

Nach einem Suizidversuch: Verhaltenstherapeutische Behandlungsoptionen

Tobias Teismann, Thomas Forkmann, Anja Gysin-Maillart & Heide Glaesmer

Zusammenfassung: Suizidversuche stellen einen erheblichen Risikofaktor für Suizide dar. Vor diesem Hintergrund wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Psychotherapieangebote für Personen nach einem Suizidversuch entwickelt und evaluiert. Auch wenn es inzwischen vielversprechende Behandlungsstrategien gibt, sind suizidspezifische Therapieangebote hierzulande noch kaum bekannt oder in der Versorgung implementiert. Überdies werden bestehende Angebote von Patienten¹ zu wenig genutzt und häufig vorzeitig abgebrochen. Im Folgenden werden zum einen effektive Psychotherapieverfahren skizziert und zum anderen Faktoren benannt, die einer Behandlungsaufnahme aus Patientensicht entgegenstehen. Schließlich werden verschiedene Maßnahmen dargestellt, die zur Verbesserung der Behandlungcompliance genutzt werden können.

Im Jahr 2015 starben in der Bundesrepublik Deutschland 10.080 Menschen durch einen Suizid (Statistisches Bundesamt, 2017). Die Rate von Suizidversuchen übersteigt die Rate der Suizide um ein Vielfaches. Die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen in Deutschland wird mit 1,7 % beziffert (Nock, Borges & Ono, 2014). In Anbetracht dieser Zahlen hat der Deutsche Bundestag am 23. Juni 2017 einen Antrag zur Förderung der Suizidprävention verabschiedet. In dem fraktionsübergreifenden Antrag von CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen mit dem Titel „Suizidprävention weiter stärken – Menschen in Lebenskrisen helfen“ (BT-Drs. 18/12782) werden insgesamt 18 Forderungen, u. a. die Aufklärung über zielgruppenspezifische Beratungsangebote und die Sicherstellung eines kurzfristigen Zugangs zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung für Gefährdete, formuliert. Im April 2017 hat das Bundesgesundheitsministerium überdies die Bereitstellung finanzieller Förderungen für Forschungsprojekte zur Suizidprävention ausgeschrieben – und auf diese Weise den Stellenwert suizidpräventiven Handelns zum Ausdruck gebracht.

Suizidprävention in der psychotherapeutischen Praxis umfasst insbesondere krisentherapeutische Interventionen bei akutem suizidalem Erleben. Darüber hinaus stellt die Nachsorge bei Patienten nach einem Suizidversuch einen bedeutsamen Bereich der psychotherapeutischen Suizidprävention dar (WHO, 2014). Suizidversuche gelten – neben psychischen Erkrankungen – als der zentrale Risikofaktor für Suizide (Chan et al., 2016; Franklin et al., 2017).² In einer Metaanalyse kommen Carroll, Metcalfe und Gunnell (2014) zu dem Ergebnis, dass im ersten Jahr nach einem Suizidversuch 1,6 % der Betroffenen und im Zeitraum von 10 Jahren nach einem Suizidversuch in etwa 4 % der Betroffenen an einem Suizid versterben. Das Suizidrisiko von Personen, die sich absichtlich selbstverletzt haben, ist im ersten Jahr in etwa 37-mal so hoch wie in einer Vergleichsgruppe der Allgemeinbevölkerung (Olfson et

al., 2017). Hinsichtlich wiederholter Suizidversuche schätzen Carroll et al. (2014) das Risiko eines erneuten Suizidversuches im ersten Jahr auf 16 % und innerhalb der ersten fünf Folgejahre auf 17 %. Diese Zahlen werfen zwangsläufig die Frage auf, mit welchen psychotherapeutischen Maßnahmen dem erheblichen Wiederholungs- und Mortalitätsrisiko begegnet werden kann. Einzelne psychotherapeutische Behandlungsangebote, die sich gut in der ambulanten Praxis verwirklichen lassen, werden im Folgenden dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen.

Psychotherapie nach einem Suizidversuch

Im Rahmen eines aktuellen Cochrane-Reviews kommen *Hawton et al. (2016)* zu dem Ergebnis, dass insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (KVT) und die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) erneuten Suizidversuchen vorbeugen können. Insgesamt bezogen die Autoren 55 randomisiert-kontrollierte Studien in ihre Untersuchung ein. Neben psychotherapeutischen Verfahren (v. a. KVT, DBT, psychodynamische Therapie) wurde auch die Effektivität von so genannten Kontaktinterventionen und Case-Management-Ansätzen berücksichtigt. Primäres Outcomemaß war die Wiederholung intentionaler Selbstverletzung im Nachuntersuchungszeitraum von 6 bis 24 Monaten. Es zeigte sich, dass nach einer KVT- oder einer DBT-Behandlung weniger Betroffene einen erneuten Suizidversuch unternommen haben, als

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

² Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

nach einer Treatment-as-usual-Behandlung (TAU) (Zalsman et al., 2016).

Die Effektivität einer ambulanten kognitiven Therapie konnten beispielsweise *Brown et al. (2005)* belegen. In dieser Studie verglichen die Autoren eine suizidfokussierte kognitive Therapie mit einer TAU-Bedingung bei 120 Patienten, die kurz zuvor einen Suizidversuch unternommen hatten. Im Rahmen beider Studienbedingungen durften die Patienten (zusätzliche) Psychotherapie, Pharmakotherapie und/oder eine Suchtbehandlung in Anspruch nehmen. In dem 18 Monate währenden Untersuchungszeitraum fand sich eine um nahezu 50 % geringere Rate an Suizidversuchen in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur TAU-Bedingung (24 % KVT vs. 42 % TAU). Bei der untersuchten kognitiven Therapie suizidaler Handlungen (*Wenzel, Brown & Beck, 2009*) handelt es sich um eine Kurzzeittherapie, die zehn bis zwölf Sitzungen umfasst, in Ergänzung zu anderen Therapien eingesetzt werden kann und in drei Therapiephasen untergliedert wird: In der *Eingangsphase* stehen Aspekte der Risikoabschätzung, Krisenintervention und Therapieplanung im Vordergrund. In der *mittleren Therapiephase* werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Standardmethoden angewendet, um Patienten zu einem alternativen Umgang mit suizidalem Erleben zu verhelfen. Im Zentrum steht hierbei die Identifikation und Modifikation von automatischen Gedanken, Annahmen und Überzeugungen, die im Vorfeld eines Suizidversuchs aktiviert waren oder einen dispositionellen Risikofaktor darstellen. Darüber hinaus werden aber auch behaviorale Strategien, Problemlösestrategien und Techniken zur Affektregulation genutzt. In der *Abschlussphase* werden die erworbenen Fertigkeiten im Hinblick auf die Prävention zukünftiger suizidaler Handlungen zusammengefasst und im Rahmen der so genannten Relapse Prevention Task imaginativ erprobt. Der Nutzen eines entsprechenden Vorgehens wird auch durch eine aktuelle Untersuchung von *Rudd et al. (2015)* belegt: In dieser Studie wurden 152 Soldaten mit akuter Suizidalität entweder auf die oben skizzierte Weise mit der sogenannten Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) behandelt oder erhielten eine TAU-Behandlung. Im 24 Monate währenden Untersuchungszeitraum unternahmen acht Patienten (14 %) der Behandlungsgruppe mindestens einen erneuten Suizidversuch im Vergleich zu 18 Teilnehmern (40 %) der TAU-Bedingung. Das Risiko für einen erneuten Suizidversuch konnte somit durch die BCBT um 60 % reduziert werden. Diese Befunde sprechen dafür, dass durch eine strukturierte und suizidfokussierte Kurzzeitbehandlung suizidales Verhalten wirksam reduziert werden kann. Hervorzuheben ist überdies, dass sich diese Behandlungsform von Therapeuten, die mit dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methodenrepertoire vertraut sind, ohne ein umfängliches Einarbeiten in neue Behandlungsstrategien umsetzen lässt.

Die Effektivität der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) wurde u. a. in einer Untersuchung von *Linehan et al. (2006)*

nachgewiesen. In dieser Studie wurde eine DBT-Behandlung mit einer psychotherapeutischen Versorgung durch erfahrene, vornehmlich psychodynamisch arbeitende Psychotherapeuten verglichen. Insgesamt wurden 101 Frauen behandelt, die an einer Borderline-Störung litten und alle mindestens zwei Suizidversuche und/oder Episoden selbstverletzenden Verhaltens in den vergangenen fünf Jahren erlebt hatten. Im Anschluss an die intensive, kombinierte einzel- und gruppen-therapeutische DBT-Behandlung zeigte sich im zweijährigen Untersuchungszeitraum eine um 50 % geringere Suizidversuchsrate in der DBT-Bedingung als in der Vergleichsgruppe (23 % vs. 46 %). In einer weiteren Studie untersuchten *Linehan et al. (2015)*, welche Komponenten der DBT besonders relevant für die Reduktion suizidalen Verhaltens waren. Hierzu wurde eine Standard-DBT-Behandlung verglichen mit (1.) einem Behandlungsarm, in dem die Patientinnen an einer Skillsgruppe teilnahmen und durch einen Case-Manager begleitet wurden, und (2.) einer DBT-Einzeltherapie, die in

— Suizidversuche gelten – neben psychischen Erkrankungen – als der zentrale Risikofaktor für Suizide. —

Kombination mit einer Aktivitätsgruppe durchgeführt wurde, in der aber keinerlei Fertigkeiten (Skills) vermittelt und eingeübt wurden. Insgesamt nahmen 99 Patientinnen teil, die wiederum mindestens zwei Suizidversuche und/oder Episoden selbstverletzenden Verhaltens in den vergangenen fünf Jahren erlebt hatten. Unter allen drei Bedingungen kam es zu einer signifikanten Reduktion aller Zielgrößen. Gruppenunterschiede hinsichtlich des Anteils an Suizidversuchen, der Anzahl von Suizidversuchen, des medizinischen Letalitätsrisikos vollzogener Suizidversuche und Suizidgedanken fanden sich hingegen keine. Allerdings war die Abbruchquote in der DBT-Standardbehandlung deutlich niedriger als in den anderen beiden Behandlungsarmen. Zudem zeigte sich, dass die Behandlungsbedingungen, die das Skillstraining beinhalteten, etwas effektiver in der Reduktion nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltens und hinsichtlich der Verbesserung von Depression und Angst waren als die DBT-Einzeltherapie ohne Skillstraining.

In weiteren randomisiert-kontrollierten Studien erwies sich die DBT-Behandlung zwar nicht als effektiver hinsichtlich der Reduktion suizidalen Verhaltens als psychodynamische Ansätze (*Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007; McMain et al., 2012*), gleichwohl fand sich aber auch hier eine signifikante Abnahme suizidalen Verhaltens unter dialektisch-behavioraler Therapie. Die DBT ist bisher die einzige spezifische Therapieform, bei der suizidales Verhalten in Studien wiederholt nachweislich reduziert werden konnte (*Hawton et al., 2016*) – und dies bei einer Patientenklientel, welche in aller Regel unter wiederkehrendem bzw. chronischem suizidalem Erleben und Verhalten leidet. Unter einer suizidpräventiven

Perspektive kommt der DBT somit enorme Bedeutung zu. Allerdings richtet sich die DBT-Behandlung hauptsächlich an Patienten mit einer Borderlinesymptomatik – es ist entsprechend unklar, ob und inwieweit suizidale Patienten mit anderen Symptommanifestationen gleichermaßen von einer DBT profitieren. Zudem stellt die Umsetzung einer dialektisch-behavioralen Therapie besondere Anforderungen an einen Therapeuten. So sind die Therapien auf einen längeren Zeitraum angelegt (≥ 1 Jahr), umfassen sowohl Einzel- als auch Gruppentherapiesitzungen, beinhalten zusätzliche Telefonkontakte und bedürfen der spezifischen Supervision (Bohus, 2002). Die Durchführung einer vollumfänglichen DBT-Behandlung eignet sich daher weniger zur kurzfristigen und fokussierten Aufarbeitung eines Suizidversuchs (siehe hierzu auch Andreasson et al., 2016).

Von grundsätzlicher Bedeutung ist es, dass suizidales Erleben und Verhalten den zentralen Fokus der Behandlung darstellen. So haben Interventionen, die auf die Reduktion assoziierter

— Von grundsätzlicher Bedeutung ist es, dass suizidales Erleben und Verhalten den zentralen Fokus der Behandlung darstellen. —

Psychopathologie (z. B. Depression, Hoffnungslosigkeit) abzielen, zumeist keinen nennenswerten Einfluss auf suizidales Erleben und Verhalten (Cuijpers et al., 2013; Meerwijk et al., 2016). Es scheint also nicht auszureichen, eine Depressions- oder eine Angstbehandlung vorzunehmen, um suizidalem Verhalten vorzubeugen; vielmehr bedarf es der spezifischen Behandlung des suizidalen Erlebens und Verhaltens selbst.

Optimierung der Behandlungsnachfrage

Ein wesentliches Hindernis für die wirksame Behandlung von Suizidversuchen ist – neben der unzureichenden Implementierung spezifischer Angebote in der Regelversorgung – die geringe Behandlungsnachfrage von Patienten nach einem Suizidversuch (Lizardi & Stanley, 2010). Im Rahmen des WHO World Mental Health Survey, einer multinationalen epidemiologischen Untersuchung in zehn Industrienationen (inklusive Deutschland) und elf Schwellen- bzw. Entwicklungsländern, zeigte sich beispielsweise, dass gerade einmal 49 bis 55 % derjenigen, die einen Suizidversuch unternommen haben, professionelle medizinisch-psychologische Hilfe wahrgenommen bzw. erhalten haben (Bruffaerts et al., 2011). Als Gründe für die geringe Behandlungsnachfrage gaben in den Industrienationen 56 % der Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, einstellungsbezogene Hinderungsgründe an, wie z. B. den Wunsch, das Problem allein lösen zu wollen (48 %), befürchtete Stigmatisierung (17 %) oder die Einschätzung, dass Behandlungen ineffektiv seien (3 %). Vierzig Pro-

zent der Befragten sahen keine Notwendigkeit einer Behandlung und 20 % führten strukturelle Barrieren (u. a. finanzielle Gründe, Erreichbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten) als Grund an. In anderen Untersuchungen fand sich die Angst vor einer (unfreiwilligen) Hospitalisierung als weiterer Hinderungsgrund für eine Behandlungsaufnahme (Hom, Stanley & Joiner, 2015).

Und selbst diejenigen, die sich zunächst in Behandlung begeben, nehmen oft nur wenige Sitzungen in Anspruch. So ist es in der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch nicht unüblich, dass gerade einmal 50 % der Patienten an allen vom Programm vorgesehenen Therapiesitzungen teilnehmen (Hawton et al., 2016). Ein möglicher Grund hierfür ist, dass suizidale Patienten sich von ihren Behandlern nicht ausreichend verstanden fühlen und ihnen der Fokus der Behandlung nicht relevant erscheint (Michel, Valach & Waeber, 1994). Darüber hinaus scheinen aber auch strukturelle Barrieren von Bedeutung zu sein (Berk, Henriques, Warman, Brown & Beck, 2004): So werden im chaotischen Alltag etwa Therapietermine vergessen, es fehlt an Geld, um die Fahrt zur Therapie zu bezahlen, oder es gibt niemanden, der in dieser Zeit die Kinderbetreuung übernehmen kann.

Die genannten Befunde verweisen einerseits auf die Notwendigkeit gezielter und umfänglicher Aufklärungskampagnen, wie sie im Antrag des Deutschen Bundestags (siehe oben) gefordert werden – und sich in Deutschland bereits als effektiv erwiesen haben (Althaus, Niklewski, Schmidtke & Hegerl, 2007). Andererseits braucht die Veränderung negativer Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme medizinisch-psychosozialer Behandlungsangebote vielfach sicher mehr als Psychoedukation und Wissensvermittlung. Hier sind psychotherapeutische bzw. beraterische Fertigkeiten gefordert, um den Übergang von einer medizinischen Erstversorgung zu einer umfassenden Nachbehandlung anzubahnen.

Insbesondere das Motivational Interviewing (MI) (Miller & Rollnick, 1991) stellt einen Ansatz dar, welchen Behandler nutzen können, um Patienten nach einem Suizidversuch zu einer weiterführenden Behandlung zu motivieren (Britton, Patrick, Wenzel & Williams, 2011). Beim Motivational Interviewing handelt es sich um einen klientenzentrierten Beratungsansatz, der sich vor allem an Personen mit geringer oder ambivalenter Änderungsbereitschaft richtet. Durch ein direktives, aber nicht-konfrontatives Vorgehen wird dem Patienten geholfen, sich ambivalenter Haltungen bewusst zu werden und sich bestenfalls eigenständig für eine Verhaltensänderung zu entscheiden (Demmel, 2012; Teismann, Koban, Illes & Oermann, 2016). King und Kollegen (2015) konnten im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie zeigen, dass College-Studierende, die ein erhöhtes Suizidrisiko aufwiesen, in Folge einer MI-orientierten Online-

Elemente des Notfallplans

(1) Identifikation von Warnzeichen einer suizidalen Krise

Woran werden Sie merken, dass Sie den Notfallplan einsetzen sollten? Was sind Anzeichen dafür, dass es gefährlich für Sie wird?

Hier geht es um die Identifikation von Gedanken/Vorstellungsbildern, Denkprozessen, Stimmungen und Verhaltensweisen. Relevante Warnzeichen sollten in den Worten der Patienten notiert werden, z. B. vermehrtes Grübeln, anhaltende Gedanken, dass „ich ein Versager bin“, Übererregung, Aggressivität.

(2) Bewältigungsstrategien, die unabhängig von anderen Personen genutzt werden können

Was können Sie für sich alleine tun, um die Gedanken nicht in die Tat umzusetzen? Was hilft Ihnen dabei, sich zu beruhigen – und sei es auch nur für eine kurze Zeit? Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen?

Die unterschiedlichsten Strategien können hier notiert werden, z. B. kalt duschen, Schokolade essen, Lieblingsmusik hören, Youtube-Videos gucken, ins Bett legen, putzen, kochen usw. Der Psychotherapeut kann dem Patienten auch Strategien zur Regulation starker Emotionen vorschlagen. Zurückgreifen lässt sich hierzu auf Stresstoleranz-Skills, wie sie in der DBT beschrieben und genutzt werden: Intensive körperliche Stimulation (z. B. Eiswürfel in den Mund nehmen, Ammoniak zufächeln, Chilischote kauen etc.), Konzentration auf gegenwärtige Sinneseindrücke, Entspannungstechniken, beruhigende Aktivitäten (ein warmes Bad nehmen, etwas Leckeres essen). Voraussetzung für eine Integration in den Notfallplan ist, dass die Strategien ohne vorausgehendes Training unmittelbar umgesetzt werden können.

(3) Personen und soziale Situationen aufsuchen, die einen ablenken

Gibt es Personen, die Ihnen dabei helfen können, auf andere Gedanken zu kommen? Sie müssen diesen nichts von Ihren Suizidgedanken erzählen. Gibt es Orte, die Sie aufsuchen können; Orte, die Ihnen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln und an denen Sie unter Menschen sind?

Aufgelistet werden können Freunde und Familienangehörige, die eine stabilisierende Wirkung auf den Patienten haben. Die entsprechenden Personen sollten mit Telefonnummer im Notfallplan eingetragen werden. Zusätzlich sollten Orte notiert werden, die von dem Patienten selbstän-

dig aufgesucht werden können und an denen er sich sicher fühlt, z. B. Cafés, Restaurants, Kirchen, Fitnessstudio, Einkaufszentren, Buchläden, Kino.

(4) Personen, die gezielt um Hilfe gebeten werden können

Wen von Ihren Freunden, Bekannten und Familienmitgliedern können Sie in einer Krisensituation um Hilfe bitten? Wer kann Sie unterstützen und mit wem können Sie über Ihre Schwierigkeiten sprechen?

Sollten die bisherigen Strategien noch keine ausreichende Wirkung gezeigt haben, dann sollten sich die Betroffenen einer nahestehenden Person offenbaren und um Hilfe bitten. Natürlich können an dieser Stelle die gleichen Personen kontaktiert werden wie im Schritt zuvor – es geht nun aber darum, suizidales Erleben offen anzusprechen. Personen, die an dieser Stelle des Notfallplans notiert werden, sollten hierüber vorab informiert werden, d. h. es sollte gefragt werden, ob sie hierfür zur Verfügung stehen.

(5) Kontakte zu professionellen Hilfsstellen

An welche Stellen können Sie sich wenden, wenn private Kontakte nicht mehr ausreichen?

In der letzten Eskalationsstufe des Notfallplans müssen immer Kontaktanschriften des professionellen Hilfesystems aufgelistet werden. Einzutragen sind beispielsweise die Nummer des behandelnden Haus- und Facharztes, die Telefonnummer der Telefonseelsorge oder anderer telefonischer Hilfsdienste, die Anschrift und Telefonnummer der notfallaufnehmenden Klinik, die Nummer lokaler Krisenzentren, die Nummer des Notarztes und ggf. auch die des Psychotherapeuten.

(6) Den Zugang zu letalen Mitteln begrenzen

Wie können Sie sich davor schützen, dass Sie suizidale Impulse spontan in die Tat umsetzen?

Hier geht es darum, dass potentiell letale Mittel verschlossen oder unzugänglich aufbewahrt bzw. gänzlich beseitigt werden. Im Einzelnen kann es also beispielsweise darum gehen, dass ein Medikamentenvorrat weggeworfen oder einer vertrauten Person zur Verwahrung gegeben wird, dass das Auto eine Zeit lang nicht verwendet wird, dass keine Rasierklingen im Haus sind usw.

Intervention nicht nur eine erhöhte Veränderungsbereitschaft berichteten, sondern auch tatsächlich häufiger psychologische/psychiatrische Hilfe in Anspruch nahmen als Teilnehmer einer Kontrollintervention.

Alternativ bzw. in Ergänzung zu solchen motivationsfokussierten Interventionen empfiehlt sich der Einsatz von niederschweligen, ultrakurzen Psychotherapieinterventionen, um sowohl das Inanspruchnahmeverhalten als auch die Behandlungcompliance von Patienten nach einem Suizidversuch zu verbessern. Die mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie geschaffene Möglichkeit einer „Akutbehandlung“ stellt für solche Interventionen einen sehr guten (Abrechnungs-)Rahmen dar.

Psychotherapeutische Ultrakurzinterventionen

Im Rahmen der ultrakurzen Interventionen erfährt derzeit das Safety Planning, d. h. die Erarbeitung von Notfall- bzw. Sicherheitsplänen, besondere Aufmerksamkeit (siehe hierzu www.zerosuicide.sprc.org). Notfallpläne sind in der Regel Teil umfassenderer Behandlungsprogramme; für den Einsatz in zeitlimitierten Settings (z. B. Notaufnahme) wurde das Safety Planning von *Stanley und Brown (2012)* jedoch als Stand-Alone-Treatment in manualisierter Form ausgearbeitet. Im Rahmen dieser Intervention wird mit den Patienten zunächst eine Risikoabschätzung vorgenommen und es wird versucht, ein genaues Verständnis eines zurückliegenden Suizidversuchs oder einer zurückliegenden suizidalen Krise zu gewinnen. Im nächsten Schritt wird mit den Patienten ein

ASSIP Sitzungsinhalte

- (1) In der **ersten Sitzung**, dem narrativen Interview, werden die Patienten gebeten, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten zu erzählen, die zum Suizidversuch geführt hat (*Erzählen Sie doch bitte, wie es zu dem Suizidversuch kam ...?*). Der Therapeut lässt dem Patienten Raum, die Geschichte so zu erzählen, wie er sie erlebt hat. Er ist angehalten, Pausen zuzulassen und die Erzählung nicht durch Fragen zu unterbrechen. Erst wenn der Patient mit seiner Geschichte nach 20 bis 40 Minuten abgeschlossen hat, darf der Therapeut offene Verständnisfragen klären (*Können Sie mir das nochmal genauer erklären?*). Das Ziel des narrativen Interviews ist es, in einem biographischen Kontext ein gemeinsames, patientenorientiertes Verständnis der suizidalen Geschichte zu entwickeln. Im Mittelpunkt stehen individuelle Muster, die zu suizidalen Verhalten führten, wie auch persönliche Vulnerabilitäten und Trigger-Ereignisse. Die Sitzung wird auf Video aufgezeichnet.
- (2) In der **zweiten Sitzung**, dem Video-Playback, sitzen Patient und Psychotherapeut Seite an Seite und schauen ausgewählte Sequenzen des aufgezeichneten Narrativs an. Der Patient wird aufgefordert, das Video immer dann zu stoppen, wenn er etwas ergänzen möchte oder wenn ihm etwas als besonders bedeutsam erscheint. Ziel des Video-Playbacks ist es, den mentalen Zustand (den sogenannten suizidalen Modus) des Patienten in einem sicheren Setting zu reaktivieren und gleichzeitig den Übergang des erlebten psychischen Schmerzes/Stresses hin zu suizidalem Verhalten zu rekonstruieren. Automatische Gedanken, Gefühle, physiologische Veränderungen und daraus resultierende Verhaltensmuster werden identifiziert. Eine kognitive Umstrukturierung und emotionale Neuintegration wird ermöglicht. Psychoedukative Unterlagen („Suizid ist keine überlegte Handlung“) werden dem Patienten mit nach Hause gegeben.
- Für die dritte Sitzung bereitet der Psychotherapeut eine schriftliche Zusammenfassung der Muster und Abläufe der suizidalen Krise vor. Die Zusammenfassung sollte in der Ich-Form erstellt werden und Handlungsvorschläge im Sinne weiter zu bearbeitender Themen sowie Warnsignale und Sicherungsstrategien beinhalten.
- (3) In der **dritten Sitzung** wird der Hausaufgabentext besprochen und wichtige Aspekte in ein gemeinsames Erklärungsmodell aufgenommen.

men. Der schriftliche Entwurf der individuellen und suizidspezifischen Fallkonzeption wird gemeinsam überarbeitet. Längerfristige Therapieziele, die im Zusammenhang stehen mit zukünftigen suizidalen Krisen, persönlichen Warnzeichen und suizidspezifischen Strategien werden erarbeitet und anschließend auf ein kreditkartengroßes Lepad (Zick-Zack-Faltheft) kopiert, mit dem Ziel, dies immer bei sich zu tragen. Zusätzlich erhalten die Patienten eine Notfallkarte mit den wichtigsten Notfallnummern, um einen einfachen Zugang zum Helfersystem zu garantieren.

- (4) In der **vierten Sitzung**, die optional angeboten wird, werden die erarbeiteten Strategien im Rahmen einer Video-Exposition anhand des Videos eingeübt. Der Patient betrachtet die Videoaufnahme aus der ersten Sitzung und wird aufgefordert, seine eigene Geschichte der Suizidalität mit den erarbeiteten Strategien zu unterbrechen, um suizidales Erleben (den suizidalen Modus) und Verhalten in zukünftigen suizidalen Krisen frühzeitig beeinflussen bzw. unterbrechen zu können.

Im Anschluss an die drei bis vier Sitzungen der Kurztherapie ASSIP bekommen die Patienten über zwei Jahre hinweg regelmäßig halbstANDARDISIERTE Briefe zugeschickt (im ersten Jahr alle drei Monate, im zweiten Jahr alle sechs Monate). Hierbei werden die Patienten daran erinnert, dass auch zukünftig suizidale Krisen auftreten können und wie ihre eigenen erarbeiteten Strategien hierfür aussehen. Ziel ist es, eine lose, aber anhaltende therapeutische Verankerung zu halten und einen einfachen Zugang zum Helfersystem zu gewährleisten.

Mit der zuletzt genannten Intervention greifen *Gysin-Maillard und Michel (2013)* eine Methode auf, die sich in verschiedenen vorangegangenen Studien als erstaunlich wirksam in der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden erwiesen hat (Hassan-Moghaddam, Sarjami, Kolahi & Carter, 2011; *Motto & Bostrom, 2001*). Auch wenn die Befundlage zur Effektivität entsprechender Postkarten- bzw. Briefinterventionen nicht vollständig konsistent ist (Milner, Carter, Pirkis, Robinson & Spittal, 2015), ist die Intervention so unaufwendig und kostengünstig, dass eine Anwendung empfohlen werden kann.

Notfallplan für den Fall einer erneuten suizidalen Krise ausgearbeitet. Bei dem Notfallplan handelt es sich um eine Liste von hierarchisch organisierten Strategien und Personen/Institutionen, die ein Patient im Fall einer erneuten suizidalen Zuspitzung anwenden bzw. kontaktieren kann (siehe Kasten „Elemente des Notfallplans“).

Aktuell wird die Effektivität des Safety Planning in mehreren amerikanischen Studien untersucht (Currier et al., 2015; Ghahramanlou-Holloway et al., 2014). In einer ersten abgeschlossenen Untersuchung konnten *Bryan et al. (2017)* zeigen, dass das Safety Planning einem „Antisuizidversprechen“ hinsichtlich der Reduktion von Suizidversuchen deutlich überlegen ist. In dieser Studie erhielten 97 Soldaten, die unter Suizidgedanken litten und/oder im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch unternommen hatten, entweder eine Safety Planning Intervention wie oben beschrieben oder durch-

liefen eine TAU-Behandlung, bei welcher nach einer Risikoabschätzung ausschließlich ein Antisuizidversprechen eingeholt wurde. Im Nachuntersuchungszeitraum von sechs Monaten kam es – bei unterschiedlichen Gruppengrößen – zu drei Suizidversuchen in der Safety Planning Bedingung (4,9 %) und fünf Suizidversuchen in der TAU-Bedingung (19 %). Patienten in der Safety Planning Bedingung hatten damit ein 76 % geringeres Wiederholungsrisiko als Patienten in der TAU-Bedingung. Dieser vorläufige Befund verweist auf den Nutzen dieser sehr fokussierten Intervention, die sich mit einem Zeitaufwand von ca. 60 bis 90 Minuten umsetzen lässt und sich keiner Therapieschule verpflichtet fühlt. Als Stand-Alone-Behandlung hat die Intervention vor allem Relevanz in Kontexten, die ein umfassenderes psychotherapeutisches Handeln nicht erlauben (z. B. im Kontext von Konsiliaruntersuchungen, in der Notaufnahme, bei Patienten, die nach einem Suizidversuch auf eine rasche Entlassung drängen).

Eine etwas umfassendere Behandlungsalternative stellt das Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) von Gysin-Maillart und Michel (2013) dar, welches sich in einer ersten Studie als sehr effektiv erwiesen hat. Das Kurzprogramm umfasst insgesamt drei bis vier Sitzungen und zielt darauf ab, die Hintergründe einer suizidalen Krise zu klären und präventive Maßnahmen zu erarbeiten. ASSIP wird dabei immer flankierend zu einem regulär laufenden Behandlungsangebot (ambulant, teilstationär oder stationär) durchgeführt (siehe Kasten „ASSIP Sitzungsinhalte“).

