) im Mittelpunkt steht, wird in einer mehr weltlichen Bedeutung das (*selbstrelativierende*) Verhältnis des Menschen zu Wichtigerem hervorgehoben. Von einer „vertikalen“ Relation („oben-unten“) verschiebt sich die Vorstellung hin zu einer „horizontalen“ Relation (z. B. das sich Zurücknehmen zugunsten eines anderen). „Demut“ steht zusammenfassend für die Erkenntnis und Akzeptanz der eigenen Grenzen und drückt dabei immer eine Form der Beziehung aus: die a) selbstreflexive Perspektive auf sich selbst (wie sehe ich mich selbst, z. B. in Bezug auf eigene Normen), b) das sich In-Beziehung-Setzen zur sozialen Umwelt (z. B. bezüglich meiner eigenen Wichtigkeit im Verhältnis zu anderen) und c) die Erkenntnis, Teil einer Gemeinschaft oder Teil eines Ganzen zu sein.
3. Die *Bewertung von Demut* hängt davon ab, was genau unter Demut verstanden wird. Übereinstimmend wird in den dargestellten Beschreibungen die Selbstabwertung, heuchlerische und strategische Unterwürfigkeit oder das „Tun, als ob“ als negativ bzw. „falsch“ bewertet. Hier zeigt sich auch der „schillernde“ Charakter des Konzepts „Demut“. Während auf der einen Seite die Begrenztheit der eigenen Wichtigkeit und Wirksamkeit als Entlastung verstanden werden kann (im Sinne von Abgabe von Verantwortung; es liegt nicht alles in meiner Hand), steht das Akzeptieren der eigenen Grenzen ganz basalen menschlichen Grundbedürfnissen entgegen, deren Würdigung und

2 www.berühmte-zitate.de

3 www.gutezitate.com

Stärkung in allen Verfahren der modernen Psychotherapie eine zentrale Rolle spielen: dem Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle (Grawe, 1998), nach (interpersoneller) Wichtigkeit (Sachse, 2009) und dem handlungsbezogenen Wunsch nach Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997).

4. *Demut als innere Haltung ist von sichtbarem demütigem Verhalten zu unterscheiden*: Stimmen beide nicht überein und wird „demütiges“ Verhalten als vermeintliche „Demut“ strategisch vorgeheuchelt, beispielsweise nur als ‚Mittel zur Erwerbung der Gunst eines anderen‘ gezeigt (Kant), wird dies als *falsche* Demut klassifiziert.

Dies führt zu der Frage, durch welche Kernmerkmale Demut zu charakterisieren ist (um z. B. „echte“ von „falscher“ bzw. geheuchelter Demut unterscheiden zu können). Sie ist Gegenstand einer intensiven Diskussion in der psychologischen Demutforschung.

Das Konzept der Demut in der psychologischen Forschung

In der deutschsprachigen Psychologie wurde dem Thema Demut bislang nur vereinzelt Aufmerksamkeit geschenkt. Einzig im Bereich der Organisations- und Wirtschaftspsychologie wird mit zunehmendem Interesse die Relevanz von Demut für die „Kultur“ von Unternehmen untersucht und beispielsweise Demut als Haltung bei Manager*innen gefordert, die eine menschenfreundlichere und effizientere Unternehmensführung ermöglicht (vgl. z. B. Frank, 2021).

Ganz anders in der angloamerikanischen Forschung: Hier spielte das Thema Demut in den letzten ca. 20 Jahren eine beeindruckend große Rolle in der Persönlichkeits-, Sozial-, Gesundheits- und Religionspsychologie (einen Überblick geben z. B. *Worthington et al., 2016; Wright et al., 2019*). Vor allem im Zuge der sogenannten Positiven Psychologie kam es zu einer Fülle empirischer Arbeiten, in denen z. B. der Zusammenhang von Demut zu psychischem Wohlbefinden (Kesebir, 2019), Einfluss auf Beziehungsqualitäten (Davis et al., 2011; Mosher et al., 2019) oder auch zu Konstrukten wie Ehrfurcht, Dankbarkeit, Vergebung, Weisheit und vielem mehr untersucht wurde (z. B. Leary et al., 2019; Ross & Wright, 2023; Van Tongeren, 2022; *Worthington et al., 2016*).

Einen wichtigen Grundstein für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Demut setzte *Tangney (2000)* mit einem wegweisenden Artikel. Ihrer Ansicht nach ist es weniger sinnvoll, die lexikalische Facette des Dienens und Selbsterniedrigung in den Vordergrund zu rücken, sondern sie hält es für angemessener, die Möglichkeit der mit Demut verbundenen Selbstentfaltung hervorzuheben. Sie postuliert, sich von der

überalteten, durch religiöse Traditionen aufgeladenen Vorstellung von Demut (humility) zu lösen und Demut quasi als ein „neues“ multidimensionales Konstrukt zu etablieren, das sich aus verschiedenen Grundhaltungen und Kompetenzen zusammensetzt. Demnach umfasst Demut:

- eine akkurate Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Leistungen (weder ein geringes Selbstwertgefühl noch Selbstabwertung),
- die Fähigkeit, eigene Unvollkommenheiten, Wissenslücken und Grenzen anzuerkennen,
- Offenheit gegenüber neuen Ideen, widersprechenden Informationen, Belehrbarkeit,
- die Fähigkeit, die eigenen Beiträge bescheiden im Rahmen eines größeren Ganzen betrachten zu können,
- weniger den Fokus auf die eigene Person zu legen („Selbstvergessenheit“), sondern sich selbst als Teil eines größeren Universums zu sehen,
- Wertschätzung der Vielfalt unterschiedlicher Weisen, wie Menschen zur gemeinsamen Welt beitragen; Akzeptanz und Respekt vor den Bedürfnissen, Einstellungen und Werten anderer Personen.

Auf der Grundlage dieses Ansatzes ergaben sich in der Folgezeit umfangreiche Diskussionen zu den Dimensionen und Facetten von Demut als multidimensionalem Konstrukt, wobei sich die Frage stellte, welche Merkmale als notwendige bzw. hinreichende Komponenten zu verstehen sind (Chancellor et al., 2013; Kruse et al., 2017; Wright et al., 2017; *Wright, 2019*). Es wurde zudem kritisiert, dass es oft an einer Klärung mangelt, um was für ein Konstrukt es sich bei „Demut“ handelt. Demut wird verstanden als Tugend, als (relativ stabile)

— In der angloamerikanischen Forschung spielte das Thema Demut in den vergangenen 20 Jahren eine beeindruckend große Rolle in der Persönlichkeits-, Sozial-, Gesundheits- und Religionspsychologie. —

Persönlichkeitseigenschaft (trait), als situationsspezifisches und kontextabhängiges Erleben (im Sinne von state), als emotionales Empfinden („emotional plot“), als Facette des eigenen Selbstkonzepts oder z. B. als eine Form spiritueller Intelligenz (zum Überblick vgl. Brooks, 2015; Weidman & Tracy, 2017; *Weidman et al., 2018; Wright et al., 2017*). Auch wenn sich diese unterschiedlichen Konzeptualisierungen nicht widersprechen müssen, erschweren sie doch die Auseinandersetzung mit Demut und die Vergleichbarkeit empirischer Ergebnisse (was sich z. B. in 22 unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten zu Demut widerspiegelt; McElroy-Heltzel et al., 2019).

Im Verlaufe der zum Teil hitzig geführten Debatte über eine Festlegung auf möglichst konkrete Beschreibungsmerkmale

kristallisierten sich in der Folgezeit zwei sog. „Domänen“ in der Demutforschung heraus (zum Überblick z. B. Davis & Hook, 2014; Worthington et al., 2016):

- a) Die Domäne der „*intellektuellen Demut*“ fokussiert auf die *intrapersonellen* Facetten von Demut; im Wesentlichen geht es um das Selbstverständnis einer Person, inwiefern Personen bereit und fähig dazu sind, sich selbstkritisch mit den eigenen Ansichten und Einstellungen auseinanderzusetzen und sich der Begrenztheit der eigenen Erkenntnisfähigkeit bewusst zu sein bzw. dies zu akzeptieren (zum Überblick: Ballentyne, 2021; Porter et al., 2022). Als eine Sonderform der intellektuellen Demut kann die *existenzielle Demut* angesehen werden, die sich auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, dem Sinn des Lebens, der „Bestimmung“ im eigenen Leben und angesichts der „Größe“ der Natur, des Kosmos, des „Göttlichen“ bezieht (Kesebir, 2014; Van Tongeren, 2022, S. 15).
- b) Das *interpersonelle* Verhalten steht im Mittelpunkt der Domäne „*relationale Demut*“; hier geht es um den *Ausdruck* von Demut, d. h. wie Demut in sozialen Situationen konkret gezeigt oder wahrgenommen wird. Davis et al. (2010; 2011) konzeptualisieren Demut als Persönlichkeitseigenschaft aus der Außenperspektive, indem sie Demut als „Persönlichkeitsbeurteilung“ operationalisieren. Dabei heben sie auf Kriterien ab, die bei der Beurteilung einer anderen Person als „demütig“ maßgeblich sind. Sie definieren „relational humility“ anhand von vier „Qualitäten“:
 - a) eher Fremdorrientierung in der Beziehung zu anderen („other orientedness“ vs. „self-orientedness“),
 - b) die Tendenz, positive fremdorientierte Gefühle (wie z. B. Sympathie oder Wertschätzung) zum Ausdruck zu bringen,
 - c) die Fähigkeit, selbstorientierte Gefühle (wie Stolz oder die Hervorhebung der eigenen Leistungen) zu regulieren und
 - d) einen akkuraten Blick auf sich selbst zu haben (Davis et al., 2010, S. 248).

Eine Spezifizierung der interpersonellen Demut stellt das Konzept der „*kulturellen Demut*“ dar: Hierunter wird die Bereitschaft verstanden, a) eigenen kulturellen Prägungen gegenüber aufgeschlossen zu sein, sich mit dem eigenen kulturell geprägten Weltbild (kritisch) auseinanderzusetzen und b) sich zu bemühen, den kulturellen Hintergründen, Sozialisationen und Identitäten von anderen Menschen mit Interesse und Respekt zu begegnen – wobei unter „kulturell“ sowohl ethnische („race/ethnic“), geschlechterspezifische, religiös/spirituelle, sexuelle Orientierungen (z. B. LGBTQ+) oder auch individuell spezifische Besonderheiten zu verstehen sind (Hook et al., 2017; Zhang et al., 2022).

Demut im Kontext von Psychotherapie

Sowohl der Mehrkomponentenansatz als auch die Unterscheidung von intra- und interpersoneller Demut sind Gegenstand von Forschungen zu Demut im Kontext von Psychotherapie und psychotherapieorientierter Supervision

(Davis & Cuthbert, 2016; Means et al., 1990; Paine et al., 2015; Sandage et al., 2016; Watkins et al., 2019). Auch hier stellte sich zunächst die Frage, was kontextspezifisch für den Bereich Psychotherapie unter „Demut“ verstanden werden soll. In Anlehnung an Means et al. (1990) und Paine et al. (2015) lässt sich Demut im therapeutischen Kontext am besten als mehrdimensionales Konstrukt mit folgenden Merkmalen beschreiben:

- die Bereitschaft, die eigene Person möglichst akkurat wahrzunehmen (wobei auch die Wahrnehmung der eigenen Stärken mitgemeint ist),
- sowohl Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben als auch die Bereitschaft, aufgeschlossen anderen Personen, Ideen und Vorstellungen zu begegnen,
- Außenorientierung, verstanden als Fähigkeit, sich selbst nicht in den Mittelpunkt zu stellen, sondern vielmehr den Blick auf das Gegenüber zu richten,
- die Fähigkeit und Bereitschaft, eigene Grenzen und Fehler zu erkennen und sich die eigenen Unzulänglichkeiten einzugestehen,
- die Erkenntnis, eventuell nur begrenzt wirksam zu sein, das heißt z. B., nicht alle interpersonalen Interaktionen kontrollieren zu können, sowie
- die Regulation selbstzentrierter und die „Kultivierung“ fremdbezogener Gefühle.

Orientiert man sich an der Unterscheidung von intellektueller Demut und Demut im interaktionellen Kontext, lassen sich verschiedene Konsequenzen für den therapeutischen Kontext identifizieren:

- a) Im Sinne der *intellektuellen Demut* (Fokus auf *intrapersonelle* Facetten) geht es um das Selbstverständnis von Psychotherapeut*innen. Die demütige Akzeptanz der Begrenztheit der eigenen (Selbst-)Erkenntnis, Selbstzweifel in Bezug auf die eigenen therapeutischen Kompetenzen und die Akzeptanz, therapeutische Prozesse nur bedingt beeinflussen zu können, verlangt die Rückbesinnung auf die eigenen Grenzen. Dies kann sowohl als salutogener Faktor zur Zügelung von überzogenen Selbstansprüchen angesehen werden als auch als tröstender Resilienzfaktor, der einem hilft, überzogene Selbstkritik nach dem Erleben von Misserfolgen und Scheitern abzufedern (Paine et al., 2015). Zudem kann die Akzeptanz der eigenen Begrenztheit die Bereitschaft fördern, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen (z. B. Supervision; Nutzung von Deliberate-Practice-Verfahren), vermehrtes Feedback (von Patient*innen wie Kolleg*innen) zu nutzen und der Zusammenarbeit mit kooperierenden Institutionen mehr Raum einzuräumen.

Interessante empirische Befunde zur Relevanz von intellektueller Demut ergeben sich aus Studien der Arbeitsgruppe um Nissen-Lie (z. B. Nissen-Lie et al., 2017, 2013; Nissen-Lie & Rønnestad, 2016). In mehreren Untersuchun-

gen konnten sie zeigen, dass berufliche Selbstzweifel (als Teilfacette von Demut) sich positiv auf die Effektivität von Psychotherapien auswirken können. Die besten Erfolge erzielten jene Psychotherapeut*innen, die bezogen auf den privaten Bereich von einem stabilen Selbstwertgefühl, einer hohen „Selbst-Wertschätzung“ berichteten, jedoch bzgl. ihrer therapeutischen Arbeit von beruflichen Selbstzweifeln sprachen und ihre psychotherapeutische Arbeit kritisch hinterfragten. Insbesondere Zweifel hinsichtlich der eigenen Wirksamkeit, die Unsicherheit, was Patient*innen am besten helfen könnte, und die Skepsis, Patient*innen wirklich hinreichend unterstützen zu können, erwiesen sich als wichtige Prädiktoren für positive Therapieerfolge. Als Erklärung stellen die Autor*innen fest, dass diese Psychotherapeut*innen bei beruflichen Selbstzweifeln auf funktionale Copingstrategien zurückgriffen und angaben, in schwierigen Situationen das Problem aus unterschiedlichen Perspektiven zu sehen, nach Lösungen gemeinsam mit den Patient*innen zu suchen, sich weiterzubilden oder auch die Unterstützung von Kolleg*innen in Anspruch zu nehmen (Nissen-Lie et al., 2017).

Dass Selbstzweifel von Psychotherapeut*innen nicht per se zu besseren Therapieergebnissen führen, zeigt eine Untersuchung von Odyniec et al. (2019), die feststellten, dass bei Psychotherapeut*innen in Ausbildung Selbstzweifel schlechtere Ergebnisse zur Folge hatten und die Selbstzweifel von erfahrenen Psychotherapeut*innen nicht unbedingt dieselben sind wie die von Anfänger*innen (Schauenburg, 2019; siehe auch Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Als Erklärung bietet sich unter Rückgriff auf Untersuchungen von Nissen-Lie et al. (2017) an, dass sich die Selbstzweifel von Anfänger*innen eher *generell* auf die eigene Person als Psychotherapeut*in beziehen, wohingegen sich die Selbstzweifel von erfahrenen Psychotherapeut*innen auf sehr *situations-spezifische* Selbstbewertungen beschränken (zu Selbstzweifeln bei Psychotherapeut*innen siehe auch Strauß & Willutzki, 2018, S. 96 ff.; Zimmer, 2020).

- b) Die Auseinandersetzung mit *interpersonellen/interaktionellen* Facetten von Demut hebt die Relevanz von Demut im Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehungsgestaltung hervor. Eine demütige Haltung wird mit Blick auf die Stärkung der psychotherapeutischen Allianz und auf den Umgang mit schwierigen interaktionellen Situationen als wesentlich angesehen (zusammenfassend Davis & Cuthbert, 2016). Die Orientierung an den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Wünschen von Patient*innen ermöglicht eine vertrauensvolle therapeutische Arbeitsbeziehung, in der vermittelt wird, dass die Patient*innen im Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses stehen.

Auch die spezifische Sonderform der interkulturellen Demut wird im Bereich der Psychotherapie zunehmend berücksichtigt (vgl. z. B. Hook et al., 2017). In einer ganzen Reihe von Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das Zeigen von Respekt vor den kulturellen Hintergründen der Patient*innen das Vertrauen von Patient*innen in die

therapeutische Beziehung stärkte, tiefgreifendere therapeutische Veränderung ermöglichte und die Effektivität von Psychotherapien erhöhte (zum Überblick z. B. Zhang et al., 2022).

Diese hier nur skizzierten Ergebnisse verweisen auf eine Fülle weiterer spannender (Forschungs-)Fragen zu Demut im Kontext von Psychotherapie: Denn obgleich die Person des*der Psychotherapeut*in mit ihren individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen in den letzten Jahren wieder vermehrt in das Zentrum der Psychotherapieforschung rückte (siehe z. B. Schauenburg, 2019; Wampolt & Owen, 2021; Weck, 2013), mangelt es bislang – zumal im deutschsprachigen Raum – an Untersuchungen, die sich *explizit* mit dem Thema Demut im therapeutischen Bereich befassen. Zu denken ist dabei z. B. an die (schulenübergreifende) Relevanz von Demut als therapeutische Kompetenz im Zusammenhang mit Ausbildung und beruflicher Entwicklung von (kompetenten) Psychotherapeut*innen (Caspar, 2021). Oder auch die Frage, ob und inwiefern sich die Bereitschaft und Fähigkeit zu Demut im Verlauf der therapeutischen Tätigkeit verändert; Hinweise hierzu ergaben sich aus Studien um Orlinsky & Rønnestad (z. B. 2005, 2015), die zeigen konnten, dass ältere Psychotherapeut*innen mit langjähriger Berufserfahrung ihre therapeutischen Möglichkeiten, Stärken und Schwächen realistischer einschätzten als jüngere Kolleg*innen. Zudem gaben ältere Psychotherapeut*innen an, im Verlauf ihrer langjährigen Berufstätigkeit gelernt zu haben, die Grenzen der eigenen Person und der Psychotherapie zu akzeptieren, und berichteten von einem „Zugewinn an Integrität und Demut sich selbst und ihrem Beruf gegenüber“ (zusammenfassend Sonnemoser, 2016, S. 216 ff.). Bislang ungeklärt in diesem Zusammenhang bleibt die Frage, durch welche konkreten Erfahrungen und psychologischen Lernprozesse Psychotherapeut*innen im Verlauf ihrer Berufstätigkeit Demut erlernt haben bzw. welche spezifischen Faktoren es Psychotherapeut*innen erleichtern (oder erschweren), Demut zu entwickeln bzw. demütig zu sein. Diese Überlegungen unterstreichen die Fragen, welchen Stellenwert therapeutische Demut haben kann und inwiefern Demut als grundlegende Kompetenz und Haltung für Psychotherapeut*innen maßgeblich ist.

Demut als therapeutische Haltung kompetenter und effektiver Psychotherapeut*innen?!

Eine psychotherapeutische Haltung lässt sich definieren „als die Realisierung therapiebezogener kognitiver Strukturen von Therapeuten in deren therapierelevanten Situationen“ (Preß & Gmelch, 2014). Die Haltung von Psychotherapeut*innen speist sich dabei aus ihren ethisch-philosophischen Überzeugungen, ihren theoretischen Grundlagen und den in der therapeutischen Interaktion gewonnenen Erfahrungen (Gerhardinger, 2020). Als zentrale Bestimmungsstücke von „therapeutischer Haltung“ unterscheiden Preß & Gmelch (2014) eine *intrapersonelle kognitive Komponente* (Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen) und eine *interpersonelle*

Ausdruckskomponente, d. h. die Art und Weise, wie die (therapiebezogenen) Überzeugungen sich im konkreten (Interaktions-)Verhalten zeigen.

Nutzt man nun diese Konzeption von „therapeutischer Haltung“ und führt sie mit den dargestellten Überlegungen und Ergebnissen zum Thema Demut zusammen, wird deutlich, dass eine demütige Haltung von großer Relevanz für Psychotherapeut*innen sein kann.

Relevanz für Psychotherapeut*innen („intellektuelle Demut“, kognitive Komponente):

- Das Erkennen und Akzeptieren der eigenen Grenzen kann als *salutogenetischer Schutz* vor überhöhten Selbstansprüchen und Überforderungen angesehen werden, kann helfen, die*den eigene*n „innere*n Kritiker*in“ in

— Zweifel an den eigenen therapeutischen Fähigkeiten sind nicht als „Bankrotterklärung“ zu interpretieren, sondern können hilfreiche Meilensteine für die Verbesserung von Psychotherapien sein. —

Schach zu halten (Pigorsch, 2019, S. 122). Erschöpftheit und Burnout bei Psychotherapeut*innen wird zunehmend als ernstzunehmendes Problem im Bereich der Psychotherapie gesehen, da dadurch nicht nur die Gesundheit von Psychotherapeut*innen gefährdet, sondern auch die Effektivität von Therapien beeinträchtigt ist (vgl. z. B. Rehahn-Sommer & Kämmerer, 2019, 2022). Konkret kann sich das (demütige) Akzeptieren der eigenen Grenzen in der Strukturierung des Therapiealltags zeigen (z. B. Zeitmanagement, Anzahl der Patient*innen, Therapiestunden pro Woche), aber auch in der inhaltlichen Arbeit widerspiegeln (z. B. sich eingestehen, nicht auf alle Probleme eine Antwort zu haben, bestimmte Störungsbilder nicht hinreichend gut zu kennen und entsprechend Patient*innen mit diesen Störungsbildern an geeignetere Kolleg*innen weiterzuvermitteln; vgl. Zimmer, 2020).

- Demut kann auch als *Resilienzfaktor* im Zusammenhang mit schwierigen Situationen in der Psychotherapie, dem Erleben von therapeutischer Hilflosigkeit oder besonders „niederschmetternden“ Ereignissen in der Psychotherapie wirken. Beispiele hierfür können Situationen sein, in denen Patient*innen partout nicht die – aus therapeutischer Sicht notwendigen – Maßnahmen ergreifen (z. B. konkrete Veränderungen im Lebensalltag, fehlende Medikamentencompliance, Ablehnung eines als sinnvoll eingeschätzten stationären Klinikaufenthalts) oder auch manchmal nicht zu verhindernde Suizidalität (siehe Fallgeschichte zu Beginn dieses Artikels). Das Bewusstsein, dass Psychotherapeut*innen nur begrenzte Möglichkeiten und

Rechte haben, Einfluss zu nehmen, schützt nicht nur vor „therapeutischer Hybris“ (Blankerts & Doubrawa, 2017), sondern kann auch eine Erleichterung im Umgang mit therapeutischer Verantwortung darstellen.

- Die Untersuchungen zu therapeutischen Selbstzweifeln können als wichtiger Hinweis zur *Selbst- und Weiterentwicklung von Psychotherapeut*innen* angesehen werden. Wie in einer ganzen Reihe von Untersuchungen gezeigt wurde, neigen Psychotherapeut*innen zur Überschätzung ihrer eigenen Effektivität (Schott & Hoyer, 2019). Zweifel an den eigenen therapeutischen Fähigkeiten und Kompetenzen sind daher nicht als therapeutische „Bankrotterklärung“ zu interpretieren, sondern können als hilfreiche Meilensteine für die Verbesserung von Psychotherapien fungieren. Durch die (mutige) Einbeziehung von Feedback durch Patient*innen (z. B. nach dem „Deliberate-Practice-Verfahren“; vgl. Linsenhoff, 2022), die Nutzung von Selbsterfahrung und Supervision sowie die Unterstützung durch Kolleg*innen oder das Zurückgreifen auf weitere kollegiale (Hilfs-)Systeme lassen sich therapeutische Ergebnisse verbessern (Davis & Cuthbert, 2016). Wie die Ergebnisse der Arbeitsgruppe von Nissen-Lie et al. (2017) zeigen, bedarf es hierzu eines generellen wohlwollenden Selbstverständnisses

(Selbst-Wertschätzung, Selbstmitgefühl), das von manchen Demutsforscher*innen bereits als konstitutives Merkmal einer demütigen Haltung angesehen wird (vgl. Chancellor & Lyuborminsky, 2013). Demut ist weder Fatalismus noch statische „Inkompetenzkompensationskompetenz“ (Marquard, 1974), sondern ein Hinweis auf eine sinnvolle prozessuale Weiterentwicklung und Lernnotwendigkeit als Psychotherapeut*in.

- In diesem Zusammenhang kann das Wissen um die eigenen therapeutischen Kompetenzen, aber auch das sich Eingestehen der eigenen therapeutischen Grenzen hilfreich sein, „*psychotherapeutische Expertise*“ zu entwickeln (Caspar, 2021). Demutsforscher*innen wie Hook et al. (2015) und Davis & Cuthbert (2016) postulieren, dass gerade Demut für die Entwicklung zur psychotherapeutischen Expertise von großer Relevanz ist: Auf den ersten Blick mag Demut im Zusammenhang mit therapeutischer Expert*innenkompetenz quasi „paradox“ erscheinen (Hook et al., 2015), bei Licht betrachtet ist es jedoch genau anders herum: Eine demütige Haltung (im Sinne präziser selbstkritischer Selbstwahrnehmung) und die Fokussierung auf das Gegenüber erhöhen sowohl die Bereitschaft, kritische Rückmeldungen von Patient*innen einzuholen, als auch, sich selbst bei weiteren Lernprozessen infrage zu stellen – und dies ermöglicht erst die Weiterentwicklung der eigenen Expertise (Nissen-Lie & Rønnestad, 2016). Demut kann somit als grundlegende Charakteristik – als „*sine qua non*“ – zur Entwicklung von Expertise angesehen werden: „The expert psychotherapist is foremost an humble psychotherapist“ (Hook et al., 2015, S. 13).

Relevanz für den therapeutischen Prozess („relationale Demut“, Ausdruckskomponente):

- Durch eine demütige Haltung in Psychotherapien können auch prozessuale Faktoren in der Psychotherapie beeinflusst werden. Therapeutische Demut ist hilfreich bei der *Gestaltung der therapeutischen Beziehung*. Wie die Ergebnisse zu (kultureller) Demut zeigen, fühlen sich Patient*innen, denen mit Hochachtung und Respekt gegenüber ihrem individuellen Hintergrund begegnet wird, besser verstanden, die Psychotherapien sind effektiver. Therapeutische Empathie, Wertschätzung und Kohärenz stellen zwar seit jeher (spätestens nach Rogers) basale Kompetenzvariablen dar (Rogers, 1981); mit einem demütigen Verhalten gegenüber Patient*innen ist jedoch noch mehr gemeint: sich „in den Dienst“ von Patient*innen zu stellen, ihnen (auch) als lernende Person zu begegnen, Patient*innen zu vermitteln, dass Psychotherapeut*innen zwar (hoffentlich) Expert*innen in Bezug auf therapeutisches (Störungs-, Therapie- und Prozess-)Wissen, Patient*innen jedoch Expert*innen ihres eigenen Lebens sind.
- Besonders im *Umgang mit therapeutischen Krisen*, vor denen eine Psychotherapie nie gefeit ist, kann eine demütige Haltung hilfreich sein. Zu denken ist dabei z. B. an Missverständnisse, konfligierende Vorstellungen von Therapiezielen oder von konkreten Schritten auf dem Weg zu diesen Zielen. Auch hier bedeutet Demut nicht das schlichte Hinnehmen der Probleme und Unzulänglichkeiten (im Sinne einer altdefinitorischen „Ergebenheit“), sondern die Probleme zunächst präzise beim Namen zu nennen, nicht darüber „hinwegzuscheln“. Hierzu ist es unabdingbar, die Position von Patient*innen einzubeziehen, sich Feedback zu holen und ggf. auch die eigenen Standpunkte professionell infrage zu stellen. Eine demütige und respektvolle Haltung mag dazu dienen, soziale Beziehungen sowohl „geschmeidiger“ zu machen als auch Brüche und Irritationen („alliance raptures“) aufzugreifen und einer (gemeinsamen) Lösung zuzuführen (Davis & Cuthbert, 2016). Hierzu bedarf es des Mutes von Psychotherapeut*innen, diese Irritationen und Krisen klar zu benennen, sich auch im konkreten Dialog gegebenenfalls selbst infrage zu stellen, ohne sich jedoch dabei selbst zu verleugnen (keine Selbstdemütigung!). Dieses interaktionelle „Schweben“ zwischen dem eigenen Standpunkt, der eigenen Meinung und Einschätzung und dem würdevollen und respektvollen Eingehen auf die Sicht des anderen, kann als besondere Herausforderung angesehen werden – zur Würde in der Psychotherapie bzw. dem kompetenten Umgang mit therapeutischen (Beziehungs-)Krisen siehe Bents & Kämmerer (2017) bzw. Gumz (2019).

- Inhaltlich ergibt sich aus der therapeutischen Demut – mit Blick auf die eigenen Grenzen, aber auch die Berücksichtigung eines „größeren Ganzen“ – ein weiterer interessanter Aspekt: *Demut angesichts unüberwindlich erscheinender existenzieller Krisen und Widerfahrnisse*, die zunächst (radikaler) Akzeptanz bedürfen (Linehan, 1993). Eine wichtige Ingredienz von Psychotherapien ist die Ermutigung von Patient*innen durch das Vermitteln von Hoffnung auf Behandelbarkeit, Besserung oder zumindest Linderung der psychischen Problematik. Ohne Hoffnung geht es nicht. Aber auch dies ist mit Vorsicht zu genießen: In dem (lebenswerten) Büchlein „Allein“ von Daniel Schreiber (2021) verweist der Autor auf das Konstrukt des „grausamen Optimismus“, der eine therapeutische Beziehung schwer einträchtigen kann (und in seinem Fall im Zusammenhang mit einer schweren Depression zum Abbruch seiner Psychotherapie führte). Mit „grausamem Optimismus“ ist gemeint, die überzogene, manchmal „naive“ Vermittlung von Zuversicht, dass sich der Therapieerfolg schon bald einstellen, „wenn man sich nur genügend anstrengt“. Sollten sich diese dann nicht (bald) einstellen, erhöht das die Frustration von Patient*innen, führt zu Scham und Schuldgefühlen – auch bei Psychotherapeut*innen (Sandage et al., 2016). Sich bewusst zu machen und dies zu kommunizieren, dass es eben Störungen, Lebensthemen, Seinsweisen gibt, die nicht „so einfach mal“ behandel- und veränderbar sind, sondern Patient*innen wie Psychotherapeut*innen sich einer unüberwindbaren Barriere gegenübersehen und beide manchmal verzagt und in innerer Not miteinander verwoben sind. Das offene, „demütige“ Bekennen der eigenen Grenzen kann auch aufseiten von Patient*innen

— „Ein guter Therapeut muss manchmal auch mit seinen Klienten in die Hölle gehen – ohne in ihr stehenzubleiben.“ —

dazu führen, selbstbezogene und überzogene Ansprüche und unrealistische Ziele zu relativieren und gnädiger mit sich selbst umzugehen. Das Erkennen und Benennen der eigenen Grenzen bedeutet selbstverständlich nicht, als Psychotherapeut*in hilf- und hoffnungslos zu bleiben, sondern – ganz im Sinne von Demut – eine möglichst realistische Einschätzung der Situation und der eigenen Möglichkeiten vorzunehmen, zu akzeptieren, dass eine Veränderung im Augenblick (!?) extrem schwer ist und vielleicht unmöglich erscheint, um dann gegebenenfalls unter Berücksichtigung alternativer Möglichkeiten neue Wege zu suchen. Oder eben auch: zunächst das Leid gemeinsam zu (er)tragen. Oder, wie eine meiner Ausbilderinnen vor langer Zeit sagte: „Ein guter Therapeut muss manchmal auch mit seinen Klienten in die Hölle gehen – ohne in ihr stehenzubleiben“. Dass dieser Aspekt von Demut bisweilen fast übermenschlicher Weisheit bedarf, wird in dem sog. „Gelassenheitsgebet“ deutlich, das dem amerikanischen

Theologen Reinhold Niebuhr (1892–1971) zugeschrieben wird: „Gott gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und vor allem die Weisheit, das eine vom anderen unterscheiden zu können.“⁴

Schlussendlich umfasst Demut im psychotherapeutischen Geschehen noch einen ganz anderen Aspekt: den *Respekt vor der Komplexität des psychotherapeutischen Geschehens* (Sachse, 2022). Seit Jahrzehnten bemühen sich engagierte Psychotherapieforscher*innen, hinter das Geheimnis erfolgreicher Psychotherapien zu kommen, untersuchen, von welchen Faktoren eine erfolgreiche Psychotherapie abhängt, welchen Einfluss Psychotherapeut*innenvariablen, Patient*innenvariablen, Störungsvariablen, Prozessvariablen etc. auf die Wirksamkeit von Psychotherapien haben – mit einer Fülle spannender Hinweise für die Theoriebildung, interessanten empirischen Untersuchungen und hilfreichen praxisbezogenen Hinweisen (vgl. z.B. *Strauß & Willutzki, 2018*; zur sog. Psychotherapie-Debatte z.B. *Wampold et al., 2018*). Dennoch: Das therapeutische Geschehen bleibt auch für langjährig theoretisch interessierte und praktisch tätige Psychotherapeut*innen und Ausbilder*innen etwas „ganz Großes“, „Wunder“bares, höchst Komplexes, oft Intransparentes, Multifaktorielles, nur schwer Fassbares, voller offener Fragen und Paradoxien – was viel Demut verdient. Das Wissen um diese offenen Fragen und die Akzeptanz, sich trotz aller Bemühungen diesen Fragen zu stellen und sich einzugesuchen, dass wir auch nach jahrelanger emsiger Forschung, kritischer (Selbst-)Reflexion des therapeutischen Alltags und hingebungsvoller praktischer Tätigkeit als Psychotherapeut*in bislang nur einen kleinen Teil dessen durchdringen können, was in einer Psychotherapie stattfindet, ist Grund genug, als praktisch tätige*r Psychotherapeut*in (und empirisch tätige*r Forscher*in) demütig sein zu können.



Dr. Friedrich Kapp

Psychotherapeutische Praxis
Ladenburger Str. 32
69120 Heidelberg
F.Kapp@t-online.de

Dr. Friedrich Kapp ist als kognitiver Verhaltenstherapeut in eigener Praxis tätig und langjähriger Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter für verschiedene (universitäre) Aus- und Weiterbildungsinstitute.

Literatur

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

Ballantyne, N. (2021). Recent work on intellectual humility: A philosopher's perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 18 (1), 1–21.

Davis, E. D. & Cuthbert, A. D. (2016). Humility and psychotherapist effectiveness: Humility, therapy relationship, and psychotherapy outcomes. In E. L. Worthington, Jr., D. E. Davis & J. N. Hook (Eds.) *Handbook of humility: Theory, research and applications* (pp. 286–300). New York: Routledge.

Davis, D. E., Worthington, E. L. & Hook, J. N. (2010). Humility: Review of measurement strategies and conceptualization as a personality judgement. *The Journal of Positive Psychology*, 5 (4), 243–252.

Hook, J. N., Watkins, Jr., C. E., Davis, D. E. & Owen, J. (2015). Humility: the paradoxical foundation for psychotherapy expertise. *Psychotherapy Bulletin*, 50 (2), 11–13.

Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J. & DeBlare, C. (2017). *Cultural humility: Engaging diverse identities in psychotherapy*. Washington: APA.

Nissen-Lie, H., Rønnestad, M. H., Hoeglend, P., Havlik, O., Solbakken O. A., Stiles, T. et al. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24 (1), 48–60.

Paine, D. R., Sandage, S. J., Rupert, D., Devor, N. G. & Bronstein, M. (2015). Humility as a psychotherapeutic virtue: Spiritual, philosophical, and psychological foundations. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 17 (1), 3–25.

Porter, T., Elnakouri, A., Meyers, E. A., Shibayama, T., Jayawickreme, E., & Grossmann, I. (2022). Predictors and consequences of intellectual humility. *Nature Reviews Psychology*, 1, 524–536.

Preß, H. & Gmelch, M. (2014). Die „therapeutische Haltung“ – Vorschlag eines Arbeitsbegriffs und einer klientenorientierte Variante. *Psychotherapeutenjournal*, 13 (4), 358–366.

Sandage, S. J., Rupert, D., Paine, D. R., Bronstein, M. & O'Rourke, C. G. (2016). Humility in psychotherapy. In E. L. Worthington, Jr., D. E. Davis, & J. N. Hook (Eds.), *Handbook of humility: Theory, research and applications* (pp. 301–315). New York: Routledge.

Strauß, B. & Willutzki, U. (2018). *Was wirkt in der Psychotherapie?* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Tangney, J. P. (2000). Humility: Theoretical perspectives, empirical findings and directions for future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 70–82.

Van Tongeren, D. (2022). *Humble. The quiet power of an ancient virtue*. London: Wellbeck.

Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Flückinger, Ch. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.

Weidman A. C., Cheng, J. T. & Tracy, J. L. (2018). The psychological structure of humility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114 (1), 153–178.

Worthington, E. L., Davis, D. E. & Hook, J. N. (Eds.). (2016). *Handbook of humility: Theory, research and applications*. New York: Routledge/Taylor & Francis.

Wright, J. C., (Ed.). (2019). *Humility*. New York: Oxford University Press.

Zhang, H., Watkins, Jr. C. E., Hook, J. N., Hodge, A. S., Davis, C. W., Norton, J. et al. (2022). Cultural humility in psychotherapy and clinical supervision: A research review. *Counseling and Psychotherapy Research*, 22, 548–557.

⁴ www.wikipedia.org/wiki/gelassenheitsgebet

Metakognitives Training für Patient*innen mit Psychose im Gruppen- und Einzelsetting

Ruth Veckenstedt & Jakob Scheunemann

Zusammenfassung: Der vorliegende Artikel bietet eine Einführung in das Metakognitive Training für Patient*innen mit Psychose (MKT) sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting. Dieses von der Arbeitsgruppe um Steffen Moritz¹ aus der Grundlagenforschung zu Denkverzerrungen bei Schizophrenie abgeleitete niedrigschwellige Therapieangebot ist modular aufgebaut und wird inzwischen in den deutschen und internationalen Leitlinien empfohlen. Das Gruppen-MKT steht kostenlos zur Verfügung (uke.de/mkt) und zielt darauf ab, das Bewusstsein für Denkverzerrungen und deren Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychotischen Symptomen bei den Betroffenen zu steigern und so über einen „Hintertüransatz“ schließlich die Symptombelastung zu reduzieren. Im Einzelsetting wird darüber hinaus auf bewährte Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie zurückgegriffen. Mehrere Meta-Analysen konnten inzwischen die Effektivität des MKTs zeigen.

Die Versorgungslücke

Lange hielt sich der Mythos, Wahn sei psychotherapeutisch nicht zugänglich (Walker, 1991). Inzwischen ist jedoch klar: Psychotherapie ist auch bei Menschen mit Psychose wirksam und wird in den nationalen und internationalen Leitlinien in allen Phasen der Erkrankung empfohlen, insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie (Hasan et al., 2020; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014). Aber auch psychodynamische Therapieansätze wurden inzwischen entwickelt (z. B. von Haebler et al., 2022²). Selbst imaginative oder expositionsbasierte Traumatherapie sind bei Menschen mit Psychose mittlerweile bei bestimmten Problemstellungen indiziert (Keen et al., 2017; Swan et al., 2017; Van Den Berg et al., 2015). Und obwohl wir stets großes Interesse an Behandlungstechniken für an Schizophrenie erkrankte Menschen beobachten, ist die Behandlungslücke in der ambulanten Psychotherapie groß (Bechdolf & Klingberg, 2014; Schlier & Lincoln, 2016). Ohne die Gründe dafür abschließend zu eruieren, ist ein Aspekt dieser Situation, dass die Arbeit mit an Psychose erkrankten Menschen eine besondere Herausforderung ist. Ohne Frage können mangelnde Krankheitseinsicht, persistierende Wahnideen, ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau, aber auch unter Umständen immer wieder notwendige Klinikaufenthalte die ambulante Behandlung erschweren. Umso wichtiger ist es, dass in der Versorgung dieser Patient*innen Berufsgruppen zusammenarbeiten, sich austauschen und dass auch Schulgrenzen überwunden werden. Seit 2011 verfolgt der Dachverband Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie e.V. (DDPP) schulen- (verhaltenstherapeutisch, systemisch, psychodynamisch) und berufsgruppenübergreifend das Ziel, dass die Behandlung von Psychosen ein selbstverständliches Angebot wird. Daran anschließend ist es uns wichtig zu betonen, dass in der Verhaltenstherapie entwickelte Standardmethoden,

unter Berücksichtigung des häufig niedrigeren Funktionsniveaus, auch in der Psychosentherapie Anwendung finden (Lincoln, 2019; Mehl & Heibach, 2022). Aufgrund des insgesamt knappen Therapieangebotes in Deutschland braucht es aber vor allem Interventionen, die schnell und einfach in der Praxis angewendet werden können. Das Metakognitive Training (MKT) in der Gruppe und das Metakognitive Therapieprogramm im Einzelsetting (MKT+; Moritz et al., 2011; 2022) sind solche leicht zu implementierenden Interventionen, die inzwischen bereits auf eine etwa zwanzigjährige Geschichte zurückblicken. Im MKT lernen Patient*innen mit Psychose, ihr Denken zu reflektieren und Zweifel zuzulassen. Eine Besonderheit am MKT ist die Integration von Befunden aus der kognitiven Grundlagenforschung und deren Übertragung in die klinische Anwendung.

Theoretischer Hintergrund

Nach einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Störungsverständnis bedingen – so wie bei Depressionen oder Angststörungen – auch bei Psychosen kognitive Verzerrungen die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik (Moritz et al., 2017; Ward & Garety, 2019). Forscher*innen wie Philippa Garety und Daniel Freeman (für einen Überblick, siehe z. B. Garety & Freeman, 2013), aber auch Steffen Moritz und Todd Woodward beschäftigten sich mit diesen kognitiven Verzerrungen und deren Beziehung zur Psychose (Moritz & Woodward, 2005).

¹ Wir danken Prof. Dr. Steffen Moritz (Leiter unserer Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie), der das Metakognitive Training federführend entwickelt hat, für seine Unterstützung beim Verfassen dieses Artikels.

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

Vielfach belegt ist vor allem eine Tendenz zum voreiligen Schlussfolgern als zentraler Mechanismus zur Entwicklung der schizophrenen Kernsymptomatik (für Übersichtsarbeiten siehe Dudley et al., 2016; McLean et al., 2017). Voreiliges Schlussfolgern heißt, Patient*innen ziehen zu weitreichende Schlüsse auf der Grundlage zu geringer Informationsmengen (Garety et al., 1991). Ein Beispiel für die konkrete Symptomatik: Ein Patient beobachtet, dass vor seinem Haus ein schwarzes Auto parkt, in dem ein Mann längere Zeit sitzen bleibt. Dies bezieht er direkt auf sich und interpretiert die Beobachtung als hinreichenden Beweis für eine Überwachung durch den Geheimdienst. Studien belegen, dass voreiliges Schlussfolgern spezifisch mit Wahneideen und nicht mit anderen psychiatrischen Diagnosen oder Variablen wie Medikation und Arbeitsgedächtnis verbunden ist (Broyd et al., 2017). Daran anschließend zeigen Patient*innen häufig eine Tendenz zum unkorrigierbaren Festhalten an einmal bezogenen Positionen. Diese mangelnde Urteilsflexibilität bei Patient*innen mit Schizophrenie konnte auch für wahnneutrale Stimuli nachgewiesen werden (Veckenstedt et al., 2011; Woodward et al., 2006). Dieser sogenannte Bias Against Disconfirmatory Evidence (BADE) gilt heute als Teil der kognitiven Infrastruktur der Wahnentwicklung und -aufrechterhaltung (Eisenacher & Zink, 2017). Ist ein*e Patient*in, wie in obigem Beispiel, einmal davon überzeugt, dass er*sie vom Geheimdienst beobachtet wird, wird er*sie tendenziell daran festhalten, auch wenn er*sie in der Folge mit Argumenten konfrontiert wird, die gegen diese Überzeugung sprechen (z. B. stand der entsprechende Wagen nie wieder vor der Haustür des o. g. Patienten oder nahe Angehörige äußern Zweifel).

Studien, vorrangig durch Bentall aus den 1990er-Jahren, zeigten zudem eine übersteigerte Selbstdienlichkeitstendenz bei Menschen mit Schizophrenie (Bentall et al., 1991, 1994; Kaney & Bentall, 1989). Die Idee: Patient*innen stabilisieren ihren eigentlich niedrigen Selbstwert, indem sie für Misserfolge eher andere Personen verantwortlich machen (external-personale Attribution) und Erfolge für sich selbst verbuchen. Diese Externalisierung von Misserfolg korreliert mit der Stärke der Wahneideen und findet sich vor allem bei Personen mit Verfolgungsideen (Murphy et al., 2018). Die Externalisierung der Attribution weitet sich mitunter auch auf positive Ereignisse aus, sodass Patient*innen mit Verfolgungswahn zum Teil alles external zuschreiben. Die Betroffenen erleben sich ohne eigene Kontrolle den Ereignissen in ihrer Umgeben ausgesetzt („Ohnmachtserleben“; Lincoln et al., 2010). Zudem weisen Betroffene die Tendenz zu einseitigen Erklärungen für Situationen auf, statt multifaktorielle Ursachen heranzuziehen (Moritz et al., 2018; Randjbar et al., 2011).

Neben diesen Denkfallen konnte in zahlreichen Studien eine sogenannte Überkonfidenz für Fehler bei Schizophrenie gefunden werden (Moritz, Ramdani et al., 2014). Das bedeutet, die Betroffenen sind sich bei objektiv falschen Urteilen sehr sicher, dass sie richtig liegen. Überkonfidenz wird als wichtiger Mechanismus für die Entstehung von Wahn diskutiert (für eine Übersichtsarbeit siehe Balzan, 2016), und findet

sich beispielsweise in Bezug auf Gedächtnisurteile (Moritz & Woodward, 2006) oder bei der Einschätzung von Emotionen in Gesichtsausdrücken (Köther et al., 2012). Allgemein scheinen Patient*innen mit Schizophrenie Defizite in der Einfühlung aufzuweisen, das bedeutet, sie haben Schwierigkeiten damit einzuschätzen, was in anderen Menschen vorgeht bzw. welche Motive sie haben (Theory of Mind; Bora et al., 2009; Sprong et al., 2007).

Auch Denkverzerrungen, die typisch für Menschen mit Depression sind und die im Rahmen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Manuale zur Depressionsbehandlung adressiert werden (Beck, 1979; Hautzinger, 2003), spielen im Rahmen der Schizophrenie eine Rolle, da viele Betroffene vor allem außerhalb florid-psychotischer Phasen häufig affektive Symptome und einen niedrigen Selbstwert aufweisen (Smith et al., 2006). Auch Modelle der Pathogenese berücksichtigen diese Phänomene (Garety et al., 2001). Beispiele dafür sind etwa eine Tendenz zur übertriebenen Verallgemeinerung oder zum Katastrophendenken.

Umsetzung in der Praxis

Ziel des MKTs ist die Schärfung des Bewusstseins der Patient*innen für die oben vorgestellten psychosetypischen Denkfallen, und zwar auf spielerische, non-konfrontative Weise. Aus diesem Ansatz leitet sich auch der Name des Programms „Metakognitives Training“ ab. Nach der Definition von Flavell (1979) bezieht sich Metakognition auf das eigene Wissen bezüglich der eigenen kognitiven Prozesse und alles, was damit zusammenhängt. Im MKT lernen Patient*innen somit, Schlussfolgerungen zu reflektieren und Zweifel zuzulassen, um zu realistischeren Einschätzungen zu gelangen. Der Gedanke „jemand möchte mir schaden“ wird erst dann zum Problem, wenn man keine andere Sichtweise einnehmen kann und unkorrigierbar daran festhält. Und tatsächlich sind solche psychosetypischen Gedanken auch in der gesunden Bevölkerung weit verbreitet (Van Os et al., 2009). So haben wir alle mal den Blick eines Gegenübers fälschlicherweise als feindselig empfunden oder waren uns ganz sicher, das geliehene Geld bereits zurückgegeben zu haben. Wissen wir um die Fehlbarkeit bei der Einfühlung oder um die Verbreitung von Fehlerinnerungen, können wir eine andere Sicht einnehmen, unsere Urteilssicherheit reduzieren und so der Eskalation intra- und interpsychischer Probleme vorbeugen. Können wir das nicht, begünstigt dies Konflikte, die Verfestigung falscher Überzeugungen und im Extremfall die Entstehung von Wahneideen. Runtergebrochen möchten wir im MKT vermitteln: Irren ist menschlich! Wir alle ziehen gelegentlich die falschen Schlüsse und müssen uns korrigieren. Ohne also direkt wahnhaftige Überzeugungen infrage zu stellen, machen wir den Patient*innen bewusst, dass menschliches Denken fehlbar ist, und stärken so deren metakognitiven Fähigkeiten.

Setting und Aufbau

Das Gruppen-MKT besteht aus zehn in sich abgeschlossenen Modulen, die jeweils eine der oben genannten Denkverzerrungen thematisieren, sodass es sich im offenen Gruppensetting umsetzen lässt und in jeder Sitzung neue Teilnehmende hinzukommen können. Durchgeführt wird die Intervention mittels Präsentationsfolien (z. B. über einen Videoprojektor projiziert), ergänzend gibt es Nachbereitungsbögen mit Hausaufgaben. Aktuell steht das gesamte Material des Gruppen-MKTs in 38 Sprachen für alle interessierten Therapeut*innen kostenlos unter uke.de/mkt zur Verfügung.

Abgeleitet aus dem Gruppenprogramm haben wir eine Therapie für das Einzelsetting (MKT+; *Moritz et al., 2022*) entwickelt, in der wir zunächst auch den non-konfrontativen metakognitiven Ansatz der Gruppe verwenden, diesen jedoch um bewährte Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie ergänzen. Das MKT+ ist ein manualisiertes Therapieprogramm, welches aus zwölf Einheiten besteht, die modular zusammengesetzt werden können. Die Einheiten bieten meist Inhalt für mehrere Sitzungen. Unser metakognitiver Ansatz kann eigenständig im Einzelsetting (MKT+) oder ausschließlich im Gruppensetting (MKT) angeboten, beide können aber auch hervorragend miteinander kombiniert werden. Zudem kann der Ansatz problemlos um andere (verhaltenstherapeutische) Interventionen erweitert werden, beispielsweise im Rahmen einer längeren ambulanten Psychotherapie. In einem ausführlichen Behandlungsplan sollten natürlich stets weitere in den Leitlinien empfohlene Interventionen berücksichtigt werden, beispielsweise Psychoedukation zu Medikamenten, soziales Kompetenztraining oder der Einbezug von Familienangehörigen.

Kern des Gruppen-MKTs sind die Module zu den psychosensitiven kognitiven Verzerrungen. Zusätzlich gibt es Inhalte zu den Themen Stimmung/depressive Denkstile, Selbstwert und Stigmatisierung. Im Einzelsetting gibt es weitere Einheiten zu Anamnese/Beziehungsaufbau, zu Störungsmodell/Zielfindung, zum Stimmenhören und zur Rückfallprophylaxe. Die nachfolgende Tabelle liefert einen Überblick über die Module des Gruppen-MKTs (mit * gekennzeichnet) sowie die Einheiten des MKT+ im Einzelsetting.

Die Einheiten zu den Denkverzerrungen folgen alle dem gleichen Aufbau: Zu Beginn erfolgt eine Einführung in die jeweilige Denkverzerrung, bei der die Normalisierung im Vordergrund steht. Durch die Normalisierung wird vermittelt, dass Denkverzerrungen auch in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet sind. Erst die Zuspitzung dieser Verzerrungen kann dann zu zwischenmenschlichen Konflikten, Problemen in der Alltagsbewältigung und im Extremfall zur Entwicklung der Wahnsymptomatik führen. Abbildung 1 zeigt Präsentationsfolien des MKT mit dem Beispiel des Magazins Stern, das vor genau vierzig Jahren auf die gefälschten Hitler-Tagebücher hereinfiel und damit ein Paradebeispiel für mangelnde Informationssammlung, also voreiliges Schlussfolgern, lieferte.

Einheiten des MKT+ im Einzelsetting und der Module im MKT-Gruppensetting

1. Beziehungsaufbau und Anamnese
2. Einführung in das metakognitive Therapieprogramm
3. Erklärungsmodell
4. Zuschreibungsstil*
5. Voreiliges Schlussfolgern*
6. Korrigierbarkeit*
7. Einfühlen*
8. Gedächtnis*
9. Depression und Denken*
10. Selbstwert*
11. Umgang mit der Diagnose und Rückfallprophylaxe
12. Stimmenhören

*Tabelle: Darstellung der Module des Gruppen-MKTs (mit * gekennzeichnet) sowie der Einheiten des MKT+ im Einzelsetting (3. Auflage).*

Im Gruppen-MKT gibt es jeweils zwei Module zu den Denkverzerrungen voreiliges Schlussfolgern (Modul 2 und 7) und Einfühlen (Modul 4 und 6) sowie ein Modul zum Thema Umgang mit Vorurteilen, sodass es insgesamt aus zehn Modulen besteht.

Psychoedukativ vermittelt das MKT die Bedeutung der Denkverzerrungen mittels laienverständlicher Erläuterung der Befunde aus der Grundlagenforschung und anhand von Fallbeispielen.

Herzstück aller Module sind spielerische Aufgaben, die die Denkverzerrungen erfahrbar machen und Patient*innen einladen, verschiedene Denkweisen einzunehmen. Die Übungen sind bewusst wahnneutral und schaffen somit losgelöst von der Wahndynamik ein Verständnis für die Fehlbarkeit des menschlichen Denkens allgemein. So sollen Patient*innen beispielsweise in der in Abbildung 2 gezeigten Beispielübung aus dem Modul 4 zur Einfühlung anhand eines Gesichtsausschnittes ermitteln, welche Emotion/Szene dargestellt ist. Patient*innen, und auch Gesunde, „scheitern“ oft daran, was dann ein „Aha-Erlebnis“ auslöst: Es ist nicht immer mit Gewissheit möglich, allein anhand des Gesichtsausdrucks den emotionalen Zustand bzw. die Motive anderer Personen zu erkennen, besonders ohne weitere Informationen, z. B. über den Kontext.

