

Psychotherapeuten journal

- **Diskussionsschwerpunkt:**
Die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland
und die Frage nach Verfahrensorientierung und
-integration
- **Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie**
- **Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und
Jugendlichen als Integration von Kognitiver
Verhaltenstherapie und Focusing**
- **Zum Umgang mit der Klimakrise aus der Perspektive
der Existenziellen Psychotherapie**

Anzeigenteil neu gestaltet

Auf vielfachen Wunsch ist der **Anzeigenteil des Psychotherapeutenjournals neu organisiert** worden. Anzeigen zu **Veranstaltungen der Psychotherapeutenkammern** sind nun gesammelt in einer eigenen Rubrik im Anzeigenteil des Verlages untergebracht. Wenn Sie sich über das Veranstaltungsangebot Ihrer eigenen oder einer benachbarten Landeskammer informieren möchten, finden Sie diese neue, farblich abgesetzte Rubrik hinten im Heft gleich vor den Kleinanzeigen.

Geschlechtersensible Sprache

Das Psychotherapeutenjournal wechselt im Sinne eines geschlechtersensiblen Sprachgebrauchs in seinen Ausgaben zwischen einem in weiblicher Form und einem in männlicher Form verfassten Heft ab. Dies betrifft Textpassagen, in denen nicht eindeutig ein Mann/Männer bzw. eine Frau/Frauen gemeint sind. Durch das Abwechseln zwischen weiblicher und männlicher Sprachform sollen Frauen ebenso wie Männer sprachlich sichtbar gemacht werden. Transgeschlechtlichkeit kann aktuell in der Sprache des PTJ noch nicht abgebildet werden, transgeschlechtliche Menschen sind jedoch ausdrücklich mitgemeint und angesprochen. Zur ausführlichen Begründung dieses Beschlusses lesen Sie bitte das Editorial in Ausgabe 4/2017.

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es gibt momentan mehrere Gründe sich mit der Frage zu beschäftigen: „Ist Psychotherapie die Anwendung von Psychotherapieverfahren?“ Und wenn ich die Frage für heute bejahe, kann ich mir die nächste Frage stellen: „Soll das so bleiben?“ Diese Frage betrifft nämlich zum einen die Legaldefinition der Psychotherapie im zukünftigen Psychotherapeutenbildungsreformgesetz, zum anderen gibt es auch gute fachliche Gründe, um sich mit dieser Frage zu beschäftigen. Das Buch „The Great Psychotherapy Debate“ von Wampold und Imel (2015; dt.: 2018) hat die Bedeutung der „common factors“ in der Psychotherapie herausgearbeitet und damit die Diskussion, die Klaus Grawe mit seinen Überlegungen zu einer „Allgemeinen Psychotherapie“ angestoßen hatte, erneut entfacht.

Im Übrigen gibt es in der Psychotherapierichtlinie auch schon heute psychotherapeutische Leistungen, die nicht mit psychotherapeutischen Verfahren verknüpft sind. Auch Teile des Psychotherapiestudiums sollen zukünftig Kompetenzen vermitteln, die jenseits von Verfahren gedacht werden.

Im vorliegenden Heft haben wir einige Beiträge zusammengestellt, die sich mit diesem Themenkomplex beschäftigen.

Winfried Rief, ein ausgewiesener psychotherapeutischer Praktiker, bevor er Psychotherapiewissenschaftler wurde, spricht sich für eine kompetenzorientierte Psychotherapie jenseits der Verfahrensorientierung aus.

Ulrike Borst, eine Vertreterin der Systemischen Therapie, betont, dass die Störungsspezifität im systemischen Ansatz nicht sehr ausgeprägt ist und es sich beim systemischen Ansatz eher um eine angewandte Erkenntnistheorie handelt.

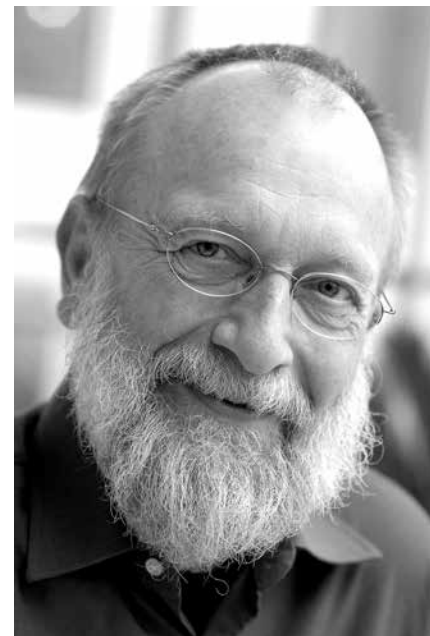
Nach 20 Jahren des Nichteinbezugs Systemischer Therapie in die Klinische Forschung erhofft sie sich für die Zukunft wieder mehr Impulse für aktuelle Versorgungsforschung und -konzepte.

Rainer Richter stellt mit Bezug auf Wampold und Imel das kontextuelle Metamodell dem medizinischen gegenüber. Für dieses kontextuelle Metamodell schlägt er aus psychodynamischer Sicht noch Ergänzungen vor. In der zukünftigen Psychotherapeutenbildung will er in diesem Sinne der psychotherapeutischen Haltung als Ausdruck einer allgemeinen therapeutischen Beziehungsfähigkeit eine große Bedeutung eingeräumt wissen.

Zwei weitere Artikel dieses Hefts passen auch sehr gut in diese Diskussion.

Ulrich Stangiers Modell einer prozessbasierten Therapie greift Grawes Leitgedanken auf und versucht – unter Ausrichtung auf jeweils aktuelle empirische Befunde der Psychologie und Psychotherapieforschung –, auch scheinbar unvereinbare psychotherapeutische Ansätze flexibel zu einem am Patientenwohl orientierten Behandlungskonzept zu verbinden.

Waldrich und Schley stellen uns eine Integration von Kognitiver Verhaltenstherapie und Focusing vor. Letzteres entstammt ursprünglich der Humanistischen Psychotherapie und wird hier als eine Erweiterung der Verhaltenstherapie konzipiert. Ob eine solche Integration praktisch möglich und wünschenswert ist, wird immer wieder problematisiert. Aus der Perspektive der Verfahrensorientierung bzw. im Sinne des Schutzes der Verfahrensintegrität wird vor Vereinnahmung gewarnt: Bei Vertretern der Noch-nicht-Richtlinienverfahren besteht zudem die Angst, schleichend ‚wegintegriert‘ zu werden.



Nimmt man die jahrelangen Diskussionen im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (im Zusammenhang mit Anträgen auf wissenschaftliche Anerkennung von Verfahren) und im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) um die Zuordnung der Studien zur Systemischen Therapie und zur Humanistischen Psychotherapie ernst, muss man feststellen, dass in vielen Forschungsdesigns eine Praxis beforscht wird, die nicht eindeutig einzelnen Verfahren zugeordnet werden kann. Meiner Meinung nach spricht vieles dafür, die Verfahrensbedeutung tiefer zu hängen und das Verbot der Integration von verschiedenen Verfahren in den Psychotherapierichtlinien in Frage zu stellen.

Eine ganz andere Zukunftsfrage ist die nach dem menschengemachten Klimawandel. Fabian Chmielewski führt aus, welche Verleugnungsprozesse hier wirksam werden und was die Psychotherapeuten hiergegen konkret unternehmen könnten und sollte. Ein streitbarer Text gewiss, aber gerade in seiner Zuspitzung und Parteinahme ein geeigneter Anstoß für die nötige Debatte um die gesellschaftspolitische Verantwortung unserer Berufsgruppe und für die Diskussion um die Möglichkeiten – und Grenzen – des Engagements in unseren Rollen als Psychotherapeuten und Bürger.

*Hans Schindler (Bremen)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Originalia 236

Ulrich Stangier

Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie – Integration von Kognitiver Verhaltenstherapie und Dritter Welle unter der Perspektive der Prozessorientierung

Die vielfältigen Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Dritten Welle enthalten gemeinsame Prinzipien, die die Grundlage für eine Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie bilden. Drei Prozessebenen sind zu unterscheiden: individuelle Verarbeitungsprozesse, Interaktionsprozesse und Veränderungsprozesse. Die Prozessorientierung könnte von Nutzen für die Weiterentwicklung der Psychotherapieforschung, -praxis und -ausbildung sein.

244

Simone Waldrich & Kurt Schley

Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen

Die Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen verbindet die Focusing-orientierte Psychotherapie mit der Kognitiven Verhaltenstherapie. Dieser Beitrag möchte diesen neuen therapeutischen Ansatz überblicksartig vorstellen und historisch einordnen, sowie insbesondere auf die Vorteile dieses Ansatzes in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hinweisen.

253

Fabian Chmielewski

Die Verleugnung der Apokalypse – der Umgang mit der Klimakrise aus der Perspektive der Existenziellen Psychotherapie

Der verdrängende Umgang mit dem menschengemachten Klimawandel wird aus der Perspektive der Existenziellen Psychotherapie betrachtet. Mögliche Ursachen, Mechanismen und Gegenstrategien werden diskutiert. Der Artikel plädiert für eine aktive Beteiligung von Psychotherapeuten an Gesundheitskampagnen gegen diese weit verbreitete „existenzielle Neurose“ und liefert Ideen hierfür.

Zur Diskussion gestellt

Die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland und die Frage nach Verfahrensorientierung und -integration

261

Winfried Rief

Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation

269

Ulrike Borst

Entwicklungslinien der Systemischen Therapie. Wie halten wir es mit der Spezifität und den Common Factors?

276

Rainer Richter

Perspektiven der Psychotherapie – ein Blick zurück in die Zukunft

Rezensionen

282 Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA) – eine Alternative zur Balintgruppe?

Eine Rezension von Mathias Mohr: Kerkloh, M. (Hrsg.). (2018). Interaktionsbezogene Fallarbeit. Ein praxisbezogenes Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 172 Seiten, 29,00 €

283 Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Eine Rezension von Judit Kiewaldt: Bergmann, F. (2019). Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Weinheim: Beltz, 309 Seiten, 42,95 €

284 Die Technik des grafischen Verstehens – erklärt in Bild und Ton

Eine Rezension von O. Berndt Scholz: Prior, M. (2018). Punkt, Punkt, Komma, Strich – fertig ist die Lösungssicht. Eintägiger Workshop auf 3 DVDs. Therapie-Film, 29,95 €

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

291 Bundespsychotherapeutenkammer

296 Baden-Württemberg

300 Bayern

304 Berlin

309 Bremen

313 Hamburg

315 Hessen

318 Niedersachsen

323 Nordrhein-Westfalen

327 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

331 Rheinland-Pfalz

335 Saarland

339 Schleswig-Holstein

233 Editorial

285 Leserbrief

343 Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern

344 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A24 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie – Integration von Kognitiver Verhaltenstherapie und Dritter Welle unter der Perspektive der Prozessorientierung

Ulrich Stangier

Zusammenfassung: Moderne Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Dritten Welle zielen nicht mehr nur auf die Veränderung von Kognitionen und Verhalten ab. Sie setzen explizit an Verarbeitungsprozessen an, d. h. Aufmerksamkeit, Vorstellungen, Erinnerungen und Bewusstseinsprozessen, und beziehen auch motivationale Prozesse ein, z. B. Werteorientierungen und Handlungsziele. Damit tragen sie dem großen Fortschritt in den wissenschaftlichen Grundlagenfächern der Psychologie Rechnung, die diesen Prozessen eine Steuerungsfunktion für Kognitionen, Emotionen und Verhalten zuweist. Für Ausbildung und Praxis fehlt jedoch ein Modell, das die Vielfalt scheinbar unvereinbarer Ansätze in ein flexibles Behandlungskonzept integriert. Vorgestellt wird ein Modell der Fallkonzeption und des therapeutischen Veränderungsprozesses, das motivationale und Verarbeitungsprozesse expliziter als bisher in den Mittelpunkt stellt und dazu beitragen soll, die Therapieansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Dritten Welle zu vereinigen.