Die Effektivität von ASSIP wurde bislang in einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert & Michel, 2016). In dieser Studie erhielten 120 Patienten, die zuvor mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten, entweder ein klinisches Interview oder eine ASSIP-Behandlung, beide zusätzlich zu TAU. Im zweijährigen Gesamtuntersuchungszeitraum kam es zu fünf Suizidversuchen in der ASSIP-Bedingung und zu 41 Suizidversuchen in der Kontrollbedingung. Der Anteil an Patienten, die einen oder mehrere Suizidversuche unternahmen, lag bei 8,3 % (n = 5) in der ASSIP-Bedingung im Vergleich zu 26,7 % (n = 16) in der Kontrollbedingung. Patienten der ASSIP-Gruppe hatten damit ein um annähernd 80 % geringeres Risiko, einen späteren Suizidversuch zu unternehmen, als die Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse liefern deutliche Hinweise auf die Effektivität von ASSIP. Das Verfahren bietet sich als niederschwellige Brückenintervention im Übergang von einer stationär-psychiatrischen Behandlung hin zu einer ambulant-psychotherapeutischen Therapie an. Allerdings bleiben auch in Bezug auf ASSIP weitere Effektivitätsstudien abzuwarten.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass spezifische psychotherapeutische Angebote für Patienten nach einem Suizidversuch einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention leisten können. Insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und die dialektisch-behaviorale Therapie haben sich in Studien bisher bewährt. Von grundsätzlicher Bedeutung scheint es zu sein, dass suizidales Erleben und Verhalten den zentralen Ansatzpunkt der Behandlung darstellen sollten (Meerwijk et al., 2016). Kritisch muss jedoch angemerkt werden, dass die empirische Fundierung suizidpräventiver Psychotherapieinterventionen noch sehr lückenhaft ist: Im Vergleich mit anderen Problemfeldern gibt es nur wenige randomisiert-kontrollierte Studien, es fehlt nahezu vollständig an Replikationsstudien (bestenfalls durch unabhängige Untersuchergruppen) und es wurden nur in Ausnahmefällen verschiedene aktive Behandlungsformen gegeneinander getestet. Zur Über- oder Unterlegenheit verschiedener Psychotherapiever-

fahren lässt sich bislang somit keine sichere Aussage treffen. Darüber hinaus werden entsprechende Angebote von Betroffenen nur selten genutzt. Hier braucht es weitere Aufklärung

— Ultrakurze Psychotherapieverfahren könnten das Potential haben, einen sehr niederschweligen Zugang mit hoher Effektivität zu verknüpfen. —

wie aber auch gezielte Motivierung. Ultrakurze Psychotherapieverfahren, wie das Safety Planning oder ASSIP, könnten das Potential haben, einen sehr niederschweligen Zugang mit hoher Effektivität zu verknüpfen. Weitere Studienergebnisse bleiben diesbezüglich abzuwarten.

Gleichwohl ermöglicht der Einsatz empirisch-validierter Therapieverfahren bereits jetzt einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention. Die meisten der hier vorgestellten Verfahren lassen sich dabei gut mit dem Kontingenz einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder einer Kurzzeittherapie (KZT 1) in der ambulanten Praxis umsetzen und abrechnen.

Literatur

- Britton, P., Patrick, H., Wenzel, A. & Williams, G. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 16-27.
- Brown, G. K., TenHave, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J. & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563-570.
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R. et al. (2017). Effect of crisis response planning vs. contract for safety on suicide risk in U.S. army soldiers. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64-72.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X. et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors. *Psychology Bulletin*, 143, 187-232.
- Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013). Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Bern: Huber.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M. & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for attempted suicide: Two-year follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13, e1001968.
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P. et al. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, No.: CD012189.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H. et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-1401.
- Linehan, M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsu, A. D. et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with Borderline Personality Disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA*, 72, 475-482.
- Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S. & Lee, K. A. (2016). Direct and indirect psychosocial and behavioral interventions to prevent suicide and suicide attempt: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 544-554.
- Motto, J. & Bostrom, A. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52, 828-833.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberg, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J. et al. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects

on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow up. *American Journal of Psychiatry*, 172, 441-449.

Stanley, B. & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264.

Teismann, T., Koban, C., Illes, F. & Oermann, A. (2016). *Psychotherapie suicidal Patienten*. Göttingen: Hogrefe.

Wenzel, A., Brown, G. & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: scientific and clinical applications*. Washington, D. C.: American Psychological Association.



Dr. Tobias Teismann

Korrespondenzadresse:

Ruhr-Universität Bochum
Abteilung für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Massenbergstraße 11
44788 Bochum
tobias.teismann@rub.de

Dr. Tobias Teismann ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Er leitet das Zentrum für Psychotherapie, die Hochschul- und Ausbildungsambulanz der Ruhr-Universität Bochum. Seine Forschungsschwerpunkte sind Depression und depressives Grübeln, Suizidalität und Suizidprävention.



PD Dr. Thomas Forkmann

PD Dr. Thomas Forkmann ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Er lehrt und forscht als wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Uniklinik der RWTH Aachen zum Thema Suizidalität und ist als Dozent in der Psychotherapieausbildung tätig.



Dr. phil. Anja Gysin-Maillart

Dr. phil. Anja Gysin-Maillart ist Fachpsychologin für Psychotherapie FSP mit kognitiv-behavioralem Schwerpunkt und leitet die Sprechstunde für Patienten nach Suizidversuch ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) in der Poliklinik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) AG, Schweiz. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Translationale Forschung (ZTF) der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie liegt ihr Forschungsschwerpunkt in der klinischen Suizidprävention.



PD Dr. Heide Glaesmer

PD Dr. Heide Glaesmer ist Diplompsychologin und Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. Sie leitet dort die Arbeitsgruppe „Suizidalitätsforschung“.

Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie

Notwendige Diskussion der Perspektiven von Psychotherapeuten und Juristen

Andrea Schleu, Giulietta Tibone, Thomas Gutmann & Jürgen Thorwart

Zusammenfassung: Aus wissenschaftlicher und klinischer psychotherapeutischer Sicht ist zweifelsfrei jeder sexuelle Kontakt in einer psychotherapeutischen Behandlung ein Missbrauch der Machtposition des Psychotherapeuten. Die aktuelle Rechtsprechung steht dazu, abweichend von der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers, zunehmend im Widerspruch.

Einleitung

Anlass für diese interdisziplinäre Veröffentlichung ist die Diskrepanz zwischen psychotherapeutischen Erkenntnissen einerseits und einer sich zunehmend verengenden juristischen Interpretation des § 174c StGB, wie sie insbesondere in einer Reihe jüngerer Urteile zum sexuellen Missbrauch in der Psychotherapie und Beratung (§ 174c Abs. 1 und 2 StGB)¹ zum Ausdruck kommt, andererseits. Diese Diskrepanz macht in unseren Augen einen Dialog zwischen Psychotherapeuten² und Juristen dringend erforderlich, um zu verhindern, dass die rechtliche Sanktionierung des sexuellen Missbrauchs in Psychotherapie und Beratung entgegen fachlicher Evidenz noch weiter ausgehöhlt wird. Während der Gesetzgeber bei der Reform des Strafgesetzbuchs auf realistischer Grundlage von ca. 600 Fällen sexuellen Missbrauchs in psychotherapeutischen Behandlungsverhältnissen pro Jahr in Deutschland ausging, liegt die absolute Zahl der Aburteilungen wegen § 174c Abs. 2 StGB seit Einführung der Norm im Jahr 1998 im Schnitt unter vier pro Jahr.³ Die gegenwärtig zu beobachtende Reduktion des Anwendungsbereichs der Norm wird auch bei den wenigen Geschädigten, die eine strafrechtliche Verfolgung ihres mutmaßlichen sexuellen Missbrauchs anstreben, zu Erfahrungen der Ohnmacht und der Vergeblichkeit führen.

Wir werden im Folgenden dafür plädieren, § 174c Abs. 2 StGB⁴ – soweit möglich – auf eine Weise zu verstehen, die im Einklang mit dem Stand psychotherapeutischer Erkenntnisse steht und die Prinzipien reflektiert, die den ethischen und berufsrechtlichen Geboten psychotherapeutischer Tätigkeit zugrundeliegen. Wir argumentieren damit – mit einer Ausnahme (siehe den Abschnitt zur Zeitdimension) – zugleich zugunsten eines Verständnisses, das den Umgang mit der Norm wieder den Intentionen des Gesetzgebers annähert.

Sinn und Schutzzweck der Norm

Dem Gesetzgeber war bewusst, dass Missbrauch in psychotherapeutischen Behandlungen spezifischen Dynamiken

folgt: Die besondere Schutzbedürftigkeit der Patienten⁵ ergibt sich, so die Begründung des Gesetzes, aus der Eigenart der psychotherapeutischen Behandlung, die den Patienten regelmäßig in eine tiefgreifende Abhängigkeit zum Therapeuten geraten lässt und diesem eine große Machtstellung verleiht.⁶ Aus diesem Grund schließen weder das (regelmäßig vorliegende) Einverständnis des Opfers noch der Umstand, dass die Initiative zu den sexuellen Handlungen vom Opfer ausgegangen sein mag, den Tatbestand aus.⁷ Die Einhaltung von Berufspflichten des Psychotherapeuten ist insoweit nicht

1 Vgl. insb. BGH, 4StR 669/10 vom 14.04.2011 = BGHSt 56, 226, 234 = NJW 2011, 1891, 1893 und BGH 4 StR 133/2016 vom 02.05.2016 = NStZ 2016, 529; Verwaltungsgericht Berlin VG 90 A 5.04 vom 21.04.2006 und Landgericht Bochum 11-8 KLS-49 Js 24 7/14-20/15 vom 01.09.2015.

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

3 Nach der Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamts waren es sechs im Jahr 2004, je vier in den Jahren 2005 und 2006, drei im Jahr 2007, 14 im Jahr 2010, sechs im Jahr 2011, zwei im Jahr 2013, vier im Jahr 2014, drei im Jahr 2016 und jeweils eine in den Jahren 2008, 2009, 2012 und 2015. Die Zahl der Aburteilungen wegen § 174c Abs. 1 StGB im Jahr 2016 betrug demgegenüber 31. Vgl. jeweils Statistisches Bundesamt, Strafverfolgung – Fachserie 10 Reihe 3 (Ausgabe 2016). Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen> [25.01.2018].

4 § 174c StGB lautet: (I) Wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit oder wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut ist, unter Missbrauch des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses vornimmt oder an sich vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. (II) Ebenso wird bestraft, wer sexuelle Handlungen an einer Person, die ihm zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut ist, unter Missbrauch des Behandlungsverhältnisses vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt. (III) Der Versuch ist strafbar.

5 Wir sprechen aufgrund der neu eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal und aus Gründen der besseren Lesbarkeit von Patienten. Es muss aber berücksichtigt werden, dass die Geschädigten durch sexuelle Grenzverletzungen überwiegend Frauen, die Beschuldigten überwiegend Männer sind.

6 Vgl. BT-DrS. 13/8267, 7.

7 BGHSt 56, 226 = NJW 2011, 1891, 1893; BGH NStZ 2016, 529 und BGHSt 61, 208 = NJW 2016, 2965 (jeweils zu § 174c Abs. 1 StGB, dies gilt aber auch für Abs. 2), vgl. Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 2; Beck'scher Online Kommentar zum StGB [Beck OK] – Ziegler, Stand: 01.08.2017, § 174c Rn. 7 und prägnant Renzikowski, NStZ 2011, 696.

disponibel,⁸ und die paternalistische Beschränkung der Verfügungsfreiheit des Patienten über seinen Körper findet ihre Rechtfertigung in seiner temporären Abhängigkeitssituation, seiner beeinträchtigten Fähigkeit zu sexueller Selbstbestimmung und dem enormen Schadenspotential von sexuellen Beziehungen zwischen Therapeut und Patient.⁹ Die massiv iatrogen schädigenden Auswirkungen von sexuellen Handlungen und auch von verbalen sexuellen Verletzungen durch Ärzte und Psychotherapeuten sind hinlänglich bekannt und wissenschaftlich nachgewiesen (u. a. Becker-Fischer, Fischer, Heyne & Jerouschek, 1995; Eichenberg, Dorniak & Fischer, 2009; Fischer & Becker-Fischer, 2005; Gabbard, 2006; Hirsch, 2012; Hoffmann, Rudolf & Strauß, 2008; Kaczmarek et al., 2011; Kaczmarek et al., 2012; Krejci, 2008; Schleu, 2014; Schleu, Hillebrand, Kaczmarek & Strauß, 2013; Schoener, Milgrom, Gonsiorek, Luepker & Conroe, 1989; Strauß, 2017; Strauß & Mattke, 2013; Tibone & Schmieder-Dembek, 2015; Tibone, 2017; Tschan, 2005; Wallace, 2008; Zwettler-Otte, 2007).¹⁰

Zum Merkmal des zur psychotherapeutischen Behandlung „Anvertraut-Seins“

Der Bundesgerichtshof hat geklärt, dass das Behandlungs-, Beratungs- oder Betreuungsverhältnis hinsichtlich des Merkmals des „Anvertraut-Seins“ nicht von einer Intensität und Dauer sein muss, dass eine Abhängigkeit entstehen kann, die es dem Opfer zusätzlich – d. h. über die mit einem derartigen Verhältnis allgemein verbundene Unterordnung unter die Autorität des Täters und die damit einhergehende psychische Hemmung hinaus – erschwert, einen Abwehrwillen gegenüber dem Täter zu entwickeln und zu betätigen.¹¹ Die sexuellen Handlungen müssen zudem auch nicht im Rahmen konkreter Behandlungs- oder ähnlicher Termine vorgenommen werden.¹² Über diese Feststellungen hinaus wird der Anwendungsbereich der Norm jedoch zunehmend verengt.

Die Zeitdimension

Schon der Gesetzgeber selbst hat den Schutzbereich der Norm in zeitlicher Hinsicht insoweit eng gefasst, als er die Strafbarkeit nach § 174c Abs. 2 StGB nicht auch auf sexuelle Kontakte nach Abschluss der Behandlung ausgedehnt hat, obgleich die berufsethische Diskussion diese in bestimmtem Rahmen ebenfalls untersagt.¹³ Das Opfer muss dem Täter nach dem Gesetzeswortlaut zum Zeitpunkt der Tathandlung noch „anvertraut“ sein; hieran fehlt es nach der Rechtsprechung und der überwiegenden Literatur nach tatsächlichem regulärem Abschluss der Behandlung, selbst wenn das therapeutische Abhängigkeitsverhältnis fortbesteht.¹⁴ Immerhin soll nach der Intention des Gesetzgebers eine bloße Beendigung „pro forma“ oder „nur zum Schein“ der Tatbestandserfüllung aber nicht entgegenstehen¹⁵ und der Patient aufgrund der besonderen Behandlungssituation in der Psychotherapie dem Therapeut auch dann „anvertraut“ bleiben, wenn die Behandlung trotz weiter bestehender medizinischer Indikati-

on vorzeitig abgebrochen und nicht anderweitig fortgesetzt wird.¹⁶ Insoweit hat der Gesetzgeber die Besonderheit der psychotherapeutischen Beziehung gewürdigt, die durch eine formelle Beendigung nicht aufgelöst wird, sondern innerlich – unbearbeitet – fort dauert. Gerade die tiefgreifende psychische Auslieferung durch die Aufnahme einer sexuellen Beziehung in einem Macht- und Autoritätsverhältnis zum eigenen Psychotherapeuten kann Jahre anhalten, und dies sogar auch, wenn die Auflösung der sexuellen Beziehung durch einen Entschluss des Patienten stattgefunden hat. Diese Dynamik verhindert in der überwiegenden Anzahl uns bekannter Fälle die Anzeige seitens der Betroffenen und die berufs- oder strafrechtliche Verfolgung des sexuellen Missbrauchs. Gerade die Anerkennung einer solchen besonders schädlichen Dynamik war der Motor der Einführung des § 174c in das Strafgesetzbuch.

Das Berufsrecht geht hier allerdings aus guten Gründen weiter. Nach der Muster-Berufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in der das allgemeine ethische Verständnis der Profession zum Ausdruck kommt, gilt das *Abstinenzgebot* „auch für die Zeit nach Beendigung der Psychotherapie, solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung der Patientin oder des Patienten zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten gegeben ist“ – „Bevor private Kontakte aufgenommen werden, ist mindestens ein zeitlicher Abstand von einem Jahr einzuhalten“ (sog. *Karenzzeit*).¹⁷ Der Psychotherapeut ist also auf jeden Fall verpflichtet, mindestens bis zu einem Jahr nach Ende der Be-

8 BT-DrS. 13/8267, 7; Kindhäuser et al. – Frommel, Strafgesetzbuch, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 10.

9 Leipziger Kommentar [LK] – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 3; Münchener Kommentar zum StGB [MüKo] – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 8. Siehe zur sexuellen Selbstbestimmung als positive und negative Freiheit Hörnle ZSTW 127 (2015), 851, 859ff.

10 Das Literaturverzeichnis zu den im Text angegebenen Quellen finden Sie auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

11 BGH NStZ 2012, 440, 441 und BGHSt 56, 226, 234 = BGH NJW 2011, 1891, 1893, jeweils zu § 174c Abs. 1 StGB; dies gilt aber auch für Abs. 2; vgl. Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 7.

12 OLG Karlsruhe, Urteil vom 04.06.2009, BeckRS 2009, 20082.

13 Vgl. etwa die *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (incl. 2016 Amendments) der American Psychological Association, 10.08 – Sexual Intimacies with Former Therapy Clients/Patients. Verfügbar unter: <https://www.apa.org/ethics/code/index.aspx> [20.01.2018].

14 So das Landgericht Offenburg, Beschluss vom 30.11.2004, NstZ-RR 2005, 74, sowie Beck OK – Ziegler, § 174c Rn. 7; Schönke/Schröder – Perron/Eisele, StGB, 29. Aufl. 2014, § 174c Rn. 6; Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 8; LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 38; MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 23 sowie Kindhäuser et al. – Frommel, StGB, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 4.

15 BT-DrS. Nr. 13/8267; Beck OK – Ziegler, Stand: 01.08.2017, § 174c Rn. 7; MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 23; Schönke/Schröder – Perron/Eisele, StGB, 29. Aufl. 2014, § 174c Rn. 6; Fischer, StGB, 62. Aufl. 2015, § 174c Rn. 8; LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 37; ebenso das LG Offenburg, Beschluss vom 30.11.2004, NstZ-RR 2005, 74.

16 MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 23; LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 37 (für den Fall nicht sachgerechten Behandlungsabbruchs).

17 Bundespsychotherapeutenkammer, Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, i. d. F. v. 17.5.2014, § 6 (7). Siehe zu den insoweit strengeren Regeln der *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* der American Psychological Association oben, Fn. 13.

handlung die Abstinenz zu wahren, weil aus professioneller Sicht das „Anvertraut-Sein“ eines Patienten nicht unmittelbar mit dem faktischen Abschluss der Behandlung beendet ist.

Der gegenwärtige Wortlaut des § 174c dürfte dem Versuch entgegenstehen, auf interpretativem Weg den strafrechtlich erfassten Bereich dem berufsrechtlich relevanten anzugleichen.¹⁸ Deshalb erscheint aus psychotherapeutischer Sicht eine dem Berufsrecht folgende Ergänzung des § 174c Abs. 2 StGB durch den Gesetzgeber gerade um des von der Norm intendierten Rechtsgüterschutzes willen notwendig.

Die Bestimmung des Täterkreises in Absatz 2 des § 174c StGB

Es war die ausdrücklich erklärte Absicht des Gesetzgebers, mit der Norm *alle faktischen* Psychotherapieverhältnisse zu adressieren, unabhängig von der beruflichen Qualifikation des Behandlers, die für den Patienten im Übrigen auch nicht immer erkennbar ist.¹⁹ Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich auf eine Beschränkung des Täterkreises verzichten, da sonst „Außenseiter, die keinen anerkannten Heilberuf ausüben“, nicht erfasst würden.²⁰ Gerade Fälle sexuellen Missbrauchs durch Heilpraktiker (auch im Rahmen des vom Bundesgerichtshof ignorierten Berufs des Heilpraktikers für Psychotherapie), die bis dato nicht strafbar gewesen waren, sollten durch die neue Vorschrift des § 174c Abs. 2 StGB ganz ausdrücklich strafbar sein.

Gleichwohl hat der Bundesgerichtshof am 29.09.2009²¹ unter Berufung auf den verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgrundsatz für Strafnormen (Art. 103 Abs. 2 GG) befunden, dass Täter im Sinne des § 174c Abs. 2 nur sein könne, wer zum Führen der Bezeichnung „Psychotherapeut“ berechtigt sei (also nur approbierte Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten i. S. d. §§ 5, 6 PsychThG, nicht aber z. B. Heilpraktiker, nicht approbierte Psychologen oder Außenseiter, die psychotherapeutisch zu behandeln vorgeben) und sich im Rahmen der Behandlung wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren bediene. Damit bleiben weite Bereiche des sexuellen Missbrauchs von Patienten straffrei, obgleich ihnen ein beträchtliches Schadenspotential eignet.

Die durch den Bundesgerichtshof gegen den ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers vorgenommene Einschränkung des Täterkreises überzeugt nicht. Dem Bestimmtheitsgrundsatz für strafrechtliche Normen ist auch dann Genüge getan, wenn auf das Vorliegen einer faktischen psychotherapeutischen Behandlungsbeziehung abgestellt wird. Zwar bestimmt der aus der Sicht des Normadressaten zu bestimmende Wortsinn des Gesetzes die „äußerste Grenze zulässiger richterlicher Interpretation“²²; der Sinn des Begriffs „psychotherapeutische Behandlung“ ist jedoch keineswegs so beschränkt, wie der Senat des Bundesgerichtshofs glauben macht. Auch die nun aus dem Kreis möglicher Täter ausgeschlossenen Behandelnden wissen in ihrer Laiensphäre sehr wohl, dass ihnen ihre

Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung anvertraut sind. In jedem Fall ist der Begriff der „psychotherapeutischen Behandlung“ in Abs. 2 der Norm nicht weiter oder unbestimmter als jener der „Beratung, Behandlung oder Betreuung“ ihres Abs. 1. Es kann deshalb nicht verwundern, dass das Urteil nahezu einhellig fachliche Ablehnung erfährt.²³

Der persönliche Schutzbereich

Wenig verständlich sind zudem die Beschränkungen, die die Rechtsprechung mit Blick auf den persönlichen Schutzbereich der Norm vornimmt.

Das Landgericht Bochum hat mit Urteil vom 01.09.2015²⁴ verneint, dass zwischen der in die Beratung miteinbezogenen Mutter einer jugendlichen, am Asperger-Syndrom leidenden Patientin eines psychologischen Beraters und dem Berater selbst ein faktisches Beratungsverhältnis bestanden habe. Mit Beschluss vom 02.05.2016²⁵ hat der 4. Strafsenat des Bundesgerichtshofs die Revision der Mutter als Nebenklägerin verworfen und die Sichtweise des Landgerichts Bochum bestätigt, dass ein Beratungsverhältnis im Sinne der Norm (auch) zur Mutter nicht anzunehmen gewesen sei.

Aus psychotherapeutischer Sicht ist dies gänzlich unverständlich. Aus fachlicher Perspektive gelten die miteinbezogenen Bezugspersonen eines Patienten oder Klienten ohne Weiteres als zur psychotherapeutischen Behandlung oder zur Beratung anvertraut. Auch sie befinden sich in einem „tatsächlichen Obhutsverhältnis“²⁶ zum Psychotherapeuten oder Berater und sind nicht lediglich, wie das Landgericht Bochum extemporiert, irgendwie „indirekt“ in das Beratungs- und Behandlungsverhältnis einbezogen. „Elterngespräche“ sind in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Teil der Behandlung und werden als solche nach der Psychotherapierichtlinie von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet. Die mitbehandelten Eltern oder Familienmitglieder sind deshalb als unmittelbar Behandelte zu verstehen. Nach allen anerkannten Richtlinien zur beraterischen Tätigkeit, die von der Bundeskonferenz zur Erziehungsberatung (bke) herausgegeben wurden,²⁷ ist die

¹⁸ Vgl. LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174 c Rn. 38, Kindhäuser et al. – Frommel, StGB, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 4.

¹⁹ BT-DrS. 13/8267, 7. Siehe auch BT-DrS. 13/2203. Dies spiegelte die fachlichen Argumente der Psychotherapiegesellschaften und -verbände wider.

²⁰ BT-DrS. 13/2203 (Bundesrat), 4.

²¹ BGHSt 54, 169 ff. = NJW 2010, 453.

²² BVerfGE 126, 170 (197f.) = NJW 2010, 3209; BVerfGE 130, 1 (43) = NJW 2012, 907 jeweils m. v. N.

²³ Vgl. am deutlichsten Renzikowski (in: MüKo, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 21f. sowie ders., NStZ 2010, 694ff.) und Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 6a-6f (6d: Nun könne „der besonders skrupellose Täter durch bewusstes Außerachtlassen anerkannter Therapiekriterien die Unanwendbarkeit des Tatbestands selbst herbeiführen“); Schönke/Schröder – Perron/Eisele, StGB, § 174c Rn. 8; Kindhäuser et al. – Frommel, StGB, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 11; Dölling/Duttge et al. – Laue, Gesamtes Strafrecht; 4. Aufl. 2017, § 174c Rn. 6; der Sache nach auch LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 32.

²⁴ II-8-KLS-49 Js 247/14-20/15 zu § 174c Abs. 1 StGB.

²⁵ 4 StR 133/16 = NStZ 2016, 529.

²⁶ BT-DrS. 13/8267, 7; vgl. Beck OK – Ziegler, Stand: 01.08.2017, § 174c Rn. 7.

²⁷ Ebd. Vgl. auch § 12 Abs. 6 Satz 1 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer.

durch das Landgericht Bochum entschiedene Konstellation ganz eindeutig als direkte Beratung sowohl der jugendlichen Patientin *als auch* ihrer Eltern aufzufassen. Sofern schließlich für das Bestehen eines solchen Verhältnisses gemäß den Entscheidungen des Bundesgerichtshofs vom 01.12.2011²⁸ und vom 02.05.2016²⁹ ausreichend sein soll, dass „das Opfer eine fürsorgliche Tätigkeit des Täters entgegennimmt“, so ist dies aus professioneller psychotherapeutischer Sicht auch im Falle der Eltern zweifelsfrei der Fall. Die Vorstellungen des Bundesgerichtshofs, solche Bezugspersonengespräche hätten „keinen therapeutischen Hintergrund“ und die Mutter habe hierbei „lediglich Informationen über die Behandlung ihrer Tochter“ entgegengenommen,³⁰ sind aus fachlicher Sicht ebenso verfehlt wie die Annahme des Senats, dass Personen, die sich – wie vorliegend die Mutter – aus einem anderen Grund als einer *eigenen* Krankheit oder Behinderung beraten oder betreuen ließen, vom Schutzzweck des § 174c Abs. 1 StGB nicht erfasst seien, weil in Bezug auf sie von vorneherein keine „gesteigerte Schutzbedürftigkeit vor sexuellen Übergriffen“ vorliege.³¹

Im Berufsrecht sieht zudem § 12 Abs. 6 Satz 1 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer vor, dass Psychotherapeuten schweigepflichtig sind „sowohl gegenüber den einsichtsfähigen Patientinnen und Patienten als auch gegebenenfalls gegenüber den am psychotherapeu-

— Vergleichbar mit der Situation zwischen Eltern und Kindern sind Patienten „anvertraut“ und daher auch einem Missbrauch der psychotherapeutischen Macht weitgehend schutzlos ausgeliefert. —

tischen Prozess teilnehmenden Bezugspersonen hinsichtlich der von der jeweiligen Person ihnen anvertrauten Mitteilungen“. Auch aus dieser Vorschrift, die in die Berufsordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Psychotherapeutenkammern übernommen worden ist (z. B. in § 12 Abs. 4 Satz 1 der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bayern), geht hervor, dass die Bezugspersonen, mit denen der Psychotherapeut Gespräche führt, am therapeutischen Prozess teilnehmen und folglich auch als unmittelbar Behandelte angesehen werden müssen. Ein adäquates Verständnis des § 174c StGB muss dies widerspiegeln. Anderenfalls läuft der Sinn der Norm, die Verletzung einer wesentlichen beruflichen Pflicht zu sanktionieren, welche regelmäßig zu einer besonders ausgeprägten Schädigung der Opfer führt, leer. In dem vom Landgericht Bochum entschiedenen Fall wurden nicht nur die jugendliche Patientin selbst und deren Mutter geschädigt, sondern auch die Ehe der Eltern zerstört und damit der tragende familiäre Kontext der jugendlichen Patientin nachhaltig beeinträchtigt.

Die berufsethischen Anforderungen gehen übrigens weiter. Die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer macht in § 6 Abs. 5 und 6 klar, dass sich die abstinente Haltung auch auf Personen zu erstrecken hat, „die einer Patientin oder einem Patienten nahestehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte“. Diese Vorschrift geht insofern über § 174c Abs. 2 StGB hinaus, als sie sexuelle Kontakte auch dann verbietet, wenn Eltern und Sorgeberechtigte nicht mitbehandelt werden. Berufsethisch ist dies internationaler Standard.³²

Zum „Missbrauch des Behandlungsverhältnisses“

Aus psychotherapeutischer Sicht ist deutlich, dass jede psychotherapeutische Behandlungsbeziehung eine Abhängigkeitsbeziehung und damit ein „Anvertraut-Sein“ bedingt. Diese psychische Abhängigkeit ist in fachlicher Hinsicht sogar erforderlich, um eine psychotherapeutische Wirkung erzielen zu können, da der Patient sich in einer vertrauensvollen Beziehung, die an die Eltern-Kind-Interaktion angelehnt ist, (zumindest) teilweise mit seinem Therapeuten und dessen Bewältigungskompetenzen identifiziert und identifizieren soll. In der psychotherapeutischen Behandlung werden bestimmte, entwicklungspsychologisch betrachtet eingeschränkte, behinderte oder fehlende Funktionen eines Patienten gefördert, so dass sie nachreifen können. Um eine solche psychische Veränderung erreichen zu können, sind eine Lockerung der psychischen Strukturen und damit eine mindestens partielle Regression³³ notwendig, die mit einem Teilverlust seiner Autonomie einhergehen.

Diese Veränderungen werden durch den Leidensdruck aufseiten des Patienten gefördert und ermöglicht. Andererseits machen die genannten eingeschränkten Funktionen sowie die regressiven Prozesse mit Lockerung der intrapsychischen Strukturen einen psychisch erkrankten Patienten auch besonders verletzlich und anfällig, ebenso wie ein Kind gegenüber einer erwachsenen wichtigen Bezugsperson, die – wie ein Psychotherapeut – über mehr Macht, Informatio-

²⁸ 3 StR 318/11 = NstZ 2012, 440f.

²⁹ 4 StR 133/16 = NstZ 2016, 529 (530).

³⁰ Ebd. Der Senat ließ offen, wie zu entscheiden wäre, wenn Eltern an einer Gruppen- oder Familientherapie teilnehmen oder anderweitig „selbst in den Therapieverlauf eingebunden sind“.

³¹ Ebd. Dem BGH zustimmend: Beck OK – Ziegler, Stand: 01.08.2017, § 174c Rn. 7.

³² Siehe z. B. die *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (incl. 2016 Amendments) der American Psychological Association, 10.06 – Sexual Intimacies with Relatives or Significant Others of Current Therapy Clients/Patients (Fn. 13).