Diese Herangehensweise im MKT nennen wir Hintertüransatz: Patient*innen lernen auf der Metaebene Denkstile und deren problematische Konsequenzen kennen und sollen – so die Idee – dies dann auch auf ihre jeweils individuelle situative Symptomatik übertragen (Kumar et al., 2015). Dieser niedrigschwellige, non-konfrontative Ansatz eignet sich besonders im Gruppenkontext, wenn Patient*innen nicht über ihre Wahnhaltungen sprechen möchten oder wenn ihre Einsicht noch stark eingeschränkt ist.

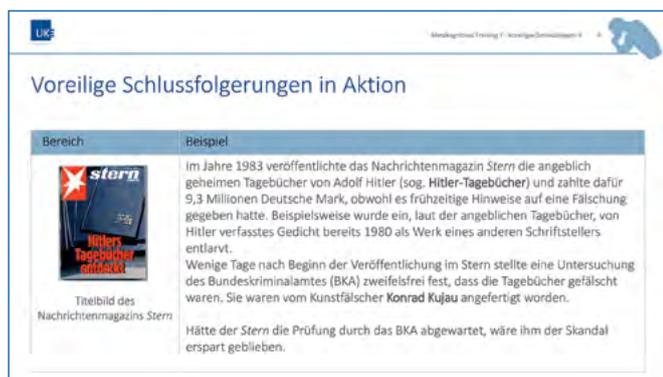


Abbildung 1: Folie aus dem Gruppen-MKT Modul 7 zum voreiligen Schlussfolgern

Beispiele aus den Medien oder der Gesellschaft für voreiliges Schlussfolgern gibt es viele, wie z. B. dieses zu den gefälschten Hitler-Tagebüchern, die das Magazin Stern 1983 veröffentlichte. Ereignisse wie diese verdeutlichen, dass Denkverzerrungen auch in der Allgemeinbevölkerung verbreitet sind, und dienen der Normalisierung.

Im Einzelsetting (MKT+) kann nach diesem spielerischen Teil zu den kognitiven Verzerrungen die Bedeutung der Denkmale für individuelle Situationen vertiefend bearbeitet werden. Dies erfolgt zunächst über den Zwischenschritt wahnhafter Fallbeispiele, die die Wirkung der jeweiligen Denkverzerrung verdeutlichen und den Patient*innen die Möglichkeit geben, sich zunächst unabhängig von der eigenen Symptomatik anhand wahnhafter Überzeugungen in alternativen Bewertungen zu üben. Abbildung 3 zeigt das Fallbeispiel von Tina aus der Einheit 4 zum Zuschreibungsstil, in dem Patient*innen mithilfe eines Tortendiagramms alternative multifaktorielle (Tina selbst, andere Menschen, Umstände) Erklärungen für Tinas initiale wahnhafte Überzeugung finden sollen. Da Patient*innen mit Psychose häufig wenig solidarisch mit den Wahnideen anderer Patient*innen sind, gelingt es hier auch wenig einsichtigen Betroffenen, alternative Sichtweisen im Fallbeispiel zu finden und so den Blick für eine realistische Einschätzung dieser komplexen Situation zu erlangen.

Erst danach laden wir die Patient*innen dazu ein, auch die eigenen (wahnhaften) Überzeugungen zu bearbeiten. Hier greifen wir bewährte Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie auf, wie sie auch in anderen Manualen (Lincoln, 2019; Mehl & Heibach, 2022) beschrieben werden (u. a. Pro- und Kontra-Listen, Vier-Felder-Tafel). Wenn zu erwarten ist, dass Patient*innen (noch) nicht über die eigenen Wahninhalte reflektieren können, sollte man laut Manual des MKT+ diese Abschnitte überspringen bzw. zu einem späteren Zeitpunkt der Psychotherapie bearbeiten. Zudem ist die Bearbeitung wahnhafter Überzeugungen nie ein Selbstzweck, sondern sollte nur bei bestehendem Leidensdruck bzw. damit verbundenen psychosozialen Schwierigkeiten erfolgen. Die Module resümieren, sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting, mit Übertragungen auf den Alltag. Nachbereitungszettel, die eine Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte und Hausaufgaben enthalten, sollen dabei den Transfer in den Alltag gewährleisten.

Weiterentwicklungen des MKTs und Zukunft

Mit dem MKT im Gruppen- und Einzelsetting wurde ein leicht zu implementierender Ansatz entwickelt. Trotzdem ist, wie oben bereits erwähnt, die Versorgungssituation der Betroffenen mit Schizophrenie weiter unzureichend. Um den Transfer in den Alltag noch weiter zu unterstützen und auch Hilfesuchenden selbst ein Tool an die Hand zu geben, hat unsere Arbeitsgruppe die App COGITO entwickelt, die für Android und iOS inzwischen in 13 Sprachen frei verfügbar ist (weitere Informationen und ein Einführungsvideo unter uke.de/cogito). Die App ist diagnoseübergreifend und besteht aus verschiedenen Programmpaketen, u. a. zu den Themen: Psychose, Stimmung & Selbstwert, Schlaf und chronische Schmerzen. Die User*innen erhalten über Push-Nachrichten täglich kleine Übungen und erhalten bei regelmäßiger Nutzung Medaillen.

Inmitten der Hochphase von Corona ins Leben gerufen, führen wir das Gruppen-MKT aktuell sehr erfolgreich ebenfalls online durch. Auch hier machen wir gute Erfahrungen: Patient*innen mit Psychose haben kaum Schwierigkeiten mit dem digitalen Gruppensetting, schalten gerne ihre Kameras an und berichten offen über ihr psychotisches Erleben. Aus Rückmeldungen von Teilnehmenden wissen wir, dass sie ge-

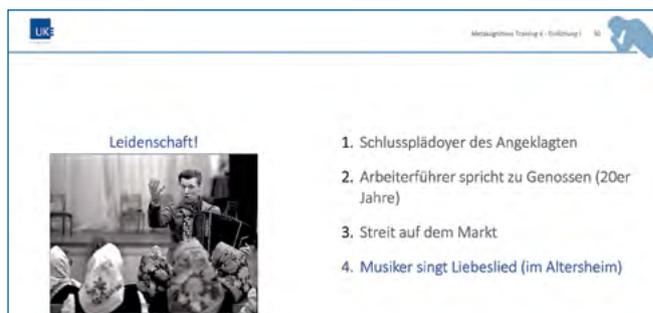


Abbildung 2: Folien aus dem Gruppen-MKT Modul 4 zur Einführung Anhand des präsentierten Gesichtsausdrucks oben sollen die Teilnehmenden einschätzen, was in der Person vorgeht bzw. in welcher Situation sie sich befindet. Dazu stehen vier Alternativen zur Verfügung. Auch Gesunden ist es aufgrund des mehrdeutigen Gesichtsausdrucks nicht zweifelsfrei möglich, hier die richtige Auswahl „Musiker singt Liebeslied“ zu treffen, da weitere Kontextinformationen fehlen. Die Fehlbarkeit in unserem Denken illustriert die Hauptbotschaft, die das MKT vermitteln soll: Irren ist menschlich.

**Verfolgung/Seltsame Gerüche
Für und Wider?**

Beispiel:
Tina nimmt in den Straßen von Bangkok den Geruch von Tränengas wahr.

Interpretation/Ursachenzuschreibung:
Sie ist überzeugt, dass der Nachbar ihr nach Bangkok gefolgt ist und schon wie zu Hause versucht, ihr mit giftigen Substanzen zu schaden.
Welche anderen Erklärungen/Ursachen wären möglich?
???



(„Straßen von Bangkok“ von Lisa Schilling) Zuschreibungsstil 4.19

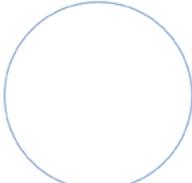
MKT+ Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm

Arbeitsblatt 4.2	Therapieeinheit 4: Zuschreibungsstil	Seite 1
------------------	--------------------------------------	---------

Fallbeispiel Tina: Verfolgung/seltsame Gerüche

Wie hoch schätzen Sie den Anteil der verschiedenen Ursachen ein? Teilen Sie die „Torte“ entsprechend in Stücke ein und tragen Sie die zugehörigen Prozentzahlen (%) ein.

Situation/Umstände: _____% Andere Menschen: _____%



Tina selbst: _____%

Schreiben Sie eine Interpretation auf, die mehrere Ursachen einschließt.

Abbildung 3: Fallbeispiel und Arbeitsblatt zum Zuschreibungsstil

Oben ist das Therapieblatt aus der Einheit 4 des MKT+ zum Zuschreibungsstil im Einzelsetting dargestellt. Auf dem zugehörigen Arbeitsblatt sollen Patient*innen dann im Tortendiagramm eintragen, welchen Anteil die drei Aspekte Tina selbst, andere Menschen und auch die Umstände an der Situation haben, um alternative multifaktorielle Zuschreibungen für Tinas initiale wahnhaftige Interpretation zu finden. Eine möglichst vielschichtige Erklärung kann dann anschließend auf dem Arbeitsblatt notiert werden.

rade diesen offenen Austausch mit anderen Betroffenen sehr schätzen, da sie sonst selten die Gelegenheit haben, in einem vertrauensvollen Rahmen über ihre Erlebnisse zu sprechen. Jedoch muss bedacht werden, dass im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung aktuell keine Abrechnung rein online durchgeführter Gruppentherapien möglich ist.

Ein großes Anliegen ist uns zudem die Weiterbildung in diesem Bereich, beispielsweise in der Ausbildung angehender Psychotherapeut*innen oder über das von uns entwickelte E-Learning zum MKT (mit zehn Fortbildungspunkten akkre-

diert). Das Konzept des MKTs für Psychose ist inzwischen auf eine Vielzahl von anderen Störungen übertragen worden (z. B. Depression, Borderline, Bipolare Störung, Zwang, pathologisches Glücksspiel; Gehlenborg et al., 2020; Jelinek et al., 2017; Miegel et al., 2000.; Schilling et al., 2018). Die neuste Entwicklung ist die Adaption des MKTs für Psychose für den akutpsychiatrischen Bereich (MKT-Akut), die vom Inhalt reduziert und noch stärker auf den Alltag fokussiert ist (Fischer et al., 2022). Für die Zukunft ist die kultursensible Anpassung der Intervention eine Herausforderung. Außerdem birgt das MKT das Potenzial, für Subgruppen spezifische MKTs zu entwickeln, beispielsweise für die Forensik, für jüngere Patient*innen, für Frauen oder für chronisch erkrankte Menschen. Auch möglich erscheint es, für verschiedene Phasen der Erkrankung zusätzliche Module zu entwickeln. Beispielsweise könnte für Patient*innen in Remission das Modul „Rückfallprophylaxe“ aus dem Einzelsetting in das Gruppensetting übertragen werden. Hierfür ist Forschung zu Wirksamkeitsvergleichen verschiedener Patient*innengruppen wichtig. Beispielsweise untersuchte eine Forschungsgruppe aus Italien (Ussorio et al., 2016), ob die Dauer der unbehandelten Psychose (Duration of Untreated Psychosis) einen Einfluss auf die Wirksamkeit hatte, wofür keine Hinweise gefunden wurden. Weiterentwicklung und Forschung sind nach wie vor nötig. Wir sind also noch nicht am Ende der Entwicklung angelangt.

Evidenz

Das MKT stützt sich auf vielfach belegte theoretische Grundlagen (für Übersichtsarbeiten zu den theoretischen Hintergründen des MKTs siehe z. B. Moritz, Andreou et al., 2014; Moritz & Woodward, 2007) und ist in zahlreichen Studien auf seine Wirksamkeit untersucht worden, die inzwischen auch metaanalytisch zusammengefasst wurden. Eine Metaanalyse aus dem letzten Jahr wertete 1816 Patient*innen aus 40 Studien aus, darunter 30 randomisiert-kontrollierte Studien, und fand mittlere Effekte für Wahn (Hedges $g = 0,69$) und generelle Positivsymptomatik (Hedges $g = 0,50$; Penney et al., 2022). Da Metaanalysen zur Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie von Menschen mit Psychosen für gewöhnlich kleine bis mittlere Therapieeffekte zeigen (z. B. Mehl et al., 2019: bezüglich Wahn $d = 0,27$; Wykes et al., 2008: bezüglich Positivsymptomatik $d = 0,37$), spricht diese Untersuchung für die Wirksamkeit unseres metakognitiven Ansatzes. Vorherige Metaanalysen belegten zusätzlich die hohe subjektive Akzeptanz der Intervention durch die Teilnehmenden (Eichner & Berna, 2016), den Effekt auf verschiedene Aspekte der Krankheitseinsicht (Lopez-Morinigo et al., 2020) sowie Langzeiteffekte (Liu et al., 2018). Aufgrund seiner Wirksamkeitsnachweise wurde das MKT 2018 in die Leitlinien der DGPPN (Empfehlungsgrad 1b; Hasan et al., 2020) und DGPs (Lincoln et al., 2019) aufgenommen sowie in die Leitlinie der australisch-neuseeländischen Gesellschaft für Psychiatrie (Galletly et al., 2016).

Was folgt für die Praxis?

Das MKT bietet sowohl für das Gruppen- als auch für das Einzelsetting einen strukturierten, einfach zu implementierenden Therapieansatz, der sich bereits in Metaanalysen als durchführbar, gut akzeptiert und wirksam erwiesen hat. Nun fehlt es noch an der breiten Nutzung dieses Verfahrens. Trotz verschiedener Behandlungsbarrieren (Jansen et al., 2018; Salize et al., 2015), zum Teil auch seitens der Patient*innen (z. B. Selbststigmatisierung, Anderson et al., 2013), suchen Patient*innen mit Schizophrenie aktiv ambulant psychotherapeutische Hilfe und sind häufig auch sehr dankbar für diese Angebote (Kernbach, 2020). Wir empfinden es als sehr gewinnbringend, mit diesem Klientel zu arbeiten, und möchten Sie ermutigen, das MKT und MKT+ in Ihrer eigenen praktischen Tätigkeit anzuwenden. Über Rückmeldungen, Verbesserungsvorschläge und einen kollegialen Austausch freuen wir uns immer sehr.



Dr. Ruth Veckenstedt

Korrespondenzanschrift:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
r.veckenedt@uke.de

Dr. Dipl.-Psych. Ruth Veckenstedt ist Psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Sie hat ihre Promotion im Bereich kognitive Verzerrungen bei Schizophrenie verfasst und ist Ko-Autorin des Individualisierten Metakognitiven Therapieprogramms für Menschen mit Psychose (MKT+).



Jakob Scheunemann M. Sc.

j.scheunemann@uke.de

Jakob Scheunemann, M. Sc., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie und Psychologischer Psychotherapeut auf der Station Angst und Zwang des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Er betreibt experimentelle Grundlagenforschung zu schweren psychischen Erkrankungen und ist Ko-Autor des Metakognitiven Trainings für das akutpsychiatrische Setting (MKT-Akut).

Literatur

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

- Balzan, R. P. (2016). Overconfidence in psychosis: The foundation of delusional conviction? *Cogent Psychology*, 3 (1). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1135855> (14.07.2023).
- Bentall, R. P., Kinderman, P. & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32 (3), 331–341.
- Eichner, C. & Berna, F. (2016). Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators. *Schizophrenia Bulletin*, 42 (4), 952–962.
- Garety, P. A. & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *The British Journal of Psychiatry*, 203 (5), 327–333.
- Liu, Y.-C., Tang, C.-C., Hung, T.-T., Tsai, P.-C. & Lin, M.-F. (2018). The efficacy of metacognitive training for delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials informs evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15 (2), 130–139.
- Lopez-Morinigo, J.-D., Ajnakina, O., Martínez, A. S.-E., Escobedo-Aedo, P.-J., Ruiz-Ruano, V. G., Sánchez-Alonso, S. et al. (2020). Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50 (14), 2289–2301.
- McLean, B. F., Mattiske, J. K. & Balzan, R. P. (2017). Association of the jumping to conclusions and evidence integration biases with delusions in psychosis: A detailed meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43 (2), 344–354.
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P. et al. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34 (4), 358–366.
- Moritz, S., Krieger, E. C., Bohn, F., Elmers, J. & Veckenstedt, R. (2022). Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose. Berlin: Springer.
- Moritz, S. & Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 20 (6), 619–625.
- Penney, D., Sauv , G., Mendelson, D., Thibaudeau,  ., Moritz, S. & Lepage, M. (2022). Immediate and Sustained Outcomes and Moderators Associated with Metacognitive Training for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79 (5), 417–429.
- Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P. et al. (2006). Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86 (1–3), 181–188.
- Swan, S., Keen, N., Reynolds, N. & Onwumere, J. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress symptoms in psychosis: A systematic review of outcomes. *Frontiers in Psychology* (8). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00341> (14.07.2023).
- von Haebler, D., Montag, C. & Lempa, G. (2022). Modifizierte psychodynamische Psychosentherapie: Werkzeuge, Konzepte, Fallbeispiele. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie

Josef Brockmann, Holger Kirsch & Svenja Taubner

Zusammenfassung: Der Mentalisierungsansatz beruht auf einem Modell zum Verständnis psychischer Prozesse, das eine Weiterentwicklung klassischer psychoanalytischer Theoriemodelle darstellt. Auch wenn so die Wurzeln des Mentalisierungskonzepts in der Psychoanalyse verortet werden können, bedient sich dieses aber zugleich keiner psychoanalytischen Behandlungstechnik im klassischen Sinne. Dies wird hinsichtlich verschiedener behandlungstechnischer Fragen deutlich (z. B. „Deuten vs. Exploration“ oder „Regression vs. Strukturierung der Behandlung“). Vor diesem Hintergrund wird ein integratives mentalisierungsbasiertes psychodynamisches Modell für die ambulante Praxis vorgeschlagen, das vor allem für die Behandlung von Patient*innen mit funktionellen bzw. strukturellen Beeinträchtigungen geeignet ist.

Das Mentalisierungskonzept hat seit seiner ursprünglichen Entstehung vor mehr als 20 Jahren (Fonagy, 1989) eine stetige Verbreitung gefunden. Verschiedene Therapieformen beziehen sich inzwischen auf den Begriff der „Mentalisierung“, aber „nicht überall, wo Mentalisierung draufsteht, ist auch Mentalisierung drin“. Vor acht Jahren ist ein von zwei Autoren des vorliegenden Artikels verfasster Beitrag zu den Grundlagen des Mentalisierungskonzepts in dieser Zeitschrift (Brockmann & Kirsch, 2015) erschienen.¹ Der Schwerpunkt dieses Beitrags soll nun auf die Implikationen für die therapeutische Anwendung in der klinischen Praxis gelegt werden.

Die Theorie der Mentalisierung in der klinischen Praxis

Mentalisieren bezieht sich auf die Fähigkeit, uns selbst und andere zu verstehen, indem wir auf die mentalen Zustände schließen, die hinter dem Verhalten und Sprechen der Menschen stehen. Mentalisieren ist eine imaginative Fähigkeit. Wir mentalisieren, wenn wir darüber reflektieren, was in unserem Kopf und in dem einer anderen Person vorgeht. Das Verständnis eigener und fremder innerer mentaler Zustände erleichtert die Kontrolle über die eigenen Affekte wie auch die soziale Interaktion (Bateman & Fonagy, 2016). Mentalisieren ist so auch daran beteiligt, ein Gefühl für die eigene Identität zu entwickeln.

Es liegt auf der Hand, dass die meisten psychischen Störungen auf die eine oder andere Weise mit Störungen oder Zusammenbrüchen der Mentalisierungsfähigkeit verbunden sind. Einschränkungen oder Schwierigkeiten beim Mentalisieren können Kern einer strukturellen bzw. funktionellen Störung sein oder (in)direkte Folge einer psychischen Störung. In beiderlei Hinsicht kann eine Indikation für mentalisierungsfördernde Interventionen gegeben sein.

Zudem kann jeder Mensch vorübergehend die Fähigkeit verlieren, über sich selbst und andere nachzudenken, insbesondere bei intensiven Affekten und – tragischerweise – im Kontext von Bindungsbeziehungen. So erleiden Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) häufig einen Zusammenbruch der Mentalisierung durch Stress und in Bindungsbeziehungen. Der zeitweise Verlust der Mentalisierung wird dabei meist schneller als bei anderen Personen ausgelöst. Er kann dann allein schon durch eine unbedachte missverständene Äußerung verursacht werden.

Der Hauptanwendungsbereich der mentalisierungsbasier-ten Therapie (MBT) ist die Behandlung von Menschen mit komplexen affektiven Störungen, die mit schweren interper-sonalen Einschränkungen und Konflikten verbunden sind, insbesondere einer BPS oder Traumafolgestörungen. Für die BPS hat sich MBT als evidenzbasiertes Verfahren inter-national etabliert (Cristea et al., 2017; Herpertz et al., 2017; Storebø et al., 2020; Euler 2021) – mit der besten Evidenz neben der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). Bei den Traumafolgestörungen ist die Ergebnislage hingegen noch unübersichtlich. In der Cochrane Database (Sin et al., 2017) wird eine schwache Evidenz für traumafokussierte kogniti-ve Verhaltenstherapie sowie „Eye Movement Desensitiza-tion and Reprocessing“ (EMDR) berichtet. Nach den Meta-analysen von Wampold et al. (2018), Benish et al. (2008), Gerger et al. (2014) und Wampold (2001) sind traumaspe-zifische Behandlungen einer diesbezüglich unspezifischen Psychotherapie, die das Trauma nicht bewusst vermeidet und allgemein formulierten Prinzipien folgt, nicht überlegen (s. dazu „Regression“ vs. „Strukturierung & Hier und Jetzt“ auf S. 268). Modifizierte Ansätze der MBT für Traumafolge-

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliogra-phische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

störungen (Bateman, 2022), für antisoziale Persönlichkeitsstörungen u. a. befinden sich noch in der Entwicklung oder Evaluierung.

Die prämentalierenden Modi

Die Einschränkungen der Mentalisierung sind häufig gekennzeichnet durch einen Rückfall auf drei prämentalierende Modi, deren Vorläuferformen sich bereits in der frühkindlichen Entwicklung des Mentalisierens ausprägen (Brockmann & Kirsch, 2015). Wenn das Mentalisieren verloren geht, greifen wir typischerweise auf diese prämentalierenden Modi zurück.

- a) Der teleologische Modus wirkt wie ein „Sekundenkleber“, der bei sich oder anderen innere Zustände unmittelbar mit äußeren Handlungen bzw. Verhaltenserwartungen verknüpft: „Wenn Du das nicht tust, liebst Du mich nicht!“ Im teleologischen Modus ist das Verhaltensziel das primäre Agens. Erfahrungen werden nur dann als real empfunden, wenn sie sich in den Handlungen des Selbst oder anderer manifestieren, z. B. indem man sich verletzt oder von dem*der Psychotherapeut*in eine bestimmte Handlung verlangt, um sich gehört zu fühlen oder sich zu beruhigen.
- b) Im Äquivalenzmodus ist die innere Welt der äußeren Realität gleich: „Weil ich so fühle, ist es so.“ oder „Es ist so, wie es ist!“. Die externe Wirklichkeit wird über das innere Erleben bestimmt. Dabei gibt es nur eine Wahrheit. Im psychischen Äquivalenzmodus wird die Erfahrung als „zu real“ und daher häufig als überwältigend empfunden, denn die Gedanken und Gefühle werden nicht durch eine alternative Perspektive abgemildert und relativiert.
- c) Im Als-Ob-Modus ist die innere Welt von der äußeren Welt entkoppelt. Erkennbar ist der Als-Ob-Modus in der Psychotherapie z. B. daran, dass der*die Patient*in in einer psychologisierenden, pseudomentalisierenden Sprache über Erkenntnisse spricht, aber dabei deutlich wird, dass die Realität davon nicht berührt wird, gewissermaßen die „Bodenhaftung“, die Anbindung innerer Zustände und Empfindungen an eine äußere Wirklichkeit, fehlt.

Vier Dimensionen des Mentalisierens

Mentalisierungsprobleme zeigen sich nicht nur in den prämentalierenden Modi. Es ist durchaus möglich, in Teilbereichen bzw. nur einseitig gut zu mentalisieren, z. B. in Bezug auf die eigene Person bei gleichzeitigen Schwierigkeiten, sich in andere einfühlen zu können. Mentalisieren ist mehrdimensional. Beim Entgleisen der Mentalisierung bzw. bei Defiziten in der Mentalisierung ist häufig die Balance in der einen oder anderen Dimension des Mentalisierens verlorengegangen. Die vier Dimensionen sind jeweils durch eine Polarität charakterisiert (Abb. 1).

Ein Ungleichgewicht bzw. eine ausschließliche Konzentration auf einen Pol weisen auf Mentalisierungsprobleme hin. Wenn ein*e



Abbildung 1: Mentalisierungsdimensionen

Patient*in über eine zwischenmenschliche Begegnung ausschließlich kognitiv berichtet, so sollte es zur Aufgabe des*der Psychotherapeut*in werden, den Dialog in Richtung des affektiven Pols zu bewegen, denn effektives Mentalisieren impliziert die Fähigkeit, Kognitives mit Affektivem verbinden zu können. Wenn in einem anderen Fall ein*e Patient*in in seiner*ihrer Erzählung über einen ihn*sie involvierenden zwischenmenschlichen Konflikt ausschließlich auf die anderen fokussiert, ist es mentalisierungsfördernd, die Exploration des*der Patient*in auch auf die eigene Person zu lenken. Generell würde der*die Psychotherapeut*in dabei eine Haltung einnehmen, die die Neugier und Erkundung der Affekte des*der Patient*in fördert.

Der*Die Psychotherapeut*in wird den*die Patient*in dabei unterstützen, die angesprochenen Polaritäten zu berücksichtigen und deren Wechselwirkungen wahrzunehmen. Dadurch



Abbildung 2: Das Mentalisierungskonzept als integratives Brückenkonzept

kann der*die Patient*in lernen, die gegenwärtigen Erfahrungen auch aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten.

Das Mentalisierungskonzept als Brückenkonzept

Das Mentalisierungskonzept kann insofern als Brückenkonzept verstanden werden, als es seine Grundlagen aus verschiedenen Wissensgebieten bezieht und diese miteinander vermittelt (Abb. 2). Es versucht auf dieser Basis, die wesentlichen mentalen Prozesse des Verstehens, die Affekte und deren Auswirkung auf das Handeln in bewussten und unbewussten Aspekten zu begreifen. In seiner Anwendung soll es dazu beitragen, die Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in zu verbessern, das Verständnis des*der Patient*in für sich selbst zu vertiefen, die eigenen emotionalen Reaktionen besser zu regulieren und die eigene Rolle in zwischenmenschlichen Beziehungen klarer zu verstehen. Veränderung durch Psychotherapie wird nach dem Mentalisierungskonzept als Durchschreiten von drei Kommunikationssystemen verstanden:

1. Im ersten System wird das Vertrauen in die Behandlung über die Vermittlung der theoretischen Grundlagen des therapeutischen Vorgehens durch den*die Psychotherapeut*in gefördert, die sich für den*die Patient*in überzeugend und kohärent darstellen muss.
2. Im zweiten System wird durch beständiges Fördern der Reflexion innerhalb der therapeutischen Kommunikation die Fähigkeit zum Mentalisieren bei dem*der Patient*in gestärkt. Damit wird die Selbststeuerung und die Affektregulierung verbessert. Mentalisieren kann somit als ein „common factor“ (Lüdemann et al., 2021; Wampold, 2015) betrachtet werden.
3. Im dritten System findet der Transfer von gestärkten Mentalisierungskapazitäten und gewachsenem Vertrauen in die Lebenswelt des*der Patient*in statt. Mentalisieren ermöglicht es so dem*der Patient*in, hier Neues und anderes über die soziale Welt zu erfahren sowie bisherige Überzeugungen infrage zu stellen. Die Wiederherstellung oder Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit holt den*die Patient*in auf diese Weise aus seiner*ihrer durch ein episodisches Misstrauen bedingten Isolation.

Auch wenn dies in der Theorie als eine lineare Abfolge beschrieben ist, sind in der tatsächlichen Durchführung eher nichtlineare Prozesse und Schleifen zwischen den drei Systemen zu erwarten.

Das Mentalisierungskonzept als Teil der Gegenwartspsychoanalyse

Die intersubjektive Wende

Das innovative Potenzial und die Anschlussfähigkeit des Mentalisierungskonzepts für die moderne Weiterentwicklung der Psychoanalyse wird von vielen Autor*innen betont. So gehen etwa Altmeyer und Thomä davon aus, dass das „Mentalisierungskonzept das interessanteste, umfassendste und einflussreichste Theorieprojekt der Gegenwartspsychoanalyse (ist), entwicklungspsychologisch wie in der therapeutischen Anwendung mit einem relationalen Modell der Psyche arbeitet, das auf dem besten Weg ist, zum ‚common ground‘ des psychoanalytischen Pluralismus zu werden“ (Altmeyer & Thomä, 2016, S. II).

Das Mentalisierungskonzept ist eng mit der intersubjektiven Wende in der Psychoanalyse verbunden. Das besondere Merkmal der psychoanalytischen Theorie ist die Aufmerksamkeit, die sie unbewussten psychischen Prozessen und Motivationskräften widmet, um komplexe und häufig paradoxe menschliche Verhaltensweisen zu erklären. Diesem Augenmerk bleibt die Psychoanalyse auch in ihrer intersubjektiven Wende verschrieben. Aber es hat sich etwas verändert: Die in der Psychoanalyse beschriebenen möglichen Beziehungen und Selbstbilder konstituieren sich nun im und durch das intersubjektive Feld. Der intersubjektive Ansatz in der Psychoanalyse gründet auf den Arbeiten von Stolorow et al. (1996) mit einer Nähe zur Selbstpsychologie von Kohut (1981) und führt zur relationalen Psychoanalyse, deren bekannteste Vertreter*innen Benjamin (2009) und Mitchell (2003) sind. Dieser Ansatz unterscheidet sich von der klassischen Konzeption Freuds. Die Beobachtungsposition wird jetzt innerhalb des Feldes der gemeinsam konstituierten (Selbst-)Erkenntnis verortet. Intersubjektivität ist bezogen auf ein gegenseitiges Sicherkennen. Diese Sichtweise hat viel mit der modernen entwicklungspsychologischen Grundlage des Mentalisierungskonzepts gemeinsam.

Dies hat Auswirkungen auf die Behandlungstechnik, die sich deutlich vom etablierten psychoanalytischen Vorgehen abhebt. Der bedeutendste Unterschied zur klassischen Psychoanalyse besteht in der Umsetzung der Berücksichtigung der unvermeidbaren Subjektivität des*der Psychoanalytiker*in in der Behandlung selbst, einer Person mit ihren eigenen Überzeugungen und Übertragungen.

Die Konsequenzen der veränderten Sichtweise des intersubjektiven Ansatzes werden in der Behandlungstechnik der MBT konkretisiert. Dies wird weiter unten anhand der Frage „‚Deutung und Einsicht‘ vs. ‚Standpunkt des Nichtwissens‘“ näher aufgezeigt (s. a. Volkert, 2022).

Die Wurzeln des Mentalisierungskonzepts in der Psychoanalyse: Affektentwicklung und Affektregulation

Bei der Entwicklung des Mentalisierungsmodells greifen Fonagy und Kolleg*innen auf bedeutende psychoanalytische Konzepte zurück, insbesondere in Bezug auf die Bildung von Repräsentanzen, Modelle der Selbststeuerung und der Affektregulation. So erfüllt z. B. der emotionale Ausdruck einer Bindungsperson eine tröstende und Halt gebende Funktion, die die Herstellung des emotionalen Gleichgewichts unterstützt. Dem Psychoanalytiker Winnicott kommt dabei das Verdienst zu, die Bedeutung des mütterlichen Spiegels für die Entwicklung eines Selbstgefühls und der Selbstregulation erkannt und formuliert zu haben (Winnicott, 1962). Das psychische Selbst taucht nach seiner Erfahrung und Erkenntnis auf, wenn sich das Kind als denkendes und fühlendes Wesen in der Psyche einer anderen Person wahrnehmen kann. „Psychotherapie bedeutet nicht, kluge und geschickte Deutungen zu geben; im Großen und Ganzen stellt sie einen langfristigen Prozess dar, in dem dem Patienten zurückgegeben wird, was er selbst einbringt. Psychotherapie hat im weitesten Sinne die Funktion des Gesichts, das widerspiegelt, was sichtbar ist. Ich betrachte meine Arbeit gerne als einen solchen Vorgang und glaube, dass der Patient, wenn mir diese Arbeit gelingt, sein eigenes Selbst finden, leben und sich als real erleben kann.“ (Winnicott, 2010, S. 134 ff.)

Für Bion ermöglichte die sog. Containment-Funktion des Denkens, Versagungen auszuhalten (Bion, 1962 [1990]). Über die Alpha-Funktion wird die Symbolisierungsfähigkeit erworben und es erfolgt eine Transformation innerer, konkretistisch wahrgenommener (Beta-)Vorgänge in erträgliche Erfahrungen (Lecours & Bouchard, 1997, S. 858). Mentzos vergleicht Bions Konzept mit der markierten Affektspiegelung im Mentalisierungsansatz und kommt zu dem Schluss, beide Zugänge würden auf etwas Ähnliches abzielen, jedoch sei der Mentalisierungsansatz in seiner Terminologie und Fundierung durch Forschung überzeugender und präziser (Mentzos, 2017, S. 61).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Mentalisierung umfasst eine Gruppe basaler psychischer Prozesse, einschließlich der Repräsentation und Symbolisierung, welche zu einer Umwandlung von Trieb-Affekt-Erfahrungen in psychische Phänomene und Strukturen führen. Effektives und nichteffektives Mentalisieren hängen somit auch mit dem Aufbau des Repräsentationssystems zusammen. Auch dies lässt eine Anbindung des Mentalisierungskonzepts an die psychoanalytische Theoriebildung sinnvoll erscheinen.

Das Mentalisierungskonzept als Weiterentwicklung der Bindungstheorie

Das Mentalisierungskonzept lenkt den Blick auf die frühe Entwicklung der Affektregulation zwischen dem Kind und seinen jeweiligen Bindungspersonen.

Markierte Affektspiegelung

In der frühen Affektspiegelung (typischerweise zwischen dem 8. und 18. Monat) reagieren Eltern auf den Affektausdruck des Säuglings (z. B. Angst), indem sie den Affekt „markiert spiegeln“. Der von den Eltern dem Kind gespiegelte Emotionsausdruck ist etwas abgemildert oder hat eine Beimischung eines anderen Affekts (z. B. ein tröstender Affekt) (Abb. 3). Der spiegelnde Ausdruck der Mutter reguliert dabei die Angst des Kindes. Später wird das primäre Gefühl (z. B. Angst) zusammen mit der Reaktion der Mutter als Gedächtnisspur bzw. als Repräsentanz (Vorstellung) aufbewahrt (Fonagy & Target, 2002, fußend u. a. auf Gergely & Watson, 1999, 1996).

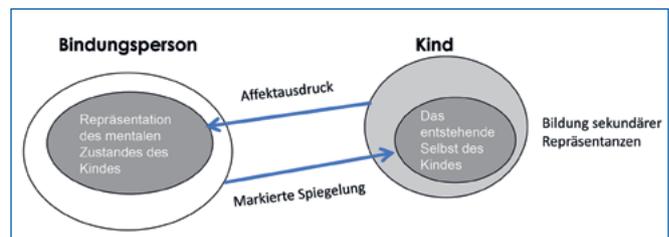


Abbildung 3: Markierte Affektspiegelung und die Entwicklung des Selbst

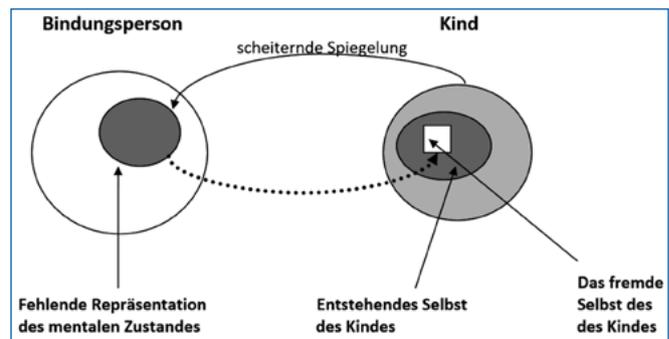


Abbildung 4: Entwicklung des fremden Selbst

Die markierte Affektspiegelung ist störanfällig. Dabei muss sie nicht immer korrekt sein, aber sie sollte kontingent sein, d. h. über ein zufälliges Maß hinaus erwartbar und zugleich markiert. Wird der Affekt unmarkiert gespiegelt, z. B. die Angst des Kindes durch die Mutter eins zu eins zurückgegeben, so kann dies zur Affektansteckung und auf Dauer zur Selbst-Objekt-Konfusion führen.

Bei einer häufig auftretenden verzerrten Spiegelung könnte das Kind den mentalen Zustand eines anderen als fremden Teil im kindlichen Selbst internalisieren. Ebenso können intensive affektive Zustände, die in der Beziehung von den

Bindungspersonen nicht aufgefangen werden können, zum Aufbau fremder Selbstanteile führen (Abb. 4). Fehlende oder verzerrte Spiegelungen bringen verzerrte Repräsentanzen (ein fremdes Selbst) mit sich.

Zur Affektregulation im Erwachsenenalter

Aufbrausende Affekte verbunden mit erhöhtem „arousal“ schränken unsere Mentalisierungsfähigkeit ein. Mentalisieren kann dabei als „Puffer“ zwischen Affekt und Handlung stehen und so quasi zum Aufbau einer „zweiten Haut“ führen, die ein Schutz vor zu starken Affekten ist. Mentalisieren wird so zum Aufbau eines Immunsystems der Psyche (Lecours & Bouchard, 1997). Auch empirisch zeigt sich ein vermittelnder Einfluss des Mentalisierens auf die Verarbeitung von Belastungen und auf die psychische Gesundheit (Schwarzer, 2019; Ballestri et al., 2018, 2019). Wir sprechen von „mentalisierte Affektivität“, wenn man im Sturm der Affekte die Mentalisierung noch aufrechterhalten und ihnen Bedeutung zuschreiben kann.

Der Verlust des Mentalisierens kann

- situative Ursachen haben, wie z. B. intensive, unmodulierte Affekte,
- aber auch strukturelle Ursachen, wie allgemeine funktionelle Einschränkungen. Diese sind charakteristisch für schwere Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die BPS. Eine Orientierung zur Einschätzung der Schwere struktureller Einschränkungen liefert z. B. die OPD-Strukturachse.

Wenn die Fähigkeit zur Mentalisierung eingeschränkt ist oder verloren geht, kann sich das in Kampf- oder Fluchtverhalten zeigen oder im Rückgriff auf prämentalisierte Modi.

Ein Brückenschlag: Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie

Das Behandlungsmodell

Der Prozessfokus bezieht sich auf die Förderung der Mentalisierung nach dem Mentalisierungskonzept und der daraus abgeleiteten Behandlungstechnik.

Der inhaltliche Fokus, die Formulierungen und Interpretationen des*der Psychotherapeut*in zu den interpersonalen bewussten und unbewussten Mustern, greift auf die Objektbeziehungstheorien bzw. intersubjektiven Theorien zurück (Abb. 5).

Kernpunkte der vom Mentalisierungskonzept abgeleiteten Behandlungstechnik sind:

- Hilfe bei der Regulation des „arousal“,
- Beobachtung, wie der*die Patient*in erzählt: mentalisierend oder nichtmentalisierend,

- Förderung mentalisierender Narrative,
- Haltung des Nichtwissens, aktive Haltung, Transparenz und Strukturierung der Behandlung.

Ein inhaltlicher Fokus der therapeutischen Arbeit setzt effektives Mentalisieren voraus, d. h., die Thematisierung von Konflikten, Träumen oder therapeutischer Beziehung ist nur dann möglich, wenn die Mentalisierung relativ stabil ist. Ziel ist aber auch hier nicht primär, eine treffende Deutung zu geben, sondern die Etablierung einer therapeutischen Haltung des Nichtwissens und das gemeinsame Herausarbeiten von Bedeutung (Brockmann et al., 2022).

Der Prozessfokus

Der Prozessfokus soll hier in der Darstellung im Vordergrund stehen, weil er der für die meisten Leser*innen eher neue und weniger konsensfähige Aspekt ist.

Diesem sind folgende praktische Prinzipien übergeordnet:

- generelle Gesichtspunkte hinsichtlich der gesamten Therapiestunde,
- der Standpunkt des Nichtwissens als Charakteristikum der therapeutischen Haltung,
- die Strukturierung der Therapiestunde und Behandlung,
- der Fokus im Hier und Jetzt.

Deutlich wird, dass hier in höherem Ausmaß als in der klassischen Psychoanalyse, wenn auch in einem gar nicht so großen Kontrast zum tiefenpsychologisch fundierten Vorgehen, eine dezidierte Strukturierung und Fokussierung erfolgt.

Die therapeutischen Interventionen sind im Wesentlichen auf folgende Ziele ausgerichtet:

- Unterstützung der Mentalisierung des*der Patient*in,
- Erkennen von ineffektiven Formen des Mentalisierens (z. B. der prämentalisierten Modi) und Unterbrechen des Nichtmentalisierens,

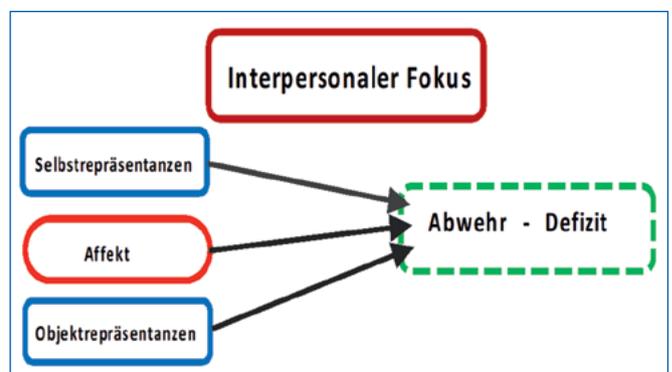


Abbildung 5: Interpersonaler Fokus

- Fokussieren auf die Affekte im Narrativ,
- Mentalisieren der Beziehungen, der Übertragung und Gegenübertragung außerhalb und innerhalb der Therapie.

Das Mentalisierungskonzept ist im Kontext psychodynamisch-psychoanalytischer Theoriebildung einzuordnen, bedient sich aber selbst nicht einer klassischen psychoanalytischen Behandlungstechnik.

Der inhaltliche Fokus

Der inhaltliche Fokus bewegt sich im weiten Feld der psychodynamischen Theorien. Die Symptomatik des*der Patient*in wird dabei mit einem interpersonalen Fokus gesehen, der heute weitgehend in Bezug auf die psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien formuliert wird (Abb. 5).

Was ist neu am Behandlungskonzept?

„Deutung und Einsicht“ vs. „Standpunkt des Nichtwissens“

Den Standpunkt des Nichtwissens einzunehmen, ist der Kontrapunkt zur Deutung. In einer Deutung teilt der*die Psychotherapeut*in dem*der Patient*in etwas empathisch mit, was der*die Patient*in noch nicht weiß. Geht man hingegen vom Standpunkt des Nichtwissens aus, wird der*die Patient*in dazu angeregt, selbst etwas herauszufinden, das ihm*ihr und vielleicht auch dem*der Psychotherapeut*in zuvor noch nicht bekannt war. Die Grundhaltung des Nichtwissens als Ausgangsperspektive einzunehmen, erfordert einen Grad an Neugierde gegenüber dem, was der*die Patient*in über sich und das eigene Erleben zu sagen hat

— Auch wenn aus heutiger Sicht die Wirksamkeit von Deutungen in der Psychoanalyse wohl stark überschätzt wurde, ist eine Psychotherapie ganz ohne jegliche Deutungen kaum denkbar. —

bzw. wie er*sie dies aus seiner*ihrer „inneren Welt“ heraus sieht. Der*Die Psychotherapeut*in nimmt hier erst einmal Abstand davon, Deutungen zu präsentieren, wie er*sie das Erlebte auf Basis der eigenen therapeutischen Kompetenz und Erfahrung interpretiert. Die mit dem Mentalisierungskonzept verknüpfte Behandlungstechnik ist in der beschriebenen Haltung des Nichtwissens der intersubjektiven und relationalen Psychoanalyse verbunden, denn ähnlich dieser grenzt sie sich von der klassischen Psychoanalyse durch die Umsetzung der Anerkennung einer unvermeidbaren, überzeugenden Subjektivität des*der Psychoanalytiker*in im Behandlungskontext selbst ab. Das primäre Ziel der Behandlung besteht zudem nicht darin, Konflikte und verdrängte

Inhalte bewusst zu machen, sondern das Repräsentationssystem des Selbst zu entwickeln.

Der*Die Patient*in in einer Krise – Beispiel für den „Standpunkt des Nichtwissens“

*P[atient*in]: Ehrlich gesagt, was mir jetzt nur noch hilft, ist ein Medikament!*

*T[herapeut*in]: Ok. Ich spüre, Sie sind in Not. Ist es so?*

P: Sehen Sie doch!

T: Ja sicher. Entschuldigen Sie, aber ich habe da noch einige Fragen. Was hat Sie so in Not gebracht?

P: Meine Partnerin hat mich aus der Wohnung geworfen. Habe ich am Telefon auch schon erzählt.

T: Das ist hart. Und jetzt wissen Sie nicht mehr weiter?

P: So ungefähr.

T: Können Sie es genauer sagen?

P: Ich bin jetzt erstmal bei einem Freund untergekommen.

T: Sehr gut!

Die mentalisierungsorientierte Psychotherapeut*in fokussiert beim Verfolgen des Paradigmas eines Standpunkts des Nichtwissens auf das emotionale Erleben. Er*Sie benennt dabei nicht einfach die Gefühle für den*die Patient*in, sondern hilft vielmehr dabei, die eigenen Emotionen wahrzunehmen und angemessen in Worte zu fassen. Eine Therapie-stunde, in der der Standpunkt des Nichtwissens durch die Psychotherapeut*in nicht realisiert und konsequent durchgehalten wird, ist keine Therapiestunde nach dem Modell der MBT.

Deutung und Einsicht

Auch wenn die Ergebnisse der empirischen Therapiefor-schung nicht der alleinige Maßstab sind, so weisen die vorhandenen Erkenntnisse doch auf eine nur eingeschränkte Wirk-samkeit von Deutungen hin. Deutungen wurden lange Zeit als die zentrale Intervention der Psycho-analyse betrachtet. Rückblickend lässt sich aus heutiger Sicht die Annahme vertreten, dass die Wirksamkeit von Deutungen in

der Psychoanalyse stark überschätzt wurde. Zugleich muss man auch festhalten, dass keine Psychotherapie gänzlich ohne Deutungen (bzw. Interpretationen auf verschiedenen Ebenen des Bewussten und Unbewussten) auskommt. Beide genannten Einschätzungen müssen nicht im Widerspruch zueinander stehen, sondern können einander ergänzen: In der Deutung wird der*die Psychoanalytiker*in in die Position einer Autorität als anerkannte*r Interpret*in der Realität gesetzt und hat damit die Aufgabe, für den*die Patient*in Un-bewusstes in Bewusstes zu überführen. Eine Deutung, die fragend ist, sich als subjektive Interpretation zu erkennen gibt und vorzugsweise vom Hier und Jetzt ausgeht, kann sich dabei durchaus als mentalisierungsfördernd erweisen. Die Deu-

tung kann dem Bewusstsein Unbewusstes näherbringen. In der MBT erfolgt diese so, dass dabei der Standpunkt des Nichtwissens im Vordergrund steht: Deutungen, in denen sich der*die Patient*in in noch nicht sagbaren Anteilen wahrgenommen fühlt, mit Anteilen, die er als zu sich zugehörig empfindet, fördern das Mentalisieren und stärken das epistemische Vertrauen wie auch die therapeutische Beziehung.

„Unbewusstes bewusst machen“ vs. „mentalisierte Affektivität“

Auch das Mentalisierungskonzept geht von unbewussten Prozessen aus, die unser Denken, Wünschen und Handeln in unserer Entwicklung wie auch im Hier und Jetzt beeinflussen. Das Verständnis unbewusster Prozesse und die Vorstellungen über das Bewusstsein haben sich in 100 Jahren Psychoanalyse allerdings deutlich erweitert und neue Perspektiven hinsichtlich der Komplexität bewusster und unbewusster Vorgänge eröffnet. So greifen Gödde und Buchholz (2011), Gödde (2018) sowie Fonagy und Allison (2016) aktuelle psychoanalytische Diskurse über Bewusstsein und Unbewusstes auf, die das klassische psychoanalytische Modell mit Erkenntnissen aus Nachbarwissenschaften in Verbindung bringen.

Gödde und Buchholz (2011) sowie Gödde (2018) unterscheiden eine vertikale und eine horizontale Dimension des Unbewussten. Vorgänge des Unbewussten ließen sich, da nicht direkt beobachtbar und somit schwerer artikulierbar, am ehesten durch Metaphern umschreiben. Freuds Metaphernwahl ist dabei noch einem vertikalen Modell des Unbewussten verpflichtet: unten (primitiv, triebhaft) versus oben (kultiviert, kontrolliert, reif) mit dem Kernaspekt der Verdrängung und Repression, und unterscheidet ferner zwischen Oberfläche und Tiefe (Tiefenpsychologie).

Neuere Modelle (Gödde & Buchholz, 2011) ergänzen dies um eine horizontale Dimension des Unbewussten, die den Beziehungsaspekt und die Motive hinter den Handlungen besser zu beschreiben vermag. In therapeutischen Situationen, wenn auch nicht ausschließlich dort, kommen unbewusste Resonanzen zum Tragen, die mit diesem horizontalen Modell erfasst werden und für die Beziehungsgestaltung von großer Bedeutung sind. Der Fokus der Aufmerksamkeit innerhalb der Gegenwartspsychoanalyse hat sich dabei auf den Einfluss der Beziehungserfahrungen verschoben, die internalisiert werden und ihren Niederschlag in Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie prägenden Beziehungsmustern finden. Sie werden am besten mit einer horizontalen Dimension des Unbewussten, einem sozial-interaktiven Modell, beschrieben. In diesem System sozialer Resonanzen steht das sichtbare Verhalten den unsichtbaren Motiven und Intentionen gegenüber (Kirsch & Brockmann, 2022).

Das Behandlungsziel im Mentalisierungskonzept ist vor diesem Hintergrund die Förderung der sog. mentalisierten Affektivität, die in enger Beziehung zur Entwicklung der inneren Objektrepräsentanzen steht.

Was ist „mentalisierte Affektivität“?

„Emotionale Erfahrung ist der erste Schritt zu einem Gedanken. Am Ende der Straße finden wir das Denken (...).“
(Green, 1998, S. 649, Übers. d. Verf.)

Es lassen sich drei Stufen der Affektregulierung unterscheiden (Lecours & Bouchards, 1997; Fonagy et al., 2002; Taubner, 2015):

- Stufe 1: Um das Gleichgewicht des Organismus (Homöostase) zu gewährleisten, werden Affektzustände handlungs- und körpernah verändert (Beispiele: Agieren, Somatisierung, Selbstverletzung – Mentalisierung fehlt hier ganz).
- Stufe 2: Affekte können kommuniziert werden und sind zumindest teilweise bewusst. Die Affekte werden kognitiv zugänglich, sind stärker in Entscheidungsprozesse eingebunden. Sie sind weniger „blind“. Durch Symbolisierung/Sprache werden die Affekte kommunizierbar und interaktionell regulierbar (Beispiel: Zurückführung von physiologischem „arousal“ auf Angst).
- Stufe 3: Mentalisierte Affektivität erlaubt, den affektiven Zustand zu reflektieren. Es gestattet, den Affekten Bedeutung zu geben und die Kontrolle über die Affekte weiter auszubauen. Mentalisieren wird so zu einem Puffer zwischen Affekt und Handlung. Mentalisierte Affektivität gilt als die reifste Form des Umgangs mit Affekten (Beispiel: „Während ich wütend bin, bin ich in der Lage, über meinen Zorn und dessen Gründe zu reflektieren.“).

Der*Die Patient*in in einer Krise – Beispiel für die Förderung der mentalisierten Affektivität

T[herapeut*in]: Sie sprechen so schnell und versuchen, mir mit möglichst vielen Fakten ihre Lage zu erklären. Ich merke gerade, ich verliere den Kontakt zu Ihnen und dazu, wovon Sie eigentlich sprechen. Können Sie mir sagen, wie es Ihnen im Moment geht, wenn Sie das erzählen?

P[atient*in]: Ich bin ziemlich aufgeregt und kann schwer einen Gedanken fassen.

T: Lassen Sie uns Zeit nehmen. Wie sollen wir beide denn damit jetzt umgehen?

P: Ich sollte mal Luft holen und, wie Sie häufig sagen, mehr über mich sprechen.

T: Klingt sehr gut für mich.

Epistemisches Vertrauen – eine Erweiterung des intersubjektiven Ansatzes

Wie werden der Erwerb neuen Wissens und ein Prozess der Veränderung von dem*der Psychotherapeut*in eingeleitet oder zumindest mitinitiiert? Wesentliche Bedingungsfaktoren sind nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung in der Beschaffenheit der therapeutischen Beziehung und den Qualitäten der Person des*der Psychotherapeut*in auszumachen.

chen (Wampold, 2015; Wampold et al., 2018; Mulder et al., 2017). Ein Schlüssel zu einer wirksamen Transmission ist dabei der Grad des epistemischen Vertrauens in der therapeutischen Beziehung (Allen, 2022). Epistemisches Vertrauen ist ein zentraler Mediator für Veränderungen und Vermittlung affektiver sowie kognitiver Veränderungsprozesse.

Unter „epistemischem Vertrauen“ ist dabei „die Bereitschaft eines Individuums“ zu verstehen, „die Kommunikation, die das Wissen einer vertrauenswürdigen Person vermittelt, als für die eigene Person verallgemeinerbar und relevant zu betrachten“ (Fonagy & Luyten, 2016, Übers. d. Verf.). Die Entwicklung des Vertrauens „kommt aus dem Empfinden sich emotional und kognitiv von einer anderen Person verstanden zu fühlen.“ (Fonagy in Duschinsky et al., 2019, S. 225, Übers. d. Verf.)