Einleitung

„Neues zu schöpfen, indem man das Erreichte gemeinsam nutzt“ – mit diesem Satz schließt Grawe seinen Entwurf einer Allgemeinen Psychotherapie (Grawe, 1995). Grawe hat immer wieder darauf hingewiesen, dass die Psychotherapieforschung auch daran orientiert ist, durch „Scheingefechte (...) die Aufrechterhaltung der bestehenden Verhältnisse“ zu sichern (Grawe, 2005, S. 144). In seiner „Allgemeinen psychotherapeutischen Veränderungstheorie“ leitete Grawe vier Wirkfaktoren ab: 1. Ressourcenaktivierung, 2. Problemaktualisierung, 3. Problembewältigung, 4. Motivationale Klärung. Ob und in welcher Weise diese oder andere Faktoren bedeutsamen Einfluss auf den Therapieprozess und das Therapieergebnis haben, wurde von seiner Arbeitsgruppe in Therapieprozessstudien untersucht. Entscheidend an Grawes programmatischen *Entwurf* ist jedoch die These, dass eine Weiterentwicklung von Psychotherapie durch Evaluation von *Wirkfaktoren*, nicht von *Therapiemethoden* möglich wird.

Wie weitsichtig Grawes Sichtweise war, zeigt sich – 30 Jahre später – in der gegenwärtigen Debatte der Psychotherapieforschung in den USA. Drei wesentliche Entwicklungslinien zeichnen sich dort ab:

1. die Abkehr von psychiatrischen Krankheitsmodellen, störungsspezifischen Therapiemanualen („protocols for syndromes“) und Therapieschulen (Deacon, 2013; Hofmann, 2014),

2. die Hinwendung zu transdiagnostischen Therapiekonzepten, die auf wissenschaftlich überprüften Veränderungsprozessen basieren (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014; Barlow et al., 2004; Craske, 2012)¹ sowie
3. die Rückkehr zur individualisierten Therapieplanung (Hayes et al., 2019) auf der Grundlage von funktionalen Analysen der Faktoren, die problematisches Verhalten und Erleben aufrechterhalten (Hayes & Hofmann, 2018).

Somit wird die Grundidee Grawes wieder aufgegriffen, die Weiterentwicklung von Psychotherapie auf Wirkfaktoren bzw. empirisch validierten Veränderungsprozessen zu begründen, wenn auch auf einem neuen Niveau der Psychotherapieforschung.

Empirisch validierte Veränderungsprozesse

Unter *Wirkfaktoren* (englisch zumeist: mechanisms) versteht man theoretisch abgeleitete Variablen, deren Veränderung wiederum zu einer signifikanten Veränderung der Zielvariablen, etwa einem psychopathologischen Symptom, beitragen. Beispiele für Wirkfaktoren sind Umbewertungen oder die Aktivierung von Verhaltensweisen, die mit positiven Emotionen verbunden sind; beide Veränderungen können auf eine Verringerung von depressiver Stimmung hinwirken. Die Annä-

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

herung an bedrohliche Situationen sowie deren Bewältigung kann Symptome der Angst reduzieren. In der Psychotherapieforschung werden Wirkfaktoren empirisch als Mediatoren und Moderatoren überprüft.² *Mediatoren* sind Variablen, die die Wirkung einer Therapie, z. B. auf Symptome, vermitteln. *Moderatoren* sind Dritt-Variablen, die sowohl den Ausgangszustand als auch den Endzustand signifikant beeinflussen (z. B. Geschlecht, Schweregrad der Symptomatik).

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Metaanalysen zum empirischen Nachweis von Wirkfaktoren in der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und der sog. Dritten Welle der Verhaltenstherapie publiziert worden. Tabelle 1 fasst die Ergebnisse einer der umfangreichsten Übersichtsarbeiten von *Kazantzis und Kollegen*³ (2018) zusammen. Während die Grawe'schen Wirkfaktoren (Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, Motivationale Klärung) einem eigenen theoretische Konzept entspringen, entstammen die von *Kazantzis und Kollegen* dargestellten Wirkfaktoren einer Vielzahl von theoretisch heterogen begründeten, empirischen Studien (s. Originalbeitrag mit Hinweis auf die Quellen). Sie sind in Mediatorenanalysen empirisch nachgewiesen worden, und nicht, wie bei Grawe, apriori theoretisch postuliert.

Therapieprozess („Veränderungsprozess“)	Kognitive „Prozesse“ (z. B. Aufmerksamkeit, decentering)
	Kognitionen (z. B. Umbewertung, Selbstwirksamkeit)
	Verhalten (z. B. Konfrontation, Verhaltensaktivierung)
	Emotionsregulation (z. B. Akzeptanz)
	Motivation (z. B. Ziele, Werte)
Sitzungsprozess (therapeutische Interaktion)	Therapeutische Beziehung (Allianz)
	Feedback zu Therapieverlauf
	Hausaufgaben

Tabelle 1: Mediatoren des Therapieerfolgs
(nach Kazantzis et al., 2018)

Die in Tab. 1 genannten Faktoren der therapeutischen Interaktion (in der angelsächsischen Literatur oftmals „common factors“ genannt) sind über die verschiedenen Therapieansätze hinweg von Bedeutung und werden als eine Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung der („spezifischen“) therapeutischen Interventionen angesehen (Stangier et al., 2010; Cuijpers et al., 2019). Kontroverser werden Mediatoren des Therapieprozesses angesehen, die in den einen Therapieverfahren expliziter verankert sind als in anderen. Z. B. könnte man einerseits Akzeptanz als zentralen Wirkmechanismus spezifisch der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) zuordnen. Andererseits ist vorstellbar, dass auch die Wirksamkeit eines anderen Therapieansatzes implizit von der Förderung von Akzeptanz abhängig ist. Obwohl die lernpsychologisch begründete Behandlungstheorie von Exposition (ursprünglich Habituation, gegenwärtig Inhibition als postuliertem Wirkme-

chanismus) hierauf nicht explizit Bezug nimmt, könnte eine akzeptierende Haltung gegenüber der aufkommenden Angst implizit eine Voraussetzung für die Veränderungsprozesse darstellen. Solche impliziten Gemeinsamkeiten sind zum Teil auch darauf zurückzuführen, dass zum Zeitpunkt der Entwicklung des Therapieansatzes hierzu keine empirischen Daten vorlagen. Ein weiteres Beispiel ist decentering (Distanzierung oder auch De-Identifikation), definiert als Wahrnehmung eigener Erlebnisprozesse aus einer beobachtenden Perspektive. Decentering wird als zentraler Mediator für die Wirkung der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; MBCT) bei Depression angesehen (Bieling et al., 2012). In weitsichtiger Vorausschau sah Beck jedoch bereits 1970 (S. 189) decentering bzw. distancing als einen ersten kritischen Schritt in der kognitiven Umstrukturierung. Bei der Entwicklung der kognitiven Therapie von Beck (1964; Beck et al., 1979) waren Forschungsbefunde zu decentering allerdings noch nicht verfügbar, erst 1995 haben Teasdale et al. ein umfassendes Konzept vorgelegt, das zur Entwicklung der MBCT führte. Interessanterweise bezeichnete auch Hayes den von ihm entwickelten Therapieansatz als Comprehensive Distancing, bevor er diese als Akzeptanz- und Commitment-Therapie im Kontext seiner bei Skinner anknüpfenden Theorie sprachlichen Verhaltens (relational frame theory) umbenannte (Zettle, 2005) und statt der Beobachterperspektive stärker die Aufhebung (defusion) der Verschmelzung von Sprache und Erleben betonte.

Metaanalysen (Stockton et al., 2018) zeigen, dass kognitive Defusion und psychologische Flexibilität nicht nur in ACT-Behandlungen, sondern auch in kognitiver Verhaltenstherapie Wirkkomponenten darstellen, während Akzeptanz vorwiegend in ACT-Behandlungen wirksam ist. Andere Autoren (Fresco & Mennin, 2019) sehen in der Veränderung von Aufmerksamkeit und von Metakognitionen sowie in der Förderung aktiver Bewältigung (context engagement) zentrale gemeinsame Mediatoren von achtsamkeitsbasierten Therapien und traditioneller KVT. Somit zeigt sich auch im aktuellen Forschungsansatz, was Grawe bereits früh postuliert hatte: die Vielfalt von Therapieansätzen lässt sich auf eine begrenzte Zahl von Wirkfaktoren zurückführen.

Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie

Hayes und Hofmann (2018) definieren Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie (Process-based Cognitive Behavioral Therapy; Process-based Therapy, PBT) als eine Therapie, die

2 Im Folgenden wird der Begriff „Wirkfaktoren“ für theoretisch begründete Dimensionen verwendet, die die Wirkung einer Intervention erklären sollen, während „Mediatoren“ und „Moderatoren“ Variablen darstellen, die in einem empirisch überprüfbareren kausalen Zusammenhang zur Durchführung der Intervention stehen.

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

die systematische Anwendung von evidenzbasierten Veränderungsprozessen im Rahmen von ebenfalls evidenzbasierten Verfahren beinhaltet und die zur Linderung von menschlichem Leiden beiträgt.⁴ Sie legen ein umfassendes Fazit der Befunde zu Mediatoren von traditionellen behavioralen (z. B. Exposition, Verhaltensaktivierung) und kognitiven Vorgehensweisen (Problemlösen, kognitive Umstrukturierung, Veränderung von Grundüberzeugungen) sowie typische Ansätze von ACT (Defusion/Distanzierung, Akzeptanzsteigerung, Achtsamkeit) vor. PBT ist somit als ein Breitband-System von Interventionen zu sehen, die nicht durch traditionelle Therapieschulen, sondern durch die wissenschaftliche Evidenz der Wirksamkeit und die Ableitung aus empirisch fundierten Theorien definiert sind.

Hayes und Hofmann (2018) plädieren dafür, die „protocols for syndromes“-Systematik zu verlassen. Dies richtet sich vor allem gegen die langjährige Strategie der American Psychological Association, für jede Störung auf Grundlage der psychiatrischen Klassifikationen evidenzbasierte Manuale zu empfehlen. Statt dieser starren, nomografischen Therapieplanung sehen sie in der idiografischen Funktionalanalyse und der ökologischen Erfassung relevanter Variablen im Alltag eine bessere Basis für die Ableitung von Therapiemaßnahmen. In Abgrenzung zu psychiatrischen Krankheitsmodellen, die

Symptome einer latenten „Ursache“, der Krankheit, zuordnen, können Symptome in ihrem Konzept in variabler Weise eine kausale Funktion einnehmen.

Eine im wissenschaftlichen Kontext faszinierende Perspektive bieten komplexe Netzwerkanalysen, die eine statistische Analyse der vielschichtigen Interaktionen ermöglichen (Hofmann, 2016). Netzwerkanalysen sehen Symptome als ein System sich wechselseitig beeinflussender Elemente (Beispiel s. Abb. 1). Die Wahl der erfassten Variablen wird in wissenschaftlichen Studien eingegrenzt auf solche, die für die Hypothesen der Studie relevant sind.

Angesichts des technologischen Fortschrittes wäre denkbar, dass leichter anwendbare, automatisierte Programme entwickelt werden können, die auch Eingang in die psychotherapeutische Praxis finden könnten. Psychotherapeuten könnten aufgrund des individuellen Erklärungsmodells Variablen auswählen, die der Patient in täglichen Selbstbeurteilungen erfasst und für eine personalisierte Verlaufsdagnostik mit Hilfe von Netzwerkanalysen zur Verfügung stellt (Clausen & Lutz, 2019).

Ähnlich wie Grawes Entwurf einer Allgemeinen Psychotherapie zielt die PBT auf die Überwindung einer Separierung nach Schulansätzen ab. Während jedoch Grawes Theorie die Wirkfaktoren des Therapieprozesses spezifiziert, orientiert sich PBT am jeweils aktuellen Stand der Forschung. Aus europäischer Sicht ist eine interessante kulturell spezifische Besonderheit von PBT – trotz der prinzipiellen Offenheit gegenüber anderen Schulen – die starke Betonung der behavioralen Traditionen von ACT und Kognitiver Verhaltenstherapie. Dies zeigt sich auch darin, dass Weiterentwicklungen der kognitiven Therapie, die sich jenseits der Dritten Welle aus der experimentellen Forschung von Informationsverarbeitungsprozessen entwickelt haben, weniger Berücksichtigung finden. Im vorliegenden Artikel soll dieser Aspekt aufgegriffen werden.