³³ Diese Regression wird in den Erläuterungen des Gesetzgebers bei Einführung des § 174c StGB zutreffend als das Ablegen der eigenen „inneren Schutz- und Abwehrmechanismen“ „aus eigenem Antrieb“ beschrieben (BT-DrS. 13/8267, 7).

nen und größere Kompetenzen verfügt. Diese Konstellation bedingt deshalb zwangsläufig ein strukturelles Machtgefälle, das u. a. Tschan (2005) überzeugend beschrieben hat. Er führt aus, dass ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht und auch bestehen muss, um eine Gesundung erreichen zu können. Dies kann allerdings nur geschehen, wenn dem besonderen Schutzbedürfnis des Patienten mit dem Abstinenzgebot Rechnung getragen wird (Ramshorn Privitera, 2013; Schleu, Hillebrand & Gutmann, 2007). Daher bedingt eine psychotherapeutische Behandlungsbeziehung immer auch eine erwünschte psychische Abhängigkeit des Patienten vom Psychotherapeuten. Ein „Anvertraut-Sein“ ergibt sich daraus notwendigerweise. Vergleichbar mit der Situation zwischen Eltern und Kindern sind Patienten „anvertraut“ und daher auch einem Missbrauch der psychotherapeutischen Macht weitgehend schutzlos ausgeliefert. Unabhängig von der methodischen Ausrichtung der Psychotherapie führt das Sich-Öffnen in dem besonderen Vertrauensverhältnis einer psychotherapeutischen Behandlungsbeziehung zu einer Reduktion der Hemmungen und Schutzmechanismen, die in Alltagsbeziehungen bestehen. Dies begründet eine grundlegend asymmetrische Beziehungssituation mit einer ungleichen Verteilung von Macht und Ohnmacht. Unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren erfährt der leidende Patient in der Psychotherapie in intensiver Weise Aufmerksamkeit, Einfühlung und Zuwendung. Dies löst starke affektive, zumeist sehr positive Reaktionen aus: Sympathie, Zuneigung, Geborgenheits- und auch Liebesgefühle. Diese Regungen sind natürliche Produkte einer psychotherapeutischen Behandlung, die benötigt werden, um die intrapsychische Problematik des Patienten zu bearbeiten und verändern.

Aus juristischer Sicht liegt ein „Missbrauch“ dann vor, wenn der Täter gerade „die Gelegenheit, die seine durch das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis begründete Vertrauensstellung bietet, unter Verletzung der damit verbundenen Pflichten bewusst zu sexuellen Kontakten mit den ihm anvertrauten Personen ausnutzt“.³⁴ Es muss also „ein innerer Zusammenhang zwischen dem Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis einerseits und der Anbahnung oder Durchführung der sexuellen Handlungen andererseits“ bestehen.³⁵ Weil der Bundesgerichtshof³⁶ und die ihm folgenden Interpreten diesen inneren Zusammenhang als ein *einschränkendes* Tatbestandsmerkmal sehen, dem eine eigenständige Bedeutung zukomme, folgern sie, dass *nicht jeder* sexuelle Kontakt im Rahmen eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses missbräuchlich im Sinne des § 174c StGB sei.³⁷

Dass es für die Beurteilung, ob ein Missbrauch im Sinne von § 174c Abs. 1 StGB vorliegt (der auch Fälle körperlicher Krankheit oder Behinderung erfasst), auf die konkrete Art und Intensität des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses ankommen soll,³⁸ überzeugt. Aus den oben dargelegten Gründen ist es aus fachlich-psychotherapeutischer Sicht jedoch vollkommen unverständlich, wie im Rahmen des § 174c Abs. 2 StGB ein innerer Zusammenhang zwischen

dem psychotherapeutischen Behandlungsverhältnis und „der Anbahnung oder Durchführung der sexuellen Handlungen“ fehlen könnte; er besteht vielmehr regelhaft. In den Worten des ehemaligen Vorsitzenden Richters am Bundesgerichtshof (BGH) Thomas Fischer: Der Missbrauch ist nicht als „Fehlgebrauch“ von Personen, sondern [als] *Missbrauch spezifischer Zugangsmöglichkeiten des Täters*³⁹ zu verstehen. Dieser ist indessen *allen* sexuellen Beziehungen zwischen psychotherapeutisch Behandelnden und Patienten inhärent.

Aus psychotherapeutischer Sicht liegt stets ein Missbrauch vor, wenn eine sexuelle Beziehung im Rahmen einer Psychotherapie oder einer psychologischen Beratung vorkommt. Deswegen kann das Tatbestandsmerkmal „Missbrauch“ im § 174c Abs. 2 *nicht* als „einschränkendes Tatbestandsmerkmal“ gelten. Vielmehr ist Fischers Aussage uneingeschränkt zuzustimmen: „*Innerhalb therapeutischer Verhältnisse stellen sich sexuelle Handlungen wohl ausnahmslos als missbräuchlich dar.*“⁴⁰

Auch ein „bewusstes Ausnutzen“ der Gelegenheit durch den Therapeuten, die seine durch das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis begründete Vertrauensstellung bietet, ist aus psychotherapeutischer Sicht *immer* gegeben. Die Berufsordnungen der Ärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten definieren nicht nur die behandlungsspezifischen Abstinenzpflichten, sondern beinhalten auch die Vorschrift, dass jeder Psychotherapeut diese Bestimmungen kennen und danach handeln muss. Eine Missachtung der Bestimmungen geschieht also *immer bewusst*. Sexueller Missbrauch in einer psychotherapeutischen Behandlung ist immer eine vorsätzliche Tat.⁴¹ Der Therapeut geht in die psychotherapeutische Beziehung und arbeitet mit dem Patienten an dessen Ängsten und Nöten. Dabei erlebt der Patient den Therapeuten als hilfreiche, verlässliche Bezugsperson. Er vertraut sich an und öffnet sich. Jeder Therapeut, der in der Behandlungssituation eine sexuelle Beziehung zu seinem in emotionaler Abhängigkeit befindlichen Patienten eingeht, nutzt dieses Vertrauen aus und missbraucht seinen Patienten, indem er ihn zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse instrumentalisiert. Die sexuellen und emotionalen Bedürfnisse des Therapeuten werden in die psychotherapeutische Beziehung wie ein Fremdkörper implantiert, welcher die psychische Heilung

³⁴ Vgl. BT-DrS. 13/8267, 7 und OLG Karlsruhe, Urteil 3 Ss 113/08 vom 04.06.2009, BeckRS 2009, 20082.

³⁵ OLG Karlsruhe, Urteil vom 04.06.2009, BeckRS 2009, 20082 mit Verweis auf Schönke/Schröder – Perron, StGB, § 174c Rn. 6.

³⁶ BGHSt 56, 226, 234 = BGH NJW 2011, 1891, 1893.

³⁷ Siehe auch den folgenden Abschnitt „Zum Umstand einer vermeintlichen ‚von dem Beratungs- und Behandlungsverhältnis unabhängigen Liebesbeziehung‘“.

³⁸ Vgl. den Fall BGHSt 61, 208 = NJW 2016, 2965 und hierzu Kindhäuser et al. – Frommel, Strafgesetzbuch, 5. Aufl. 2017, § 174c Rn. 10.

³⁹ Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c, Rn. 2 (Hervorhebung v. Verf.).

⁴⁰ Ebd. Rn. 10a.

⁴¹ Ein Umstand, der sich für das Opfer (und den Täter) zivilrechtlich insoweit negativ auswirken kann, als gemäß § 103 Versicherungsvertragsgesetz der Haftpflichtversicherer des Behandelnden nicht zur Leistung verpflichtet ist, wenn dieser den bei dem Patienten eingetretenen Schaden vorsätzlich und widerrechtlich herbeigeführt hat.

des Patienten für die Zukunft verhindert und ihm erhebliche zusätzliche Schäden zufügt. Die Therapie verfehlt völlig ihren Zweck, die konstitutionelle Abhängigkeit des Patienten von dem Behandelnden wird nicht beendet, sondern vertieft.⁴² Aus diesem Grund ist jeder sexuelle Kontakt in einer Psychotherapie als missbräuchlich und als Verletzung des Grundsatzes des „Nicht-Schadens“ (Beauchamp & Childress, 2013) anzusehen.

Dieser Begriff des „Missbrauchs“ eines psychotherapeutischen Behandlungsverhältnisses ist tief in den normativen Prinzipien des Berufsstandes verwurzelt.⁴³ Schon der Eid des Hippokrates um 400 vor Christus führte aus, „[...] ich werde die Grundsätze der Lebensweise nach bestem Wissen und Können zum Heil der Kranken anwenden, dagegen nie zu ihrem Verderben und Schaden [...] in welche Häuser ich gehe, die werde ich nur zum Heil der Kranken betreten unter Meidung jedes wissentlichen Unrechts und Verderbens und insbesondere jeder geschlechtlichen Handlung gegenüber weiblichen Personen wie auch Männern, Freien und Sklaven“ (Wunderli & Weisshaupt, 1977). Die sechs ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (2013) formulieren als Handlungsleitlinien für medizinisches Handeln neben den Prinzipien des Respekts vor der Autonomie, der Fürsorge, der Gleichheit und Gerechtigkeit, der Wahrhaftigkeit, der Vertraulichkeit auch das Prinzip der Nichtschädigung. Diese Prinzipien beschreiben das Spannungsfeld des ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns. Sie finden sich sinngemäß oder sogar wörtlich in den Berufsordnungen für Ärzte und für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Aufgrund der beschriebenen Schutzlosigkeit des Patienten verpflichten die Berufsordnungen der Ärzte auf die Gebote der ärztlichen Ethik und Menschlichkeit (§ 2 Abs. 1 MBO), auf die Ausrichtung am Wohl der Patienten (§ 2 Abs. 2 MBO) und verbieten die missbräuchliche Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten (§ 11 Abs. 2 MBO).

Die Berufsordnungen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verpflichten sie zu besonderer Sorgfalt, Fürsorge und Abstinenz. Unter Abstinenz versteht man den Verzicht auf Wunscherfüllung und eigennütziges Handeln des Psychotherapeuten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlungsbeziehung, das Verbot, das bestehende strukturelle Machtgefälle zur Befriedigung eigener Bedürfnisse zu missbrauchen sowie die Verpflichtung, dieses Gefälle zur alleinigen Förderung des psychotherapeutischen Prozesses zu nutzen. Laut § 5 Abs. 1 der Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (2014) dürfen Psychotherapeuten „weder das Vertrauen, die Unwissenheit, die Leichtgläubigkeit, die Hilflosigkeit oder die wirtschaftliche Not der Patientinnen und Patienten ausnutzen, noch unangemessene Versprechungen oder Entmutigungen in Bezug auf den Heilerfolg machen.“ § 6 Abs. 2 führt explizit aus, dass Psychotherapeuten „die Vertrauensstellung zu Pa-

tientinnen und Patienten nicht zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse missbrauchen“ dürfen. Weiter besagt Abs. 4, dass „außertherapeutische Kontakte zu Patientinnen und Patienten auf das Nötige“ zu beschränken sind, damit die „therapeutische Beziehung möglichst wenig gestört wird“. In Abs. 5 ist klar formuliert: „Jeglicher sexueller Kontakt von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ihren Patientinnen und Patienten ist unzulässig.“ Erweiternd heißt es in Abs. 6 hierzu: „Die abstinente Haltung erstreckt sich auch auf die Personen, die einer Patientin oder einem Patienten nahestehen, bei Kindern und Jugendlichen insbesondere auf deren Eltern und Sorgeberechtigte.“ Gemäß beider Berufsordnungen muss deshalb im Hinblick auf das Eingehen einer sexuellen Beziehung zu Patienten oder zu ihren Bezugspersonen von einer bewussten Missachtung des „Nicht-Schadens-Grundsatzes“ ausgegangen werden. Die Verfolgung eigener sexueller Bedürfnisse stellt fraglos die eigenen Interessen des Behandelnden über die des Patienten. Gesundheit und Integrität der Patienten werden dadurch beschädigt (siehe oben den Abschnitt „Sinn und Schutzzweck der Norm“). Somit widerspricht eine sexuelle Abstinenzverletzung den Berufspflichten in diametraler Weise.

Nun kann zu Recht eingewendet werden, dass es gute Gründe dafür gibt, nicht alles, was unethisch ist, auch strafrechtlich zu verfolgen sowie dass die Verletzung nicht aller Berufspflichten auch strafbewehrt sein muss. Die berufsrechtlichen und -ethischen Anforderungen werden weiterhin über das strafrechtlich Sanktionierbare hinausgehen. Allerdings handelt es sich bei der Pflicht zur sexuellen Abstinenz und bei den Bestimmungen, die vorschreiben, dass das Handeln von Ärzten und Psychotherapeuten sich am Wohl des Patienten auszurichten hat und dass bewusste Schädigungen zu vermeiden sind, nicht um bloße Nebenpflichten, sondern um zentrale und unverzichtbare Berufspflichten, deren Verletzung ein massives Schadenspotential für die geschützten Rechtsgüter der Patienten birgt. Auch wenn das Strafrecht gerade auf dem Feld des sexuellen Missbrauchs in der Psychotherapie aus praktischen Gründen ein recht dysfunktionales Instrument sein kann, um die Interessen der Opfer zu schützen (Schleu & Gutmann, 2015), so sollte doch aus psychotherapeutischer Sicht eine klare, adäquate und eindeutige Strafnorm als rechtlicher Orientierungspunkt dienen können. Dies entspräche auch den erklärten Absichten des Gesetzgebers bei Einführung des § 174c StGB.⁴⁴ Alles andere ließe die zentralen berufsrechtlichen Normen, die ihr Steuerungspotential nur begrenzt aus eigener Kraft entfalten können (Jakl & Gutmann, 2011), im Endeffekt als „zahnlos“ erscheinen.

⁴² Vgl. MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 28.

⁴³ Vgl. §§ 5 und 6 der Musterberufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (2014) und die *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (incl. 2016 Amendments) der American Psychological Association, 10.05 – Sexual Intimacies with Current Therapy Clients/Patients (Fn. 13).

⁴⁴ BT-DrS 13/8267, 7f.

Insbesondere: Zum Umstand einer vermeintlichen „von dem Beratungs- und Behandlungsverhältnis unabhängigen Liebesbeziehung“

Der Bundesgerichtshof hat in seinem am 14.04.2011 zu § 174c StGB ergangenen Urteil das Tatbestandsmerkmal „Missbrauch“ als *einschränkendes* Tatbestandsmerkmal angesehen, dem eine eigenständige Bedeutung zukomme, und sein Vorliegen ausnahmsweise dann ausgeschlossen, wenn der Täter im konkreten Fall *nicht* eine auf Grund des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses bestehende Autoritäts- oder Vertrauensstellung gegenüber dem Opfer zur Vornahme der sexuellen Handlung ausgenutzt hat. Ein Missbrauch liege vor allem bei einer von dem Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis unabhängigen „Liebesbeziehung“ und in deren Folge bei der nur gelegentlich während der Behandlung oder nach deren Abschluss vorgenommenen sexuellen Handlung nicht vor:⁴⁵

„Der Tatrichter muss daher für eine Verurteilung nach dieser Vorschrift zwar nicht (positiv) feststellen, dass das Opfer im konkreten Tatzeitpunkt vom Angeklagten abhängig war oder dass der Täter eine Hilflosigkeit oder die Bedürftigkeit des Opfers ausgenutzt hat [...]. Auch kann er im Regelfall davon ausgehen, dass bei sexuellen Handlungen in einem Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis dessen Missbrauch vorliegt [...]. Liegen aber Hinweise dafür vor, dass der Angeklagte ausnahmsweise nicht seine auf das Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis gegründete Vertrauensstellung zur Vornahme der sexuellen Handlung ausgenutzt hat, so muss er diesen Hinweisen nachgehen und im Falle einer Verurteilung darlegen, dass ein solches Ausnutzen in dem von ihm zu beurteilenden Fall gegeben war [...].

Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, ist auf Grund einer *Gesamtwürdigung* der den jeweiligen Einzelfall kennzeichnenden Umstände festzustellen [...]. Hierfür ist eine vom Opfer dem Täter gegenüber zum Ausdruck gebrachte Zustimmung zu der sexuellen Handlung eine gewichtige, regelmäßig sogar unerlässliche Voraussetzung, sofern sie nicht – wie etwa bei nahe an die Widerstandsunfähigkeit i. S. des § 179 StGB heranreichenden krankheits- oder behandlungsbedingten Zuständen – von vornherein als zu beachtende Willenserklärung ausscheidet [...]. Jedoch genügt ein Einverständnis allein [...] nicht, um einen Missbrauch auszuschließen. Vielmehr müssen weitere Umstände hinzukommen, auf Grund derer davon auszugehen ist, dass eine auf Grund des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses regelmäßig gegebene Vertrauensbeziehung entweder tatsächlich nicht bestand oder für die Hinnahme der sexuellen Handlung ohne Bedeutung war.

Solche besonderen Umstände können etwa vorliegen [...] bei einer von dem Beratungs-, Behandlungs- oder Betreu-

ungsverhältnis *unabhängigen* ‚Liebesbeziehung‘ und in deren Folge *nur gelegentlich* der Behandlung oder nach deren Abschluss vorgenommenen sexuellen Handlung [...]. Hat der Täter dagegen beispielsweise vorgegeben, die sexuelle Handlung sei medizinisch notwendig oder Teil der Therapie [...] bzw. hat er gar behandlungsbezogene Nachteile beim Zurückweisen seines Ansinnens in den Raum gestellt [...], so liegt ein Missbrauch i. S. des § 174c Abs. 1 StGB auch dann vor, wenn das Opfer mit dem Sexualkontakt einverstanden war.“

In einem berufsrechtlichen Urteil hatte das Verwaltungsgericht Berlin bereits am 21.04.2006⁴⁶ einen „Missbrauch“ im Sinne des § 174c StGB deshalb abgelehnt, weil der „Angeschuldigte [...] keine Abhängigkeit sexuell aus[nutzte], er ließ sich zur sexuellen Beziehung gegen innere Widerstände hinreißen“:

„Dass ihn dabei trotz seiner familiären Bindung auch Liebes-Gefühle leiteten, erscheint nach seiner Dokumentation zweifelhaft, ist ihm aber letztlich nicht zu widerlegen. [...] Am Missbrauch fehlt es, wenn es sich um echte Liebesbeziehungen handelt. Ein Anregen der Tathandlung durch den Schutzbefohlenen und spontane Bereitwilligkeit schließen den Missbrauch nicht notwendig aus, sind aber für das Fehlen häufig indiziell.“

Ebenso ist das Landgericht Bochum (Urteil 11-8 KLS-49 Js 24 7/14-20/15 v. 01.09.2015, hier zu § 174c Abs. 1) im Anschluss an die Entscheidung des BGH vom 14.04.2011 davon ausgegangen, dass kein Missbrauch eines „faktischen“ Beratungs- oder Behandlungsverhältnisses durch den Angeklagten vorgelegen haben soll, weil zwischen der Mutter/Klientin und dem Psychotherapeuten „eine echte Liebesbeziehung entstanden war“, weswegen das faktische Beratungs- und Behandlungsverhältnis „für die Hinnahme der sexuellen Handlungen [...] ohne jedwede Bedeutung“ gewesen sei.

Der problematische Begriff „Liebesbeziehung“ wird auch von Teilen der Literatur zur Einschränkung des Tatbestandes des § 174c StGB herangezogen.⁴⁷ Zugleich soll es in der Sicht

⁴⁵ BGHSt 56, 226, 234 [gekürzt um die Verweise; Kursivierung v. Verf.] = NJW 2011, 1891, 1893 mit Verweis auf BT-Dr 13/8267, S. 7 und v. N. Das Urteil verweist hier auf die Entscheidung BGH NStZ 1999, 349 zu § 174a StGB (Sexueller Missbrauch eines Gefangenen durch die in der Vollzugsanstalt tätige Leiterin einer Arbeitstherapiegruppe). Hierzu kritisch Renzikowski, NStZ 2011, 696. Das OLG Karlsruhe (Urteil vom 4.6.2009, BeckRS 2009, 20082) führt aus, dass der für das Vorliegen eines sexuellen Missbrauchs geforderte „innere Zusammenhang“ sich aber immerhin „aus der räumlichen und zeitlichen Nähe der sexuellen Handlungen zur Aufgabenerfüllung im Rahmen des Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses ergeben könne.“

⁴⁶ VG 90 A5.04.

⁴⁷ So Beck OK – Ziegler, Stand: 01.12.2015, § 174c Rn. 8 unter Verweis auf die ebengenannte Entscheidung BGHSt 56, 226, 234; Lackner/Kühl – Heger, StGB, 28. Aufl. 2014, § 174c Rn. 5 („Echte Liebesbeziehungen“); Dölling/Duttge et al. – Laue, Gesamtes Strafrecht; 4. Aufl. 2017, § 174c Rn. 5 und Schöne/Schröder – Perron/Eisele, StGB, 29. Aufl. 2014, § 174c Rn. 6a (zurückhaltender: „Allenfalls bei weniger schweren Beeinträchtigungen“, allerdings zu Abs. 1 der Norm).

dieser Autoren „häufig am Merkmal des Ausnutzens fehlen, wenn die Initiative von der geschützten Person ausgeht“.⁴⁸

Aus psychotherapeutischer Sicht ist jedoch eine „unabhängige Liebesbeziehung“ im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung nicht vorstellbar. Gerade bei der vom BGH geforderten „Gesamtwürdigung“ der psychotherapeutischen Behandlungssituation muss aus fachlicher Sicht – wie im obigen Abschnitt „Zum ‚Missbrauch des Behandlungsverhältnisses‘“ ausgeführt – generell betont werden, dass die psychotherapeutische Behandlung konstitutiv durch ein strukturelles Machtgefälle und eine Lockerung psychischer Strukturen bei dem Patienten charakterisiert ist, aufgrund derer in der Behandlung eine Beziehung auf gleicher Augenhöhe gar nicht möglich ist.

Unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren erfährt der leidende Patient in der Psychotherapie in intensiver Weise Aufmerksamkeit, Empathie und Zuwendung. In diesem Kontext entstehen regelhaft Affekte wie Zuneigung, Sympathie und auch Liebesgefühle dem Psychotherapeuten gegenüber (Übertragungen), die als Motivatoren und notwendige Voraussetzung für die psychische Umstrukturierung gelten, welche zur Heilung oder zur Linderung psychischer Störungen führt. Solche positiven Affekte, bis hin zu sexuellen Wünschen,

— Aus psychotherapeutischer Sicht ist eine „unabhängige Liebesbeziehung“ im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung nicht vorstellbar.

sind konstitutiv für die psychotherapeutische Beziehung und können nicht als von dieser unabhängig angesehen werden. Die emotionale Sphäre der Betroffenen ist nicht teilbar; eine Teilung widerspräche der grundlegenden Dynamik psychotherapeutischer Behandlungsprozesse. Die oben genannten positiven Affekte dürfen auf keinen Fall in ein konkretes Handeln mit Beteiligung des Psychotherapeuten münden (Ausagieren).

Auch die den beiden genannten Urteilen des Verwaltungsgerichts Berlin und des Landgerichts Bochum zugrundeliegenden Sachverhalte zeigen typische Verläufe eines sexuellen Missbrauchs in einer Behandlungsbeziehung. Zunächst wird durch den Psychotherapeuten die Sehnsucht der Patientin entfacht, sie wird „gefüttert“ mit Anerkennung – im zweiten Fall beruflich-fachlicher Art – und zu heimlicher Nähe und Intimität verführt. Im weiteren Verlauf wird die missbräuchliche Beziehung jedoch abrupt beendet, weil die Verheimlichung nicht mehr gelingt. Der Psychotherapeut nimmt den Verlust der vermeintlichen Liebe ohne eigenes Leid hin, für die Patientin bricht aber eine illusionäre Welt zusammen mit den entsprechenden schädigenden Folgen: psychischer Zusammenbruch mit Verwirrung und Handlungsunfähigkeit, Verlust persönlicher Beziehungen, soziale Isolation, Arbeitsunfähig-

keit, schwere, behandlungsbedürftige depressive Störungen bis hin zur Suizidalität.

Die regelmäßig auftretenden Ereignisse der abrupten Trennung durch den Psychotherapeuten nach Bekanntwerden des Falls (wie im Prozess vor dem Landgericht Bochum) oder vor der Anzeige durch die geschädigte Patientin (wie im Prozess vor dem Verwaltungsgericht Berlin) sind auch für Laien Hinweise darauf, dass es sich in solchen Fällen nicht um gewachsene Liebesbeziehungen handelt, sondern um das Ausnutzen einer Abhängigkeitsbeziehung.⁴⁹

Deshalb geht auch eine zunehmende Anzahl juristischer Autoren auf dem Stand psychotherapeutischen Wissens davon aus, dass bei therapeutischen Verhältnissen sexuelle Handlungen *ausnahmslos* missbräuchlich sind und eine „Ausnahmeklausel“ für „echte Liebesbeziehungen“ nicht in Betracht kommt. In besonderer Klarheit sprechen dies Hörnle⁵⁰ und Renzikowski⁵¹ aus.

Auch der Umstand, dass gegebenenfalls „die Initiative von der geschützten Person ausgeht“,⁵² ist keinesfalls geeignet, um einen sexuellen Missbrauch von einer unabhängigen, echten Liebesbeziehung zu unterscheiden.⁵³ Vielmehr werden ja gerade durch die in der psychotherapeutischen Behandlung gewährte Zuwendung, Aufmerksamkeit und Einfühlung notwendigerweise positive Gefühle gegenüber dem Psychotherapeuten induziert, Sehnsucht nach Anerkennung und Verstanden-Werden ausgelöst, so dass Verliebtheitsgefühle im Sinne einer Übertra-

gungsliebe beim Patienten bei gelungenen Behandlungen regelhaft entstehen. Daher kann auch die Initiative durch den Patienten keineswegs als Entlastungsmerkmal für beschuldigte Psychotherapeuten gelten. Vor diesem Hintergrund muss die Behauptung eines beschuldigten Psychotherapeuten, er habe sich verliebt, als bloße Schutzbehauptung angesehen werden.

Ausblick

Ein Austausch zwischen Juristen und Psychotherapeuten über die oben besprochenen Aspekte der Rechtsprechung zum § 174c StGB wäre auch im Rahmen der Aus- und Wei-

⁴⁸ Beck OK – Ziegler, Stand: 01.12.2015, § 174c Rn. 8.

⁴⁹ Dies kann manchmal auch für den verantwortlichen Psychotherapeuten destabilisierende Wirkung entfalten, wie in der Fachliteratur beschrieben (z. B. Tschan, 2001, S. 126 ff.).

⁵⁰ LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 40.

⁵¹ MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 28. Ähnlich Satzger et al., StGB, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 7 und Fischer, StGB, 64. Aufl. 2017, § 174c Rn. 10a.

⁵² Beck OK – Ziegler, Stand: 01.12.2015, § 174c Rn. 8.

⁵³ So auch LK – Hörnle, StGB, 12. Aufl. 2009, § 174c Rn. 40 und MüKo – Renzikowski, 3. Aufl. 2017, § 174c Rn. 28.

terbildung von Richtern und Staatsanwälten wünschenswert. Für die Opfer von Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung bleibt der Weg der strafrechtlichen Verfolgung generell belastend und potentiell retraumatisierend. Es gilt, einerseits durch niederschwellige Beratung und Unterstützung eine Stabilisierung und Stärkung der Ich-Funktionen der Geschädigten zu erreichen, andererseits durch eine fachkundigere Rechtsprechung dazu beizutragen, dass Strafprozesse für

die Opfer die abschreckende und erneut traumatisierende Qualität verlieren, die wir in manchen der – ohnehin extrem seltenen – Verfahren leider beobachten konnten. Alternative Wege – wie Mediationen, die zu zivilrechtlichen Vergleichen führen – können im Einzelfall selbstverständlich sehr ergiebig sein (Schleu & Gutmann, 2015); sie setzen allerdings Bedingungen voraus, die leider nur selten erfüllt sind, vornehmlich die Einsicht und das Geständnis des Täters.



Dr. med. Andrea Schleu

Korrespondenzadresse:
Vorsitzende des Ethikverein e. V.
Rüttenscheider Platz 3
45130 Essen
schleu.a@gmail.com

Dr. med. Andrea Schleu ist Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Innere Medizin, Psychoanalyse (DGPT), EMDR (EMDRIA), Spezielle Psychotraumatologie (DeGPT) und Supervision (DGSv). Sie ist niedergelassen in eigener Praxis in Essen. Darüber hinaus arbeitet sie als Dozentin, Supervisorin, Beraterin und Vorsitzende im Ethikverein e. V. Ihre Veröffentlichungen beschäftigen sich unter anderem mit den Themen Abstinenz, Grenzverletzungen in der Psychotherapie und ihre Prävention, Integration von Konzepten der Psychoanalyse, Psychotraumatologie und Neurobiologie.



Dr. jur. Dipl.-Psych. Giulietta Tibone

Dr. jur. Dipl.-Psych. Giulietta Tibone ist als Psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin in München niedergelassen. Sie hat langjährige Erfahrung in der vertraulichen Annahme von Patientenbeschwerden, ist Dozentin und Supervisorin und vertritt die DGPT beim Verbändetreffen gegen Grenzverletzungen und sexuellen Missbrauch in Psychotherapie und psychosozialer Beratung.



Prof. Dr. jur. Thomas Gutmann

Prof. Dr. jur. Thomas Gutmann ist Inhaber des Lehrstuhls für Bürgerliches Recht, Rechtsphilosophie und Medizinrecht an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und Sprecher der DFG-Kolleg-Forscherguppe „Theoretische Grundlagen der Normenbegründung in Medizinethik und Biopolitik“. Er forscht zu medizinrechtlichen und -ethischen Fragen.



Dr. Jürgen Thorwart

Dr. Jürgen Thorwart, niedergelassen als Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker in Neufahrn (bei Freising/München) ist Vorstandsmitglied und Berater des Ethikvereins e. V. Er ist in der Berufspolitik (DGPT) tätig, als Delegierter der PTK Bayern und des DPT sowie in der Ausbildung von Psychoanalytikern. Seine Arbeitsschwerpunkte sind: Diskretion und Schweigepflicht, Ethik in der Psychotherapie und analytische Psychosenpsychotherapie.

Orthorexia nervosa: Ein Trend im Ernährungsverhalten oder ein psychisches Krankheitsbild? Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse

Jana Strahler

Zusammenfassung:¹ Orthorexia nervosa beschreibt die zwanghafte Fixierung auf den ausschließlichen Verzehr von Nahrungsmitteln, die subjektiv als gesund eingeschätzt werden. Bisher fehlende allgemeingültige Diagnosekriterien erschweren nicht nur die differentialdiagnostische Abgrenzung vor allem zu Angsterkrankungen, Zwangsstörungen und Essstörungen, es liegen darüber hinaus auch kaum verwertbare Erkenntnisse zu Prävalenzzahlen sowie zu psychosozialen, genetischen, neurobiologischen und psychophysiologischen Korrelaten vor. Fallberichte zu Leidensdruck und gravierenden negativen Folgen wie Mangelernährung, Untergewicht und psychischer Instabilität zeugen vom Störungswert und der Behandlungsbedürftigkeit der Orthorexia nervosa. Empfehlungen für die psychotherapeutische Praxis lassen sich nach heutigem Kenntnisstand jedoch kaum ableiten. Zukünftige Forschungsbemühungen müssen zeigen, ob es sich bei Orthorexia nervosa um ein aktuelles gesellschaftliches Lebensstilphänomen handelt, Orthorexia nervosa als Begleiterkrankung verstanden werden kann oder ob Orthorexia nervosa als eine abgrenzbare Störungside mit bedeutendem Leiden und Funktionseinschränkungen anzusehen ist.