„Regression“ vs. „Strukturierung & Hier und Jetzt“

Die klassische psychoanalytische Psychotherapie wird durch die Arbeit in der Regression charakterisiert. Die Regression wird dabei durch das Setting und die Struktur der Behandlung gefördert. Dies gilt als zentral, wie es z. B. im Kommentar zu den Psychotherapierichtlinien hinsichtlich der Analytischen Psychotherapie formuliert wird (Diekmann et al., 2021, S. 47). Dabei wird davon ausgegangen, dass ein gewisser Konsens darüber besteht, was unter „Regression“ in der Behandlung verstanden wird. Dies ist jedoch keineswegs der Fall: „Regression“ bedeutet bei der Behandlung von strukturell beeinträchtigten Patient*innen beispielsweise etwas ganz anderes als bei der Bearbeitung von Konflikten bei Personen mit einer stabilen Ich-Struktur. Während Letztere innerhalb einer Therapieeinheit zeitlich begrenzt und partiell auf eine frühe Stufe der Entwicklung regredieren können, „rutschen“ strukturell beeinträchtigte Patient*innen spontan in regressive Zustände. Dabei ist die Regression oft hochgradig affektiv geladen, sodass die Kontrolle situativ und zeitlich weitgehend verloren gehen kann. Dies gehört genuin zur Dynamik struktureller Störungen. Diese Unterschiede in der Ausprägung und im Verständnis von Regression veranlassten möglicherweise Bion zu der Bemerkung: „Winnicott says patients need to regress, Melanie Klein says they must not regress. I say they are regressed.“ (Bion, zit. n. Kenny, 2013, S. 35).

„Regression“ beschreibt in der psychoanalytischen Theorie den zeitweiligen Rückzug auf eine frühere Stufe der Persönlichkeitsentwicklung. Zunächst bei Freud als Widerstand charakterisiert, wird die Regression bei ihm später als Labilisierung der Abwehr zum Nutzen der Therapie interpretiert. Die Regression auf Stufen früher Objektbeziehungen dient hier der Bearbeitung früher Entwicklungshemmungen in der psychoanalytischen Behandlung. Die Regression bezieht sich auf die Kompetenzen und Erfahrungen des*der Patient*in in der Therapiestunde und zeigt sich im emotionalen Beziehungsangebot, in der Übertragung und der affektiven Gestimmtheit bezogen auf früher erlebte Zustände und Beziehungskonstellationen. Der*Die Patient*in gleitet – unter Beibehaltung der

Ich-Funktionen – in die Kindheit. Das Auftreten einer solchen Regression wird gefördert durch eine eher zurückgenommene Haltung des*der Psychotherapeut*in, einer abgesehen vom Setting und den vorab gemachten Vereinbarungen geringen Strukturierung der Behandlung sowie ein Gewähren eines weiten Raums für freie Assoziationen, damit sich frühe Übertragungsanteile entfalten können.

Die evidenzbasierten Psychotherapieverfahren zur Behandlung von BPS und traumainduzierten strukturellen Störungen weisen jedoch in eine andere Richtung.

Ansätze, die sich als gut erforscht und erfolgreich erweisen konnten, sind demgegenüber gekennzeichnet durch eine Strukturierung der Behandlung mit zwei Merkmalen: (a) einer aktiven Haltung des*der Psychotherapeut*in, der*die die therapeutische Beziehung schützt und den*die Patient*in dabei unterstützen soll, die eigenen Affekte zu regulieren, und (b) einer Transparenz der Behandlung mit einem offenen Konsens über Ziele und Aufgaben der Psychotherapie.

Zu den intensiv untersuchten Ansätzen gehören insbesondere die wissenschaftlich evaluierten Behandlungsformen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Storebø et al., 2020), denen auch die MBT zuzurechnen ist. Bei einer Metaanalyse von gut erforschten Ansätzen zur Behandlung von schwer traumatisierten Patient*innen (Bona-fide-Behandlungen) kam Wampold (Wampold, 2001, Tab. 9.2) zu einem ähnlichen Ergebnis hinsichtlich der oben genannten zwei Merkmale der Strukturierung der Behandlung.

Die Strukturierung der Behandlung in der MBT ist charakterisiert durch:

- eine aktive Haltung des*der Psychotherapeut*in, der*die eine Verantwortung für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung übernimmt,
- eine aktive Steuerung des „arousal“ des*der Patient*in, um dessen*deren Affekte zu regulieren,
- Transparenz in der Behandlung (z. B. wenn der*die Psychotherapeut*in offenlegt: „Ich schweige, weil ich gerade nachdenke.“),
- eine Ausrichtung der Arbeit auf das Hier und Jetzt, wobei Bezüge zur Vergangenheit hergestellt werden können, soweit sie zum Verständnis der Gegenwart beitragen, sowie
- ein weitgehend teamorientiertes Behandlungssetting. (Deshalb ist bei der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen in Einzeltherapie für den*die Psychotherapeut*in die Einbindung in ein therapeutisches Netzwerk und regelmäßige Supervision unbedingt erforderlich.)

Ziel der therapeutischen Haltung ist es, dem*der Patient*in Sicherheit zu geben und ihn*sie nicht in früheren, häufig sehr stark ausgeprägten affektiven Zuständen zu belassen, in denen die Mentalisierung oft zusammengebrochen ist bzw. zu-

sammenzubrechen droht. Der*Die Patient*in soll in einer angemessenen Position – „nicht zu weit weg vom Feuer, aber auch nicht zu nah am Feuer“ – in die Lage versetzt werden, unter ertragbaren Affekten noch mentalisieren zu können.

Fallvignette

T[herapeut]: Ich habe am Freitag auf Sie hier gewartet, was war los?

P[atientin]: Ich habe die U-Bahn verpasst.

T: Wirklich? Wie das?

P: Um ehrlich zu sein, ich hatte auch keine Lust.

T: Wie kommt's?

P: Ich weiß nicht.

T: Lassen Sie es uns herausfinden! Hatte es vielleicht auch mit hier zu tun? Das ist wirklich ein interessantes Thema.

P: Ich will nicht darüber reden.

T: Lassen Sie es uns herausfinden.

P: Nein, wirklich nicht.

T: Es interessiert mich. Es könnte wichtig sein. Hat es vielleicht mit mir zu tun?

P: Ich glaube, Sie sind nicht der beste Therapeut für mich.

T: Gut, dass Sie das sagen! Es könnte ja wichtig sein, nicht dass Sie hier ihre Zeit vertun oder wir es uns unnötig schwer machen.

– Schweigen –

T: Können Sie darüber noch mehr sagen?

P: Ich vergleiche Sie mit meinem letzten Therapeuten, der fragte auch immer nach und schaute so kritisch.

T: Sie erleben meine Fragen als Kontrolle? – Dann sollte ich was ändern. Kontrolle ist nicht gut.

P: Ja und nein. So schlimm ist es nun auch wieder nicht ...

– Schweigen –

T: Wie geht es Ihnen jetzt mit mir?

P: Sie schauen immer so ernst.

T: Ja, da haben Sie wahrscheinlich Recht, das sagen mir andere auch. Was löst das denn in Ihnen aus?

P: Es ist – ich weiß nicht. Meinen Vater durfte man auch nicht kritisieren.

T: Was würden Sie dann an mir kritisieren?

P: Nein, ich weiß nicht, dass Sie so ernst schauen, ist mir unangenehm.

T: Kritisieren Sie mich ruhig, Sie dürfen hier ruhig frech sein!

P: Das sagen Sie jetzt so.

T: Ok, verstehe, Sie trauen dem nicht ganz, aber ich versuche mein Bestes.

P: Ich weiß nicht. Aber so schlecht sind Sie jetzt auch wieder nicht.

T: Über Ihren Vater sollten wir aber einmal sprechen, oder?

P: Aber nicht jetzt!

Kommentar

Diese Sequenz soll in einem praxisnahen Dialog veranschaulichen, wie sich bei dem*der Psychotherapeut*in eine Haltung des Nichtwissens und eine zugleich aktive Rolle darstellen kann. Sie erinnert wenig an die abwartende und deutende Haltung des*der klassischen Psychoanalytiker*in. Eine negative Vaterübertragung wird nicht direkt angesprochen, es wird kein biografischer Bezug hergestellt, auch nichtbewusste Motive des*der Patient*in bleiben außen vor.

Die therapeutische Beziehung wird zunächst auf der bewusstseinsnahen Ebene thematisiert, erst später bzw. indirekt fließen Übertragung und Gegenübertragung ein. Unbewusste Anteile der Übertragung werden (zunächst) nicht gedeutet. Stattdessen wird vom konkreten Denk- oder Erlebensprozess ausgegangen. Möglicherweise empfindet die Patientin im Fallbeispiel den Psychotherapeuten als kritisch und kontrollierend und erlebt dies im „Äquivalenzmodus“ folglich als Tatsache: „Ich fühle mich kontrolliert, also kontrolliert mich der Therapeut.“ Der Psychotherapeut geht sodann auf die bewusstseinsnahe innere Welt der Patientin ein. Es ist der Patientin bisher nicht möglich, die Beziehung so zu erleben, „als ob es der Vater wäre“. Gefühle werden in der Übertragung unmittelbar wahrgenommen, aber nicht mentalisierend über den Kontext hinaus reflektiert. Deshalb kann sich ein erweitertes Verstehen der therapeutischen Beziehung und der eigenen Beziehungsmodi nicht entwickeln. Das Anerkennen des Erlebens der Patientin durch den Psychotherapeuten als Erleben, das so „ist“, ermöglicht es, der Reflexion eine Chance zu geben und einen prüfenden Abgleich mit der Realität anzuregen. Der Psychotherapeut nimmt dabei die Verantwortung für die Missverständnisse in der therapeutischen Beziehung auf sich. Die Interventionen des Psychotherapeuten zielen so zunächst auf die Entwicklung bzw. Wiedergewinnung des reflexiven Modus ab. Die Patientin gelangt zunehmend in einen eher mentalisierenden Modus („Es erinnert mich an meinen Vater ...“) und relativiert die Schlüsse aus ihrer ursprünglichen Wahrnehmung ein wenig.

Plädoyer für eine neue Sichtweise: Zur Indikation des integrativen Behandlungsmodells

Der Mentalisierungsansatz beruht auf einem Modell zum Verständnis psychischer Prozesse, das eine Weiterentwicklung klassischer psychoanalytischer Theoriemodelle darstellt. Es bezieht dabei Erkenntnisse aus der entwicklungspsychologischen Forschung, dem Feld der Theory of Mind sowie den Neurowissenschaften und der Psychotherapieforschung ein. Die Ausgestaltung der therapeutischen Haltung und Behandlungstechnik verändert sich dadurch deutlich.

Das vorgeschlagene integrative Modell legitimiert sich zunächst aus der Notwendigkeit von Modifikationen bei der Behandlung von BPS mit psychoanalytisch orientierter Psy-

chotherapie. Alle bisher für die BPS herangezogenen evidenzbasierten Behandlungsansätze legen eine solche Anpassung nahe (Storebø et al., 2020; Herpertz et al., 2017). Dabei soll den für die BPS typischen Funktionsbeeinträchtigungen des Selbst und der zwischenmenschlichen Beziehungen Rechnung getragen werden, die von anderen Autor*innen auch als strukturelle Beeinträchtigungen charakterisiert werden.

Unabhängig von einer BPS-Diagnose ist MBT in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie nach dem hier vorgeschlagenen Modell zudem indiziert

- a) für Patient*innen, die strukturelle Einschränkungen aufweisen, welche z. B. in Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung oder traumatischen Erfahrungen stehen. Ein niedriges Strukturniveau bzw. eine gering integrierte Struktur scheinen mit Einschränkungen in der Mentalisierungsfähigkeit verbunden zu sein (Zetl et al., 2020).
- b) für Patient*innen mit Mentalisierungsproblemen, z. B. Personen mit Schwierigkeiten in der Affektregulation, bei denen eine Erweiterung der mentalisierten Affektivität zu einem psychischen Puffer zwischen Erleben und Handeln führen kann.

Schluss

Wir haben in diesem Beitrag versucht, die Bedeutung des Mentalisierungskonzepts für die Psychotherapie bei schweren Persönlichkeitsstörungen zu umreißen und dessen Implikationen zu zeigen. Das Mentalisierungskonzept versteht sich seit seiner Entstehung als Brückenkonzept zwischen Bonafide-Psychotherapien (Fonagy & Allison, 2014). Zusammen mit dem Konzept von Psychotherapie als dreifachem Kommunikationssystem schlagen wir ein integratives Behandlungskonzept vor. Es wird dabei nicht behauptet, dass die Ideen, die in dieses Konzept einfließen, neu sind (Allen et al., 2011), doch sind wir von seiner längerfristigen Relevanz für Forschung und Klinik überzeugt.

Literatur

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

Brockmann, J., Kirsch, H. & Taubner, S. (2022). Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brockmann, J. & Kirsch, H. (2015). Mentalisieren in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 14 (1), 13–22.

Kirsch, H. & Brockmann, J. (2022). Ist das noch Psychoanalyse? – Anmerkungen zum Verhältnis von Psychoanalyse und Mentalisierung. In H. Kirsch, T. Nolte & S. T. Gingelmaier (Hrsg.), *Soziales Lernen, Beziehung und Mentalisieren* (S. 23–44), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lüdemann, J., Rabung, S. & Andreas, S. (2021). Systematic Review on Mentalization as a Key Factor in Psychotherapy. *Int J Environ Res Public Health*, 18, 9161.

Mulder, R., Murray, G. & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The Lancet Psychiatry*, 4 (12), 953–962.

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S. et al. (2020). Psychological therapies for people

with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (8), CD005652.

Taubner, S. (2015). *Konzept Mentalisieren. Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. New York: Taylor & Francis Mahwah.

Wampold B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Therapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.



Dr. Josef Brockmann

Korrespondenzanschrift:

Egenolffstraße 29
60316 Frankfurt
praxis@dr-brockmann.net

Dr. Josef Brockmann ist als Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker niedergelassen in eigener Praxis in Frankfurt am Main. Er ist zudem Lehranalytiker (DGPT) und Gutachter der KBV sowie MBT-Supervisor und -Practitioner (British Psychoanalytic Council). Er hat langjährige Erfahrung in der Psychotherapieforschung.



Prof. Dr. Holger Kirsch

Prof. Dr. med. Holger Kirsch ist Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse und Sozialmedizin sowie Lehranalytiker (DGPT/DGIP). Er ist Professor für Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule Darmstadt und niedergelassen in eigener Praxis. Zudem ist er Koordinator des Erasmus+-Projekts „Mentalisierungstraining für pädagogische Fachkräfte“ und in der Psychotherapieprozessforschung aktiv.



Prof. Dr. Svenja Taubner

Prof. Dr. Svenja Taubner ist Psychoanalytikerin (DGP), Supervisorin und Trainerin für MBT (Anna Freud Center). Sie ist Direktorin des Instituts für Psychosoziale Prävention im Universitätsklinikum der Universität Heidelberg.

Männer in suizidalen Krisen

Ansätze für genderspezifische Suizidprävention und psychosoziale Versorgung

Laura Hofmann, Heide Glaesmer, Birgit Wagner & Cora Spahn

Zusammenfassung: Männer haben ein deutlich höheres Risiko, durch einen Suizid zu versterben, als Frauen. Gleichzeitig nehmen sie seltener psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch und sind durch suizidpräventive Angebote schlechter zu erreichen. Zudem werden psychosoziale Hilfsangebote von Männern als weniger hilfreich wahrgenommen und Männer zeigen zum Teil andere Symptome psychischer Störungen, sodass sie seltener als Risikogruppe erkannt werden. Durch die Berücksichtigung männerspezifischer Bedarfe bei der Gestaltung von Suizidpräventionsangeboten und in der psychosozialen Versorgung suizidalen Erlebens und Verhaltens, können Zugänge in das Hilfesystem gebnet, bedarfsgerechte Versorgungsangebote für Männer in Krisen geschaffen und somit die Suizidprävention für Männer verbessert werden.

Im Jahr 2021 starben in Deutschland 9.215 Menschen durch Suizid, davon waren etwa 75 Prozent Männer¹ (DeStatis, 2023). Auch wenn die Suizidzahlen über die letzten Jahrzehnte rückläufig sind, ist dieses deutlich erhöhte Suizidrisiko von Männern ein konstant fortbestehendes Phänomen. Es existieren wirksame Versorgungs- und Behandlungsansätze für suizidales Erleben und Verhalten (Sobanski et al., 2021) und sie können einen Beitrag zur Suizidprävention leisten. Allerdings finden Männer seltener den Weg in die psychosoziale Versorgung (z. B. Krisenanlaufstellen, Seelsorge) und sind durch suizidpräventive Angebote schlechter zu erreichen als Frauen (Kuramoto-Crawford et al., 2017; Luoma et al., 2002). Luoma et al. (2002) untersuchten das Hilfesuchverhalten von Menschen vor einem Suizid mithilfe von Krankenakten und psychologischen Autopsien. Nur ca. 18 Prozent der Männer (im Vergleich zu 36 Prozent der Frauen) hatten einen Monat vor dem Suizid psychosoziale Hilfe in Anspruch genommen. Aber nicht nur der Zugang zum Hilfesystem scheint erschwert, auch innerhalb des Versorgungssystems ergeben sich Hürden. Männer erleben Versorgungsangebote als weniger hilfreich und brechen diese häufiger ab (Calati & Courtet, 2016; Ogrodniczuk et al., 2018). Auch äußern sie im Hilfesystem bestehende Suizidgedanken seltener als Frauen oder sie zeigen andere Symptome psychischer Störungen, die von Akteur*innen des Versorgungssystems nicht in Richtung eines Suizidrisikos gedeutet werden (Hamdi et al., 2008). Dies kann dazu beitragen, dass das Suizidrisiko unterschätzt wird.

Die epidemiologischen Befunde zur Versorgungssituation von Männern unterstreichen, wie wichtig eine genderspezifische Betrachtung von Risikofaktoren, Bedarfen und Zugangswegen ist. Bisher gab es in diesem Bereich wenig gendersensible Ansätze und auch in der Forschung steht die Betrachtung von genderspezifischen Unterschieden bei suizidalem Erleben und Verhalten noch am Anfang. Der vorliegende Beitrag

beschreibt Risikofaktoren für suizidales Erleben und Verhalten bei Männern sowie die Herausforderungen der psychosozialen Versorgung und stellt Implikationen/Ansätze für eine verbesserte Versorgung für Männer in suizidalen Krisen vor.

Spezifische Risikofaktoren für suizidales Erleben und Verhalten bei Männern

Der bedeutsamste Risikofaktor für einen Suizid ist für beide Geschlechter ein vorangegangener Suizidversuch (Franklin et al., 2017). Das Risiko für einen erneuten Suizidversuch ist vor allem in den ersten Monaten nach einem Suizidversuch um ein Vielfaches erhöht (Chung et al., 2017). Im diagnostischen Prozess und in der psychosozialen Versorgung sollte vorangegangenes suizidales Erleben und Verhalten unbedingt erfasst werden.

Allerdings ist mittlerweile auch eine Reihe von genderspezifischen Risikofaktoren bekannt. Ein systematisches Review von Richardson et al. (2021)² identifizierte als bedeutendste Risikofaktoren bei Männern Depressionen, Substanzmiss-

¹ Im Artikel nutzen wir die Bezeichnung „Mann“ und schließen hierbei alle Personen ein, die sich dem männlichen Geschlecht zugehörig fühlen, sich also männlich identifizieren. In der vorliegenden Primärliteratur erfolgt weitestgehend eine binäre Zuordnung in „männlich“ und „weiblich“. Diese Zuordnung erfolgt häufig durch Selbstberichte, kann aber auch durch Zuordnung über medizinische Daten etc. erfolgen. Eine Darstellung oder Unterscheidung in „sex“ und „gender“ findet häufig nicht statt, sodass die Autorinnen auch in diesem Artikel von einer Differenzierung absehen. Da wir alle männlich identifizierten Personen in die Bezeichnung „Mann“ einschließen und davon ausgehen, dass dies auch überwiegend im behandlerischen und beraterischen Setting passiert, sprechen wir bei den auf Männer ausgerichteten Präventions- und Behandlungsansätzen von genderspezifisch und gendersensibel anstatt von geschlechtsspezifisch und geschlechtssensibel.

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

brauch und alleinstehend zu sein. Weitere Risikofaktoren mit unterschiedlicher Evidenzlage waren u. a. Arbeitslosigkeit, niedrige Bildung, schwere Krankheit sowie Suizid im sozialen Umfeld. Neben den Risikofaktoren, die das Auftreten von suizidalem Erleben und Verhalten erklären, spielen auch Faktoren, die das Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhalten sowie die Wirksamkeit von Interventionen mitbestimmen, eine wichtige Rolle.

Male depression – Unterdiagnostizierung depressiver Störungen bei Männern

Einer der wichtigsten und am meisten erforschten Risikofaktoren für suizidales Erleben und Verhalten ist das Vorliegen einer psychischen Störung, depressive Störungen sind dabei von zentraler Bedeutung (Bachmann, 2018). Das Risiko, durch einen Suizid zu versterben, ist für männliche Betroffene um das 32-fache gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht (Crump et al., 2014). Depressionen werden allerdings bei Männern deutlich seltener diagnostiziert als bei Frauen (Bretschneider et al., 2017). Es wurde deshalb in den letzten Jahren vermehrt der Frage nachgegangen, ob Depressionen bei Männern nicht weniger häufig vorliegen, sondern weniger häufig diagnostiziert und Männer deshalb seltener als Risikopersonen identifiziert werden (Cavanagh et al., 2017). Es gibt mittlerweile deutliche Hinweise dafür, dass sich Depressionen bei Männern in einer anderen Symptomatik (z. B. Reizbarkeit, Wut/Aggression, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Risikoverhalten, Hyperaktivität) als nur der herkömmlichen (z. B. Antriebsminderung, Schlafstörungen, Grübeln) manifestieren und besonders Männer, die sich nah an traditionellen männlichen Stereotypen (z. B. Stärke, restriktive Emotionalität, Eigenständigkeit) orientieren, eher eine externalisierende Symptomatik (z. B. Wut, Reizbarkeit, Drogenmissbrauch, Risikobereitschaft) zeigen (Walther & Seidler, 2020; Winkler et al., 2005). An einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe in den USA konnten Martin et al. (2013) zeigen, dass im Bereich der Depressionen die Prävalenzunterschiede zwischen den Geschlechtern verschwinden, wenn zusätzlich zu herkömmlichen auch externalisierende Symptome erfasst werden. Eine unzureichende Berücksichtigung dieser genderspezifischen Symptomatik kann zu einer Unterdiagnostizierung von Depressionen bei Männern führen (Möller-Leimkühler & Mühl-
eck, 2020).

Herabgesetzte Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen

Männer nehmen generell und auch bei suizidalem Erleben und Verhalten weniger psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch als Frauen (Keil et al., 2020; Ko et al., 2019). Dabei können unter anderem auch negative Einstellungen gegenüber diesen Hilfsangeboten einer Inanspruchnahme im Wege stehen. In einer aktuellen Untersuchung von Czaplicki et al. (2022) äußern Männer stärkere Vorbehalte sowohl gegenüber Psychotherapie als auch gegenüber Pharmakotherapie als Frauen. Rice et al. (2020) zeigten bei einer bevölkerungsrepräsentati-

ven Befragung von kanadischen Männern, die alle Symptome einer schweren Depression und z. T. Suizidgedanken berichteten (63 Prozent), dass die Einstellung der Männer eine größere Vorhersagekraft für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten hatte als strukturelle Barrieren. Dabei scheint sich die Orientierung von Männern an traditionellen männlichen Stereotypen negativ auf die Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten auszuwirken (Eggenberger et al., 2021; Walther & Seidler, 2020; Wong et al., 2017). Hilfesuchverhalten widerspricht dem klassischen Männlichkeitsideal von Autonomie und Selbstkontrolle (Möller-Leimkühler, 2008).

Fehlendes Wissen über psychische Störungen, suizidales Erleben und Verhalten, die psychosoziale Versorgung und über Behandlungsmöglichkeiten sowie die Erfahrungen von Männern mit Hilfsangeboten können das Hilfesuchverhalten negativ beeinflussen (siehe auch Abschnitt „Erfahrungen von Männern mit Hilfsangeboten“). Auch wenn Schaffer et al. (2016) in einer Studie zeigen, dass 61 Prozent der Männer, die an Suizid starben, in den zwölf Monaten zuvor im Kontakt mit dem Hilfesystem waren, öffnen sich Männer in diesem Zusammenhang weniger als Frauen und sprechen Suizidgedanken seltener an (Richardson et al., 2022).

Traditionelle Männlichkeitsnormen

Die traditionellen Geschlechterrollen von Männern betonen ein höheres Maß an Stärke, Unabhängigkeit, Risikobereitschaft und Individualismus. Wenn allerdings in Zeiten von Krisen, Arbeitsplatzverlust, Scheidung oder Krankheit diese Ideale nicht erfüllt werden können und Männer sich stark an diesen Idealen orientieren, kann dies wiederum zu Selbstabwertung und Schamerleben führen.

In diesem Zusammenhang ist auch Selbststigmatisierung und befürchtete Fremdstigmatisierung von Bedeutung. Suizidales Erleben und Verhalten ist immer noch stigmatisiert. Die (Selbst)Stigmatisierung von suizidalem Erleben und Verhalten bei Männern scheint dabei ausgeprägter als bei Frauen (Mackenzie et al., 2016; Oliffe et al., 2016). Vogel et al. (2011) zeigten, dass die Selbststigmatisierung ein vermittelnder Faktor zwischen der Orientierung an Männlichkeitsnormen und der Einstellung zum Hilfesuchverhalten ist. Die Angst, von anderen stigmatisiert zu werden, sowie Selbststigmatisierung kann Männer davon abhalten, im privaten oder auch im professionellen Setting Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Mangelnde soziale Unterstützung

Soziale Eingebundenheit, wie ein sicheres soziales Netz, eine stabile Partnerschaft und Elternschaft, ist auch für Männer ein protektiver Faktor für suizidales Erleben und Verhalten (Richardson et al., 2021). Im Gegensatz dazu haben alleinstehende Männer ein erhöhtes Risiko für suizidales Erleben und Verhalten (Richardson et al., 2021). Soziale Stressoren, wie beispielsweise eine Trennung, Arbeitslosigkeit oder der Tod des Partners oder der Partnerin, sind weitere Risikofaktoren

für einen Suizid, insbesondere dann, wenn nur wenige andere soziale Bezüge vorhanden sind (Chiu & Tsoh, 2013).

Alkoholmissbrauch

Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch ist ein bedeutender Risikofaktor für suizidales Erleben und Verhalten bei Männern (Richardson et al., 2021). Durch eine akute Intoxikation werden Enthemmungseffekte gefördert und die Impulskontrolle reduziert, wodurch wiederum suizidale Handlungen begünstigt werden. Dagegen steht ein regelmäßiger hoher Alkoholkonsum eng in Zusammenhang mit einer depressiven Symptomatik, welche das Suizidrisiko erhöhen kann (Xuan et al., 2016). Conner et al. (2014) zeigten in einer Studie (N = 37,993) einen deutlichen Zusammenhang zwischen einer erhöhten Letalität der Methode und dem Alkoholkonsum direkt vor einem Suizid. Kólves et al. (2020) untersuchten in Australien den Zusammenhang zwischen Suizid und Alkoholkonsum direkt vor dem Suizid (N = 6,744) und fanden bei 33,6 Prozent der Männer versus 28,3 Prozent der Frauen einen erhöhten Blut-Alkohol-Konzentrations-Wert zum Todeszeitpunkt.

Letalität der Methoden

Im Vergleich zu Frauen wählen Männer Suizidmethoden mit einem höheren Letalitätsrisiko (Berardelli et al., 2022; Mergl et al., 2015). Erklärungsansätze dazu sind, dass Männer sich beispielsweise eindeutiger für den Suizid entschieden haben, eine höhere Toleranz aufweisen, sich selbst massiv zu verletzen, eine höhere Risikobereitschaft und Impulsivität aufweisen oder insgesamt hoffnungsloser sind (Bilsker & White, 2011; Conner et al., 2014; Xuan et al., 2016). Im Rahmen der Interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens wird das Konzept der *Capability for Suicide* (Fähigkeit, sich zu suizidieren) beschrieben. Studien zeigten, dass diese bei Männern ausgeprägter ist als bei Frauen (Donker et al., 2014).

Erfahrungen von Männern mit Hilfsangeboten

Trotz der insgesamt herabgesetzten Bereitschaft von Männern, psychosoziale Hilfe in Anspruch zu nehmen, stieg die Anzahl derer, die in Krisen professionelle Unterstützung aufsuchen, in den letzten Jahren kontinuierlich an (Seidler et al., 2020). Vor allem die verbesserte Aufklärung über psychische Störungen sowie deren Entstigmatisierung tragen zu dieser positiven Entwicklung bei. Ein bestehendes Problem ist jedoch, dass Männer psychosoziale Hilfsangebote häufiger als weniger hilfreich wahrnehmen (Ogrodniczuk et al., 2018).

Good und Robertson (2010) untersuchten spezifische Faktoren, welche zu Unzufriedenheit mit professionellen Hilfsange-

boten bei Männern beitragen. Männer berichteten demnach ein hohes Ausmaß an Feindseligkeit, Unwohlsein und negative Einstellungen gegenüber Hilfsangeboten und können sich dementsprechend schwerer auf ein Versorgungsangebot einlassen. Eine positive Beziehung und zufriedenstellende Erfahrungen im Versorgungsprozess können zwar zu einer Reduzierung dieser Einstellungen führen, jedoch benötigten Männer mehr Zeit, diese Barriere abzubauen (Seidler et al., 2020). Yousaf und Kollegen (2015) untersuchten in ihrem systematischen Review zudem das Inanspruchnahmeverhalten von Männern. Männer zeigten zum einen vermehrt Zurückhaltung im Äußern von Gefühlen sowie Scham. Männer zeig-

Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch ist ein bedeutender Risikofaktor für suizidales Erleben und Verhalten bei Männern.

ten zudem nachweislich ein höheres Bedürfnis nach Kontrolle und Unabhängigkeit im Rahmen von Hilfsangeboten und sind dementsprechend unzufrieden, wenn sie diese Bedürfnisse bedroht sehen (Coles et al., 2010). Aber auch fehlendes Wissen über den Ablauf von psychosozialen Versorgungsangeboten, falsche Erwartungen und eine fehlende Aufklärung können zu Frustration und somit zu einer fehlenden erneuten Inanspruchnahme von Hilfsangeboten führen (Seidler et al., 2018 b). Hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung von Männern gibt es bisher keine einheitlichen Befunde. Einige Studien konnten eine schlechtere Therapiewirksamkeit bei Männern feststellen, andere Studien zeigten dies jedoch nicht (Walther & Seidler, 2020). Allerdings begeben sich Männer häufig erst später und bei fortgeschrittener Belastung in psychotherapeutische Behandlung, sodass hier die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung und nicht zufriedenstellender Therapieergebnisse deutlich erhöht ist.

Im Rahmen des Verbundprojekts „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ (siehe Kasten) wurden leitfadenorientierte Interviews mit 14 Männern, die mindestens einen Suizidversuch hatten, durchgeführt. Thematisiert wurden in den Interviews auch Erfahrungen mit der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Es wurde vielfach Stärke und Eigenständigkeit als bedeutsame männliche Eigenschaft thematisiert. Auch in dem Sinne, dass im Idealfall Probleme eigenständig gelöst werden. Schwach-Sein wurde als diesen Männlichkeitsstereotypen entgegenstehend beschrieben und deutlich negativ konnotiert. Schwäche wurde vielfach im Sinne eines Versagens erlebt. Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wurde in den Interviews mit Schwäche in Verbindung gebracht.

„Man fühlt sich dann recht schnell schwach. (...), weil ich gesagt habe, mich wirft so was Banales, nahezu Alltägliches so aus der Bahn und dann fühlt man sich einfach schwach. Und Schwäche zu zeigen, ist nicht gerade eine meiner Stärken.“ (TN004)

„(...) ich dachte, ich bin ein Mann und ein Mann muss seine Probleme selber lösen.“ (TN006)

Auch wurde Angst vor Stigmatisierung und vor Kontroll- und Autonomieverlust thematisiert. Die Inanspruchnahme der Psychotherapie wurde u. a. als Schritt beschrieben, der Überwindung kostete und Auswirkungen auf das Selbstbild hatte. Auch wurde immer wieder Angst vor Hospitalisierung (gegen den eigenen Willen) aufgrund der Äußerung von Suizidgedanken deutlich.

„(...) diese Angst, das Selbstbild, (ich bin) ein Mensch, der psychisch labil ist und verrückt. Und vorher war man das halt nicht.“ (TN011)

„(...) und dann kommst du in die geschlossene Anstalt und sobald du in der geschlossenen Anstalt bist, hast du es nicht mehr selber in der Hand.“ (TN001)

Auch beschrieben die Männer, dass es länger dauerte, sich in den Psychotherapien zu öffnen, und sowohl Skepsis gegenüber den Psychotherapeut*innen und als auch gegenüber dem Therapieprozess. Sie benötigten häufig mehrere Versuche und Anläufe, bevor sie mit passenden Therapeut*innen zusammenkamen, oder sie beschrieben, dass sie nach Frustrationen Psychotherapien beendeten.

„Ich habe lange Zeit, monatelang ganz unterschiedliche Psychologinnen gehabt und erst die Letzte war dann eine, wo es gepasst hat und der ich auch die Möglichkeit gegeben habe, hinter die Fassade zu gucken und sozusagen komplett das Ganze zu sehen.“ (TN007)

Auch strukturelle Hürden beim Zugang, insbesondere bei der Verfügbarkeit freier Plätze, wurden thematisiert.

„Egal wen ich angerufen habe, wurde mir mitgeteilt: Wir nehmen aktuell niemand an. Dem Einen oder Anderen hatte ich dann noch gesagt: Ja, wahrscheinlich brauchen Sie dann auch keinen mehr annehmen. Also mich wahrscheinlich nicht mehr (Anm.: wegen geplante Suizidversuch).“ (TN007)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es nicht nur wichtig ist, Männer an psychosoziale Hilfsangebote anzubinden, sondern diese auch an die spezifischen Bedürfnisse von Männern anzupassen. Dadurch kann die Zufriedenheit mit Hilfsangeboten gesteigert und eine erneute Inanspruchnahme in Krisen gefördert werden.

Implikationen für die Versorgung von Männern

Psychosoziale Hilfsangebote spielen für die Suizidprävention eine große Rolle. Mit der Behandlung von Männern in krisenhaften Situationen, mit psychischen Erkrankungen, die ein erhöhtes Suizidrisiko nach sich ziehen, und in der Behandlung nach Suizidversuchen und suizidalen Krisen kann ein

wichtiger Beitrag vor allem für die Suizidprävention geleistet werden. Um Männer in Krisen optimal versorgen und entsprechend suizidpräventiv wirken zu können, ist es zum einen notwendig, dass psychische Erkrankungen bei Männern besser identifiziert werden, zum anderen müssen Betroffene besser und langfristiger an das Hilfesystem angebunden werden. Dafür bedarf es sowohl einer Entstigmatisierung psychischer Belastungen bei Männern in der Gesellschaft, um dem Schamerleben und den noch immer vorherrschenden männlichen Stereotypen entgegenzuwirken, als auch einer Sensibilisierung der Akteur*innen des psychosozialen Versorgungssystems hinsichtlich einer mänderspezifischen Symptomatik und Diagnostik, was dazu beiträgt, dass gefährdete Personen besser identifiziert und an Unterstützung angebunden werden können (Möller-Leimkühler & Mühleck, 2020). Alternative Zugangswege, wie Fitnessstudios, der Arbeitsplatz oder Sportvereine, können ebenfalls dabei helfen, Männer auf Hilfsangebote aufmerksam zu machen und niedrigschwellig Unterstützung anzubieten. Nicht zuletzt ist es relevant, potenzielle Kontaktpersonen von gefährdeten Männern, wie beispielsweise Angehörige oder Arbeitskolleg*innen, einzubinden. Im Folgenden wird auf die spezifischen Versorgungsansätze detailliert eingegangen.

Sensibilisierung für und Diagnostik von mänderspezifische(r) Symptomatik

Männer zeigen im Rahmen psychischer Störungen zum Teil andere Symptome als Frauen, was eine Unterdiagnostizierung psychischer Erkrankungen zur Folge haben kann. Konventionelle Inventare zur Diagnostik von beispielsweise Depressionen erfassen vorwiegend Symptome, welche eher auf Frauen zutreffen (Möller-Leimkühler & Mühleck, 2020). Diese typischen Depressionssymptome treten jedoch bei Männern im Rahmen von Depressionen seltener auf, sodass es zu einer systematischen Verzerrung hinsichtlich der Diagnostik und Therapieplanung kommt (Walther & Seidler, 2020).

Aufgrund dieser Problematik bedarf es zum einen einer Sensibilisierung hinsichtlich mänderspezifischer Symptome bei Akteur*innen des Versorgungssystems sowie des sozialen Umfelds. Jedoch besteht zum anderen auch die Notwendigkeit genderspezifischer Screenings für Depressionen und angepasster diagnostischer Prozesse. Mittlerweile existieren auch für den deutschsprachigen Raum einige Screeninginstrumente, welche typische Symptome der Männerdepression erfassen, wie zum Beispiel die Male Depression Risk Scale (Walther et al., 2021) oder auch das Gendersensitive Depressionsscreening (Möller-Leimkühler et al., 2021). Letzteres erfasst anhand von 25 Items Symptome wie Aggressivität und Risikoverhalten und ermöglicht somit eine gendersensible Diagnosestellung. Aufgrund der erhöhten Prävalenz von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Männern sollte zudem in Erstkonsultationen eine Erfassung von Suchterkrankungen und Substanzkonsum durchgeführt werden. Aber auch somatische Symptome wie Rückenschmerzen oder gastrointestinale Probleme sowie Schlafstörungen können ein Hinweis

auf das Vorliegen einer psychischen Störung sein – und Männer begeben sich häufig zunächst aufgrund somatischer Beschwerden in ärztliche Behandlung (Sileo & Kershaw, 2020). Aus diesem Grund spielen auch somatische Behandler*innen eine relevante Rolle in der Versorgung von Männern. Eine umfassende Kenntnis über mänderspezifische Symptome und Behandlung ist deswegen für alle Akteur*innen des Gesundheitssystems wichtig.

Aber nicht nur die Sensibilisierung von Fachpersonen für diese spezifischen Symptome ist relevant, sondern auch das soziale Umfeld von Männern kann dazu beitragen, dass diese besser an Hilfe angebunden werden können. In einer psychologischen Autopsie-Studie befragten Hofmann & Wagner (2023, under review) insgesamt 15 Angehörige, die einen nahestehenden Mann durch Suizid verloren haben, hinsichtlich des Verhaltens vor dem Suizid sowie der Erfahrung mit Hilfsangeboten. Es zeigte sich, dass die Mehrheit der Männer Veränderungen (z. B. sozialer Rückzug, Kündigung der Arbeit) in den Wochen vor dem Suizid zeigten, dennoch wurden diese Anzeichen von den Angehörigen nicht als Warnhinweise interpretiert. Männer äußerten zudem Suizidgedanken, diese aber eher indirekt, welche für das Umfeld daher schwer zu identifizieren waren. Es fallen in diesem Kontext häufiger Sätze wie „Ich habe auf alles keine Lust mehr“ oder „Ich würde am liebsten gar nicht mehr aufwachen“. Aus diesem Grund ist es auch im Rahmen der Versorgung von Männern in suizidalen Krisen empfehlenswert, das familiäre Umfeld in die Versorgung mit einzubeziehen. Angehörige sind häufig die ersten Personen, welche etwaige Veränderungen oder eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit bemerken, und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention.

Entstigmatisierung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Das immer noch bestehende traditionelle Männerbild trägt zu der herabgesetzten Bereitschaft für die Inanspruchnahme von Hilfe sowie zu erhöhtem Schamerleben hinsichtlich der eigenen Belastung bei Männern bei. Aufklärungskampagnen und Entstigmatisierung gelten als eine der wichtigsten Maßnahmen in der Verbesserung der Versorgung von Männern (Struszczyk et al., 2019). Zudem kann Aufklärungsarbeit durch diverse Medien sowohl suizidpräventive Effekte haben als auch die Gesellschaft sensibilisieren. Mittlerweile gibt es zahlreiche Studien, welche Kampagnen, Foren und Websites auf ihre Wirksamkeit hin untersuchen. Wissenschaftler*innen aus Australien entwickelten die Dokumentation *Man Up* mit einer dazugehörigen Website (Schlichthorst et al., 2018). Sie untersuchten, ob sich die Bereitschaft von Männern, Hilfe in Anspruch zu nehmen, veränderte, nachdem sie die Dokumentation anschauten. Die Dokumentation soll speziell Männer in suizidalen Krisen ansprechen sowie Stereotype abbauen und Hilfsmöglichkeiten aufzeigen. Mehrere Studien konnten bisher zeigen, dass die Dokumentation positive Effekte auf die zuschauenden Personen hatte. Männer zeigten danach eine

höhere Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, verfügten über mehr Wissen und sie gaben an, nun anders über suizidales Erleben und Verhalten zu denken (King et al., 2018; King et al., 2019). Aber auch Informationswebsites können einen suizidpräventiven Effekt haben und zu einer Reduzierung von Suizidgedanken beitragen (Till et al., 2017). Häufig handelt es sich bei solchen Websites um die Bereitstellung von Informationen, Psychoedukation und Anlaufstellen spezifisch für Männer. Der Vorteil solcher Medieninhalte ist die Möglichkeit der anonymen und niedrigschwelligen Inanspruchnahme und die breite Verfügbarkeit dieses Angebots. Die Herausforderung hierbei ist jedoch, dass Betroffene und Angehörige selbst aktiv nach einem solchen Angebot suchen müssen. Daher können insbesondere Öffentlichkeitskampagnen (z. B. im öffentlichen Nahverkehr) eine gute Möglichkeit sein, um für Suizidprävention zu sensibilisieren. Hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im Hinblick auf Mändersuizidalität gibt es jedoch bisher keine eindeutigen Ergebnisse. Während einige Studien einen Rückgang der Suizidrate durch öffentliche Werbekampagnen sowie eine erhöhtes Hilfesuchverhalten verzeichneten, konnten andere keinen Effekt solcher Kampagnen feststellen (Pirkis et al., 2019). Diese scheinen vor allem dann einen Effekt zu haben, wenn auf ein spezifisches Hilfsangebot hingewiesen wird.

Ein Teilprojekt des Forschungsverbundes „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ (siehe Kasten) entwickelte nun für den deutschsprachigen Raum ein solches Webangebot, das sich speziell an Männer in (suizidalen) Krisen richtet. Auf dieser Website erhalten Besucher*innen Informationen über suizidales Erleben und Verhalten und bekommen Hilfsangebote und Zugangswege aufgezeigt. In kurzen Videoclips berichten betroffene Männer von Erfahrungen mit suizidalen Krisen und wie sie aus der Krise herausgefunden haben. Zudem thematisieren die Videoclips Männlichkeitsbilder, Stigmatisierung, Scham und die Überwindung von Hürden bei der Inanspruchnahme von Hilfe. Außerdem kommen Expert*innen aus verschiedenen Bereichen des Versorgungssystems zu Wort.

Alternative Zugangswege und Gatekeeper

Nicht nur professionelle Hilfsangebote, sondern auch niedrigschwellige Kontaktstellen können dabei helfen, gefährdete Männer besser zu erreichen. Kampagnen sowie Hinweise auf Hilfsangebote sollen somit an Orte geknüpft sein, welche von Männern ohnehin aufgesucht werden (Grace et al., 2018). Der Vorteil der Verknüpfung solcher Orte mit suizidpräventiven Maßnahmen ist die Möglichkeit der Vermittlung von Informationen sowie der niedrigschwelligen Inanspruchnahme von Unterstützung.

Eine weitere besonders wichtige Rolle in diesem Kontext spielen sogenannte Gatekeeper. Gatekeeper sind wichtige Akteur*innen in der Suizidprävention. Als Gatekeeper werden Personen bezeichnet, die mit Menschen mit einem erhöhten suizidalen Erleben und Verhalten in Kontakt stehen und so-

mit suizidpräventive Hilfestellung geben und Betroffene an Hilfsangebote vermitteln können (Arensman et al., 2016). Zu wichtigen Gatekeepern zählen zum Beispiel Angehörige, aber auch Arbeitskolleg*innen, Allgemeinmediziner*innen oder auch Friseur*innen. Gatekeeper ermöglichen zudem auch eine frühzeitige Identifizierung von Risikopersonen. Personen im sozialen Umfeld sind besonders wichtige Gatekeeper, da sie in engem Kontakt mit potenziell gefährdeten Personen stehen und Veränderungen am ehesten bemerken können. Aber auch anderen Kontaktpersonen kann eine hohe Relevanz in ihrer Rolle als Gatekeeper zugeschrieben werden. In Großbritannien gibt es beispielsweise mittlerweile mehrere Barber Shops, in denen die Mitarbeitenden hinsichtlich psychischer Belastung und Suizidalität geschult sind (Baker, 2020). So sollen männliche Kunden die Möglichkeit bekommen, möglichst niedrigschwellig und in einem gewohnten Setting über ihr Befinden sprechen zu können. Das Personal hat durch das Fachwissen zudem die Expertise, gefährdete Personen zu identifizieren. Ein australisches Projekt kombinierte ein Suizidpräventionsprogramm mit Fußballspielen. Hier wurden unter den Spielern sogenannte Peers ausgebildet, welche dann wiederum suizidpräventive Hilfestellungen geben können. Diese Intervention zeigte sich in der ersten Evaluation als vielversprechende Möglichkeit der Suizidprävention bei Männern (Tighe & McKay, 2012).

Um als Gatekeeper fungieren zu können, bedarf es jedoch an Grundwissen hinsichtlich suizidalen Erlebens und Verhaltens. Mittlerweile gibt es zahlreiche Gatekeeper-Programme, welche darauf abzielen, verschiedene relevante Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Funktion als Gatekeeper zu schulen (Hofmann et al., 2021; Holmes et al., 2021; Rosen et al., 2022). Vorwiegend basieren diese Programme auf dem QPR-Ansatz (question, persuade, refer) und vermitteln Strategien, um a) gefährdete Menschen anzusprechen („question“), b) sie zu überzeugen, Hilfe anzunehmen („persuade“) und c) an Hilfsangebote zu verweisen oder gemeinsam aufzusuchen („refer“) (Quinnnett, 2007). Diese Gatekeeper-Programme vermitteln vor allem psychoedukative Inhalte sowie Kommunikationsstrategien, Informationen zu Hilfsangeboten sowie psychische erste Hilfe für Krisensituationen. Zahlreiche Studien konnten bisher die Wirksamkeit solcher Gatekeeper-Programme nachweisen, vor allem führen diese zu einem Zuwachs an Wissen und Selbstwirksamkeit im Umgang mit Personen mit suizidalem Erleben und Verhalten (de Beurs et al., 2015; Ghoncheh et al., 2016; Hofmann et al., 2021).

Spezifische Gatekeeper-Programme in der Versorgung von gefährdeten Männern existierten bisher kaum. Mit Blick auf die Zurückhaltung betroffener Männer kommt Gatekeepern eine wichtige Rolle bei der Erreichung von Männern zu, die durch die klassischen Hilfsangebote und die Gesundheitsversorgung nicht erreicht werden können.

Besonders zu erwähnen ist hier die Einbeziehung von Angehörigen in die Versorgung von Männern. Vor allem psychoedukative Inhalte können dem Patienten gemeinsam mit sei-

nen Angehörigen vermittelt werden, um das Wissen über suizidales Erleben und Verhalten und den Umgang mit suizidalen Krisen auf beiden Seiten zu erhöhen. Dies hat den Vorteil, dass Angehörige etwaige Veränderungen besser einschätzen und gegebenenfalls darauf reagieren können. Auch das Wissen um Kommunikation in Krisen sowie um Hilfsangebote in Krisen und ein Notfallplan kann so zusammen mit Angehörigen besprochen und umgesetzt werden.

Ein Teilprojekt des Forschungsverbundes „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ (siehe Kasten) entwickelte daher ein Online-Gatekeeperprogramm für Angehörige von Männern in einer suizidalen Krise. Das Programm wird von einer wissenschaftlichen Studie begleitet und evaluiert. Das Angebot richtet sich an Personen, die sich Sorgen um einen nahestehenden Mann machen, und besteht aus insgesamt vier Modulen. Im Rahmen des ersten Moduls erhalten die Angehörigen Informationen über suizidales Erleben und Verhalten, lernen Warnsignale kennen und wie sie suizidales Verhalten identifizieren können. Im zweiten Modul dreht sich alles um Kommunikation und Gesprächsführung. Das dritte Modul fokussiert auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, wie diese gemeinsam aufgesucht werden können und wie die Unterstützung im Rahmen dieser Angebote abläuft. Im letzten Modul geht es dann um die Belastung der Angehörigen selbst, um spezifische Hilfsangebote und auch um Abgrenzung und die Vermittlung von Strategien zur Stressbewältigung. Das Online-Programm besteht unter anderem aus Filmen mit betroffenen Männern sowie Expert*innen des Versorgungssystems. Außerdem lernen Teilnehmende anhand von Hörspielen Kommunikationsstrategien und Gesprächsführung mit Personen mit suizidalem Erleben und Verhalten.

Bedarfsorientierte und gendersensible Ansätze in der psychosozialen Versorgung

Suchen Männer psychosoziale Hilfsangebote auf, ist es mitunter notwendig, genderspezifische Behandlungsbedarfe zu berücksichtigen. Neben der bereits besprochenen gendersensiblen Diagnostik, sollte stets das hohe Ausmaß an Schamgefühlen beachtet werden und die dadurch niedrigere Bereitschaft, die eigene Belastung oder Symptome mitzuteilen. Hier ist es vor allem in den Erstkontakten relevant, detailliert zu explorieren und Schamgefühle anzusprechen. Der Beziehungsaufbau kann sich aufgrund der Skepsis des Patienten schwieriger gestalten, dient aber dem Abbau negativer Annahmen über das Versorgungsangebot. Studien zeigen, dass es für Männer im Rahmen professioneller Unterstützung hilfreich sein kann, wenn die behandelnde Person ein möglicherweise seitens des Patienten empfundenen Hierarchiegefälle auflöst und versucht, als Coach oder sogar als eine Art Mentor zu fungieren (Bedi & Richards, 2011). Aufgrund eines mitunter vorhandenen erhöhten Bedürfnisses nach Autonomie sowie der Angst vor Kontrollverlust, ist eine transparente und partizipative Planung des Unterstützungsangebots hilfreich. Männer sind zudem deutlich weniger vertraut mit

Abläufen in der psychosozialen Versorgung und der Thematik psychischer Erkrankungen, sodass ein besonderer Fokus auf eine ausführliche Psychoedukation und eine flexible Struktur der Unterstützung gelegt werden sollte (Seidler et al., 2022). Männliche Patienten empfinden es hierbei vor allem hilfreich, wenn ihre Autonomie gewahrt wird und sie das Gefühl vermittelt bekommen, den Prozess mitgestalten zu können.

Eine Studie von Bedi & Richards (2011) untersuchte die Therapieerfahrungen von 37 Patienten hinsichtlich hilfreicher Strategien und Verhalten von Psychotherapeut*innen. Als besonders hilfreich wurde vor allem eine klare Kommunikation sowie Offenheit empfunden sowie die Vermittlung praktischer Bewältigungsstrategien. Auch andere Studien konnten bisher zeigen, dass Männer besonders von der Erarbeitung und Anwendung praktischer Strategien profitieren, anstatt vom alleinigen Sprechen über die eigene Belastung. Aber auch sogenannte Mikrokompetenzen der helfenden Person sind relevante Faktoren in der psychosozialen Versorgung von Männern und können die Compliance verbessern (Seidler et al., 2018a). Zu diesen Kompetenzen zählen Selbstoffenbarung, aber auch Normalisierung der Belastung des Patienten sowie Adaptieren der Sprache.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Kontakt mit Männern im Rahmen psychosozialer Hilfsangebote gendersensibel gestaltet werden sollte, um frühzeitigen Abbrüchen der Inanspruchnahme entgegenzuwirken. Studien zur psychosozialen Versorgung von Männern zeigen, dass hier ein besonderer Fokus auf ausführliche Diagnostik, die Wahrung der Autonomie und eine transparente Planung sowie eine sichere und offene Beziehung gelegt werden sollte (Seidler et al., 2018b; Walther & Seidler, 2020). Zwar sind diese Aspekte auch in der Versorgung aller anderer Patient*innen relevant, bei Männern sollte dafür jedoch möglicherweise mehr Zeit aufgewendet und das Hilfsangebot mit Blick auf die höhere Abbruchquote entsprechend gestaltet werden.

Fazit und Ausblick

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit dem suizidalen Erleben und Verhalten von Männern sowie mit Ansätzen für die Suizidprävention und psychosoziale Versorgung dieser Risikogruppe. Es gibt zahlreiche Gründe für die hohe Suizidrate bei Männern. Sie zeigen im Rahmen von psychischen Erkrankungen häufig andere Symptome als Frauen, psychische Erkrankungen werden bei ihnen deswegen deutlich seltener erkannt und sie werden dadurch seltener an professionelle Hilfsangebote verwiesen. Männer sind außerdem für das Gesundheitssystem schlechter zu erreichen – zwar nimmt die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung auch bei Männern zu, diese wird jedoch häufiger als nicht hilfreich wahrgenommen. Auch wählen Männer Suizidmethoden mit einer hohen Letalität. Alarmierende Suizidraten bei Männern betonen die Notwendigkeit spezifischer Unterstützung und einer verbesserten Versorgung.

Bisher gibt es allerdings nur wenige spezifische Angebote für Männer in Krisen. In erster Linie ist sicherzustellen, dass Männer Hilfe aufsuchen oder von ihrem Umfeld an Hilfsangebote verwiesen werden. Weiterhin sollten diese Angebote die männlichen Bedürfnisse an eine Unterstützung berücksichtigen. Besonders praktische Bewältigungsstrategien werden von Männern als hilfreich erachtet. Insbesondere ist es relevant, Interventionsangebote möglichst niedrigschwellig anzubieten, sodass eine Inanspruchnahme mit geringen Barrieren verbunden ist. Auch Online-Angebote bieten eine gute Möglichkeit, um Männer in Krisen zu unterstützen. Der Einbezug von Gatekeepern und die Schulung potenzieller Kontaktpersonen ist zudem ein nicht zu vernachlässigender Faktor in der Suizidprävention von Männern.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es einen hohen Bedarf an spezifischen Unterstützungsangeboten für Männer gibt und bestehende Angebote gendersensitive Aspekte berücksichtigen sollten. Durch eine angepasste Versorgung und den Einbezug spezifischer Bedürfnisse von Männern kann ein wichtiger Beitrag zur Suizidprävention geleistet werden.