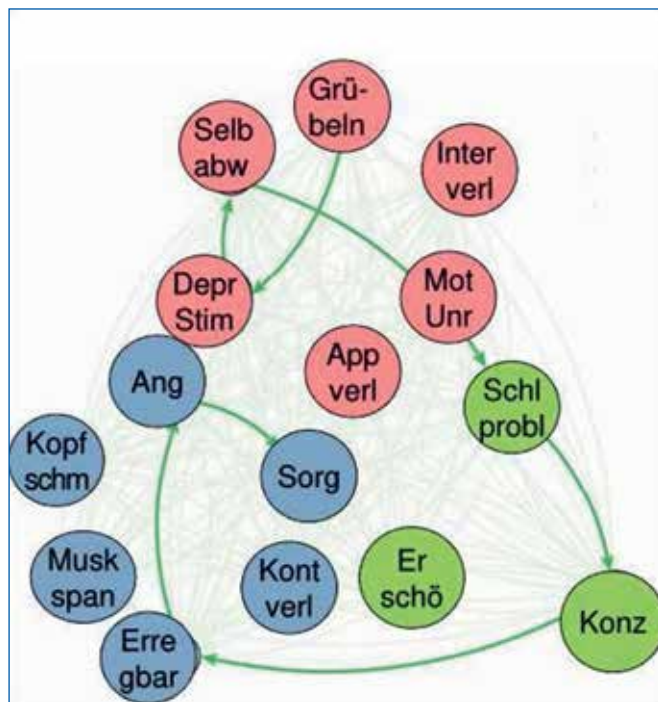


Abbildung 1: Netzwerkanalyse eines Patienten mit Symptomen von Depression (rot) und Generalisierter Angststörung (blau). Anmerkung: Die grünen Pfeile symbolisieren kausale Zusammenhänge, die sich aufgrund von täglich erfassten Einschätzungen der Variablen ergeben; die Stärke der Pfeile gibt die Stärke des Zusammenhangs wieder. Danach verstärkt Grübeln die depressive Stimmung und führt zu selbstabwertenden Kognitionen sowie motorischer Unruhe. Hieraus resultieren wiederum Schlaf- und Konzentrationsprobleme, die als sog. Brückensymptome (grün) den Übergang zu Erregbarkeit, Angst und Sorgen, also Symptomen der Generalisierten Angststörung, herstellen.

Welche Prozesse sollte eine prozessbasierte Therapie berücksichtigen?

Prozesse sind zeitlich sich erstreckende Vorgänge. In der Psychotherapie sind dies a) psychologische Prozesse des Patienten, b) des Psychotherapeuten wie auch der Interaktion beider (d. h. in Therapiesitzungen), und schließlich c) die Veränderung der Prozesse des Patienten über die Therapiesitzungen hinweg (Orlinsky et al., 2004). Somit lassen sich als drei Ebenen von Prozessen unterscheiden (Crits-Christoph et al., 2013):

1. Verarbeitungsprozesse des Patienten:

Hierunter versteht man kognitive Operationen, die die Ver-

⁴ Im Folgenden wird neben dem Begriff „Prozessbasierte Kognitiver Verhaltenstherapie“, der sich an den gängigen Therapieverfahren orientiert, auch der Begriff „prozessbasierte Therapie“ verwendet. Dieser Begriff soll zum Ausdruck bringen, dass mit der Prozessorientierung nicht notwendig an ein bestimmtes Therapieverfahren bzw. eine historisch definierte Schule angeknüpft wird.

arbeitung von aktuellen und vergangenen Erlebnissen und Erfahrungen beeinflussen. Im engeren Sinn sind dies Prozesse der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, Vorstellungen und Bewusstseinsprozesse. Ein Beispiel wäre die intrusive Erinnerung eines Patienten an ein traumatisches Erlebnis. Dieser Bereich ist Gegenstand der allgemeinpsychologischen wie auch der klinisch-psychologischen Grundlagenforschung.

2. Interaktionsprozesse zwischen Psychotherapeut und Patient:

Die unmittelbaren Interaktionsprozesse (implizit auch die Verarbeitungsprozesse des Psychotherapeuten) bilden die Basis für die therapeutische Beziehung, beispielsweise eine durch Vertrauen gekennzeichnete therapeutische Allianz. (In der amerikanischen Literatur wird hier häufig der Begriff „common factors“ verwendet.)

3. Veränderungsprozesse im Therapieverlauf:

Die Veränderung problematischer Aspekte im Erleben und Verhalten des Patienten wird durch die theoretischen Erklärungsansätze zu den Wirkmechanismen der therapeutischen Interventionen definiert. Zum Beispiel ist die Löschung von konditionierten Angstreaktionen durch Habituation ein Wirkmechanismus, der aus lerntheoretischer Sicht die Wirkung von Exposition erklärt.

In der Erforschung von Verarbeitungsprozessen hat es seit Mitte der 1990er Jahre immense Fortschritte gegeben. Die Befunde belegen, dass Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Vorstellungen einen immensen Einfluss auf das Erleben haben (Harvey et al., 2004; Brewin, 2006; Harvey et al., 2016; Ji et al., 2019; Pergamin-Hight et al., 2015). Dies führte zu einem Paradigmenwechsel in der Weiterentwicklung der „Kognitiven Verhaltenstherapie“ zur „kognitiven Therapie“ (insbesondere in England von Wells, Clark, Salkovskis, Ehlers). Während der traditionellen KVT die Annahme zugrunde liegt, dass Emotionen und Verhalten primär durch Kognitionen gesteuert werden, geht man nun davon aus, dass Verarbeitungsprozesse in entscheidendem Maße sowohl Kognitionen als auch Emotionen und Verhalten bestimmen. Hieraus leitet sich als Ziel für die Behandlung die explizite Modifikation von Verarbeitungsprozessen ab, wie sie in Aufmerksamkeits- und kognitiven Trainings, geleiteten Vorstellungsübungen oder imagery rescripting erreicht werden kann. Auch viele Techniken der sog. Dritten Welle zielen explizit auf die Veränderung von Verarbeitungsprozessen ab, wie Meditation, Vorstellungs- und Wahrnehmungsübungen, Arbeit mit Metaphern. In der Schematherapie sind die Verarbeitungsprozesse von besonderer Bedeutung für Erlebens- und Verhaltensweisen („Modi“), die mit kognitiven Schemata, Affekten und Beziehungsmustern verbunden sind und auf belastende frühe Erfahrungen zurückgeführt werden.

Es fehlen jedoch Ansätze zur Integration dieser Verfahrensgruppen in ein Erklärungs- und Behandlungsmodell, das dem Praktiker die Umsetzung in die individuelle Therapieplanung und -gestaltung ermöglicht. Auch im Entwurf der PBT ist dieser Aspekt nicht genügend berücksichtigt. Der vorliegende

Artikel stellt einen ersten Versuch dar, ein Konzept für die Ausbildung und psychotherapeutische Alltagspraxis zu entwerfen, das Verarbeitungsprozesse expliziter als bislang geschehen in Erklärungsmodelle und Therapieplanung einbezieht.

Ein prozessbasiertes funktionales Erklärungsmodell

In Erweiterung des prozessbasierten Therapieansatzes von Hofmann und Hayes, die ein breites Spektrum an kognitiven und behavioralen *Veränderungsprozessen* berücksichtigen, wird in dem folgenden Modell der Schwerpunkt auf ungünstige *Verarbeitungsprozesse* als zentralen, das Erleben und Verhalten wesentlich bestimmenden Faktor für die Aufrechterhaltung von psychischen Störungen (s. vorangegangenen Abschnitt) gelegt.

Aufmerksamkeit, Erinnerungen und Vorstellungen zu erfassen, ist jedoch nicht einfach: Viele Prozesse laufen implizit ab, d.h. Patienten nehmen sie in der Regel nicht bewusst wahr. Wenn wir uns an ein belastendes Ereignis in der Vergangenheit erinnern, stellen wir uns dieses bildlich vor, sind uns aber des Vorstellungscharakters selbst oft nicht bewusst. Die Erfassung kognitiver Prozesse ist deshalb weniger reliabel als die von Verhalten. Die Exploration wird jedoch erheblich erleichtert durch eine gründliche Störungsdiagnostik, da in den letzten Jahren eine Reihe von störungsbezogenen Instrumenten entwickelt worden sind, die eine reliable Erfassung erleichtern (Hilbert et al., 2008; Hoyer & Margraf, 2003). So ist es hilfreich, aufgrund der Diagnosen einer depressiven Störung Fragebögen zur Erfassung von Grübeln einzusetzen.

Zentraler Ausgangspunkt für die Therapieplanung ist die gemeinsam mit dem Patienten durchzuführende Ableitung eines Erklärungsmodells, das auf der Analyse einer aktuellen Problemsituation aufbaut (z. B. Bartling et al., 1998). Als hilfreich hat sich ein Schema erwiesen, das in der Ausbildungsambulanz am Psychologischen Institut der Universität Frankfurt routinemäßig zum Einsatz kommt (s. Abb. 2).

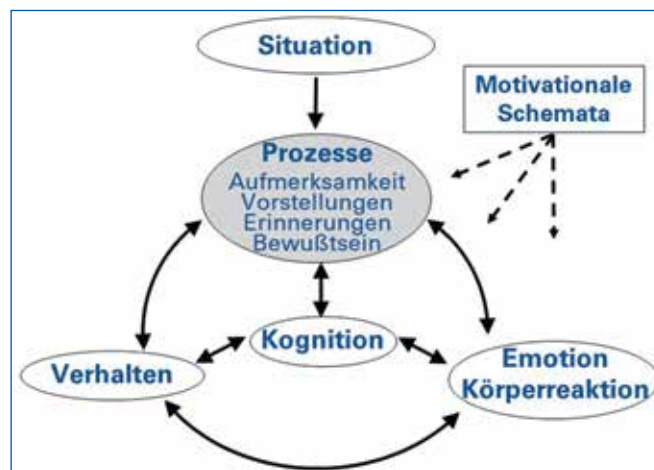


Abbildung 2: Prozessbasiertes Erklärungsmodell

Das Schaubild veranschaulicht, wie Verarbeitungsprozesse (dysfunktionale wie funktionale) Erlebnis- und Verhaltensweisen steuern. Weiterhin enthält das Modell auch motivationale Schemata. Dieser Aspekt bezieht sich auf Grundmotivationen, die durch (belastende oder der Entwicklung förderliche) frühe Erfahrungen geprägt werden und aktuelle Verarbeitungsprozesse und Reaktionsmuster grundlegend beeinflussen. Motivationale Schemata sind in den unterschiedlichen theoretischen Orientierungen enthalten, Wertorientierungen (KVT: Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012; ACT: Hayes et al., 2014), als Grundbedürfnisse (Grawe, 1998), Oberpläne (Caspar, 1996), in der kognitiven Therapie auch als impliziter Aspekt in Grundüberzeugungen, oder auch als emotionale Grundbedürfnisse im Zusammenhang mit maladaptiven kognitiven Schemata (Schematherapie: Young, Klosko & Weishaar, 2005).