Vorwort

Mit dem Vorschlag zu Diagnosekriterien und ersten wissenschaftlichen Betrachtungen zum Phänomen der Orthorexia nervosa wurde ein (wenn auch nicht neues) Krankheitsbild beschrieben, das gesellschaftlich zunehmende Relevanz erfährt. Die Diagnose selbst ist zum heutigen Zeitpunkt nicht abschließend validiert und lässt keine klare Abgrenzung zu anderen Störungsbildern zu. Besonders kritisch gilt es zu reflektieren, dass zugrundeliegende Mechanismen des Phänomens kaum verstanden sind und man damit auch auf keine Störungstheorie zurückgreifen kann. Für die Zukunft muss sichergestellt werden, (1) dass noch mehr klinische Fälle in die empirische Prüfung einbezogen werden, (2) dass mehrere Störungsbereiche in die Diagnosekonstruktion einbezogen werden, um keine inhaltliche Zuordnung zu implizieren (Cave beim Ziehen von Schlüssen aus bloßer phänomenologischer Ähnlichkeit), (3) dass Kriterien ausreichend eng gefasst werden, um die Gefahr einer erheblichen Überdiagnostik zu verringern und (4) dass neue Ideen zu Behandlungsformen entwickelt werden, die über die aktuellen Vorschläge hinausgehen, die lediglich auf einer symptomnahen Einordnung in vorhandene Krankheitskontexte beruhen (Zwangsstörung, Essstörung). Es gilt eine Balance zu finden zwischen Sensitivität und Spezifität der Kriterien, zwischen dem Einschluss eigentlich Betroffener und dem Ausschluss von Personen, die eine andere Erkrankung haben. Als Phänomen verlangt Orthorexia nervosa nach wissenschaftlicher und therapeutischer Aufmerksamkeit, als eigenständige Störungskategorie erscheint sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt fraglich.

Orthorexia nervosa: Historische Einordnung und Definition

Der US-Alternativmediziner Steven Bratman dokumentierte 1997 erstmals detaillierter ein Essverhalten, das sich durch eine pathologische Obsession und Fixierung auf gesunde Ernährung auszeichnet. Er schlug hierfür den Begriff Orthorexia nervosa (ON) vor, zusammengesetzt aus dem griechischen *ortho* für richtig bzw. korrekt und *orexis* für Appetit (Bratman, 1997). Die Beschreibung solcher Verhaltensweisen, die im deutschsprachigen Raum u. a. mit dem Begriff Diätwahn assoziiert werden, ist nicht neu. Verstärktes wissenschaftliches Interesse erfuhr die Erforschung des Phänomens des zwanghaften gesunden Essens jedoch erst Ende der 1990er Jahre. Bratmans Publikation löste eine Vielzahl weiterer Fallberichte aus, doch erst 2004 erschien der erste wissenschaftliche Artikel. In dieser italienischen Studie beschrieben die Autoren ON als eine „manische Obsession für gesunde und korrekte Lebensmittel“ und schlugen vorläufige Kriterien für die Diagnose der ON vor (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannela, 2004). Die ersten offiziellen Vorschläge für diagnostische Kriterien stammen aus einer 2015 publizierten US-amerikanischen Fallstudie (Morozze, Dunn, Holland, Yager & Weintraub, 2015) und einer im gleichen Jahr publizierten Übersichtsarbeit der Düsseldorfer Arbeitsgruppe um Barthels und Pietrowsky

¹ Dieser Beitrag beruht auf einer umfassenden Literaturrecherche (bis einschließlich Juli 2017) in den Datenbanken PubMed, PsycInfo, Web of Science und Google Scholar. Die dabei ermittelten Studien können bei der Autorin angefragt werden.

(Barthels, Meyer & Pietrowsky, 2015b). Im Jahr darauf griffen Dunn und Bratman diese Kriterien auf und verfeinerten sie (Dunn & Bratman, 2016).²

Hauptmerkmale orthorektischen Ernährungsverhaltens sind die bereits erwähnte pathologische Fixierung auf gesundes und gesundheitsbewusstes Essen, das Vermeiden subjektiv ungesunder Lebensmittel, eine ständige gedankliche Auseinandersetzung mit gesunder Ernährung sowie das Aufstellen von Ernährungsregeln und deren strikte Einhaltung. Für die Betroffenen ist also nicht die Quantität der Nahrung, wie bei den bekannten Essstörungen, sondern deren Qualität entscheidendes Auswahlkriterium. Dabei wird Qualität jedoch ganz extrem begriffen und übertrieben umgesetzt. Dass dieses Phänomen als mehr als ein Lebensstil diskutiert wird, zeigt sich an den möglichen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen des orthorektischen Ernährungsverhaltens (siehe auch Klotter, Depa & Humme, 2015). Mangel- und Fehlernährung bedingt durch die Restriktivität der Nahrungsauswahl sind anekdotisch berichtete medizinische Folgen; es fehlt bisher jedoch an Langzeitstudien zu den postulierten körperlichen Konsequenzen. Als mögliche psychische Folgen wurde Erschöpfung ebenso wie emotionale Instabilität mit ON in Zusammenhang gebracht. Nicht selten leiden Betroffene unter einer Angst bis hin zu Panik, durch „schädliche“ Lebensmittel zu erkranken. Orthorektiker³ kennzeichnen sich entsprechend der Kriterien durch eine ideologische Einengung – ihre Gedanken kreisen ständig um gesundes Essen – und ein Gefühl der moralischen Überlegenheit, was auch Züge zwanghaften Verhaltens erkennen lässt. Die auf das Essen bezogenen Ängste und Einschränkungen münden schließlich in sozialer Isolation und einer deutlich eingeschränkten Lebensqualität.

Das DSM-5 und der ICD-10 betrachten Orthorexia nervosa bisher nicht als eigenständige Störung. Vor allem Überlappungen mit Essstörungen, Zwangsstörungen und Angsterkrankungen erschweren eine Abgrenzung des Phänomens. Koven und Abry (2015) halten Orthorexia nervosa aufgrund der einzigartigen und differenzierenden Merkmale in Abgrenzung zu Anorexia nervosa und Zwangsstörung für eine eigenständige Störungsidentität, während andere Autoren ON als Vorstufe bzw. Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung oder aber einer Zwangsstörung ansehen. Auch Überlappungen zwischen orthorektischem Verhalten und Merkmalen von Verhaltenssüchten wie der pathologischen Spielsucht, Sexsucht oder Sportsucht werden diskutiert. Gleichzeitig ist aber auch die Annahme verbreitet, ON lediglich als sozialen Trend zu betrachten und dieser Art des gesunden Essen (wenn auch übertrieben) keinen Störungscharakter zuzuschreiben.

Der folgende Überblick fasst den aktuellen Forschungsstand zum Thema Orthorexia nervosa zusammen. Er soll Hinweise zur klinischen Relevanz des Phänomens ON liefern, eine Abgrenzung zu verwandten Störungsbildern ermöglichen und biopsychosoziale Korrelate des Phänomens aufzeigen.

Erfassung und Häufigkeit

Die Erforschung des Phänomens wird dadurch erschwert, dass sich bisher noch kein valides Instrument zur Diagnosestellung und Erfassung der ON durchgesetzt hat. International am verbreitetsten ist der ORTO-15 (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2005), der in Anlehnung an den Bratman Orthorexia Test (BOT) (Bratman & Knight, 2000) entwickelt wurde. Für den ursprünglich italienischen ORTO-15 liegt auch eine deutsche Version vor (Missbach et al., 2015). Mit diesem Instrument wurden international Häufigkeiten ermittelt, die ein breites, wenig schlüssiges Spektrum zwischen 4 % in der Originalpublikation und knapp 90 % in anderen Erhebungen aufweisen (de Souza & Rodrigues, 2014; Donini et al., 2005). Betrachtet man zusätzlich zu mit dem ORTO-15 ermittelten Werten die persönliche Relevanz von Ernährung sowie Einschränkungen im sozialen Bereich und körperliche Probleme im Zusammenhang mit dem Ernährungsstil, sinkt die Häufigkeit orthorektischen Ernährungsverhaltens in der Allgemeinbevölkerung hingegen auf unter 1 % (Dunn, Gibbs, Whitney & Starosta, 2017). Dies lässt vermuten, dass mit dem ORTO-15 eher ein gesundheitsbewusster anstelle eines pathologischen Ernährungsstils erfasst wird.

Andere Erhebungsverfahren wurden entwickelt, wobei im deutschsprachigen Raum vor allem die von Barthels und Kollegen entwickelte Düsseldorfer Orthorexie Skala (DOS) (Barthels, Meyer & Pietrowsky, 2015a) Anwendung findet. Mit dieser Skala erfasste Häufigkeiten liegen zwischen 1 bis 3 % in der deutschen Allgemeinbevölkerung bzw. bei Universitätsangehörigen (Barthels et al., 2015a; Barthels & Pietrowsky, 2012).

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass frühe Studien ON als ein sehr prävalentes Phänomen darstellen (bis zu 90 %). Diese Studien beruhen jedoch vor allem auf Daten aus (überwiegend europäischen) Risikopopulationen (Diätassistenten, Studierende der Ernährungswissenschaften und Sportwissenschaften, Medizinstudierende und Ärzte, Yoga-Praktiker), die mit der heute nicht mehr empfohlenen ORTO-15 Skala erhoben wurden (siehe Tabelle). Aktuellere Studien liefern ungleich niedrigere Zahlen (1 bis 3 %, z. B. Barthels & Pietrowsky, 2012), die mit den Prävalenzraten von Essstörungen vergleichbar sind.

Abgrenzung zu anderen Störungen

Es herrscht große Uneinigkeit, ob ON als ein eigenständiges Störungsbild, als (Begleiterscheinung einer) Essstörung, als

² Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

³ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 neu eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im *Psychotherapeutenjournal* lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.

Autoren	Land	Stichprobe	Alter (Jahre)	Messverfahren	Ergebnisse
ORTO-9G/11-Hu/15					
(Bo et al., 2014)	Italien	440 Studenten, n = 53 Ernährungswissenschaften (41 ♀) n = 200 Sportwissenschaften (132 ♀) n = 187 Biologie (65 ♀)	19.8±2.7, 19.7±1.4, 19.9±1.8	ORTO-15	< 35: 25.9 % (n = 114, 68 ♀) Ernährungswissenschaften: 35.9 % Sportwissenschaften: 22.5 % Biologie: 26.5 %
(Dell'Osso et al., 2016)	Italien	2.826 Studenten und Universitätsangestellte (1.679 ♀)	28.9±11.4	ORTO-15	< 35: n = 925, 32.7 % (♀ 35.3 %, ♂ 28.9 %)
(de Souza & Rodrigues, 2014)	Brasilien	150 ♀ Studentinnen Ernährungswissenschaften	23.2±6.3	ORTO-15	< 40: n = 133, 88.7 %
(Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2004)	Italien	404 Allgemeinbevölkerung (235 ♀)	ON 36.0±17.0 non-ON 33.2±14.0	„health fanatic“ Essgewohnheiten (späterer ORTO-15)	ON: n = 28, 6.9 % (♀ 3.9 %, ♂ 11.3 %)
(Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2005)	Italien	525 Allgemeinbevölkerung (n = 404 Test-Konstruktion, n = 121 Validierung)	?	ORTO-15	⊙: 39.3±4 bis 42.4±4 (in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit) < 40: n = 15, 3.8 % < 35: n = 5, 1.3 %
(Dunn, Gibbs, Whitney & Starosta, 2017)	USA	275 Allgemeinbevölkerung (188 ♀)	21.7±4.8	ORTO-15	⊙: 37.5±4.4 < 40: 71.2 % < 35: 22.1 %
(Gezer & Kabaran, 2013)	Türkei	106 ♀ Studentinnen Ernährungswissenschaften	?	ORTO-11	⊙: 30.7±4.5
(Koven & Senbonmatsu, 2013)	USA	100 Studenten (79 ♀)	19.3±1.2	ORTO-15	⊙: 45.3±7.3 < 40: n = 21 (20 ♀)
(Missbach et al., 2015)	deutschsprachig	1.029 Allgemeinbevölkerung (768 ♀)	31.2±10.4	ORTO-15 (-9)	⊙ _{ORTO-9G} : 24.5±3.6 (♀ 24.4±3.6, ♂ 25.0±3.6) ON (cut-off < 26.7): 69.1 %
(Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry & van Furth, 2014)	Ungarn	810 Allgemeinbevölkerung (724 ♀)	32.4±10.4	ORTO-15 (-11-Hu)	⊙ _{ORTO-11-Hu} : 28.8±3.2 (♀ 28.8±3.1, ♂ 29.0±3.3) ⊙ _{ORTO-15} : 37.9±3.9 < 40 _{ORTO-15} : n = 601, 74.2 %
DOS					
(Barthels, Meyer & Pietrowsky, 2015a)	Deutschland	1.340 Allgemeinbevölkerung (928 ♀)	29.3±11.0	DOS	⊙: 17.8±5.4 > 30 (95. Perzentil): 3 %
(Barthels, Meyer, Huber & Pietrowsky, 2017a)	Deutschland	40 ED ♀ (24 AN, 16 BN), 30 OCD (14 ♀), 33 bzw. 30 Kontrollen	ED 23.8±8.4 ED-Kontrollen 23.2±4.3 OCD 39.0±14.1 OCD-Kontrollen 41.4±13.3	DOS	⊙ _{ED} : 26.4±6.8 ⊙ _{OCD} : 17.6±5.6 ⊙ _{ED-Kontrollen} : 17.4±4.6 ⊙ _{OCD-Kontrollen} : 15.9±5.7 > 30: ED 35.8 % (AN 37.5 %, BN 31.2 %), OCD 3.4 %, Kontrollen 3.2 %
(Barthels, Meyer, Huber & Pietrowsky, 2017b)	Deutschland	42 AN ♀ (davon 36 stationär), 30 Kontrollen	ED 21.2±6.9 Kontrollen 22.1±7.4	DOS	⊙ _{ED} : 32.6±4.7 ⊙ _{Kontrollen} : 19.0±4.5 > 30: ED 83 %
(Barthels & Pietrowsky, 2012)	Deutschland	2.185 Allgemeinbevölkerung	?	DOS	> 30: 1.6 % (n = 300, alles ♀)
(Depa, Schweizer, Bekers, Hilzendegen & Stroebele-Benschop, 2017)	Deutschland	446 Studenten (312 ♀), 188 Ernährungswissenschaften, 268 Wirtschaftswissenschaften	21.7±2.6	DOS	⊙: 18.4±5.3 > 30: n = 15, 3.3 % (♀ 2.8 %, ♂ 3.7 %) 25-29: n = 41, 9.0 % (♀ 10.4 %, ♂ 5.9 %)
(Rudolph, Göring, Jetzke, Großarth & Rudolph, 2017)	Deutschland	759 Fitnessclub-Mitglieder (539 ♀)	♀ 23.0±2.8, ♂ 24.7±3.9	DOS	⊙: 18.0 (♀ 18.4±5.1, ♂ 17.3±5.1) ≥ 30: n = 19, 2.5 % (♀ intensiv Sport: 5.1 %, ♂ gelegentlich Sport: 3.4 %)
BOT					
(Bundros, Clifford, Silliman & Morris, 2016)	USA	448 Studenten (325 ♀)	22.2±4.8	BOT	⊙: 4.7±2.2 (♀ 4.8±2.3, ♂ 4.5±2.2) > 5 Punkte: ♀ 55.7 %, ♂ 51.3 %
(Dittfeld et al., 2016)	Polen	430 Studenten, 229 Ernährungswissenschaften (218 ♀), 201 Physiotherapie (175 ♀)	21.5±1.6, 20.9±1.5	BOT	> 5 Punkte: Ernährungswissenschaften 26.6 %, Physiotherapie 14.9 %

Tabelle: Internationale Häufigkeiten orthorektischen Ernährungsverhaltens⁴
 Abkürzungen: ORTO-15 = Test for the diagnosis of Orthorexia; DOS = Düsseldorf Orthorexia Skala; BOT = Bratman Orthorexia Test (Werte 5 bis 9 „health fanatic“, Wert 10 ON); EHQ = Eating Habits Questionnaire; ON = Orthorexia nervosa; OCD = Zwangsstörung; GAS = Generalisierte Angststörung; PD = Panikstörung; ED = Essstörung; AN = Anorexia nervosa; BN = Bulimia nervosa; BE = Binge eating Störung; n = Substichprobengröße; ⊙ = Mittelwert±Standardabweichung; ? = keine Information; nur Artikel in referenzierten Zeitschriften, keine Qualifikationsarbeiten, Buchkapitel oder Konferenz-Proceedings.

⁴ Eine ergänzte Version der Tabelle finden Sie auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de. Die vollständige Tabelle kann bei der Autorin angefragt werden.

Zwangserkrankung oder lediglich als neuer sozialer Trend einzuordnen ist. Noch fehlt es an Studien, die eindeutig sicherstellen, dass es sich bei ON um eine psychische Störung im Sinne der diagnostischen Klassifizierungssysteme handelt.⁵

Phänomenologisch betrachtet teilen anorektische und orthorektische Personen verschiedene Merkmale und Verhaltensweisen miteinander. Beide zeichnen sich durch Perfektionismus aus, sind selbstkontrolliert, aber ängstlich, folgen strikten Ernährungsregeln und betrachten einen Bruch dieser Regeln als fehlende Selbstdisziplin, auf die mit noch strikteren Regeln und Bestrafung reagiert wird (siehe auch *Koven & Abry, 2015*). Allerdings gibt es auch phänomenologische Unterschiede zwischen den Gruppen. Während sich die Sorgen von Patienten mit Essstörungen vor allem auf ihr *Körperbild und -gewicht* beziehen, sind Orthorektiker überwiegend über ihren *Gesundheitszustand* besorgt und auf das *Essen gesunder, natürlicher und unveränderter Lebensmittel* fokussiert (z. B. *Bratman & Knight, 2000*).

Barthels und Kollegen (2017a) befragten 40 Patienten mit Ess- und 30 Patienten mit Zwangsstörungen hinsichtlich ihres orthorektischen Verhaltens (erfasst mittels DOS) und berichteten Häufigkeiten von 35,8 % bzw. 3,4 %. Bei Anorexie-Patienten liegt die Rate sogar bei 83 % (*Barthels, Meyer, Huber & Pietrowsky, 2017b*). Während die Häufigkeit orthorektischen Verhaltens bei Zwangsstörungspatienten somit im Bereich der Normalbevölkerung liegt, weist ON eine deutlichere Nähe zu Essstörungen auf. Allerdings erscheint die DOS nur bedingt geeignet, anorektisches und orthorektisches Verhalten klar voneinander abzugrenzen. Anorexie-Patienten mit starken im Vergleich zu jenen mit niedrigen orthorektischen Tendenzen zeigten vergleichbare Ausprägungen gestörten Essverhaltens und hypochondrischer Ängste, unterschieden sich jedoch hinsichtlich der Wahrnehmung von Kompetenz und Autonomie (*Barthels et al., 2017b*). Interessant ist, dass Patienten mit starken orthorektischen Tendenzen sich als zufriedener beschrieben.

ON-Betroffene leiden unter übertriebenen Sorgen, dass Lebensmittel kontaminiert sein könnten, verfolgen strikte Ernährungs- und Ernährungszubereitungsregeln und investieren viel (gedankliche) Zeit in das Beschaffen der „richtigen“ Lebensmittel (z. B. *Dunn & Bratman, 2016*). Dieses Verhalten hat einen zwangsähnlichen Charakter. Laut *Mathieu (2005)* besteht der Hauptunterschied beider Störungen jedoch darin, dass Personen mit ON ihre Zwänge als ich-synton erleben, während zwangsgestörte Patienten diese als ich-dyston wahrnehmen. Die oben bereits dargestellten Befunde von *Barthels et al. (2017a)*, die auf Daten von Patienten mit Zwangsstörungen beruhen, schließen eine Überlappung zwischen ON und Zwangsstörungen weitgehend aus.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die derzeitige Befundlage noch keine klaren Schlüsse zulässt, ob ON als eigenständiges, konzeptuell unterschiedliches Störungsbild verstanden werden kann oder aufgrund seiner nosologischen Nähe als Ess- bzw. Zwangsstörung klassifiziert werden sollte.

Ätiologie: Demografie und BMI

Demografische Variablen wie Alter, Geschlecht und Bildung werden im Zusammenhang mit orthorektischem Ernährungsverhalten diskutiert. Die ursprüngliche Annahme von *Bratman und Knight (2000)*, ON als ein häufiger bei Männern auftretendes Phänomen zu betrachten, findet keine klare empirische Bestätigung (u. a. *Depa, Schweizer, Bekers, Hilzendingen & Stroebele-Benschop, 2017*). Etwas häufiger zeigen Studien eine erhöhte Prävalenz bei Frauen (u. a. *Barthels et al., 2015a*; *Rudolph, Göring, Jetzke, Großarth & Rudolph, 2017*). Die deutliche Mehrzahl deutet jedoch auf ähnliche Prävalenzen bei Männern und Frauen hin (u. a. *Dunn et al., 2017*). Diese fehlenden *Geschlechtsunterschiede* werden dabei als Indiz diskutiert, ON als etwas anderes als Essstörungen zu betrachten, bei denen Frauen nach wie vor deutlich häufiger betroffen sind (*Fichter, 2011*).

Die Befundlage zum *Alter* ist uneindeutig. Eine der größten Studien an 2.826 italienischen 18- bis 70-jährigen Studenten und Universitätsangestellten (*Dell'Osso et al., 2016*) berichtet von einem erhöhten ON-Risiko bei der Gruppe der ≤ 29 -Jährigen ($n = 2.141$, 34,3 % Betroffene) im Vergleich zu den über 30 Jahre alten Teilnehmern der Umfrage ($n = 685$, 27,9 % Betroffene). Eine Studie an 1.029 deutschsprachigen Erwachsenen (19 bis 70 Jahre) zeigt dem widersprechend einen schwach positiven Zusammenhang ($r = 0,13$) zwischen Alter und ON-Fragebogenwerten (*Missbach et al., 2015*); ein Zusammenhang, der auch in der ungarischen Allgemeinbevölkerung (810 Befragte, 20 bis 70 Jahre, $r = 0,13$; *Varga, Thege, Dukay-Szabó, Túry & van Furth, 2014*) ermittelt wurde. Insgesamt erscheint der Einfluss des Alters zunächst jedoch vernachlässigbar. Erst bevölkerungsrepräsentative Studien werden ein abschließendes Bild liefern.

Dass *Bildung und sozioökonomischer Status sowie Ernährungswissen* mit vermehrten orthorektischen Tendenzen im Zusammenhang stehen, bestätigen die Daten aus Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung nicht (u. a. *Missbach et al., 2015*). Studien mit jüngeren Teilnehmern (Schülern und Studierenden) bringen ON jedoch teilweise mit höherer Bildung in Zusammenhang (u. a. *Dell'Osso et al., 2016*). Ob sich diese Divergenz dadurch erklären lässt, dass in jungen Jahren vor allem soziokulturelle Lernprozesse und Vorbilder Ernährungsentscheidungen mitbestimmen, während sich im späteren Lebensalter dieser Einfluss relativiert (*Pudel & Westenhöfer, 2003*), ist offen.

Untersuchungen zur Beziehung zwischen orthorektischem Essverhalten und *Gewichtsstatus* zeigen keine bis schwa-

⁵ „Eine psychische Störung ist definiert als Syndrom, welches durch klinisch signifikante Störungen in den Kognitionen, in der Emotionsregulation und im Verhalten einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten.“ (dt. Übersetzung, DSM-5, S. 20)

che Zusammenhänge zwischen ON und BMI-Werten (u. a. Dittfeld et al., 2016). Gezer und Kabaran (2013) belegen an einer Gruppe ausschließlich weiblicher Studentinnen der Ernährungswissenschaften höchste ON-Werte in der Gruppe der Untergewichtigen, was auch die italienische Studie mit männlichen und weiblichen Studenten und Universitätsangestellten bestätigt (Dell'Osso et al., 2016). Weitere Studien, die ebenfalls beide Geschlechter betrachten, zeigen dem entgegen einen Zusammenhang mit höheren BMI-Werten und Übergewicht (u. a. Missbach et al., 2015). Festgehalten werden kann, dass sowohl Unter- als auch Übergewicht mit einem erhöhten ON-Risiko verbunden scheinen.

Ätiologie: Ist Verzicht das neue „Normale“?

Einige Forscher vertreten die Meinung, dass es sich bei ON um ein Lebensstil-Phänomen unserer heutigen, auf Optimierung ausgerichteten Gesellschaft handelt (Rangel, Dukeshire & MacDonald, 2012). Mit dem verstärkten Auftreten orthorektischer Tendenzen wird dabei vor allem die mediale Präsenz der Themen gesunde Ernährung, Fitness und allgemein gesunder Lebensstil in Zusammenhang gebracht (Turner & Lefevre, 2017).

Im Kontext sozio-kultureller Einflüsse zeigen Studien ein vermehrtes Auftreten orthorektischen Verhaltens bei Vegetariern/Veganern ($\approx 50\%$) im Vergleich zu Nicht-Verzichern ($\approx 30\%$). Gegenteilige Befunde liefert eine aktuellere Studie aus den USA, in der Veganer das geringste ON-Risiko aufwiesen (Dunn et al., 2017). Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Ernährungsstil und orthorektischen Tendenzen lässt sich aktuell nicht abschließend beantworten. Weitere Forschung ist nötig.

Hinweise auf kulturelle Unterschiede liefert die Zusammenschau internationaler Studien (exemplarische Befunde siehe Tabelle). Dabei liefern Studien je nach eingesetztem Verfahren unterschiedliche Richtungen. Ursache hier dürfte sein, dass weder der BOT noch der ORTO-15 mögliche kulturspezifische Besonderheiten im Ernährungsverhalten (wie beispielsweise die üblicherweise aufgewendete Zeit zur Nahrungszubereitung, religiöser Verzicht auf bestimmte Produkte) berücksichtigen. Die Bedeutung gesellschaftlicher Werte und Normen wurde bisher noch nicht in Studien berücksichtigt. Erhöhte Häufigkeiten in den zuvor bereits erwähnten Risikopopulationen (u. a. Bo et al., 2014; Depa et al., 2017; Dittfeld et al., 2016) lassen jedoch auf einen Einfluss von Ernährungswissen, Ernährungsratgebern und Medien schließen.

Ätiologie: Psychologische Korrelate

Ein Schlüsselmerkmal orthorektischen Verhaltens ist das strikte Einhalten von Ernährungsregeln. Dieses Verhalten

kann als Versuch angesehen werden, mit essensbezogenen Ängsten umzugehen. Gleichzeitig kann es aber auch als ein Bewältigungsverhalten verstanden werden, das sich in einem ausgeprägten Perfektionismus in Bezug auf Essen, aber auch auf die eigene Erscheinung manifestiert. Letzteres macht deutlich, dass es auch um eine Aufwertung des Selbstwerts geht. Ein solcher Zusammenhang von Perfektionismus, Narzissmus und einer Orientierung auf das körperliche Äußere hin (Gewichtssorgen, Schlankkeitsideal, Körperunzufriedenheit) mit ON lässt sich nachweisen (u. a. Barthels et al., 2017a). Zusätzlich zeigen sich auch positive Korrelationen orthorektischen Verhaltens mit einem rigiden und restriktiven Essverhalten (u. a. Bundros, Clifford, Silliman & Morris, 2016) sowie einer ausgeprägten Fitness- und Gesundheitsorientierung (Rudolph et al., 2017).

Relativ unerforscht sind neuropsychologische Korrelate der ON. Koven und Senbonmatsu (2013) untersuchten die kognitiven Funktionen von 100 Studierenden (darunter 79 Frauen) im Zusammenhang mit orthorektischem Verhalten, wobei auch für Essstörungen und Zwangssymptome kontrolliert wurde. Die Autoren sehen ihre Befunde als Bestätigung für die kognitive Rigidität von Personen mit ON an. Ihre Daten zeigen, dass Personen mit erhöhten orthorektischen Tendenzen bei Wechselaufgaben, d. h. beim Hin- und Herwechseln zwischen verschiedenen Aufgaben, sowie bei Aufgaben zu Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis schlechter abschnitten. Ebenfalls im Einklang damit steht das strikte Befolgen von Ernährungsregeln, die schlechtere Wahrnehmung von (z. B. sozialen) Reizen aus der Umwelt sowie die andauernde Beschäftigung mit Gedanken an Ernährung und Gesundheit bei ON.

Ätiologie: Biologische Korrelate

Aufgrund der symptomatischen Überlappungen mit Störungen aus dem Spektrum der Ess- und Zwangsstörungen spielen neben sozio-kulturellen Einflüssen wahrscheinlich auch genetische, neuroanatomische, neurochemische und psychophysiologische Faktoren eine Rolle, vor allem Veränderungen im serotonergen und dopaminergen System, die sowohl bei zwanghaftem, unsicherem Verhalten als auch bei fehlreguliertem Essverhalten festgestellt wurden. Denkbar sind darüber hinaus Störungen in neurobiologischen Regelkreisen der Stress- und Emotionsregulation sowie der Appetit- und Sättigungskontrolle. Empirische Studien dazu liegen aber bisher nicht vor.

Therapeutische Ansätze

Aufgrund der unklaren diagnostischen Einordnung und unzureichenden Erforschung zugrundeliegender bio-psycho-sozialer Mechanismen ist eine klare Identifikation der Orthorexie bisher schwer möglich. Dieser Abschnitt kann somit nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Definitionen be-

ruhen, sondern soll lediglich erste Ideen zu Behandlungsformen bieten. Die Erforschung therapeutischer Interventionen bei ON steht noch ganz am Anfang. Da Orthorektiker der tiefen Überzeugung sind, sich „gesund“ zu ernähren, muss zu Beginn mit einer erschwerten Behandlungsaufnahme und wenig Veränderungsbereitschaft auf Seiten der Betroffenen gerechnet werden. Fallberichte zu Leidensdruck und körperlichen Mangelerscheinungen lassen die Behandlungsbedürftigkeit erahnen. Mögliche Komplikationen – neben der stationären Versorgung bei deutlichem Gewichtsverlust oder extremer Mangelernährung – fordern zur Entwicklung spezifischer Behandlungsmethoden auf, auch wenn aus der empirischen Befundlage zum orthorektischen Ernährungsverhalten noch nicht auf eine spezifische Störung im klinischen Sinne geschlossen werden kann. Vorschläge zu möglichen therapeutischen Interventionen machen u. a. *Koven und Abry (2015)*. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die aktuellen Interventionsempfehlungen, die sich vor allem auf verhaltenstherapeutische Ansätze fokussieren und aufgrund der symptomatischen Nähe an Interventionsempfehlungen zu Ess- und Zwangsstörungen orientieren.

Beginnend bei Psychoedukation reichen vorgeschlagene *psychotherapeutische Interventionen* je nach Schwerpunkt der Symptomatik von Exposition mit Reaktionsverhinderung (Exposure and Response Prevention; ERP), über Habit Reversal Training (HRT) und kognitive Umstrukturierung bis hin zu Entspannungsverfahren.

Über den Wunsch nach mehr Informationen seitens der Orthorektiker wird der *erste Kontakt* wahrscheinlich häufig im Rahmen von Ernährungsberatung und über Diätassistenten hergestellt. Transdisziplinäre Aufgabe ist an dieser Stelle die Aufklärung über empirisch fundiertes Ernährungswissen, um falsche Vorstellungen und Missverständnisse zu korrigieren und damit in Zusammenhang stehende dysfunktionale Kognitionen zu verändern. Vorherrschende Ziele sind die Normalisierung des Essverhaltens (z. B. Nahrungszusammensetzung, Mahlzeitenstruktur) und die Rückkehr zu einer „zwangsfreien“ Nahrungsaufnahme.

Neben Psychoedukation und der Schulung zu Ernährung und Gesundheit ist die Aufarbeitung der obsessiven und zwanghaften orthorektischen Verhaltensweisen und Gedanken ein weiterer wichtiger Baustein. Dabei ist zu Beginn der Behandlung mit Ambivalenz und Widerstand zu rechnen. Wie oben beschrieben, erleben Orthorektiker ihre Denk- und Verhaltensmuster in weiten Bereichen als ich-synton und damit zunächst als nicht behandlungsbedürftig. Prinzipien der *motivationalen Gesprächsführung* (Motivational Interviewing; Miller & Rollnick, 2012) wie eine wertschätzende Sprache, aktives Zuhören und die Vermittlung von Zuversicht können wesentlich zur Förderung der Behandlungsmotivation beitragen. Das Schaffen von Einsicht, das Überwinden der Ambivalenz bezüglich des eigenen Verhaltens und der Wunsch nach Veränderung sind essentielle Voraussetzung für die folgende psychotherapeutische Arbeit.