Das Verbundprojekt „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“

In dem Forschungsverbund „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ arbeiten Psycholog*innen und Kommunikationswissenschaftler*innen der Universität Leipzig, der Medical School Berlin und der Universität Bielefeld gemeinsam an einer Verbesserung der Versorgung von Männern in suizidalen Krisen. Das Verbundprojekt wird vom GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert. In drei Teilprojekten werden verschiedene Aspekte der Suizidprävention bei Männern untersucht. Teilprojekt 1 (Universität Leipzig) befragte mit quantitativen und qualitativen Methoden Männer nach einem Suizidversuch und entwickelte darauf aufbauend ein Webangebot für Männer, um über suizidales Erleben und Verhalten, Hilfsangebote und Zugangswege zu informieren. Teilprojekt 2 (Medical School Berlin) führte qualitative Interviews mit Angehörigen, die einen nahestehenden Mann durch Suizid verloren haben. Weiterhin wurde ein Online-Programm für Angehörige von Männern in (suizidalen) Krisen entwickelt, welches im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie evaluiert wird. Teilprojekt 3 (Universität Bielefeld) untersucht gendersensible Botschaftsstrategien mittels Netzwerkbefragungen und befragt zudem zur weiteren Evaluation Besucher der Website aus Teilprojekt 1 und Teilnehmende des Online-Programms aus Teilprojekt 2.

Weitere Informationen und Kontakte:

- Website für Männer in Krisen: www.maenner-staerken.de
- Website für Angehörige: www.hilfe-fuer-angehoerige.de

Literatur

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

Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J. & Caputi, P. (2017). Differences in the Expression of Symptoms in Men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25 (1), 29–38.

Grace, B., Richardson, N. & Carroll, P. (2018). „... If You're Not Part of the Institution You Fall by the Wayside“: Service Providers' Perspectives on Moving Young Men From Disconnection and Isolation to Connection and Belonging. *American Journal of Men's Health*, 12 (2), 252–264.

Keil, J., Brendler, V., Sachse, C., Zülke, A., Zeynalova, S., Engel, C. et al. (2020). Gender-Specific Differences in the Utilization of Health Care Services in an Urban Population Sample. *Gesundheitswesen*, 82 (3). Verfügbar unter: [e17-e23. 10.1055/a-0820-3584](https://doi.org/10.1055/a-0820-3584) (20.07.2023).

Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D., Seidler, Z. E. & Ogradniczuk, J. S. (2020). Men's Help-Seeking for Depression: Attitudinal and Structural Barriers in

Symptomatic Men. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11. DOI: doi.org/10.1177/2150132720921686.

Richardson, C., Robb, K. A. & O'Connor, R. C. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science & Medicine*, 276. DOI: doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831.

Seidler, Z. E., Rice, S. M., Ogradniczuk, J. S., Oliffe, J. L. & Dhillon, H. M. (2018 a). Engaging Men in Psychological Treatment: A Scoping Review. *American Journal of Men's Health*, 12 (6), 1882–1900.

Seidler, Z. E., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Fogarty, A. S. & Dhillon, H. M. (2018 b). Men In and Out of Treatment for Depression: Strategies for Improved Engagement. *Australian Psychologist*, 53 (5), 405–415.

Struszczyk, S., Galdas, P. M. & Tiffin, P. A. (2019). Men and suicide prevention: a scoping review. *Journal of Mental Health*, 28 (1), 80–88.

Walther, A. & Seidler, Z. E. (2020). Männliche Formen der Depression und deren Behandlung. *Psychotherapie im Dialog*, 21 (04), 40–45.

Yousaf, O., Grunfeld, E. A. & Hunter, M. S. (2015). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychology Review*, 9 (2), 264–276.



Dr. Laura Hofmann

Korrespondenzanschrift:

Medical School Berlin
Rüdesheimer Straße 50
14197 Berlin
laura.hofmann@medicalschooll-berlin.de

Dr. Laura Hofmann ist Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medical School Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Suizidprävention und psychische Belastung von Angehörigen, vor allem von Angehörigen nach einem Suizid, Trauer sowie assistierter Suizid.



Prof. Dr. Heide Glaesmer

Prof. Dr. Heide Glaesmer ist Diplompsychologin, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. Sie leitet dort die Arbeitsgruppe „Suizidalitätsforschung“. Sie ist zudem Leiterin des Forschungsverbundes „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“.



Prof. Dr. Birgit Wagner

Prof. Dr. Birgit Wagner ist Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der Medical School Berlin. Sie verfügt über langjährige wissenschaftliche und praktische Erfahrung in der Suizidprävention im Bereich der Angehörigen. Ein Forschungsschwerpunkt liegt auf den psychischen Belastungen nach Verlust eines Angehörigen durch einen Suizid.



Dipl.-Psych. Cora Spahn

Cora Spahn ist Diplompsychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer“ der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig.

„Pflegeeltern bekommen nicht einfach ein Kind – sie bekommen besondere Herausforderungen dazu!“

Chancen und Hilfen für junge und erwachsene Pflege- und Adoptivkinder und ihre Familien

Sabine Ahrens-Eipper im Gespräch mit Irmela Wiemann

Sabine Ahrens-Eipper (PTJ): Sehr geehrte Frau Wiemann, Sie sind Autorin von Büchern und Artikeln rund um Fragen, die Pflege- und Adoptivkinder und ihre Familien beschäftigen. Sie sind Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Familientherapeutin. Und auch Mutter, Pflegemutter und Großmutter. Wir freuen uns sehr, dass Sie sich zu einem Interview bereit erklärt haben! – Was hat Sie 1991 zum Schreiben Ihres allerersten Buches „Pflege- und Adoptivkinder“ bewogen?

Irmela Wiemann: 1978, nach der Aufnahme unseres damals 12-jährigen Pflegesohns in unserer Familie, fragte mich der Pflegekinderdienst, mit dem wir als kommunale Erziehungsberatungsstelle zusammenarbeiteten, ob ich bereit wäre, Fortbildungen für Pflegeeltern zu gestalten. Seitdem ergab es sich, dass ich mich auf die Beratung von Pflege-, Adoptiv- und Herkunftsfamilien spezialisierte. Später kamen auch Kinder in Wohngruppen, Kinderdörfern und Heimen hinzu. Ich hielt über Jahre zahlreiche Workshops und Seminare für betroffene annehmende Eltern, für Fachkräfte und später auch für Herkunftseltern. Meine Erfahrungen wollte ich dann 1991 in meinem ersten Buch weitergeben. Ich wies darauf hin, dass auch bei sicherer Bindung an die Pflege- und Adoptiveltern die leiblichen Eltern für die Kinder von großer Bedeutung bleiben.

Worin unterscheidet sich die Lebenssituation von Pflege- oder Adoptivkindern von Kindern, die bei ihren Eltern- oder Elternteilen aufwachsen?

Einerseits sind Adoptiv- und Pflegekinder junge Menschen wie andere auch. Sie haben die Fähigkeit zum Glücklichen wie alle Kinder. Sie haben dieselben Entwicklungsschritte zu gehen wie alle Kinder. Zugleich müssen sie mit der ungewöhnlichen Realität, mit zwei Familien verbunden zu sein, zurecht kommen. Auch haben frühe Stresserfahrungen, Weltenwechsel und der Verlust ihrer ersten Eltern tiefe Spuren in ihrer Persönlichkeit hinterlassen. Kinder, Jugendliche und er-

wachsene Pflege- und Adoptivkinder erzählten mir, wie einsam sie sich oft fühlten, oder von ihrem seelischen Schmerz, von den leiblichen Eltern getrennt worden zu sein, aber auch von ihrer komplizierten Identitätsentwicklung. Sie fragen sich: „Wer bin ich wirklich?“, „Gleiche ich meinen leiblichen Eltern, die die Standards dieser Gesellschaft nicht erfüllt haben?“, „Kann ich meine annehmenden Eltern überhaupt zufriedenstellen, obwohl ich ihre Erwartungen nicht erfülle?“.

Was hat sich in den 45 Jahren, in denen Sie Pflege- und Adoptivfamilien begleiten, aus Ihrer Sicht verändert? Sehen Sie positive oder negative Entwicklungen im Umgang mit diesen Familien/den Kindern selbst?

Am Anfang meiner Tätigkeit gingen soziale Fachkräfte und Therapeut*innen davon aus, dass die Herkunftsfamilie für

— Die Rückkehr in die Herkunftsfamilie ist manchmal eine Option, aber es braucht dafür eine spezifische Gestaltung von Beginn des Pflegeverhältnisses an. —

Adoptiv- und Pflegekinder keine Rolle mehr in ihrem Leben zu spielen hatte. Schließlich hatten sie ihre neue faktische Familie, wie es damals hieß. Von Kindern, mit denen ich damals therapeutisch arbeitete, lernte ich das Gegenteil. Sie dachten viel an ihre ersten Eltern, vermissten sie, fragten sich, weshalb sie von diesen fortmussten, ob mit ihnen etwas nicht stimmte. Sie identifizierten sich mit ihrer leiblichen Familie, auch wenn sie diese gar nicht kannten, und weil diese ringsherum entwertet wurde, fühlten auch sie sich wertlos. Aus der Fachwelt und dem Pflege- und Adoptivelternverband bekam ich nach dem Erscheinen meines ersten Buches viel Gegenwind. Diese ablehnende Haltung gegenüber der Herkunftsfamilie des Kindes treffe ich heute nur noch selten an, zum Glück für die jungen Menschen. Heute gibt es einen gegenteiligen Trend in der Jugendhilfe: Die Fachkräfte der Jugendhilfe und die Familiengerichte berücksichtigen die in Pflegefamilien gewachsene Bindung zu selten und ordnen die Rückkehr der Kinder in ihre Herkunftsfamilie auch noch nach

Jahren an. Im neuen Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG vom 15. Juni 2021) wird daher der Anspruch des Pflegekindes auf Kontinuität seines Lebensmittelpunktes festgeschrieben. Die Rückkehr in die Herkunftsfamilie ist zwar für das eine oder andere Kind eine Option, aber es braucht dafür eine spezifische Gestaltung von Beginn des Pflegeverhältnisses an. 2020 habe ich zum Thema Rückkehr in die Familie einen Artikel in der Zeitschrift *Rechtspsychologie*¹ geschrieben. Meine fachlichen Positionen hatten inzwischen Einfluss auf die Praxis der Jugendhilfe im gesamten deutschsprachigen Raum sowie auf die neuere Pflegekinder- und Adoptionsgesetzgebung.

Was denken Sie insgesamt zu dem Familienmodell Pflegefamilie: Ist es für jedes Kind, das nicht bei seinen biologischen Eltern leben kann, das Richtige? Für wen ist eine Pflegefamilie besonders geeignet?

Jede Fremdplatzierung bringt erhebliche Belastungen für das Kind mit sich, selbst, wenn es als Neugeborenes die Familien wechselt. In einer Pflegefamilie zu leben, ist für ein Kind nur dann das Richtige, wenn die Bedürfnisse von Kind, Herkunftsfamilie und Pflegefamilie aufeinander abgestimmt sind. Auch dürfen Sie nicht vergessen, dass sich Kinder bei Adoptiveltern stärker zugehörig fühlen. Viele Pflegekinder wünschen sich, adoptiert zu sein, und so mehr Klarheit über Rolle, Status und rechtliche Zugehörigkeit zu bekommen. Die Adoptiveltern haben die elterliche Sorge, sie zahlen für das Kind und sie sind gesetzliche und emotional-soziale Eltern. Pflegekinder bleiben hingegen das gesetzliche Kind ihrer leiblichen Eltern, die Besuchsrecht haben. Pflegeeltern bleiben formal eine Hilfe zur Erziehung, solange das Kind bei ihnen lebt. Sie sind laut Sozialgesetzbuch VIII verpflichtet, mit dem Jugendamt und der Herkunftsfamilie des Kindes zusammenzuarbeiten. Die Gestaltung der Besuchskontakte ist eine große Herausforderung für viele Pflegeeltern. Jedes Kind, die Pflegeeltern und die Herkunftseltern benötigen eine auf ihre Situation zugeschnittene Definition, wozu die Kontakte zur Herkunftsfamilie dienen. Meist gibt es ja keine Eltern-Kind-Bindung mehr zu den leiblichen Eltern. Das enttäuscht die Eltern und verunsichert die Kinder. Alle Beteiligten müssen wissen: Die Besuche sind dafür da, dass Kind und Eltern einander erleben können. Zugleich gehört das Kind in seine Adoptiv- oder Pflegefamilie. Dort lebt es die Eltern-Kind-Bindung.

Diese unterschiedlichen Voraussetzungen von Pflege und Adoption sind den Kindern sehr bewusst. „Ich bin ja nicht das richtige Kind bei denen“, sagen viele Pflegekinder, oder sie fragen: „Kann ich bei euch später noch Weihnachten feiern, wenn ich nicht mehr bei euch wohne?“ Gegenüber den leiblichen Kindern in einer Pflegefamilie fühlen sie sich meist als Kinder zweiter Klasse.

Die meisten Kinder leben übrigens bei Verwandten in Pflege, entweder inoffiziell oder als Hilfe zur Erziehung. Auch hier gibt es viele strukturelle Risiken, weil Onkel und Tante oder Großeltern häufig negative Gefühle gegenüber den Eltern des

Kindes haben. Für alle Varianten der Unterbringung in einer Pflegefamilie gilt: Die Jugendhilfe nutzt die Ressourcen von Privatfamilien für eine „Hilfe zur Erziehung“ und es handelt sich um besonders konfliktanfällige Modelle der Jugendhilfe.

Ist Adoption dann die bessere Alternative?

Auch bei Adoption gibt es ein hohes Konfliktpotenzial. Eine Adoptivfamilie ist nach Abschluss der Adoption „Normalfamilien“ gleichgestellt. Laut BGB sind die verwandtschaftlichen Beziehungen des Kindes zu seiner Herkunftsfamilie erloschen. Diese gesetzliche Realität widerspricht jedoch der psychischen Realität. Die Kinder vermissen ihre leibliche Familie. Adoptierte haben oft größere Identitätskonflikte. „Ich bin ja noch jemand ganz anderer, den ich nicht kenne“, sagen sie, oder „Gleiche ich meinen leiblichen Eltern? Werde auch ich scheitern?“. Mädchen fragen sich schon früh, ob sie später die Mutterrolle ausfüllen können oder ihr Kind auch wieder hergeben müssen. Studien aus Großbritannien belegen, dass adoptierte junge Menschen mit Kontakten zur Herkunftsfamilie eine gefestigtere Identität im Jugendalter entwickelt haben. Voraussetzung ist, dass die Adoptiveltern die Herkunftsfamilie achten und wertschätzen. Das Kind identifiziert sich mit den inneren Haltungen seiner Gefühlseltern und kann lernen, seinen leiblichen Eltern in Trauer zuzugestehen, dass sie nicht die Lebensbedingungen hatten, einem Kind Jeden-Tag-Eltern zu sein. Laut neuerer Adoptionsgesetzgebung wird Adoptiveltern angeraten, die Herkunftsfamilie des Adoptivkindes schon früh in sein Leben einzubeziehen.

Was würden Sie Menschen raten, die überlegen, ein Pflegekind bei sich aufzunehmen? Welche Fragen sollten diese vorher miteinander abwägen?

Pflegeeltern bekommen nicht einfach ein Kind, sondern sie bekommen besondere Herausforderungen – ein seelisch verletztes Kind und seine Herkunftsfamilie – quasi dazu. Mit ihr sollen Pflegeeltern im Interesse des Kindes zusammenarbeiten und eine Balance herstellen. Meist ist das Kind traumatisiert und zeigt viele abweichende Verhaltensweisen. Viele seelisch verletzte junge Menschen wollen permanent im Mittelpunkt stehen, brauchen Selbstbestätigung, wollen wahrgenommen werden, sonst fürchten sie, ihr Ich zu verlieren. Da die schweren Startbedingungen im Leben viele Spuren hinterlassen haben, hat so manches Kind nicht unbedingt die Kraft, die Schule zu meistern. Es empfindet Hilflosigkeit und Aversion gegen Leistungsanforderungen und gegen jede Form der Fremdbestimmung. Es hat die frühe Gewissensbildung oft nicht komplett verinnerlichen können und sprengt so manche Grenze. Es mogelt möglicherweise, stiehlt oder „lügt“. In das tiefe angeborene Bedürfnis nach Bindungssicherheit mischt sich durch die frühen Verlust- und Ohnmachtserfahrungen

¹ Wiemann, I. (2020). Aufwachsen in einer Pflegefamilie oder Rückkehr in die Herkunftsfamilie: Was entspricht dem Kindeswohl aus psychologischer Sicht? *Rechtspsychologie*, 6 (4), 513–532.

eine größere oder kleinere Portion Bindungsmisstrauen. Es will sich binden und hat zugleich Angst, wieder verlassen zu werden. Deshalb kämpft es verstärkt um Autonomie, will sich nicht maßregeln und steuern lassen. Das alles dürfen die Pflegeeltern nicht persönlich nehmen. Die klassischen Erziehungsmethoden können für traumatisierte Kinder falsch, ja schädlich sein.

Das Kind benötigt eine stressarme, heilende Familienatmosphäre ohne Strafen, um sich von den frühen Traumata erholen zu können. Traumatisierte Kinder verfügen über Selbstheilungskräfte. Die können von Pflege- und Adoptiveltern aktiviert und gefördert werden, sodass das Kind im Lauf der Jahre bei einem heilenden Familienklima Vertrauen aufbauen kann, Pflegekinder eine stabile Identität entwickeln und später ein geglücktes Erwachsenenleben führen. Ich habe oft erlebt, dass dies gelingt, wenn die annehmenden Eltern die Beziehung und nicht die Erziehung in den Mittelpunkt stellen.

In meiner Praxis erlebe ich häufiger, dass Pflege- und Adoptiveltern von der Komplexität der Problemlagen, denen das Kind und sie als Bezugspersonen ausgesetzt sind, überrascht sind. Welche Vorbereitung würden Sie sich für künftige Pflege- und Adoptiveltern wünschen?

Pflege- und Adoptiveltern werden heute immer besser vorbereitet. Bei vielen ist jedoch der Wunsch, ein Kind aufnehmen zu wollen, so stark, dass die Einzelheiten aus den Vorbereitungskursen oft nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Pflege- und Adoptiveltern benötigen dann, wenn das Kind bei ihnen lebt, fachliche Begleitung durch Gruppensupervision, Coaching und Fortbildungen. Diese werden von vielen Pflegeeltern nicht genügend wahrgenommen. Auch gibt es ja bei unseren Kolleg*innen, die supervidieren oder Kurse halten, nicht immer genug Spezialwissen und Feldkenntnis. Sie raten dann zu sogenannten „Konsequenzen“ und vermitteln nur selten das Konzept der Traumapädagogik, die beim psychisch verletzten Kind die Selbstheilungskräfte aktiviert. Traumatisierte Pflegekinder benötigen keine Erziehung von oben nach unten. Diese macht ihnen Angst und Stress, kann retraumatisieren. Sie brauchen schon früh Bezugspersonen, die auf die Seite des Kindes gehen, die den „guten Grund“ erkennen, den das Kind für sein abweichendes Verhalten hat, und die in einer Beziehung von Mensch zu Mensch gemeinsam mit dem Kind nach Lösungen suchen.

Gibt es aus Ihrer Erfahrung „ideale“ Pflegeeltern? Was sollte man als Pflegeeltern mitbringen?

Ich kenne Pflege- und Adoptiveltern, die sind Naturbegabungen. Sie arbeiten traumapädagogisch. Sie erspüren absolut feinfühlig die Not des angenommenen Kindes, z. B. sich als Außenseiter*in der Gesellschaft zu fühlen. Sie geben dem Kind viel Zeit, um zu heilen. Sie leben mit dem Kind im Heute.

Kinder mit schweren Startbedingungen leben ganz im Augenblick. Man kann sie nicht „aufs Leben vorbereiten“. Die beste Vorbereitung ist, auf herausforderndes Verhalten mit Liebeserklärungen zu antworten, sie fürsorglich „nachzubemuttern“ und „nachzubevatern“. Ideale Pflegeeltern befreien das Kind aus Loyalitätskonflikten zur Herkunftsfamilie, indem sie z. B. sagen: „In deinem Herzen ist Platz für uns alle.“ Ideale Pflege- und Adoptiveltern laden immer wieder ihre Batterien auf, damit sie das alles leisten können.

In Ihren Büchern und Workshops geht es häufig um das Thema Aufrichtigkeit. Warum ist Ihnen dieses Thema im Umgang mit Pflege- und Adoptivkindern so wichtig?

Ich habe erlebt, dass Eltern zu Ostern ihrem Dreijährigen den Schnuller wegnahmen und behaupteten: „Der Osterhase hat den mitgenommen.“ Es kann sich keine sichere Bindung eines Kindes zu seinen Eltern entwickeln, wenn diese es belügen und manipulieren. In meinen Seminaren und Workshops geht es um Biografiearbeit mit Pflege- und Adoptivkindern und die Aufrichtigkeit in Bezug auf die Herkunftsgeschichte des Kindes. In Großbritannien ist Biografiearbeit gesetzlich verankert. Die Fachkräfte übergeben den künftigen Adoptiv- oder Pflegeeltern ein illustriertes Life-Story-Book für das Kind. Das ist ein bebildertes Lebensbuch oder ein beschriftetes Fotobuch, in welchem die Gründe, weshalb das Kind nicht in seiner Familie bleiben konnte, kindgerecht erklärt werden. Dabei geht es niemals darum, das Verhalten der Eltern schönzureden, sondern die Grenzen dieser Menschen zu betrauern und den Kindern zu helfen, zu verstehen, warum

— **Auf herausforderndes Verhalten sollten Pflegeeltern möglichst mit Liebeserklärungen antworten.** —

alles so gekommen ist. Erwachsene wollen Kinder gern vor schweren Wahrheiten schützen. In einigen Herkunftsfamilien sind menschliche Katastrophen geschehen, Tötungsdelikte, Gefängnisaufenthalte, Gewalt und vieles andere. Zwar lassen sich Geheimnisse verbergen, nicht aber die Gefühle, die sie umgeben. Erwachsene müssen zunächst selbst an ihren inneren Haltungen arbeiten, z. B. verstehen, dass Menschen durch Notlagen in ihrer eigenen Kindheit später oft nicht imstande sind, für ihre Kinder Eltern zu sein. Sie müssen lernen, über die Grenzen oder bestimmte Taten der leiblichen Eltern zu trauern, sie nicht zu verurteilen. Wenn Kinder Klarheit über ihre Lebensgeschichte und die ihrer Familie bekommen, begleitet von Trauer, trägt dies sehr viel zum psychischen Heilungsprozess bei. Wie Bezugspersonen schwere Themen ansprechen können und den jungen Menschen helfen können, sich selbst und auch bittere Ereignisse besser zu verstehen und ins eigene Leben zu integrieren, haben Birgit Lattschar und ich zusammen im Buch „Schwierige Lebensthemen für Kinder in leicht verständliche Worte fassen“ recht umfassend erarbeitet.

Gerade in der Pubertät bringen Kinder ihre Eltern und Eltern ihre Kinder in der Regel bis zur äußersten Verzweiflung. Bei leiblichen Kindern haben beide Seiten zumeist das Gefühl, keine Wahl zu haben, eben mit just diesem Kind/Elternteil zurecht kommen zu müssen. In Pflegefamilien kann diese Situation die Frage eines Bindungsabbruches auf beiden Seiten plötzlich ins Spiel bringen – aus dem Gefühl heraus, nicht mehr zu können oder zu wollen. Wie sehen Sie diese spezielle Lebensphase in Pflege- und Adoptivfamilien? Gibt es etwas, wie wir als Psychotherapeut*innen die Familien besonders gut unterstützen können?

Es ist so, wie Sie es beschreiben. Junge Menschen, die bei leiblichen Eltern leben, haben in dieser turbulenten Zeit zwei familiäre Fundamente: die biologische Zugehörigkeit und die soziale Bindung. Adoptiv- und Pflegekinder haben hingegen nur ein Fundament: die soziale Zusammengehörigkeit, die in der Jugend heftig strapaziert wird. Weil das biologische Fundament fehlt, scheint beiden Seiten das Auseinandergehen ein Ausweg aus dem Leiden zu sein. Pflege- und Adoptiveltern müssen im Grunde in den Jahren vor der Pubertät die fehlende biologische Elternschaft „kompensieren“, indem sie die Beziehung zum jungen Menschen besonders zuverlässig und aufrichtig gestalten, um dieses einzige Fundament, das sie haben, zu festigen. Ich habe viele Familien erlebt, denen das gelungen ist. Ich wiederhole mich: Das Entscheidende war, dass sie über viele Jahre sehr konsequent der Beziehung zum Kind den Vorrang vor der Erziehung gaben.

Bei heranwachsenden Pflege- und Adoptivkindern wird neben der Identifikation mit den sozialen Eltern die Identifikation mit den Herkunftseltern noch einmal stärker. Sie haben ein inneres Bild von ihrer Mutter und ihrem Vater. Dieses Bild wird beeinflusst von dem, was die sozialen Eltern über die Herkunftseltern fühlen, aber auch von gesellschaftlichen Vorurteilen. Im Jugend- und Erwachsenenalter wollen manche Mädchen und Jungen ihren annehmenden Eltern beweisen, dass sie ihren Herkunftseltern gleichen. Kontakte zu Menschen, die aus einem ähnlichen „Milieu“ wie ihre Eltern kommen, sind keine Seltenheit.

Psychotherapeut*innen können annehmenden Eltern bewusst machen, dass sie für den jungen Menschen „höchst gefährliche Personen“ sind: Junge Menschen haben große Angst, die Zuneigung und den Respekt ihrer emotionalen Eltern zu verlieren, dabei sind sie so sehr auf deren Akzeptanz angewiesen. Da sie davon ausgehen, die annehmenden Eltern sowieso zu enttäuschen und deren Standards nicht zu erfüllen, kündigen sie die Beziehungen von sich aus, um der vernichtenden Zurückweisung durch die Erwachsenen zuvorzukommen. Erwachsene können durch therapeutische Unterstützung lernen, sich nicht kündigen zu lassen.

Wenn junge Menschen überzeugt sind, „versagt zu haben und nicht richtig zu sein“, kann große Aggression gegenüber

den Bezugseltern entstehen. Therapeutische Hilfe in dieser Zeit besteht darin, das Verhalten der jungen Menschen als angemessen zu bestätigen, ihre Not zu verstehen und den annehmenden Eltern zu „übersetzen“. Zu ihrer Verzweiflung sollten annehmende Eltern Trauer und Abschied gesellen: Trauer darüber, dass alles anders gekommen ist, als sie sich das einst gewünscht haben. Abschied von dem Anspruch auf ein harmonisches Familienleben. Wenn ihnen klar wird, dass die schweren Startbedingungen den jungen Menschen jetzt eingeholt haben und welches Leid in ihm steckt, so können sie gewonnen werden, ihr Herz erneut zu öffnen.

Manchmal müssen oder wollen Pflege- oder Adoptivkinder ihre annehmende Familie verlassen und werden in einer Wohngruppe aufgenommen. Wie sehen Sie diese Abbrüche und was brauchen die Kinder und Jugendlichen in dieser Situation? Was kann dies langfristig bedeuten?

Wenn ein junger Mensch seine Pflege- oder Adoptivfamilie von sich aus verlässt, so ist der unsichtbare Grund dafür meist, dass er*sie überzeugt ist, die Adoptiv- oder Pflegeeltern enttäuscht zu haben und ihre Erwartungen innerhalb der Familie auch künftig nicht mehr erfüllen zu können. Aber auch das große Streben nach Autonomie, nicht mehr der Macht der Eltern ausgeliefert zu sein, kann eine Rolle spielen. Es wäre ideal, die annehmenden Eltern könnten einem jungen Menschen dann zusichern: „Unsere Tür bleibt offen für dich und unser Kühlschranks auch. Wir bleiben dennoch für immer deine Familie.“

Wenn es vonseiten der annehmenden Eltern zum Bruch kommt, weil sie „nicht mehr können“, so ist das legitim, ja verantwortlich, bevor noch mehr Destruktivität in den Beziehungen entsteht. Für diese jungen Menschen ist es jedoch tief innen langfristig vernichtend, weil sie sich darin bestätigt sehen, selbst schuld, nicht liebenswert und allein auf der Welt zu sein. Der junge Mensch wird ein wenig entlastet, wenn die Erwachsenen Verantwortung und die „Schuld am Scheitern“ auf sich nehmen, indem sie z. B. sagen oder in einem Abschiedsbrief aufschreiben: „Wir haben, das wissen wir heute, in früheren Jahren viel falsch gemacht. Du konntest uns nicht wirklich vertrauen. Dein rebellisches Verhalten und dein Misstrauen uns gegenüber ist angemessen. Es liegt an uns, dass wir nun nicht mehr miteinander klarkommen. Wir wussten keinen anderen Weg. Wir hoffen, dass dir die Freiheit in der Wohngruppe zusagt und auch die Freiheit von uns. Und wir freuen uns, wenn du zu uns hin und wieder am Wochenende kommst oder in den Ferien. Durch die vielen Jahre des Zusammenlebens bleiben wir miteinander verbunden.“

In Pflegeverhältnissen ist es für beide Seiten „leichter“, wenn man das überhaupt so sagen kann, eine Trennung für das weitere Leben zu vollziehen, da es sich ja schließlich „nur“ um eine Hilfe zur Erziehung handelt. In Adoptivfamilien steht das private Eltern-Kind-Verhältnis im Mittelpunkt. Bei allen Trennungen von annehmenden Eltern und jungen Menschen,

können Psychotherapeut*innen mit den beteiligten Familienmitgliedern an der gegenseitigen Aussöhnung und dem gegenseitigen Verzeihen arbeiten und daran, dass das Eltern-Kind-Verhältnis auch über die Entfernung erhalten bleibt.

Wie sehen Sie die Herausforderungen, die Pflege- und Adoptivkindern als Heranwachsende und im späteren Erwachsenenleben begegnen?

Für heranwachsende Pflege- und Adoptivkinder wird die innere und reale Auseinandersetzung mit der Herkunftsfamilie nochmals akut: Warum musste ich meine Familie verlassen? Sie haben oftmals ein Durcheinander von schmerzhaften, wütenden und liebevollen Gefühlen sowohl zu ihren Herkunftseltern als auch zu ihren annehmenden Eltern. Von den einen Eltern wurden sie weggegeben, von den anderen fühlen sie sich oft nicht genug verstanden. So fühlen viele sich verloren und ihre Angst, dem Leben und den Anforderungen von Beruf und Gesellschaft nicht gewachsen zu sein, hält sich hartnäckig noch lange im Erwachsenenalter.

Welche Themen können hier in der psychotherapeutischen Behandlung im Erwachsenenalter besonders an Bedeutsamkeit gewinnen?

Die Frage nach der Identität bleibt oft lebenslang dringlich. Die persönliche Identität bedeutet eine feste Vorstellung vom eigenen Selbst und die lebenslange Kontinuität des Ich. Menschen mit Brüchen in ihrer Biografie sind nicht so fest mit ihrem Ich verbunden. „Ich muss jeden Tag neu herausfinden, wer ich überhaupt bin“, so die Aussage eines jungen Erwachsenen, der als Pflegekind aufwuchs. Oder „Ich bin ja noch eine ganz andere, die ich nicht kenne“. Und eine adoptierte junge Frau berichtete, dass sie ihr Studium abgebrochen habe, weil sie in der unübersichtlichen Welt der Universität ihr Ich verloren habe. Wenn sie jeden Tag an einen festen Ort und zu denselben Menschen zur Arbeit ginge, wisse sie wieder, wer sie sei. Psychotherapeut*innen können hier helfen, dieses Durcheinander zu ordnen und Wege aufzeigen, sich selbst zu akzeptieren und das eigene Ich zu festigen.

Manche Heranwachsende oder Erwachsene machen sich auf die psychisch äußerst anstrengenden Prozesse der Herkunftssuche und Begegnung. Für viele ist es sehr bedeutsam für ihre Identität, ihren leiblichen Geschwistern erstmals zu begegnen. Aber auch der leiblichen Mutter oder dem leiblichen Vater. Wenn sie verstehen können, weshalb sie von ihrer Mutter und/oder dem Vater getrennt wurden, und ihnen einmal in die Augen geschaut haben, kehrt oftmals innere Ruhe ein. Viele fühlen sich gefestigt. Es gibt aber die neue Herausforderung, wie sich zukünftig Nähe oder Distanz zur Herkunftsfamilie gestalten lässt. Psychotherapeut*innen können

junge Menschen bei ihrer Herkunftssuche und Begegnung mit Elternteilen unterstützen, die ungeheuren Emotionen, die hier im jungen Menschen aufgewirbelt werden, würdigen und deren Angemessenheit bestätigen.

Andere erwachsene Adoptierte wagen es nicht, nach ihren Wurzeln zu suchen. Hier kann der*die junge Erwachsene sich in der Psychotherapie über die Gründe klarwerden. Wieder andere haben keine Möglichkeit, weil sie Findelkinder waren oder die Spuren verloren gingen. Psychotherapie kann hier helfen, dass sie in Trauer mit der Lücke leben lernen.

Wie können wir als Psychologische Psychotherapeut*innen besonders achtsam mit dieser Thematik umgehen? Wofür würden Sie gerne ein Bewusstsein auf therapeutischer Seite schaffen?

Mir ist wichtig, dass Psychotherapeut*innen sich stärker mit den speziellen Themen von Pflege und Adoption befassen und die Tragweite der Prozesse verstehen, die durch eine frühe Entwurzelung, durch Psychotraumata und frühe Verluste und durch die Neugestaltung von familiären Beziehungen hervorgerufen wurden. Ihre innere Haltung, wenn sie diese nicht schon haben, sollte sein, jedes abweichende Verhalten ihrer Patient*innen als berechtigt und angemessen zu würdigen. Auf dieser Grundlage können Psychotherapeut*innen die jungen Menschen unterstützen, indem sie all diese Prozesse verstehen, den jungen Menschen zusichern, dass ihr Schmerz und ihre Trauer und ihre Selbstunsicherheit Folgen ihrer frühen Startbedingungen sind. Und es geht darum,

— **Die Angst, dem Leben und den Anforderungen von Beruf und Gesellschaft nicht gewachsen zu sein, hält sich hartnäckig noch lange im Erwachsenenalter.** —

sich mit dem*der Patient*in auf einen Weg zu machen, dass er*sie sein*ihr Schicksal annehmen und immer besser damit leben lernen kann. Hierfür ist es unabdingbar, dass die Patient*innen Trauer als zu ihrem Leben dazugehörig zulassen.

Was ist aus Ihrer Sicht die größte Herausforderung für Pflegeeltern?

Den Alltag gemäß traumapädagogischen Erkenntnissen zu gestalten, traumapädagogische Konzepte in Kindergarten und Schule zu bringen und Bündnispartner*innen in ihrem sozialen Umfeld zu suchen. Und sie müssen auch die restlichen Familienmitglieder, Angehörige und die leiblichen Kinder in der Pflegefamilie gewinnen und ihnen erklären, dass dieses Kind, als es klein war, vieles nicht lernen konnte, was für die leiblichen Kinder selbstverständlich ist, und dass sie deshalb einen anderen, viel „weicherer“ Erziehungsstil entwickelt ha-

ben, weil dieses Kind sich von frühen seelischen Verwundungen erholen muss, wie sonst Kinder nach langen Krankheiten.

Worin sehen Sie die größte Herausforderung für Pflegekinder?

Mit ihren „doppelten Eltern“ zurechtzukommen. Den Sinn der Besuchskontakte zu verstehen. Nicht in Loyalitätskonflikte zu geraten zwischen den beiden Familien, sich als Mensch zweier Familien zu definieren und zu akzeptieren. Sie sollten für sich erkennen, dass sie nicht so werden müssen wie ihre leiblichen Eltern, auch nicht wie ihre sozialen Eltern, sondern ein eigener neuer Mensch werden können.

Was ist aus Ihrer Sicht das Schönste am Pflegeeltern-Sein?

Pflegeeltern und Adoptiveltern müssen täglich daran arbeiten, dazuzulernen und sich zu entwickeln. Sie befinden sich in einem beständigen Wachstums- und Reifungsprozess, der nicht nur für die angenommenen Kinder, sondern auch für sie selbst ein hoher seelischer Gewinn ist.

Und das Schönste am Pflegekind-Sein?

Spontane Lebensfreude, ganz im Heute und im Augenblick zu leben, begeisterungsfähig zu sein. Die frühen seelischen Verwundungen können Menschen für den Rest ihres Lebens auch besonders stark machen.

Was hat Sie in Ihrer Arbeit besonders beeindruckt?

Dass schon dreijährige Kinder zum Ausdruck bringen können, was sie an ihrer Lebenssituation beunruhigt. Kürzlich erzählte eine Oma, zugleich Pflegemutter, ihre Enkelin habe als 2½-Jährige schon zu ihr gesagt: „Oma, ich bin behindert.“ Die Oma zeigte sich erstaunt und das Kind fügte hinzu: „Weil ich nicht mit meiner Mami und meinem Papi zusammenwohnen kann.“

Ein kleines Mädchen von knapp drei Jahren war nach dem Besuchskontakt mit ihrer leiblichen Mutter sehr unausgeglichen und aggressiv gegenüber den Pflegeeltern, schlief nachts kaum. Nach zwei Nächten brach es aus ihr heraus: „Die Mama Marie ist ja gar keine richtige Mama, immer hat sie eine andere Frisur und eine andere Haarfarbe.“ Die Pflegemutter konnte dem Kind erklären: „Dein Gefühl stimmt. Marie hat dich geboren, aber sie kann sich leider nicht wie eine Mama verhalten. Deshalb lebst du bei uns und wir sind deine Jeden-Tag-Eltern. Die Mama Marie hat dir dein Leben gegeben und die Besuche sind dazu da, dass du sie erleben und angucken kannst. Und sie kann gucken, wie du gewachsen bist. Gefühle wie zu einer Mama hast du zu mir. Und das soll auch so sein.“ Daraufhin war die Kleine ausgeglichen und sie schlief wieder gut.



Dipl.-Psych. Irmela Wiemann

Brüggemannstr. 26
25813 Husum
mail@irmelawiemann.de

Irmela Wiemann, Jahrgang 1942, ist Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Familientherapeutin und Autorin. Als langjährige Expertin für die Beratung und Therapie von Pflegefamilien, Adoptivfamilien und Herkunftsfamilien gibt sie Elternseminare, Fortbildungsveranstaltungen sowie Institutions- und Praxisberatung zu diesem Thema im gesamten deutschsprachigen Raum.



Dr. Sabine Ahrens-Eipper

Georg Cantor Str. 30
06108 Halle
info.kjp-praxis@gmx.de

Dr. Dipl.-Psych. Sabine Ahrens-Eipper ist Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation KJP (VT) und seit 2022 Vertretungsprofessorin am Lehrstuhl für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie und -psychotherapie der Universität Greifswald. Bei der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) ist sie als Vorstandsmitglied unter anderem für das Thema Kinderschutz zuständig.

Leserbriefe und Replik

Eine lange erwartete und gelungene Zusammenfassung

Zu H. Krampe & A. van Randenborgh: Hochsensitivität – ein Temperamentsmerkmal bereichert Psychotherapie, *Psychotherapeutenjournal* 2/2023, S. 138–146.

Der Artikel ist eine sehr gelungene Zusammenfassung der meisten Aspekte von Hochsensibilität im klinischen psychotherapeutischen Zusammenhang. Ich bin begeistert, weil ich eine solche Stellungnahme sehr viele Jahre und sehr lange Zeit vermisst habe. Vielen herzlichen Dank an die Autorin und den Autor für den hochdifferenzierten, entpathologisierenden und klugen Artikel! Ein wenig stößt mir lediglich die Zuordnung von Hochsensitivität in der Überschrift als sog. „Temperamentsmerkmal“ auf, zumal auf Temperament in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen wird. Denn ich kenne bei meinen Patienten und Patientinnen alle Arten von Temperamenten, Geschlechtern, Alters- und Berufsgruppen und sehe bis dato keinen Zusammenhang von Hochsensibilität und Temperament. Das ist natürlich nur ein subjektiver Eindruck, wenngleich über drei Jahrzehnte hinweg an vielen Hilfesuchenden beobachtet. Viel eher erscheint mir als Jungianer eine Kategorisierung sinnvoll: Intro- und Extravertiertheit. Denn ein nach innen gekehrter Mensch erscheint einem möglicherweise eher als wenig temperamentvoll, obwohl er das zeitweise sehr wohl sein kann.

Da ich selbst als hochsensibel geboren und aufgewachsen sowie seit langen Jahrzehnten in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig bin, ist mir bald aufgefallen, dass meine Praxis sich zunächst ohne mein bewusstes Zutun zu einem Tummelplatz für hochsensible Patienten und Patientinnen herausgebildet hat. Es gab zahlreiche Beschwerdebilder: Depressionen, Angst- und

Zwangsstörungen, bipolare Störungen, Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen, einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen, Krebs, somatoforme und sexuelle Störungen, ADS und ADHS, Asperger-Syndrome, Bindungs- und Berufsprobleme und hauptsächlich fast durchgängig Stressphänomene aufgrund von Reizüberflutungen im Zusammenspiel mit einer hohen Sensibilität.

Die Erwähnung der hochsensiblen Fähigkeiten in den Umwandlungsanträgen führte regelmäßig zu Irritationen bei den Gutachtern bzw. Gutachterinnen und überdurchschnittlich häufig zu Ablehnungen der Anträge, selbst bei den Obergutachtern. Das hat mich leider veranlasst, diese Phänomene in den Berichten nicht mehr weiter offiziell zu erwähnen, um die konstante Therapie der Patienten und Patientinnen nicht zu gefährden. Stattdessen habe ich mich im Bericht weniger auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Patienten und Patientinnen bezogen, sondern mehr auf die Pathologie, die als m. E. typisches Merkmal von hochsensiblen Patienten und Patientinnen, zeitweise übermäßig stark und über lange Strecken völlig unbedeutend aufgetreten ist. Ich habe das immer als besonderes Merkmal der Hochsensibilität betrachtet, dass ein Mensch mit diesen besonderen Fähigkeiten die Schwierigkeiten einerseits besser kompensieren kann und damit umgehend zurechtkommt, bis dann aber ein Punkt regelmäßig auftaucht und erreicht ist, der ihn hilfloser erscheinen lässt als Menschen ohne diese Fähigkeiten. In Zeiten der Beschwerdefreiheit habe ich mich oft gefragt, was diese Patienten und Patientinnen eigentlich von mir wollen und brauchen. Es war durchweg immer wieder die Sicherheit im Fall des Falles einer abrupten Verschlechterung und Dekompensation, der überraschend, aber dennoch unbestimmt vorhersehbar eintrat. Das erforderte eine hohe Flexibilität im therapeutischen Umgang und in beschwerdefreien Zeiten eine legere und

Liebe Leser*innen,

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

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 11. Oktober 2023 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

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

lockere Vorgehensweise etwa durch Übungen in Achtsamkeit, Entspannung, Psychoedukation, lösungsorientiertes Vorgehen in der Retrospektive sowie erkenntnistheoretische und lebensphilosophische Betrachtungen.

Anfangs war das eine große Herausforderung für mein therapeutisches Gewissen, weil diese Vorgehensweise nicht mit den Psychotherapie-Richtlinien vereinbar schien. Die hochsensiblen Menschen haben mich aber eines Besseren belehrt, denn ihre spezifischen Schwierigkeiten bedurften sehr wohl einer dezidierten psychotherapeutischen Unterstützung, die sich allemal bezahlt gemacht hat! Geholfen hat mir dabei meine jungianische Sozialisierung, die ein prozessorientiertes individuelles Eingehen auf den Patienten bzw. die Patientin befürwortet.

Die Etablierung von geschlechtsspezifischen Gruppen für hochsensible Männer und Frauen hat sich ebenfalls sehr gelohnt, da der hochsensible Mensch zumeist mit global wahrnehmenden Menschen zu tun hat und eine große Erleichterung eintritt, wenn er andere Menschen trifft, die ihn auf Antrieb

verstehen können. In vielen Fällen eine Erleuchtung für die Patienten und Patientinnen ohnegleichen und eine Belohnung und Entschädigung für den Therapeuten bzw. die Therapeutin für alle vorherigen Mühsale!

Viele scheinbar erfolglose Behandlungsversuche vor der Erkenntnis der Hochsensibilität sprachen für sich und waren eine gute Vorbereitung für die Therapie mit Einbeziehung ihrer Fähigkeiten. Ich kann mir wertfrei und gleichzeitig innerlich schmunzelnd vorstellen, dass sich ein Therapeut oder eine Therapeutin ohne hochsensible Möglichkeiten häufig fragt, warum der Patient bzw. die Patientin, der/die vor ihm sitzt, so begriffsstutzig erscheint und scheinbar keinen Fortschritt erzielt oder er manchmal ohne Beschwerden zu ihm kommt. Ich bin überzeugt, dass der Patient bzw. die Patientin unbewusst spürt, ob er/sie ganzheitlich wahrgenommen wird und in seinen/ihren detailreichen Wahrnehmungen erkannt wird. Das tut jedem Menschen gut, wenn er sich insgesamt verstanden fühlt. Deshalb befürworte ich ausdrücklich – was jeder Therapeut bzw. jede Therapeutin in seiner Praxis letztlich tut und lässt, ist natürlich jeder/jedem selbst überlassen – die Anwendung des im Artikel erwähnten Tests, um Gewissheit darüber zu erlangen, ob der Patient bzw. die Patientin hochsensibel ist oder nicht. Das erleichtert m. E. das therapeutische Procedere, auch wenn man ansonsten nicht so gern Tests macht.

Dr. biol. hum. Dipl.-Psych.
Stefan Schmidt
Gumpersdorf

Eine verzweifelte Sehnsucht nach Authentizität

Zum selben Beitrag von H. Krampe & A. van Randenborgh im Psychotherapeutenjournal 2/2023.

Vielen Dank an die Autoren Krampe und van Randenborgh für die Befassung mit diesem wichtigen – aber ansonsten stiefmütterlich behandelten – Thema. Ich bin in meiner psychotherapeutischen Praxis vor über 20 Jahren das

erste Mal hochsensitiven Menschen begegnet – und seither immer wieder und gefühlt deutlich überrepräsentiert.

Ich möchte hier auf einen Aspekt aufmerksam machen, den ich im Artikel nicht explizit erwähnt fand: Die Klient-Therapeut-Beziehung ist bei hochsensitiven Menschen aus meiner Sicht deutlich anders zu gestalten. Hochsensitive Menschen haben nach meiner Erfahrung nicht nur eine Art hochgetunt „Authentizitätsradar“, sondern auch eine häufig verzweifelte Sehnsucht nach Authentizität. Sie bekommen oft fast schmerzhaft genau mit, wenn der Therapeut sich mit Floskeln oder therapeutischen Allgemeinplätzen umgibt, die ihn weiter als Mensch unsichtbar halten.

Bei der überragenden Bedeutung der therapeutischen Beziehung halte ich es für wesentlich, dieser Ebene besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Hochsensitive Menschen fordern den Menschen hinter der Therapeutenrolle heraus – in mehrfacher Bedeutung dieser Worte.

Sie brauchen für die Einordnung ihrer Besonderheiten einen ehrlichen Spiegel, sie brauchen einen Therapeuten, der sich mit seinen eigenen Besonderheiten und auch Schwächen zeigen kann.

Wenn das gelingt, kann die Hochsensitivität immer wieder als ein Geschenk und nicht als eine Last erfahren werden und der Hochsensitive kann sich begreifen als Seismograf einer zutiefst verstörten Gesellschaft.

Dipl.-Psych. Dietmar Lucas
Berlin

Eine leider übersehene Differentialdiagnose

Zum selben Beitrag von H. Krampe & A. van Randenborgh im Psychotherapeutenjournal 2/2023.

Vielen Dank an Dr. Harald Krampe und Prof. Dr. Annette von Randenborgh für ihren sehr zeitgemäßen und guten Arti-

kel zum Thema Hochsensitivität. Er enthält viele hilfreiche Hinweise für die Diagnostik und die Therapie von (komorbid psychisch erkrankten) hochsensiblen Menschen.

Allerdings komme ich nicht umhin, in den Differentialdiagnosen – wobei Hochsensitivität ja im eigentlichen Sinne kein Störungsbild darstellt – die Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) zu vermissen. Übermäßige Reizempfindlichkeit (aber u. U. auch das Gegenteil) ist häufig ein zentraler Bestandteil einer ASS, der im Alltag zu großen Beeinträchtigungen z. B. in Menschenmengen, an lauten, reizintensiven Orten, bei sozialen Interaktionen oder bei der Auswahl von Kleidung, die kratzt, führen kann. Ein sog. kognitiver oder emotionaler „Overload“, der auch im Artikel als solcher benannt wird, ist bei Autist*innen dann oft die Folge.

Auch die Aufgaben der Psychotherapie lassen sich fast durchgängig an Empfehlungen zum Umgang mit – vor allem spät (d.h. erst im Erwachsenenalter) diagnostizierten – ASS erinnern: Akzeptanz der eigenen Besonderheiten, Integration der Hochsensitivität (bzw. des Autismus) in das dadurch veränderte Selbstbild, Verwendung von achtsamkeitsbasierten Methoden zur frühzeitigen Erkennung und Modulation von Stresszuständen, Werben um Verständnis beim sozialen Umfeld für das eigene Rückzugsverhalten, Versuche der Anpassung des sozialen Umfelds bzw. der Umgebung an die eigene Hochsensitivität (bzw. an den eigenen Autismus), Finden hilfreicher Routinen usw.

Wie kann es sein, dass die Autismus-Spektrum-Störungen – mit einer Prävalenz von mindestens 1 % – es im Jahr 2023 schon wieder nicht in den Wahrnehmungsradius: hier der beiden Autor*innen in Sachen Hochsensitivität, geschafft haben?

Dipl.-Psych. Birgit Saalfrank
Frankfurt am Main

Wirksame Traumabewältigung durch Klopfen

Zu P. Herzog, T. Kaiser & A. de Jongh: *Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren: Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland, Psychotherapeutenjournal 1/2023, S. 30–36.*

Ich habe den Artikel von Kaiser, Herzog und de Jongh mit großem Interesse und Zustimmung gelesen. Es ist bedauerlich, dass viele Kolleginnen und Kollegen keine Erfahrung mit traumafokussierter Therapie haben, sodass betroffene Personen keine optimale Hilfe erhalten. Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass es eine Gruppe von traumafokussierten Methoden gibt, die in dem Aufsatz nicht erwähnt wurde. Es gibt gute empirische Belege für die Wirksamkeit der sogenannten Klopfmethoden, insbesondere für die Emotional Freedom Techniques (EFT) von Gary Craig. Bei diesen Methoden arbeitet man mit einer Kombination von imaginativer Konfrontation, kognitiver Umstrukturierung und taktile Stimulation. Antonia Pfeiffer hat in den Artikel „Was ist dran am Klopfen? Eine Übersichtsarbeit“ (Psychotherapeutenjournal 3/2018, S. 235–243) sechs Studien zur PTBS mit hohen Effektstärken referiert. In meinem Aufsatz „Angstreduktion und Traumabewältigung durch Klopfen“ (Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 3/2018, S. 669–684) bin ich ebenfalls auf die Behandlung von PTBS eingegangen und habe auf fünf Studien und eine Metaanalyse hingewiesen, in denen über die erfolgreiche Behandlung mit Klopfmethoden berichtet wird.

Dipl.-Psych. Christof T. Eschenröder
Bremen

Hände weg vom Klopfen!

Replik der Autoren auf den Leserbrief von C. T. Eschenröder zu ihrem Beitrag im Psychotherapeutenjournal 2/2023.

Wir danken Herrn Eschenröder für seine wertschätzende Zuschrift und die

Hinweise. Auch wir bedauern die begrenzte Verbreitung traumafokussierter Therapien. In diesem Zuge fügt Eschenröder die Klopfmethoden hinzu, vor allem „Emotional Freedom Techniques (EFT)“: Diese beinhalten wichtige Wirkmechanismen, wie Exposition und kognitive Umstrukturierung, die viele traumafokussierten Therapien teilen. Als Grundlage für die Evidenzbasis werden Übersichtsarbeiten angeführt. Bei Vergleichen zwischen zwei aktiven Therapien sind jedoch Allegiance-Effekte zu beachten, die erst nach mehreren Studien, idealerweise durch unabhängige Arbeitsgruppen, abgeschätzt werden können. Längere Follow-ups sind zudem wichtig, um die Nachhaltigkeit der PTBS-Therapien zu beurteilen (McLean et al., 2022; zitiert in unserem Artikel). Die aktuelle Evidenzbasis dieser Techniken ist daher als sehr dürftig einzuschätzen. Aus diesem Grund sprechen sich aktuelle internationale Behandlungsrichtlinien nicht für deren Anwendung aus (siehe z. B. Department of Veterans Affairs and the Department of Defense, 2023, S. 36).

Die Klopftechniken der EFT sind darüber hinaus aus unserer Sicht auch aus folgenden Überlegungen nicht überzeugend: Erstens, es fehlen Belege für ihren zusätzlichen therapeutischen Nutzen zur Behandlung der PTBS. Zweitens ist die theoretische Grundlage, basierend auf „Energieflüssen“ über „Meridianpunkte“, sehr fragwürdig. Es gibt keine medizinischen Belege für diese „Meridiane“, sodass eine Erklärung des Wirkmechanismus durch sie nicht plausibel ist. Es könnte sein, dass Klopftechniken das Arbeitsgedächtnis beanspruchen, ähnlich wie Augenbewegungen bei EMDR (van den Hout & Engelhard, 2012) – eine Hypothese, die es jedoch noch zu prüfen gälte.

Zeigen EFT die gleiche Wirksamkeit wie die von uns vorgestellten Methoden in klinischen Studien mit adäquater Stichprobengröße – ein weiteres Problem bisheriger Studien –, so würden wir wegen der stärkeren Evidenzbasis und den mit naturwissenschaftlichen Prinzipien vereinbaren Wirkmechanismen weiterhin zur Anwendung der von uns

vorgestellten traumafokussierten Methoden raten.

Dr. Philipp Herzog, Dr. Tim Kaiser &
Prof. Dr. Ad de Jongh
Harvard/Berlin/Amsterdam

Literatur

Department of Veterans Affairs and the Department of Defense. (2023). A/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Verfügbar unter: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VA-DoD-CPG-PTSD-Full-CPG.pdf> (20.07.2023).

van den Hout, M. A. & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3 (5), 724–738.

Würden Sie einen assistierten Suizid unterstützen?