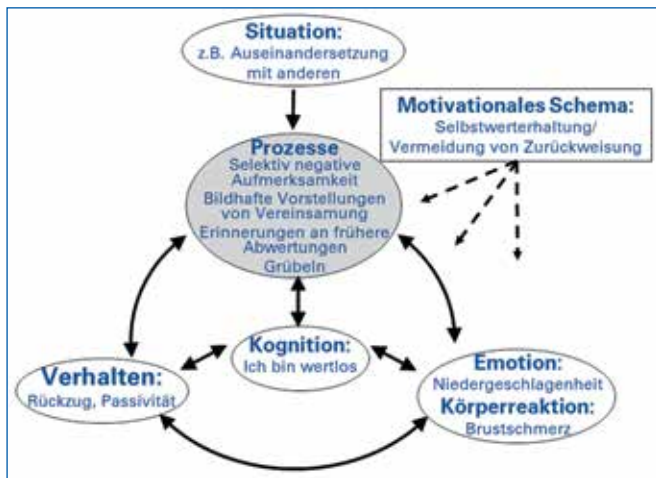


Abbildung 3: Prozessbasiertes Erklärungsmodell bei Depression

Die Ausgestaltung des Modells im Einzelfall wird geleitet von den Theorien und empirischen Befunden der individuellen Störung. Dies wird in Abb. 3 exemplarisch für Depression ausgeführt, wobei an dieser Stelle von möglichen Unterschieden zwischen den verschiedenen Verlaufsformen (akut, chronisch, rezidivierend) einmal abgesehen wird (s. a. Thinnies et al., 2017).

Situation: in Disco attraktive Frau treffen	Motivationales Schema: Vermeidung von Unzulänglichkeit (Selbsterhaltung)
Verarbeitungsprozesse: Hohe Selbstaufmerksamkeit Vorstellung: im Bett von der Frau wegen sexueller Unerfahrenheit gedemütigt werden Erinnerung: Hänself durch Mitschüler mit 14 J. Grübeln über eigene Unzulänglichkeit	Automatischer Gedanke: „Sie wird mir ansehen, dass ich unerfahren bin, und mich für einen peinlichen Schwächling halten.“
Emotionen: Scham, Angst, Kränkung, Niedergeschlagenheit Körperreaktionen: Magen-/Kopfschmerzen, Anspannung	Verhalten: Vermeidung, sozialer Rückzug Sicherheits-Verhalten (z. B. self-handicapping, exzessiver Sport, um männlicher zu wirken)

Tabelle 2: Prozessbasiertes Erklärungsmodell des individuellen Problems

Kasten 1: Fallbeispiel

Ein 33-jähriger Mann, Gymnasiallehrer, ledig und kinderlos, leidet aktuell unter starker Niedergeschlagenheit und selbstabwertenden Gedanken aufgrund seiner „abnormen Unfähigkeit, eine befriedigende Partnerschaft zu erreichen“. Er habe Versagensgefühle aufgrund der Tatsache, dass er in seinem Alter lediglich eine Partnerschaft hatte und somit „sexuell unerfahren“ sei, und befürchtet, dass Frauen ihn deshalb ablehnen. Zusätzlich leidet er unter Unkonzentriertheit, Nervosität, und einer Reihe von körperlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Darmbeschwerden, Müdigkeit, Schlaflosigkeit). Die Ängste führen dazu, dass er sich aus sozialen Kontakten zurückziehe. Diagnosen: Soziale Phobie (ICD-10: F40.1). Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6). Rezidivierende Depression, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (F33.1). Aufgrund der Exploration einer kürzlich zurückliegenden Problemsituation wird gemeinsam ein Erklärungsmodell abgeleitet (s. Tab. 2).

Erklärungsmodelle tragen erheblich zur Vertiefung des Problemverständnisses nicht nur des Psychotherapeuten, sondern auch des Patienten bei und ermöglichen darüber hinaus auch, die Ansatzpunkte der Therapie zu verdeutlichen. Sie sollten daher begleitend zum Therapieprozess immer wieder herangezogen werden, um die Wahrnehmung des Problems (i. S. v. decentering) und die Ziele der Therapie im Gedächtnis des Patienten zu konsolidieren. Diese Wirkung kann noch verstärkt werden, wenn gemeinsam mit dem Patienten auch ein „Positiv“-Modell (i. S. der Ressourcenaktivierung von Grawe) festgehalten wird, das die Ziele der Therapie wiedergibt (s. Abb. 5). Von zentraler Bedeutung für dieses „Positiv“-Modell der angestrebten Erlebnis- und Handlungsaspekte ist die Diskussion der Bedürfnisse und Werte des Patienten.

Veränderung von Verarbeitungsprozessen im Behandlungsprozess

Eines der Grundtheoreme der Psychotherapieforschung ist die Planbarkeit des therapeutischen Prozesses. Welche Faktoren einen Einfluss auf den Behandlungsprozess haben, ist

Gegenstand einer Reihe von Konzeptionen (z. B. generisches Modell von Orlinsky & Howard, 1987). Für die kognitive Verhaltenstherapie haben *Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012)* ein detailliertes und pragmatisches Sieben-Phasen-Modell des therapeutischen Prozesses entwickelt, das hier nicht weiter vertieft werden soll. Im Hinblick auf die Frage der strategischen Planung der speziellen Therapiemethoden (Phase 5 des Modells; S. 255f.) stellt sich jedoch die Frage, wie eine Veränderung von Verarbeitungsprozessen im Behandlungsablauf integriert werden könnte.

Da in einem prozessbasierten Modell dysfunktionale Kognitionen und Verhaltensmuster als Folge von Verarbeitungsprozessen gesehen werden, ist eine Veränderung von Kognitionen oder Verhaltensmustern erst dann möglich, wenn bei den zugrunde liegenden Verarbeitungsprozessen angesetzt wird. Konsequenterweise wäre die Veränderung von Verarbeitungsprozessen Voraussetzung für die Wirksamkeit anderer Interventionen. Als Beispiel soll der Sokratische Dialog genannt werden: Eine Überzeugung kann erst verändert werden, sobald ein Perspektivwechsel möglich ist, d. h. (a) wenn die Person das Bewusstsein entwickelt, dass sie Überzeugungen hat, welche dies sind und dass diese eigenen Gedanken entspringen, nicht einer unmittelbar erfassbaren Wahrheit (decentering); (b) wenn sie Gedächtnisinhalte abrufen kann, die Informationen für und gegen den Wahrheitsgehalt der Überzeugung liefern; (c) wenn sie Vorstellungen entwickeln kann, die eine andere „Wahrheit“ als die bislang vertretene evident erscheinen lassen. Eine Person, die sich weder von dem Wahrheitsgehalt der eigenen Überzeugung distanzieren kann, noch sich vorstellen kann, wie denn eine alternative Sichtweise konkret aussehen könnte, noch sich erinnern kann an Ereignisse, die diese alternative Sichtweise stützen, wird die eigene Überzeugung als unmittelbar evident und die alternative Überzeugung als „unwahr“ erleben. Sie wird trotz aller rhetorischen Anstrengungen des Psychotherapeuten an der eigenen Überzeugung festhalten.

Die Veränderung von dysfunktionalen und der Aufbau von funktionalen Verarbeitungsweisen stellt ein explizites Ziel von Techniken dar, wie z. B. der geleiteten Vorstellung (Hackman et al., 2012), imagery rescripting (Holmes et al., 2007), Gedächtnistraining (Harvey et al., 2016), Aufmerksamkeitstraining im Rahmen der Metakognitiven Therapie (Wells, 2011) oder Techniken gegen Grübeln (Teismann et al., 2012). Hierzu zählen auch Meditationstechniken bei MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2015) oder Metaphern im Rahmen von ACT (Lotz, 2016). Daneben werden Verarbeitungsprozesse auch implizit angeregt; Beispiele hierfür wurden zuvor genannt.

Die Kategorisierung von Interventionstechniken ist angesichts der unterschiedlichen theoretischen Hintergründe von traditionellen Ansätzen der Verhaltenstherapie, der Kognitiven Verhaltenstherapie einerseits und der Dritten Welle andererseits, schwierig. Die in Tab. 1 dargestellt Einteilung von Kazantzis et al. (2018), die auf den Ansatzpunkten der Interventionen an zugrunde liegenden Mediatoren basiert, legt demnach fünf Kategorien

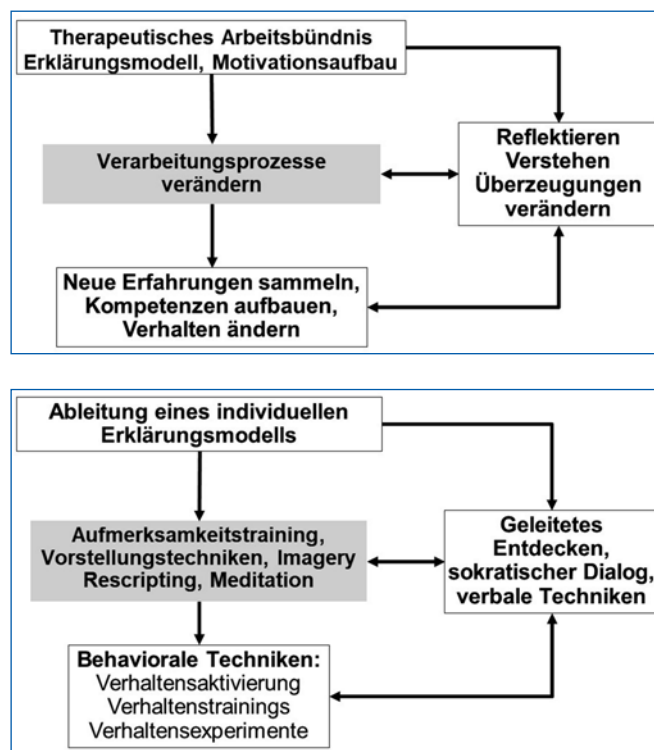


Abbildung 4: Prozessbasierte Therapie: Veränderungsprozess (oben) und Interventionstechniken (unten)

von Interventionen nahe. Allerdings sind sowohl motivationale Prozesse als auch die Ansatzpunkte an der Emotionsregulation von grundlegender Bedeutung bei allen Interventionsformen, sodass diese in dem vereinfachenden Ablaufschema in Abb. 4 (aus pragmatischen Gründen) nicht explizit aufgeführt sind.

Das in Abb. 4 dargestellte Schema enthält ein vereinfachtes Modell für die strategische Einordnung von Interventionen. Ausgangspunkt dieses Modells ist die Herstellung eines psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses. Dieses beinhaltet auch die Klärung der Veränderungsmotivation und die Ableitung eines Erklärungsmodells als gemeinsame Arbeitsgrundlage. Die Veränderung von Verarbeitungsprozessen stellt in strategischer Hinsicht den nächsten Schritt dar. Nur durch die Veränderung dysfunktionaler Verarbeitungsprozesse wird es dem Patienten möglich sein, sein Verhalten zu beeinflussen, neue Erfahrungen zu sammeln und vorhandene Kompetenzen weiterzuentwickeln. Dieses Ziel wird am effektivsten durch behaviorale Techniken erreicht. Sowohl die Veränderung von Verarbeitungsprozessen als auch die Generierung neuer Verhaltensweisen, Erfahrungen und Kompetenzen schaffen wiederum die Voraussetzung, um Überzeugungen zu verändern. Insofern wird der gesamte Veränderungsprozess von einem Kommunikations- und Interaktionsstil getragen, der hier als Geleitetes Entdecken bezeichnet wird. Kasten 2 gibt aus dem vorgestellten Fallbeispiel (Kasten 1) abgeleitete knappe Beschreibung der Ziele und Strategien der Interventionen.

Das Ablaufschema stellt die strategischen Ziele und zugeordneten Interventionstechniken in einem Prozess dar. Es sollte

jedoch betont werden, dass dieser Prozess nicht als rigide zeitliche Abfolge verstanden werden sollte, sondern eher als eine funktionale Einordnung. In der Praxis werden Veränderungen der Verarbeitungsprozesse und behaviorale Techniken eng miteinander verbunden sein.