Eine der effektivsten kognitiven verhaltenstherapeutischen Methoden bei der Behandlung von Zwangsgedanken und -verhalten stellt die Kombination aus *Expositionstherapie* und *Response Prevention* (Vermeiden von Rückversicherungsverhalten) bzw. *Reaktionsmanagement* dar. Behandlungserfolge eines solchen therapeutischen Vorgehens zeigen sich vor allem bei Zwangserkrankungen und generalisierter Angststörung (z. B. Hoyer et al., 2009). Erste Studien belegen auch die Wirksamkeit bei Essstörungen (Steinglass et al., 2014). Aufgrund der symptomatischen Überlappung erscheint auch bei ON die ERP als eine besonders effektive therapeutische Maßnahme. Eine mögliche Schwierigkeit bei der Exposition kann sein, dass Orthorektiker tatsächlich unangenehme Empfindungen nach dem Konsum erleben und diese als Bestätigung ihrer Befürchtungen ansehen, vom Lebensmittel krank zu werden. Hier ist die Kopplung mit psychoedukativer Aufklärung essentiell. Darüber hinaus können verschiedene *Entspannungsverfahren* bei essensbezogenen als auch anderen Gesundheitsängsten hilfreich sein (Kristeller & Hallett, 1999).

Unterstützt werden können Orthorektiker durch das *Habit Reversal Training* (Gewohnheits-Umkehr-Training; Azrin & Nunn, 1973), bei dem Patienten eine adäquate Selbstwahrnehmung erlernen (inklusive Elementen aus dem *Achtsamkeitstraining*) sowie versuchen, orthorektisches Verhalten zu unterbrechen und durch andere Verhaltensweisen zu ersetzen. Welche Verhaltensweisen im Training inkompatibler Reaktionen eingeübt werden, hängt vom Problemverhalten und dem Kontext ab. Hierzu eignen sich direkte Verhaltensbeobachtungen, systematische Protokollierung oder das Erstellen von Listen mit erlaubten und unerlaubten Lebensmitteln (Jacobi, Paul & Thiel, 2004). Durch das HRT begreifen Orthorektiker ihre Routinen und Ernährungsrituale als Gewohnheiten, die die ON aufrechterhalten und negative Folgen für sie selbst haben. Im Rahmen von *Verhaltensmodifikation* erweitern Betroffene ihr Repertoire an „erlaubten“ Lebensmitteln, ändern ihre Ernährungsgewohnheiten, werden sozialer bei der Nahrungszubereitung und dem -konsum und zudem angeregt, sich andere, nicht auf Ernährung bezogene Möglichkeiten der Freizeitbeschäftigung aufzubauen. Die Genussfähigkeit wird gefördert und die Aufmerksamkeit weg von gesundem Essen hin auf andere wertgeschätzte Lebensbereiche gelenkt.

Aspekte der Übergeneralisierung, des Schwarz-Weiß-Denkens, katastrophisierende und andere verzerrte ernährungsbezogene Gedanken und Einstellungen sind Fokus der *kognitiven Umstrukturierung*. Ein weiteres Ziel können perfektionistische Leistungsansprüche des Orthorektikers sein. Da aber im Bereich der Essstörungen die Technik der kognitiven Umstrukturierung inzwischen kritisch diskutiert wird (Longmore & Worrell, 2007), sollten auch neuere Interventionen zur Behandlung (z. B. kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von klinischem Perfektionismus, u. a. Kothari, Egan, Wade, Andersson & Shafran, 2016) in Betracht gezogen werden.

Hinsichtlich *psychopharmakologischer Ansätze* wird bei ON der Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehem-

mern, die sich auch bei Zwangsstörungen als effizient gezeigt haben, diskutiert (Mathieu, 2005). Bei der Gabe von Medikamenten bleibt allerdings das orthorektische Symptombild zu bedenken. Mögliche Widerstände gegenüber der Einnahme verschriebener, potentiell „unreiner“ und „bedrohlicher“ Medikamente, könnten die pharmakologische Behandlung erschweren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Interventionen bei ON in einem interdisziplinären Team verortet werden sollten, das ernährungstherapeutische und psychotherapeutische Ansätze verknüpft. Vorgeschlagene psychotherapeutische Behandlungsansätze lehnen sich an Verfahren der (kognitiven) Verhaltenstherapie (Motivational Interviewing, ERP, HRT, kognitive Umstrukturierung) und psychodynamisch-biografische Verfahren an. Dass eine vormalig von ON betroffene Person sich auch nach der Therapie noch ausgesprochen gesund ernähren wird, weiterhin um ihre Gesundheit besorgt ist und bestimmte Lebensmittel vermeidet, kann aufgrund der orthorektischen Glaubens- und Persönlichkeitsstruktur nicht ausgeschlossen werden. Behandlungsziel ist neben der Normalisierung des Essverhaltens demnach vor allem, ernährungsbezogene Ängste und dysfunktionale Kognitionen bezüglich „gesunden“ Essens zu korrigieren.

Schlussfolgerungen

Ein gesunder Lebensstil und gesunde Ernährung gewinnen immer mehr an sozio-kultureller und individueller Bedeutung. Bei der Auswahl an Lebensmitteln und Gestaltung des Ernährungsverhaltens lassen sich einige Personen jedoch nicht nur von einfachen Regeln leiten, sondern entwickeln eine geradezu „manische“ Obsession für gesundes Essen und den ausschließlichen Verzehr von subjektiv als gesund eingeschätzten Lebensmitteln. Ob es sich bei diesem mit dem Begriff Orthorexia nervosa benannten Phänomen um ein Verhalten mit relevantem Störungspotential, um eine (Vorstufe einer) Essstörung oder um eine andere psychische Störung handelt, lässt sich aus der aktuellen Befundlage bisher nicht eindeutig beantworten. Aktuelle Studien liefern für bevölkerungsrepräsentative Stichproben Häufigkeiten im niedrigen einstelligen Bereich, während erhöhte Raten bei Personengruppen mit vermehrtem Ernährungswissen oder ausgeprägtem Gesundheitsbewusstsein ermittelt wurden. Zudem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Orthorexie und Perfektionismus, Narzissmus sowie einer Orientierung auf das körperliche Äußere hin. Sowohl Unter- als auch Übergewicht stehen mit verstärkten orthorektischen Tendenzen in Zusammenhang. Demgegenüber liefert die aktuelle Datenlage kaum Hinweise auf Geschlechtsunterschiede sowie den Einfluss von Bildungsgrad und sozioökonomischem Status. Ebenso scheint der Einfluss des Alters vernachlässigbar. Die Erfor-

schung neuropsychologischer und biologischer Korrelate der Orthorexie befindet sich noch ganz am Anfang. Schlüsse zu potentiell zugrundeliegenden Mechanismen sind derzeit noch nicht möglich. Ähnliches gilt für die Notwendigkeit spezieller Behandlungsformen zur Therapie der Orthorexia nervosa. Es liegen zwar Fallberichte zur Effektivität therapeutischer Interventionen vor, systematische Studien fehlen jedoch. Aktuell bleibt noch abzuwarten, ob sich Orthorexia nervosa als eigenständige klinisch-relevante Störungskategorie definieren und etablieren wird.

Literatur

- Barthels, F. & Pietrowsky, R. (2012). Orthorektisches Ernährungsverhalten – Nosologie und Prävalenz. *PPmP*, 62 (12), 445-449.
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T. & Pietrowsky, R. (2017a). Analyse des orthorektischen Ernährungsverhaltens von Patienten mit Essstörungen und mit Zwangsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 32-41.
- Bratman, S. & Knight, D. (2000). *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
- Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10 (2), e28-e32.
- Dunn, T. M. & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
- Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N. & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22 (1), 185-192.
- Klotter, C., Depa, J. & Humme, S. (2015). *Gesund, gesünder, Orthorexia nervosa. Modekrankheit oder Störungsbild? Eine wissenschaftliche Diskussion*. Wiesbaden: Springer.
- Koven, N. S. & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.
- Koven, N. S. & Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3 (2), 214-222.
- Rangel, C., Dukeshire, S. & MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety. An exploration into the orthorexic society. *Appetite*, 58 (1), 124-132.



Dr. Jana Strahler

Psychotherapie und
Systemneurowissenschaften
Justus-Liebig-Universität Gießen
Otto-Behaghel-Str. 10 H
35394 Gießen
jana.strahler@psychol.uni-giessen.de

Jana Strahler ist promovierte Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Justus-Liebig-Universität Gießen und befasst sich mit Stress, unser Erleben und Verhalten beeinflusst und was uns vor seinen negativen Folgen schützt. Der Schwerpunkt ihrer Forschung liegt hierbei auf den gesundheitsförderlichen Wirkungen von Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

Psychotherapie in einer JVA mit weiblichen Gefangenen

Ein Erfahrungsbericht

Beatrix Weidinger-von der Recke

Zusammenfassung: Der Beitrag beschreibt die Erfahrungen als externe, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin in einer bayerischen Justizvollzugsanstalt (JVA). Er erläutert die spezifischen Bedingungen für die Durchführung von psychodynamischer Einzelpsychotherapie in der JVA. Zudem werden Eindrücke aus der praktischen Arbeit vermittelt und es wird auf die Sinnhaftigkeit von Psychotherapie im Strafvollzug hingewiesen.

Frauen im Gefängnis

Frauen, die als Täterinnen Straftaten begehen, lösen meist Unverständnis oder gar Abscheu aus. Traumatisierte Frauen als Opfer entsprechen dagegen eher der allgemeinen Wahrnehmung vom gesellschaftlichen Geschlechterverhältnis. Emily Salisbury, Associate Professor of Criminal Justice an der University of Nevada, Las Vegas, wandelt ein bekanntes Zitat von Fjodor Dostojewski über Gefängnisse als Ausdruck einer Gesellschaft ab, indem sie vorschlägt: „The degree of civilization in a society can be judged by entering its [...] women’s prisons“ (Übersetzung B. W.: Den Grad der Zivilisation einer Gesellschaft erkennt man bei einem Blick in ihre Frauengefängnisse) (Salisbury, 2015). Auch wenn Frauen gegenüber Männern die deutlich kleinere Gruppe an Inhaftierten ausmachen, so ist es für Salisbury doch besonders aussagekräftig, wie eine Gesellschaft gerade diese Gruppe an marginalisierten Frauen behandelt. Zur Zahl der in Deutschland inhaftierten Frauen lässt sich Folgendes festhalten: Zum Stichtag 31.03.2017 waren nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes in Deutschland insgesamt 51.643 Personen inhaftiert, davon 48.609 Männer und 3.034 Frauen, was einem Anteil von 5,9 % entspricht (Statistisches Bundesamt, 2017).

Die bayerische JVA, aus der im Folgenden von den Erfahrungen als externe Psychotherapeutin berichtet wird, ist mit 448 Haftplätzen für Frauen die größte Anstalt ihrer Art in Bayern. Von diesen Haftplätzen sind 63 Haftplätze für weibliche Jugendliche vorgesehen. Zusätzlich gibt es 144 Haftplätze für Männer. Die JVA verfügt über eine Krankenabteilung, eine Mutter-Kind-Abteilung, eine sozialtherapeutische Abteilung, einen offenen Vollzug und ein Freigängerhaus. Seit vielen Jahren unterstützen der Leiter des Gefängnisses und die Kolleginnen und Kollegen des psychologischen Fachdienstes aktiv und engagiert die Honorartätigkeit externer Psychotherapeutinnen und deren Vergütung durch das Bayerische Justizministerium.

Psychotherapie in der JVA

Einzelpsychotherapie in der JVA mit weiblichen Gefangenen bedeutet, dass neben der Patientin und mir als Therapeutin immer auch der institutionelle Kontext der JVA und der gesellschaftlich-politische Rahmen präsent sind (Pecher, 2013). „Psychotherapeutische Behandlung muss also immer auch das soziale Umfeld im Blick haben. [...] Jeder Praktiker weiß, dass bei der intramuralen Behandlung die Haftsituation nicht ausgeklammert werden kann“ (Pecher, 2013, S. 8).

Das einzelpsychotherapeutische Setting besteht sowohl aus der üblichen therapeutischen Dyade als auch aus einer Form von Triangulierung mit dem Kontext Haftanstalt und dem alle Beteiligten prägenden Einfluss des gesamtgesellschaftlichen Kontextes. Diese Aspekte formen und beeinflussen die Gefangene ebenso wie mich, die Therapeutin, in unseren Erfahrungen, Urteilen und Vorurteilen. Auch wirken sie in die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse sowie in die psychodynamische Beziehungsanalyse hinein. Die Wahrnehmung und Reflektion dieser sozialen und gesellschaftlichen Dimensionen sind für beide Akteurinnen der Einzelpsychotherapie anspruchsvoll und können erkannt und benannt, aber nicht in Gänze aufgelöst werden.

Individuelle Lebensumstände und die Straftaten der Frauen sollen in der Psychotherapie mit weiblichen Gefangenen therapeutisch bearbeitet werden mit dem Ziel, mehr Verantwortung für sich und die eigenen Gefühle, Gedanken und Handlungen zu übernehmen. Dies ist ein schwieriger Prozess, da Spaltungsphänomene und pseudo- bzw. paranoide Vorstellungen im Sinne von feindseligen Stereotypen stark in die therapeutische Arbeit einwirken. Es bestehen Polarisierungen in „gut“ und „böse“, in „wir“ und „die“ – sowohl aufseiten der Gefangenen als auch aufseiten der

JVA-Mitarbeiter.¹ So berichten mir drogenabhängige Frauen: „Wir, die Giftler, sind anders als die anderen, wir halten zusammen“ und setzen sich damit deutlich von den übrigen inhaftierten Frauen ab. Andere Gefangene beschreiben sich in Abgrenzung von den Beamten so: „Denen ist es doch egal, wie es uns geht, für die sind wir der Abschaum“. Als ich zum ersten Mal mit einer Mörderin ein Gespräch zur Abklärung einer Psychotherapie führte, erlebte ich hautnah meine eigenen Vorbehalte, Ängste und starken Gefühle von Entwertung und Hilflosigkeit.

Berührend und beeindruckend ist für mich, wenn diese Spaltungsphänomene zwischen „denen“ und „uns“ bzw. zwischen „denen“ und „mir“ überbrückt oder aufgeweicht werden. Manche Frauen erleben in ihrer Haftzeit bedeutsame emotionale und empathische Beziehungen mit anderen Inhaftierten oder mit Beamten in einer für sie neuartigen positiven Weise. Solche ungewohnte Emotionalität kann die einzelne Frau in ihrer psychischen Entwicklung überfordern, aber auch fördern. Eine junge Frau, die in ihrer psychosexuellen Entwicklung massive emotionale Vernachlässigung erlebte, berichtete mir in einer Sitzung mit freudigem Stolz: „Die Anstalt vertraut mir, das ist ein schönes Gefühl“. Der Grund ihrer Freude war, dass eine Beamtin ihr einen Dienst für den Gefängnisflur übertragen hatte. In der Therapie nutzen wir diese positive emotionale Erfahrung aus dem Haftalltag, um vertiefend an ihrem geringen Selbstwerterleben zu arbeiten.

Wiederholt äußern sich Patientinnen dankbar über ihre Haftzeit, da sie im Leben „draußen“ überfordert waren und keinen Ausweg aus desolaten Situationen sahen. Ihre kriminellen Taten können auch als Hilfeschrei nach Regeln, Überschaubarkeit und Sicherheit verstanden werden. Dazu eine Zusammenfassung aus verschiedenen Aussagen: „Es klingt komisch, aber ich bin froh, hier zu sein, hier kann ich nachdenken und bin sicher. Ich habe mein Bett, bekomme dreimal am Tag zu essen und es gibt klare Regeln zum Aufstehen. Ich habe Angst vor der Entlassung, plötzlich stehe ich dann wieder alleine da und bin all den Reizen, dem Lärm und den vielen Menschen ausgesetzt.“ Aus dieser Perspektive betrachtet kann die JVA als eine Art Ersatz-Elternschaft verstanden werden. Einerseits bietet sie einen „mütterlichen“, regressionsfördernden Ort mit Gefühlen von Geborgenheit und empathischen zwischenmenschlichen Begegnungen. Zugleich ist dieser Ort klar und streng mit „männlichen“ Regeln und haltgebenden, auch strafenden Strukturen organisiert.

Eine vulnerable Phase in der Haftzeit stellt die Vorbereitung auf die Entlassung dar. Dieser Übergang wird häufig als ängstigend und bedrohlich erlebt, manche Frauen erleben dabei einen sie quälenden und überfordernden Trennungsschmerz, wie etwa diese Gefangene wenige Wochen vor ihrer regulären Entlassung feststellt: „Ich habe Angst, es nicht zu schaffen, habe mich so an das hier gewöhnt.“

Die Rolle als externe Psychotherapeutin

Seit mehr als sieben Jahren bin ich an einem Tag pro Woche als externe Psychotherapeutin in der eingangs beschriebenen bayerischen JVA tätig. Die Kolleginnen und Kollegen des psychologischen Fachdienstes überweisen Frauen an mich, die sich aus eigener Motivation eine Psychotherapie, oft eine Traumabearbeitung, wünschen. Insgesamt habe ich sechs Therapieplätze für längerfristig angelegte Behandlungen zur Verfügung, die länger als die üblichen 100 Kontingenzstunden dauern können. Ähnlich wie in der Praxis werden Vorgespräche durchgeführt, in denen die jeweilige Frau und ich uns über ihre Biografie, ihre Tat(en), ihre Haftzeit und über ihren Auftrag und Vorstellungen von einer Psychotherapie verständigen.

Meine Rolle als unabhängige, freie Mitarbeiterin beinhaltet eine therapeutische Schweigepflicht, die das in der JVA übliche Maß übersteigt, da ich keiner Kollegin bzw. keinem Kollegen gegenüber aussagepflichtig bin. Der therapeutische Rahmen stellt dadurch einen besonders geschützten und privaten Ort dar. Immer wieder äußern Patientinnen ihr Erstaunen darüber, dass ich ihre Gefangenenakte nicht lese, ohne sie vorher um ihre schriftliche Erlaubnis gebeten zu haben – die sie selbstverständlich auch verweigern können, was manche tun.

Auch in symbolischer Weise verkörpere ich die Möglichkeit, dass es ein „Draußen“, ein Leben in Freiheit gibt, was für manche, nicht nur für sogenannte Langstrafkerinnen (Frauen,

— In symbolischer Weise verkörpere ich die Möglichkeit, dass es ein „Draußen“, ein Leben in Freiheit gibt, was für manche nur wenig vorstellbar ist.

die Gewaltverbrechen begangen haben), nur wenig vorstellbar ist. Einerseits bringe ich „frischen Wind“ (Aussage einer Patientin) von außen mit, andererseits verstehe ich so wenig vom Leben innerhalb der Mauern, dass die Patientinnen mir dies zu erklären versuchen, was oftmals bereits eine Reflektion der eigenen Haftsituation und des eigenen Verhaltens beinhaltet und in der therapeutischen Arbeit genutzt werden kann.

In meiner Rolle als Psychotherapeutin werde ich idealisiert, heftig abgewertet und beneidet, was sowohl aus der jeweiligen psychotherapeutischen Beziehung heraus erklärbar ist als auch aus den real existierenden Unterschieden zwischen der inhaftierten Patientin und mir als freier Person (dazu bei-

¹ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 neu eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform (dort, wo nicht ausdrücklich eine Frau/Frauen gemeint sind).

spielsweise die folgende Aussage einer Patientin: „Das können Sie gar nicht verstehen, Sie gehen ja immer wieder“).

Mit großen, schweren Schlüsseln schließe ich mich durch sieben Türen, um schließlich in einer ehemaligen Zelle anzukommen. Dieser Raum hat Gitterstäbe vor dem Fenster, ein Waschbecken, einen quadratischen Holztisch mit Stahlbeinen, vier Holzstühle, zwei Sitzkissen sowie einen Schreibtisch mit Bürostuhl, Telefon und verschließbarem Aktenschrank. Helle Vorhänge und eine hellblaue Leinentischdecke aus der JVA-Wäscherei zieren den Raum. Ein Unterschied zu den normalen Zellen besteht darin, dass das Fenster ganz geöffnet werden kann und sich nicht in Kopfhöhe, sondern in der üblichen normalen Höhe befindet.

Eindrücke aus Psychotherapien

Die meisten Frauen, mit denen ich bisher arbeiten durfte, hatten zuvor noch keinen Kontakt mit Psychotherapie. Viele berichten über schwerwiegende sexuelle Missbrauchserfah-

— Der Zusammenhang, Opfer und Täterin zugleich zu sein, stellt eine komplexe Herausforderung dar. —

rungen und emotionale Gewalterfahrungen, die meist in der frühen Kindheit begannen. Auffallend häufig erwähnen diese Frauen, dass ihre Eltern oder ein Elternteil selbst drogenabhängig oder Opfer von Missbrauch oder Gewalt war. Manche der Frauen wurden über Jahre misshandelt, meist von männlichen, manche von weiblichen Familienmitgliedern. Viele hatten Probleme in der Schule: sowohl im sozialen Bereich als auch im Leistungsbereich. Der Drogenkonsum begann häufig in der frühen Adoleszenz. Es gab Einweisungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Inobhutnahmen durch das Jugendamt. Viele hatten bereits als minderjährige Mädchen sexuelle Kontakte, häufig mit älteren Männern. Diese Kontakte waren meist nicht freiwillig, sondern „ich befriedigte ihn, weil er das wollte“ (Aussage einer Patientin). Viele dieser Frauen lebten wiederholt in Zwangs- und Gewaltsituationen, was ihre intrapsychischen Konflikte und ihre zum Teil bewussten Gefühle von Ausgeliefertsein, Hoffnungslosigkeit und Minderwertigkeit verstärkte. „Drogen“, so eine Patientin, „waren die einzige Möglichkeit, um nichts zu fühlen.“

Manche dieser Frauen wurden kriminell, indem sie betrogen (z. B. Bestellungen im Internet tätigten, ohne diese bezahlen zu wollen oder zu können), sich illegal Drogen besorgten (z. B. Beschaffungskriminalität) oder indem sie gewalttätig gegenüber anderen agierten, häufig gegenüber Personen, die sie als schwach und unterlegen wahrnahmen.

Viele meiner Patientinnen sind Mütter; oft haben sie Kinder aus mehreren Beziehungen. Während ihrer Haftzeit sind die

Kinder häufig in Pflegefamilien oder in Heimen untergebracht, selten kümmert sich der Kindsvater selbst.

Nach meiner diagnostischen Einschätzung weisen die meisten Frauen, mit denen ich bisher gearbeitet habe, Persönlichkeitsstörungen auf, wobei ca. die Hälfte dem niedrigen Strukturniveau (Borderline-Störung) und die andere Hälfte dem mittleren Strukturniveau (narzisstische und depressive Störungen) zugeordnet werden können. Die Komorbidität bezieht sich meist auf Drogen- und Alkoholsucht. Posttraumatische Belastungsstörungen erlebe ich selten. In seltenen Fällen vermute ich das Vorliegen einer atypischen posttraumatischen Störung in Form einer posttraumatischen Persönlichkeitsstörung oder einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extremtraumatisierung.

Der Aufbau einer vertrauensvollen und belastbaren psychotherapeutischen Beziehung zwischen der einzelnen Strafgefangenen und mir benötigt viel Zeit und Geduld. Es braucht meist lange, bis die eigene Lebensgeschichte, z. B. minderjähriges Opfer eines sexuellen Missbrauchs gewesen zu sein, besprechbar wird und nicht als Begründung für die begangenen kriminellen Taten angeführt wird. Der Zusammenhang, Opfer und Täterin zugleich zu sein, stellt eine komplexe Herausforderung dar.

Immer wieder erlebe ich, dass die durch das Gerichtsurteil zugesprochene Schuld für die einzelne Frau wenig nachvollziehbar ist. Sie erlebt sich vielmehr erneut als Opfer von Umständen, für die sie keine oder nur wenig Verantwortung trägt.

Dieser Mechanismus von Verleugnung wird verständlicher, wenn in der Psychotherapie die kindliche Grunderfahrung thematisiert und reflektiert werden kann: „Ich wurde nicht gesehen, den Eltern war ich egal, die haben mich wie Dreck behandelt, ich bin wertlos“ (Zusammenstellung von Aussagen verschiedener Patientinnen). Die Spaltungsabwehr – Projektion auf Andere, den Richter, die Gesellschaft etc. – stellt eine häufig anzutreffende unbewusste Bewältigung intrapsychischer Konflikte dar. So sagte eine Frau wiederholt: „Die Gesellschaft will mich nicht“, und regulierte mit dieser Verleugnung ihre eigene Aggressivität sowie ihre starken Gefühle von Minderwertigkeit, Ohnmacht und Hilflosigkeit. Die therapeutische Beziehung kann die Gefangene dabei unterstützen, sich dieser intrapsychischen Abwehr zu stellen, um Verantwortung für die begangenen kriminellen Handlungen zu übernehmen und um sich mit der eigenen leidvollen Lebensgeschichte als Opfer auseinanderzusetzen.

Zur Wahrung der Anonymität der Frauen werden keine ausführlicheren Fallbeispiele geschildert. Die beiden folgenden Schilderungen sind stattdessen aus verschiedenen Therapieverläufen zusammengesetzt und zeigen die Einwirkung der Institution JVA auf die Behandlungen:

Eine Frau Mitte 40, Mutter von drei Kindern, war zum wiederholten Male als Betrügerin und Urkundenfälscherin zu langer Haftstrafe verurteilt worden. Über Jahre führte sie ein Doppelleben zwischen Muttersein, Erwerbstätigkeit und Delinquenz. In der 45. Sitzung begann sie erstmalig, sich mit ihrer Biografie und den über Jahren erlittenen Gewalttätigkeiten durch männliche Familienmitglieder auseinanderzusetzen. Ihr Selbstbild, eine „harte Alphafrau“ zu sein, wurde erschüttert, als sie bei der Schilderung einer gewalttätigen Szene spontan anfang zu weinen. Nach weiteren 40 Stunden sah sie sich allmählich in der Lage, einen Zusammenhang zwischen ihrer traumatischen Lebensgeschichte, ihren Beziehungen mit Männern und ihrem kriminellen Verhalten herzustellen. Im weiteren Verlauf konnte sie diese Einsichten vertiefen, so dass bei ihrer Entlassung vonseiten der JVA von einer günstigeren Sozialprognose und verminderter Rückfallgefahr ausgegangen wurde.

Eine junge Frau Mitte 20, die seit früher Pubertät harte Drogen konsumierte, war zum wiederholten Male wegen Beschaffungskriminalität inhaftiert worden. Sie war eines von fünf Kindern, beide Eltern waren wegen Drogenkonsums und Drogenhandels einschlägig vorbestraft. Sie wuchs in einer Pflegefamilie, später im Heim auf. Aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und Selbstverletzungen kam es wiederholt zu Aufenthalten in Kinder- und Jugendpsychiatrien. Ihre Lehre brach sie ab. In kurzzeitigen Beziehungen mit Männern wurde sie mehrfach vergewaltigt. Sie verliebte sich in eine jüngere, ebenfalls drogenabhängige Frau und wurde, so sagte sie, deren „Beschützerin“. Bald gab es finanzielle Probleme, die Patientin beging kriminelle Taten und wurde schließlich verurteilt. In der Psychotherapie begann sie zaghaft, sich mit ihrer Biografie zu beschäftigen, wobei ihre idealisierte Vorstellung einer „eigenen heilen Familie“ deutlich in den Vordergrund rückte. Allmählich konnte sie sich ihrem geringen Selbstwertgefühl annähern und begann einen für sie schmerzhaften psychischen Entwicklungsprozess, der phasenweise mit starkem Suchtdruck einherging. Nach ca. 30 Stunden sagte sie spontan, sich erwachsener und reifer zu fühlen. Nach weiteren zehn Stunden wurde die Behandlung abrupt beendet, da die junge Frau sich zum wiederholten Mal regelwidrig aggressiv gegenüber Beamten verhalten hatte und in eine andere JVA verlegt wurde. Ein Abschluss, eine gemeinsame Bilanzierung und Bewertung der therapeutischen Sitzungen waren nicht möglich.

Ausblick

Aus meiner Sicht ist Psychotherapie innerhalb der JVA kein zusätzlicher Luxus, sondern ein notwendiger Bestandteil (Pecher, 2005). Das Erarbeiten von Einsicht in das eigene Fühlen, Denken und Handeln ergänzt und erweitert das Konzept der Resozialisierung des Strafvollzugs. Viele der weiblichen Gefangenen sind Mütter, so dass die generationale Weitergabe von negativer Stigmatisierung für die Frauen, deren Kinder, für uns als Psychotherapeuten und für die Gesellschaft insgesamt eine bedeutsame Herausforderung darstellt. Meiner Einschätzung nach besteht im Strafvollzug ein großer Bedarf an Psychotherapie, auch wenn dies in Fachkreisen durchaus unterschiedlich beurteilt wird.

Literatur

- Pecher, W. (2005). Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie im Justizvollzug. Eine empirische Untersuchung der Erfahrungen und Einschätzungen von Psychotherapeuten in deutschen Gefängnissen. Herbolzheim: Centaurus.
- Pecher, W. (2013). Tiefenpsychologische Therapieansätze bei Gewaltstraftätern. Reader zur Fortbildung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am 12.10.2013.
- Salisbury, E. (2015). Judging Societies by Women's Prisons. Vortrag gehalten auf einer TEDx Konferenz. Video verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=Ijwlyf7rCtU> [29.01.2018].
- Statistisches Bundesamt. (2017). Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Fachserie 10 Reihe 4.1. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafvollzug.html> [31.01.2018].



Dipl.-Psych. Beatrix Weidinger-von der Recke

Psychotherapeutische Praxis
Reichenhaller Str. 29
81547 München
kontakt@praxis-weidinger.de

Beatrix Weidinger-von der Recke ist Dipl.-Psychologin und als Psychologische Psychotherapeutin (tiefenpsychologisch fundiert) in München niedergelassen. Sie ist als Honorarmitarbeiterin in einer bayerischen JVA tätig und verfügt über langjährige psychotherapeutische Erfahrungen mit Menschen mit Traumafolgestörungen.

Fortsetzung und letzter Teil der Reihe: Die Versorgungswerke stellen sich vor

Die solide Brücke in die Altersversorgung: Die Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung

Rolf Sennewald

Zusammenfassung: Die Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BlngPPV) ist das für die Mitglieder der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der Psychotherapeutenkammer des Saarlands zuständige berufsständische Versorgungswerk. Dieser Artikel stellt die BlngPPV und ihre grundlegenden Eigenschaften und Besonderheiten vor. Er informiert dabei insbesondere über die Organisation des Versorgungswerks und geht zudem auf die Aspekte der Mitgliedschaft, der Beiträge, des Finanzierungsverfahrens und der Versorgungsleistungen ein. Ausführungen zur Kapitalanlage und zum Informationsangebot des Versorgungswerks schließen den Artikel ab.

Versorgungswerk

Die Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BlngPPV) ist eine eigenständige Anstalt des öffentlichen Rechts. Sie hat den gesetzlichen Auftrag, ihre Mitglieder und deren Hinterbliebene bei Berufsunfähigkeit, Alter und Tod zu versorgen.