Zu J. Glasenapp & T. Teismann: *Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Ein Diskussionsbeitrag zum Thema selbstbestimmtes Sterben und Suizid, Psychotherapeutenjournal 1/2022, S. 5–11.*

Sehr geehrte Kolleg*innen, würden Sie Klient*innen ein Gutachten für einen assistierten Suizid erstellen?

Das Bundesverfassungsgericht hat durch sein Urteil die Möglichkeit zugelassen, professionell unterstützt zu sterben. Damit sind auch wir als eine der Berufsgruppen, die mit derlei Wünschen konfrontiert werden könnten, aufgerufen, uns damit auseinanderzusetzen und ggf. Vorschläge für Rahmungen zu erarbeiten. Im März 2022 erschien hier ein Artikel zum Thema, der – wie ich finde – versiert, ausgewogen und angemessen nachdenklich machend das Feld beschrieb.

Mein Beitrag vermag nicht, dieses Spannungsfeld fachlich näher zu beleuchten. Eher möchte ich eine persönliche, sehr dichte Perspektive beisteuern – und Ihnen damit unter Umständen auch etwas zumuten.

Ende 2022 hat sich eine mir nahe Freundin das Leben genommen. Sie hatte lebenslang Phasen schwerer Depressionen und hat alles ihr Mögliche dagegen unternommen (Therapien, zig

psychiatrische wie psychosomatische Klinikaufenthalte, Medikamente, berufliche Veränderungen etc.).

Haben Sie schon einmal eine Ihnen nahestehende Person mitten in der Nacht auf einer geschlossenen Station zurücklassen müssen? Haben Sie unser Gesundheitssystem, dessen Warte- und Antrags-Odysseen schon einmal als Angehörige*r oder Betroffene*r erfahren „dürfen“? Haben Sie miterlebt, wie zig Therapien und Medikamente jemandem letztlich nicht helfen können, diese „Anfälle des Grauens“ wieder und wieder erleiden zu müssen? Falls nein, dann seien Sie versichert: Es ist furchtbar, es ist herzzerreißend, das miterleben zu müssen.

Bin ich als Angehörige nicht zu betroffen und verstrickt, um zum Thema „assistierter Suizid“ etwas beitragen zu können? – Ja, selbstverständlich bin ich verstrickt, aber ich pflege Freund*innen nicht der Tür zu verweisen, wenn sie psychische Probleme haben, und setze mich mit den eigenen und gemeinsamen Mustern dahinter sowie mit dem Ausloten eines souveränen Arbeitens trotz eigener Betroffenheit auseinander. Ich bin dankbar für all das, was mich diese Doppel-Perspektive gelehrt hat. Vielleicht kann ich sogar genau deshalb etwas dazu beitragen, eben weil ich betroffen bin.

Zurück zu Ihnen: Sollte jemand, der akut depressiv ist, Sie bitten, ein Gutachten zu erstellen, so (...) wäre das rechtlich womöglich fragwürdig, ja Sie müssten jemanden mit akuten Suizidideen ggf. eher vor sich selbst schützen und einweisen, oder?! Was jedoch, wenn da jemand vor Ihnen sitzt, dessen Bewusstsein trotz aller Symptomatik ausreichend klar wirkt, was, wenn die Todessehnsucht eher einer Lebensbilanz entspringt, die wohlüberlegt dem langen Leid ein Ende bereiten will? Herr Glasenapp und Herr Teismann schreiben dazu: „Wir handeln in der (ambulanten) Psychotherapie unethisch, wenn die Behandlung an die Negierung des Sterbewunsches gekoppelt wird oder Patient*innen mit Sterbewünschen grundsätzlich in die stationäre Behandlung überwiesen werden.“

Selbstverständlich sind Prävention und die Unterstützung des Weiterlebens, am besten mit einer Perspektive der Besserung, stets die erste Wahl. Aber in einigen Fällen ist dies eben schlicht keine Option mehr. Dann geht es nur noch um die Alternative zwischen einem sogenannten „Brutal-Suizid“ (Schienen, Waffen, Sturz o. Ä.) und dem weit friedlicheren assistierten Suizid.

Als 2020 das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes erschien, sprachen wir – einige ihr nahe Menschen – mit unserer Freundin über die Möglichkeit des assistierten Suizids. Wir boten ihr an, sie zu begleiten – ein unsagbar tiefes, sehr bewegendes Gespräch. Sie sagte, dass sie diesen Weg vorstellbar fände, das Ausland aber als Option ausschliesse, es schien ihr zu viel Zumutung für alle Beteiligten. Andererseits habe sie für Begutachtungen in Deutschland keine Kraft mehr; sie hatte zähe Monate ihres Lebens damit verbracht, begutachtet zu werden und zu warten (zuletzt auf eine Zeitberentung, in bis zu ihrem Tod seit einem Jahr schwebendem Verfahren). Vor allem aber wollte sie weder uns noch ihren Behandler*innen eine rechtliche Grauzone zumuten, da Suizidalität bei depressiver Grunderkrankung als Symptom gesehen und in Akutzuständen eine Freiverantwortlichkeit Betroffener bezweifelt wird.

Das hieß für uns als Umfeld: Der mögliche Suizid kam näher und näher ... und wir, selbst mittlerweile ratlos, mussten das aushalten – ohne ihr einen sanften Weg ermöglichen zu können. Furchtbar.

„To forgive and to accept / Things that haven't happened yet.“

Und dann war es wie erahnt – sie nahm sich das Leben, Ende 2022, auf eine sich selbst gegenüber brutale, aber schnell wirksame Art. Sie hat diese Entscheidung getroffen in einer akuten Phase, ja – und dennoch klar bilanzierend und lange konkret ersehnt. Sie wollte niemandem Leid zufügen, hat den Ort und die Art vermutlich auch in Fürsorge für ihr nahes Umfeld ausgesucht, aber dennoch musste sie uns und die Person, die sie fand, ja mas-

siv belasten – oder gibt es etwa einen „sanften Suizid“ ohne Unterstützung?! Und was denken Sie? Kann ein solch bilanzierender Suizid denn überhaupt frei von akuter Verzweiflung und Bewusstseinstrübung begangen werden?

Können Sie sich für ein, zwei Minuten in die Situation der Hinterbliebenen hineinversetzen? Sie ahnen – und verhindern nicht mehr. Unterlassene Hilfeleistung? Oder Unterlassen als Hilfeleistung? Sie erfahren von dem Suizid, ein immenser Schock, trotz allen Ahnens. Suizid ist laut, schreit an. Sie beantworten Fragen der Polizei, fahren an den Ort, an dem es passierte, sprechen mit der Person, die sie fand, müssen unsagbar vielen Menschen die Nachricht überbringen. Wie ist es zu ertragen, sich die letzten Tage und Stunden dieser verlorenen Seele vorzustellen, im Mitgefühl für die Verzweiflung und für diese Gewalt am eigenen Leib und Sein? Wie kann man aushalten, dass jemand, den man mochte oder liebte, so grausam und einsam sterben musste?

Was braucht es für Sie als Kolleg*in, um eine Haltung in diesen Fragen zu finden und um sich der einzelnen, sehr komplexen Fälle annehmen zu können? Könnten womöglich palliative Zirkel verschiedener Fachgruppen eine Antwort sein?

Verehrte Kolleg*innen, in unserer potenziellen Aufgabe der Begutachtung von Freitodwünschen und des fachlichen Engagements zum Thema „assistierter Suizid“ geht es nicht nur darum, ob ein Suizid verhindert werden kann bzw. ob wir den Todeswunsch von Menschen fachlich nachvollziehbar finden. Vielmehr können wir auch Menschen, die frei verantwortlich und klar entschlossen sind, ihrem Leiden ein Ende zu setzen, ermöglichen, friedlich und sanft statt brutal und verloren aus dem Leben zu gehen.

Wir könnten uns womöglich gar zur Verfügung stellen, dafür noch mehr Leid für noch mehr Menschen zu verhindern: für all die, die jemanden finden müssen, und für all die, die jemanden auf so brutale Weise nicht gut gehen lassen können.

Jede Person, die sich umbringt (über 9.000 pro Jahr), hat ja ein Netz aus Angehörigen, das fortan damit leben muss – da könnten wir lindern.

Diese Aufgaben verdienen, wie ich finde, unser aller Hochachtung, Dankbarkeit und Demut, ein Verbeugen vor

dem Mut der Menschen, die sich das zutrauen. Niemand sollte jemals Druck empfinden, diese existentielle, tief ethische bewegende Aufgabe übernehmen zu müssen. Hoch verständlich, wenn Menschen das nicht können. Jede*r jedoch, der*die es schließlich vermag, kann ein Geschenk sein für die, die uns

brauchen, um in Frieden gehen zu können.

Danke von Herzen für Ihre Zeit und Bereitschaft, sich meine Perspektive zuzumuten.

Dipl.-Psych. Jeannette Heerdegen
Hamburg

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Reformvorschläge der BPtK zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat am 13. Juli 2023 im Rahmen einer Pressekonferenz ein Konzept zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorgestellt. Mit dem vorgeschlagenen Maßnahmenbündel sollen gezielt die Wartezeiten auf eine Psychotherapie in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgebaut werden. Zusätzlich soll für Patient*innen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erleichtert werden.

Zusätzliche Kassensitze gezielt schaffen: Bedarfsplanung jetzt reformieren

Damit die langen Wartezeiten von durchschnittlich 140 Tagen reduziert und für die Patient*innen noch in dieser Legislaturperiode Verbesserungen spürbar werden, muss eine Reform der Bedarfsplanung schnellstmöglich in Gesetzesreformen berücksichtigt werden. „Unsere Forderungen – ganz besonders die zur Bedarfsplanung – müssen noch in das erste Versorgungsgesetz aufgenommen werden“, fordert BPtK-Präsidentin Dr. Andrea Benecke. Um die langen Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz abzubauen, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich beauftragt werden, in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung die allgemeinen Verhältniszahlen um mindestens 20 Prozent abzusenken. Daraus würden circa 1.600 zusätzliche Kassensitze entstehen. 87 Prozent der auf diese Weise geschaffenen zusätz-

lichen Kassensitze würden außerhalb von Großstädten entstehen und gezielt den am schlechtesten versorgten Regionen zugutekommen. Die anderen zusätzlichen Sitze würden in den historisch schlechter versorgten Städten in Ostdeutschland und im Ruhrgebiet entstehen.

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen stärken

„Unbehandelte oder zu spät behandelte psychische Erkrankungen im Kindesalter können im schlimmsten Fall das gesamte Leben beeinflussen – mit allen negativen Folgen für die soziale, schulische und berufliche Teilhabe“, warnt Cornelia Metge, Beisitzerin im BPtK-Vorstand. Um die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen kleinerer und passgenauer zu planen, sollte für Leistungserbringer*innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, eine eigene Arztgruppe gebildet werden. Für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche fehlt immer noch das Angebot der ambulanten Komplexversorgung. Sie benötigen zudem heilpädagogische, psychologische und psychosoziale Maßnahmen im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung, die der*die koordinierende Ärzt*in oder Psychotherapeut*in verordnen können muss.

Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für bestimmte Patient*innen erleichtern

Damit für schwer psychisch kranke Menschen ein patientenorientiertes und ausreichendes Behandlungsange-

bot aufgebaut werden kann, müssen die Hürden der ambulanten Komplexversorgung abgebaut werden und teilnehmende Praxen ihre Behandlungskapazitäten ausbauen dürfen. Damit Patient*innen nach einer stationären Behandlung lückenlos ambulant weiterversorgt werden, sollten psychotherapeutische Sprechstunden in der Praxis bereits während der Krankenhausbehandlung ermöglicht und die ambulante Anschlussbehandlung gesetzlich gefördert werden. Es sollten aufsuchende psychotherapeutische Angebote eingeführt sowie die Möglichkeit für Gruppentherapie in Kleinstgruppen, also mit zwei Teilnehmer*innen, geschaffen werden. Wenn Primärversorgungszentren entstehen, dann muss die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen systematisch integriert werden, indem dort psychotherapeutische Versorgungsangebote vorgesehen werden.

Transparenz über verfügbare Behandlungsangebote stärken

Um die Transparenz über Behandlungsangebote und spezifische Informationen zu freien Terminen in Sprechstunden und Probatorik, zu freien Therapieplätzen und insbesondere zu Gruppenangeboten zu stärken, sollte die Arzt- und Psychotherapeutesuche der Kassenärztlichen Vereinigungen weiterentwickelt werden.

Das Forderungspapier der BPtK kann hier nachgelesen werden: https://api.bptk.de/uploads/20230713_bptk_forderungen_zum_ausbau_der_ambulanten_pschotherapeutischen_versorgung_b15ed09ade.pdf.

Bundestagspetition fordert ausreichende Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung

Felix Kiunke, Psychologiestudent aus Kassel, hat im März beim Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages eine Petition eingereicht (https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2023/_03/_23/Petition_148151.html). Er will damit erreichen, dass jetzt die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen für eine angemessene Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung von Psychotherapeut*innen geschaffen werden. Nur so kann die notwendige Qualifizierung der künftigen Psychotherapeut*innen ermöglicht und die psychotherapeutische Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Zukunft gesichert werden.

Die Petition hat zahlreiche Unterstützer*innen gefunden. Mit mehr als 72.000 Unterschriften wurde das erforderliche Quorum von 50.000 deutlich übertroffen. In einer Anhörung am 3. Juli 2023 hat Herr Kiunke mit Unterstützung und Begleitung von Dr. Andrea Benecke, Präsidentin der BPTK, die Forderung den Mitgliedern des Petitionsausschusses noch einmal ausführlich darlegen können und sich den kritischen Fragen der Abgeordneten gestellt. Das Ergebnis der anschließenden Beratungen des

Petitionsausschusses wird im September erwartet.

Unterstützt wird die Petition von einem breiten Bündnis von Psychologiestudierenden, Psychotherapeut*innen in Ausbildung, Psychotherapeutenverbänden, Hochschullehrer*innen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Trägerverbände der Psychotherapeutenausbildungen, Vertreter*innen der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Landespsychotherapeutenkammern und der Bundespsychotherapeutenkammer. In einer konzertierten Aktion haben sie für die Mitzeichnung geworben (siehe Foto).

Es besteht dringender Handlungsbedarf

2019 wurde die Psychotherapeutenausbildung grundlegend reformiert. Wer seit 2020 ein Studium mit dem Ziel einer Approbation als Psychotherapeut*in beginnt, muss anschließend eine Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in absolvieren. Zehn von zwölf Landes-

psychotherapeutenkammern haben bereits auf Grundlage der Muster-Weiterbildungsordnung der BPTK eine Weiterbildungsordnung zum* zur Fachpsychotherapeut*in verabschiedet. Darin ist auch festgelegt, dass die gesamte Weiterbildung in hauptberuflicher Tätigkeit mit einem angemessenen Gehalt erfolgen muss. Notwendige Bestandteile der Weiterbildung sind mindestens zwei Jahre in der ambulanten und mindestens zwei Jahre in der stationären Versorgung.

Der Handlungsbedarf ist dringend. Seit Herbst 2022 gibt es erste Absolvent*innen der neuen Studiengänge und in der Folge die ersten neu approbierten Psychotherapeut*innen, die eine Weiterbildungsstelle suchen. Ihre Zahl wird bis zum Frühjahr 2024 auf circa 1.000 und bis 2025 auf jährlich mindestens 2.500 Absolvent*innen ansteigen.

Für die künftige Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen brauchen diese Psychotherapeut*innen nach Studium und Approbation Weiterbildungsstellen, die die Anforderungen der Weiterbildungsordnungen erfüllen.



Petent Felix Kiunke (3. von links) vor dem Deutschen Bundestag mit Vertreter*innen eines breiten Bündnisses der Psychotherapeutenchaft und Unterschriftenlisten zur Petition

Finanzierung der Weiterbildung

In Praxen und Ambulanzen kann es aktuell nicht genügend Stellen geben, weil die Einnahmen aus der Patientenbehandlung in der Regel nicht ausreichen, um dem*der Weiterbildungsteilnehmer*in ein angemessenes Gehalt zu bezahlen und zusätzlich die Kosten der notwendigen Weiterbildungselemente (Theorievermittlung, Behandlungssupervision und Selbsterfahrung) zu decken.

In der stationären Versorgung gibt es zu wenige offene Stellen, die in Weiterbildungsstellen umgewandelt werden können, weil viele Stellen noch von Teilnehmer*innen der postgradualen Ausbildung zu Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen besetzt

sind. Diese Ausbildungen können noch bis 2032 absolviert werden, in Härtefällen sogar bis 2035. Für eine Übergangszeit muss es den Kliniken deshalb ermöglicht werden, zusätzliche Stellen für

Weiterbildungsteilnehmer*innen einzurichten und vergütet zu bekommen. Konkrete Lösungen zur Umsetzung einer angemessenen Förderfinanzierung erfordern jetzt das Handeln des Gesetz-

gebers. Die BPTK wird für das anstehende Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) deshalb entsprechende Gesetzesvorschläge einbringen.

BPTK veröffentlicht Musterhitzeschutzplan für psychotherapeutische Praxen

Hitzewellen nehmen im Zuge der voranschreitenden Klimakrise seit Jahrzehnten zu. Mit einer mittleren Jahrestemperatur von 10,5 Grad waren 2018 und 2022 die wärmsten Jahre in Deutschland seit Beginn der Wetteraufzeichnungen. Der 4. Juli dieses Jahres war mit einem globalen Durchschnittswert von 17,18 Grad weltweit der heißeste Tag der Messgeschichte. Starke Hitze schädigt nicht nur Ökosysteme und die Infrastruktur, sondern auch die körperliche und psychische Gesundheit. Studien zeigen, dass in Hitzeperioden die Inanspruchnahme psychiatrischer Notdienste sowie die Risiken für affektive und Angststörungen, psychotische Erkrankungen, vaskuläre Demenz und Suizide steigen. Darüber hinaus beeinträchtigt Hitze die kognitive Leistungsfähigkeit und erhöht zwischenmenschliche Aggression in Form von gereiztem und gewalttätigem Verhalten, da die Ressourcen für Aufmerksamkeit und

Selbstkontrolle sinken. All diese Effekte gelten nicht nur für sehr warme Länder, sondern auch für kühlere Länder wie Deutschland, wenn eine deutliche Steigerung der Temperatur vorliegt. Besonders hitzegefährdete Personengruppen sind hochaltrige Menschen, Menschen mit einer geriatrischen, schizophrenen, bipolaren Erkrankung, chronisch körperlich Erkrankte sowie Kinder und Jugendliche.

Expert*innen weisen seit Längerem darauf hin, dass den zunehmenden Hitzegefahren für Körper und Psyche nur mit effektiven Schutzkonzepten begegnet werden kann. Anlässlich des bundesweiten Hitzeaktionstags am 14. Juni 2023 hat die BPTK einen Musterhitzeschutzplan für ambulante psychotherapeutische Praxen veröffentlicht, der gemeinsam mit der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLU) e.V. und den Psychologists/Psychothe-

rapists for Future e.V. entwickelt wurde. Dieser Musterhitzeschutzplan soll Inhaber*innen einer psychotherapeutischen Praxis als Hilfestellung dienen, Hitzegefahren für Patient*innen und Praxismitarbeiter*innen während der Sommermonate zu reduzieren.

Hitzeschutzpläne für einzelne Praxen sind ein Baustein im kurzfristigen Umgang mit Hitzeperioden. Sie können kommunale Hitzeaktionspläne ergänzen. Sie unterstreichen darüber hinaus die Notwendigkeit von weiterreichenden Maßnahmen zum Schutz des Klimas in allen Lebensbereichen.

Der Musterhitzeschutzplan ist auf der BPTK-Webseite verfügbar: https://api.bptk.de/uploads/2023_06_14_BPt_K_Musterhitzeschutzplan_fuer_ambulante_psychotherapeutische_Praxen_846f46d61b.pdf.

BPTK zum Entwurf des Nationalen Aktionsplans „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“

Im Mai 2023 hatte das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) den Entwurf für einen Nationalen Aktionsplan (NAP) „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“ vorgelegt und um Stellungnahme gebeten. Mit dem Aktionsplan zielt das BMFSFJ darauf ab, Kinder und Jugendliche, die von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht sind, in ihrer Entwicklung zu fördern und ihnen den Zugang zu Bildung, Betreuung und Gesundheitsversorgung zu erleichtern. In ihrer Stellungnahme begrüßt die BPTK unter anderem das im Aktionsplan formulierte Ziel, auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärker in

den Blick zu nehmen und den Zugang psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zur Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Die BPTK sieht jedoch auch deutlichen Ergänzungsbedarf. Dies betrifft insbesondere die Schaffung ausreichender Versorgungsangebote unter anderem durch eine Reform der Bedarfsplanung. Nur durch mehr Kassensitze in ländlichen und strukturschwachen Regionen können die Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie abgebaut werden. Die BPTK fordert daher, dass die Reform der Bedarfsplanung als

Ziel in den NAP aufgenommen wird. Der Gesetzgeber sollte den G-BA beauftragen, die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen um mindestens 20 Prozent abzusenken und eine getrennte Bedarfsplanung für Psychotherapeut*innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, zwingend vorzusehen. Damit wäre es möglich, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ziel- und bedarfsgenauer zu planen, als dies bisher möglich ist. Die BPTK bedauert, dass diese zentrale Forderung zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im NAP, der am

5. Juli 2023 veröffentlicht worden ist, nicht aufgegriffen wurde.

BPtK-Stellungnahme:

https://api.bptk.de/uploads/2023_05_25_STN_B_Pt_K_NAP_Gesund_Aufwachsen_94b9ae9530.pdf

Aktionsplan:

www.bmfsfj.de/resource/blob/227684/f86f78802706a73cebc4b0e526ffacc3/nap-kinderchancen-data.pdf

Positionspapier zur Anerkennung ärztlicher und psychotherapeutischer Expertise in Asylverfahren

Ein Bündnis aus sechs Verbänden der psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, darunter die BPtK, hat den Gesetzgeber in einem Positionspapier aufgefordert, die erhöhten Nachweispflichten in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren zurückzunehmen und auch psychotherapeutische Expertise wieder zu berücksichtigen.

Geflüchtete Menschen tragen derzeit die Beweislast, wenn es um den Nachweis von Erkrankungen im Asylverfahren geht. Sie verfügen in der Regel jedoch nicht über die Ressourcen oder den Zugang zu Fachkräften, um solche Stellungnahmen in Auftrag zu geben. Keine andere Personengruppe treffen derart hohe Anforderungen beim Nachweis von Erkrankungen. Damit eine Bescheinigung im Asylverfahren als qualifiziert gilt, muss sie nicht nur die Krankheitsvorgeschichte, die Untersuchungsmethoden und die Diagnose enthalten,

sondern auch die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben. Viele Behandler*innen können aus Kapazitätsgründen keine derart umfangreichen Stellungnahmen erstellen.

Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die mit der Versorgung von Geflüchteten in Berührung kommen, sind zudem regelmäßig mit dem Problem konfrontiert, dass ihre Expertise in der Beurteilung von Erkrankungen von Behörden oder Verwaltungsgerichten nicht berücksichtigt wird. Im Bereich psychischer Erkrankungen werden Atteste von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sogar ohne Anführung fachlicher Gründe seit 2019 gar nicht mehr berücksichtigt. Infolgedessen bleibt es dem Zufall überlassen, ob Menschen eine fachärztliche Bescheinigung rechtzeitig einreichen können. Traumatisierten Menschen, die Sicher-

heit und Schutz in Deutschland suchen, droht die Abschiebung trotz Krankheit und Schutzbedarfs.

Aus diesem Grund fordern die Verbände, dass erstens die Ermittlungspflicht bei den Behörden liegt, zweitens die Kosten für die anspruchsvollen Nachweise von den zur Ermittlung verpflichteten Behörden getragen werden und drittens Stellungnahmen Psychologischer Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen wieder berücksichtigt werden.

Das Positionspapier ist auf der BPtK-Webseite verfügbar:

https://api.bptk.de/uploads/20230620_Positionspapier_Sicherstellung_der_Rechte_von_Schutzsuchenden_im_Asylverfahren_bb7835c144.pdf

BPtK mit neuer Website am Start

Die BPtK hat anlässlich des 20. Jahrestages ihres Bestehens ihren Internetauftritt einem umfassenden Relaunch unterzogen. Die neu gestaltete Webseite präsentiert sich in einem modernen und zugleich sachlich orientierten, zurückhaltenden Design. Sie bietet Psychotherapeut*innen und Patient*innen sowie Politik- und Medienvertreter*innen ein zielgruppenspezifisch reichhaltiges, übersichtlich strukturiertes und ansprechend illustriertes Informationsangebot. Die neu

angelegten Schwerpunkte erleichtern den Nutzer*innen den Zugriff auf Positionen und Hintergründe zu wichtigen Themen der Bundespsychotherapeutenkammer.

Andreas Faust, ein Berliner Gestalter und Programmierer, hat die Webseite auf der Grundlage des Open-Source-Content-Management-Systems Strapi entwickelt. Die Zeichnungen der Berliner Illustratorin Marie Schwab verleihen der neuen Webseite ein individuelles

Gesicht und unterstützen gleichzeitig bei der Orientierung in den umfangreichen Materialien, die über die Webseite erschlossen werden können.

Geschäftsstelle

Klosterstraße 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,

Ende Oktober bis Ende November werden die Wahlen zur nächsten Vertreterversammlung der Kammer durchgeführt. Wir bitten Sie, an der Wahl teilzunehmen und Ihre Stimme abzugeben.

Die gewählten Delegierten werden in ihrer ersten Sitzung Ende Februar 2024 den neuen Kammervorstand und die Ausschüsse wählen. Den Kolleg*innen, die zur Mitarbeit in Kammergremien bereit sind und sich hier und oft auch an anderen Stellen berufspolitisch engagieren, ist im Namen aller Kammermitglieder zu danken. Diese Kolleg*innen fördern und erhalten die Selbstverwaltung mit dem gesetzlichen Auftrag, sich für den Berufsstand einzusetzen. Mit ihrem ehrenamtlichen und nebenberuflichen Engagement tragen die Delegierten und alle in der Kammer Aktiven dazu bei, fachlich sinnvolle, aber auch notwendige Rahmenbedingungen der Berufsausübung zu schaffen und diese immer wieder zu überarbeiten. Hierzu gehört sowohl ein gutes Hintergrundwissen als auch die praktische Erfahrung. In den kammerinternen Diskussionen ist dann oft ein Kompromiss zwischen verschiedenen Interessen zu erarbeiten und umzusetzen.

Der Vorstand möchte an dieser Stelle allen Kolleg*innen herzlich danken, die sich in der Kammer in verschiedenen Gremien aktiv einbringen, die Arbeit des Vorstands kritisch begleiten und unterstützen. Nur so kann gute Kammerarbeit und Selbstverwaltung gelingen. Vielen Dank an die Kolleg*innen, die bereit sind, sich weiter einzubringen und sich wieder zur Wahl zu stellen, ebenso an die, die erstmals kandidieren und bereit sind, mitzugestalten – und ganz besonderer Dank an diejenigen, die sich oft über Jahre aktiv in den Gremien eingebracht und jetzt entschieden haben, nicht mehr so aktiv teilzunehmen.

Mit Ihrer Stimme und einer hohen Wahlbeteiligung bei der Wahl zur Vertreterversammlung unterstützen Sie diese Arbeit der ehrenamtlich Engagierten und geben diesen einen Rückhalt für ihre Arbeit.

Wir verbleiben mit besten kollegialen Grüßen

Ihr Kammervorstand

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

Die Rolle der Psychotherapie in der Versorgung von Post-COVID und ME/CFS – Online-Fortbildung mit Bettina Grande und Dr. Tilman Grande

Die am 6. Juli 2023 durchgeführte Online-Fortbildung zu Long Covid und ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom) war mit über 350 Teilnehmenden sehr gut besucht. In dem zweistündigen Vortrag gaben Bettina und Dr. Tilman Grande (Heidelberg) einen Überblick über die Rolle der Psychotherapie in der Versorgung des Post-Covid-Syndroms (PCS) und seiner schwersten Folge, der ME/CFS.

In die Veranstaltung führte LPK-Vizepräsident Martin Klett ein, der alle Teilnehmenden, auch im Namen des an diesem Abend verhinderten Präsidenten Dr. Dietrich Munz herzlich



Dr. Tilman Grande und Bettina Grande

begrüßte. Das sehr große Interesse an der Veranstaltung zeige, so Martin Klett, dass das Thema Long Covid auch in unseren Praxen angekommen sei. Dies stelle die Psychotherapeut*innen vor besondere Herausforderungen. Patient*innen mit diesem Krankheits-

bild seien körperlich und in der Folge auch psychisch häufig schwer belastet. Wegen der vielfältigen Symptomatik und bislang unzureichender somatischer Behandlungsmöglichkeiten werde immer wieder auf einen psychosomatischen Hintergrund geschlos-

sen, was unzulässig sei und zu teils unergiebigem, teils sogar schädlichen Behandlungsversuchen führe. Dennoch können Psychotherapeut*innen einen wichtigen Beitrag in der Versorgung leisten. Er freue sich sehr, dass die LPK Bettina und Dr. Tilman Grande für diese wichtige Fortbildung gewinnen konnte. Sie hätten sich als niedergelassene*r psychoanalytische*r Psychotherapeut*in vor allem in den vergangenen zwei Jahren intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt und viele Erfahrungen dazu sammeln können sowie u. a. auch zusammen mit

einer internationalen Autorengruppe federführend ein Positionspapier zur Rolle der Psychotherapie bei ME/CFS im April 2023 veröffentlicht unter dem Link www.mdpi.com/1648-9144/59/4/719.

Bettina und Dr. Tilman Grande stellten einen psychotherapeutischen Ansatz vor, der diese Besonderheit in den Fokus der Behandlung stellt und Betroffenen hilft, gesundheitliche Einbrüche zu vermeiden und eine relative Kontrolle über ihre Krankheit wiederzugewinnen. Zunächst gab Bettina Grande einen Überblick zu Post-Covid und ME/

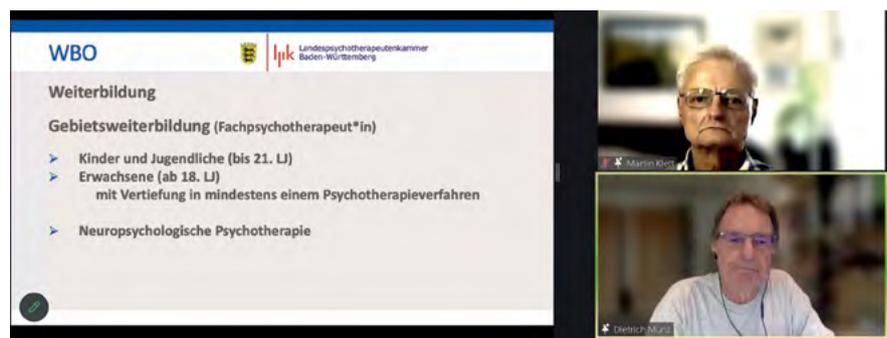
CFS, zu den bislang bekannten medizinischen Grundlagen sowie zur Abgrenzung somatisch, psychisch, psychosomatisch und psychisch „überlagert“. Sie ging sehr anschaulich auf die dramatisch mangelhafte Versorgungsrealität für die Betroffenen und ihre Angehörigen ein. Dr. Tilman Grande skizzierte in einem zweiten Teil, welche Rolle die Psychotherapie für Menschen mit Post Covid bzw. ME/CFS spielen kann und welche Grenzen bei der Behandlung beachtet werden müssen. Vortragsfolien sowie wichtige Links unter: <https://bit.ly/3rMI97r>.

LPK-Info-Veranstaltungen „Praxen, MVZ und Institutsambulanzen als Weiterbildungsstätte“

Mit zwei Online-Veranstaltungen am 3. und 10. Juli 2023 gaben LPK-Präsident Dr. Dietrich Munz und Vizepräsident Martin Klett eine Übersicht zu den Themen „Praxen/MVZ/Institutsambulanzen als Weiterbildungsstätte“ und „Antragstellung“, an denen über 150 interessierte Praxisinhaber*innen sowie über 80 Vertreter*innen von Institutsambulanzen teilnahmen.

Hintergrund war die neue Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung, in der der Berufszugang und Qualifikationsweg der Psychotherapeut*innen mit Wirkung zum 1. September 2020 neu geregelt und das Psychotherapeutengesetz entsprechend geändert wurde.

Wie Dr. Munz ausführte, erfolgt der neue Weg zur Approbation durch ein Studium der Psychotherapie (bestehend aus einem dreijährigen polyvalenten Bachelorstudium und einem zweijährigen spezialisierten Masterstudium). Das Studium endet mit der Approbation, die auch zum Führen der Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“/„Psychotherapeut“ berechtigt. Für den Arztregister-Eintrag und Erwerb einer



Martin Klett und Dr. Dietrich Munz

vertragspsychotherapeutischen Zulassung („Kassensitz“) ist allerdings eine anschließende fünfjährige Weiterbildung zum/zur Fachpsychotherapeut*in zwingend. Er erläuterte die Weiterbildung und stellte dar, wie sie in Praxen oder MVZ sowie in Institutsambulanzen angeboten werden kann. Darüber hinaus wurde die hierfür nötige Antragstellung erklärt. In der Weiterbildung zum/zur „Fachpsychotherapeut*in für Erwachsene“ oder für „Kinder und Jugendliche“ sowie für „Neuropsychologische Psychotherapie“ sind mindestens zwei Jahre Weiterbildung im stationären (Krankenhäuser, Reha-Kliniken) und zwei Jahre im ambulanten Setting

(Weiterbildungsinstitute, Praxen, MVZ) vorgeschrieben. Fakultativ kann ein Jahr der Weiterbildung in einer Institution erfolgen.

Ziel der LPK ist es, den neu approbierten Psychotherapeut*innen die fünfjährige Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen zu ermöglichen. Die LPK ist für die Zulassung von Weiterbildungsstätten sowie für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis zuständig. Weitere Informationen und Antragsformulare unter <https://bit.ly/3jHlxzo>, die Vortragsfolien unter: <https://bit.ly/4797Pu3>.

Sommerfest der Heilberufekammern und KVen

Am 7. Juli 2023 fand erneut das jährliche Sommerfest der Heilberufekammern sowie der KVen im Garten der KV Baden-Württemberg statt. Die Veranstaltung brachte wieder zahlreiche hochkarätige Gäste aus dem Bereich der Gesundheitspolitik und -versorgung zusammen. Dieses wichtige Treffen dient als Forum zur Förderung der Vernetzung innerhalb des Gesundheitswesens im Land.

In seiner Eröffnungsrede betonte LPK-Präsident Dr. Dietrich Munz in Anwesenheit von Sozialminister Manfred Lucha, derzeit auch Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz, die Notwendigkeit, die Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung so zu gestalten, dass sie für den Nachwuchs in den Heilberufen attraktiv seien. Er hob hervor, dass bei den zukünftigen Planungen der Fokus auf die Perspektive der Patient*innen gerichtet sein sollte, wobei die Expertise der Heilberufler*innen uneingeschränkt einbezogen werden müsse. Lange überfällig sei auch eine Überarbeitung der Gebührenordnungen



Ansprache beim Sommerfest mit LPK-Präsident Dr. Dietrich Munz (Mitte) und Sozialminister Manfred Lucha (links daneben)

angesichts der stetig steigenden Praxis-kosten.

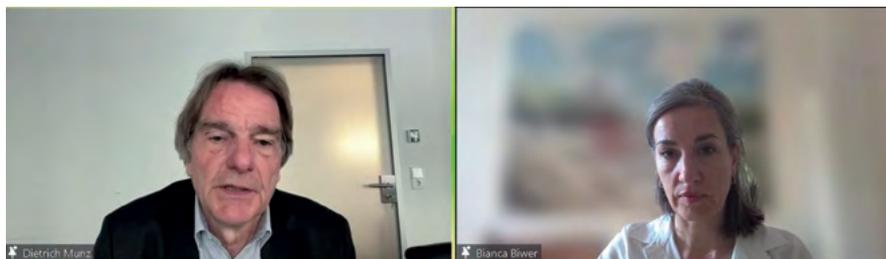
Minister Lucha zog eine insgesamt positive Bilanz der engen und vertrauensvollen Kooperation mit den Heilberufen. Auch er betonte, dass es von großer Bedeutung sei, das Wohl der Patient*innen stets in den Mittelpunkt politischer Aktivitäten zu stellen.

Im Anschluss fanden angeregte Gespräche in einer entspannten und freundlichen Atmosphäre statt. Dabei wurde auch hervorgehoben, dass die Belange der Psychotherapeuten-schaft eine verstärkte Berücksichtigung finden müssen, um eine ganzheitliche und umfassende Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Online-Fortbildung mit Weißem Ring „Wo Betroffene von Straftaten Hilfe finden“

Die gemeinsame Fortbildung des Weißen Rings (WR) mit der LPK Baden-Württemberg zum Thema „Wo Betroffene von Straftaten Hilfe finden – Informationen für Psychotherapeut*innen zum Opferentschädigungsgesetz (OEG) und den Hilfsangeboten des Weißen Rings“ fand am 19. Juni 2023 online statt. Bianca Biber, Bundesgeschäftsführerin des WR, und Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz begrüßten die ca. 150 Teilnehmenden.

Dr. Munz betonte, dass mit dem SGB XIV und dessen Umsetzung ein wichtiger Schritt getan sei, da in Baden-Württemberg, auch auf Initiative der LPK, versucht werde, flächendeckend Traumaambulanzen einzurichten, auch in niedergelassenen Praxen. Wichtig sei, dass sich Kolleg*innen hinsichtlich Versorgung von Menschen nach akuter Traumatisierung



Dr. Dietrich Munz und Bianca Biber, WR-Bundesgeschäftsführerin

sowie über die Möglichkeiten der Opferhilfe fortbilden. Wichtig sei u. a., dass bei Traumen nach einer Straftat psychologische und psychotherapeutische Hilfen für die Betroffenen vorhanden seien, aber nicht alle Traumata zu einer behandlungsbedürftigen Symptomatik/Erkrankung führten. Dies sei bei der Abgrenzung zwischen Beratung und Psychotherapie bzw. bei einer Indikationsstellung immer mitzubedenken.

Bianca Biber verwies auf das Gesetzgebungsverfahren und den hohen Bedarf für Menschen, die traumatisierende Gewalt erfahren haben. Sowohl Bianca Biber als auch Dr. Munz hoben die gemeinsame Veranstaltung als einen wichtigen Beitrag zur besseren Versorgung der durch Gewalt traumatisierten Betroffenen hervor.



Stephanie Tessmer-Petzendorfer, Dr. Judith Arnscheid

Zunächst gab **Eike Eberle**, Justiziar beim WR, einen Überblick zum OEG. Er hob hervor, dass Betroffene von Gewaltstraftaten Rechtsansprüche auf kurzfristige psychotherapeutische Behandlung in OEG-Traumaambulanzen haben. Er stellte die wichtigsten Änderungen des OEG vor und ging auf weitere Leistungsträger für Betroffene von Straftaten ein.

In einem zweiten Block berichteten **Dr. Judith Arnscheid**, PP/KJP sowie Geschäftsführerin der Gutachtenstelle Stuttgart, zusammen mit LPK-Justiziarin **Stephanie Tessmer-Petzendorfer**

über „Psychotherapie und Zeugenaussagen während eines Strafverfahrens“. Wie die Kammer-Justiziarin ausführte, stellten sich Psychotherapeut*innen im Rahmen einer Psychotherapie geschädigter Patient*innen oft die Frage, ob sich die Psychotherapie auf das Aussageverhalten der Opfer im Strafverfahren nachteilig auswirken könne und die Psychotherapie bis zum Ende des Strafverfahrens ausgesetzt werden müsse. Sie führte aus, wie Psychotherapeut*innen zu Zeugen werden können und welche Rechte und Pflichten in diesem Zusammenhang bestehen. Dr. Judith Arnscheid infor-

mierte über die therapeutischen Möglichkeiten der Psychotherapie während eines laufenden Strafverfahrens, ohne dass das Aussageverhalten der Opfer beeinflusst wird. Sie fokussierte u. a. die Rollen von Psychotherapeut*innen als Behandler*innen geschädigter Patient*innen und als Zeug*innen im Strafverfahren, die Pflichten in jeweils diesen Rollen sowie ihre Implikationen für die Psychotherapiepraxis.

Im dritten Vortragsteil ging **Karl-Heinz Langner**, stellv. WR-Landesvorsitzender Niedersachsens, auf dessen Rolle, die Unterstützungsangebote und Infos zu Beratungsschecks ein. Er informierte darüber, dass der WR Opfern von Straftaten vielfältige und bedarfsorientierte immaterielle und materielle Hilfen anbiete, und gab einen Überblick über die bundesweiten Strukturen des Vereins. Ausführlicher Bericht und Vortragsfolien unter: <https://bit.ly/3rPRdHx>.

Erinnerung: Wahl zur 6. Vertreterversammlung (VV) im Herbst 2023

Im Oktober/November finden die Wahlen zur 6. Vertreterversammlung statt. Im Juli wurden die wahlberechtigten Kammermitglieder durch ein Wahlrunds schreiben über die Einzelheiten informiert. Die VV der LPK Baden-Württemberg stellt eine wichtige Interessens-

vertretung für die Profession dar. Die LPK ist u. a. Ansprechpartnerin der Landespolitik in Fragen der Gesundheit und der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch aus diesem Grund ist die Wahl zur VV wichtig. Eine möglichst hohe Wahlbeteiligung

stärkt insgesamt die Interessen der Profession, sowohl in Baden-Württemberg als auch bundesweit. Ausführliche Infos zur Wahl finden Sie unter <https://bit.ly/3YbgvMx>.

Beschlüsse der LPK-Vertreterversammlung (VV) vom 18. März 2023

Die VV der LPK Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 18. März 2023 die folgenden Satzungen beschlossen:

- 11. Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten [WBO-PP/KJP] (in Kraft getreten am 17. Juni 2023)
- Gebührenordnung (in Kraft getreten am 17. Juni 2023)

- 12. Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung [ERKO] (in Kraft getreten am 17. Juni 2023)

- Geschäftsordnung der Versammlung der freiwilligen Mitglieder in Ausbildung (Inkrafttreten am 1. November 2023)

Die vorgenannten Satzungen sind nach Genehmigung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Integration Baden-Württemberg (Genehmigungsvermerk vom 08.05.2023, Az.: 31. 5415.5-001/1 am 13. Juni 2023 vom Präsi-

denten ausgefertigt und am 16. Juni 2023 auf der Kammerhomepage unter <https://bit.ly/3rVlfZb> öffentlich bekannt gemacht worden.

Geschäftsstelle

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

Die neue Weiterbildung und videobasierte Psychotherapie im Fokus: Bericht zur 43. Delegiertenversammlung vom 25. Mai 2023

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop informierte im Bericht des Vorstandes über die aktuellen Initiativen zur Regelung der Finanzierung der Weiterbildung der Psychotherapeut*innen. Diese werden insbesondere in der konzertierten Aktion von Psychologiestudierenden, der BPTk und den Landespsychotherapeutenkammern, den Psychotherapeutenverbänden im GK II, den Ausbildungsinstituten (BAG), Universitäten, KBV-Vertreter*innen und Psychotherapeut*innen in Ausbildung beraten und vorangetrieben. Mit gemeinsamen öffentlichen Positionierungen und einer zwischenzeitlich erfolgreichen Petition an den Bundestag sollen die Verantwortlichen in der Politik vom dringenden Handlungsbedarf überzeugt werden.



Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop informierte im Vorstandsbericht zu den Aktivitäten zur Finanzierung der Weiterbildung, zur aktuellen Versorgungslage in Bayern und zu den Auswirkungen der Klima- und Umweltkrise auf die psychische Gesundheit. (Foto: PTK Bayern)

In seinem Bericht richtete er den Fokus auch auf die psychotherapeutische Versorgung in Bayern. Auf Basis einer aktuellen Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu den Wartezeiten für Psychotherapie in Bayern

stellte er den besonders hohen Bedarf an zusätzlichen Kassensitzen für Psychotherapeut*innen in ländlichen Gebieten, und generell auch zur besseren Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie von älteren Menschen dar. Er forderte einen struktursensiblen, effektiven Ausbau der Behandlungskapazitäten im ambulanten, stationären und institutionellen Bereich und die kurzfristige Vereinfachung des Kostenerstattungsverfahrens.

Zudem stellte Herr Melcop die Aktivitäten der PTK Bayern zum Thema „Klima- und Umweltkrise und psychische Gesundheit“ vor. Die Auswirkungen der Klima- und Umweltkrise können gravierende psychische Belastungen hervorrufen. Herr Melcop mahnte an, dass deutlich mehr Anstrengungen zur Bekämpfung der Ursachen und der Folgeschäden erforderlich sind.

Anschließend stellte Vorstandsmitglied Prof. Dr. Heiner Vogel die Entwicklung eines neuen Versorgungskonzepts für die ambulante Psychotherapie mit ehemaligen Straftäter*innen vor. Das Modellprojekt wird durch das bayerische Justizministerium finanziert und



*Vorstandsmitglied Prof. Dr. Heiner Vogel berichtete über das Versorgungskonzept für die ambulante Psychotherapie mit ehemaligen Straftäter*innen (Foto: PTK Bayern)*

beinhaltet eine spezifische forensische Fortbildung der Psychotherapeut*innen sowie die Finanzierung der ambulanten Psychotherapien. Das erste Curriculum zu diesem Projekt erwies sich als erfolgreich, weshalb nun bereits eine neue Runde geplant wird. Herr Vogel stellte die nächsten Schritte vor.

Weiterbildung der Psychotherapeut*innen Bayerns



*Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker referierte zum aktuellen Stand bei der Umsetzung der Weiterbildung der Psychotherapeut*innen. (Foto: PTK Bayern)*

Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker berichtete anschließend über die Umsetzung der Weiterbildung der Psychotherapeut*innen, die nach dem neuen Psychotherapeutengesetz approbiert wurden. Nach Verabschiedung der neuen Weiterbildungsordnung sei es ein vordringliches Ziel, dass es genügend Weiterbildungsstätten gibt, die bereit und in der Lage sind, die durchaus anspruchsvollen Vorgaben der Weiterbildungsordnung zu erfüllen. Frau Pielsticker ging dabei u. a. auf die Aufgaben der Kammer bei der Information und Beratung interessierter (potenzieller) Weiterbildungsstätten, die Herausforderungen für die Organisation der Verwaltung und die Notwendigkeit ein,

praktikable Antragsunterlagen zu entwickeln und zahlreiche Entscheidungsabläufe zu regeln. Zudem gab sie einen kurzen Überblick über die bisher bei der PTK Bayern eingegangenen und aktuell bearbeiteten Anträge auf Zulassung als Weiterbildungsstätte.

Anschließend stellte Frau Pielsticker einen Antrag des Vorstands zur Änderung der Weiterbildungsordnung vor. Durch diesen soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen in der Weiterbildung ihre Qualifikation durch die Kammer bestätigen lassen können, um sodann in ein entsprechendes Verzeichnis auf der Internetseite der Kammer aufgenommen zu werden. Die Delegiertenversammlung stimmte dem Antrag zu.

Digitalisierung

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel referierte aktuelle Überlegungen zur Regelung von Psychotherapien per Video in der Berufsordnung. Er stellte Vor- und Nachteile psychotherapeutischer Behandlungen per Video dar und wies auf mögliche Implikationen für die Entwicklung der Strukturen der Berufsausübung und der psychotherapeutischen Versorgung hin.



Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel führte in die Thematik „Digitalisierung in der Psychotherapie“ ein. (Foto: PTK Bayern)

Zu den in die Regelversorgung eingeführten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA; sog. Gesundheits-Apps) problematisierte er deren Mängel hinsichtlich des Datenschutzes und der wissenschaftlichen Evidenz. Er verwies kritisch auf die aktuelle Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zur sog. Künstlichen Intelligenz, in welcher

die DiGA als Ansatzpunkt gesehen werden, behandelndes Personal (hier: Psychotherapeut*innen) zukünftig durch Künstliche Intelligenz zu ersetzen. Die Delegierten diskutierten im Anschluss engagiert sowohl die Grenzen der Einsetzbarkeit von digitalen Kommunikationsmedien als auch deren unterstützenden Nutzen in der Therapie.

Finanzen

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel präsentierte den Jahresabschluss 2022 und stellte eine Haushaltsprognose bis 2028 vor. Nach der Stellungnahme von Rudi Bittner als Vorsitzendem des Finanzausschusses wurde der Jahresabschluss 2022 durch die Delegierten angenommen; Vorstand und Geschäftsführung wurden entlastet.

Anschließend stellte Herr Waldvogel einen Änderungsentwurf zur Entschädigungs- und Reisekostenordnung vor. Dabei wurden u. a. eine Anpassung an die Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes vorgenommen (Umsetzung des neuen Kammernamens und Ergänzung der neuen Berufsgruppe) und eine gendergerechte Sprache eingearbeitet. Bei der Auswahl von Verkehrsmitteln haben zukünftig Aspekte von Nachhaltigkeit und Klimaschutz Priorität. Aus Gründen des Klimaschutzes und der Sparsamkeit sollen Gremiensitzungen zudem weiterhin regelmäßig auch mittels elektronischer Kommunikationsmedien stattfinden. Die zuletzt 2019 angepassten Aufwandsentschädigungen wurden unter Berücksichtigung der seitdem eingetretenen Inflation um 15 % erhöht. Die Delegierten stimmten dem Neuerlass der Entschädigungs- und Reisekostenordnung zu.

Geschäftsführer Thomas Schmidt erläuterte Änderungen der Gebührensatzung, die sowohl allgemeine Gebühren als auch den Bereich Fortbildung sowie Weiterbildung betreffen. Nach gründlicher Diskussion der Gebühren und positiver Rückmeldung des Finanzausschusses beschlossen die Delegierten die vorgestellten Änderungen.



Geschäftsführer Thomas Schmidt erläuterte den Antrag des Vorstands zur Änderung der Gebührensatzung. (Foto: PTK Bayern)

Änderung von weiteren Ordnungen

Die Delegierten nahmen außerdem Änderungsanträge zur Fortbildungsordnung und zur Wahlordnung an.

In der Fortbildungsordnung wurde durch das Votum der Delegierten die bisherige Regelung gestrichen, die eine Einreichung von Fortbildungspunkten in Jahreszeiträumen (Jahresnachweise) verbindlich vorgab und eine Gebühr bei späteren Einreichungen vorsah. Damit ist es nun möglich, dass die Mitglieder die Nachweise für das Fortbildungszertifikat erst zum Ende des laufenden Fortbildungszeitraums gesammelt einreichen. Soweit das Fortbildungszertifikat dem Nachweis der Erfüllung der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht dient, bitten wir aber weiterhin darum, die Nachweise spätestens drei Monate vor Ende des Zeitraums einzureichen. Neu in die Fortbildungsordnung aufgenommen wurde eine Regelung, die der Kammer die Möglichkeit gibt, ins Ausland verlegten Fortbildungsveranstaltungen keine Fortbildungspunkte zuzuerkennen, wenn der Veranstaltungsort üblicherweise eine An- und Abreise der Kammermitglieder mit dem Flugzeug erforderlich macht.

In der Wahlordnung sind auf Basis von erfolgten Änderungen des Heilberufe-Kammergesetzes Anpassungen vorgenommen worden. So wurde nun in der Wahlordnung die Ergänzung um die neue Berufsgruppe „Psychotherapeut*innen“ berücksichtigt und dabei das Wahlsystem gemäß den neuen gesetzlichen Vorgaben reformiert (Aufgabe der getrennten Wahl nach Berufsgruppen).

Weitere Berichte

Zuletzt erfolgten die mündlichen Berichte. Die im vergangenen Jahr neu

gewählten Ausschüsse und Kommissionen informierten über ihre konstituierenden Sitzungen sowie die Festlegung

der Aufgaben und Ziele, welche die Ausschüsse und Kommissionen bearbeiten möchten.

Fortbildungs- und Informationsveranstaltung der PTK Bayern zur Sozialmedizin stieß auf großes Interesse

Am 28. Juni 2023 veranstaltete die PTK Bayern eine Fortbildungs- und Informationsveranstaltung zur Sozialmedizin im Online-Format. Über 300 Mitglieder der PTK Bayern und anderer Landespsychotherapeutenkammern informierten sich über die Tätigkeitsfelder für Psychotherapeut*innen in der Sozialmedizin und tauschten sich über die neue Weiterbildung Sozialmedizin für PP und KJP aus.

Psychotherapeut*innen haben im Rahmen ihrer therapeutischen Tätigkeit häufig mit sozialmedizinischen Themen zu tun, auch wenn sie sich dessen nicht immer bewusst sind, etwa wenn es um die Auswirkungen der behandelten psychischen Störungen auf Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit geht. Schon heute sind Psychotherapeut*innen aber auch in Reha-Kliniken oder in der Rolle als Gutachter*innen intensiver und ausdrücklich mit sozialmedizinischen Fragestellungen befasst.

Die Vielfalt der Fragestellungen in der Sozialmedizin und die relevanten Institutionen sowie die entsprechenden rechtlichen Grundlagen wurden in der Veranstaltung durch die einzelnen Referent*innen deutlich herausgearbeitet, welche jeweils für einen bestimmten Bereich sprachen und einen Überblick vermittelten. Dr. Ulrike Worrigen (Leitende Psychologin bei



Informierten über die Tätigkeitsfelder für Psychotherapeut*innen in der Sozialmedizin und über die neue Weiterbildung Sozialmedizin für PP und KJP: (v. l. n. r.) 1. Reihe: Dr. Anke Pielsticker, Dr. Klaus Freidel, 2. Reihe: Dr. med. Wilfried Schupp, Ruth Rodich, Dr. Ulrike Worrigen. (Foto: PTK Bayern)

der Deutschen Rentenversicherung Bund – DRV Bund) sprach über die medizinische Reha, wie sie unter der Trägerschaft der DRV erfolgt, und wie sich Psychotherapeut*innen bei sozialmedizinischen Fragestellungen schon heute aktiv mit ihrer Expertise einbringen. Auch beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MD, ehemals MDK abgekürzt) fallen zahlreiche sozialmedizinische Begutachtungsfragen an. Über die dortigen Aufgabengebiete und Fragestellungen referierten Ruth Rodich und Dr. Klaus Freidel vom Medizinischen Dienst Hessen bzw. Rheinland-Pfalz. Schließlich berichtete Dr. Wilfried Schupp über Begutachtungen für die gesetzliche Unfallversicherung und für private Versicherungen. Insgesamt wurde die Vielzahl von spannenden Tä-

tigkeitsfeldern herausgestellt, zugleich aber auch die Notwendigkeit betont, über nicht zuletzt rechtliche Spezialkenntnisse zu verfügen.