Kasten 2: Darstellung des Therapieprozesses anhand des Fallbeispiels

Ausgehend von dem gemeinsam abgeleiteten Erklärungsmodell (s. Tab. 2) wurden folgende Therapieziele festgehalten: 1. Angst vor negativer Bewertung überwinden, 2. Sozialen Rückzug und Vermeidung von Kontakt zu Frauen zu überwinden, und 3. ein positiveres Selbstbild zu entwickeln. Zur Aktivierung der Ressourcen des Patienten wurde gemeinsam mit dem Patienten ein Positiv-Modell abgeleitet, in dem die angestrebten Verarbeitungsprozesse ebenso wie die Gedanken, Emotionen, Körperempfindungen, und das angestrebte Verhalten in schriftlicher Form konkreter festgehalten wurden (s. Abb. 5). Es fiel dem Patienten jedoch schwer, seine Überzeugung, „ein Versager zu sein“, zu hinterfragen. Daher wurden zunächst Übungen vereinbart, die darauf ausgerichtet waren, die hohe Selbstaufmerksamkeit zu beeinflussen. Hierdurch erlebte der Patient eine zunehmende Verringerung der Angst in Kontaktsituationen. Zusätzlich wurde besprochen, dass die Erinnerungen an frühere Hänseleien in der Schulklasse wie auch die Vorstellungen von Blamage und Zurückweisung durch Frauen in intimen Situationen seine Angst aufrechterhalten. Um diese abzubauen, wurden Atemübungen und Meditationstechniken zur Unterbrechung dieser dysfunktionalen Verarbeitungsprozesse eingeübt. Die Übungen fielen zwar dem Patienten zunächst sehr schwer, aber nach einigen Wochen profitierte er deutlich von ihnen und konnte sich nun besser von seinen Überzeugungen distanzieren. Das zu Therapiebeginn abgeleitete Positivmodell motivierte den Patienten, nun auch die Angst vor Peinlichkeit und demütigender Zurückweisung anzugehen. In Verhaltensexperimenten, die zunächst mit weiblichen Rollenspielpartnern im Therapiezimmer durchgeführt wurden, erhielt der Patient sowohl durch die Rollenspielpartnerin als auch durch Videoaufnahmen ein Feedback zu seiner Wirkung auf andere, was ihn wider Erwarten sehr positiv überraschte. Von zentraler Bedeutung war es hierbei, die Aufmerksamkeit auf den Kontakt zum Interaktionspartner zu lenken und keine Sicherheitsverhaltensweisen zu zeigen (z. B. self-handicapping: sich als abnormer Außenseiter präsentieren, um Abwertung durch Andere zu verhindern). Hierdurch motiviert, ließ er sich in einem nächsten Schritt auch auf in-vivo-Verhaltensexperimente in umliegenden Cafés ein, in denen er die Erfahrung machte, dass Frauen auf unverfängliche Formen der Kontaktaufnahme nicht negativ reagierten. Der nächste Schritt, Frauen direkter anzusprechen, löste jedoch beim Patienten intensive, unüberwindbare Angst- und Schamgefühle aus. Durch Bezugnahme auf das Erklärungsmodell konnte herausgearbeitet werden, dass die Vorstellung, bei intimerem Kontakt ausgelacht zu werden, auf belastende, teilweise intrusiv sich aufdrängende Erinnerungen aus der Schulzeit zurückgeführt werden konnte. Er willigte ein, diese Erinnerungen durch Vorstellungsübungen anzugehen. Durch imagery rescripting wurde der Patient angeleitet, die belastenden Erinnerungen („Versagen vor der Klasse“) intensiv nachzuerleben, was mit großer Angst und Scham verbunden war. Der Patient konnte die Situation jedoch auch aus der gegenwärtigen Erwachsenen-Sicht erleben; dieser Perspektivwechsel veränderte auch seine Gefühle,

indem stärkere Wut über die verletzenden Verhaltensweisen der Mitschüler und die gleichgültigen Reaktionen des Lehrers ausgelöst wurden. Im Sokratischen Dialog wurde ein Rescript erarbeitet, in dem ein Schutz des Selbstwertgefühls durch das entschlossene Eintreten eines Lehrers hergestellt wurde. Die intensive Vorstellung des Rescripts führte zu dem Gefühl, vor den Anderen „rehabilitiert“ zu sein, und zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins. Der Psychotherapeut stellte eine Verbindung zu den im Positivmodell festgehaltenen Erleben der Selbstakzeptanz und des Selbstbewusstseins her. Der Patient entwickelte nun die Motivation, in einem Verhaltensexperiment auch eine Frau, die er attraktiv fand, anzusprechen. Wider Erwarten zeigte die Frau Interesse an weiteren Treffen, offenbarte ihm aber auch, dass sie einen Freund habe. Die Enttäuschung über die unerwartete Barriere führte zu einer Phase der Verunsicherung und des Selbstzweifels, die durch das Hinterfragen seiner unrealistischen Erwartungen (Vorstellungen von fester Partnerschaft mit der „Frau des Lebens“) gekennzeichnet war. Nach einer Therapiepause berichtete der Patient jedoch, dass er neues Interesse an einer anderen Frau entwickelt hatte. Der Kontakt mit ihr intensivierte sich derart, dass er mit ihr eine Urlaubsreise unternehmen konnte, in deren Verlauf er auch Geschlechtsverkehr mit ihr hatte. Die positiven Erfahrungen widerlegten erneut die negativen Grundüberzeugungen des Patienten und eröffneten ihm die Möglichkeit, seinen Bedürfnissen nach vertrauensvoller Bindung in einer festen Partnerschaft nachzugehen. Trotz gelegentlicher Rückfälle in alte Erlebnismuster war es dem Patienten immer wieder möglich, seine Unsicherheiten zu überwinden und die Beziehung zu stabilisieren. Eine wichtige Orientierungshilfe über den gesamten Prozess stellt dabei die wiederkehrende Bezugnahme auf Erklärungsmodell und Positivmodell dar. Zum Abschluss der Psychotherapie wurden noch einmal alle darin hilfreichen Elemente (Aufmerksamkeit und Kontakt, Distanzierung von alten Mustern, Offenheit für neue Erfahrung und Ausprobieren) festgehalten. (Eine ausführliche Beschreibung der in Interventionen ist bei *Stangier et al., 2016*, nachzulesen).

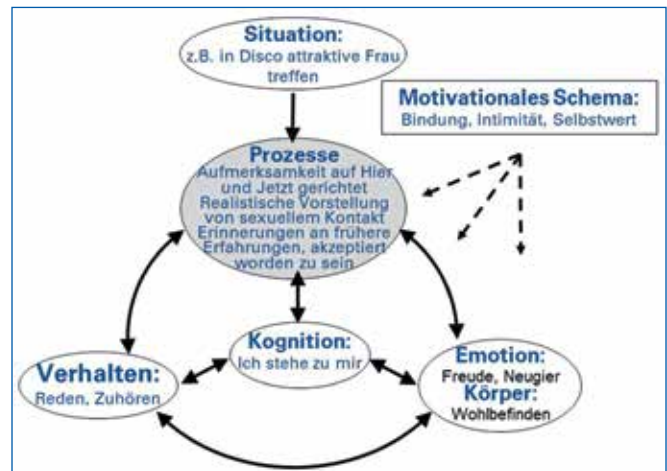


Abbildung 5: Individuelles Positiv-Modell (s. Fallbeispiel)

Prozessbasierte Therapie: Konsequenzen für die Ausbildung und Praxis

Der eingangs zitierte Satz von Grawe („Neues zu schöpfen, indem man das Erreichte gemeinsam nutzt“) ist eine Forde-

nung, die sich zwar primär an Psychotherapieforscher wendet. Die Vielfalt der unter dem breiten Mantel der Kognitiven Verhaltenstherapie versammelten Therapieansätze lässt dem Psychotherapeuten viele Freiheiten, und die immer wieder neu auf den Markt kommenden Therapieansätze versprechen interessante Abwechslung. Die Identifikation mit spezifischen Therapieansätzen birgt jedoch das Risiko, dass die Orientierung am Wohl des einzelnen Patienten aus dem Auge verloren wird.

Prozessbasierte Therapie hat zum Ziel, vorhandene Ansätze zu integrieren und die Vorgehensweise an der wissenschaftlichen Evidenz auszurichten. Sie wandelt die klassische Frage der klinischen Anwendung von Therapieverfahren folgendermaßen ab: „An welche zentralen Prozesse sollte die Psychotherapie bei diesem Klienten mit diesem Ziel in dieser Situation anknüpfen und wie können sie am wirkungsvollsten verändert werden?“ Prozessbasierte Therapie ist prinzipiell darauf ausgerichtet, Kognitive Verhaltenstherapie, kognitive Therapie im engeren Sinn und Metakognitive Therapie, MBCT, ACT und Schematherapie zu integrieren, sie ließe sich prinzipiell auch schulenübergreifend definieren. Denkbar wäre zum Beispiel, dass hierbei auch die empirischen Ergebnisse aus Studien zu Mediatoren des Therapieerfolgs psychodynamischer Therapieansätze (Høglend & Hagtvet, 2019) Berücksichtigung finden.

Der vorliegende Artikel sollte Anstöße vermitteln, die Entwicklungen der letzten zwei Jahrzehnte besser zu bündeln und für die Ausbildung in ein anschauliches Schema zu fassen. Die Erfahrungen als Dozent und Supervisor legen es nahe, dass nicht selten Therapieverfahren ausgewählt und bei Problemen im Therapieprozess wieder gewechselt werden, ohne an einem einzigen ausgewählten Erklärungsmodell anzuknüpfen und verfügbare wirksame Interventionsformen konsequent aus der Analyse der funktionalen Bedingungen des Problems abzuleiten. Darüber hinaus wird das prinzipiell verfügbare Wissen über die Bedeutung von Verarbeitungsprozessen durch die Vernachlässigung der allgemeinspsychologischen Grundlagen oftmals nicht in die Praxis umgesetzt. Bereits Grawe hat angemahnt, dass sich Psychotherapieforscher und Praktiker stärker am gegenwärtigen Wissensstand nicht nur der Psychotherapieforschung, sondern der gesamten empirischen Psychologie als wissenschaftlichen Grundlage orientieren sollten. Hierdurch erst wird es möglich werden, tatsächliche Weiterentwicklungen der Psychotherapie und Unterschiede der psychotherapeutischen Methoden von scheinbaren zu unterscheiden.

Literatur

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

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Fresco, D. M. & Mennin, D. S. (2019). All together now: utilizing common functional change principles to unify cognitive behavioral and mindfulness-based therapies. *Current Opinion in Psychology*, 28, 65–70.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (Hrsg.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (2014). *Akzeptanz- & Commitment-Therapie. Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E. et al. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40–53.
- Hofmann, S. G. & Hayes, S. C. (2019). Functional Analysis is Dead: Long Live Functional Analysis. *Clinical Psychological Science*, 7, 63–67.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y. & Hofmann, S. G. (2018). The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 349–357.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2015). *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Stangier, U., Clark, D., Ginzburg, D. & Ehlers, A. (2016). *Soziale Angststörung. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N. & Miles, G. (2018). Identifying the Underlying Mechanisms of Change during Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47, 332–362.
- Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angst und Depression*. Weinheim: Beltz.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.



Prof. Dr. Ulrich Stangier

Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Institut für Psychologie
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Varrentrappstr. 40–42
60486 Frankfurt am Main
Stangier@psych.uni-frankfurt.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Ulrich Stangier ist ausgebildet in Personenzentrierter Psychotherapie/Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie und seit 2008 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Goethe-Universität Frankfurt. Forschungsschwerpunkte sind die Weiterentwicklung von kognitiver Therapie bei unterschiedlichen Störungen (Depression, Sozialer Angststörung, Körperdysmorpher Störung, komplexer Traumatisierung Geflüchteter) sowie Erfassung und Förderung therapeutischer Kompetenzen. In Nebentätigkeit ist er als Dozent und Supervisor in Ausbildungsprogrammen und als Psychotherapeut in der Hochschulambulanz tätig.

Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen

Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen

S. Waldrich & K. Schley¹

Zusammenfassung: Die Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen nach Kurt Schley und Heinz-Joachim Feuerstein, verbindet die Focusing-orientierte Psychotherapie mit der Kognitiven Verhaltenstherapie. Dieser Beitrag möchte diesen neuen therapeutischen Ansatz überblicksartig vorstellen und historisch einordnen sowie mögliche Vorteile der Integration von Focusing in die Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen erörtern. Zur Veranschaulichung des Konzepts schließt der Beitrag ab mit einem Ausschnitt aus einer Falldarstellung einer 11-jährigen Angstpatientin. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die die Vorteile der Verhaltenstherapie mit denen des Focusing verbindet, ist aus Sicht der Autoren nicht nur möglich, sondern therapeutisch sehr vielversprechend.

Einleitung

Die Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen versucht das innere Erleben der Patienten² miteinzubeziehen, indem sie die Dimension der inneren Selbstwahrnehmung mit Hilfe des Focusing in den verhaltenstherapeutischen Ansatz integriert.

Die Verhaltenstherapie (VT), die einen deutlichen Schwerpunkt im Bereich der Modifikation des äußerlich beobachtbaren Verhaltens durch gezielte Anreize und Beeinflussung

— Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie steht in der Welt der Humanistischen und Experientiellen Psychotherapie die selbstbezügliche Erlebensdimension ganz im Mittelpunkt – oft zum Preis einer Vernachlässigung der Handlungs- und Anwendungsdimension. —

setzt, hat mit der kognitiven Wende die Bedeutung der inneren Vorstellungswelt (Motive, Antriebe, Absichten, Wertorientierungen) für das Handeln einer Person erkannt (Michalak, 2013, S. 14).³ In einer weiteren Wende erkannte und integrierte die Verhaltenstherapie die therapeutische Wirkung achtsamkeitsbasierter Ansätze und hat hier einige Konzepte und Trainingsmanuale entwickelt (Michalak, 2013, S. 14). So wird etwa in Bezug auf achtsamkeitsbasierte Programme in der Psychotherapie von kindlichen Angststörungen deren Wirksamkeit in erster Linie „durch den Wechsel vom verbalanalytischen Verarbeitungsmodus in einen erfahrungsbasierten Modus erklärt (...)“ (Mander et al., 2018).

Trotz dieser Differenzierungen und Weiterentwicklungen innerhalb der Verhaltenstherapie ist eine Integration des Felt Sense in die verhaltenstherapeutische Praxis, wie er bislang nur in der Focusing-orientierten Psychotherapie nach Eugene T. Gendlin eine Rolle spielt, bisher weder Gegenstand der Literatur, geschweige denn wissenschaftlicher Untersuchungen geworden. Dies ist angesichts des Potentials, das die Anwendung von Focusing in der Verhaltenstherapie in der Praxis verspricht, höchst bedauerlich. Dieser Artikel bezieht sich auf die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, schlicht aus dem Grund heraus, dass die Autoren nur für diese Altersspanne Erfahrungen mit der Experientiellen Verhaltenstherapie sammeln konnten. Von einem grundlegenden Unterschied in der Anwendungsmöglichkeit dieses Ansatzes auch in der Erwachsenen-Psychotherapie ist jedoch nicht auszugehen.

Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie steht in der Welt der Humanistischen und Experientiellen Psychotherapie die selbstbezügliche Erlebens- und Erfahrungsdimension ganz im Mittelpunkt. Zumeist unter Vernachlässigung der Handlungs- und Anwendungsdimen-

¹ Besonderer Dank gilt Prof. Heinz-Joachim Feuerstein für die konstruktiven konzeptionellen Hinweise, auch in Bezug auf Focusing und die experientielle Forschung.

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

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

on spielen hier Explorationen des individuellen Erlebens und Fühlens eine große Rolle. Ein Einbezug dieses inneren Erlebens in die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, der über die achtsame Gewährleistung innerer Vorgänge hinausgeht und von Gendlin als „Felt Sense“ bezeichnet wurde, könnte durch den Ansatz der Experientialen, also erlebnisbasierten Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter gewährleistet werden. Das innere Erleben, das Experiencing, kann dabei als die gegenwärtig wahrnehmbare gefühlte Bedeutung eines Erlebnisgegenstandes verstanden werden:

Gendlin geht davon aus, daß normalerweise in jeder Person zu jeder Zeit ein Strom von bedeutungsvollen Empfindungen zu aktuell ablaufenden Ereignissen und Gedanken abläuft, und daß dieser ständige Interaktionsprozess zwischen den Empfindungen und den Ereignissen körperlich fühlbar ist. (Sachse, 1992, S. 163)

Für den verhaltenstherapeutischen Ansatz liegen heute auf der Ebene der Psychotherapie mit Erwachsenen zahlreiche Studien vor, die die Wirksamkeit dieses Ansatzes nachweisen. Für die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen konnte für die Verhaltenstherapie ebenfalls ein hinreichender Nachweis für die Wirksamkeit erbracht werden (Margraf, 2018, S. 19). In Bezug auf den humanistischen Ansatz liegt (bisher) lediglich ein gemischtes Bild vor. So befand der Wissenschaftliche Beirat für Psychotherapie (WBP) in seinem Gutachten von 2018, dass bei den humanistischen Ansätzen lediglich der Gesprächspsychotherapie (der Personzentrierten Psychotherapie) für bestimmte Anwendungsbereiche bei Erwachsenen die wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit zuzusprechen sei (Deutsches Ärzteblatt, 2018, S. 11f.).⁴ Die Focusing-orientierte Psychotherapie wurde in dem Gutachten nicht gesondert betrachtet; das Focusing wurde damals zumindest von den Antragstellern dem personzentrierten Ansatz zugerechnet. Die Focusing-orientierte Psychotherapie ist vor allem an Universitäten und Hochschulen außerhalb Deutschlands Gegenstand großen Forschungsinteresses und wissenschaftlicher Untersuchungen geworden.⁵

Ob Kinder in einem therapeutischen Setting in der Lage sind, einen Bezug zu ihrem inneren Erleben herzustellen und für ihre Entwicklung zu nutzen, ist bisher noch kaum untersucht worden und müsste daher erst noch Gegenstand der Forschung werden. Die jahrelange Praxis gibt allerdings berechtigten Anlass zur Hoffnung, dass genau dies zutrifft.

Die Wurzeln der erlebnisbasierten Verhaltenstherapie – die Personzentrierte Psychotherapie

Die humanistischen Wurzeln der erlebnisbasierten Verhaltenstherapie sind bei Rogers und seiner Personzentrierten Psychotherapie zu finden.⁶ Ihr Begründer, der amerikani-

sche Psychologe Carl R. Rogers, war der Auffassung, dass Menschen grundsätzlich alle Ressourcen mitbringen, um seelisch gesund zu werden. Damit sich diese Ressourcen entfalten können, bedürfe es aber eines spezifischen Beziehungsangebotes seitens des Therapeuten. Ein geeigneter Beziehungsraum in der Therapie sei es demnach, der dem Patienten dazu ver helfe, sich über sein Erleben mitzuteilen, sich besser verstehen zu lernen und so zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung zu gelangen (Stumm & Keil 2014, S. 28; Rogers, 2003). In den vergangenen Jahrzehnten entstanden zahlreiche Weiterentwicklungen der Personzentrierten Psychotherapie, wie etwa störungsspezifische Ansätze, sowie eine stärker „erlebensbezogene Richtung“ aus der heraus sich unter anderem auch die „Focusing-orientierte Psychotherapie“ nach Eugene Gendlin entwickelte (Stumm & Keil 2014, S. 28).

Die Weiterentwicklung der Personzentrierten Psychotherapie durch Gendlin

Die Entstehungsgeschichte des Focusing beginnt mit Eugene T. Gendlin, in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Bei seiner Forschungsarbeit an der University of Chicago kam er in Berührung mit der Psychotherapie und lernte schließlich 1951 Carl R. Rogers kennen (Gendlin, 2012, S. 7).

Bei der Auseinandersetzung mit dem Roger'schen Therapieansatz und mit Untersuchungen über die Wirksamkeit von Psychotherapie stieß Gendlin dann auf folgenden Aspekt: Entscheidend für den Erfolg der Therapie war es aus seiner Sicht, das unmittelbare körperliche Erleben miteinzubeziehen (Gendlin, 2012, S. 8). Nicht die Methode, die der Therapeut anwende, oder worüber sich der Patient mitteile, veränderten dessen Problem, sondern *wie* der Patient dieses Problem mitteile. Diesen Einbezug der „erlebten Bedeutung einer Situation oder eines Themas“ gab Gendlin schließlich die Bezeichnung *Focusing* (Gendlin, 2012, S. 8). Gendlin bezeichnete Focusing als ein Vorgehen, das eine nach innen gerichtete körperliche Aufmerksamkeit beim Patienten anregen kann, um therapeutische Prozesse in Bewegung zu setzen. Die Focusing-orientierte Psychotherapie ist als ein Anwendungsfall des Focusing-Ansatzes zu verstehen und wurde von Gendlin erstmals in dem Buch „Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode“ ausführlich dargelegt (Gendlin, 1998).

⁴ Zur Diskussion um die Frage der wissenschaftlichen Anerkennung humanistischer therapeutischer Ansätze nach § 11 PsychThG vgl. die Beiträge zur Debatte um das WBP-Gutachten im Psychotherapeutenjournal 3/2018 und 4/2018.

⁵ Einen ersten Forschungsüberblick findet sich in dem Sammelband von Greenberg, Lietaer und Watson (1998), weitere Überblicksarbeiten legten etwa Leijssen (2000), Tsuyoshi und Akira (2014) sowie Krycka und Ikemi (2016) vor.

⁶ Die international übliche Bezeichnung lautet Personzentrierte bzw. Klientenzentrierte Psychotherapie (Stumm & Keil, 2014). In Deutschland ist die Personzentrierte Psychotherapie auch und hauptsächlich als Gesprächspsychotherapie bekannt.

Focusing als erlebensorientiertes Vorgehen in der Psychotherapie

Das über den Körper zugängliche Erleben dessen, was sich am Bewusstseinsrand abspielt, rückte für Gendlin zunehmend in das Zentrum seines Interesses. Denn der Körper nehme kontinuierlich zu unserem Leben Stellung, jedoch würden es die meisten Menschen versäumen, das „Körperwissen“ zur Lösung ihrer Probleme auch zu nutzen (Gendlin, 1998, S. 22ff.) Die besondere Art körperlichen Bewusstseins, die laut Gendlin so essentiell für die Lösung von Problemen und die Persönlichkeitsveränderung sei, bezeichnete er als „Felt Sense“ (Gendlin, 1998, S. 29).

Persönliche Probleme und Schwierigkeiten im Leben sind niemals nur kognitiver Natur, niemals nur eine Frage von Interpretation und Verstehen. Es gibt immer eine affektive, emotionale, gefühlte, konkrete, erlebte Schwierigkeit. Die Gedanken und Interpretationen einer Person entstehen aus und sind beeinflusst von ihrer gefühlsgeprägten Art, in der jeweiligen Situation zu leben. (Gendlin, 2002, S. 1)

Nach Gendlin ist der „Felt Sense“ jedoch keine Emotion, sondern umfasse mehr als das, sei gewissermaßen „Körper und Geist, bevor beides getrennt wird“ und drücke sich in der körperlichen Wahrnehmung, der gefühlten Bedeutung eines bestimmten Problems oder einer bestimmten Situation aus:

Dieser Felt Sense bezieht sich auch darauf, wie wir die Situation interpretiert und aufgefaßt haben. Deshalb ist ein solcher Felt Sense nicht nur etwas Gefühltes, sondern auch etwas Kognitives. Vielleicht verwirrt uns, was er mit sich bringt, aber immer sind Aspekte der Interpretation, d. h. Denken, Lernen, Wahrnehmen und Verstehen, in ihm impliziert. (Gendlin, 2002, S. 1)

Gendlin hat die Annäherung an ein Problem durch den Körper in sechs verschiedene Schritte unterteilt, die helfen sollen, das Körperwissen zugänglich zu machen (Gendlin 1998, S. 117ff.; siehe Infokasten).