Das Versorgungswerk wurde 1995 als berufsständische Versorgungseinrichtung für Bauingenieure¹ in Bayern gegründet. Später erweiterte es seinen Zuständigkeitsbereich und bezog

— Die wichtigsten Gremien der BlngPPV sind der Verwaltungsrat als Entscheidungsträger sowie die Bayerische Versorgungskammer als Geschäftsführerin und gesetzliche Vertreterin. —

weitere Berufskammern für Ingenieure in sechs Bundesländern ein (Berlin, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen sowie Thüringen). Nach Beschluss der Selbstverwaltungsorgane von Versorgungswerk und Berufskammer ist es seit dem 01.01.2006 das gemeinsame Versorgungswerk der Bauingenieure und der bayerischen Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Seither heißt das Versorgungswerk „Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung“. Seit 01.11.2008 sind auch die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer des Saarlands Mitglieder der BlngPPV.

Organisation

Die wichtigsten Gremien der BlngPPV sind der Verwaltungsrat als Entscheidungsträger sowie die Bayerische Versorgungskammer als Geschäftsführerin und gesetzliche Vertreterin.

Der Verwaltungsrat – ausschließlich mit Berufsangehörigen besetzt – ist das Beschluss- und Kontrollgremium des Versorgungswerks. Zu seinen wichtigsten Aufgaben gehört es, die Satzung zu gestalten, die Richtlinien zur Kapitalanlage und zur Versorgungspolitik allgemein aufzustellen sowie den Lagebericht, den Jahresabschluss und die Entlastung der Geschäftsführung zu beschließen. Derzeit gehören dem Verwaltungsrat 14 Mitglieder an, davon drei Mitglieder der Bayerischen Psychotherapeutenkammer (Gerda Gradl, Dr. Nikolaus Melcop, Dr. Herbert Ühlein) und ein Mitglied der Psychotherapeutenkammer des Saarlands (Irmgard Jochum).

Die Bayerische Versorgungskammer ist eine Oberbehörde, die dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Bau und Verkehr unmittelbar nachgeordnet ist. Sie nimmt neben

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

der Geschäftsführung der BIngPPV die Geschäfte von elf weiteren Versorgungseinrichtungen wahr. Die Versorgungskammer hat über 2 Mio. Versicherte, nimmt Beiträge und Umlagen in Höhe von rund 4 Mrd. Euro ein und verwaltet knapp 70 Mrd. Euro. Damit gehört sie zu den größten institutionellen Investoren in Europa. Dank der gebündelten Kompetenzen bringt die gemeinsame Geschäftsführung für insgesamt zwölf Versorgungseinrichtungen zahlreiche Synergieeffekte und Vorteile, so z. B. bei Versicherungsmathematik und Kapitalanlage. Die gemeinsame Geschäftsführung wirkt sich auch positiv auf den Gesamtkostensatz aus, der im Geschäftsjahr 2016 nur 2,5 Prozent betrug.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft im Versorgungswerk entsteht auf gesetzlicher Grundlage, sodass kein Vertragsabschluss nötig ist und auch keine Provisionen anfallen. Maßgebend ist die Mitgliedschaft in einer der beiden Landespsychotherapeutenkammern. Psychotherapeuten, die ihren Beruf ausschließlich im Angestelltenverhältnis oder als Beamte ausüben, können sich von der Mitgliedschaft in der BIngPPV befreien lassen. Die Mitgliedschaft endet grundsätzlich mit Beendigung der Mitgliedschaft in der Landeskammer.

Die Anzahl der Mitglieder des Versorgungswerks wächst stetig, vor allem die der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und damit auch der Frauenanteil.

Zum 31.12.2016 hatte die BIngPPV insgesamt 8.266 aktive Mitglieder, davon waren 5.384 Ingenieure (= 65 Prozent) und 2.882 Psychotherapeuten (= 35 Prozent). Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der Psychotherapeuten um 11,5 Prozent, bei den Ingenieuren lag das Wachstum bei 1,2 Prozent.

Beiträge

Die Pflichtbeiträge hängen von der Beschäftigungsart und der Höhe des Berufseinkommens ab.

Selbständige Mitglieder zahlen entweder den Regelbeitrag (= Höchstbeitrag, im Jahr 2018 monatlich: 1.209,00 Euro) oder – abhängig von ihren Einkünften aus der selbständigen Arbeit – einen Beitrag in Höhe des Beitragssatzes, den auch Angestellte zur gesetzlichen Rentenversicherung zahlen. Dieser Beitrag wird nach oben durch den Regelbeitrag und nach unten durch den Mindestbeitrag (1/8 des Regelbeitrags, im Jahr 2018 monatlich: 151,10 Euro) begrenzt.

Als Selbständiger kann man für die ersten fünf Jahre Kammerzugehörigkeit einen ermäßigten Beitrag in Höhe von 2/10 des Regelbeitrags (im Jahr 2018 monatlich: 241,80 Euro) beantragen.

Selbständige Mitglieder, die auf Antrag gesetzlich rentenversichert sind, können eine Ermäßigung auf den Mindestbeitrag

erhalten, wenn die Versicherungspflicht schon vor Eintritt in das Versorgungswerk besteht.

Angestellte Mitglieder, die sich zusätzlich zur Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung für eine Versorgung in der BIngPPV entscheiden, zahlen auf Antrag einen ermäßigten Beitrag in Höhe des Mindestbeitrags oder des halben Mindestbeitrags (im Jahr 2018 monatlich: 75,55 Euro).

Ebenso sieht die Satzung Beitragsermäßigungen auf den Mindestbeitrag bzw. auf den halben Mindestbeitrag für folgende Fälle vor: Mutterschutz und Erziehungsurlaub, freiwillige Mitglieder und Mitglieder mit Befreiungsrecht.

Neben den Pflichtbeiträgen können die Mitglieder zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation freiwillige Mehrzahlungen leisten. Allerdings dürfen die Pflichtbeiträge und freiwilligen Mehrzahlungen zusammen die jährliche allgemeine Einzahlungshöchstgrenze des Körperschaftsteuergesetzes nicht übersteigen (das 2,5-fache des jährlichen Höchstbeitrags, im Jahr 2018: 36.270,00 Euro).

Im Jahr 2016 betragen die Beitragseinnahmen im Versorgungswerk 58,6 Mio. Euro (45,7 Mio. Euro Pflichtbeiträge und 12,9 Mio. Euro freiwillige Mehrzahlungen).

Finanzierungsverfahren

Die Leistungen der BIngPPV wurden bis 31.12.2014 im klassischen Anwartschaftsdeckungsverfahren finanziert, wie es z. B. auch bei Lebensversicherungen üblich ist. Zum 01.01.2015 wurde dieses Finanzierungsverfahren um Elemente des sog. offenen Deckungsplanverfahrens, ebenfalls ein Kapitaldeckungsverfahren, ergänzt. Das Versorgungswerk vermeidet mit dieser Systemänderung eine einseitige Abhängigkeit sowohl von der demografischen und wirtschaftlichen Situation der Berufsstände (wie im „reinen“ Umlageverfahren) als auch von der Kapitalmarktentwicklung (wie im klassischen oder „reinen“ Anwartschaftsdeckungsverfahren).

Zum 31.12.2016 lag die Kapitaldeckung des Versorgungswerks bei rund 105 Prozent. Das Versorgungswerk verfügt somit über eine vollständige Kapitaldeckung. Umlageelemente, wie sie im offenen Deckungsplanverfahren bei einer geringeren Kapitaldeckung als 100 Prozent herangezogen werden könnten, gibt es daher bei der BIngPPV derzeit nicht.

Versorgungsleistungen

Die BIngPPV gewährt im Einzelnen folgende Leistungen:

- Altersruhegeld (ab Vollendung des 67. Lebensjahres, für Jahrgänge vor 1967 bestehen Übergangsregelungen);
- Vorgezogenes Altersruhegeld (ab Vollendung des 62. Lebensjahres);

- Hinterbliebenenversorgung für Witwen, Witwer, Hinterbliebene aus einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und Waisen;
- Unterhaltsbeiträge an Waisen bei Berufsausbildung oder bei dauernder Erwerbsunfähigkeit (bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres);
- Single-Zuschlag für Nicht-Verheiratete von 10 Prozent.

Neben den besonderen Anspruchsvoraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten hängt die Höhe der Leistungen von der Höhe der eingezahlten Beiträge ab. Mit jeder Beitragszahlung erwirbt das Mitglied seit dem 01.01.2015 Anwartschaften in Form von Rentenpunkten. Diese Anwartschaft wird im Versorgungsfall in eine Euro-Anwartschaft umgerechnet.

Durch das junge Alter der BIngPPV ist der Bestand an Versorgungsempfängern und damit auch die Höhe der Versorgungsleistungen noch relativ gering, steigt aber kontinuierlich: Zum 31.12.2016 gab es 634 Versorgungsempfänger, davon 54 Psychotherapeuten (Alters-, Berufsunfähigkeitsrentner sowie Hinterbliebene). Die laufenden Versorgungsleistungen betragen im Jahr 2016 4,86 Mio. Euro. Unter Berücksichtigung der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung und der finanziellen Lage des Versorgungswerks können die Versorgungsleistungen nach entsprechendem Beschluss des Verwaltungsrats erhöht werden; zuletzt beschloss der Verwaltungsrat eine Erhöhung um 0,75 Prozent zum 01.01.2017.

Kapitalanlage

Die Kapitalanlagen der BIngPPV betragen zum 31.12.2016 insgesamt 958,1 Mio. Euro (Buchwert). Der tatsächliche Wert der Anlagen lag bei 1.051,06 Mio. Euro. Das Kapitalanlagen-Portfolio bestand zu diesem Zeitpunkt zu 3,89 Prozent aus Grundstücken, zu 40,72 Prozent aus Namensschuldverschreibungen und Darlehen sowie zu 51,49 Prozent aus Wertpapieren und Anteilen. Die Durchschnittsverzinsung betrug 3,44 Prozent.

Besonderes Augenmerk wird auf eine breite Diversifikation der Investments gelegt, um eine zugleich möglichst sichere, rentable und nachhaltige Kapitalanlage zu erreichen. Dabei werden vermehrt Anlagen im Bereich der sogenannten „Alternativen Investments“ getätigt, wie z. B. in nicht börsennotierte Unternehmen (Private Equity) sowie in Kommunikations-, Transport-, Versorgungsunternehmen oder in soziale Einrichtungen (Infrastruktur) und in Waldinvestments (Timber).

Ein weiterer Schwerpunkt ist der Ausbau des Immobiliensegments; dabei hält die BIngPPV derzeit drei Immobilien (Wohn-

und/oder Gewerbeobjekte in München, Hamburg und Berlin) im Direktbestand sowie weltweite Investments in Immobilienfonds, die zusammen mit anderen Versorgungswerken der Bayerischen Versorgungskammer aufgelegt wurden.

Die Bayerische Versorgungskammer als Geschäftsführerin der BIngPPV achtet darüber hinaus in besonderem Maße auf die Pflege nachhaltiger, d. h. über die Generationen wirksamer Finanzierungssysteme und gleichzeitig auf eine ertrags- und risikooptimierte Anlagepolitik. Sie hat die Prinzipien für verantwortungsbewusstes Investment der Vereinten Nationen (UNPRI) unterzeichnet. Damit verpflichtet sich die Bayerische Versorgungskammer, die Prinzipien einer nachhaltigen Kapitalanlage einzuhalten. Auch ihre Partner am Kapitalmarkt unterliegen dieser Verpflichtung.

Insgesamt managt die Bayerische Versorgungskammer für ihre zwölf Versorgungseinrichtungen zum 31.12.2016 Kapitalanlagen in Höhe von 69,2 Mrd. Euro. Sie verfügt über einen Immobilienbestand von 12.830 Wohneinheiten und 566.039 m² Gewerbeflächen.

Informationsangebot

Das Versorgungswerk bietet seinen Mitgliedern verschiedene Informationsmöglichkeiten: Auf der Homepage des Versorgungswerks findet sich unter www.psychotherapeutenversorgung.de ein umfassender Überblick über das Versorgungswerk und über aktuelle Entwicklungen. Ein regelmäßiger Newsletter, spezifische Informationsunterlagen und aktuelle Veröffentlichungen runden das Angebot ab.

Außerdem helfen die zuständigen Mitarbeiter der Bayerischen Versorgungskammer bei Fragen und Anliegen der Mitglieder auch gerne schriftlich, telefonisch oder in einem persönlichen Beratungsgespräch weiter.



Prof. Dipl.-Ing. Rolf Sennewald

Bayerische Ingenieurversorgung-Bau mit
Psychotherapeutenversorgung (BIngPPV)
Postfach 81 02 06
81901 München
bingppv@versorgungskammer.de

Prof. Dipl.-Ing. Rolf Sennewald ist Vorsitzender des Verwaltungsrats der BIngPPV und Geschäftsführer und Partner einer Ingenieur- und Sachverständigen-gesellschaft mit Sitz in München.

Interview

Telefonseelsorge. Seit über 60 Jahren eine Hilfe-einrichtung für Menschen in seelischen Krisen

Gertrud Corman-Bergau im Gespräch mit Monika Dinger

Die Frage nach Gestaltungsformen von Beratung und psychotherapeutischen Interventionen außerhalb des persönlichen Face-to-Face-Kontaktes beschäftigt unsere Profession zunehmend. Der Weltkongress der Telefonseelsorge im Sommer 2016 in Aachen brachte den Redaktionsbeirat dazu, diese seit Langem etablierte Form der Beratung über das Medium Telefon einmal in den Fokus zu nehmen. Mit Frau Dinger, Pfarrerin und stellvertretende Leiterin der TelefonSeelsorge Paderborn, fanden wir eine kompetente Ansprechpartnerin, die uns nicht zuletzt die Augen dafür öffnete, dass in der Telefonseelsorge neben dem Telefon bereits seit geraumer Zeit E-Mail-Kontakte und Chatgespräche auf der Tagesordnung stehen. Über die Struktur, die Weiterbildung der Ehrenamtlichen und die Erfahrungen am Telefon sprach Gertrud Corman-Bergau für das Psychotherapeutenjournal mit Monika Dinger.

Gertrud Corman-Bergau (PTJ): Gibt es eine Gründungsgeschichte der Telefonseelsorge? Oder anders gefragt: Was sind die Grundlagen Ihrer Arbeit?

Monika Dinger: Es gibt beides. Es gibt tatsächlich einen Gründungsmythos der Telefonseelsorge, den ich sehr eindrücklich finde. Und zwar geht die Telefonseelsorge zurück auf die Initiative eines anglikanischen Pfarrers namens Chad Varah. Er hat am 2. November 1953 in London in allen großen Tageszeitungen eine Anzeige geschaltet mit dem Titel: „Before you commit suicide, ring me up“. In der Folge konnte er sich vor Anrufen nicht retten und gründete eine Organisation mit dem Namen „Samaritans“, in der Ehrenamtliche die Anrufe entgegennahmen. Damals diente das Telefon ausschließlich als Mittel zum Zweck einer persönlichen Kontaktaufnahme. Menschen in einer persönlichen Krise sollten begleitet und aus der Suizidalität, wenn möglich, herausgeführt werden. In England ist es meines Wissens bis heute so, dass der Anruf der Beginn einer persönlichen Begleitung sein soll.

Diese Idee einer telefonischen Kontaktaufnahme traf einen Nerv der Zeit und breitete sich rasant auf dem europäischen Festland aus, sei es in Frankreich, Italien, der Schweiz oder Belgien. In Deutschland wurde 1956 die erste Telefonseelsorge in Berlin gegründet, sie hieß „Ärztliche Lebensmüdenbetreuung“. Ärzte¹ und Pfarrer haben sie damals in die Wege

geleitet. Ich nenne die Gründungsgeschichte deswegen einen Mythos, weil dort meinem Eindruck nach paradigmatisch festgehalten ist, was das Selbstverständnis dieser Institution bis heute prägt: die Herkunft aus der Suizidverhütung und der daraus resultierende Kompetenzanspruch im Umgang mit existentiellen Krisen, die Idee einer am Bild des barmherzigen Samariters orientierten selbstlosen Hilfeleistung ohne Ansehen der Person und das Medium Telefon, das anfangs allerdings, wie gesagt, nur eine marginale Rolle spielte als leicht verfügbares Instrument einer unkomplizierten Kontaktaufnahme, die dann – je nach Einzelfall und Bedarf – umgehend in eine persönliche Begegnung, Beratung oder Begleitung überführt werden sollte.

Allerdings wurde schnell deutlich, dass Suizidalität nur ein Themenbereich der Menschen war, die diese Nummer anriefen. Es gab nämlich auch viele Anrufende in anderen Lebenskrisen, die sich auf diesem Weg Rat und Hilfe suchten. Relativ schnell kam man in Deutschland von dem Gedanken ab, in einen persönlichen Kontakt zu treten. Stattdessen konzentrierte man sich auf die medial vermittelte Begleitung am Telefon.

Warum kam man vom Ziel eines persönlichen Face-to-Face-Kontaktes im Anschluss an die telefonische Beratung ab?

Es zeigte sich, dass viele Menschen gerade die Anonymität suchten. Viele wollten gar nicht in persönlichen Kontakt treten. Der Kernwunsch war der nach einer Beratung, in welcher der Anrufende anonym bleiben konnte. Daraus entwickelten sich die drei Basisvariablen der Telefonseelsorge, die bis heute gelten: Anonymität, Ehrenamtlichkeit und die ständige Erreichbarkeit mit der Besetzung der Telefone rund um die Uhr.

Aus einzelnen Initiativen heraus entwickelten sich dann an verschiedenen Orten weitere Telefonseelsorgestellen. In Deutschland nahmen sich relativ schnell die beiden großen

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

Kirchen dieses neuen Arbeitsfeldes an, während dies in anderen Ländern nicht der Fall war. Dort ist dieser Dienst anders organisiert und hat auch einen anderen Namen, heißt in der Schweiz zum Beispiel „Die dargebotene Hand“. In den Gründerjahren waren die ersten Telefonseelsorgestellen konfessionell getrennt, das ist der Grund dafür, dass wir immer noch zwei Nummern haben. Heute ist die ökumenische Trägerschaft die Regel.

Prägt die Trägerschaft denn die Inhalte der Beratung?

Nein, eigentlich nicht, denn das Seelsorgeangebot richtet sich grundsätzlich an alle, die es in Anspruch nehmen wollen und hat keinerlei missionarische Absichten. Es geht um das Aufnehmen des Anliegen eines Anrufers. Die Mitarbeiter versuchen, den Ratsuchenden in vorurteilsfreier und unbedingter Offenheit anzunehmen. Das Angebot besteht im Zuhören und Klären, im Trösten und Ermutigen, im Hinführen zu eigener Entscheidung und im Hinweis auf kompetente Fachleute, wie es in unseren Leitlinien heißt. Allerdings gibt es durchaus auch Unterschiede zwischen den einzelnen Telefonseelsorgestellen. So sind die Stellen zum Beispiel jeweils auch vom seelsorgerlichen oder psychotherapeutischen Ausbildungshintergrund ihrer Hauptamtlichen geprägt, insofern sind die Grundansätze verschiedener Psychotherapierichtungen vertreten, wenn auch nicht an allen Standorten gleichermaßen.

Mich interessiert auch das Thema der geschulten Laien bzw. der ehrenamtlichen Mitarbeit, die ja ein wichtiger Bestandteil der Telefonseelsorge ist. Das ist für uns als approbierte „Profis“ eher ungewohnt und wird teilweise kritisch gesehen. Demgegenüber wird der Einsatz von Ehrenamtlichen in der Kirche traditionell gewünscht und gefördert.

Unser großes Pfund ist, dass wir als erste Organisation innerhalb der Kirche mit Ehrenamtlichen arbeiten, die zugleich ausgebildete Ehrenamtliche sind. Es wurde schnell klar, dass die Ehrenamtlichen für diese anspruchsvolle Tätigkeit Schulungen brauchen und inzwischen haben wir curriculare Ausbildungsstandards. Wir werben um neue Mitarbeiter nicht nur im kirchlichen Kontext, sondern überwiegend über Zeitungen, Radio oder andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit. Mit den Interessenten führen wir zunächst ausführliche Gespräche, dann müssen sie eine Auswahltagung durchlaufen, in der jeder noch einmal seine eigene Motivation für diese Arbeit überprüfen kann und wir einen Eindruck von der Persönlichkeit der Bewerber bekommen. Kriterien, nach denen wir auswählen, sind z. B. Einfühlungsvermögen, Belastbarkeit, Gruppenfähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion. Diese Gesichtspunkte werden überprüft und so kann es dazu kommen, dass Bewerber nicht genommen werden. Bei den Angenommenen folgt eine 15-monatige Ausbildung mit insgesamt 220 Stunden. In Westfalen unterteilt sie sich in zwei große Blöcke: einen Selbsterfahrungsblock, in dem es unter anderem darum geht, die Selbst- und Fremdwahrnehmung im Beziehungsfeld der Gruppe zu erweitern, und einen Gesprächsführungsblock, in welchem wir

versuchen, Basisvariablen der personenzentrierten Gesprächsführung und telefonischen Krisenberatung zu vermitteln. Dazu kommen Schulungen über konkrete Konfliktsituationen sowie Einführungen in verschiedene psychische Krankheitsbilder. So werden z. B. zur Suizidalität und zu Besonderheiten von psychischen Erkrankungen ausführliche Kenntnisse vermittelt. Dies betrifft ja einen großen Teil der Menschen, die uns anrufen. Fragen zu allgemeineren Lebenskrisen und zu Konfliktsituationen in der Familie oder am Arbeitsplatz werden natürlich auch behandelt.

Gerade haben wir unsere Ausbildung wissenschaftlich evaluieren lassen. Darüber bin ich sehr froh, ich habe dies mit angeschoben, als ich noch als Vorsitzende der AG Fortbildung und Forschung in der Evangelischen Konferenz für Telefonseelsorge und Offene Tür e. V. auf Bundesebene tätig war. In dieser Studie sind die Ausbildungen mit Blick auf die Persönlichkeitsentwicklung, die Bindungsvariablen und die Erfahrungen der Teilnehmer hinsichtlich ihres subjektiv gefühlten Kompetenzgewinns beforscht worden. Es ließen sich signifikante positive Veränderungen bei den Teilnehmern im Laufe der Ausbildung z. B. im Stresserleben und bei Bindungsangst nachweisen. Insgesamt haben sich 30 Telefonseelsorgestellen an dieser Studie beteiligt. Sie zeigt, dass unser Anspruch, dass wir eine wirksame Ausbildung haben, tatsächlich realisiert wird. Das ist das erste Mal, dass sich das so empirisch belegen lässt. Es ist sozusagen der einzige uns mögliche Weg der Beforschung, denn wir können wegen der Anonymität der Anrufenden die Wirksamkeit der Gespräche selbst nicht auswerten.²

Wie sieht die Gruppe der Ehrenamtlichen aus? Wer engagiert sich in der Telefonseelsorge und welche Kosten werden erstattet?

Wie meistens in ehrenamtlichen Bereichen leisten auch bei uns insgesamt über alle Altersgruppen hinweg bis zu 80 Prozent Frauen den Dienst am Telefon. Bei den älteren Ehrenamtlichen über 60 Jahre sind es zunehmend mehr Männer, die sich engagieren. Die Mitarbeiter kommen aus ganz unterschiedlichen sozialen, kaufmännischen oder technischen Berufen. 52 Prozent der Ehrenamtlichen haben Abitur oder einen Hochschulabschluss. Motivation und Zufriedenheit der Ehrenamtlichen wurden ebenfalls untersucht. Dabei wurde deutlich: Häufig kommen zu uns Menschen, die sich einerseits ehrenamtlich betätigen, aber zugleich auch etwas für sich selbst machen wollen. Dieses Zusammenspiel gewinnt zunehmend an Bedeutung und wird auch eingefordert. Was unsere Ehrenamtlichen am meisten schätzen und was wir ihnen auch bieten, sind Ausbildung, Supervision und Fortbildung.

Die Ehrenamtlichen bekommen die Fahrtkosten zu den Schichten erstattet. Darüber hinaus nehmen sie etwa alle 14 Tage für zwei Stunden im Rahmen einer Gruppe an kostenlo-

² Die erwähnte Studie ist unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27213616 abrufbar.

sen Supervisionen teil, zu denen alle, die am Telefon Dienst machen, verpflichtet sind. Die Verpflichtung zur absoluten Verschwiegenheit macht es notwendig, dass der Austausch über die zum Teil ja auch sehr belastende Arbeit in gesonderten und geschützten Supervisionsgruppen regelmäßig stattfindet. Unsere Stelle, die TelefonSeelsorge Paderborn, arbeitet dabei mit externen Supervisoren. Für die Ausbildung selbst müssen die Ehrenamtlichen nichts bezahlen. Sie erhalten am Ende ein Zertifikat, das für einige auch eine Grundlage für eine Weiterqualifizierung darstellt, wenn sie sich beispielsweise auf eine Stelle im sozialen Bereich oder in einer Beratungsstelle bewerben.

Was uns von anderen ehrenamtlichen Stellen unterscheidet, ist das hohe Maß an Verbindlichkeit, das die Ehrenamtlichen eingehen müssen. Wir haben in der TelefonSeelsorge Paderborn den Tag in vier Tagschichten und eine Nachtschicht eingeteilt. Die Nachtschicht dauert acht Stunden, die Tagschichten sind vier Stunden lang. Die Mitarbeiter verpflichten sich, dass sie drei Tagschichten im Monat und eine Nachtschicht alle sechs Wochen übernehmen. Wenn Sie darüber hinaus bedenken, dass es die Verpflichtung zur Supervision gibt, dann ist das ein Ausmaß von etwa 20 Stunden im Monat, die sie regelmäßig leisten müssen. Das ist für Ehrenamtliche sehr viel. Wir sind eine eher kleine Telefonseelsorgestelle, wir haben etwa 70 ehrenamtlich Mitarbeitende, die meisten Stellen haben zwischen 80 und 100 Ehrenamtliche.

Wie lange bleiben die Ehrenamtlichen in der Regel in der Telefonseelsorge?

Das ist ganz unterschiedlich. Einige bleiben 20 Jahre und länger, manche eher kürzer, aber alle verpflichten sich zu Beginn, dass sie mindestens zwei Jahre dabei sind. Im Moment habe ich eine Ausbildungsgruppe, in der einige Teilnehmer sind, die die Schulung perspektivisch für den Ruhestand machen. Sie sind älter, aus dem Berufsleben ausgeschieden und fühlen sich fit, noch etwas Verbindliches mit all ihrer Berufserfahrung und Lebenserfahrung zu übernehmen. Früher gab es eine Altersgrenze von 60 Jahren für den Einstieg in die Ausbildung, das hat sich aber komplett geändert und das ist aus meiner Sicht auch richtig so. Denn unter dem Aspekt des lebenslangen Lernens kann das ehrenamtliche Engagement auch ein gutes Projekt für den Ruhestand sein.

Haben Sie Nachwuchsprobleme bei den Ehrenamtlichen?

Es verlagert sich. Ich überblicke jetzt 30 Jahre. Lange war es so, dass wir begehrt waren, weil wir die einzigen waren, die qualifiziert geschult haben. Inzwischen haben wir viel „Konkurrenz“ bekommen: Notfallseelsorge, Hospize, Flüchtlingsarbeit, all diese Arbeit geschieht mit der Hilfe von Ehrenamtlichen. Es ist für uns jedoch nach wie vor ein

großes Plus, dass wir mit einer hohen Verbindlichkeit und Kontinuität arbeiten.

Mich interessiert auch der Alltag der Telefonseelsorge und was dort genau passiert. Werden zum Beispiel Fallakten angelegt?

Ja und nein. Wir führen keine Akten zu einzelnen Anrufern, sondern erfassen statistische Items zu Gesprächen. So wird von jedem Gespräch ein Verlaufsprotokoll angelegt, in dem kurze Stichworte zum Inhalt und statistische Angaben festgehalten werden. Diese Statistik ist bundesweit einheitlich, sodass eine Vergleichbarkeit über die Regionen hinweg gegeben ist. Die Daten für die Statistik werden nicht direkt im Telefonat abgefragt, sondern beruhen auf den Einschätzungen des Mitarbeiters am Telefon. Eigene Angaben des Anrufenden zu Alter und Personenstand fließen mit ein. Erfasst werden zudem die wichtigsten Themen jedes Gespräches. Insgesamt haben wir ein sehr umfangreiches Datenmaterial

— Was uns von anderen ehrenamtlichen Stellen unterscheidet, ist das hohe Maß an Verbindlichkeit. —

über die Gespräche, die wir führen, nicht jedoch über den einzelnen Anrufer, der sich an uns wendet.³

Die meisten Anrufer sind in den mittleren Lebensjahren. Ungefähr 60 Prozent derjenigen, die uns kontaktieren, sind Frauen. Vor einigen Jahren hatten wir viele Anrufer aus der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen, die uns mit ihrem Handy kostenfrei anrufen konnten. Viele dieser Anrufe wurden ausschließlich wegen der Kostenfreiheit getätigt, das hat uns viel Arbeit gemacht und Fragen aufgeworfen, wie wir mit sogenannten „Scherzanrufen“ umgehen sollen. Wir haben dadurch auch einzelne Mitarbeiter verloren, die sich von diesen Anrufern von ihrer eigentlichen Aufgabe zu sehr abgebracht sahen. Solche Anrufe sind aber mittlerweile wieder auf ein erträgliches Maß zurückgegangen.

Circa 40 Prozent der Anrufer rufen aufgrund von Konflikten in Partnerschaft und Familie oder der Erziehung an. Einsamkeit ist ein weiteres großes Thema, ebenso Stress- und Erschöpfungszustände. Es gibt auch eine eigene Kategorie in der Statistik für diejenigen Anrufer, die psychische Erkrankungen haben. Diese Gruppe ist mittlerweile recht groß. Die Mitarbeiter können natürlich selbst keine Diagnosen stellen. Erfasst wird diese Kategorie nur, wenn eine Person am Telefon darüber spricht, dass sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung wegen einer diagnostizierten Erkrankung ist oder war, sei es in der Klinik oder ambulant, oder wenn sie angibt, regelmäßig Medikamente deswegen

³ Siehe hierzu beispielsweise das unter <http://www.telefonseelsorge.de/?q=node/42> abrufbare Datenmaterial.

zu bekommen. Es wird aber nicht unterschieden, welche psychische Erkrankung vorliegt. Etwa 35 Prozent der Anrufer lassen sich dieser Gruppe zuordnen. Vermutlich sind es aber eher mehr, da diese Kategorie ja nur dann erfasst wird, wenn Anrufende explizit davon gesprochen haben.

Wie sehen die Gespräche selbst aus? Gibt es Verläufe, die sich vergleichen lassen?

Die Gespräche sind sehr vielfältig, weil ja auch die Anliegen der Anrufenden verschieden sind. Die Spannweite reicht von einem kurzen Kontaktgespräch mit der Bitte um Information bis hin zu wirklich akuten Krisengesprächen. Die Verläufe sind dementsprechend sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt dauert ein Gespräch ca. 20 Minuten, das sagt uns die Statistik, aber darin sind alle Gespräche enthalten. Wir empfehlen den Mitarbeitern, Gespräche nicht länger als maximal 50 Minuten zu führen. Es gibt aber auch Ausnahmen. Wenn sich in einem Gespräch eine schwierige Verstrickung ergibt, ist es manchmal schwer, Grenzen zu ziehen und sich herauszulösen. Bei akuter Suizidgefährdung kann es mitunter auch richtig sein, über das Telefon längeren Kontakt zu halten, obwohl wir auch da empfehlen, lieber später noch ein zweites Mal anzurufen.

Was wir den Mitarbeitern vermitteln, ist eine wertschätzende Grundhaltung und das wohlwollende Einstellen auf das Anliegen der Anrufenden. Der Unterschied zur Psychotherapie ist aus meiner Sicht, dass es in der Seelsorge eher um Kontakt und Begleitung als um Veränderung geht. Die aktuelle Situation soll möglichst in allen Facetten wahrgenommen und aufgenommen werden. So kann eine Entlastung der Anrufenden passieren, das ist Sinn und Ziel des Gesprächs.