Ergänzt wurde dieser Überblick über die Sozialmedizin durch den Vortrag von Dr. Anke Pielsticker aus dem Vorstand der PTK Bayern. Sie legte die Möglichkeiten dar, wie die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ durch die PTK Bayern anerkannt werden kann und welche spezifischen theoretischen und praktischen Kenntnisse in der Sozialmedizin hierfür erforderlich sind. Viele Teilnehmende zeigten großes Interesse, die entsprechende Qualifikation zu erwerben und somit die Professionalisierung und Etablierung der Weiterbildung Sozialmedizin gemeinsam voranzubringen.

300 Kammermitglieder beteiligten sich am diesjährigen Mitglieder-Forum

Am 13. Juli 2023 lud der Vorstand wieder zu einem Mitglieder-Forum ein. Das Mitglieder-Forum stellt eine Plattform dar, bei der der Vorstand über aktuelle berufspolitische Themen informiert und Raum für Fragen, Diskussion und Austausch mit und unter den Mitgliedern besteht. Knapp 300 Kammermit-

glieder schalteten sich digital zu dem Austauschforum zu. Zunächst informierte Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop über aktuelle Entwicklungen in der Berufspolitik und die Kammer. So erläuterte er z. B., wie es zu dem neuen Kammernamen kam. Überdies gab er Einblick in weitere ausgewählte

Kammeraktivitäten in den Bereichen Studium und Weiterbildung, psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, fachspezifische Aktivitäten für Klima- und Umweltschutz, Psychotherapie mit (ehemaligen) Straftäter*innen und Kooperation mit der Selbsthilfe.

Anschließend legte Herr Melcop dar, warum Reformen der psychotherapeutischen Versorgung wichtig sind, und warf dabei auch einen Blick auf die Versorgungslage in Bayern. In diesem Zusammenhang informierte er über den aktuellen Stand der geplanten Versorgungsgesetze und die erwarteten Auswirkungen auf die Psychotherapie. In dem der aktuellen Bundesregierung zugrunde liegenden Koalitionsvertrag sei vereinbart, dass die psychotherapeutische Versorgung reformiert werden soll. Ziel ist insbesondere eine Reform der Bedarfsplanung, um lange Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG)

plant aktuell zwei Versorgungsgesetze, die voraussichtlich auch einige weitreichende Änderungen für den Bereich der Psychotherapie mit sich bringen und die gesetzten Ziele des Koalitionsvertrags widerspiegeln. Herr Melcop stellte im Anschluss in seinem Vortrag die Forderungen zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung vor, die von der Psychotherapeuten-schaft an die Politik gestellt werden.

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel diskutierte mit den Kammermitgliedern, welche Rolle Psychotherapie per Video in zukünftigen Versorgungsmodellen einnehmen werde. Dabei gab er einen Abriss darüber, welche Chancen sich für die Profession sowie für die Patient*innen eröffnen können, welche Einsatzmöglichkeiten und -felder sich

anbieten und welche Grenzen sich bei der Durchführung von Psychotherapie mittels digitaler Kommunikationsmedien ergeben könnten.

Abschließend informierte Herr Waldvogel über Neuigkeiten zur Einreichung von Fortbildungspunkten für Mitglieder der PTK Bayern, die sich aus der Änderung der Fortbildungsordnung auf der vorangegangenen Delegiertenversammlung ergaben.

Die Kammermitglieder nutzten das Forum zum Austausch und zur Diskussion wie auch dazu, konkrete Fragen an den Vorstand zu adressieren und untereinander im Chat nützliche Informationen zu teilen.

Kurznachrichten

Kurz und knapp – Aktivitäten der Kammer

Hier finden Sie einige der Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervorteilnehmer*innen teilgenommen haben:

+++ Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel nahm Mitte Juni an der **Sitzung des Landesgesundheitsrates** teil, bei der es verschiedene Vorträge zum Thema „Digitale Transformation im Gesundheitswesen“ gab. +++

+++ Vorstandsmitglied Birgit Gorgas beteiligte sich am **Hitzeaktionstag** am 14. Juni 2023, den die Bayerische Landesärztekammer gemeinsam mit Kooperationspartner*innen (u. a. der PTK Bayern) organisiert hatte. Die Veranstaltung gestaltete sich als ein Zusammentreffen vieler Akteur*innen, die auch in der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit im Klimawandel (LAGIK) vertreten sind und nun das Bündnis Hitzeschutz Bayern bilden. Nach Kurzvorträgen fand ein Austausch darüber statt, was die Kooperationspartner*innen jeweils konkret zur Bewältigung von Hitzebelastungen tun bzw. mittel- und langfristig planen. Die PTK

Bayern hat Anfang Juli ihren Mitgliedern einen Musterhitzeschutzplan für Psychotherapeut*innen zur Verfügung gestellt. Der Musterhitzeschutzplan dient als Blaupause für individuelle Hitzeschutzpläne einzelner Praxen, die beispielsweise gemäß regional spezifisch auftretender Hitzegefahren angepasst werden können. +++

+++ Vertreter*innen der PTK Bayern, der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, des bayerischen Gesundheitsministeriums, des Kultusministeriums und des Ministeriums für Familie, Arbeit und Soziales, aus dem Bildungsbereich und der Selbsthilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe haben sich zu einem Expertengremium zusammengeschlossen, um sich über die **psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** in Bayern auszutauschen. Am 17. Mai 2023 nahm Vizepräsidentin Nicole Nagel am **Treffen der Expertenrunde** teil, bei dem v. a. die verschiedenen Staatsministerien über Maßnahmen im Kontext der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen berichteten. +++

+++ Am 23. Mai 2023 fand ein **Online-Vernetzungs- und -Austauschtreffen der bei den Gesundheitsregionen^{Plus} mitwirkenden Psychotherapeut*innen** statt. U. a. gab es inhaltlichen Input zur Selbsthilfe und deren Zusammenarbeit mit Psychotherapeut*innen vor Ort sowie einen Erfahrungsaustausch zu kommunalen Versorgungsstrukturen und zur Vernetzung der für psychische Gesundheit relevanten Akteur*innen. +++

+++ Ende Mai nahm Vorstandsmitglied Monika Sommer am **Runden Tisch zum Thema Autismus des Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales** teil. Der Runde Tisch soll zwei Mal im Jahr stattfinden, um die Umsetzung der Autismusstrategie kritisch zu begleiten. Es wurden die Eckpunkte der Autismusstrategie Bayern aus Sicht der beteiligten Ministerien skizziert und Umsetzungsideen für die Zukunft entwickelt, nach fünf Jahren sollen die Ergebnisse evaluiert werden. +++

+++ Am 25. Juli 2023 nahmen Herr Melcop, Herr Waldvogel, Frau Nagel und Herr Schmidt (Geschäftsführer)

am **Treffen der bayerischen Heilberufekammern** teil. Dabei wurde u. a. über Kritikpunkte an bundespolitischen Planungen, Einschätzungen zu elektronischen Kammerwahlen, Risiken und Chancen der elektronischen Patientenakte und Probleme mit den aktuell sehr langen Bearbeitungszeiten bei Approbationsanträgen gesprochen. Es wird eine Vertiefung der Zusammenarbeit der Kammern, u. a. auch im Verband freier Berufe in Bayern, angestrebt. +++

+++ Am 27. Juli 2023 nahmen Herr Melcop und Frau Gorgas an der **Feier**

des 25-jährigen Jubiläums der Bayerischen Akademie für Suchtfragen teil. +++

+++ Am 28. Juni 2025 findet zum zehnten Mal der **Bayerische Landespsychotherapeut*innentag (LPT)** in München statt. Die Kammermitglieder konnten aus einer Auswahl von vier Themen abstimmen, welches sie am meisten interessiert. Fast 900 Kammermitglieder beteiligten sich an der Abstimmung und kamen zu einem knappen, aber eindeutigen Ergebnis: **Der Landespsychotherapeutentag 2025**

steht unter dem Arbeitstitel „Aggression – die Dosis macht’s? Von der Konstruktion zur Destruktion“. Das knapp auf den zweiten Platz gewählte Thema „Angst und Angststörungen in Zeiten globaler Bedrohungen“ soll beim elften LPT am 10. Oktober 2026 in Fürth behandelt werden. Merken Sie sich am besten bereits jetzt die beiden Termine vor! +++

Hinweis auf amtliche Verlautbarungen der Kammer

Amtliche Verlautbarungen der PTK Bayern werden seit dem Jahr 2020 ausschließlich auf der Internetseite der Kammer veröffentlicht (§ 1 Satz 4 der Satzung; Art. 17 Abs. 3 BayDiG). In der jeweiligen Verlautbarung ist auch der Zeitpunkt des Inkrafttretens der verlautbarten Regelung festgelegt. Die amtlichen Verlautbarungen der Jahre bis einschließlich 2019 wurden im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht. Als zusätzlichen Service machen wir hier auf die zuletzt auf der Kammerhomepage veröffentlichten amtlichen Verlautbarungen aufmerksam.

Am 13. Juni 2023 wurden folgende Verlautbarungen veröffentlicht:

- Änderung der Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Bayerns
- Neuerlass der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer Bayern
- Änderung der Gebührensatzung der Psychotherapeutenkammer Bayern
- Änderung der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Bayern
- Änderung der Wahlordnung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die vollständigen Verlautbarungen finden Sie unter www.ptk-bayern.de → Die Kammer → Amtliche Verlautbarungen.



Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern

Geschäftsstelle

Birketweg 30, 80639 München
Post: Postfach 151506
80049 München
Tel.: 089/515555-0; Fax: -25
Mo.–Fr.: 9.00–13.00 Uhr
Di.–Do.: 14.00–15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Bericht über die 6. Fachtagung: Schnittstellen zwischen Prävention, Rehabilitation und Psychotherapie – Depressionen in der Arbeitswelt

Die 6. Fachtagung „Schnittstellen zwischen Prävention, Rehabilitation und Psychotherapie“ fand in Dresden am 27./28. April 2023 statt. Sie wurde von der Deutschen Unfallversicherung, der Berufsgenossenschaft und der Bundespsychotherapeutenkammer organisiert und hatte in diesem Jahr das Thema „Depressionen in der Arbeitswelt“.

Die Kommission Betriebliche Prävention der Berliner Psychotherapeutenkammer war mit drei Mitgliedern dort vertreten und hat Eindrücke von diesem spannenden Arbeitsfeld gesammelt.

Das Anliegen der Tagung war der fachliche Austausch zwischen Akteur*innen aus den Bereichen Prävention, Behandlung und Rehabilitation, die sich mit ihrer medizinischen, psychotherapeutischen und betrieblichen Kompetenz die Fragen stellten:

- Wie kann mit den steigenden Arbeitsunfähigkeiten durch Depressionen in der Arbeitswelt umgegangen werden?
- Durch welche präventiven Maßnahmen im Betrieb und psychotherapeutischen Behandlungen kann erreicht werden, dass Arbeitnehmer*innen berufsfähig bleiben?

Als Grundlage dafür wurden in Vorträgen und Workshops aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und bewährte Praxisbeispiele vorgestellt – etwa Psychosoziale Risikofaktoren für depressive Symptomatik in der Arbeitswelt, Gefährdungsbeurteilung und präventive Gestaltungsmöglichkeiten im Unterneh-

men, arbeitsplatzbezogene Interpersonelle Psychotherapie (IPT) depressiver Erkrankungen und Modelle betrieblicher Wiedereingliederung von Beschäftigten mit Depression.

In den Workshops wurden Praxismodelle vorgestellt aus unterschiedlichen Perspektiven:

- Psychische Krisen – Vorstellung und Diskussion betrieblicher Angebote aus Sicht des **Arbeitsschutzes**,
- Gesundheitsförderung durch **Ressourcenaktivierung** – Anwendung im betrieblichen Kontext und in der Psychotherapie,
- Interventionen zur Vermittlung von Wissen und **Reduzierung von Suizidstigmata**,
- **Sensibilisierungsstrategien** für psychische Störungen am Arbeitsplatz,
- **Wiedereingliederung** bei depressiven Erkrankungen,
- **arbeitsplatzbezogene Interpersonelle Psychotherapie**,
- Beratung auf Augenhöhe, **Peers at work**, kollegiale Depressionsbegleiter bei der Deutschen Bahn.

Spannend an der Tagung war das Anliegen, die Vielfalt der Ansätze und die Unterschiedlichkeit der Perspektiven (primäre Prävention im Arbeitsschutz, Behandlungsmethoden und betriebliche Eingliederungsmaßnahmen, ggf. Rehabilitation) in einen gemeinsamen Austausch zu bringen.

Einigkeit herrschte darüber, dass es notwendig ist, über psychische Erkrankungen wie Depressionen im Betrieb aufzuklären, das Thema zu entstigmatisieren, um ein Betriebsklima zu schaffen, in dem Betroffene über Stress und psychische Belastungen sprechen und sich ggf. professionelle Hilfe holen können.

Im Wesentlichen fehlen psychotherapeutische Kompetenz und ausreichend Psychotherapeut*innen, die im Feld der Betrieblichen Prävention ihre Expertise einbringen möchten, um Führungskräfte für psychisches Leiden zu sensibilisieren, zu schulen und zu beraten.

Für die weitere Kommissionarbeit in Berlin leiten sich daraus folgende Fragestellungen ab:

- Wie kann die vielbeschworene Entstigmatisierung für Betroffene mit psychischen Problemen bestmöglich innerhalb und außerhalb des Betriebs umgesetzt werden?
- Wie kann der Link zwischen primärer Prävention und tertiärer Prävention (Wiedereingliederung) durch eine regelmäßige Beteiligung der sekundären Prävention (Psychotherapie) ergänzt werden?
- Wie können die interdisziplinäre Vernetzung und Zusammenarbeit im Rahmen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention besser gelingen und welche Voraussetzungen sind hierfür zu erfüllen?

Ute Meybohm

Gründung der Klima-AG

Am 17. Juli 2023 kam es zum konstituierenden Treffen der Klima-AG der Berliner Psychotherapeutenkammer. Mit Eva Schweitzer-Köhn und den zwei Berliner Kammermitgliedern Katharina Simons und Dr. Kristina Eichel, die beide auch bei Psychoterapists4Future aktiv sind, sowie der Pressesprecherin der Kammer, Franziska Sommerfeld, wurden die ersten Schritte geplant. Einerseits sollen die Mitglieder der Berliner Psychotherapeutenkammer über das Zusammenwirken von Klimakrise und psychischer Gesundheit informiert werden, andererseits soll auch politischen Entscheidungsträgern der Einfluss der Klimakrise auf psychische Gesundheit sowie die besondere Vulnerabilität psychisch kranker Berliner*innen im Hinblick auf die Klimakrise deutlich gemacht werden.

Die AG hat sich nach dem letzten Treffen der Klima- und Umweltschutz-AG der BPtK mit den Landeskammern gegründet, um die Arbeit der BPtK zu ergänzen und Berlin-spezifisch zu erweitern. Konkrete Pläne sind Vorträge



Foto: Unsplash, Markus Spiske

in den nächsten Monaten im Zuge der Reihe „Psychotherapie und Gesellschaft“, ein Workshop während des Landespsychotherapeut*innentages im September 2024 sowie ein Newsletter an die Kammermitglieder über die Auswirkung von Hitze auf die psychische

Gesundheit in diesem Sommer. Psychotherapeutische Prävention sowie ein sich Verorten in dem Berliner Gesundheitssystem mit anderen Akteur*innen, die bereits auf die Klimakrise reagieren, sind im Fokus der Ziele der Klima-AG.

Kristina Eichel

85. Delegiertenversammlung der PtK Berlin beschließt Resolution zum Hitzeschutz in der psychotherapeutischen Versorgung Berlins

Die 85. Delegiertenversammlung am 13. Juni 2023 verabschiedete am Vortag des bundesweiten Hitzeaktionstages gemeinsam eine Resolution zum Hitzeschutz in der psychotherapeutischen Versorgung Berlins. Weitere Schwerpunkte der Tagesordnung waren die Abstimmungen zu Änderungen in der Entschädigungsordnung und der Berufsordnung sowie Lageberichte und Diskussionen zur Finanzierung der neuen Weiterbildung und Steuerung der Versorgung.

Update zur gesundheitspolitischen Lage

Präsidentin Eva Schweitzer-Köhn informierte die Delegierten über die derzeitigen



Präsidentin Eva Schweitzer-Köhn

Entwicklungen der gesundheitspolitischen Lage: Die auf der letzten Delegiertenversammlung vorgestellten Versorgungsgesetze I und II, ursprünglich sollten sie noch vor dem Sommer verabschiedet werden, sind verschoben worden und hängen aktuell in der Gremienschleife fest. Gesundheitsminister Karl Lauterbach äußerte sich angesichts der Zunahme psychischer Erkrankungen mehrfach darüber, dass die psychotherapeutische Versorgung verbessert und Wartezeiten dringend verkürzt werden müssen. Defizite sieht er insbesondere in der Steuerung der Versorgung sowie im Bereich Prävention, vor allem für Kinder- und Jugendliche. Die Versorgungsgesetze sollen einerseits die Versorgung auf kommunaler Ebene stärken sowie andererseits

Maßnahmen zur Verkürzung der Wartezeiten aufzeigen. Vizepräsidentin Dr. Lea Gutz stellte dazu eine Übersicht vor, welche externen Ideen es bereits zur Steuerung der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen gibt und welche Schwierigkeiten bei der Umsetzung entstehen könnten. Dabei machte sie deutlich, dass es sich in der psychotherapeutischen Versorgung



Vizepräsidentin Dr. Lea Gutz

nicht um ein Steuerungsproblem, sondern um ein Kapazitätsproblem handelt. Daher sei es umso wichtiger, selbst Ideen und Vorschläge einzubringen, wie die psychotherapeutische Versorgung in der Zukunft gestaltet werden müsse.

Stand zur Finanzierung der neuen Weiterbildung

Des Weiteren informierte Eva Schweitzer-Köhn über den aktuellen Stand zur Finanzierung der neuen Weiterbildung. Nach erfolgreicher Einbringung der Petition wurde im weiteren Verlauf der Anhörungstermin im Petitionsausschuss von der Taskforce und dem internen Netzwerk der Öffentlichkeitsarbeit der

Kammern vorbereitet. Dieser fand dann später am 3. Juli 2023 statt.

Im Koalitionsvertrag des neuen Berliner Senats ist eine entsprechende Formulierung bereits enthalten: „Das Berliner Landeskrankenhausgesetz soll die ausreichende Finanzierung der Weiterbildung und ausreichende Praxisstellen für angehende Psychotherapeutinnen und -therapeuten gewährleisten und ist gegebenenfalls anzupassen“. Aktuell wurde ein gemeinsamer Brief mit der Berliner Krankenhausgesellschaft an die Berliner Gesundheitssenatorin Dr. Ina Czyborra verfasst, in dem diese aufgefordert wird, die Voraussetzungen für eine angemessene Finanzierung der stationären Weiterbildung zu schaffen bzw. auf Bundesebene zu unterstützen.

Mit der Gesundheitssenatorin Dr. Czyborra und weiteren neuen gesundheitspolitischen Ansprechpartner*innen in Berlin wurde inzwischen mehrfach Kontakt aufgenommen. Frau Senatorin Dr. Czyborra und Herr Schreiner (BKG) wurden auch für den von der Kammer im September geplanten Empfang mit Podiumsdiskussion zum Start der neuen Weiterbildung angefragt. Sie werden erfreulicherweise daran teilnehmen. Die Psychotherapeutenkammer Berlin führte außerdem am 4. Juli 2023 eine Informationsveranstaltung zum „Antragsverfahren für Weiterbildungsbezugte und Weiterbildungsstätten (WBO P)“ durch, die allen Beteiligten die Möglichkeit für Fragen und Antworten bot.

Ausschuss- und Kommissionsarbeit

Vertreter*innen des Vorstandes sind derzeit in mehreren wichtigen politischen Gremien sehr aktiv, aber auch innerhalb der Kammer ist das Engagement gewohnt hoch. Die Vorstands-

mitglieder wollen den Delegierten ihre Arbeit abwechselnd näher vorstellen. Eva Frank machte den Auftakt und berichtete über die Aktivitäten der Ende 2022 neu gegründeten Kommission „Psychotherapie in der Prävention für Kinder und Jugendliche“ über erfolgreiche Netzwerktreffen und einen Projektbesuch in Südafrika, wo Präventionsprojekte für mentale Gesundheit bereits zur Regelversorgung an den Schulen gehören.

Änderungen von Ordnungen

Auch in den Ausschüssen und Gremien wird viel getan. Neben den schriftlichen Berichten, die allen Delegierten vorlagen, stellte Herr Cengiz, Sprecher des Berufsordnungsausschusses, die ersten geplanten Änderungen, die gemeinsam mit der Justiziarin erarbeitet worden waren, vor. Diese wurden notwendig, um Anpassungen an andere Gesetze bzw. eine Übernahme von Änderungen in der Musterberufsordnung vorzunehmen. Die Delegierten stimmten den geplanten Änderungen in der Berufsordnung zu. Anschließend wurden die vorgesehenen Anpassungen in der Entschädigungsordnung ausführlich diskutiert und in der vorgelegten Form mit großer Mehrheit durch die Delegiertenversammlung beschlossen.

Resolution zum Hitzeschutz

Anlässlich des bundeweiten Hitzeaktionstages am 14. Juni 2023 wurde auf der 85. Delegiertenversammlung die Resolution „Hitzeschutz in der psychotherapeutischen Versorgung Berlins“ verabschiedet. Die vollständige Resolution, welche durch die neue Klima-AG der PtK Berlin initiiert wurde, ist auf der Webseite www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/thema/klima zu finden.

Franziska Sommerfeld

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: integrativer denken?

Die starke Überlastung der psychosozialen Unterstützungssysteme ist bekannt und für alle unterstützungsbedürftigen Personen sehr belastend. Es scheint jedoch nicht nur der Mangel an verfügbaren Angeboten an sich zu sein, der die Inanspruchnahme beeinflusst, sondern auch die Art und Weise des Zugangs. Gerade im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die sich in den seltensten Fällen eigenständig Unterstützung organisieren können und oftmals auch aus einem deutlich belasteten Umfeld kommen, ist eine Erleichterung der Anbindung zentral.

Einen Ansatz für niedrigschwellige und lebensweltangepasste Angebote bietet das „Gesundheitskollektiv Rollbergkiez“, das seit 2016 besteht. Neben einigen weiteren „integrativen Gesundheitsangeboten“ berlin- und deutschlandweit setzt das Konzept auf Multiprofessionalität und Lebensweltnähe. Die Mitgründerin Dr. Patricia Hänel stellte das Konzept bereits in einem vergangenen Treffen der neu gegründeten Kommission „KJP Prävention“ der PtK Berlin vor.

Im Gesundheitskollektiv wird ärztliche Versorgung mit Beratung und Präventionsarbeit kombiniert – jede „Versorgungsstufe“ ist hier also richtig. Auch ein Angebot für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist dort angesiedelt. Die Schaffung dieser neuen Strukturen bietet laut Kim Quistorff, im Zentrum tätige tiefenpsychologisch orientierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Eltern-, Säuglings- und Kleinkind-Therapeutin, verschiedenste Vorteile:

*„Sehr hilfreich ist, dass viele Patient*innen direkt über die Kinderarztpraxis vermittelt werden können. Oftmals werden erst dort Verhaltensauffälligkeiten bemerkt oder im Kontakt fällt auf, dass z. B. ein Elternteil depressiv*

*belastet wirkt. Dann kann auf dem kurzen Wege ein Kontakt zu weiteren Behandler*innen hergestellt werden. Auch können wir uns durch die örtliche Nähe auch mal „nur 5 Minuten vorstellen“ und so auch Berührungspunkte zu Psychotherapie abbauen.“*

Auch der Austausch im Team, der einen anderen Blick auf die oftmals komplex verbundenen Probleme der Patient*innen ermöglicht, stellt einen großen Mehrwert dar.

*„Wir haben regelmäßig Fallbesprechungen und begleiten die Familien im multiprofessionellen Team gemeinsam. Dafür holen wir vorher Schweigepflichtentbindungen ein und können uns so schneller austauschen, was auch größere Sicherheit gibt, wenn man als Psychotherapeut*in vorliegende somatische Probleme ärztlich betreut weiß und die verschiedenen Aspekte des Problems zusammenbringen kann. Auch den Eltern gibt die multiprofessionelle Arbeit im Team mehr Sicherheit, teilweise bieten wir auch dialogische Termine an, um gemeinsam mit den Eltern die Sichtweise auf das Kind zu erläutern.“*

Auch für die einzelnen Fachkräfte wird die Arbeit im Team als Bereicherung empfunden – wo der eigene „Kompetenzbereich“ endet, kann sich der nächste erforderliche anschließen. Zusätzlich sind Sprachmittler*innen und das Projekt der „Stadtteilmütter“ mit integriert und es wird direkt „in den Kiez gegangen“.

Die Absprachen im Team erfolgen möglichst gemeinschaftlich, die Bezahlung ist an Tariflöhne geknüpft und der Nettolohn ist in den Arztpraxen über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg vergleichbar – egal, ob pflegerische oder ärztliche Fachkraft. Bei der Abrechnung sei man jedoch weiterhin an den Leistungskatalog der GKV gebunden,

die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird über KJHG abgerechnet – die Mehrwert bringende multiprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen von Besprechungen wird daher nicht regulär abgedeckt und muss bisher durch Drittmittel ergänzt werden. Auch der Berliner Senat unterstützt, wobei die Förderung jeweils zeitlich befristet und daher nicht gesichert ist. Daher fordert auch Dr. Hänel die Anpassung der Rechtslage, sodass in derartigen Gesundheitszentren die Trennung zwischen den verschiedenen Bereichen Prävention, Beratung, ärztliche Versorgung und Pflege aufgehoben wird.

„Es gelingt uns, mit unserem Konzept auch Zielgruppen zu erreichen, die es sonst wohl nicht in eine Psychotherapie geschafft hätten. Aber auch Eltern, die bereits viel selbst organisiert bekommen, finden den Weg zu uns. Dennoch könnten wir es in der Zukunft noch besser schaffen, bestimmte Zielgruppen zu erreichen, die sonst eher durch das Versorgungsnetz fallen würden. Zudem können wir bereits frühzeitig Unterstützung anbieten und daher oft bereits präventiv arbeiten.“

Auf diesem Wege bedankt sich die Kommission „KJP Prävention“ für die bereits erfolgte Zusammenarbeit der engagierten Akteur*innen und für deren vielseitigen, multiprofessionellen Input.

Mariana Rudolf

Geschäftsstelle

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

Psychotherapie in Institutionen

Am 21. Juni 2023 fand in der Kammergeschäftsstelle ein Treffen angestellter PP, KJP und PiA statt. Das Interesse war groß. Dr. Clemens Veltrup, Präsident der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, war eingeladen, um sein Wissen und seine Erfahrung aus der Kammerarbeit bei Angestellten Themen zu teilen.

Arbeitssituation in Institutionen

Ein Thema war die Arbeitssituation von PP, KJP und PiA in Kliniken und Institutionen. Der korrekte Einsatz der Berufsbezeichnung der „Psychologischen Psychotherapeut*innen“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen“ ist in vielen Institutionen noch nicht selbstverständlich. In den Leitungsstrukturen werden PP und KJP sehr unterschiedlich berücksichtigt.



Austausch in der Geschäftsstelle

PTI-Ausschuss

Herr Veltrup berichtete außerdem davon, wie ein aktiver Ausschuss für Psychotherapie in Institutionen die Arbeit einer Psychotherapeutenkammer befruchten und wie dieser einen Kammervorstand unterstützen kann.

Folgeveranstaltung

Aufgrund des großen Interesses wird eine weitere Veranstaltung zum Austausch der Psychotherapeut*innen in Institutionen (z. B. Kliniken, Ambulanzen, Beratungsstellen) stattfinden.

Erstes Arbeitstreffen „Klimaschutz“



Erstes Arbeitstreffen „Klimaschutz“ in der Geschäftsstelle

Auf der 47. Kammerversammlung am 16. Mai 2023 wurde einstimmig ein Mitgliederantrag angenommen, mit dem die Kammerversammlung den Vorstand beauftragt hat, die Mitglieder unter Beteiligung des Vorstands zu einem Arbeitstreffen zum Thema Klimakrise einzuladen. Die nächste Kammerversammlung wird über eine neue Klima-AG abstimmen.

Am 21. Juni 2023 fand das erste Arbeitstreffen in der Geschäftsstelle statt. Interessierte Kammermitglieder diskutierten mit den Vorstandsmitgliedern Dr. Rosa Steimke und Dr. Christoph Sülz die Möglichkeiten, den Klimaschutz

noch stärker in die Kammerarbeit einzubringen – u. a. könnten Fortbildungen zum psychotherapeutischen Umgang mit der Klimakrise und zu nachhaltiger Praxisführung geplant werden.

Nächstes Treffen geplant

Es wurde vereinbart, in diesem Rahmen ein weiteres Treffen abzuhalten. Thematisch soll es an diesem Termin vorrangig um das Thema „nachhaltige Praxisführung“ gehen.

Veranstaltung zu Post-COVID und Psychotherapie

In Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Berlin fand am 24. Mai 2023 eine Online-Veranstaltung mit fast 700 interessierten Kolleg*innen aus Berlin und Bremen statt. Henrike Kordy und Amelie Thobaben gewährten Einblick in ihre Arbeit mit Post-COVID-Patient*innen in der BG-Ambulanz Bremen und der ambulanten Praxis. Die Moderation übernahm Dr. Christina Jochim, Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin.

Die Veranstaltung befasste sich mit dem aktuellen Stand der Forschung und Erfolg versprechenden Behandlungsansätzen zum Post-COVID-Syndrom. Des Weiteren wurden die spezifischen Herausforderungen bei der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlungsplanung näher dargestellt.

Als Besonderheit für die Psychotherapie wurde postuliert, dass wir in vielen Fällen auf bekannte Behandlungsstra-



Depression und ME/CFS Unterschiede und Gemeinsamkeiten



Symptom	Depression	ME/CFS
gesteigerte Ermüdbarkeit	Ja	Ja
Schlafstörung	Ja	Ja
Vermindertes Konzentrationsvermögen	Ja	Ja
Gefühl von Wertlosigkeit	Ja	Nein
Interessen- und oder Freundverlust an Aktivitäten die normalerweise angehen waren	Ja	Nein
Verminderter Antrieb	Ja	Nein
Anhaltend gedrückte Stimmung (unbeeinflusst von den Umständen)	Ja	Nein
Hypersensitivität gegenüber Geräuschen, Licht...	Nein	Häufig

Henrike Kordy und Amelie Thobaben

32

tegien bei chronischen körperlichen Erkrankungen zurückgreifen können. Anders sei es aber beim Vorliegen von PEM (Post-Exertional Malaise). In diesem Falle sei Pacing zu berücksichtigen und als Strategie zu vermitteln. Die Krankheit schränke Betroffene extrem in ihren Möglichkeiten, aktiv zu sein,

ein und habe massive Auswirkungen auf die Lebensführung. Psychotherapie könne dazu dienen, einen Umgang mit einer schweren chronischen Erkrankung zu finden. In diesen Fällen sei Psychotherapie nicht kurativ.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Julia Spieker und Amelie Thobaben.

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/277200-0
Fax: 0421/277200-2
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

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

Liebe Kolleg*innen, liebe Kammermitglieder,



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

am 13. Juli 2023 durften wir die Wahl der Delegiertenversammlung für die 6. Wahlperiode von 2024 bis 2028 bekanntmachen. Dies erfolgte erstmals in der Geschichte der PTK Hamburg online auf unserer Internetseite. Die Wahl selbst ist eine Briefwahl, die Unterlagen werden den Kammermitgliedern am 22. September 2023 zugesandt. Alle relevanten Informationen zur Wahl sind auf der Homepage der PTK Hamburg unter „Aktuelles“ – „Kammerwahl 2023“ jederzeit abrufbar. Gerne halten wir Sie auch weiterhin über unseren Newsletter zur Wahl auf dem Laufenden. Wenn Sie darüber hinaus Fragen haben, können Sie sich per E-Mail an das Kammerwahlteam wenden: kammerwahl@ptk-hamburg.de. Die Bekanntmachung des Wahlergebnisses erfolgt spätestens am 27. Oktober 2023, ebenfalls online über unsere Internetseite.

Wir möchten an dieser Stelle alle Mitglieder herzlich aufrufen, bis zum 13. Oktober 2023 ihr Wahlrecht wahrzunehmen. Mit Ihren insgesamt drei Stimmen entscheiden Sie mit, wer Mitglied der Delegiertenversammlung wird. Nur eine hohe Wahlbeteiligung garantiert Ihnen eine angemessene Vertretung Ihrer Interessen.

Für uns war und ist es viel Arbeit, aber auch eine Freude, im Ehrenamt als Kammervorstand tätig zu sein und unsere aktuell 2.800 Mitglieder in Hamburg vertreten zu dürfen. Wie im Hamburgischen Kammergesetz für die Heilberufe (HmbKGGH) geregelt, ist es Aufgabe der PTK Hamburg, die Berufsaufsicht über die Mitglieder zu führen. Die Kammer hat des Weiteren das Recht und die Pflicht, Politik und Verwaltung in Fragen der Gesundheitspolitik fachlich zu beraten und sich vor allem für die Belange unserer Profession gegenüber Staat und Gesellschaft einzusetzen.

Es ist ein Privileg, dass unser Berufsstand sich selbst verwalten darf. Denn darin liegt die große Chance, unsere beruflichen Rahmenbedingungen mitzugestalten. Nutzen Sie jetzt Ihr Wahlrecht und bestimmen Ihre Vertreter*innen!



Rechtzeitig zur Wahl stellen wir den Vorstandsbericht fertig, der einen Einblick in unsere Amtszeit von 2019 bis 2023 gibt. Der Bericht wird Ihnen digital zur Verfügung gestellt und auch auf der Homepage der PTK Hamburg veröffentlicht.

Ihr Vorstand

Dipl.-Psych. Heike Peper
Dipl.-Psych. Torsten Michels
Dr. Thomas Bonnekamp
Dipl.-Psych. Kerstin Sude
Dipl.-Soz.päd. Gitta Tormin

Die vorletzte Delegiertenversammlung 2023

Am 24. Mai 2023 tagte die 91. Delegiertenversammlung (DV) im großen Saal der AlsterCity. Präsidentin Heike Peper eröffnete die Sitzung und berichtete gemeinsam mit ihren Vorstandskolleg*innen über die Aktivitäten der vergangenen Monate.

Veranstaltungen und Netzwerktreffen

Gitta Tormin informierte zu dem gelungenen KJP-Tag am 18. Februar 2023 zum Themengebiet der Geschlechtervielfalt und der Transgesundheit im KJP-Bereich. Heike Peper berichtete unter anderem von dem am 22. Feb-

ruar 2023 stattgefundenen Empfang für die neuen/neu approbierten Kammermitglieder und sprach sich für eine Fortsetzung der Tradition des Treffens aus. Torsten Michels trug vor, wie groß das Interesse an der Berufsrechtsveranstaltung „Abstinenz“ vom 1. März 2023 war. Mit knapp 300 Anmeldungen war die Teilnahme an der digitalen Veran-

staltung sehr hoch und Torsten Michels avisierte weitere Veranstaltungen zum Berufsrecht.

Heike Peper informierte zu den zwei Sitzungen des Runden Tisches des Hamburger Opferbeauftragten im März. Im Fokus stand die Versorgung von Opfern und Angehörigen im Nachgang zur Amoktat in Hamburg-Alsterdorf. Peper fuhr fort und stellte das von der Sozialbehörde initiierte Projekt „Psychiatrieplan 2024“ vor. Die PTK Hamburg ist Mitglied in der Lenkungsgruppe des Projektes und auch in den geplanten Workshops vertreten. Präsidentin Peper wies darauf hin, dass das Thema der psychischen Gesundheit erfreulicherweise einen hohen Stellenwert für die Hamburger Gesundheitssenatorin Melanie Schlotzhauer habe.

Kerstin Sude berichtete zum gemeinsamen Treffen der Arbeitskreise Angestellte und PiA am 9. Mai 2023 und dankte Dr. Paul Kaiser für die gemeinsame Vorbereitung und Moderation. Im Vordergrund standen das gegenseitige Kennenlernen und die Vernetzung. Zudem fand ein Austausch zum aktuellen Stand der neuen Weiterbildung statt.

Nach Informationen zu ausgewählten Aktivitäten auf Bundesebene folgten die Berichte aus den Ausschüssen, Kommissionen und der Geschäftsstelle.

Jahresabschluss 2022 und Entlastung des Vorstands

Karen Walter stellte den Delegierten den Haushalt zum Stand 31. Dezember 2022 vor. Ricarda Müller sprach für den Rechnungsprüfungsausschuss und präsentierte dessen Bericht. Nach den Erläuterungen der Geschäftsführerin Karen Walter und des Rechnungsprüfungsausschusses beschloss die DV den vorliegenden Jahresabschluss 2022 sowie die Entlastung des Vorstands für das Rechnungsjahr 2022.

Weiterbildungsordnung

Bei der Beschlussfassung zur Weiterbildungsordnung sorgten die immer

noch fehlenden gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung bei den Delegierten für Diskussionen. Heike Peper betonte, dass sich Bundes- und Landeskammer/n auch weiterhin im Rahmen ihrer Möglichkeiten zusammen mit allen anderen Beteiligten für eine Klärung der Finanzierungsthematik einsetzen. Sie wies auf die Wichtigkeit des gemeinsamen Auftretens in dieser Sache hin. Um die Dringlichkeit des Anliegens in der Politik zu platzieren, sei ein erster wichtiger Schritt die Petition von Felix Künke, Studierender aus Kassel, der Unterstützung sowohl durch die BPtK, die Landeskammern sowie die Verbände bekommt. (Anmerkung: Zwischenzeitlich fand die Anhörung vor dem Petitionsausschuss des Bundestages statt, in der Felix Künke gemeinsam mit BtPK-Präsidentin Dr. Andrea Benecke das Anliegen mit Nachdruck sowie der nötigen Professionalität und Fachlichkeit vorgetragen hat.) Nach einem regen Austausch zu dem Thema stimmte die DV der Beschlussvorlage zur Neufassung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen der PTK Hamburg einstimmig zu. Damit ist ein zentraler Schritt in dem nun bereits seit neun Jahren andauernden Reformprozess erreicht.

Weitere Beschlüsse

Überwiegend formale Änderungen zur Beitragsordnung, Entschädigungs- und

Reisekostenordnung, Haushalts- und Kassenordnung sowie zur Schlichtungsordnung und zur Ethiksatzung, die durch die Reform des Hamburgischen Kammergesetzes erforderlich waren, wurden jeweils einstimmig von den Delegierten beschlossen.

Karen Walter stellte den Entwurf zur Revision der Gebührenordnung vor, die mehr Differenzierungen vorsieht und insbesondere die Gebühren im Zusammenhang mit der neuen Weiterbildungsordnung mit berücksichtigt. Nach einer angeregten Diskussion wurde eine zeitnahe Beschlussfassung im Rahmen eines schriftlichen Umlaufverfahrens avisiert, welches in der Zwischenzeit erfolgreich durchgeführt wurde.

Kammerwahl und letzte Sitzung der DV der 5. Legislatur

Geschäftsführerin Karen Walter informierte die Mitglieder der DV ausführlich über die anstehende Wahl und erläuterte, dass die Wahlperiode der 6. Legislatur von 2024 bis 2028 laufen wird. Die 1. Sitzung der neu gewählten DV wird im Januar des neuen Jahres stattfinden. Dementsprechend wird die DV der 5. Legislatur das letzte Mal am 20. September 2023 tagen, da sie nach dem Wahltag nicht mehr zusammenkommen darf.

KM



*Ein bedeutsames Moment: Die Delegiertenversammlung beschließt am 24.05.2023 die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen in Hamburg und reiht sich damit in den Kreis der anderen Landespsychotherapeutenkammern ein.*

Bekanntmachung: Überarbeitung der Ordnungen und Satzungen

Wie bereits in der PTJ-Ausgabe 2/2023 angekündigt, werden Neufassungen bzw. Änderungen von unseren Ordnungen und Satzungen nun online auf der Internetseite der PTK Hamburg veröffentlicht. Dieses Verfahren ist in vielerlei Hinsicht von Vorteil: Zum einen sind wir in der Gremienarbeit deutlich flexibler, weil wir nun unabhängig von den vier Erscheinungsdaten des PTJ sind. Zudem wird Papier gespart und wir können nachhaltiger und kostengünstiger agieren. Darüber hinaus schafft eine Bekanntmachung über den eigenen Internetauftritt noch mehr Transparenz, weil alle Informationen jederzeit für jede*n zugänglich und durch Angabe des Bereitstellungsdatums nachvollziehbar sind. Rechtliche Grundlage ist das im März geänderte Hamburgische Kammergesetz für die Heilberufe (HmbKGGH, gültig ab dem 18.03.2023).

Weiterbildungs- und Gebührenordnung

Am 16. Juni 2023 wurde der Konferenzraum in der Geschäftsstelle der PTK Hamburg kurzerhand zu einem Briefzentrum umfunktioniert. Es galt, die Änderungen der Neufassung der Weiterbildungsordnung sowie der Revision der Gebührenordnung im schriftlichen Umlaufbeschlussverfahren an alle Delegierten zu schicken.



Die Überarbeitung der Ordnungen bedeutet auch im digitalen Zeitalter nicht den kompletten Verzicht auf Papier. Vizepräsident Torsten Michels (vorne links) und Präsidentin Heike Peper (vorne rechts) beim Paraphieren. Unterstützt wurden sie von Karen Walther, Geschäftsführerin (hinten links) und Julia Rübiger, Referentin für Recht (hinten rechts).

Keine drei Wochen später säumten erneut regelrechte „Briefstraßen“ die Tische im Besprechungsraum. Mit ihrer Unterschrift gaben Heike Peper und Torsten Michels in ihrer Funktion als Präsidentin und Vizepräsident die von den Delegierten beschlossene Weiterbildungsordnung und Gebührenordnung zur Genehmigung an die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration weiter.

Änderung Hauptsatzung und Wahlordnung

Seit dem 4. Juli 2023 finden Sie sowohl die Revision der (Haupt-)Satzung der PTK Hamburg sowie die 2. Satzung zur Änderung der Wahlordnung der PTK Hamburg online unter „Aktuelles“ – „Amtliche Bekanntmachungen“.

KM

Hinweis: Um Sie weiterhin bestmöglich zu informieren, finden Sie zukünftig hier im PTJ einen Infokasten zur neuen Rubrik „Ankündigungen zu Bekanntmachungen auf der Internetseite der PTK Hamburg“.

Nordkammertreffen am 24. Juni 2023 in Lübeck

Die Vorstände und Geschäftsführer*innen der Psychotherapeutenkammern Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Hamburg trafen sich zu einer ganztägigen Tagung in Lübeck, um über Kooperationen in verschiedenen Feldern der Kammerarbeit zu beraten.

Schwerpunkt Weiterbildungsordnung

Auch bei diesem Netzwerktreffen bildete die neue Weiterbildung ein Schwerpunktthema. Ein angeregter Austausch entwickelte sich nach dem Erfahrungsbericht zweier Studentinnen sowie



Netzwerken in der Hansestadt Lübeck (Foto: PKSH)

Prof. Dr. Paulus des neuen Masterstudiengangs in Lübeck. Die Studentinnen erklärten abschließend, dass ihnen das Studium trotz der auftretenden Probleme viel Spaß mache und sie besonders in den praxisbezogenen Veranstaltungen viel lernen würden.

Weitere Themen

Auf der Agenda standen darüber hinaus Fragen zu den Beitragsordnungen, zur Digitalisierung in den Geschäftsstellen und zu gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen bzw. Veranstaltungskalendern.

Herzlichen Dank an die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein für die gelungene Ausrichtung der Veranstaltung.

Bericht über die 22. Allgemeine Kammerversammlung am 22. Juni 2023



Information über die erfolgreiche Petition zur Finanzierung der Weiterbildung

Das erste Mal nach der Corona-Pandemie konnte im Juni die Allgemeine Kammerversammlung der PTK Hamburg wieder in Präsenz in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung stattfinden. Anlässlich der zu Ende gehenden Wahlperiode blickte der Vorstand mit interessierten Mitglie-

dern auf die vergangenen vier Jahre zurück. Zudem wurde die neue Weiterbildungsordnung ausführlich vorgestellt und dieser wichtige Meilenstein für die Zukunft unserer Profession auch unter dem Aspekt der noch fehlenden gesetzlichen Regelungen zur Finanzierung beleuchtet.

Themenvielfalt spiegelt Vielfalt der Gremienarbeit wider

Die Themen Covid-19, Digitalisierung und psychotherapeutische Versorgung standen bei den Berichten der Vorstandsmitglieder Heike Peper, Torsten Michels, Kerstin Sude und Thomas Bonnekamp, die an diesem Abend leider auf Gitta Tormin verzichten mussten, ebenso auf der Agenda wie Qualitätssicherung, Fortbildung und Berufsaufsicht. Der Bericht von Geschäftsführerin Karen Walter rundete die Beiträge ab und verdeutlichte die bestehende gute Zusammenarbeit von Geschäftsstelle und amtierendem Vorstand sowie den gesamten Kammergremien.

Sturm blieb aus

Ein Punkt hatte im Vorfeld der Allgemeinen Kammerversammlung für Unruhe gesorgt: die falsche Anwartschaftsprognose, die vom Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) verschickt worden war. Die zu niedrigen Rentenprognosen hatten auch unter unseren Mitgliedern für teilweise erhebliche Irritation und Verunsicherung gesorgt. Ricarda Müller und Kathrin Wohlthat, Hamburger Delegierte in der Delegiertenversammlung des PVW, nahmen dazu Stellung und erklärten, dass der Fehler vom PVW zwischenzeitlich behoben und korrigiert worden sei. Seitens des PVW wurde ein Informationsschreiben an seine Mitglieder versandt.

So endete ein reger Austausch – und das für diesen Sommerabend angekündigte Unwetter ausblieb, freuten sich die Kammermitglieder, dass auch diese Veranstaltung nach der langen Zeit der Pandemie wieder persönlich und vis-à-vis stattgefunden hat.

KM

Redaktion

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

Fotos: PTK Hamburg (sofern nicht anders ausgewiesen)

Geschäftsstelle

Weidestraße 122c
22083 Hamburg
Tel.: 040/226 226 060
Fax: 040/226 226 089
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

in den Wochen vor den Sommerferien war viel zu tun. Gemeinsam mit Studierenden, Verbänden, Landeskammern und Bundespsychotherapeutenkammer haben wir uns für die Finanzierung der Weiterbildung für Psychotherapeut*innen mit einer umfangreichen Kommunikationskampagne eingesetzt. Felix Kiunke, Student bei uns in Hessen an der Uni Kassel, startete außerdem eine Petition, die wir tatkräftig unterstützt haben. Ergebnis: Das Quorum wurde mit über 70.000 Unterschriften deutlich übertroffen. Nach dem Erfolg der Petition stand am 3. Juli 2023 die Anhörung vor dem Petitionsausschuss des Bundestags an. Der Petent Felix Kiunke und Dr. Andrea Benecke, Präsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer, legten überzeugend dar, warum die Finanzierung der Weiterbildung für Psychotherapeut*innen dringend gesetzlich geregelt werden muss. Wir danken den beiden für einen souveränen Auftritt und auch allen, die von der Zuschauertribüne durch Ihre Präsenz unterstützt haben.

Nun hoffen wir, dass die Politik zeitnah aktiv wird und diese Angelegenheit endlich in gezielte Formen bringt. Hier mussten wir uns

bisher gedulden, denn das wird frühestens nun nach der Sommerpause in Angriff genommen. Erst danach werden wir erfahren, ob sich das Engagement von uns allen ausgezahlt hat und der Petitionsausschuss dem Bundestag die erneute Aufnahme des Themas empfiehlt. Damit wäre ein erster Schritt in die richtige Richtung getan. Um den Gesetzgeber zu bewegen, die Finanzierung gesetzlich zu regeln, ist aber weiterhin Aufklärungsarbeit notwendig und auch politischer Druck muss erzeugt werden. Ohne Finanzierung der Weiterbildung keine Weiterbildungsstellen und damit fehlende Fachpsychotherapeut*innen für die Übernahme von Praxissitzen und Sicherstellung der ohnehin angespannten Versorgungssituation für psychisch kranke Menschen.

Nach der pandemiebedingten Pause konnten wir dieses Jahr endlich wieder zum Hessischen Psychotherapeutentag vor Ort einladen. In den vergangenen drei Jahren sind die individuellen, aber auch gesellschaftlichen Herausforderungen und Belastungen durch Corona, Krieg, Energie- und Klimakrise enorm gestiegen. Diese Entwicklung haben wir zum Anlass genommen, den 12. Hessischen Psychotherapeutentag unter dem Titel „Psychotherapie in Krisenzeiten – Resilienz und Ressourcenaktivierung“ zu veranstalten.

Für den Freitag konnten wir die Wirtschaftsredakteurin Ulrike Herrmann gewinnen, welche die Veranstaltung mit einem fesselnden Vortrag über den Klimawandel und unsere Zukunftsaussichten bereicherte. Am Samstag ging das Programm weiter mit Vorträgen und Workshops, geleitet von renommierten Expert*innen aus dem deutschsprachigen

Raum. Dabei wurden die Auswirkungen von anhaltendem Stress und dauerhaften Bedrohungen behandelt, aber auch die Möglichkeiten, wie wir diese Belastungen bewältigen können. Trotz Rekordtemperaturen war der Saal an beiden Tagen voll besetzt: ein voller Erfolg!

Eine weitere positive Meldung seitens der Psychotherapeutenkammer Hessen: Das Thema „Psychische Gesundheit/Erkrankung und Psychotherapie“ gelangt immer mehr in den öffentlichen Diskurs. Die Medien zeigen verstärktes Interesse an der Thematik, was wir deutlich an vermehrten Anfragen für Interviews und Hintergrundgesprächen bemerken. So kontaktieren uns beispielsweise immer häufiger der Hessische Rundfunk, die Frankfurter Rundschau oder auch RTL Hessen. Inhalte waren unter anderem toxische Beziehungen, Selbstoptimierung, psychotherapeutische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen und immer wieder die Versorgungsprobleme und langen Wartezeiten – insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen.

Wir freuen uns sehr über das steigende Interesse und das damit einhergehende Bewusstsein für psychische Erkrankungen. Die Frage bleibt dennoch: Wie lange wird es noch dauern, bis die Politik endlich versteht, wie besorgniserregend die Situation ist? Wir bleiben dran und kämpfen weiter für eine bessere Versorgung psychisch erkrankter Menschen!

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

12. Hessischer Psychotherapeutentag – ein voller Erfolg! „Psychotherapie in Krisenzeiten – Resilienz und Aktivierung von Ressourcen“



12. Hessischer Psychotherapeutentag in der Goethe-Universität Frankfurt

Trotz tropischer Temperaturen, war der 12. Hessische Psychotherapeutentag mit insgesamt rund 300 Teilnehmer*innen ein voller Erfolg! Danke an alle Gäste und Referent*innen!

Anfang Juli hatte das Warten ein Ende: Nach langer Pandemiepause konnten wir 2023 endlich wieder gemeinsam mit unseren Mitgliedern den Hessischen Psychotherapeutentag (HPT) erleben. Zwei Tage lang fand der 12. HPT auf dem Campus Westend der Goethe-Universität in Frankfurt statt. Das Fazit: Ein voller Erfolg! Vorträge, Diskussionsrunden, Ehrungen, Festvortrag, Workshops, Get-together sorgten für ein rundes Programm.

Steigende Belastung in Krisenzeiten

Corona, Krieg und Klimakrise haben in den vergangenen drei Jahren zu anhaltender Belastung geführt. Dabei gab es einerseits massive Einschränkungen und große Herausforderungen in Schule und Arbeitsalltag, andererseits hohe psychische Belastungen einhergehend mit Ängsten und Sorgen bei uns allen. Deshalb drehte sich der diesjährige Hessische Psychotherapeutentag um

das Thema „Psychotherapie in Krisenzeiten – Resilienz und Aktivierung von Ressourcen“.

Vorveranstaltungen für Nachwuchs und Angestellte

Am Freitagnachmittag konnten sich Neuapprobierte und Psychotherapeut*innen in Ausbildung über „Wege zur Zulassung – wie bekomme ich einen Kassensitz?“ informieren. Vorstandsmitglied Sabine Wald und Delegierter Florian Kaiser boten gemeinsam eine Veranstaltung für den Nachwuchs an und standen nach einem umfangreichen Vortrag Rede und Antwort. Parallel hatten angestellte Mitglieder die Möglichkeit, mit Vorstandsmitglied Karl-Wilhelm Höffler und Delegierter Karen Cornils-Harries zu „Psychotherapeutischen und psychoedukativen



Dr. Heike Winter begrüßt zum 12. HPT.

Gruppenangebote“ ins Gespräch zu kommen.

Am Abend wurde die Veranstaltung mit einer feierlichen Begrüßung von Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter eröffnet. Trotz Hitzewelle füllte sich der Saal, darunter auch hessische Politiker*innen, Christiane Böhm (DIE LINKE) und Yanki Pürsün (FDP). In ihrer Ansprache brachte Frau Dr. Winter die besorgniserregende Situation um die psychische Gesundheit in Deutschland zur Sprache: „Psychische Erkrankungen gehören heute zu den häufigsten Erkrankungen, mit der höchsten Anzahl an Fehltagen und den frühesten Frühberentungen in Deutschland. Alarmierend ist auch die Zunahme psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen infolge der Pandemie.“ Diese Entwicklung nehme der Kammervorstand zum Anlass sich noch stärker für die Versorgung einzusetzen.

Anne Janz, Hessische Staatssekretärin für Integration und Soziales war mit einer Videobotschaft vertreten. Darin sprach Sie die gestiegenen psychischen Belastungen durch die aktuellen Krisen an. Psychotherapeut*innen sieht sie in diesem Kontext in einer Schlüsselrolle: „Für Ihre unverzichtbare Arbeit spreche ich Ihnen meinen herzlichen Dank und meine große Anerkennung aus.“ Im Hinblick auf die Bedarfsplanung richtete Anne Janz eine Forderung zur dringenden Handlung an die Bundesregierung.