Folgt man Gendlins präzisen Focusing-Instruktionen verändere sich der Felt Sense, komme in Bewegung und damit auch das betrachtete Problem. Es stelle sich dann ein von Gendlin als *Felt Shift* oder *Body Shift* bezeichnetes Phänomen einer physisch empfundenen Erleichterung ein, die als sehr angenehm erlebt werde. Nach Gendlin ist diese fühlbare innere Bewegung mit einer „Entkrampfung“ verbunden, denn das Körperwissen zu dem konkreten Problem sei nun zugänglich und könne die Richtung weisen, in der eine Lösung liege (Gendlin, 1998, S. 61ff.). Was Focusing von anderen psychotherapeutischen Ansätzen somit unterscheidet und unverwechselbar macht, ist der Felt Sense und wie dieser einen Veränderungsprozess beim Patienten anstoßen kann. Denn kein anderer psychotherapeutischer Ansatz lehrt, den Felt Sense wahrzunehmen und diese Erfahrungsdimension in die Therapie miteinzubeziehen (Krycka, 2014, S. 54).

Die sechs Schritte des Focusing

1. Aufmerksamkeit auf den Körper lenken: Eine freundliche Haltung einnehmen und sich fragen, was einen davon abhält sich vollkommen wohl zu fühlen. Antwort im Körper entstehen lassen und einen Schritt zurücktreten, damit ein innerer Freiraum zwischen sich und den Themen entstehen kann.
2. Ein Problem auswählen und körperliches Empfinden dazu wahrnehmen, ohne es gedanklich analysieren zu wollen.
3. Den Felt Sense konkretisieren: Ein Wort, einen Satz oder ein Bild entstehen lassen, das möglichst genau zum Felt Sense passt.
4. Vergleichen zwischen „Griff“ und Felt Sense: Abgleichen, bis „Griff“ und Felt Sense übereinstimmen.
5. Fragen an den Felt Sense stellen: Was ist das Schlimmste an dem Problem? Was brauche ich, um mich besser zu fühlen?
6. Annehmen und schützen: Was sich gezeigt hat, ausnahmslos annehmen und für einen Moment freundlich dabei verweilen.

Focusing mit Kindern und Jugendlichen

Ist es möglich, den erlebensbasierten Ansatz des Focusing für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen nutzbar zu machen bzw. sind diese in der Lage einen Selbstbezug zu ihrem inneren Erleben herzustellen und diesen für ihre Entwicklung zu nutzen?

Zahlreiche Autoren sind der Auffassung, dass Kinder und Jugendliche nicht nur in der Lage, sondern sogar fähiger seien als Erwachsene, Focusing anzuwenden. So geht etwa Jasion davon aus, dass es im Grunde genommen überflüssig sei, Kindern Focusing „beizubringen“, da sie von Natur aus dazu veranlagt seien, unter anderem da das bei Kindern noch nicht vorhandene chronologische Zeitgefühl für den Bezug auf das gegenwärtige Erleben besonders hilfreich sei (Jasion, 2000, S. 187). Es gelte lediglich, dafür Sorge zu tragen, dass Kinder im Laufe ihrer Entwicklung diese Fähigkeit nicht verlieren und man ihnen helfe sie zu bewahren (Stapert, 2000, S. 299).

Stapert hat eine Anleitung für das Focusing mit Kindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren entwickelt, die gleichermaßen für Eltern, Erzieher, Lehrer und Psychotherapeuten genutzt werden könne und die eng an die sechs Schritte des Focusing nach Gendlin angelehnt sind.⁷

Frage nach dem Mehrwert der Integration von Focusing in die Kognitive Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen

Bevor Überlegungen dazu angestellt werden, welche Vorteile sich aus der Anwendung von Focusing in der Verhaltensthe-

⁷ Nachzulesen bei Gendlin, 1998, S. 118ff.

rapie von Kindern und Jugendlichen insbesondere in Abgrenzung zu achtsamkeitsorientierten Verfahren ergeben könnten, sollen zunächst einige Gedanken Gendlins zum Thema „Kognition“ im Allgemeinen und im therapeutischen Setting im Besonderen vorangestellt werden. Denn hinsichtlich der Frage, ob Focusing eine sinnvolle Verbindung mit der Kognitiven Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen eingehen könnte, lassen sich erste Hinweise bei Gendlin selbst finden.

Kognitive Veränderungen, die ein erklärtes Ziel der Verhaltenstherapie darstellen, sind aus Gendlins Sicht wichtig, jedoch nicht allein zielführend, wenn die tieferen Erlebenschichten des Menschen nicht ausreichend berührt bzw.

miteinbezogen wurden: „(...) es ist wohl bekannt, dass eine kognitive Veränderung *allein* in den Menschen wenig wirkliche Veränderung hervorruft.“ Und, so Gendlin weiter, oft werde in der Kognitiven Therapie daran gearbeitet, das Erleben des Patienten umzudeuten und umzuinterpretieren. Das gelinge aber oft nicht, da das Erleben „seine eigene Ordnung“ besitze und man ihm nicht einfach eine neue Interpretation überstülpen könne. Andernfalls, also wenn das Erleben nur durch die Kognition bestimmt wäre, somit keine eigene Ordnung besäße, „wären wir alle gesund, glücklich und reich (...).“ Gewisse Neuinterpretationen werden demnach also durch das Erleben angenommen, andere wieder nicht, ohne dass wir heute mit Gewissheit sagen könnten, warum das so ist. Es gelte also Umdeutungen des Erlebens zu finden, die dazu verhelfen „das Erleben weiterzutragen“, die also zu „echten“ gespürten Veränderungen führen (Gendlin, 1998, S. 379f.).

Das Problem sei, dass es den meisten Menschen im Laufe ihrer Sozialisation anerkannt worden sei, das Denken von ihrem Erleben gewissermaßen zu *entkoppeln*. Der zu einer Kognition gehörende Felt Sense käme dann nicht mehr ausreichend zu Bewusstsein, etwa wenn der Betreffende über ein Erlebnis spricht: „Sobald wir einen Gedanken dazu haben, denken wir von da aus zum nächsten und wieder zum nächsten, ohne je zum Erleben zurückzukehren und zu überprüfen, ob unsere Gedanken diesem gerecht werden.“ (Gendlin, 1998, S. 377). Eine Denkweise hingegen, die nicht mehr Gefahr laufe, von den tieferen Erlebenschichten abgekoppelt zu werden, vergewissere sich ständig des Kontakts mit eben diesem Erleben. Auf diese Weise bleibe das Denken gehaltvoller, da es nicht nur das verfolge, „was der Gedanke selbst enthält, sondern auch das, was sich im Erleben geöffnet hat.“ (Gendlin, 1998, S. 377). Auch die Emotion sei nicht die „entscheidende“ Erlebensform. Daher sei es laut Gendlin nicht genug, die Kognitive Therapie, wie Ellis es mit seiner „Rational-Emotiven Therapie“ getan habe, um den Faktor Emotion anzureichern. Im Licht des Felt Sense erschließe sich, dass auch die Emotionen nur Teil eines umfassenderen „Geflechts“ seien und dass jeder Body Shift wieder ein neues Geflecht hervorbringe (Campbell, 2018). Durch die Integration des Focusing in die Kognitive Verhaltenstherapie, folgt man den Annahmen Gendlins, könnte diese eine wichtige

Vertiefung, gewissermaßen eine bewusste Rückkopplung an ein umfassenderes Erleben des Patienten erfahren. Dennoch kann an dieser Stelle die berechtigte Frage auftauchen, ob eine Herauslösung des Focusing in den Kontext der Verhaltenstherapie so einfach möglich ist, ohne dass dabei etwas „verloren“ geht. Auch hierzu hat sich Gendlin geäußert. So hat er an verschiedener Stelle darauf hingewiesen, dass Focusing psychotherapeutische Prozesse anderer Schulansätze vertiefen kann,

— Mit der Integration des Focusing in ein nur scheinbar unvereinbares Verfahren übt man auch nach Ansicht des Erfinders Gendlin nicht Verrat an einem früheren humanistischen Entstehungskontext. —

ohne dabei selbst an Kontur zu verlieren. Ganz im Gegenteil unterstreicht Gendlin das Potential, wenn psychotherapeutische Vorgehensweisen unterschiedlicher Schulen „auf ihren eigenen Wegen erlebensbezogen werden“ (Gendlin, 1998, S. 283):

Jede Methode hängt von einem umfassenderen Kontext ab als den schon geformten Erlebnissen, mit denen sie sich befasst, doch wurde das Wesen dieses Beitrags bisher nicht artikuliert. Mit der gezielten Aufmerksamkeit auf den körperlich gespürten Rand und seiner systematischen Berücksichtigung kann jede Methode auf ihrem eigenen Weg wirksamer werden. (Gendlin, 1998, S. 284)

Der Einbezug von Focusing in andere therapeutische Verfahren ist möglich, da Focusing den Akzent auf das *wie* des Erlebens setzt und selbst keine Aussage darüber trifft, was das zu Erlebende beinhalten soll: „In short, Focusing is not a content theory, it is a theory of the process with which contents arise and change“ (Ikemi, 2014, S. 23).⁸

Eine weitere Frage wäre, weshalb gerade die Verbindung mit der Verhaltenstherapie besonders vielversprechend sein soll. Gründe, die aus unserer Sicht eindeutig dafür sprechen, lassen sich aufgrund der spezifischen Stärken und Prinzipien der Verhaltenstherapie formulieren.

Auch sind sich die Verhaltenstherapie und Focusing an einigen Stellen ähnlicher, als das vielleicht auf den ersten Blick scheinen mag, wodurch eine Integration des Focusing erleichtert wird. So wäre zum Beispiel das verhaltenstherapeutische Prinzip der individuellen Problemorientierung, wie auch die Stärkung der Problemlösefähigkeit des Einzelnen zu nennen, die ja auch beim Focusing eine große Rolle spielt. Die Verhaltenstherapie nimmt darüber hinaus die prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen in den Blick und macht diese zum Ansatzpunkt ihrer Interventionen. Im Vergleich zur Focusing-orientierten Psychotherapie kann somit eine Stärkung der Handlungs- und Anwendungs-

⁸ Siehe auch Depestele (2012).

dimension erreicht werden. Insofern die Verhaltenstherapie des Weiteren auch immer „Hilfe zur Selbsthilfe“ sein soll und sich ihrer Grundorientierung nach als transparent versteht, sind hier ebenfalls Überschneidungen mit den Absichten des Focusing festzustellen, da auch hier die Entwicklungs- und Einsichtsfähigkeit der Patienten betont wird. Natürlich können sich auch Reibungspunkte ergeben, insofern Focusing einem eher non-direktiven Vorgehen zuzurechnen ist, der Verhaltenstherapeut aber aus der rein abwartenden Rolle heraustritt und sowohl didaktisch wie auch stärker direktiv vorgeht. Wie aus diesem scheinbaren Gegensatz trotzdem ein gelingender psychotherapeutischer Rahmen gestaltet werden kann, dem kann an dieser Stelle nicht erschöpfend nachgegangen werden, jedoch, so hoffen wir, kann das Fallbeispiel einen ersten Eindruck davon vermitteln.

Abgrenzung zu Ansätzen der Dritten Welle der Verhaltenstherapie

Seit dem Ende der 1990er Jahre existieren innerhalb der Verhaltenstherapie mit den Konzepten der Akzeptanz und Achtsamkeit jedoch bereits Ansätze, die gewisse Analogien zum experienciellen Kern des Focusing aufweisen. Hier soll aufgrund der besonderen Nähe zum Focusing insbesondere eine Abgrenzung zum Konzept der Achtsamkeit erfolgen.