Dadurch, dass wir viele Anrufe von Menschen erhalten, die unter psychischen Erkrankungen leiden, haben wir die Situation, dass es eine Gruppe von Anrufenden gibt, die uns sehr häufig nutzen. Das ist ein Grundproblem unserer Institution und da gehen auch konzeptionelle Einstellungen auseinander. Es gibt die Haltung, die kleine Gruppe der regelmäßig Anrufenden eher zu begrenzen und die Leitungen frei zu halten für Krisengespräche und die „eigentlichen Anrufer“, worunter dann Erstanrufer in einer akuten Notsituation verstanden werden. Ich dagegen bin der Meinung, dass genau diese regelmäßig Anrufenden unser eigentliches Klientel sind. Unser Angebot ist vor allem für vereinsamte Menschen interessant, die aus den verschiedensten Gründen nicht in der Lage sind, sich auf persönliche Kontakte einzulassen. In der Telefonseelsorge Paderborn setzen wir aus diesem Grund stark auf Fortbildungen, in denen den Mitarbeitern ein psychodynamisches Verständnis von psychischen Erkrankungen vermittelt wird. Wir haben leider insgesamt ein Erreichbarkeitsproblem, was bedeutet, dass unsere Leitungen häufig besetzt sind.

Bekommt ein Berater am Telefon mit, wenn andere anrufen und seine Leitung besetzt ist?

Nein, das war früher mal so. Mittlerweile ist das Verfahren technisiert worden. Alle Anrufe werden von der Telekom über ein digitalisiertes System verteilt, wie es z. B. auch in Callcentern üblich ist. Ein Mitarbeiter schaltet seine Leitung frei, wenn er bereit ist für einen Anruf. Er meldet sich ab, wenn er z. B. Verlaufsprotokolle schreibt oder eine Pause macht. Jede Telefonseelsorgestelle hat ein nach Vorwahlnummern genau definiertes Einzugsgebiet. Seit Handynummern regionalisierbar sind, können auch Anrufende aus den Mobilfunknetzen regional geroutet werden.

Wird zu Beginn eines Gesprächs auf eine maximale Gesprächsdauer hingewiesen?

Nein, zu Beginn wird das nicht thematisiert. Die Empfehlung der Begrenzung eines Gesprächs auf 50 Minuten ist eher eine interne Empfehlung. Viele Anrufende wollen nur ein Gespräch von wenigen Minuten. Es kommt aber auch vor, dass ein Anrufer mehrmals innerhalb einer Stunde anruft, manche können die Leere nach der Trennung eines Telefonats nicht gut aushalten. Dieser Anrufer wird dann in die gleiche Telefonseelsorgestelle geschaltet, dann kann der Mitarbeiter freundlich sagen: „Wir haben bereits telefoniert, gibt es noch etwas Zusätzliches zu sagen?“ Unser Ziel ist Abgrenzung im Kontakt.

Wenn wir schon bei den Problemfällen sind: Es gibt natürlich auch aggressive und missbräuchliche Anrufer, da ist es notwendig, sich deutlich abzugrenzen. Ich denke da nicht nur an die offensichtlichen Sexanrufe, bei denen es den Mitarbeitenden leicht fällt, das Gespräch zu beenden, es gibt auch Anrufe, bei denen das Anliegen auf den ersten Blick nicht so eindeutig ist. Zum Beispiel wenn sexuelle Schlagephantasien beschrieben werden, die in eine auf den ersten Blick durchaus realistische Szene eingebettet sind. Es gibt Inszenierungen, in denen besonders schockierende Dinge erzählt werden, vielleicht um eine bestimmte Reaktion des Hörers zu erreichen. Dabei handelt es sich zwar sicher auch um Menschen, die Hilfe benötigen, aber das überfordert die Möglichkeiten unserer Institution.

Wir haben aber auch langjährige Anrufer, bei denen sich über die Zeit doch eine Art Stabilisierung verfolgen lässt und die froh sind, dass die Telefonseelsorge sie „über Wasser gehalten“ hat. Das ist möglich, weil die Telefonseelsorge sich auf viele Schultern verteilt. Da können wir auch Entwicklungen bei Menschen beobachten, wenn man auf viele Jahre zurückblickt.

Wird in der Telefonseelsorge auf psychotherapeutische Angebote und Beratungsstellen aktiv hingewiesen?

Ja, natürlich. Das ist immer dann der Fall, wenn danach gefragt wird oder im Gespräch der Eindruck entsteht, dass es sinnvoll sein könnte, eine Beratungsstelle oder eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen. Wir haben umfangreiche regionale Listen der Selbsthilfegruppen, der psychiatrischen Notfallambulanzen, der Kliniken und weiterer Einrich-

tungen, die es in diesem Bereich gibt. Zu niedergelassenen Psychotherapeuten werden Zugangswege angegeben, ohne konkrete Namen zu nennen. Die Vermittlung von Kontaktstellen und Adressen kommt mittlerweile aber nicht mehr so häufig vor, weil viele Menschen bereits von solchen Stellen kommen und das Wissen haben, welche Stellen es für sie gibt. Seit dem Siegeszug des Internets ist das weiter zurückgegangen.

Ist persönlicher Kontakt, der über das Gespräch am Telefon hinausgeht, untersagt?

Ja, das ist zum Schutz vor allem der Mitarbeitenden untersagt. Viele Anrufende sind einsam und haben große Beziehungswünsche. Auch der Standort der Stelle ist nicht bekannt, weil die Mitarbeitenden nachts dort alleine sind und es vereinzelt auch gewalttätige oder Gewalt androhende Anrufer gibt.

Anonymität und Datenschutz ist für unsere Arbeit ein hohes Gut. So sollen z. B. auch Angehörige nicht nachvollziehen können, ob wir kontaktiert wurden. Um das gewährleisten zu können, hat die Telekom die Kostenfreiheit der Anrufe bei der Telefonseelsorge eingeführt, damit diese Anrufe nicht auf dem Einzelbindungsnachweis erscheinen. Man muss sagen, dass die Telekom die Arbeit der Telefonseelsorge wirklich großzügig unterstützt, da sie das gesamte technische Routing bereitstellt und auch aus allen Handynetzen kostenfreie Anrufe zulässt, die sie dann den Mobilfunkanbietern zahlen muss. Deswegen darf sie sich „Partnerin der TelefonSeelsorge“ nennen.

Das Telefon als Medium gilt vielen als veraltet. Gibt es Überlegungen, andere Medien wie etwa Chats im Internet zu nutzen?

Nicht nur Überlegungen! Seit über 20 Jahren sind wir auch in der Online-Beratung tätig, wir gehören damit zu den Pionieren auf diesem Gebiet. Chat- und Mail-Beratung gibt es seit 1995 unter dem Dach der Telefonseelsorge. Einige Hauptamtliche haben da Pionierarbeit geleistet und sind bis heute sehr engagiert. Sie haben die Online-Beratungen sehr gefördert und eigene Ausbildungsmodelle entwickelt. Ehrenamtliche, die dort mitarbeiten wollen, werden zusätzlich medienpezifisch geschult. Insgesamt geht die Entwicklung dahin, die drei Bereiche Telefon, Chat und Mail als gleichwertig nebeneinander zu stellen. Bei Mail-Kontakten kann man längere Prozesse begleiten. Das kann sehr spannend und hilfreich sein, auch wenn das von den Ehrenamtlichen neue und andere Kompetenzen erfordert, nämlich z. B. die Steuerung eines längeren Beratungsprozesses. Ein Chat bedeutet, dass man zeitgleich kommuniziert, der Prozess durch das Schreiben aber verlangsamt wird und die Verbindlichkeit weitaus geringer ist. Möglicherweise ist das Telefon langfristig sogar ein Auslaufmodell, jedenfalls wächst die Nachfrage nach Online-Zugängen zu Beratungsangeboten besonders im Chat rasant. Aber noch ist das nicht abzusehen.

Wie schätzen Sie das Verhältnis von Telefonseelsorge und Psychotherapie ein? Wo gibt es Kontaktmöglichkeiten und wo Handlungsbedarf? Was wünschen sie sich von den niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. den Psychotherapeuten, die in Institutionen arbeiten?

Mein Eindruck ist, dass sich auf beiden Seiten viel verändert hat. Lange Zeit gab es wechselseitige Vorbehalte. Das hat sich grundlegend geändert, sowohl was die Seite der Telefonseelsorge angeht, die Psychotherapie sehr häufig empfiehlt, als auch umgekehrt. Ich mache die Erfahrung, dass wir sehr häufig empfohlen werden, sowohl von niedergelassenen Kollegen als auch von Beratungsstellen und Kliniken. Viele besprechen sogar ihren Anrufbeantworter mit einem Hinweis, dass man die Telefonseelsorge jederzeit telefonisch erreichen könne. Manchmal denke ich allerdings auch, wir sind die Lückenbüßer im System. Überall dort, wo man sich aus der psychosozialen Versorgung zurückzieht, wird die Telefonseelsorge als Einrichtung genannt, die 24 Stunden zur Verfügung steht. Da gibt es dann auf einmal gar keine Vorbehalte mehr gegenüber einer semi-professionellen Beratung, wie wir es sind, solange sie eben umsonst ist. Das sehe ich strukturell kritisch. Denn darin steckt ja auch eine große potenzielle Überforderung für unsere Mitarbeiter, wenn aus dem Blick gerät, dass sie die Arbeit ja ehrenamtlich machen. Patienten denken, wenn wir empfohlen werden, dann müssten wir auch all das leisten können, was ein professioneller Psychotherapeut leistet. Wir haben eine schwierige Balance zu halten, weil die Ansprüche und Erwartungen an unsere Beratung durch diese indirekte Empfehlung sehr groß sind. Darin steckt eine potentielle Überforderung, aber gleichzeitig natürlich auch eine Wertschätzung der Telefonseelsorge, die uns freut und in unserer Arbeit bestätigt.

Frau Dinger, vielen Dank für dieses ausführliche Gespräch.



Monika Dinger

TelefonSeelsorge Paderborn
Postfach 2642
33056 Paderborn
dinger@TelefonSeelsorge-paderborn.de

Monika Dinger ist Pfarrerin und stellvertretende Leiterin der TelefonSeelsorge Paderborn. Sie war langjährig im Bundesvorstand der Evangelischen Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür e. V. mit dem Schwerpunkt Fortbildung und Forschung tätig und hat sich in Integrativer Therapie, Gestaltseelsorge (DGfP) und Psychoanalytischer Sozial- und Kulturtheorie (DPV) weitergebildet.

Kurzbeiträge

Die Medizinische Kinderschutzhotline – bundesweit, kostenfrei und rund um die Uhr: 0800 19 210 00

Kinderschutz – ein relevantes Thema

Das Thema Kinderschutz ist im letzten Jahrzehnt, auch aufgrund verschiedener Skandale, vermehrt in den Fokus der Öffentlichkeit und Politik gerückt. In der Folge wurde eine Reihe von Maßnahmen und gesetzlichen Änderungen eingeführt, die auch Auswirkungen auf das Gesundheitssystem hat. So trat 2012 das Bundeskinderschutzgesetz in Kraft. Mit diesem Gesetz liegt erstmals eine bundesweit einheitliche Regelung zur Schweigepflicht bei Berufsgeheimnisträgern in Kinderschutzfällen vor. Ziel dieses Gesetzes ist die Stärkung von Prävention und Intervention im Kinderschutz, aber auch eine bessere Vernetzung der Akteure. Zudem zielt die Regelung der Schweigepflicht mit der sogenannten Befugnisnorm auf eine Verbesserung der Handlungs- und Rechtssicherheit ab.

Die *Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (2015)* zeigt, dass das Gesundheitssystem gerade bei der Identifikation von gefährdeten Kleinkindern eine wichtige Rolle spielt, es hinsichtlich der Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen jedoch noch Verbesserungsbedarf gibt. Weitere Untersuchungen (*Bertsch, 2016*) zeigen, dass sich im Gesundheitswesen immer wieder Unsicherheiten zeigen, die insbesondere durch wenig Erfahrung im Umgang mit Kinderschutzfällen und einer fehlenden Kenntnis zur Umsetzung der Handlungsschritte nach der neu eingeführten Befugnisnorm entstehen. Die Rolle und der Auftrag der insoweit erfahrenen Fachkraft sind zum Teil unklar. Dies und die schwierige Erreichbarkeit von insoweit erfahrenen Fachkräften außerhalb regulärer Dienstzeiten, oder weil Ansprechpart-

ner¹ nicht bekannt sind, führen dazu, dass die Beratung, auf die mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes ein rechtlicher Anspruch besteht, kaum wahrgenommen wird (*Bertsch, 2016*). Darüber hinaus wird häufig von Schwierigkeiten in der Kommunikation berichtet, die einen effektiven Kinderschutz behindern können. Die unterschiedlichen Sprachen der beteiligten Berufsgruppen werden hier häufig als Barrieren genannt.

Die hohen Prävalenzzahlen verschiedener Typen von Kindesmisshandlung in der Allgemeinbevölkerung (*Witt, Brown, Plener, Brähler & Fegert, 2017*) legen nahe, dass jeder im Gesundheitswesen mit dem Thema Kindesmisshandlung in Kontakt kommen kann. So sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, deren Patienten eine spezielle Risikopopulation darstellen, häufiger mit dem Thema konfrontiert. Aber auch im Erwachsenenbereich kommen Psychologische Psychotherapeuten mit dem Thema Kinderschutz in Kontakt. So sind Patienten oft auch Eltern – und gerade Kinder psychisch erkrankter Eltern stellen eine besondere Risikogruppe dar. Oft spielt das Thema Kinderschutz in der Ausbildung aber nur eine untergeordnete Rolle. Strukturen, Vorgaben und Ansprechpartner in Kinderschutzfällen sind insbesondere dann nicht bekannt, wenn im Umgang mit solchen Fällen noch wenig Erfahrung besteht. Die emotionalen Komponenten, die solche Fälle mit sich bringen, belasten zusätzlich und stellen auch professionelle Fachkräfte vor große Herausforderungen. Fragen, die sich häufig in solchen Fällen ergeben, können das Thema Schweigepflicht, das weitere Vorgehen, die Dokumentation, aber auch die Frage nach medizinischen Befunden betreffen.

Die Medizinische Kinderschutzhotline

Um zu verhindern, dass Fälle aufgrund von Unsicherheiten nicht nachverfolgt werden, oder Ansprechpartner nicht bekannt oder erreichbar sind, fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die Medizinische Kinderschutzhotline für Angehörige der Heilberufe. Dies ist ein deutschlandweites telefonisches Beratungsangebot für den Gesundheitsbereich bei Fragen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. Die Medizinische Kinderschutzhotline adressiert explizit auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Seit Juli 2017 ist die Medizinische Kinderschutz-Hotline unter der Nummer 0800 19 210 00 bundesweit kostenfrei und rund um die Uhr erreichbar. Das Projekt ist an zwei Standorten angesiedelt, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Uniklinik Ulm (Gesamtprojektleitung: Prof. Dr. Jörg M. Fegert), sowie den DRK Kliniken Berlin | Westend. Weitere Informationen zum Projekt sind auch auf der Internetseite unter www.kinderschutzhotline.de zu finden.



Die telefonische Beratung erfolgt durch Mediziner sowie eine Kinder- und

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

Jugendlichenpsychotherapeutin mit speziellem Hintergrundwissen im Kinderschutz. Die Berater haben ausführliche Schulungen und E-Learningprogramme zum Thema Kinderschutz absolviert und zusätzlich zu ihrer medizinischen Ausbildung eine Schulung zur insoweit erfahrenen Fachkraft durchlaufen, die sich üblicherweise an Mitarbeiter der Jugendhilfe richtet. Durch die kollegiale Beratung soll das Problem unterschiedlicher Fachsprachen und Herangehensweisen der Beteiligten überwunden werden. Den Beratern selbst steht rund um die Uhr ein fachärztlicher Hintergrunddienst aus der Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Rechtsmedizin (Institut für Rechtsmedizin der Universität Freiburg, Prof. Stefan Pollak) zur Verfügung.

Das Ziel dieses Angebots ist es, Verständigungsprobleme, die einen effektiven Kinderschutz behindern, aufzulösen und die Anrufenden zu möglichen weiteren Handlungsschritten zu beraten. Die Mitarbeiter beraten etwa dazu, welche gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf die Schweigepflicht bestehen, wie ein weiteres Vorgehen aussehen kann, wer mögliche Ansprechpartner vor Ort sein können oder was bei der Dokumentation beachtet werden muss. Darüber hinaus können die Mitarbeiter auch Anregungen zur Vorbereitung und Durchführung von Gesprächen mit den Eltern geben. Damit stellt die Medizini-

sche Kinderschutzhotline explizit kein Konkurrenzangebot zu etablierten Hilfsstrukturen dar. Die Vernetzung unseres Beratungsangebotes mit insoweit erfahrenen Fachkräften im Zuge von Begleitveranstaltungen hat gezeigt, dass diese die Medizinische Kinderschutzhotline als sinnvolle Ergänzung sehen, da sie rund um die Uhr erreichbar ist und ein niedrigschwelliges Angebot, insbesondere bei Fragen, die ein medizinisch-therapeutisches Hintergrundwissen erfordern, darstellt. Die Berater der Kinderschutzhotline verweisen auch auf lokale Angebote und regen eine fallunabhängige Vernetzung an. Die Medizinische Kinderschutzhotline ergänzt damit bestehende Strukturen durch ein bundesweit einheitliches Beratungsangebot, das durchgängig erreichbar ist. Eine Beratung kann somit zeitnah auch außerhalb üblicher Dienstzeiten erfolgen. Aufgrund des medizinischen Hintergrundes der Berater fällt es diesen leichter, Problemlagen aus dem Gesundheitsbereich zu erfassen und damit eine passgenaue Beratung durchzuführen.

Seit dem Start der Medizinischen Kinderschutzhotline im Juli 2017 wurde das Angebot bereits durch Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie sich in Ausbildung befindliche Psychotherapeuten in Anspruch genommen. Anliegen waren etwa die Frage nach Ansprechpartnern, oder der Wunsch,

einen aktuellen Fall noch einmal mit jemandem durchzusprechen und zu sortieren, sowie die Erörterung des Vorgehens nach § 4 KKG. Darüber hinaus waren auch Themen wie das Ansprechen eines Verdachtes bei den Eltern (Gesprächsvorbereitung und Gesprächsführung mit Eltern bei Misshandlungsverdacht) und Drohungen durch Eltern bei Misshandlungsverdacht Beratungsinhalte. Die Fragen und Unsicherheiten, die bei einem Verdachtsfall von Kindesmisshandlung auftreten können, sind jedoch vielfältig.

Literatur

Bericht der Bundesregierung. Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes. (2015). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Bertsch, B. (2016). Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – wissenschaftliche Grundlagen: Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen. München: Deutsches Jugendinstitut e. V.

Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11 (47).

Dipl.-Psych. Andreas Witt,
Ulm

Oliver Berthold, Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin,
Berlin

Prof. Dr. Jörg M. Fegert,
Ulm

Evaluation der neuen Psychotherapie-Richtlinie – Psychotherapeuten für Studie gesucht

Studie zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Zum 1. April 2017 sind die Regelungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie wirksam geworden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit der Richtlinieneränderung auch eine Evaluation der Reform der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen, allerdings erst in fünf Jahren. Aus Sicht der Psychotherapeutenkammern ist es jedoch erforderlich, schon frühzeitig belastbare Informationen zu Änderungen im Versorgungsgeschehen zu erhalten. Mögliche Umsetzungsprobleme und daraus resultierende Versorgungsdefizite sollen hierdurch frühzeitig identifiziert werden, um Hinweise auf erforderliche Anpassungen und den möglichen Nachsteuerungsbedarf zu erhalten und so fundierte Vorschläge für eine weitere Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung machen zu können.

Deshalb haben die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die Landespsychotherapeutenkammern und das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) bereits im November 2017 gemeinsam eine Onlinebefragung der Vertragspsychotherapeuten durchgeführt, die die Auswirkungen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie in der psychotherapeutischen Versorgung untersucht hat. Die Ergebnisse dieser Befragung wird die BPTK im April 2018 veröffentlichen.

Einbezug der Perspektive der Patienten

Um ein umfassendes Bild der möglichen Umsetzungsprobleme und etwaiger daraus resultierender Versorgungsdefizite zu erhalten, soll in einem zweiten Schritt auch die Perspektive der Patienten einbezogen werden. Daher planen die BPTK, die Landespsychotherapeutenkammern und das UKE, gemeinsam eine zweite Studie durchzuführen, in der

Patienten zu ihren Erfahrungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung befragt werden sollen. Dabei sollen **Patienten bzw. bei Kindern deren Bezugspersonen einbezogen werden, die im Zeitraum von Mai/Juni 2018 eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch** nehmen.

Dafür sind die Kammern auf die Mithilfe unserer niedergelassenen Kollegen angewiesen. Für die Studie werden **Vertragspsychotherapeuten gesucht**, die bereit sind, ihre Patienten bzw. bei Kindern deren Bezugspersonen, die bei ihnen eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch nehmen, um Teilnahme an einer Onlinebefragung zu bitten. Die Befragung der Patienten soll unter anderem dazu dienen zu erfragen, welche Wartezeiten für sie beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung bestehen, welche Zugangswege und welche Barrieren es in der psychotherapeutischen Versorgung gibt, wie stark belastet Patienten sind, die eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch nehmen, und welche Erwartungen sie an die Sprechstunde haben. Über eine zweite Befragung nach vier Monaten soll untersucht werden, wie Patienten im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde weiter versorgt werden und wie sich ihre Beschwerden in dieser Zeit verändern.

Wie funktioniert die Teilnahme?

Teilnehmende Psychotherapeuten erhalten vorab postalisch die für die Studie notwendigen Unterlagen mit den relevanten Informationen zum Ablauf der Studie sowie Einverständniserklärungen für teilnahmebereite Patienten. Sind diese bereit, an der Studie teilzunehmen, können sie in der Praxis eine Einverständniserklärung unterschreiben und ihre E-Mail-Adresse für die anschließende Onlinebefragung angeben. Diese E-Mail-Adressen werden dann von dem

Psychotherapeuten an das UKE weitergegeben. Die Befragung der Patienten wird online nach der letzten Sprechstundenleistung sowie vier Monate später durch das UKE durchgeführt. Hierfür erhalten die teilnehmenden Patienten vom UKE eine E-Mail mit einem spezifischen Link für die Onlinebefragung. Die Psychotherapeuten werden außerdem gebeten, einige Angaben zu ihrer Praxis zu machen und Basisdaten zu den teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Patienten zu erheben.

Ziel der Untersuchung ist es, aufzuzeigen, ob und – wenn ja – wo Verbesserungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch die Reform erreicht werden konnten und in welchen Bereichen weiterhin Defizite bestehen. Auf dieser Grundlage sollen dann Vorschläge an den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung erarbeitet werden, wie Belastungen von Patienten und Psychotherapeuten reduziert und die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter verbessert werden können.

Wenn Sie bereit sind, sich an der Studie zu beteiligen, können Sie die **Postadresse Ihrer Praxis** für die Teilnahme an der Studie unter folgendem Link eingeben: <http://uuh.de/rfa50>.

Direkt zur Eingabe der Adresse gelangen Sie durch den abgedruckten QR-Code.



Sie erhalten dann im April 2018 vom UKE alle erforderlichen Unterlagen per Post an diese Adresse.

Bundespsychotherapeutenkammer
(BPTK), Berlin

Buchrezensionen

Ein praktisches Lehrbuch? Geht denn das?

Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz, 1.009 Seiten, 89,- €
Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Beltz Video-Learning. Weinheim: Beltz, 3 DVDs, 625 Min. Laufzeit, 129,- €. Setpreis Buch und DVDs: 178,- €

Ich arbeite seit Jahren an einer Tagesklinik und bilde Studenten¹ der Psychotherapie an einem Institut aus und habe mich gefragt: Kann ein Student der Verhaltenstherapie sagen: „Problem X: Lasst uns im Brakemeier/Jacobi nachsehen“? Was bringt mir das Buch als Praktiker in der Klinik mit den schwierigen Fällen? Ein Test: Mit einem Patienten kommt der Psychotherapeut an den Punkt, an dem offensichtlich wird, dass dieser in verschiedenen kognitiv-emotionalen Modi („Schemata“) agiert. Um eine emotionale Aktivierung zu ermöglichen, sucht der Psychotherapeut nach der „Stühle-Technik“. Und tatsächlich, es gibt ein Extra-Kapitel über Stuhldialoge, kurz und kompakt. Zunächst werden Hintergrund und allgemeine Merkmale der Technik geschildert, es folgen Indikationsstellungen und dann stellen die Autoren schon die praktische Durchführung vor. Es gibt ein Fallbeispiel, es werden die typischen Inhalte dargestellt und auch die typischen Fehler und Schwierigkeiten.

Und solch hilfreiche Beschreibungen gibt es in diesem Lehrbuch neben den Standardtechniken für viele integrative und third-wave-Techniken, die auch störungsübergreifend beschrieben werden, zum Beispiel Achtsamkeit, Imagery Rescripting und EMDR.

Das Buch ist aufgebaut wie eine Psychotherapie: von der aktiven Gestaltung der Therapiebeziehung zur Fallplanung, über Basistechniken und störungsübergreifende Techniken hin zur störungsorientierten Behandlung. So kann man störungs- und manualgeleitet die grund-

legende Erkrankung angehen, dieses Vorgehen aber modular um Phänomene jenseits der Diagnosen erweitern, wie etwa: komplizierte Trauer, Ablösungen vom Elternhaus, Alter und Tod sowie Themen, die spezifisch bei Migranten auftreten. Ergänzt wird das Buch um ein Kapitel zu Ethik und Berufsrecht, zur Approbationsprüfung und zu Nebenwirkungen von Psychotherapie.

Bei den Autorinnen und Autoren kommen bis auf Frank Jacobi und Eva-Lotta Brakemeier selbst, Franz Caspar und Friederike Potreck-Rose kaum bekannte Namen vor. Ein Manko ist das nicht! Die Kapitel sind erfrischend geschrieben, es gibt wenig ausufernde Theorie. Grafisch entspricht das Buch dem heutigen Rezeptionsgebrauch mit Übersichten, Fallbeispielen, FAQ und Merksätzen.

Nun ist das Buch nicht perfekt. So hätte ich mir ein Kapitel zu klassischen und nicht nur „Anfänger-Psychotherapeutenfehlern“ gewünscht, zu weiteren Standardsituationen, wie etwa der narzisstischen Achsenstörung, zum Umgang mit Schuld, zu Krankheitsgewinn und „unendlicher Therapie“. Im Kapitel zur PTBS fehlen einige Strategien zur Bearbeitung der sekundären Folgen, wie der Täterumgang, die Anklagebearbeitung und angemessene Techniken der Selbstverteidigung. Das Kapitel zu den Persönlichkeitsstörungen ist zu kurz und zu wenig spezifisch für die einzelnen Störungen; zumindest eine kurze Übersicht zu den Hauptstrategien, Methoden und Literatur bezogen auf die einzelne Persönlichkeitsstörung wäre wünschenswert gewesen.

Dazu gibt es noch die drei nicht ganz preiswerten DVDs. Auf ihnen findet man Lehrvideos zu häufigen Störungen, zu Techniken der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie (wie ACT oder Schematherapie) sowie zu zwei Techniken jenseits der Störungsorientierung und drei

besonderen Problemen (Trauer, Umgang mit Flüchtlingen und Dolmetschern, schwierige Anfangssituationen). Der Anfänger kann auf der DVD gut erfahren, wie ein Psychotherapeut redet und wie man strukturiert eine Störung anpacken kann. Aber: Die Untertitel sind deutlich zu dürftig. Es fehlt ein gutes Kontextmenü, das anzeigt, an welchem Punkt der Psychotherapie man ist, und das bei „Spielen“ der Patienten einen Hinweis bringt und auch die Interventionen auf der „Spielebene“ kennzeichnet. Die Darstellung der Patienten und Psychotherapeuten ist professionell, gut verständlich und realitätsnah. Die DVDs sind gut, um grundlegende Verläufe von Psychotherapiesitzungen, Therapeutenvariablen und Interventionen kennenzulernen. Für die wirklich schwierigen Situationen in einer Psychotherapie bringen sie nichts, da man nicht zu einem Stichwort eine Lösung auf der DVD findet. Das zugehörige Buch ist für solche Fälle praktischer, da man unter Stichworten direkt etwas findet. Anhand der Videos können Dozenten in spezifische Seminare einführen; sie brauchen aber Kommentare. Für den erfahrenen Psychotherapeuten ist der Preis der DVDs zu hoch, in fortgeschrittenen Psychotherapien gibt es Metaprobleme, personelle Verwicklungen, Projektionen und systemische Effekte, die sich kaum per Video darstellen lassen.

Dennoch kann ich das Buch dem Studenten wie auch dem erfahrenen Praktiker rundheraus empfehlen. Für einen angemessenen Preis enthält es den wesentlichen Stand der heutigen Verhaltenstherapie in verständlicher Didaktik und Übersichtlichkeit.

Dr. Holger Richter,
Dresden

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

Weil ich ein Mädchen bin. Gesamtschau zur psychischen Entwicklung des Mädchens

Seiffge-Krenke, I. (2017). *Die Psychoanalyse des Mädchens*. Stuttgart: Klett-Cotta, 423 Seiten, 45,- €

Warum jetzt ein psychoanalytisches Werk zu Mädchen? Standen denn die Mädchen nicht lang genug im Mittelpunkt des Verstehens und der Anerkennung von Psychologen, Pädagogen, Lehrern und Sozialarbeitern? Muss der Blick wieder auf die Mädchen gelenkt werden? Bedarf „Die Psychoanalyse des Jungen“ von Hans Hopf aus dem Jahr 2014 tatsächlich einer Replik für die Mädchen?

Die Antwort lautet nach der Lektüre von Inge Seiffge-Krenkes Werk eindeutig „ja“. Es ist gut, dass „Die Psychoanalyse des Mädchens“ vorliegt und die Vielzahl der psychoanalytischen Schriften zur Weiblichkeit unter der klaren Blickrichtung auf die psychische Entwicklung des Mädchens in all ihren normalen und pathologischen Facetten zusammenfasst und durch neuere Erkenntnisse aus anderen Wissenschafts- und Forschungsbereichen ergänzt. Dadurch erhält dieses Buch seine besondere Bedeutung für den fachlichen Diskurs.

Es geht Inge Seiffge-Krenke um einen konsequenten Blick auf das Mädchen, oft auch im Vergleich zu Entwicklung und Verhalten von Jungen, ohne Aufwertung der weiblichen oder Abwertung der männlichen Geschlechterstereotypen. Ihre Aufarbeitung der psychoanalytischen Konzepte über Weiblichkeit beginnt mit Freud als einseitig männlichem Interpretieren der Psyche, dessen Ausführungen zur weiblichen Entwicklung schon von Zeitgenossinnen heftig kritisiert und von modernen Autorinnen ganz oder in großen Teilen verworfen wurden. In ihrer umfassenden Darstellung psychoanalytischer Entwicklungsmodelle erläutert Inge Seiffge-Krenke neben dem triebtheoretischen Ansatz auch objektbeziehungs-

theoretische, bindungstheoretische und ichpsychologische Sichtweisen, immer mit der klaren Blickrichtung auf das Mädchen. Von besonderem Interesse sind hierbei auch Ergebnisse aus der Säuglingsforschung und der Neurobiologie. Insgesamt kommt Inge Seiffge-Krenke dabei zu dem Schluss, dass für das Babymädchen von einer von Anfang an deutlicheren Ausrichtung auf Intersubjektivität, d. h. Beziehungsaufnahme und Kommunikation, mit einer sehr spezifischen Vulnerabilität ausgegangen werden muss.