Ehrung für Verdienste in der Kammerarbeit und für den Berufsstand

Besonders wichtig war es dem Kammervorstand, im Rahmen des Hessischen Psychotherapeutentags die Arbeit zweier verdienter Personen hervorzuheben: Dr. Renate Frank und Prof. Dr. Fritz Matzejat wurden stellvertretend durch Dr. Winter für ihren Einsatz in der Kammer und für den Berufsstand geehrt. Dr. Winter dankte den beiden vor allem für ihr Engagement im Rahmen der Akkreditierungen und der berufs-

rechtlichen Anerkennung der neuen Approbationsstudiengänge für Klinische Psychologie und Psychotherapie an den vier hessischen Universitäten: Kassel, Marburg, Gießen und Frankfurt und zuletzt noch einer privaten Universität in Wiesbaden. Nach der Vorgabe des § 9 des Psychotherapeutengesetzes muss die für die Gesundheit zuständige Behörde, das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP), die Einhaltung der berufsrechtlichen Voraussetzungen feststellen. An dieser Prüfung müssen Vertreter*innen der Berufspraxis mitwirken. In enger Zusammenarbeit mit dem HLfGP und den Universitäten schlug die PTK Hessen Dr. Renate Frank und Prof. Fritz Mattejat vor, die diese verantwortungsvolle und arbeitsintensive Aufgabe ehrenamtlich übernehmen. Mit diesem Vorgehen war das Hessische Modell für die Zusammenarbeit von Behörde, Kammer und Universitäten für die Akkreditierung der Studiengänge geboren, das auch auf Bundesebene auf viel Anerkennung gestoßen ist und für einen erfolgreichen und reibungslosen Ablauf des Akkreditierungsverfahrens sorgte.

Für den Festvortrag konnte die Kammer die Wirtschaftsredakteurin Ulrike Herrmann gewinnen. Sie hielt einen interessanten, packenden sowie unterhaltsamen Vortrag mit dem Titel „Das Ende des Kapitalismus. Warum Wachstum und Klimaschutz nicht vereinbar sind – und wie wir in Zukunft leben werden“. In ihrem Vortrag thematisierte sie die Hausforderungen des Klimawandels für unsere Gesellschaft und stellte verschiedene Ansätze dazu vor, wie das sogenannte „Grüne Schrumpfen“ und die ökologische Kreislaufwirtschaft als Alternative zum Kapitalismus. Ein konkretes Konzept zur Umsetzung gäbe



Festvortrag von Ulrike Herrmann (taz)

es dazu nicht, weshalb sie ein eigenes entwickelt hat: Konsum um 50 Prozent reduzieren, Fliegen ausgeschlossen, keine privaten Autos – zurück auf das Level von 1978. Damals seien die Menschen nicht weniger glücklich gewesen. Die Schwierigkeit dabei sei allerdings, diese Transformation zu bewältigen, ohne Millionen von Arbeitslosen zu generieren. „Wir müssen in Zukunft Milliarden ausgeben, für etwas, das wir bisher umsonst hatten: das Überleben der Menschheit auf der Erde“, so das abschließende Zitat der Journalistin. Die Begeisterung im Publikum, aber auch seitens der Referentin war groß, sodass Ulrike Herrmann auch über die offizielle Diskussionsrunde hinaus beim anschließenden Get-together mit den Gästen in Austausch kam.

Neuigkeiten aus der Forschung und Praxistipps



Else Döring eröffnet den 2. Tag des HPT.

Der Samstag wurde von Vizepräsidentin Else Döring mit herzlichen Worten eröffnet. Trotz weiterhin steigenden Temperaturen, war der Saal erneut voll besetzt. Frau Döring nutzte die Gelegenheit, um sich bei allen Psychotherapeut*innen zu bedanken, die während der Krisenzeiten unermüdlich für ihre Patient*innen da waren. „Viele von uns sind während der Pandemiejahre oft bis an ihre Belastungsgrenze gegangen, um die notleidenden Patient*innen zu versorgen. Viele haben trotz Ängsten vor Ansteckung ihre Praxen offengehalten und ihren Patient*innen in den schwierigen Zeiten beiseite gestanden.“

Anschließend folgten die Vorträge zum Titelthema des 12. HPT. Prof. Dr. Michèle Wessa präsentierte Ergebnisse aus der Resilienzforschung und erklärte, wie wir widerstandsfähig gegenüber Stress werden können. Dr.



Vorstand PTK Hessen und Referent*innen des 12. HPT

Christoph Kolbe referierte über den personalen Umgang mit schwierigen Lebenssituationen und Krisen. Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff sprach über die Resilienzperspektive in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Nach der Mittagspause konnten die Teilnehmer*innen aus einem Angebot von insgesamt sieben Workshops auswählen. Prof. Dr. Michèle Wessa leitete den Workshop „Praxis der Resilienzforschung“ und widmete sich wichtigen Themen, wie der Stressbewältigung und der Motivationsförderung. Dr. Christoph Kolbe bot währenddessen einen Workshop zum Thema „Umgang mit Krisen und schwierigen Lebenssituationen“ an, bei dem die Teilnehmenden lernen konnten, wodurch sich Krisen charakterisieren und wie ein persönlicher Umgang mit Krisen gelingen kann. Beide Referent*innen schlossen damit an ihre Vorträge vom Vormittag an.

Jun.-Prof. Dr. Johannes Ehrenthal leitete den Workshop „Depressive, nicht jedoch depressiogene Position – Ressourcen in der psychodynamischen Psychotherapie“ und beschäftigte sich unter anderem mit der Frage, ob der spezifische Fokus auf Stärken bzw. Ressourcen in Psychotherapien einen Mehrwert bringe. Dr. Sandra Lentzen bot den Workshop „Ressourcenorientierung in der psychodynamischen Kinder- und Jugendpsychotherapie“ an, wobei zentrale Begriffe, wie Krisen, Stress, Ressourcen und Widerstandsfähigkeit im Fokus standen. Zudem leitete Dipl.-Psych. Andrea Kircher den Workshop „Ressourcen und Stärken bei Kindern und Jugendlichen fördern in der Verhaltenstherapie“, bei dem sie

die psychischen Auswirkungen von Krisen auf Kinder und Jugendliche deutlich machte und ressourcenorientierte Lösungen für den psychotherapeutischen Alltag mit Kindern und Jugendlichen vorstellte. Der Workshop „Meditation in der Psychotherapie“ von Prof. Dr. Thomas Heidenreich thematisierte rele-

vante Formen der Meditation und deren Umsetzung.

Danke und bis zum nächsten Mal

Ein herzliches Dankeschön an alle Teilnehmer*innen und Referent*innen für neue Erkenntnisse und Praxistipps,

für neue und wieder aufgefrischte Kontakte, für den offenen Austausch, konstruktive Diskussionen und zwei tolle gemeinsame Tage! Wir hoffen, dass Sie die Veranstaltung ebenso genossen haben wie wir! Tipp: Mehr Fotos gibt es auf der Webseite der PTK Hessen.

Antrag auf Verfahrensankennung: Neue Entwicklung in der Gesprächspsychotherapie/PCE

Das im deutschsprachigen Raum als „Gesprächspsychotherapie“ (GPT) bekannt gewordene Psychotherapieverfahren wurde von Carl Rogers (1902–1987) nach jahrelanger Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung entwickelt und bereits in der Entstehungsphase empirisch erforscht. Daraus entstand seine Theorie eines erlebnisaktivierenden, ressourcenmobilisierenden und klärungsorientierten Psychotherapieverfahrens. Die Gesprächspsychotherapie ist somit das erste psychotherapeutische Verfahren, das systematisch erforscht und unter systematischer Reflexion und empirischer Forschung entwickelt wurde.

In Deutschland wurde die GPT in den 1960er-Jahren von Reinhard und Anne-Marie Tausch eingeführt und fand schnell Verbreitung. Ein spezifischer Ansatz für die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen entstand in den USA und wurde in Deutschland von Stefan Schmidtchen weiterentwickelt. In der Psychiatrie-Enquete 1975 wurde die Integration der GPT in das gesetz-

lich geregelte Versorgungssystem gefordert.

Ein Gutachten, erstellt auf Antrag des BMG, bescheinigt ihr eine hohe Wirksamkeit. 2001 bezeichnete Klaus Grawe in einer Metaanalyse die GPT als das nach der Verhaltenstherapie am besten erforschte Psychotherapieverfahren. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) stellte 2002 die wissenschaftliche Anerkennung fest und sprach die Empfehlung für die vertiefte Ausbildung aus. Mittlerweile haben viele Kammern das Verfahren in ihre Weiterbildungsordnungen integriert.

Im Rahmen des Antrags auf wissenschaftliche Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie (HPT) wurde die GPT vom WBP entgegen der Vorgaben des eigenen Methodenpapiers erneut überprüft und nach 15 Jahren im Dezember 2017 nicht mehr als Verfahren für die vertiefte Ausbildung empfohlen, da eine Studie im Anwendungsbereich „Angststörungen“ fehle. Die Studie wurde bereits nachgereicht,

aber der WBP forderte einen erneuten vollständigen Antrag.

Nun haben die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), die Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) und die Deutsche Gesellschaft für Emotionsfokussierte Therapie (DeGEFT) im März 2023 beim WBP gemeinsam diesen erneuten Antrag auf Anerkennung der Gesprächspsychotherapie / Personenzentriert-Experienciellen Psychotherapie (GPT/PCE) gestellt. Die aktualisierte Namensgebung basiert auf der derzeit international üblichen Bezeichnung des im deutschen Sprachraum unter dem Begriff „Gesprächspsychotherapie“ bekannten Psychotherapieverfahrens.

Erfreulicherweise haben auch die Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichentherapeut*innen einen Antrag beim WBP auf Empfehlung der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen zur vertieften Ausbildung eingereicht.

Else Döring
Vizepräsidentin PTK Hessen

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleg*innen:

Ewa Bandrowski, Bremen
Susanne Dippel, Zierenberg
Prof. Dr. Christoph Klotter, Berlin
Kerstin Oehm, Frankfurt

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring,
Laura Speinger

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/531680
Fax: 0611/5316829
presse@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Prima Klima? Aktivitäten der Kammer zum Thema Klimawandel

Das Thema Klimawandel geht an niemandem vorbei. Besonders die Heilberufekammern sind in dieses Thema involviert und beschäftigen sich mit ihrer Rolle sowie ihren Möglichkeiten, wie sie angesichts des Klimawandels agieren können. Auch die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen ist in diesem Themenbereich aktiv.

Aus der Kammerversammlung heraus wurde eine Arbeitsgemeinschaft gegründet, die sich mit dem Thema befasst und im regemäßigen Austausch mit dem Vorstand steht. Ein Ergebnis aus dieser Arbeit ist die gemeinsame Planung des Kammertags im Vorfeld der Kammerversammlung im November in Kooperation zwischen Vorstand, Arbeitsgemeinschaft und Geschäftsstelle. Mit Lea Dohm und Delaram Habibi-Kohlen konnten für diesen Tag relevante Referentinnen gewonnen werden, die sich bereits seit Jahren mit dem Klima-

wandel und seinen Folgen für die Gesellschaft sowie für die psychische Gesundheit der Menschen beschäftigen.

Um die Rolle der Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf diesem Gebiet zu beleuchten, sprach Franziska Bauermeister, Referentin der PKN für Kommunikation, mit Lea Dohm über „Klima & Psyche“. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin ist Mit-Initiatorin von Psychologists for Future (Psy4F). Ihre eigene Praxis im niedersächsischen Stadthagen hat sie aufgegeben, um sich ausschließlich den psychologischen Aspekten der Klimakrise zu widmen. Im Interview erläutert sie, welche Folgen die Klimakrise für die psychische Gesundheit der Menschen hat. Das ausführliche Gespräch lesen Sie auf der Homepage.

Neben dem Kammertag sind noch weitere Veranstaltungen zum Thema Klima

in Planung. So hat der niedersächsische Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi Ende Januar 2024 für eine von der PKN organisierten Podiumsdiskussion zu den Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit zugesagt.

Darüber hinaus ist die Thematik inzwischen ein fester Tagesordnungspunkt bei den Vorstandssitzungen. Neben der thematischen Auseinandersetzung für Veranstaltungen, Fortbildungen und Vorträgen werden auch Prozesse bezüglich der Durchführung unter klimatischen Gesichtspunkten betrachtet.

Und last but not least werden auch die Arbeitsprozesse in der Geschäftsstelle unter Nachhaltigkeitsaspekten beleuchtet und die Ausstattung entsprechend angepasst.

→ Interview: www.pknds.de/aktuelles/interviews/klimawandel-und-psyche/

Psychotherapie trifft Politik

Am 14. Juli 2023 traf sich Kammerpräsident Roman Rudyk mit Jakob Blankenburg, Bundestagsabgeordneter der SPD im Wahlkreis Lüchow-Dannenberg – Lüneburg. Blankenburg, jüngster direkt gewählter Abgeordneter im Bundestag, lud Rudyk im Zuge seiner Sommergespräche zum Thema Gesundheitsversorgung ein. Im Fokus des Gesprächs stand das Thema Mental Health, insbesondere die Lage der

Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen wurde erörtert.

In dem ausführlichen Gespräch ging es vor allem um mögliche Ursachen der Zunahme von psychischen Erkrankungen sowie Engpässe in der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Auch die Herausforderungen bezüglich der neuen Fachpsychotherapeut*innen-Weiterbildung standen auf dem Pro-

gramm. Jakob Blankenburg zeigte sich sehr interessiert und war gut informiert bezüglich des komplexen Themas. Ihm ist bewusst, dass bei einer fehlenden Finanzierung der Weiterbildung in den kommenden Jahren ein eklatanter Versorgungsengpass drohen wird, und er sagte unter anderem seine Unterstützung bezüglich der Umsetzung einer Finanzierung der Weiterbildung zu.

Erstes Braunschweiger Reha- und Sozialmedizinsymposium

Am 3. Mai 2023 richtete die Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik das 1. Braunschweiger Reha- und Sozialmedizinsymposium aus. Anlässlich der Aus- und Weiterbildungsreform in der Psychotherapie mit u. a. Einführung der Bereichsweiterbildung Sozialmedizin, lautete die Leitfrage der Tagung: „Was hat Psychotherapie mit Rehabilitation und Sozialmedizin zu tun?“. Im hybriden Format konnten wir etwa 60 Gäste in Präsenz und 50 online begrüßen.

Direkt nach der Eröffnung berichteten Dr. Kristina Schütz aus dem Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer und Prof. Dr. Axel Kobelt-Pönicke von der Rentenversicherung Braunschweig-Hannover in ihrem Vortrag „Psychotherapeuten als Sozialmediziner? Der Weg zur Zusatzbezeichnung Sozialmedizin“ zu den Inhalten des Sozialmedizincurriculums. Prof. Dr. Beate Muschalla gab ergänzend mit ihrem Vortrag „Sozialmedizinische Therapie in Anlehnung an die ICF“ eine Übersicht zur breiten Palette

der symptom-, fähigkeits- und kontextbezogenen Behandlungsaktivitäten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Nach der Kaffeepause berichtete Prof. Dr. Christoph Kröger von der Universität Hildesheim Evaluationsdaten und klinisch-praktische Vorgehensweisen bei „Reha- und Teilhabeorientierter Therapie am Beispiel des friaa-Projekts: Arbeitsbezogene Psychotherapie“. Prof. Dr. Micheal Linden, Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation der Charité Berlin zeigte anhand versorgungsepidemiologischer Daten, in welchem Umfang „Sozialmedizinische Therapien bei Hausärzten und Psychotherapeuten“ in der Routineversorgung bereits umgesetzt werden. Anschließend informierte Dr. Ulrike Worringen, Leitende Psychologin bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, über „Sozialmedizin und Behandlungscoordination durch Psychotherapeuten in der stationären Rehabilitation“.

In der Mittagspause nutzten viele Teilnehmende die Gelegenheit, den interdisziplinären Austausch bei einem Spaziergang durch den frühlinghaften botanischen Garten fortzusetzen. Der Nachmittag widmete sich dem Ausblick, zunächst mit einem Vortrag von Prof. Dr. Thorsten Meyer von der Universität Halle über „Perspektiven für die Reha-Forschung“. Es folgte eine Abschlussdiskussion mit allen Referentinnen und Referenten zu Fragen und Erfahrungen aus dem Präsenz- und Online-Publikum, die während des gesamten Kongresstages gesammelt wurden. Diskutiert wurde u. a. über die Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis in Rehabilitationskliniken, die Nutzungsmöglichkeiten und Evaluationsnotwendigkeit von Entlassberichten an der Schnittstelle zur weiteren Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie über Jobcoaching für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Behinderung.

Aline Debener & Beate Muschalla



Die Referent*innen des Kolloquiums: Prof. Dr. Michael Linden, Dr. Kristina Schütz, Dr. Ulrike Worringen, Prof. Dr. Beate Muschalla, Prof. Dr. Christoph Kröger, Prof. Dr. Thorsten Meyer, Prof. Dr. Axel Kobelt-Pönicke (v. l. n. r.).

Treffen der Nordkammern



*Vorstände und Geschäftsführer*innen der Nordkammern trafen sich zum Austausch. (Foto: PKSH)*

18 Vorstandsmitglieder und Geschäftsführer*innen der Landeskammern aus Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein trafen sich auf Einladung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein am 24. Juni 2023 in Lübeck zu einem gemeinsamen Austausch. Für die PKN waren vom Vorstand Kammerpräsident Roman Rudyk, Vizepräsidentin Kordula Horstmann sowie Andreas Kretschmar dabei.

Die Kammern sprachen unter anderem über Möglichkeiten der Zusammenarbeit, Themen der Weiterbildung, Fragen zur Fortbildung, Finanzierung der Kammern sowie die Sachverständigenlisten. Es war – wie immer – ein sehr konstruktives Arbeitstreffen. Die Treffen finden einmal im Jahr statt, 2024 wird die PKN es ausrichten.

Geschäftsstelle

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

9. Sitzung der 5. Kammerversammlung am 13. Mai 2023

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen kam am 13. Mai 2023 in Düsseldorf zu ihrer 9. Sitzung in dieser Wahlperiode zusammen.

Berufspolitische Aktivitäten

In mündlichen Ergänzungen zum schriftlich vorgelegten Bericht vertieften Vorstandsmitglieder aktuelle berufspolitische Entwicklungen und Aktivitäten der Kammer zu dringlichen Fragestellungen, Klimaschutz als Bestandteil der berufspolitischen Arbeit und Maßnahmen zur präventiven Förderung der psychischen Gesundheit vornehmlich von Kindern und Jugendlichen. Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, eröffnete die Sitzung und hieß die Kammerversammlungsmitglieder und als Gäste die Sprecherin und die Sprecher der PiA-Vertretung NRW (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung) willkommen. In seinen Ausführungen ging er insbesondere auf den Missstand der bislang nicht geregelten Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung ein. Er rief dazu auf, die hierzu gestartete Petition zu unterstützen. Mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgungsplanung erklärte er, dass der Vorstand nicht nachlasse, auf die deutlichen Mängel hinzuweisen und die Notwendigkeit der Reform zu betonen.

Eingebettet in den mündlichen Vorstandsbericht hielt Prof. Dr. Ulrich Frischknecht, Professor für Sucht und Persönlichkeitspsychologie an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln, ein Impulsreferat zu „Umgang mit Cannabis – Zwischen Prohibition und freier Verfügbarkeit“. Angesichts der Pläne der Bundesregie-



Gerd Höhner

rung zur geplanten Teillegalisierung von Cannabis hatte der Vorstand den Experten eingeladen, um einen detaillierteren Einblick in das komplexe Thema zu erhalten.

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, skizzierte im Anschluss unter anderem die Kammeraktivitäten zum Arbeitsbereich Klimaschutz. Der Vorstand habe auf Wunsch der Kammerversammlung eine Kommission hierzu eingerichtet. Sie habe Anfang Mai 2023 konstituierend getagt. Im Vorstand sei man weiterführend damit befasst, das Positionspapier „Klima- und Umweltschutz als Aufgabe der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen“ (www.ptk-nrw.de / Rubrik „Themenschwerpunkte“) mit Leben zu füllen. Ein zentrales Ziel sei, Klimaschutz als Bestandteil von Gesundheitsschutz in die psychotherapeutische Versorgung und die Berufspolitik zu tragen.

Vorstandsmitglied Bernhard Moors erläuterte, dass der Vorstand sich intensiv mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befasse und sich unter anderem für die Verstärkung der in Nordrhein-Westfalen für sie ermöglichten Präventionsangebote einsetze. Im Anschluss an den Bericht diskutierten die Kammerversammlungsmitglieder zu den angesprochenen Themen ausführlich und vielschichtig.

Umsetzung der Weiterbildungsordnung

Die Kammerversammlungsmitglieder befassten sich auch mit der Umsetzung der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (WBO Pt) der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Vorstandsmitglied Hermann Schürmann erläuterte den Sachstand. Die Weiterbildungsordnung sei Anfang April 2023 in Kraft getreten, auf der Homepage der Kammer könnten Informationen hierzu und Antragsformulare abgerufen werden. Für die weitere Umsetzung habe die Kammer eine Taskforce aus Vorstandsmitgliedern und Mitarbeitenden der Geschäftsstelle gebildet. Erste Informationsveranstaltungen zur Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung in Nordrhein-Westfalen habe man bereits durchgeführt, weitere seien in Vorbereitung.

Ausführlich diskutierte die Kammerversammlung zum Thema Suizidassistenten. Julia Leithäuser, Vorsitzende im Ausschuss Satzung, Berufsordnung und Berufsethik, stellte die im Ausschuss erarbeitete Stellungnahme zur Suizidassistenten vor. Nicht zuletzt in Anbetracht der Vorschläge, die ein im Bundestag in erster Lesung verhandelter Gesetzesentwurf hierzu beinhalte,

müsse sich die Profession mit diesem Thema auseinandersetzen und positionieren, betonte sie. Die vom Ausschuss vorbereitete Stellungnahme (www.ptk-nrw.de / Rubrik „Meldungen“) wurde von den Kammerversammlungsmitgliedern ausdrücklich begrüßt und in der Abstimmung im Plenum mit großer Mehrheit angenommen.

Wahlen, Resolutionen und Gremlinberichte

Nach Ergänzungswahlen für die Ausschüsse und den Deutschen Psycho-

therapeutentag (DPT) stimmte die Kammerversammlung über sechs Resolutionen ab. Im Einzelnen wurden die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung, die Reform der Gebührenordnung (GOÄ/GOP), der Psychotherapiebedarf in der Jugendhilfe, die Umsetzung des Koalitionsvertrages im Hinblick auf die Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung, Gefahren der ökologischen Krise für die psychische Gesundheit sowie Verfahrens- und Methodenvielfalt an Universitäten und Hochschulen thematisiert. Alle Resolutionstexte beinhalteten

Handlungsaufforderungen an die politischen Entscheidungstragenden und wurden mit deutlicher Mehrheit verabschiedet. Sie sind auf der Kammerseite unter „Presse“ veröffentlicht. Die Kammerversammlung beendete ihre Sitzung mit Berichten aus den Ausschüssen und Informationen zu den ersten Arbeitsschritten der neu einberufenen Kommission Klimaschutz. Gerd Höhner dankte den Kammerversammlungsmitgliedern abschließend für die lebhaft und differenzierte Diskussion.

Position zur Cannabis-Legalisierung

Die von der Bundesregierung geplante Teillegalisierung von Cannabis beschäftigt auch den Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, erläuterte bei einer digitalen Pressekonferenz der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) am 23. Mai 2023 die skeptische und ablehnende Haltung der Profession in Bezug auf die Pläne der Bundesregierung.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten würden bereits jetzt feststellen, dass vermehrt Eltern fachliche Unterstützung für ihre Cannabis konsumierenden Kinder suchen würden. Es sei davon auszugehen, dass mit zu-

nehmender Verfügbarkeit von Cannabis gleichermaßen auch der Hilfebedarf steigen werde, warnte Gerd Höhner. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten würden aber bereits jetzt in der Regel am Limit ihrer Kapazitäten arbeiten und könnten den Therapiebedarf von Patientinnen und Patienten teils nur unzureichend decken. Man müsse sich zudem damit befassen, die Prävention zu stärken. Gerd Höhner wies auch eindringlich darauf hin, dass die geltenden Vorgaben zur Durchführung der Psychotherapie im Falle einer Cannabislegalisierung gar nicht umsetzbar seien. In der Psychotherapie-Richtlinie sei festgehalten, dass eine ambulante Psychotherapie nur dann zulässig sei, wenn nach maximal zehn Behandlungs-

stunden eine vollständige Suchtmittelfreiheit der Patientin bzw. des Patienten erreicht werden kann. Durch einen frei zugänglichen, legalen Konsum von Cannabis würde dieses Kriterium absurdum geführt, sagte der Kammerpräsident den Pressevertreternden.

Mit dem in der parlamentarischen Abstimmung befindlichen Entwurf zum Cannabisgesetz (CanG) beabsichtigt die Bundesregierung, den privaten Anbau durch Erwachsene zum Eigenkonsum sowie den gemeinschaftlichen, nicht-gewerblichen Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinigungen zu legalisieren. Das Gesetz soll Ende 2023 in Kraft treten.

Tag der Neuapprobierten am 17. Juni 2023

Über 100 Interessierte nahmen am 17. Juni 2023 die Gelegenheit wahr, sich beim Tag der Neuapprobierten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe über die Arbeit der Kammer, die Leistungen ihres Versorgungswerkes und Perspektiven der psychotherapeutischen Berufstätigkeit zu informieren. Der Informationstag bot ihnen auch die Möglichkeit, sich beraten zu lassen und mit Vorstandsmitgliedern, Referenten und untereinander ins Gespräch zu kommen.

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, begrüßte die Teilnehmenden und gratulierte ihnen zur Approbation. Einführend stellte er seine Kolleginnen und Kollegen aus dem Vorstand, das Team der Geschäftsstelle und die Referenten vor. Mit dem Tag der Neuapprobierten wolle man praxisnahe Informationen rund um den Berufsstart vermitteln und die Kammer als berufsständische Heimat für die Mitglieder vorstellen. In seinem Vortrag beschrieb Andreas Pichler die rechtlichen Grundlagen und die Aufgaben der Kammer

in ihrer Funktion als berufliche Selbstverwaltung. Anhand aktueller Beispiele erläuterte er, wie sich die Kammer im Rahmen ihres Handlungsspielraumes für die Belange der Profession einsetze und sich zu gesundheitspolitischen Themen zu Wort melde. Um über Aktivitäten und Angebote der Kammer auf dem Laufenden zu bleiben, empfahl er den Neuapprobierten den Eintrag in den E-Mail-Verteiler für Kammerangehörige.

Jens Mittmann, Leiter der Abteilung Mitgliederbetreuung/Leistungsverwaltung des Versorgungswerkes der Psy-

chotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, stellte den neuapprobierten Kammermitgliedern die Leistungen des berufsständischen Versorgungswerkes vor.

Maximilian Weller aus dem Team Praxisberatung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) beschrieb die Voraussetzungen und Bedingungen für die Zulassung und Modelle der Berufstätigkeit.

Dr. Georg Kremer, Psychologischer Psychotherapeut aus Bielefeld und Vorsitzender im Ausschuss Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, blickte auf Fakten, Besonderheiten und Entwicklungsmöglichkeiten der Berufstätigkeit in Anstellung. Die Bandbreite potenzieller Arbeitgeberrinnen und Arbeitgeber für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sei groß, die Tätigkeitsfelder seien vielfältig und würden mittlerweile häufig auch Chancen auf fachliche und personelle Verantwortung und Führungspositionen beinhalten, hielt er fest. Barbara Lubisch aus dem Kammervorstand skizzierte Grundlagen und Perspektiven der Berufstätigkeit in der Niederlassung.



Teilnehmende am Tag der Neuapprobierten

Sie beschrieb Aufgaben und Pflichten von Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern, ging unter anderem auf Aspekte der Wirtschaftlichkeit von Privatpraxen ein und gab Empfehlungen für das Praxismarketing. Abschließend erläuterte Barbara Lubisch, wie Kammermitglieder sich in ihrer beruflichen Selbstverwaltung engagieren können. Die Profession habe in den letzten 20 Jahren viel erreicht und werde gesehen. Es sei wichtig, hier anzuknüpfen und tatkräftig

weiter an den gemeinsamen Zielen zu arbeiten.

Andreas Pichler wünschte den Neuapprobierten zum Abschluss einer informativen und lebendigen Veranstaltung viel Erfolg bei der weiteren Planung und Entwicklung ihres Berufseinstiegs. Wer Fragen oder Rückmeldungen habe, sei herzlich eingeladen, auf die Kammer zuzukommen.

Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Köln am 21. Juni 2023

Rund 65 Interessierte hatten sich zu der Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Köln am 21. Juni 2023 angemeldet. Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, hieß die Teilnehmenden, seine Vorstandskollegin Barbara Lubisch und die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle herzlich willkommen. Ziel der Veranstaltung sei, sich zu für den Berufsstand zentralen und aktuellen Themen auszutauschen. Einführend regte er die Kammermitglieder an, sich jederzeit zu Wort zu melden. So könne man sich den Themen gemeinsam nähern, Fragen der Mitglieder diskutieren und ihre Rückmeldungen in die Kammerarbeit mitnehmen. Ebenso wolle man die Wahrnehmung von Kammeraktivitäten auf regionaler Ebene reflektieren. Die Regionalversammlungen, zu denen



Andreas Pichler

der Vorstand reihum in den Regierungsbezirken Nordrhein-Westfalens einlade, seien ein wertvoller Resonanzraum und würden die Möglichkeit eröffnen, die Anliegen der Profession zu schärfen und voranzubringen, sagte Andreas Pichler.



Barbara Lubisch

Rahmen für den Austausch waren drei Vorträge zu aktuellen berufspolitischen Schwerpunkten. Andreas Pichler skizzierte die Position und die Aktivitäten des Kammervorstandes zur psychotherapeutischen Versorgungsplanung in

Nordrhein-Westfalen. Man werde nicht müde, die überfällige Reform der Berufsplanung anzumahnen und den politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern die Notwendigkeit der Erneuerung aufzuzeigen. Barbara Lubisch stellte die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) vor. Insgesamt seien die in der Richtlinie beschriebenen Anforderungen an die Netzverbände hoch. Die Kammer habe in einer Resolution diesen und weitere Kritikpunkte formuliert und zur Nachbesserung aufgerufen. Zum dritten Schwerpunkt „Digitalisierung in der Psychotherapie“ skizzierten

Andreas Pichler und Barbara Lubisch gemeinsam zentrale Arbeitsfelder. Neben neuen Entwicklungen müsse man sich aufmerksam dem umfassenden Querschnittsthema Datenschutz und Datensicherheit widmen. Der Vorstand sei zu allen Themen der digitalen Agenda auf mehreren Ebenen aktiv.

Vorstand und Kammermitglieder im Gespräch

Ergänzend zu den Vorträgen brachten Kammermitglieder Erfahrungsberichte aus ihrer psychotherapeutischen Praxis sowie Fragen und Kommentare zu berufspolitischen Themen und Kammeraktivitäten ein. Barbara Lubisch wies abschließend darauf hin, dass die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-

Westfalen in Kraft sei. Wer sich für eine Weiterbildungsbefugnis interessiere, finde auf der Homepage der Kammer entsprechende Erläuterungen und Antragsformulare. Über die Entwicklung hinsichtlich noch zu klärender Fragen zur Weiterbildung werde die Kammer die Mitglieder auf dem Laufenden halten. Vizepräsident Andreas Pichler bedankte sich in seinem Schlusswort für den gelungenen, lebendigen Austausch im Rahmen der Regionalversammlung.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/52 28 47-0
Fax: 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Herr Lothar Duda, Wahlkreis Arnsberg, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „dgvT plus+“ hat am 16.05.2023 sein Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Frau Monika Bormann, Wahlkreis Arnsberg, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „dgvT plus+“

Gez.
Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Frau Dr. Viola Heinrich, Wahlkreis Düsseldorf, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Aufbruch – für eine selbstbewusste Psychotherapie“ hat am 17.07.2023 ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Frau Eva Kristen, Wahlkreis Düsseldorf, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „Aufbruch – für eine selbstbewusste Psychotherapie“

Gez.
Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Was macht Versorgung besser? – Sommerklausur von Vorstand und Geschäftsstelle setzt Ideensuche fort

Die OPK-Kammerversammlung hatte im Frühjahr lebhaft darüber diskutiert, wie die Kammer und ihre Mitglieder zur Lösung von Versorgungsproblemen beitragen können. Weitgehende Einigkeit bestand darin, dass politische Forderungen nach mehr Kassenzulassungen und kürzeren Wartezeiten nicht ausreichen.

An alternativen Ideen mangelt es nicht. Für bessere Akutversorgung wären Vorhalte-Pauschalen für offene Sprechstunden und Akutbehandlungen denkbar, ähnlich wie sie jetzt für Krankenhäuser diskutiert werden. Weil wahrgenommene Versorgungsqualität auch eine Folge zuvor entstandener Erwartungen ist, könnte das „Erwartungsmanagement“ in den Blick genommen werden. Um realistische Erwartungen bei Patientinnen und Patienten und Überweisenden zu entwickeln, könnten bessere Informationsangebote über Psychotherapie entwickelt werden. Auch könnte man diskutieren, bei welchen Indikationen und in welchem Maß Wartezeiten auf Therapieplätze akzeptabel sein könnten.

In ihrer Sommerklausur Anfang Juli nahmen sich OPK-Vorstand und Geschäftsstelle der Versorgungsproblematik an. Ziel sollte sein, innovative, strategische Überlegungen zur Versorgung von innen aus der Mitgliedschaft heraus zu generieren und dazu einen intensiven Diskussionsprozess anzuregen. Dabei

spielen auch die Sicherung der Versorgungsqualität (z. B. direkter Patientenkontakt vs. Online-Therapie), die Entwicklung des Images unserer Profession und das Vertrauen in Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine große Rolle.

In Form eines Workshops erarbeitete der Vorstand Grundsatzfragen und erste Ideen. Es ging darum, wie die (unterschiedlich langen) Wartezeiten auf Therapieplätze zustande kommen, wie entscheidend eine präzise Diagnostik den Behandlungszeitraum bestimmt, aber auch darum, was wir Patientinnen und Patienten durch die immer knappe Ressource persönlicher Psychotherapie zumuten müssen und können.

Aus diesen Überlegungen entstand der Plan, regionale Treffen zum Erfahrungsaustausch mit ambulant tätigen Kolleginnen und Kollegen in Leipzig, Magdeburg und Schwerin anzubieten. Wie managen die Therapeutinnen und Therapeuten ihre Wartelisten? Wie gehen sie mit über die Terminservicestelle vermittelten Patientinnen und Patienten um? Nicht alle Hilfesuchenden können sofort behandelt werden. Wie gehen Therapeutinnen und Therapeuten mit dem Druck um, wenn sie vielen Anfragenden keinen Therapieplatz anbieten können? Diese und andere Fragen sollen besprochen werden.

Die OPK ist sich ihrer Rolle in der Kommunikation nach außen ebenso bewusst. Dabei geht es um nicht weniger als um das Vertrauen in die „Marke“ „Psychotherapeutin“ bzw. „Psychotherapeut“. Welche Erwartungen haben Patientinnen und Patienten? Wie gut müssen wir zur Psychotherapie aufklären? Was kann Psychotherapie, was nicht? Sollten wir Kolleginnen und Kollegen sogar bestärken, Wünsche zurückzuweisen, die über eine notwendige psychotherapeutische Behandlung hinausgehen? Sollten wir Diagnosen so stellen, dass sie möglichst nicht mit Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten konfliktieren, oder sollten wir uns mit einer objektiven Diagnosestellung als Teil des Versorgungssystems verstehen?

Im Ergebnis des Diskussionsprozesses könnten z. B. Inhalte für Fortbildungsveranstaltungen entstehen, die auch für andere Regionen angeboten werden. Für Patientinnen und Patienten könnten Informationsangebote zur Aufklärung zur Psychotherapie entwickelt werden.

Nach der Sommerpause werden Vorstand und Geschäftsstelle diese Themen wieder aufgreifen und weiterentwickeln, und die Kammerversammlung wird sich im Herbst erneut damit beschäftigen.

Gute Resonanz der Online-Informationsveranstaltung für Studierende

Studierende der Psychologie/Psychotherapie in den OPK-Ländern haben sich mit der Aufnahme ihres Studiums

auf den Weg gemacht, in nicht allzu ferner Zukunft mit Erhalt der Approbation als Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten Teil unseres akademischen Heilberufs und Teil unserer Kammer zu werden. Deshalb ist es dem

Vorstand der OPK ein wichtiges Anliegen, mit den zukünftigen Kolleginnen und Kollegen schon früh ins Gespräch zu kommen und über die Kammer zu informieren. Dazu lud er alle Studierenden der Psychologie/Psychotherapie in den OPK-Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen zu einer Online-Informationsveranstaltung am 22. Juni 2023 ein. Wir freuen uns, dass rund 60 unserer zukünftigen Kolleginnen und Kollegen die Gelegenheit zu einem gegenseitigen Kennenlernen wahrnahmen.

Durch die Veranstaltung führte die Vizepräsidentin Margitta Wonneberger. Sie informierte über die Aufgaben der OPK als berufsständische Vertretung aller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in unseren fünf Ländern, stellte die Grundzüge und aktuelle Themen

der Kammerarbeit vor und erläuterte die wichtigsten Informationen zu Mitgliedschaft und Berufspflichten.

Dr. Dietmar Schröder berichtete vom Stand der Umsetzung der neuen Weiterbildung in der OPK. Nach Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (WBO PT) am 1. Januar 2023 konnte die OPK im März 2023 erste Weiterbildungsstätten nebst Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsinstitute zulassen. Eine Aufnahme der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung ist in der OPK also bereits prinzipiell möglich. Weiterhin wurden die Grundzüge der einzelnen Gebietsweiterbildungen und die Umsetzung der Weiterbildungsordnung erläutert. Herr Dr. Schröder informierte außerdem über die offenen Fragen, Forderungen und Strategien rund um die nach wie vor unzureichende Fi-

nanzierung der Weiterbildung. Die OPK vertritt die Position, dass die Schaffung von anerkannten Weiterbildungsstätten trotz der ungewissen Situation angegangen werden muss.

Zahlreiche Fragen und Anregungen der Studierenden zeigten das rege Interesse an diesen Themen. Im Fokus standen Detailfragen zur Aufnahme einer fachpsychotherapeutischen Weiterbildung – etwa zur bundesweiten Mobilität während der Weiterbildung oder Rechte und Pflichten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung (PtW). Aber auch konkrete Fragen zur bald anstehenden Kammermitgliedschaft – etwa zur Beitragshöhe – stießen auf Interesse.

Aufgrund der positiven Resonanz wird das Format verstetigt.

OPK setzt sich für effizientere Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ein

Im Mai 2023 hat die OPK eine Konzeptskizze mit dem Titel „AKTIV+: Ambulante Kinder- & Jugendlichen-PsychoTherapie +: innovative, integrative & interdisziplinäre Versorgung“ beim Innovationsausschuss des G-BA eingereicht. Der Fokus der Projektidee liegt dabei auf einer flexiblen, interdisziplinären und am individuellen Patientenbedarf orientierten Behandlung. Niedergelassene KJP verordnen, verantworten und bieten in ihren Praxen sowie aufsuchend/mobil multiprofessionelle Versorgung ergänzend zur psychotherapeutischen Versorgung an. Darüber hinaus können psychotherapeutische, psychologische, heilpädagogische, ergotherapeutische, physiotherapeutische u. a.

Leistungen mit entsprechendem Personal in der Praxis angeboten werden, um ein umfassendes Behandlungsspektrum zu realisieren. Zusätzlich besteht die Möglichkeit von Fallbesprechungen mit Kooperationspartnern innerhalb des SGB V (v. a. Kinderärztinnen und -ärzte, Kinder- u. Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Behandelnde der Eltern) sowie SGB-übergreifend (z. B. Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Jugend- und Sozialamt, Schule, Gesundheits- und Schulamt). Damit sollen konkret Kinder und Jugendliche sowie deren Familien erreicht werden, die bisher nicht (ausreichend) in die psychotherapeutische Versorgung aufgenommen werden und/oder bisher nicht

(ausreichend) von der Regelversorgung profitieren konnten.

Im vierten Quartal 2023 entscheidet der G-BA, ob ein Vollantrag erarbeitet werden kann. Wir hoffen auf eine positive Bewertung, um das Projekt und damit die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen weiter voranzubringen. Neben der inhaltlichen Ausarbeitung des Antrages hat die OPK in den letzten Wochen zur Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen verschiedene Gespräche geführt, u. a. mit den Regierungsparteien Bündnis 90/Die Grünen und SPD in Sachsen. Der Innovationsfondsantrag wurde im Gespräch positiv begrüßt.

Fachkonferenz zur stationären Weiterbildung am 7. Juni 2023 in Berlin

Der Vorstand der OPK hat gemeinsam mit dem Ausschuss für Angestellte am 7. Juni 2023 zur Fachkonferenz zur stationären Weiterbildung eingeladen, welche sich vor allem an leitende, (teil-)stationär tätige PP und KJP sowie an

Kammermitglieder richtete, die bereit sind, Verantwortung in der Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu übernehmen. Nach der hohen Resonanz des digitalen Formats im letzten Jahr nahmen etwa

80 Mitglieder wieder in Präsenz an der Veranstaltung teil und nutzten rege den persönlichen und kollegialen Austausch untereinander. Zudem begrüßten wir auch Vertreterinnen und Vertreter der Psychotherapeutenkammer Berlin, da-

runter auch Vorstandsmitglied Michael Krenz, welcher für das Ressort Aus-, Fort- und Weiterbildung zuständig ist.

Obwohl wir in der Umsetzung der neuen Weiterbildung ein großes Stück vorangekommen sind, bestehen weiterhin viele strukturelle und praktische Herausforderungen, welche in den kommenden Monaten und Jahren überwunden werden müssen, um ausreichend Weiterbildungsplätze – auch im stationären Bereich – zu schaffen.

Durch die Veranstaltung führten die Vorsitzende des Ausschusses für Angestellte Anja Thate und der Präsident Dr. Gregor Peikert, welcher zu Beginn

über den aktuellen Stand der (stationären) Weiterbildung und die Bedeutung für unseren Berufsstand referierte. Danach informierte der Rechtsanwalt Dr. Michael Weiß (Seufert Rechtsanwälte) zum Thema „Arbeitsrecht und die Beschäftigung von PP/KJP und PtW“ unter anderem über Tätigkeitsprofile, Vergütung und Arbeitsverträge. Anschließend konnten die Teilnehmenden in vier verschiedenen Workshops die Themen „Antragsstellung für Weiterbildungsstätten/-befugte“, „Arbeitsrecht“ sowie „Austausch leitender Angestellter“ und „aktive Berufspolitik für Angestellte“ vertiefen.

Abschließend wurde deutlich, dass neben den Herausforderungen und aktuell teils schwierigen Rahmenbedingungen in stationären Einrichtungen auch Chancen bestehen, neue Prozesse und Strukturen zu etablieren, um die Psychotherapie und die Position der PP und KJP zu stärken. Eine weiterhin zentrale Frage bleibt jedoch die Finanzierung.

Wir blicken auf eine erfolgreiche Fachkonferenz zurück. Obgleich nach wie vor Unsicherheiten und offene Fragen hinsichtlich der neuen Weiterbildung existieren, äußerten viele Teilnehmende ihren Wunsch und Willen, sich in der Weiterbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses zu engagieren.

Treffen des Vorstandes mit den Ausbildungsinstituten in den OPK-Ländern

Am 14. Juni 2023 fand das Treffen mit den Ausbildungsinstituten in den OPK-Ländern als Videokonferenz statt. Wir freuen uns, dass Vertreterinnen und Vertreter der Institute so zahlreich zusammenkamen, um mit dem Vorstand der OPK aktuelle Themen zu beraten. Außerdem begrüßten wir Herrn Rechtsanwalt Jan Immen, der wertvolle Einschätzungen zu sozialrechtlichen Fragestellungen einbrachte.

Im Fokus stand die Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die OPK berichtete vom Stand der Umsetzung. Nach Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (WBO PT) am 1. Januar 2023

wurden die Verfahrensweisen zur Anerkennung von Weiterbildungsstätten und -befugten entwickelt. Die Prozesse steuert in der OPK eine Vorstands-AG, regelmäßige Feedbackschleifen mit dem AFW-QS-Ausschuss finden statt. Im März 2023 konnte die OPK erste Weiterbildungsstätten nebst Weiterbildungsbefugten sowie Weiterbildungsinstitute zulassen. Vorstandsmitglied Dr. Dietmar Schröder erläuterte die offenen Fragen, Forderungen und Strategien rund um die Finanzierung der Weiterbildung. Die OPK vertritt hier die Position, dass die Schaffung von anerkannten Weiterbildungsstätten trotz der ungewissen Situation angegangen werden muss. Diese wird von den Vertreterinnen und Vertretern der Institute

weitestgehend geteilt. Es folgten konkrete Hinweise zur Antragsstellung und ein Austausch zu Anfragen von Psychotherapie-Studierenden, die die alte Ausbildung anstreben.

Das nächste Treffen wird im November stattfinden.

Geschäftsstelle

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

Die 5. Kammerwahl rückt näher

Die Vorbereitungen für die 5. Kammerwahl laufen planmäßig. Seit dem 31.08.2023 stehen alle zugelassenen Wahlkandidatinnen und Wahlkandidaten fest. Sie können unter <https://opk-kammerwahl.de> einen näheren Blick auf alle Kandidierenden werfen.

Im vierten Quartal dieses Jahres können Sie als OPK-Mitglied wieder die Gelegenheit nutzen, Ihre Stimme abzugeben. So entscheiden Sie aktiv über die Zusammensetzung der nächsten Kammerversammlung mit. Gewählt wird in Form einer Briefwahl. Dafür erhalten Sie Ende Oktober 2023 Ihre Wahlunterlagen sowie das OPK-Spezial zur Wahl.

Bei der Wahl können Sie jede in Ihrem Bundesland kandidierende Person wählen – unabhängig von Ihrem und deren Versorgungsfeld. Dies ist eine Neuerung im Vergleich zur letzten Wahl.

Bis zum 14.12.2023 um 15.00 Uhr müssen Sie Ihre Wahlunterlagen unter der Adresse **OPK, Wahlleiter, Goyastraße 2d, 04105 Leipzig** eingereicht haben. Dann ist die Wahlfrist gewahrt.

Sollten Sie Fragen rund um die Wahl haben, schreiben Sie dem Wahlleiter gerne eine E-Mail an kammerwahl@opk-info.de.

Liebe Kolleg*innen,

seit dem 1. Juli 2023 ist die neue Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen auch bei uns in Rheinland-Pfalz in Kraft getreten! Damit können wir uns als Berufsstand gemeinsam auf den Weg machen, den heutigen Studierenden und zukünftigen Psychotherapeut*innen eine unglaublich fundierte Weiterbildung zu ermöglichen, die nicht mehr in prekärer Abhängigkeit stattfindet, sondern in sozialversicherungspflichtiger Anstellung.

Petition und Anhörung haben gezeigt, dass der Berufsstand gemeinsam mit den Studierenden für eine entsprechende Finanzierung der Weiterbildung kämpft und weiter kämpfen wird. Uns ist sehr bewusst, dass die jetzige Phase des Übergangs von vielen Unsicherheiten, Fragen und Brüchen geprägt ist – so, wie es 1999 auch war.

Wir bereits approbierten Psychotherapeut*innen sind gefordert, die neue Weiterbildung für unseren Nachwuchs entscheidend gemeinsam mitzugestalten – als Weiterbildungsbefugte, Supervisor*innen, Dozent*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen. Es ist auch eine historische Chance, unser berufliches Standing und unsere Autonomie als akademischer Heilberuf insbesondere im stationären Bereich als neue Weiterbildungsbefugte maßgeblich weiterzuentwickeln und den Aufbau als Weiterbildungsstätte mitzugestalten und zu prägen.



Sabine Maur, Präsidentin der LPK RLP

Wir als Kammer tun alles dafür, Sie bei der Antragstellung zu beraten und unterstützen!

Mit kollegialen Grüßen

Sabine Maur
Präsidentin der LPK RLP

Zwei Jahre nach der Flut: Psychotherapiebedarf im Ahrtal weiter „riesig“

Die Flutkatastrophe im Ahrtal jährte sich im Juli schon zum zweiten Mal. Nach wie vor sind unzählige Menschen durch die Katastrophe und ihre Folgen psychisch sehr belastet und finden keine Hilfe, da das Versorgungssystem überfordert ist. Es gibt zu wenig Kassensitze für die große Zahl an Hilfesuchenden; die wenigen Psychotherapeut*innen vor Ort arbeiten am Rand ihrer Belastungsgrenze.

Dies teilte die LPK RLP der **dpa** mit, die um eine Einschätzung der aktuellen Lage im Ahrtal gebeten hatte.

Die Landespsychotherapeutenkammer und die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz setzen sich seit der Flutkatastrophe für die Schaffung von zusätzlichen Kassensitzen ein, um die Behandlungskapazitäten zu erweitern.

Der Zulassungsausschuss hat auf dem Wege der Sonderbedarfszulassung im Jahr 2022 fünf Psychologische Psychotherapeut*innen (PP) und zwei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) mit Teilversorgungsaufträgen zugelassen, im April 2023 dann weitere fünf PP und ein(e) KJP, im Mai noch mal ein(e) KJP. „Wir freuen

uns über die zusätzlichen Therapieplätze, die dazu beitragen, die Versorgungssituation zu verbessern. Es ist aber davon auszugehen, dass in dieser Ausnahmesituation weitere Genehmigungen folgen müssen“, teilte die Kammer der dpa mit.

Die dpa-Meldung „Bedarf an Psychotherapie im Ahrtal weiter ‚riesig‘“, wurde am 10. Juli 2023 von zahlreichen Medien veröffentlicht, unter anderem von der **Süddeutschen Zeitung**, **Frankfurter Allgemeinen Zeitung**, **Ärztzeitung**, dem **Ärzteblatt**, **RTL**, dem **Stern** und dem **Volksfreund**.

Neue Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen in Kraft getreten – Neue Formulare und Informationen auf der LPK-Homepage



(Foto: iStock/MissTuni)

Seit dem 1. Juli 2023 ist es in Rheinland-Pfalz so weit:

Die neue Weiterbildungsordnung für die approbierten Absolvent*innen der neuen akkreditierten Studiengänge ist in Kraft getreten!

Jahrzehntelang hat der psychotherapeutische Berufsstand für eine Verbesserung der bisherigen Ausbildungsbedingungen gekämpft und in den letzten Jahren sind wichtige Meilensteine erreicht worden. Die neuen Studiengänge sind akkreditiert und die ersten Studierenden bereits seit Wintersemester 2020/21 in den drei großen rheinlandpfälzischen Universitäten gestartet.

Was sind die zentralen Veränderungen der Ausbildungsreform?

Der Studiengang hat nun einen deutlich praktischeren Fokus, der auch verschiedene Praktika und das Sammeln von Berufserfahrung direkt an Patient*innen ermöglicht. Auf diese Weise werden die Absolvent*innen der neuen Psychotherapiestudiengänge ähnlich wie Medizinstudierende bereits auf die Approbationsprüfung vorbereitet und können diese im Anschluss an den Masterabschluss ablegen. Ähnlich wie Assistenzärzt*innen können die approbierten neuen Psychotherapeut*innen danach eine mindestens fünfjährige **Gebietsweiterbildung** zum/zur Fachpsychotherapeut*in in einem der

drei Gebiete absolvieren (1. Erwachsenenalter, 2. Kindes- und Jugendalter, 3. Neuropsychologische Psychotherapie). Eine Gebietsweiterbildung findet in sozialversicherungspflichtiger Anstellung statt, sodass auch hier eine Angleichung an den ärztlichen Berufsweg stattgefunden hat.

Daneben existieren außerdem **Bereichsweiterbildungen**, mit deren Abschluss eine sogenannte Zusatzbezeichnung für den jeweiligen Bereich (z. B. Schmerzpsychotherapeut*in) erworben werden kann. Es sind somit Spezialisierungen, die bislang nach der Approbation als Psychologische*r Psychotherapeut*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in erworben werden konnten. Dies wird auch in Zukunft für diese beiden Berufsgruppen und für die neue Berufsgruppe der Fachpsychotherapeut*innen möglich sein.

Durch die neue Weiterbildungsordnung haben wir das Fundament zur Umsetzung der neuen Weiterbildung gelegt – nun gilt es, auch eine entsprechende Infrastruktur aufzubauen, Weiterbildungsstätten zu etablieren und die neuen Vorgaben mit Leben zu füllen. Die Studierenden sind darauf angewiesen, dass wir die Strukturen rechtzeitig schaffen und ihnen damit möglichst nahtlos den Übergang in die Gebietsweiterbildung ermöglichen. Auch wenn die erste große Welle an Absolvent*innen der neuen

Psychotherapiestudiengänge erst 2025 mit knapp 200 Personen in Rheinland-Pfalz erwartet wird, gibt es bundesweit und an manchen Privatuniversitäten bereits jetzt Kandidat*innen, die gerne so zeitnah wie möglich eine Gebietsweiterbildung beginnen möchten und daher bundesweit nach entsprechenden Plätzen suchen.

Sollten Sie selbst die Gründung einer Weiterbildungsstätte in Erwägung ziehen oder als Supervisor*in und/oder Selbsterfahrungsleiter*in in einer Gebiets- oder Bereichsweiterbildung tätig werden wollen, möchten wir Sie zur Antragstellung ermutigen! Die neuen Formulare hierzu finden Sie auf unserer Homepage unter **Psychotherapeut*innen / Formulare / Weiterbildung**.

Weitere Informationen

Alle wichtigen Informationen rund um das Thema „Weiterbildung“ haben wir auf unserer Homepage unter **Psychotherapeut*innen / Weiterbildung** für Sie zusammengestellt. Ein eigenes Unterkapitel widmet sich ausschließlich der neuen Psychotherapieweiterbildung. Die **„Fragen und Antworten zur Weiterbildung“** auf unserer Homepage haben wir für Sie erweitert und aktualisiert.

Die Landespsychotherapeutenkammer stellt Ihnen außerdem gebündelte Informationen in **Info-Broschüren und Flyern** zur Verfügung, die sie alle in der Rubrik **Weiterbildung** auf unserer Homepage zum Download finden.

Darüber hinaus steht Ihnen unsere Referentin für Fort- und Weiterbildung, **Frau Dr. Schäfer**, gerne zur Beratung zur Verfügung.

Kontakt:

Tel.: 06131–93055-18

E-Mail: kammer@lpk-rlp.de

Clemens Hoch besucht Kammergeschäftsstelle: Intensiver Austausch zwischen Gesundheitsminister und Landespsychotherapeutenkammer



V. l. n. r.: Peter Andreas Staub, Petra Regelin, Sabine Maur, Clemens Hoch, Dr. Andrea Benecke, Ulrich Bestle

Der rheinland-pfälzische Gesundheitsminister **Clemens Hoch** hat am 16. Mai 2023 die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zu einem intensiven Austausch mit dem Kammervorstand besucht. An dem Gespräch mit dem Minister waren Kammerpräsidentin **Sabine Maur**, Vizepräsidentin **Dr. Andrea Benecke**,

die Vorstandsmitglieder **Peter Andreas Staub** und **Ulrich Bestle** sowie Geschäftsführerin **Petra Regelin** beteiligt.