Dieser Spur folgt Inge Seiffge-Krenke nun im traditionell psychoanalytischen Entwicklungsmodell vom Kindergartenmädchen über das Latenzmädchen bis zur weiblichen Jugendlichen. Zur Ausrichtung auf Intersubjektivität kommt eine beschleunigte Empathie- und Schamentwicklung und eine Ausweitung des sozialen Raums hinzu. Die wesentlichen Schaltstellen der Entwicklung des Mädchens erfahren eine sorgfältige und umfassende Darstellung, die immer wieder auf die zuvor vorgestellten theoretischen Ansätze und auf klinische Falldarstellungen Bezug nimmt. Die Bedeutung der Beziehung zur Mutter und deren Repräsentanz erhält ein ausführliches eigenes Kapitel, genauso wie die Bedeutung des Vaters sowie die verschiedenen Konstellationen des Elternpaares, hier auch unter Einbezug gesellschaftlicher Realitäten, in denen Eltern stehen, mitsamt der Frage der außerfamiliären Betreuung. Insbesondere thematisiert Inge Seiffge-Krenke die herausragende Bedeutung der Freundinnen für die Entwicklung des Mädchens. Ein wesentlicher Aspekt, den die psychoanalytische Forschung nach Ansicht der Autorin bisher nicht beachtet hat.

Den Abschluss der Darstellung der Mädchenentwicklung bilden die Themen Körperlichkeit, Sexualität und Aggression in einem der wichtigsten

Teile in diesem Buch, sind doch Essstörungen schon bei Elfjährigen, die Unfähigkeit, dem eigenen Körper selbst Wert zu verleihen, selbstverletzendes Verhalten und suizidale Gedanken wesentliche Aspekte der pädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Mädchen. Darüber hinaus bietet die Autorin auch einen Überblick über die Gefährdung von Mädchen aus anderen Kulturen. Mit Überlegungen zur Behandlungstechnik endet das Buch. Von diesem Kapitel aus könnte man rückwärts die Spur der wissenschaftlichen Vertiefung und der Kasuistiken im gesamten Buch verfolgen.

An Inge Seiffge-Krenkes Werk beeindruckt den Leser die Fülle des Inhalts, die Ordnung und Leichtigkeit der Darstellung und die gründliche Rezeption des Standes der Wissenschaft. Biologische, psychologische und soziologische Perspektiven werden zusammengesehen. Inge Seiffge-Krenke verbindet Forschungsergebnisse (auch eigene) und deren Interpretation, Zusammenfassungen bisheriger psychoanalytischer Erkenntnisse und Theorien mit Fallbeispielen. Dabei positioniert sich die Autorin deutlich zu den vorgebrachten Theorien und Konzepten, vermeidet dogmatische Engführungen und schließt mögliche kritische Einwände nicht aus.

Das Buch ist mit 423 Seiten sehr umfangreich. Gleichwohl erschlägt einen die Fülle nicht, die einzelnen Kapitel lassen sich gut gesondert lesen. Sprache und Duktus sind flüssig. Man wird wohl schwerlich eine Darstellung zu diesem Thema mit einer solchen Bandbreite finden. Unverzichtbar für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sehr empfehlenswert für Psychologen, Pädagogen und Menschen, die in psychosozialen Berufen arbeiten.

Gabriela Küll,
Hamburg

Kreative Spannungsfelder

Harms, T. & Thielen, M. (Hrsg.). (2017). *Körperpsychotherapie und Sexualität. Grundlagen, Perspektiven und Praxis. Gießen: Psychosozial-Verlag, 325 Seiten, 34,90 €*

Das überaus interessante und anregende Buch steht vor dem Hintergrund einiger Spannungsfelder, die in den Beiträgen auf verschiedenste Weise behandelt werden. Sie stellen so etwas wie einen roten Faden durch das Buch dar.

Erstes Spannungsfeld: Funktional-energetische vs. humanistische Therapieperspektive

Wilhelm Reich schrieb dem funktional-energetischen Aspekt der Sexualität eine zentrale Rolle für psychische Störungen und deren Therapie zu und übte damit einen starken Einfluss auf die Körperpsychotherapie aus. Im Kontrast dazu betonte die andere Wurzel der Körperpsychotherapie, die Leibpädagogik, stärker Wahrnehmung und innere Achtsamkeit.

Thomas Harms diskutiert im ersten Beitrag des Buches ausführlich das Orgasmuskonzept von Reich und zeigt Brückenkonzepte zur modernen Psychotherapie auf. Insbesondere werden zunehmend Kontakt und Begegnung betont sowie das subjektive Erleben der Sexualität und die eigene Wahlfreiheit. Über eine Erweiterung des Sicherheitserlebens in der Sexualität kann die Person sich wieder an sich selbst anbinden. Das von ihm beschriebene psychotherapeutische Vorgehen verbindet dann virtuos humanistische mit funktionaleren Vorgehensweisen.

Manfred Thielen zeigt im darauffolgenden Beitrag zum einen die auch heute noch wichtigen Aspekte im psychotherapeutischen Ansatz von Reich und seinen Nachfolgern auf. Zum anderen schlägt er die Brücke zur Entwicklungspsychologie der Säuglingsforschung und zur humanistischen Psychotherapie und sieht als zentralen Ansatzpunkt der Therapie sexueller Probleme die Wider-

sprüche im emotionalen Kontakt zum Partner und zu sich selbst.

Eine ähnlich überzeugende Praxis stellen Marianne Eberhardt-Kaechele und Ruth Gnirss-Bormet für die körperpsychotherapeutisch orientierte Tanztherapie vor. Sie orientieren sich an Daniel Sterns Konzept der Vitalitätsaffekte. Als Grundlage für gelingende Abstimmung sind diese auch die Grundlage für die Sexualität, hier spielen insbesondere die frühen Erfahrungen der gemeinsamen Regulation lustvoller Erregung eine Rolle. Ihr Ansatz erfordert eine besonders sensible und respektvolle psychotherapeutische Haltung.

Näher an der Psychosomatik und an der sexuellen Funktion orientiert wird von Karoline Bischof der sexualtherapeutische Ansatz von Jean-Yves Desjardins vorgestellt.

Zweites Spannungsfeld: Umgang mit dem Thema Sexualität bei der Therapie von sexuellem Missbrauch

Durch die zunehmende Thematisierung sexueller Traumatisierungen wurde deutlich, wie problematisch zu offensive und nicht abgesicherte psychotherapeutische Vorgehensweisen für die Betroffenen sein können.

Der Aufsatz von Anna Willach-Holzapfel und Monika Dressler-Bellmund fokussiert auf Körperpsychotherapie bei sexuellem Missbrauch. Anhand von Falldarstellungen wird die Integration verschiedener Traumatherapieansätze vorgestellt. Ihnen gelingt es ebenfalls hervorragend, die verschiedenen „sanfteren“, achtsamkeits- und wahrnehmungsorientierten Vorgehensweisen mit anderen Interventionen zu verbinden.

Drittes Spannungsfeld: Das subjektive Erleben von Sexualität versus gesellschaftliche Normierungen über Geschlechterrollen und Sexualität

Eine ganze Reihe von Aufsätzen in dem Buch beschäftigt sich mit gesellschaft-

lichen und soziologischen Fragen zum Thema Sexualität. Eine ganz wichtige Rolle spielen hier natürlich auch genderspezifische Perspektiven, z. B. Rollennormierungen und ihre Auswirkungen auf die Psychotherapie. Anke Abraham diskutiert den im heutigen Zeitgeist zentralen Aspekt der technischen Nutzbarmachung und Funktionalisierung des (geschlechtlichen) Körpers.

Weitere Aufsätze zu interessanten Aspekten (Sexualtherapie über die Lebensspanne, Therapie mit älteren Menschen, Nacktheit in der Körperpsychotherapie, Sexualität und Narzissmus, Sexualpädagogik, Paartherapie) bereichern das Buch und machen es zu einer Fundgrube zu dem Thema Sexualität und Körperpsychotherapie.

Womit habe ich beim Lesen der Aufsatzsammlung manchmal etwas Probleme gehabt? An einzelnen Stellen schien mir die konzeptuelle und methodische Integration des ursprünglichen Reichschen Ansatzes in humanistische Herangehensweisen noch nicht so ausgearbeitet. Weitergehend hätte man die Frage diskutieren können, inwieweit die vorgestellten Konzepte und Vorgehensweisen mit aktuellen Versorgungssystemen kompatibel sind.

Insgesamt liegt mit dem Sammelband ein sehr vielschichtiges und äußerst anregendes Werk zum Thema Körperpsychotherapie und Sexualität vor, in dem Konzepte und Modelle historisch eingeordnet, kritisch reflektiert und miteinander integriert werden. Wie diese Integration aussehen kann, wird an vielen Praxisbeispielen und Falldarstellungen überzeugend verdeutlicht. Vor dem Hintergrund der dargestellten Spannungsfelder zeigt sich die kreative Vielfalt als eine große Stärke der Körperpsychotherapie, die gerade zum Thema Sexualität und Psychotherapie viel Eigenes beizutragen hat.

Dr. phil. Ernst Kern,
Saarbrücken

Fundgrube für die Hypnotherapie bei Tinnitus

Kranz, D. (2017). *Hypnotherapie bei Tinnitus. Ein Praxisleitfaden. Unter Mitarbeit von Sonja Faller und Helmut Schaaf. Göttingen: Hogrefe, 290 Seiten mit CD-ROM, 39,95 €*

Das Buch „Hypnotherapie bei Tinnitus“ vermittelt sehr praktisch, anschaulich und differenziert die Umsetzung dieser Therapierichtung beim Leiden unter Tinnitus. Hypnotherapeuten, aber auch Kollegen, die in anderen Verfahren ausgebildet wurden, erhalten einen Einblick, wie moderne Hypnotherapie in der Praxis angewendet wird und was diese beim Leiden unter Tinnitus leisten kann. Neben einer praktischen Einführung in die Hypnotherapie und der Vermittlung der medizinischen Grundlagen des Tinnitusleidens werden eine Vielzahl von Methoden sowohl für die symptomorientierte als auch die problemorientierte Hypnotherapie beschrieben. Die Praxis der Hypnotherapie in einem Buch zu vermitteln, ist sicher nicht einfach. In diesem Fall kann dem Autor bescheinigt werden, dass ihm das eindrucksvoll gelungen ist. Inwieweit der Leser konkrete methodische Bausteine psychotherapeutisch umsetzen möchte bzw. kann, hängt dann natürlich von der sonstigen psychotherapeutischen Grundrichtung und Berufserfahrung ab. Ich selbst, mit 30-jähriger Berufserfahrung, übertrage aus dem Buch verschiedene konkrete Module in meine Arbeit und nutze die sehr gut vermittelten Informationen edukativ (z. B. Störungsmodelle).

Das didaktisch hervorragend gestaltete Buch umfasst 290 Seiten und gliedert sich in neun Kapitel. Die Kapitel im praktischen Teil bauen aufeinander auf, müssen aber nicht notwendigerweise nacheinander angewendet werden. Die beschriebenen Techniken können unabhängig von der psychotherapeutischen Grundrichtung angewendet werden.

Im 1. bis 3. Kapitel kann sich der interessierte Leser über die Geschichte der Hypnotherapie, medizinisches störungsspezifisches Grundwissen und hypnotherapeutische Erklärungsmodelle der Störung informieren. Das 4. Kapitel beinhaltet das hypnotherapeutische Vorgehen im Allgemeinen und die hypnotherapeutischen Behandlungsansätze sowie -ziele bei Tinnitus-Patienten. Kapitel 5 widmet sich dem konkreten Ablauf sowie den Grundlagen und Voraussetzungen für die Anwendung moderner Hypnotherapie. Der Autor erklärt die Bedeutung und Sinnhaftigkeit der Arbeit mit Trancen, geht auf Rahmenbedingungen, direkte und indirekte Methoden, Trancesprache und auf Probleme bei der Umsetzung der Methoden ein. Diese Darstellung ist eine der Stärken des Buches, denn sie ermöglicht auch dem in der modernen Hypnotherapie noch nicht ausgebildeten Kollegen neue Einsichten und Ansätze für die eigene Arbeit mit Tinnitus-Patienten und macht darüber hinaus Lust, mehr über diese Therapierichtung zu erfahren. In den folgenden Kapiteln geht es um die Praxis. In Kapitel 6 werden in Form von Therapiesequenzen sehr übersichtlich symptomorientierte Techniken (z. B. Sinneskanäle wechseln, Submodalitäten ändern, Ressourcen anker und kollabieren, Aufmerksamkeit umlenken) und in Kapitel 7 problem- und konfliktorientierte Techniken vorgestellt. Dem Leser wird dabei klar, wie die moderne Hypnotherapie dem an Tinnitus Leidenden helfen kann, Einfluss auf seine Beschwerden zu gewinnen und/oder Zusammenhänge zwischen seinen Beschwerden und seiner aktuellen oder früheren Lebenssituation zu erkennen und zu ändern (z. B. durch die Arbeit mit Metaphern, Stellvertretertechnik, Reframing, Arbeit mit dem inneren Helfer, Zeitprogression, Umgang mit Schuldgefühlen). Im 8. Kapitel werden verschiedene Selbsthypnosetechni-

ken (u. a. Fixationstechnik, Atemtechnik, Visualisierung), die der Therapeut zum einem bei der Therapie mit dem Patienten zur Induktion einer Trance anwenden und zum anderen auch zur Selbsthypnose dem Patienten vermitteln kann. Das 9. Kapitel widmet sich der narrativen Hypnotherapie bei Tinnitusleiden. Der Autor erklärt die Grundannahmen, das Ziel und beschreibt die Art und Weise, wie der Psychotherapeut Geschichten in die Therapiesitzung einbeziehen und zu ihnen überleiten kann. Abschließend werden Geschichten empfohlen, die sich bei Patienten mit Tinnitusleiden als hilfreich und sinnvoll erwiesen haben.

Zur Erleichterung der praktischen Umsetzung befinden sich im Anhang 28 Arbeitsblätter sowie eine CD-ROM. Von dieser CD-ROM kann der Leser die Arbeitsblätter und eine PowerPoint-Präsentation („Tinnitus – was tun?“) herunterladen. Erwähnenswert sind auf dieser CD-ROM die vier Darstellungen von Therapiesitzungen sowie eine Methode zur Umlenkung der Aufmerksamkeit in Anlehnung an die im Buch beschriebenen Therapiemethoden.

Die vielen konkreten Ideen und Anregungen machen das Buch zu einer Fundgrube für den therapeutischen Alltag. Die eine oder andere Länge im theoretischen Teil wird durch die sehr gute Didaktik und die Arbeitsmaterialien im praktischen Teil mehr als wettgemacht.

Insgesamt ist „Hypnotherapie bei Tinnitus“ ein Buch, das seinen Namen „Leitfaden“ wirklich verdient. Es ist eine Bereicherung für den Praktiker, Tinnitus-Patienten flexibel und unter Berücksichtigung ihres Therapieanliegens und ihrer Therapiemotivation effektiv zu helfen.

Dipl.-Psych. Ralf Schobert,
Düsseldorf

Leserbriefe

Impulse aus dem US-amerikanischen Raum

Zu C.-H. Lammers: Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeutenjournal* 4/2017, S. 324-330.

Prof. Lammers nimmt sich des wichtigen Themas der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie an, gut. Nur schade, dass er nicht über den Teich schaut. Die Arbeitsgruppe Kohlenberg, Tsai und Kanter haben mit ihrer behavioralen „Functional Analytic Psychotherapy“ viele fruchtbare Impulse in gut ein Dutzend Publikationen seit den 1990er Jahren publiziert zum Thema „Therapeutische Beziehung in der VT“, die aber in Deutschland anscheinend selbst bei einem ausgewiesenen Fachmann wie Prof. Lammers nicht angekommen sind.

Dipl.-Psych. Stephan Hoyndorf,
Stuttgart

Beziehungsdynamik und Psychodynamik

Zu C.-H. Lammers: Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeutenjournal* 4/2017, S. 324-330.

Der Beitrag zur therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie in PTJ 4/2017 bleibt in seiner entscheidenden Dimension unreflektiert und völlig an der Oberfläche. Ist es nicht überdeutlich, in welcher Beziehungsdynamisches Dilemma Menschen untereinander, insbesondere in so einer verantwortlichen Beziehung wie der therapeutischen, zwischen „Erfüllung der Erwartungen der Patientin“ (S. 326) und dem Aufbauen eines „spürbaren Veränderungsdrucks“ (S. 327) geraten? Wie ist die „Vermittlung von bedürfnisbefriedigenden Erlebnissen“ (S. 329) über die Stärkung der „affektiven Beziehung zur Psychotherapeutin“ (S. 327) in Verbindung mit ihrer Funk-

tion als „Modell“ (S. 328) mit den Erwartungen an die „erforderliche Patientenrolle“ (S. 329) und dem „Erzeugen von Hoffnung“ (S. 327) in Einklang zu bringen? Hier geht es nicht um einen Streit der Therapierichtungen. Es werden wesentliche Grundgesetze der Beziehungsdynamik und Psychodynamik missachtet, die ungeachtet irgendwelcher „Konzepte“ wirksam sind. Das Bedenkliche ist, dass offensichtlich das entscheidende Problembewusstsein für die beziehungs-dynamische Tragweite überhaupt fehlt bzw. verlorengegangen ist. Dieses Problembewusstsein wäre aufseiten des Therapeuten aber erforderlich, um die „persönlichen Reaktionen zu kontrollieren und zu regulieren“ (S. 330), gerade angesichts der sog. „persönlichkeitsgestörten Patienten“. Hierzu bedarf es schon eines tiefgehenden Einblicks in die eigene Psychodynamik. Das Ergebnis sind die zu beobachtenden psychodynamischen Erscheinungen zwischen Inflation und Depression, eine Berufskrankheit wohl besonders bei Psychotherapeuten. Die große Sorge ist, dass in dieser Entwicklung die Psychotherapie überhaupt ihre Existenzberechtigung noch ganz zu verlieren droht, weil sie keinerlei Blick mehr für die *Conditio humana* hat.

Dipl.-Psych. Wolfgang Pirlet,
Leutkirch im Allgäu

(K)ein Streit der Therapierichtungen?

Antwort des Autors Claas-Hinrich Lammers auf die Leserbriefe

Tatsächlich hat Herr Hoyndorf Recht, dass mir diese Artikel entgangen sind, und ich danke ihm für diesen Hinweis!

Der Leserbrief von Herrn Pirlet macht mich zugegebenermaßen ratlos, da er, um bei seinen Worten zu bleiben, „in der entscheidenden Dimension unreflektiert und völlig an der Oberfläche“ verbleibt. Es ist mir weder ersichtlich, welche Grundgesetze der Beziehungs-

Liebe Leserinnen und Leser,

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

dynamik und Psychodynamik gemeint sind und welches Problembewusstsein mir dabei fehlen würde. Dass die verschiedenen Aspekte einer gelungenen Beziehungsgestaltung „in Einklang“ gebracht werden müssen, wage ich zu bezweifeln, da eine Beziehung ein (psycho-)dynamisches Geschehen ist, welches nicht nur zu verschiedenen Zeitpunkten durchaus widersprüchliche Aspekte aufweist. Dass diese „in Einklang“ gebracht werden müssen, erscheint mir nicht evident. Auch die vermisste Darstellung eines „tiefgehenden Einblicks in die eigene Psychodynamik“ erschließt sich mir nicht *prima vista*, da ich auf deren Notwendigkeit implizit hingewiesen habe (auch wenn Studien zum Einfluss der Selbsterfahrung bzw. Selbstanalyse auf den Therapieerfolg eher ernüchternde Resultate geliefert haben). Auch ist mir nicht ersichtlich, was Herr Pirlet mit den „zu beobachtenden psychodynamischen Erscheinungen zwischen Inflation und Depression“ meint und inwiefern dies angeblich „eine Berufskrankheit wohl besonders bei Psychotherapeuten“ darstellt. Es bleibt der Eindruck, dass es sich bei dieser Darstellung sehr wohl um den klassischen „Streit der Therapierichtungen“ handelt, den zu begraben am ehesten mein Ansinnen ist.

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers,
Hamburg

Systemische Therapie: Noch ein weiteres Verfahren?

Zu R. Retzlaff et al.: Systemische Therapie – auf dem Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung? *Psychotherapeutenjournal* 4/2017, S. 355-362.

Wann hört das Schulendenken in Deutschland endlich auf? Und damit meine ich diesmal nicht die zwei „großen Psychotherapieschulen“, sondern jetzt die Systemische Therapie. Die Autoren des Artikels beziehen sich in ihrer Aussage vornehmlich auf die Ergebnisse des Abschlussberichtes des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Systemischen Therapie mit Erwachsenen. Trotz – im Vergleich zu psychologischer Psychotherapieforschung – marginaler Ergebnisse des Berichts zugunsten der Systemischen Therapie für Erwachsene sehen die Autoren eine sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie als gegeben an. Kritikpunkte im Bericht werden durch Heranziehen einer „Pilotstudie“, die angeblich signifikant bessere Ergebnisse als Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei sozialer Phobie zeigt, relativiert. Die Evidenz von KVT im Vergleich zu anderen Therapieformen in der Behandlung von sozialer Phobie liegt nach neuesten Leitlinien auf einem Evidenzgrad 1a. Ich glaube nicht, dass eine Pilotstudie zum Vergleich Systemische Therapie und KVT als aussagekräftig herangezogen werden kann!

In meiner Praxis kläre ich die Patienten transparent über Therapieverfahren auf. Nur ein kleiner Bruchteil kennt wirklich den Unterschied zwischen Verhaltenstherapie und psychodynamischer Therapie. Und jetzt sollen sie sich noch zwischen einem weiteren Verfahren entscheiden? Ich denke, das Wichtigste ist, dass die Patienten evidenzbasierte und wirkungsvolle Therapie erhalten – egal, ob sie Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie oder Systemische Therapie heißt. Wie gesagt, den meisten Patienten ist dies letztlich egal – sie wollen mit ihren Beschwerden und Problemen besser zurechtkommen.

Ich denke die Zukunft der Psychotherapie liegt sowieso in einer personalisierten und individualisierten Psychotherapie, die integrativ orientiert ist und nicht mehr in der Anwendung von reinen „Psychotherapieschulen“. Hierbei kann die Systemische Therapie mit einigen Methoden und Techniken bestimmt auch ihren Beitrag leisten.

Dipl.-Psych. Martin Sauer,
Gießen

Offenheit für Weiterentwicklung

Antwort des Autors Rüdiger Retzlaff
auf den Leserbrief von Martin Sauer

Bereits der Titel unseres Artikels macht deutlich, dass wir nicht davon ausgehen, eine Anerkennung der Systemischen Therapie sei bereits gegeben. Der Methodenbewertungsausschuss des G-BA wird ggf. ein eigenständiges Prüfverfahren einleiten – mit offenem Ausgang.

Jenseits der Therapieschulen gibt es beträchtliche Gemeinsamkeiten zwischen den unterschiedlichen Richtungen der Psychotherapie – dafür sprechen Studien zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie ebenso wie Erfahrungen aus der Praxis. Derzeit dürfte eine Überwindung des Schulendenkens jedoch in weiter Ferne liegen. Weder bei der Diskussion um eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes noch auf Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) sind Bestrebungen erkennbar, die Richtlinienverfahren aufzulösen. Eine Anreicherung der derzeit zugelassenen Richtlinienverfahren durch Methoden und Techniken der Systemischen Therapie, wie sie in dem Leserbrief angeregt wird, wäre rechtlich nicht statthaft. Wenn wirksame evidenzbasierte systemische Methoden den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen sollen, bleibt nur der Weg über eine sozialrechtliche Anerkennung.

Das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) hat hochprofessionell mit immensem Personalauf-

wand und großer Sorgfalt die Befundlage zur Systemischen Therapie evaluiert. Die Systemische Therapie ist bislang das einzige Verfahren, das von einem unabhängigen Institut nach den harten Kriterien der evidenzbasierten Medizin beurteilt und insgesamt positiv eingeschätzt wurde. Wir halten die Ergebnisse des IQWiG zur Systemischen Therapie für solide und belastbar. In unserem Artikel weisen wir auf weitere relevante Veröffentlichungen und Therapiestudien u. a. zu Angststörungen hin, die dem IQWiG bei Abschluss des Berichtes nicht zur Verfügung standen. Fairerweise sieht die Verfahrensordnung des IQWiG Experten-Anhörungen vor, an denen ein Teil unserer Autorengruppe beteiligt war. Unsere respektvollen Hinweise auf weitere Befunde sind in einem offenen wissenschaftlichen Diskurs durchaus üblich.

Für die sozialrechtliche Anerkennung/Zulassung neuer Verfahren gibt es in den Psychotherapierichtlinien und der Verfahrensordnung des G-BA verbindliche Vorgaben: Nutznachweise zu den in der Tabelle in unserem Artikel aufgeführten Diagnosegruppen. Die Quantität von Studien anderer Therapieverfahren ist für die Anerkennung nicht maßgeblich.

Psychodynamische Therapie und die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) haben eine beeindruckende Zahl an Psychotherapiestudien vorzuweisen. Wir sollten uns jedoch hüten, vorschnell die Überlegenheit des einen oder anderen Verfahrens anzunehmen. Neuere, nach strengen methodischen Standards durchgeführte Meta-Analysen zu etablierten Therapieverfahren sprechen dafür, dass unser Wissen über das, was wirklich wirkt, noch immer sehr begrenzt ist (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders & Huibers, 2016; Cuijpers et al., 2014). Nur durch Offenheit für neue Entwicklungen und Erkenntnisse sind eine Weiterentwicklung der Psychotherapieforschung und der psychotherapeutischen Praxis möglich.

Unseren Patienten trauen wir durchaus zu, zwischen verschiedenen Psychotherapieansätzen unterscheiden zu kön-

nen. Sie sollten die Möglichkeit erhalten, eine freie Entscheidung zwischen nachweislich wirksamen Therapieverfahren inklusive der Systemischen Therapie treffen zu können.

Literatur

Cuijpers, P., Cristea, J. A., Karyotaki, E., Reijnders, M. & Huibers, M. J. H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15 (3), 245-258.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34 (2), 130-140.

Dr. Rüdiger Retzlaff,
Heidelberg

Zur mit der Ausgabe 4/2017 neu eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal

Zur neuen Sprachregelung finde ich die Entscheidung unter genderspezifischen Aspekten erfreulich, sollte es doch für (uns) Frauen bisher selbstverständlich sein, dass wir uns mit angesprochen fühlen, was (vielen) Männern nicht zumutbar schien. Dennoch ist das grammatische Genus vom Sexus zu differenzieren, hoffentlich gibt es dann in den „weiblichen“ Ausgaben nicht „die Mitgliederin“, „die Gästin“ etc.

Dipl.-Psych. Beate Kleist,
Würzburg

Ihre Argumentationslinie, die zu dem Beschluss geführt hat, „ab jetzt abwechselnd ein Heft in männlicher und eins in weiblicher Form vorzulegen“ kann ich nicht wirklich nachvollziehen. „Schwere Lesbarkeit“ etc. sind aus meiner Sicht zu vernachlässigende Argumente, denn ähnlich wie bei der Rechtschreibreform gewöhnen wir uns nach einer gewissen Zeit an sprachliche Veränderungen oder gar Herausforderungen, die zunächst abenteuerlich anmuten. Für mich hat es vorrangig mit einer inneren Haltung zu

tun: Lasse ich mich darauf ein oder bleibe ich sperrig, weil ich mitunter keine „erweiterte Normalität“ zulassen will. „Die Realität von Transsexualität und weiteren Ausformungen von Sexualität können wir momentan in der Sprache des PTJ noch nicht abbilden“, führen Sie im Editorial an. Können oder wollen Sie nicht? Es gibt den Gender-Gap! Und nach dem brillanten Artikel „Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)ein Thema in der Psychotherapie“ von Gisela Wolf und Erik Meyer im *Psychotherapeut_innenjournal* 2/2017 lässt mich diese Formulierung doch sehr verwundern. Hierzu schreiben Wolf und Meyer: Anmerkung 1, S. 130: „Wir möchten im Text ausdrücklich eine Vielfalt der Möglichkeiten, sich geschlechtlich zu positionieren, sichtbar machen und arbeiten deshalb mit dem sogenannten ‚Gender-Gap‘ (Hermann, 2003). (...) Der Gender-Gap soll Raum geben, auch die Existenz und Lebensweise von Menschen mitzudenken, die sich nicht eindeutig einem der beiden Geschlechter zuordnen.“ Im aktuellen *Psychotherapeut_innenjournal*, Heft 4/2017, wird die weibliche Sprachform genutzt, doch erscheint mir dies halbherzig und inkonsequent, denn auf dem Titelblatt heißt es weiterhin *Psychotherapeutenjournal* und nicht *Psychotherapeutinnenjournal* – wie peinlich ist das denn? Eine Möglichkeit wäre ja auch, eine Umfrage unter den Leser_innen diesbezüglich durchzuführen!

Klaus Becker,
Krefeld

Mir gefällt die neue Sprachregelung im PTJ, aus meiner Sicht auch kein übereilter Schritt, gerade angesichts der Geschlechterverteilung in der Psychotherapie. Die gewählte Form der abwechselnd formulierten Ausgaben finde ich auch einen guten Kompromiss zwischen den Zielen, geschlechtergerecht zu formulieren und trotzdem die Texte nicht unnötig länger zu machen, wie es meiner Meinung nach durch die Verdopplung (à la Leserinnen und Leser) geschehen würde. Herzlichen Dank für die vermutlich langwierigen Überlegungen und Debatten, die aller

Wahrscheinlichkeit nach diesem Schritt vorausgingen. Ich hoffe, Sie lassen sich von eventuellem Gegenwind nicht irritieren.

Dipl.-Psych. Kerstin Dittrich,
Leipzig

Liebe Kolleginnen,

seid ihr im wahrsten Sinne des Wortes verrückt? Entschuldigung, das sagt man ja zu Damen nicht. Dann verschiebe ich das auf das nächste Quartal, wenn ich von Mann zu Mann schimpfen kann. Warum tretet ihr eine sexuelle Debatte los? Bisher sah ich die verwendeten Bezeichnungen genderneutral, auch die Bezeichnung *Psychotherapeutenjournal*. Die Genderneutralitätseinschätzung habt ihr mir jetzt vermiest, indem ihr ausdrücklich auf das Geschlecht hinweist. Aber spielt es in der Anrede tatsächlich eine Rolle, ob man eine Vagina oder einen Penis hat? [...] Ich dachte, es geht um Genderneutralität: Müssen Leser unbedingt als sexuelle Wesen angesprochen werden? Sinnvoll und eingebürgert ist: KollegInnen. Das setzt sogar für die, die Wert darauf legen, den Schwerpunkt in weibliche Richtung, wie es der Verteilung entspricht. Bei Perpetuierung eures Genderfehlgriiffs müsste das nächste *Journal Psychotherapeutinnenjournal* heißen, das sich konsequenterweise nur an Psychotherapeutinnen wendet. Die Artikel sind diesmal gut gelungen, was nur durch eure sexualisierte Ausdrucksweise gestört wird.

Genderfreie Grüße

Helmut Brenner,
Bad Salzflun

Danke für die Umstellung im neuen *Psychotherapeutinnenjournal*! Ich fühlte mich sofort mehr angesprochen und hatte mehr Freude am Lesen. Bitte behalten, gerne auch – wie geplant – im Wechsel.

Hedwig Faußner,
Weißenburg