Der Vorstand dankte dem Minister für die bisherige vertrauensvolle und verlässliche Zusammenarbeit, unter anderem für seinen Einsatz für eine bessere Bedarfsplanung sowie für eine bedarfs-

gerechte psychotherapeutische Versorgung im Ahrtal.

Es wurden außerdem Fragen der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung in Rheinland-Pfalz und bundesweit erörtert. Der Minister sprach sich ausdrücklich für eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung aus. Wer einen Behandlungsplatz benötige, solle auch einen bekommen.

Ausführlich besprochen wurden Möglichkeiten der Prävention psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, beispielsweise durch Gruppenangebote.

Der Vorstand erläuterte zudem die bestehenden Probleme bezüglich der fehlenden Plätze für die stationäre psychotherapeutische Weiterbildung. Der Minister sagte seine Unterstützung bei der Schaffung von Weiterbildungsplätzen an Kliniken in Rheinland-Pfalz zu.

Veranstaltungsreihe speziell für angestellte Psychotherapeut*innen: Auch Psychotherapeut*innen sollten Dienste in Kliniken übernehmen

Am 11. Juli 2023 setzte die LPK RLP ihre Veranstaltungsreihe speziell für angestellte Psychotherapeut*innen fort, diesmal zum Thema „Psychotherapeutische Dienste in Kliniken“. Durch die Online-Veranstaltung führten die Vorstandsmitglieder **Dr. Andrea Benecke** und **Marcel Hünninghaus**. Als Referentinnen eingeladen waren **Yvonne Hoffmeister** (PP; Psychotherapeutische Leitung Psychiatrische Abteilung Gerolstein, Marienhaus Klinikum Eifel) und **Susanne Rosenzweig** (KJP; Therapeutische Leitung der Kinder- und Jugendambulanz und der beiden Akutstationen der Vitos Klinik für psychische Gesundheit Riedstadt).

Die Notwendigkeit des Zugangs zu Psychotherapie, auch in Akut- und Ausnahmesituationen, wird in der Richtlinie zur Personalausstattung von Psychiatrie und Psychosomatik betont. Psychotherapeut*innen bietet sich durch Übernahme von Bereitschafts-, Nacht- und Hintergrunddiensten die Möglichkeit, einen wertvollen Beitrag zum Gelingen einer leitliniengerechten Behandlung zu leisten und Verantwortungsbewusstsein unter Beweis zu stellen. Insbesondere vor dem Hintergrund des Ärztemangels offerieren Dienste die Chance, psychotherapeutische Expertise in Krisensituationen gewinnbringend einzusetzen.

Frau Hoffmeister stellte in ihrem Vortrag die anfallenden Aufgaben innerhalb eines 24-Stunden-Dienstes vor und betonte die besondere Eignung von Psychotherapeut*innen für diese Tätigkeiten. Frau Rosenzweig erläuterte anschließend das Dienstsysteem der Vitos Klinik für psychische Gesundheit in Riedstadt, in das seit einem Jahr KJP integriert sind und erklärte die konkreten Aufgaben des PvD (Psychotherapeut vom Dienst). Sie machte dabei wichtige Rahmenbedingungen und Herausforderungen deutlich und legte dar, welche Chancen die Übernahme von Diensten für den Berufsstand bieten.

„Kranker Planet, gesunde Psyche?“ – Aktivitäten der LPK-Vorstandsbeauftragten für Klima-Psychologie und neue Homepage-Rubrik



Klimaschutz ist auch Gesundheitsschutz! (Foto: AdobeStock_455801976)

Unter dem Titel „Psychische Gesundheit in einer sich verändernden Welt“ fand am 21. Juni 2023 das 32. Alzeyer Symposium an der Rheinessen-Fachklinik Alzey statt. Die Vorstandsbeauftragte für Klimapsychologie der LPK RLP, **Kathrin Macha**, war eingeladen worden, einen Workshop anzubieten und an der abschließenden Podiumsdiskussion teilzunehmen. In ihrem Workshop „Kranker Planet, gesunde Psyche?“ gab Frau Macha einen Überblick über die psychischen Auswirkungen der Klimakatastrophe, erläuterte, welche Personengruppen besonders vulnerabel sind und wie psychische Resilienz in diesem Kontext aussieht.

Die Teilnehmer*innen der Podiumsdiskussion erörterten den Umgang mit der Klimakatastrophe und hinterfragten die mediale Fokussierung auf negative Schlagzeilen. Diskutiert wurde auch die Bedeutung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die psychische Gesundheit, wobei Parallelen zwischen den Auswirkungen der Klimakatastrophe sowie denen der Corona-Pandemie und der Lockdowns gezogen wurden.

Weiterhin besteht auch mediales Interesse an der Expertise der LPK-Vorstandsbeauftragten für Klimapsychologie. Das unabhängige österreichische Online-Magazin **relevant** hat für einen

Artikel über Hitzewellen und deren fatale Auswirkungen, besonders auf Menschen mit psychischen Erkrankungen, ein Interview mit Kathrin Macha geführt. In dem Text wird auch auf die Broschüre „Klima-Notfall“ der LPK RLP verwiesen, die auf der Kammer-Homepage zum Download bereitsteht. Den Artikel „Gegen den stillen Tod“ von Lukas Bayer, der am 21. Juni 2023 online veröffentlicht wurde, finden Sie über unsere Homepage.

Neue Homepage-Rubrik „Klimakatastrophe und psychische Gesundheit“

Eine neue Rubrik im **Info-Portal** auf der LPK-Homepage bündelt zahlreiche Informationen und Aktivitäten der Kammer rund um das Thema „Klimakatastrophe und psychische Gesundheit“. Dort finden Sie unter anderem die Klima-Broschüre der LPK RLP, einen Hitzeschutzplan für psychotherapeutische Praxen, Resolutionen der LPK RLP und des DPT zum Thema Klimakatastrophe, entsprechende Medienbeiträge sowie Berichte über Aktivitäten der Vorstandsbeauftragten für Klimapsychologie. Die neue Rubrik macht deutlich, wieso Klimaschutz auch Gesundheitsschutz ist.

Neue Rubrik auf der LPK-Homepage macht Kammer-Arbeit transparenter



Was passiert hinter den Kulissen?
(Foto: iStock/Sam Edwards)

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz setzt sich in zahlreichen Gremien und Institutionen mit großer thematischer Bandbreite für die

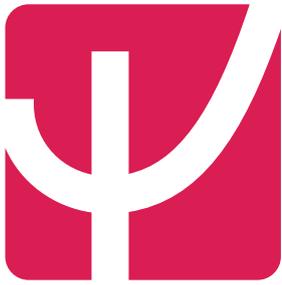
Interessen von Psychotherapeut*innen und psychisch kranken Menschen ein. Die Kammer wird dort in der Regel von einem oder mehreren Mitgliedern des Kammervorstands und/oder der Kammergeschäftsführerin vertreten.

Um die politische Kammerarbeit transparenter zu machen, gibt es nun eine neue Rubrik auf der LPK-Homepage: Unter Über uns / **Die LPK RLP in (politischen) Gremien** finden Sie Informationen zu den Gremien und Institutionen, in denen die Kammer für Sie aktiv ist, beispielsweise dem Landesausschuss

für Krankenhausplanung, der Fachkommission Maßregelvollzug oder dem Runden Tisch „Post-Covid“.

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

55 Fragen an die Seele – 10 an Prof. Dr. Tanja Michael und Corinna Hartmann

Wie können wir trotz Krisen und Alltagsbelastungen gute Gewohnheiten entwickeln und wieder ins seelische Gleichgewicht gelangen – mit dieser Frage beschäftigen sich Prof. Dr. Tanja Michael und Corinna Hartmann anhand neuester Forschungsergebnisse in einem gemeinsam publizierten Buch. Prof. Dr. Tanja Michael leitet seit 2009 den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie die Psychotherapeutische Universitätsambulanz und das Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie an der Universität des Saarlandes. Sie publiziert regelmäßig in renommierten Fachzeitschriften und hat die aktuellen Behandlungsleitlinien der Posttraumatischen Belastungsstörung mitverfasst. Corinna Hartmann ist Psychologin und berichtet als Wissenschaftsjournalistin über Psychologie, Hirnforschung und seelische Gesundheit, unter anderem für „ZEIT Wissen“, „Psychologie Heute“ und „Quarks“.

Wie die Idee, gemeinsam ein Buch zu schreiben, entstanden ist, und was es mit diesem auf sich hat, erfahren Sie in diesem Interview mit den Autorinnen.

Susanne Münnich-Hessel: Sie haben gemeinsam an Ihrem Buch „55 Fragen an die Seele“ gearbeitet. Woher kennen Sie sich eigentlich?

Corinna Hartmann (CH): Tatsächlich habe ich bei Tanja Michael studiert, wir kannten uns aber nicht wirklich aus dieser Zeit. Erst als ich schon als Wissenschaftsjournalistin für „Spektrum der Wissenschaft“ gearbeitet habe, habe ich Tanja für einen Beitrag im Magazin kontaktiert.

Prof. Dr. Tanja Michael (TM): Über die Anfrage habe ich mich sehr gefreut. Weil ich witzigerweise am Vorabend einen Artikel von Corinna gelesen hatte, der mir sehr gut gefallen hat, habe ich gleich „ja“ gesagt. Bei der Arbeit an dem gemeinsamen Text haben wir gemerkt, dass wir sehr gut zusammenarbeiten können.

CH: Wir hatten beide den Eindruck, dass viele wichtige Erkenntnisse der Psychologie nicht bei den Menschen ankommen, die davon profitieren könnten. Das wollten wir mit einer gemeinsamen Veröffentlichung ändern.

Welches sind Ihre Themenschwerpunkte und wie flossen diese in das Buch ein? Was ist Ihnen besonders wichtig dabei?

TM: Am wichtigsten war uns, dass das, was wir schreiben, wissenschaftlich fundiert und differenziert ist. Dafür stehen wir beide ein. Dabei wollten wir aber gerade nicht in einen allzu fachlichen Ton verfallen, sondern eine klare Sprache finden, die jede und jeder versteht. Gleichzeitig legten wir Wert darauf, dass es keine trockene Lektüre wird, sondern dass man im Optimalfall in „55 Fragen an die Seele“ auch genüsslich schmökern kann.

In welche Kategorie ordnen Sie Ihr Buch ein? An wen richtet es sich?

CH: Es ist ein Sachbuch, man könnte es aber durchaus auch als Ratgeber bezeichnen, denn es sind viele praktische Tipps und Übungen enthalten – etwa, wie man konstruktiv mit Wut umgeht, wie man Schuldgefühle loslässt, Stress



Corinna Hartmann & Prof. Dr. Tanja Michael

vermeidet oder mehr Erholung aus dem Feierabend herausholt. Die Zielgruppe sind alle, die sich für Psychologie interessieren, die sich fragen, was resiliente Menschen ausmacht, wie man Grübelschleifen durchbricht, starken Gefühlen standhält oder ein Leben gestaltet, das zu einem passt.

Die Resilienz ist ja gerade in den aktuellen Zeiten ein wichtiges Thema. Was hat Sie bewogen, das Thema anzugehen, was wollen Sie mit Ihrem Buch bewirken?

TM: Die Psychologie hat in den letzten Jahren durchschlagende Erkenntnisse geliefert, nur kommen diese oft nicht bei den Leuten an. Es gibt wirksame Wege, unser Innerstes zu festigen, Ängste zu überwinden und frische Perspektiven einzunehmen. Die wollten wir mit unserem Buch einem breiten Publikum näherbringen. Manchmal hilft es auch schon, wenn man eine Erklärung für ein quälendes Phänomen hat, etwa dafür, dass Probleme nachts auf einmal so viel größer erscheinen als am Tag. Warum das so ist, verraten wir in „55 Fragen an die Seele“.

CH: Im ersten Teil des Buchs ergründen wir zunächst einmal, was das überhaupt sein soll, die Seele. Im zweiten Teil sehen wir uns ihre Mechanik genauer an: Wie ist diese komplizierte Apparatur aufgebaut und welchen Regeln folgt sie? Wie lassen sich ihre Warnhinweise verstehen und was kann man tun, wenn sich Alarmzeichen bemerkbar machen? Im dritten Teil widmen wir uns den Äußerungen unseres Seelenlebens, die uns im Alltag am eindringlichsten begegnen: den Gefühlen von Angst bis Zorn. Im vierten und letzten Teil gehen wir über die Erfüllung seelischer Grundbedürfnisse hinaus. Hier fragen wir: Wie führt man ein gutes Leben? Wie fasst man Mut? Wo finden wir Sinn?

Ein Buch zu schreiben, ist ja eine große Aufgabe. Wie waren der zeitliche Rahmen und der Verlauf des Schreibens?

TM: Wir haben Anfang 2022 das Konzept zum Buch erarbeitet und erste Probekapitel geschrieben. Als dann im April klar war, dass ein renommierter Verlag das Buch gerne mit uns umsetzen will, begann die intensive Phase des Schreibens. Ende März 2023 stand das Manuskript.

Wie sah die Zusammenarbeit genau aus? Wie haben Sie sich ausgetauscht?

TM: Wir haben uns jeden Freitag per Zoom getroffen, die nächsten Kapitel besprochen und die Rechercheaufgaben für die kommende Woche verteilt. Es hat total Spaß gemacht, über die 55 Fragen – manche davon waren ja wirklich große Fragen – zu diskutieren und gemeinsam Antworten zu finden, zum Beispiel auf „Lässt sich das Glück festhalten?“ oder „Wie fasst man Mut?“.

CH: Die besten Ideen sind wirklich in diesen Gesprächen entstanden. Wir haben uns gegenseitig gefragt: „Wie war das in deinem Leben, wenn eine große Entscheidung anstand?“ oder „Was rätst du deinen Patientinnen und Patienten, wenn sie sich einsam fühlen?“. Aus diesem Austausch und der intensiven Recherche sind unsere 55 Antworten entstanden.

Was macht Ihrer Meinung nach das Besondere an diesem Buch aus? Ist es anders als andere Ratgeber?

CH: Wir nehmen unsere Leserinnen und Leser sehr ernst, möchten ihnen keine einfachen Wahrheiten präsentieren oder ihnen Dinge erzählen, die sie längst selbst wissen. Die Basis unseres Buchs sind deshalb neuste Zahlen und überraschende Studienergebnisse, die wir möglichst differenziert darstellen. Wir hatten dabei den Anspruch, Wissenschaftlichkeit und Wärme zu verbinden. Wir wollten bei aller Liebe für Fakten nie aus den Augen verlieren, dass es hier um Menschen und ihre Erfahrungen geht, um Sorgen und Sehnsüchte. Deshalb haben wir zur Beantwortung der 55 Fragen nicht nur die Psychologie zurate gezogen, sondern auch einen Blick in die Philosophie gewagt – und in die Weltliteratur.

Und dann interessiert die Leserinnen und Leser sicher, wie es zu dem Titel kam?

TM: Als wir das Konzept erarbeitet haben, fanden wir, dass es besonders natürlich ist, ein Frage-Antwort-Format zu wählen. Der Begriff „Seele“ kommt ja in der Wissenschaft eigentlich nicht vor. Dort ist eher die Rede von der Psyche. Wir haben uns aber für den Begriff Seele entschieden, weil er weniger unpersönlich ist und mehr repräsentiert, wer wir wirklich sind. In unserem Buch geht es weniger um das Gehirn als um unsere innere Stimme, unsere Identität, unsere Sorgen, Sehnsüchte und Gefühle. Kurz: Es geht darum, was uns die moderne Psychologie über unser Leben lehren kann.

Wie war das gemeinsame Schreiben? Wo waren Höhen und Tiefen? Gibt es Erinnerungen, die Sie unseren Leserinnen und Lesern schildern können?

TM: Die gemeinsame Arbeit am Buch war insgesamt toll. Wir vermissen unsere Freitagsrunden. Es gab aber auch eine Phase im Winter 2022, da dachten wir, wir können den Abgabetermin nicht einhalten. Zusammen mit unseren anderen Verpflichtungen und Projekten wurde es zu viel, wir waren extrem

gestresst. Wir haben uns dann auf unsere eigenen Tipps besonnen und uns Zeit für Sport und Spaziergänge im verschneiten Wald gegönnt. Und wir konnten uns immer austauschen, wenn es eng wurde. Zum Glück waren wir zu zweit!

Was sind die wichtigsten Fragen an die Seele? Auch für Sie selbst?

TM: Ganz persönlich ist für mich die Frage, warum wir in der Natur aufblühen, eine besonders wichtige, weil ich wirklich sehr viel Kraft aus der Natur schöpfe. Zu ergründen, welche genauen Mechanismen dahinterstecken, fand ich hochinteressant.

CH: Für mich ist die vielleicht wichtigste Frage an die Seele eine, die wir auch in unserem Buch stellen: „Wie bin ich mir ein guter Freund?“ Wie wir mit uns selbst umgehen, bestimmt nämlich maßgeblich, wie sehr wir Erfolge genießen und Krisen meistern können. Und doch sind wir oft zu niemandem so hart wie zu uns selbst. Wenn wir es aber schaffen, eine Haltung des Selbstmitgefühls zu entwickeln, uns selbst beizustehen und auch dann nett zu uns zu sein, wenn es mal nicht so gut läuft, wird alles gleich ein Stück leichter. Im Buch gibt es dazu eine Übung, die auch mir immer hilft, wenn es mir mal nicht so gut geht. Eigenverantwortlich zu handeln und dabei empathisch mit sich selbst zu bleiben – ich glaube, darauf kommt es an.

Ja, das ist eine wichtige Botschaft an uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, auch die Selbstfürsorge nicht aus den Augen zu verlieren, gerade weil wir häufig bis zu unseren Grenzen – oder manchmal auch darüber – gehen in unserer psychotherapeutischen Tätigkeit. Danke an Sie beide für das Gespräch!

Prof. Dr. Tanja Michael & Corinna Hartmann (2023)304: 55 Fragen an die Seele. Wie sie tickt und was ihr Halt gibt. 304 S. dtv.

Das Interview führte:
Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel
Vizepräsidentin der PKS

„Qualitätssicherung Psychotherapie?!“ – ein Update zum aktuellen Stand

Ein Veranstaltungsbericht der PKS

Wir Psychotherapeut*innen (KJP und PP) nehmen an umfangreichen Maßnahmen zur Absicherung der Behandlungsqualität teil: Supervision, Intervention, Qualitätszirkel-Arbeit, Fort- und Weiterbildungsangebote kennzeichnen unseren Berufsalltag. Steigende Nachfrage und steigende Fallzahlen in der ambulant-psychotherapeutischen Versorgung führten in den letzten Jahren dennoch zunehmend zu politischen Forderungen nach standardisierten Qualitätssicherungsnachweisen für unser psychotherapeutisches Handeln.

In verschiedenen Gesetzgebungsverfahren wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung für unsere psychotherapeutische Tätigkeit ausdifferenziert. Mit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz 2019 wurde schließlich seitens des Gesetzgebers ein Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erteilt, ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung bis zum 31. Dezember 2022 zu entwickeln.

Wie ist der aktuelle Stand? Sind die geplanten Maßnahmen sinnvoll? Was bedeuten sie für die psychotherapeutische Tätigkeit in unseren Praxen? Wird dann das Gutachterverfahren abgeschafft?

Am Dienstag, den 27. Juni 2023 lud die PKS zu einer Online-Fortbildungsveranstaltung ein. 21 interessierte Mitglieder nahmen an der Veranstaltung teil. Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel, Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes informierte im Detail über die Rolle des G-BA und des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Für uns relevante Qualitätsaspekte und Qualitätsindikatoren sind

vom IQTIG entwickelt worden und auf dessen Website abrufbar. Die hierzu entwickelten Fragebögen werden sowohl von den Psychotherapeut*innen und den Patient*innen ausgefüllt. Aus ihrer Erfahrung als Mitglied der Bund-Länder-AG Qualitätssicherung berichtete die Referentin aus „erster Hand“.

Die Planungen des jetzigen IQTIG, Dokumentationsindikatoren bezüglich Leistungserbringer*innen, Patientenbefragungen sowie der aktuelle Stand wurden dargestellt. Sie beleuchtete die verschiedenen Dokumentationsindikatoren, die geplant sind. Das IQTIG differenziert zunächst Qualitätsbereiche und Qualitätsindikatoren für eine Messung. Diese wurden im veröffentlichten Zwischenbericht des IQTIG im Februar 2019 dargestellt. Es sollen Daten zur Dokumentation in der Praxis (sogenanntes Klassikverfahren) und Daten über eine Patientenbefragung erhoben werden. Hierzu wird dann für die Richtlinie definiert, wie hoch der Prozentsatz zur Erfüllung eines Indikators sein muss. Fällt man mit einem statistischen Ergebnis dann unter den Durchschnitt der anderen Kolleg*innen, wäre das ein Aufgreifkriterium, welches daraufhin von den Landesarbeitsgemeinschaften bewertet und je nach deren Beurteilung gegebenenfalls auch zu Sanktionen führen könnte, im Extremfall z. B. Honorarkürzungen. Im weiteren Verlauf wurden Kritikpunkte an dem geplanten Qualitätssicherungsverfahren beleuchtet. Eine statistische Erfassung von Qualität in der Psychotherapie ist schwierig bis unmöglich. Auch könnte die Veröffentlichung derartiger statistischer Ergebnisse in Verbindung mit einem Benchmarking negative Auswirkungen haben. In der Patientenbefragung werden Bewertungen von Patient*innen aufgenommen, die aufgrund ihres Krankheitsbildes oder ihrer Persönlichkeitsstruktur zu negativeren oder positiveren Wertungen neigen. Dies könnte zu einer nicht gewollten Risikoselektion füh-



© Tumisu auf Pixabay

ren. Kleine Fallzahlen in den einzelnen Praxen könnten ebenfalls zu verfälschten Ergebnissen führen. Die Tatsache, dass die Patientenbefragung erst nach Ende der psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt wird, bedeutet, dass sie für die laufende Behandlung keine fachliche Bedeutung hat und keinen Benefit für die Patient*innen bringt.

Die Scharfstellung des QS-Verfahrens wird vermutlich frühestens im Laufe des Jahres 2025 in Form einer Erprobung erfolgen. In diesem Zusammenhang wurde seitens der Referentin auch die damit verbundene Abschaffung des Gutachterverfahrens sowie mögliche Konsequenzen kritisch beleuchtet.

In der Diskussion unter den Teilnehmenden wurde deutlich, wie wichtig es ist, sich berufspolitisch für die Interessen der Profession – sei es in den Kammern, in den KVen oder in den Berufsverbänden – einzusetzen und auch über die Teilnahme an Wahlen (die Kammerwahl für die PKS findet dieses Jahr statt!) die Interessensvertretung zu stärken. Mit diesem Einsatz, der rückblickend schon vieles erreicht hat, kann die psychotherapeutische Tätigkeit zukunftssicher gestaltet werden!

Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel
Vizepräsidentin der PKS

„Erfahrungen mit der Eröffnung einer privaten oder kassenärztlichen Praxis“

Ein Veranstaltungsbericht der PKS

Eine private oder kassenärztliche Praxis zu eröffnen, ist spannend und aufregend, neben vielen zu beachtenden Dingen und mancher Unsicherheit!

Zur Referentin: Silke Wendels M. A., ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes. Nach ihrem Studium der Sonderpädagogik, Psychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München (2002), war sie nach kurzzeitiger Privatpraxis ab 2018 in einer Gemeinschaftspraxis anteilig im Jobsharing in Saarbrücken tätig, bis sie im Juli 2020 den Schritt in die Selbstständigkeit in eigener Praxis in St. Wendel gewagt hat.

Zur Veranstaltung: Am Montag, den 19. Juni 2023, lud die PKS zu einer Online-Fortbildungsveranstaltung als interaktives Treffen unter Kolleg*innen ein.

Silke Wendels berichtete von ihren eigenen Erfahrungen, gab Tipps und Hinweise. Moderiert von Christian Lorenz,

Geschäftsführer der PKS, konnten sich die 26 Teilnehmenden austauschen und gezielt Fragen zu den Erfahrungen mit der Eröffnung einer Praxis stellen.

Die folgenden Themenschwerpunkte wurden intensiv diskutiert:

- Praxis: Lage, Ausstattung, Mietvertrag, Umfeld – was gibt es zu beachten?
- Anschriften (Änderung): Wer ist alles zu informieren?
- Praxisschild, Briefbögen, Internetauftritt, Online-Suchdienste: Was kommt gut an?
- IT-Ausstattung, Datenschutz: Was ist empfehlenswert?
- Mitarbeitende: Woran ist zu denken?
- Versicherungen: Pflicht und Kür?
- Kooperationsformen: Wie ist das zu organisieren?

Deutlich wurde das vielschichtige Spektrum der zu bedenkenden Sachverhalte und Notwendigkeiten. Die Idee, „einfach nur“ therapeutisch tätig sein zu



© Moondance auf Pixabay

wollen, erweist sich als illusorisch. Eine gute Informationsbasis hinsichtlich rechtlicher Belange und Vorgaben aus verschiedenen Bereichen – beginnend bei Anmietung von Immobilien über berufsrechtlich bis hin zu steuerrechtlich oder versorgungstechnisch relevanten Fragestellungen – ist erforderlich.

Im beruflichen Alltag des*der Psychotherapeut*in ist neben der fachlichen Expertise die Erfahrung ein wertvolles Gut. Das Teilen dieser Expertise, gepaart mit weiteren Informationen, war Ziel der Veranstaltung.

Silke Wendels M. A.
Beisitzerin der PKS

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Silke Wendels, Christian Lorenz, Lisa Zender

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/95455-56
Fax: 0681/95455-58
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleg*innen,



es herrscht weiter Krieg. In der Ukraine und an vielen anderen Orten in der Welt. Der Klimawandel wird zunehmend deutlich und bedroht die Menschheit insgesamt und viele Menschen ganz besonders. Eigentlich könnte ich nun aufhören zu schreiben. Alles Weitere scheint belanglos. Aber vielleicht auch nicht. Vielleicht sind es ja die alltäglichen Aktivitäten, das Arbeiten an Zielen, die Umsetzung von Werten, welche dazu beitragen, kleine und große Änderungsprozesse anzustoßen. Daher nun ein paar Informationen aus der PKSH.

Wir berichten diesmal auf unseren Länderseiten u. a. vom Treffen der Nordkammern (Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) in Lübeck. Wir waren so beeindruckt von den Berichten der Studierenden aus Lübeck, dass wir uns entschieden haben, dazu auch ein Interview zu veröffentlichen.

Der 8. Norddeutsche Psychotherapietag ist von den etwa 70 Teilnehmenden insgesamt sehr positiv aufgenommen und bewertet worden. Wir werden daher auch im nächsten Jahr wieder eine Veranstaltung durchführen. Zukünftig sollen die Norddeutschen Psychotherapietage immer am ersten Samstag im Juni jeden Jahres stattfinden. Darüber hinaus möchten wir ab 2024 in Kooperation mit den anderen Psychotherapeutenkammern im Norden regelmäßig Online-Fortbildungen anbieten.

Ende Juni fand die Auftaktveranstaltung „Pakt für Gesundheitsberufe“ statt, die vom Ministerium für Justiz und Gesundheit initiiert worden ist. Wir werden uns aktiv v. a. an der Arbeitsgruppe „Weiterbildungsstätten“ beteiligen, ein Thema, welches für uns im Rahmen der neuen Weiterbildung von zentraler Bedeutung ist. Auch haben wir in den letz-

ten Wochen verstärkt den Kontakt zu Vertreter*innen der Landespolitik gesucht und erste Gespräche geführt, um diese auf unsere besonderen Anliegen und Interessen hinzuweisen. Bislang sind wir auf interessierte Gesprächspartner*innen getroffen, die zu einem offenen Austausch angeregt haben.

In einem Gespräch mit der Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen, aus Berichten von „Betroffenen“ und von den Helfenden in diesem Wirkungsfeld wird von zunehmend erkennbaren psychischen Störungen, insbesondere auch von Angststörungen berichtet. Es ist der Wunsch der Landesbeauftragten, dass wir als Psychotherapeut*innen Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen bedarfsgerecht psychotherapeutische Angebote machen, indem wir z. B. Psychotherapie in leichter Sprache anbieten.

Von großer Bedeutung war die Kammerversammlung am 7. Juli 2023 in Kiel. Zentrales inhaltliches Thema war die Diskussion um die neue Weiterbildung. Dabei ergaben sich, angeregt durch unseren Justitiar mit Unterstützung der Aufsichtsbehörde, völlig neue Aspekte, die bislang in der bundesweiten Diskussion keine Rolle gespielt haben. So hat die Kammerversammlung einstimmig beschlossen, dass die neue Weiterbildungsordnung für alle approbierten Kammermitglieder gleich gelten soll. So muss diese Übergangsregelungen enthalten, nach denen es PP/KJP möglich wird, die neuen Weiterbildungsbezeichnungen zu führen. Diese Herausforderung wird sicher nach der „Sommerpause“ in den unterschiedlichen Gremien zu bearbeiten sein.

Seit August haben wir auch einen Prüfungsausschuss „Sozialmedizin“. Damit können Kolleg*innen, welche die Zusatzbezeichnung erhalten wollen, ihre Unterlagen gemäß der geltenden Weiterbildungsordnung einreichen.

Und natürlich: Wir bereiten gerade den Haushaltsentwurf für 2024 vor. Es lässt sich wohl nicht vermeiden, dass unsere Mitgliedsbeiträge wegen der zunehmenden Personal- und Sachkosten weiter steigen werden. Wir hoffen dafür auf Ihr Verständnis.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. phil. Clemens Veltrup
Präsident

13. Nordkammertreffen in Lübeck

Seit 2004 treffen die Nordkammern – die Psychotherapeutenkammern Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein – sich regelmäßig zum Austausch. 2023 lud die PKS H die Vorstände und die Geschäftsführer*innen der anderen Nordkammern in das Hotel Park Inn in Lübeck ein. 18 Vorstandsmitglieder bzw. Geschäftsführer*innen nahmen an dem ganztägigen Treffen am 24. Juni 2023 teil. Der Schwerpunkt der Veranstaltung lag auf einem Austausch hinsichtlich der Umsetzung der Weiterbildung in den verschiedenen

Bundesländern. Erneut wurde deutlich, dass allen Kammern daran liegt, möglichst einheitliche bzw. vergleichbare Regelungen zu schaffen. Weiter wurde u. a. über das Curriculum Sozialmedizin, die Sachverständigenlisten und die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle der Kammern gesprochen. Hinsichtlich des Bereichs „Fortbildung“ wurde vereinbart, dass zukünftig gemeinsame Veranstaltungen der Nordkammern durchgeführt werden sollen, um – wie durch andere Kooperationen – auch hier Synergieeffekte zu nutzen.

Ein Highlight der Veranstaltung war ein Bericht von zwei Studierenden und einem Dozenten im Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Lübeck. Deutlich wurde hierbei das hohe Niveau dieses Masterstudiengangs, aber auch die für die Studierenden damit einhergehende Herausforderung und Belastung.

Das Treffen fand seinen Abschluss bei einer Stadtrundfahrt auf der Trave und einem gemeinsamen Essen in gemütlicher Atmosphäre. (DH)

„Umfassend qualifiziert und ausgelagert“ – Wie die Studierenden den neuen Masterstudiengang Psychotherapie erleben. Einblicke in das Lübecker Modell

Kurze Vorstellung Sara Weber:

Sara Weber wurde 1996 in NRW geboren. Nach dem Abschluss zur Theaterpädagogin im Jahr 2019 zog sie zum Studium der Psychologie an der Universität zu Lübeck in ihre Wahlheimat, den Norden. Als Studentin im neuen KliPPs-Master und Vorsitzende der Fachschaftsvertretung Psychologie der Universität zu Lübeck engagiert sie sich aus studentischer Perspektive für die erfolgreiche Etablierung des neuen Systems.

Björn Riegel: Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, den Leser*innen einen Einblick in den neuen Studiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie (kurz KliPPs) aus der Sicht der Studierenden zu ermöglichen. Können Sie zum Einstieg einen kurzen Überblick über den Ablauf und die Struktur des Studiums geben?

Sara Weber: Moin! Danke für die Gelegenheit, heute aus studentischer Perspektive zu berichten! Der neue KliPPs-Master ist nah an der Praxis konzipiert. Bereits die theoretischen Module zu Störungsbildern, Verfahrensvielfalt, Anwendungsfeldern psychotherapeutischer Arbeit, sowie zu Dokumentation und Evaluation im ersten Fachsemester arbeiten mit praktischen Übungen und



Sara Weber

Rollenspielen, in denen wir u. a. Methoden psychotherapeutischer Arbeit selbst einüben dürfen. Obwohl der klare Fokus auf klinischen Aspekten liegt, soll der Master auch für die potenzielle Arbeit in der Wissenschaft vorbereiten, weswegen wir neben zwei Methodenmodulen auch ein umfangreiches Forschungspraktikum absolvieren. Eine individuelle Gestaltung des Studienprofils wird über zwei Wahlpflichtmodule ermöglicht. Lübeck hatte bereits im Bachelor einen neuropsychologischen

Schwerpunkt, der nun im neuen Master flächendeckend über das Modul Neuropsychologie etabliert wird. Das Herz des neuen Masters bildet die „Berufsqualifizierende Tätigkeit“ (BQT 2 und BQT 3), zu der ich später gern noch mehr erzähle. Zum Abschluss gilt es dann noch eine Masterarbeit zu verfassen und zu verteidigen.

Wie erleben Sie den neuen Studiengang in der Praxis?

Der neue Master ist intensiv. Einerseits ist er zeitlich umfangreich, andererseits verlangt er eine ausgiebige Auseinandersetzung mit der eigenen Person. Diese beiden Ansprüche stehen sich manchmal gegenseitig im Weg, weil es Zeit braucht, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen. Was das angeht, hat der KliPPs-Master vermutlich die Probleme der bisherigen Ausbildung ins Studium vorverlagert. Nichtsdestotrotz verstehen viele meiner Kommiliton*innen und ich das neue System als große Chance, Therapeut*in zu werden, ohne dafür eine Verschuldung in Kauf nehmen zu müssen. Es ist ein großes Privileg, eine so intensive Betreuung in Klein- und Kleinstgruppen zu erfahren, so früh so viel selbst ausprobieren zu dürfen und persönlich zu wachsen. Dabei spielt besonders die praktische Ausrichtung des neuen Masters eine wichtige Rolle.

Das Besondere im Vergleich zu den früheren Psychologie-Studiengängen ist der hohe Praxisanteil. Wie werden Sie auf die BQT 3 vorbereitet und auf welches Vorwissen können sich die Praktikumsanleiter*innen einstellen?

In der BQT 2 werden uns von Expert*innen verschiedene Bereiche und Methoden der Psychotherapie nähergebracht. Wir arbeiten hier in Kleingruppen und üben intensiv die Anwendung des Erlernten. Die Anwesenheitspflicht in diesem Modul stellt sicher, dass jede*r alle relevanten Techniken und Inhalte einmal selbst erprobt. Auf diese Weise werden wir kleinschrittig und ausführlich vorbereitet auf unser großes mehrteiliges klinisches Praktikum, die BQT 3. Mit einem Umfang von 600 h, den es sowohl im stationären als auch ambulanten Setting zu absolvieren gilt, und einem umfassenden Leistungskatalog, der hier erfüllt werden soll, ist die BQT 3 sicherlich das intensivste Modul im neuen Master. Die Praktikumsanleiter*innen erwarten Studierende, die nicht nur über einen immensen Schatz an theoretischem Wissen aus dem Studium verfügen, sondern auch bereits gelernt haben, Interventionen eigenständig durchzuführen.

Es klingt so, als ob da eine Menge Inhalt in wenigen Semestern vermittelt wird. Wie erleben Sie die Belastung im Studium? Welche durchschnittliche Zahl an SWS und Selbstlernzeit kommt da zusammen?

Es ist paradox, wie viel wir im Studium über psychische Gesundheit lernen und wie wenig die Anforderungen, der Umfang und vor allem Notendruck des Psychologiestudiums diesen Lehren folgen. Ich habe meinen Bachelor mit einem Schnitt von 1,3 abgeschlossen – neben Arbeit und sozialem Engagement – und habe damit gerade so einen Platz im neuen Master erhalten. Die künstliche Verknappung an Plätzen

birgt eine ganze Reihe an Problemen, die sich über ein tatsächlich bedarfsorientiertes Platzangebot beheben ließen.

Einmal im Master angekommen, erwartet die Studierenden ein sehr straffer Zeitplan mit circa 30 erwarteten ECTS pro Semester, also ungefähr 900 Stunden Zeitumfang. Für die meisten ergibt sich daraus mindestens eine 40-Stunden-Woche reiner Studiumszeit. Die Vorbereitung auf die direkt im Anschluss an das Studium stattfindende Approbationsprüfung ist hier – wie einige weitere Aspekte studentischer Lebensrealität – noch nicht berücksichtigt.

Wenn ein Studiengang neu eingeführt wird, läuft ja häufig noch nicht alles rund. An welchen Stellen muss aus Ihrer Sicht noch nachjustiert werden?

Ein neues System zu etablieren, bedarf die Mitarbeit vieler verschiedener Akteur*innen. Es ist völlig klar und in Ordnung, dass in den ersten Durchgängen einiges noch in Findung ist. Ein großes Problem sehe ich jedoch in den Kapazitäten der Kliniken und Niedergelassenen, von denen nun sowohl die Ableistung großer Bestandteile des Studiums (BQT1 und BQT 3) als auch die Fortführung der bisherigen PiA-Stellen und Einführung der neuen PtW-Stellen abverlangt wird. Und das in einem sowieso schon zeit- und personalkritischen Betrieb. Auch hochschulintern bedarf es Kalibrierungen, was die genaue Gestaltung von Modulen und deren Leistungsanforderungen angeht. Ich bin aber zuversichtlich, dass die sowieso sehr engagierten Studierenden und Beteiligten den Prozess gemeinsam sinnvoll gestalten werden.

Schade ist sicherlich auch die nun sehr frühzeitig erzwungene Fokussierung auf die klinische Ausrichtung. Durch den neuen KliPPs-Master als einzige Zugangsmöglichkeit zur Weiterbildung

wird anderen Psychologie-Mastern die Attraktivität künstlich verringert. Auch in meinem Semester befinden sich einige Studierende, die gar nicht wissen, ob sie letztlich wirklich therapeutisch arbeiten wollen, verständlicherweise aber „sicherheitshalber“ den klinischen Master gewählt haben. Die sowieso sparsam vorhandenen Plätze sind dadurch aber für all diejenigen belegt, die einen marginal schlechteren Bachelor-Notendurchschnitt hatten und sich ganz sicher darüber sind, dass sie Therapeut*in werden wollen. Dieses Problem wiegt besonders stark im Kontext der geringen Anzahl klinischer Masterplätze.

Wenn Sie eine wichtige Verbesserung für das Studium selbst entscheiden könnten, welche wäre das?

Ein großer Stressor für uns alle ist momentan die Unsicherheit, was nach dem Abschluss auf uns zukommt. Die nicht geklärte Finanzierung der Weiterbildung ist nicht allein ein Problem der jetzigen Jahrgänge, sondern hat gesamtgesellschaftliche Tragweite. Psychotherapeutische Arbeit und die Ausbildung neuer Fachkräfte in diesem wichtigen Bereich der Gesundheitsversorgung sollten endlich das Gehör und den Stellenwert finden, die sie realpolitisch verdienen. Das neue System bietet große Chancen und es ist ein Privileg, dieses mitgestalten zu dürfen. Es beweist, dass Veränderungen möglich sind. Meine Hoffnung ist, dass stetige Verbesserungen es ermöglichen, einer diverseren Kohorte an Studierenden Zugang zum Studium und damit dem Beruf der Psychotherapeut*in zu ermöglichen. Wir brauchen mehr BiPoc, queere Menschen und mehr Arbeiterkinder, um von innen heraus Psychotherapie und das Studium den realen Verhältnissen und Anforderungen anzugleichen.

Vielen Dank für das Interview und alles Gute für die Zukunft! (BR)

8. Norddeutscher Psychotherapietag in Kiel

Die inzwischen achte Auflage des Norddeutschen Psychotherapietages (NPT) fand am 1. Juli 2023 im Wissenschaftszentrum in Kiel statt. Waren die ersten Psychotherapietage seit dem Start 2006 noch unregelmäßig, ist die Veranstaltung seit 2021 ein fester Termin im Kalender der PKSH – ab sofort auch mit einem fixen Termin vor den Sommerferien. Das diesjährige Programm hatte den Schwerpunkt auf einer praxisnahen Vermittlung von Methoden in der psychotherapeutischen Arbeit. Den Eröffnungsvortrag hielt PD Dr. Ulrike Kaiser von der Universität zu Lübeck zum Thema Schmerzpsycho-



*Begrüßung der Teilnehmenden des 8. Norddeutschen Psychotherapietages
(Foto: Dr. Björn Riegel)*



*Dr. Ines Wilhelm-Groch
(Foto: Dr. Björn Riegel)*

therapie. Sie plädierte dabei für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Behandlung von Schmerzstörungen, vermittelte aber auch ein ganzheitliches Verständnis des Schmerzes und dessen Hintergründe. Wer sich danach weiter mit dem Thema beschäftigen wollte, konnte im Workshop „Mut zur

Wut“ mit Frau Dr. Kaiser praktische Interventionen zur Schmerzbehandlung ausprobieren.

Praxisorientiert ging es auch in den parallelen Workshops zu, die sich mit Systemischer Therapie (Prof. Dr. Björn Hermans), Neuropsychologie (Dr. Annika Hanert) und Schlafstörungen (Dr. Ines Wilhelm-Groch) beschäftigten.

Der Nachmittag wurde mit einem Vortrag von Prof. Dr. Yvonne Nestoriuc eingeleitet, die einen Überblick über die Forschung sowie die Wirkweise von Placebos und Nocebos gab. Als eine Lehre aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen formulierte sie die Notwendigkeit, die Macht der Sprache und der Gedanken auch bei der Aufklärung zum Beginn einer Psychotherapie zu beachten und diese auf den Kontext und das jeweilige Gegenüber anzupassen. Im Anschluss wurde in Workshops

weitergearbeitet, die sich nochmals mit Schlafstörungen (Dr. Ines Wilhelm-Groch) und Schmerz (Leonore Nagewitz) beschäftigten.

Neben dem fachlichen Input kamen auch das leibliche Wohl und der Austausch nicht zu kurz, so dass wir auf einen gelungenen 8. Norddeutschen Psychotherapietag bei regnerischem norddeutschen Wetter zurückblicken können. Insgesamt 75 Kammermitglieder haben die Möglichkeit genutzt, nach den virtuellen Fortbildungen der vergangenen Jahre auch wieder in Präsenz aufeinanderzutreffen. Nach dem NPT ist aber vor dem NPT, so dass bereits die Vorbereitungen für den 9. NPT am 1. Juni 2024 laufen. Der NPT wird in Zukunft in Schleswig-Holstein auf Reisen gehen und immer wieder an wechselnden Orten stattfinden. (BR)

63. Kammerversammlung

Am 7. Juli 2023 fand die 63. Kammerversammlung statt. Der Vorstand berichtete über die diversen Aktivitäten auf Kammer-, Landes- und Bundesebene seit der letzten Versammlung. Auch wurde die Jahresrechnung 2022 durch den Geschäftsführer vorgestellt. Der Haushalt hat mit einem Defizit von

knapp 16.000,00 € abgeschlossen. Sowohl der Wirtschaftsprüfer als auch der Rechnungsprüfungsausschuss haben die ordnungsgemäße Buchführung bestätigt und keine Einwendungen gegen die Ordnungsmäßigkeit der Jahresrechnung 2022 erhoben.

Daraufhin wurde der Vorstand für das Jahr 2022 einstimmig bei fehlendem Stimmrecht der Vorstandsmitglieder entlastet.

Es folgten die Berichte aus den Ausschüssen und von den Beauftragten.

Der Fortbildungsausschuss hat sich mit der Frage der Vergabe von Fortbildungspunkten für Referent*innentätigkeit an Ausbildungsinstituten sowie mit einem Konzept zur Meldung von Fortbildungspunkten durch die Kammermitglieder befasst.

In mehreren Sitzungen hat der Weiterbildungsausschuss sich sehr detailliert mit dem Entwurf der neuen Weiterbildungsordnung befasst und diesen geprüft.

Seit der letzten Kammerversammlung hat es ein Treffen des PTI-Ausschusses gegeben. Es wurden ein Treffen der leitenden Psychotherapeut*innen sowie für das vierte Quartal eine Online-Veranstaltung zu Vergütungsfragen für Angestellte geplant.

Puya Sattarzadeh als PiA-Sprecher berichtet, dass das Thema Praktikumsplätze in der postgradualen Ausbildung Schwierigkeiten bereitet. Seitens des Landesprüfungsamtes gibt es positive Ansätze für die Zulassung weiterer Praktikumsplätze. Auch die 1.000€-Regelung bereitet in der Praxis Probleme. Zudem hat sich die Frage gestellt, ob mit dem Abschluss des neuen Studienganges noch die postgraduale Ausbildung möglich ist.

Dr. Björn Riegel teilt mit, dass sich der Redaktionsbeirat des Psychotherapeutenjournals mit dem Thema Digitalisierung befasst hat. Noch offen ist die Frage, ob das Magazin zukünftig ausschließlich online erscheinen soll.

Der Beauftragte der Kammer für Migration problematisiert das Thema Psychotherapie mit Dolmetschenden bzw. Sprachmittlern.

Der Vorstand hat ein Konzept beschlossen, nach dem es Kammermitgliedern zukünftig möglich sein soll, über ein Online-Formular im internen Bereich der Homepage Daten zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen selbst zu melden. In diesem Zusammenhang wird die Erfassung von Fortbildungsteilnahmen durch die Geschäftsstelle auf maximal 250 Punkte je Fünf-Jahres-Zeitraum begrenzt. Diesem Vorgehen stimmten alle anwesenden Kammermitglieder zu.

Der Entwurf einer Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen wurde von Frau Dr. Bern erläutert. Frau Bach als Vertreterin der Aufsichtsbehörde ergänzte, dass die Vorprüfung durch das Ministerium für Justiz und Gesundheit nur an einer Stelle geringfügigen Änderungsbedarf ergeben habe. Dabei werden einige Detailfragen erörtert, wie eine Vertretung von Weiterbildungsbezugten oder die Anzahl von Bereichen (Zusatzbezeichnung).

In einem zweiten Schritt wurde darüber diskutiert, welche Möglichkeiten PP/KJP haben sollten, ebenfalls den Titel Fachpsychotherapeut*in zu erwerben. Herr Kühnelt als Justitiar der Kammer erläutert dazu, dass die Existenz zweier Weiterbildungsordnungen nicht zu den Regelungen im Psychotherapeutengesetz passe, da dort nicht zwei Berufe normiert seien, sondern lediglich zwei Bezeichnungen für die einheitliche Tätigkeit als Psychotherapeut*in. Diese Sichtweise wird von allen Anwesenden geteilt. Frau Bach erklärt, dass es auch bei anderen Berufen nur eine Weiterbildungsordnung gebe, sie aber übergangsweise zwei Ordnungen akzeptieren würde. Unterschiedliche Auffassungen bestehen in der Frage, ob

PP/KJP auf Antrag automatisch den Titel Fachpsychotherapeut*in erlangen können oder welche Qualifikationsnachweise dafür vorzulegen sind. Auf die Unterschiede in der Qualifikation für nach der Übergangsregelung Approbierte, nach der postgradualen Ausbildung Approbierte sowie den Psychotherapeut*innen nach abgeschlossener Weiterbildung nach der neuen Weiterbildungsordnung wird verwiesen. Die Kammer werde zukünftig auch die Fachkunde zu prüfen haben.

Nach ausführlicher Diskussion trifft die Kammerversammlung einstimmig folgende Beschlüsse:

Die neue Weiterbildungsordnung soll für alle approbierten Kammermitglieder gleich gelten. Sie soll Übergangsregelungen enthalten, nach denen es PP/KJP möglich wird, die neuen Weiterbildungsbezeichnungen zu führen. Dies soll schnellstmöglich umgesetzt werden.

Die Kammerversammlung stellt fest, dass durch das neue Psychotherapeutengesetz nicht zwei verschiedene Berufe geschaffen worden sind.

Vor diesem Hintergrund wird der Vorstand der PKSH beauftragt, eine bundeseinheitliche Regelung für PP/KJP zu erreichen, um die neuen Weiterbildungsbezeichnungen führen zu können.

Der Vorstand soll zudem an die AG Berufe im Gesundheitswesen herantreten, um die Problematik mit den Aufsichtsbehörden zu erörtern. (CV)

Redaktion

An den Texten dieser Ausgabe wirkten mit: Dr. Clemens Veltrup, Daniela Herbst, Dr. Björn Riegel.

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94; 24114 Kiel
Tel.: 0431/661199–0
Fax: 0431/661199–5
Mo., Mi. und Fr.: 09.30–11.30 Uhr
Di.: 08.00–10.00 Uhr
Do.: 12.00–14.00 Uhr
info@pksh.de; www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie Psychotherapeut*innen beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeut*innen verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Psychotherapeutenkammer Bayern
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg),
Dr. Judith Arnscheid (Baden-Württemberg),
Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), Prof. Dr.
Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des
Redaktionsbeirats), Anne Springer (Berlin),
Dr. Manfred Thielen (Berlin), Dr. Christoph
Sülz (Bremen), Torsten Michels (Hamburg),
apl. Prof. Dr. Regina Steil (Hessen), Dr.
Heike Winter (Hessen), Holger Grotjohann
(Niedersachsen), Jörg Hermann (Nieder-
sachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-West-
falen), Dr. Andrea Walter (OPK), Dr. Sabine
Ahrens-Eipper (OPK), Dr. Andrea Dinger-
Broda (Rheinland-Pfalz), Susanne Münnich-
Hessel (Saarland), Jens J. Müller (Schles-
wig-Holstein), Dr. Björn Riegel (Schleswig-
Holstein).

Redaktion

Matthias Schmid M. A., Redakteur (V.i.S.d.P.)
Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin
Psychotherapeutenkammer Bayern
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19 und -26
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des 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 Psychotherapeutenjournal's erforderlichen Adressdaten

haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

22. Jahrgang, Ausgabe 3/2023

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Bonifatius GmbH
33100 Paderborn

Papier

100 % Recyclingpapier von Steinbeis



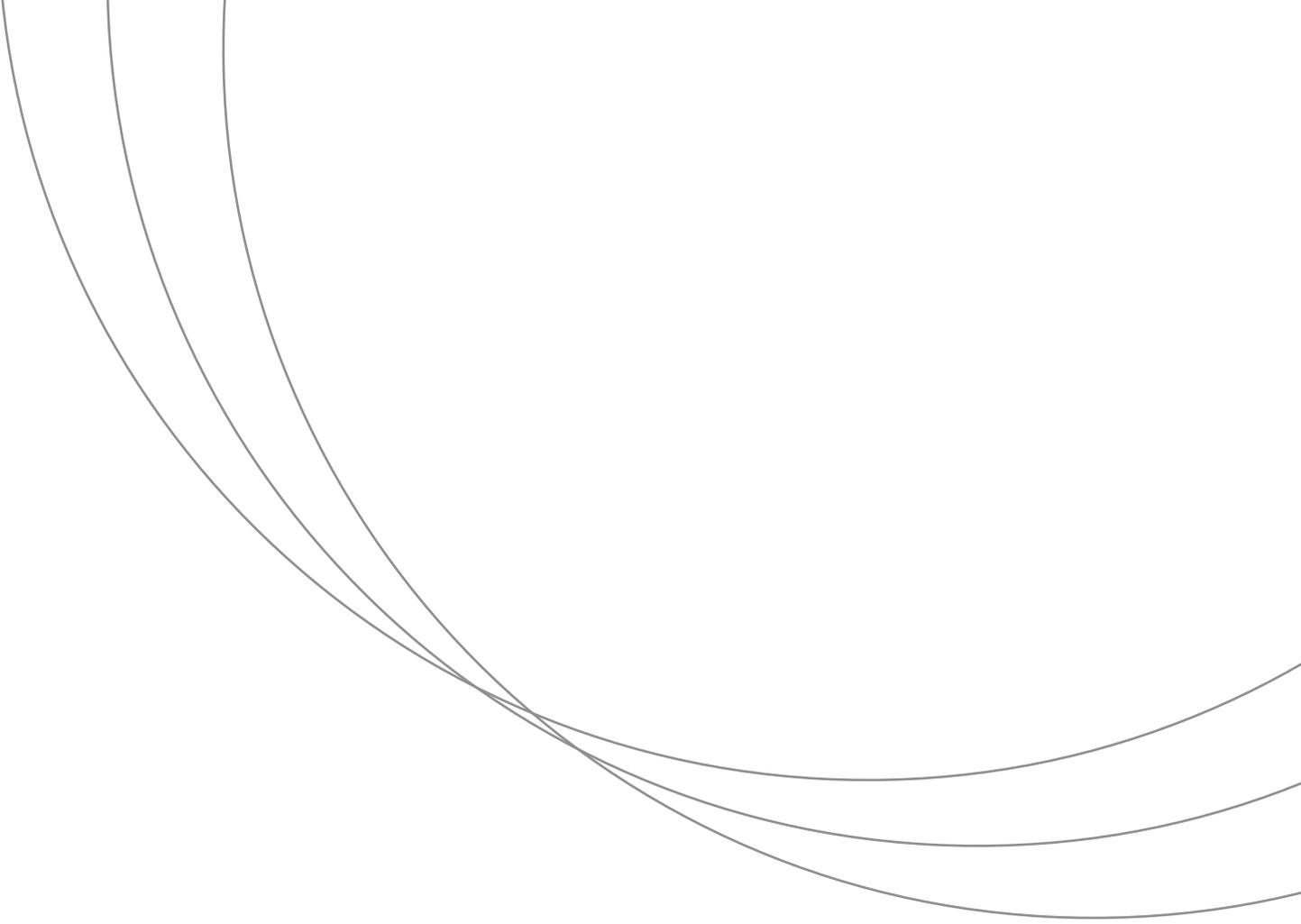
Manuskripte

Einreichungsschluss für Ausgabe 1/2024 ist der 15. Dezember 2023. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 2007), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Mit jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern, eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) sowie eine Auflistung von ca. fünf thematischen Stichworten zu übermitteln. Der Titel, die Zusammenfassung und die Keywords sollten auch in englischer Übersetzung vorgelegt werden. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





www.psychotherapeutenjournal.de