Achtsamkeit („mindfulness“) und Akzeptanz fanden in verschiedene verhaltenstherapeutische Ansätze wie auch in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Eingang und bilden bis heute eine nicht mehr wegzudenkende Neuakzentuierung, da die „Veränderungsorientierung“ sowohl der behavioralen als auch der Kognitiven Verhaltenstherapie zunehmend als unzureichend empfunden wurde (Heidenreich, Michalak & Eifert, 2007, S. 477). Das wesentlichste Merkmal der sog. Dritten Welle der Verhaltenstherapie ist demnach der Versuch, Verhaltensänderungen mit der „Förderung von Akzeptanz in Bezug auf inneres Erleben (vor allem Gefühle und Gedanken) zu verbinden“. Dennoch ist das Spektrum der Ansätze innerhalb der Dritten Welle breit gefächert (Heidenreich et al. 2007, S. 477). Durch diese neue Orientierung ergab sich in der Verhaltenstherapie eine Öffnung gegenüber experienciellen Anteilen, die nun stärker betont wurden. Zu diesem Spektrum der Dritten Welle ist etwa auch die Schematherapie zu zählen, die in den letzten Jahren auch in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Eingang gefunden hat (Loose, Graaf & Zarbock, 2013).

Die Gedächtnisstrukturen, die im Laufe der Kindheit und Jugend entstehen und die orientierend die Beziehung zwischen dem Individuum und der sie umgebenden Welt widerspiegeln, werden in der Schematherapie in hilfreiche und hinderliche Schemata unterschieden. Hinderliche Schemata, die zwar zum Zeitpunkt der Entstehung zur Bewältigung der Realität nützlich waren, indem sie frustrierte Kernbedürfnisse kompensieren halfen, können im späteren Leben dazu führen, dass die Realität verzerrt wahrgenommen wird. Somit steht im Zentrum der Schematherapie die Bewältigung der

Vergangenheit, in der Focusing-orientierten Psychotherapie ist diese Blickrichtung nicht die zentral eingenommene Perspektive (Berkalk, 2018, S. 542f.). Auch wird der Felt Sense von uns als umfassender verstanden als eine erworbene und in der Gegenwart reaktivierbare Gedächtnisstruktur, nämlich als ein allem Erleben grundsätzlich inhärenter und fühlbarer Bedeutungsgehalt, der gleichzeitig eine Offenheit für neue Erlebensformen beinhaltet.

Was sind nun also Überschneidungen und was die Unterschiede zwischen dem Konzept der Achtsamkeit und Focusing? Zunächst muss vorausgeschickt werden, dass innerhalb der Dritten Welle der Verhaltenstherapie keine einheitliche, wissenschaftlich fundierte Definition von Achtsamkeit existiert. Hier soll daher bezugnehmend auf die Definition von Jon Kabat-Zinn Achtsamkeit als eine gerichtete Form der Aufmerksamkeit verstanden werden, die sich auf den gegenwärtigen Moment bezieht und dabei nicht wertend ist (Kabat-Zinn, 2013, S. 23). Focusing hingegen ist nach Gendlin: „die Zeit, in der man mit etwas ist, das man körperlich spürt, ohne schon zu wissen, was es ist. Was man aber weiß, ist, dass dieses körperliche Gefühl mit irgendetwas im Leben zu tun hat. (...) Auf dieses Gefühl, das ich im Körper spüre, ohne zu wissen, was es genau ist, lenke ich meine Aufmerksamkeit und bleibe eine Minute oder eine Sekunde oder zehn Minuten dabei. Diese Zeit nenne ich Focusing“ (Gendlin & Wiltschko, 2011, S. 13).

Eine gezielte Aufmerksamkeitslenkung, als erstes wesentliches Merkmal der Achtsamkeit, findet also auch beim Focusing statt. Focusing beinhaltet im Unterschied dazu jedoch immer auch die *körperlich* „erlebte Bedeutung einer Situation oder eines Themas (...)“ (Gendlin, 2012, S. 8). Über das körperliche Bewusstsein, den Felt Sense, der gefühlten Bedeutung und der Zuwendung dazu, kommt der Felt Sense in Bewegung und es kann zu einem Felt Shift kommen (Gendlin, 1998, S. 118ff.).

Bei Achtsamkeitsübungen kann sich die gezielte Aufmerksamkeit hingegen auf verschiedene Inhalte richten. Beim Body Scan auf verschiedene Körperregionen, bei einem achtsamen Umgang mit den eigenen Gedanken, stehen diese im Vordergrund, bei einer Gehmeditation wird besonders dem Vorgang des Gehens Aufmerksamkeit geschenkt (Körperzentrierung im Sinne einer Aufmerksamkeitsausrichtung auf die erlebte Bedeutung einer Situation beim Focusing vs. Aufmerksamkeitslenkung auf verschiedene Inhalte bei der Achtsamkeit). Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen den beiden Konzepten kann ebenfalls an dieser Stelle festgemacht werden. Und zwar handelt es sich um die stärkere Prozessorientierung bzw. Lösungsorientierung des Focusing. Focusing ist von Gendlin als ein Vorgang beschrieben worden, der es erleichtern solle, persönliche Probleme zu lösen und den eigenen stimmigen Weg zu finden. Das bedeutet, das Ziel des Focusing ist immer persönliches Wachstum, Veränderung, eine neue Sichtweise zu finden, auf jeden Fall kurzum: eine Selbstklärung. Auch durch das Praktizieren von Achtsamkeit können eine gesteigerte geistige Klarheit sowie neue Perspektiven auf das Leben

und bestehende Probleme entstehen, es stellt aber kein explizites Ziel von Achtsamkeit dar.

Das zweite Merkmal der Achtsamkeit ist die Orientierung auf den gegenwärtigen Moment, das Hier und Jetzt, auf das die Aufmerksamkeit gerichtet wird. Beim Focusing geht es ebenfalls darum, sich dem zuzuwenden, was in diesem Moment ist und sein Entstehen und Vergehen aus einer Beobachterperspektive zu verfolgen bzw. mit ihm zu sein.

Das dritte wesentliche Merkmal der Achtsamkeit ist das des Nichtbewertens. Auch beim Focusing ist das Ziel, sich selbst und seinem inneren Erleben gegenüber eine empathische und freundliche sowie offene Haltung einzunehmen und aus einem als angenehm erlebten Abstand heraus seine Probleme zu betrachten. Wie achtsamkeitsbasierte Ansätze auch, so ermöglicht es Focusing, einen optimalen Abstand zum inneren Erleben herzustellen, also weder zu nah mit dem eigenen inneren Erleben verstrickt zu sein noch so weit davon entfernt zu bleiben, dass nur ein abstraktes Theoretisieren über die eigene Innenwelt übrigbliebe. Mit dem zu sein, was ist, ohne es verändern zu wollen, ist somit ein wesentliches Kernelement beider Ansätze.

Ausgehend von diesem Vergleich des Konzepts des Focusing mit dem der Achtsamkeit ließe sich nun die Frage stellen, welche Vorteile bzw. welchen Mehrwert eine Integration des Focusing in die Kognitive Verhaltenstherapie im Allgemeinen und insbesondere in diejenige bei Kindern und Jugendlichen haben könnte.

Focusing als prozessorientierte/prozessbegleitende Unterstützung

Ein Vorteil des Focusing gegenüber der alleinigen Anwendung achtsamkeitsorientierter Verfahren in der Verhaltenstherapie könnte dessen stärkere Prozessorientierung sein. In den Achtsamkeitstrainings, wie sie in der Verhaltenstherapie angewendet werden, wird diese recht isoliert thematisiert und geübt (etwa im Rahmen eines Body Scans oder einer Yoga-Übung). Mit Hilfe des Focusing kann hingegen während des gesamten therapeutischen Geschehens immer wieder aktiv ein Rückbezug auf das gegenwärtige Erleben stattfinden bzw. das implizite Wissen des Körpers integriert werden. Dies gilt im Übrigen auch für die Supervision, bei der das Erleben des Psychotherapeuten miteinbezogen werden kann.

Lösungs- bzw. Wachstumsorientierung von Focusing

Des Weiteren stellt Focusing den individuellen Lösungsweg des Patienten zur Erreichung der Therapieziele auf eine Weise in den Mittelpunkt, mit der über das Erspüren und Symbolisieren des im Körper wahrnehmbaren „impliziten Wissens“ ein hoch individualisierter Zugang zu den eigenen Ressourcen / zur eigenen Lösungsfindung geschaffen wird. Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Rahmen einer Verhaltenstherapie sind zwar ebenfalls daran ausgerichtet, die Selbstwirksamkeit des

Patienten zu erhöhen bzw. seine Eigensteuerung zu verbessern, jedoch wird in erster Linie, etwa im Rahmen von Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), eine „Änderung der Haltung“ gewissen Geisteszuständen gegenüber angestrebt (Heidenreich et al., 2007, S. 481). Focusing wurde von Gendlin als ein natürlicher Prozess beschrieben, der immer dann in einem Menschen ablaufe, wenn dieser sich kurz vor einem großen oder kleinen Entwicklungsschritt seiner Persönlichkeit befinde. Auf eine achtsame Weise, so könnte man vielleicht formulieren, findet so eine Hinwendung zum eigenen inneren Geschehen statt, das auf dem Wege der Symbolisierung eine Veränderung im Erleben und Verhalten bewirken kann. In verhaltenstherapeutischen Trainingsmanualen für Kinder und Jugendliche wird ebenfalls viel Wert darauf gelegt, dass das Kind seine eigenen Therapieziele formuliert und gemäß seinen Möglichkeiten auch erreicht. Jedoch unterbleibt hier eine bewusste Anbindung an das innere Erleben im Sinne eines Felt Sense, dessen Befragung auf die Stimmigkeit der Therapieschritte und damit auch der Einbezug des sich daraus ergebenden Veränderungspotentials für den psychotherapeutischen Prozess.

Im Folgenden werden Ausschnitte aus einem Therapieverlauf einer Experientialen Verhaltenstherapie geschildert. Dabei werden einige Sequenzen ausführlicher dargestellt, andere Bestandteile der Therapie, wie etwa die erlebensorientierte Arbeit mit dysfunktionalen Kognitionen, werden hingegen nicht erwähnt, obwohl sie ebenfalls Teil der Behandlung waren. Bei der Experientialen Verhaltenstherapie bildet die Bezugnahme auf den stets ablaufenden und über den Körper wahrnehmbaren Felt Sense ein wesentliches Kernelement. Die primäre therapeutische Aufgabe auch in diesem Fall war es folglich, die Patientin dabei zu unterstützen, ihren Felt Sense immer wieder zu finden und darauf zu reagieren bzw. diesen in die Therapie miteinzubeziehen.

Dabei wurden die verhaltenstherapeutischen Interventionen insofern mit Focusing kombiniert, als sie ebenfalls zu dem Rand führend genutzt werden, an dem ein Felt Sense entstehen kann. Jeder neue und weitere Felt Sense, wurde mit dem neuen Erleben, das er entstehen lässt, auf dem weiteren therapeutischen Weg mitgenommen (Gendlin, 1998, S. 282).

Ausschnitt aus einem Therapieverlauf anhand eines Fallbeispiels: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)

Die 10-jährige C. wurde von ihrer Adoptivmutter mit Trennungsängsten und Alpträumen in der Praxis vorgestellt. Sie könne abends nur schwer einschlafen, habe dabei intensive Ängste und schlafe deshalb dann meist im Bett der Eltern. Auch habe sie regelmäßig Alpträume, die davon handeln, entführt zu werden. An Schulausflügen, die eine Übernachtung beinhalten, möchte C. aus Angst nicht teilnehmen, auch bei Freundinnen übernachtete

sie nicht. C. fürchte sich sehr davor, alleine zu Hause zu bleiben, auch tagsüber sei es schwer für sie, alleine zu sein. Ihre Trennungsängste äußern sich auch des Öfteren als gereizte und aggressive Stimmung. Der Schulbesuch erfolge regelmäßig.

Bei der Diagnostik ergaben sich im DISYPS-III FBB, ausgefüllt durch die Mutter, klinisch auffällige Werte auf folgenden Skalen: „Trennungsangst“ (Stanine = 9, PR = 97–100), „Generalisierte Angststörung“ (Stanine = 9, PR = 97–100), „Gesamtsymptomatik Angst“ (Stanine = 9, PR = 97–100), „Funktionsbeeinträchtigung und Leidensdruck“ (Stanine = 8, PR = 90–96), „Kompetenzen und Zuversicht“ (Stanine = 2, PR = 5–11). C.s eigene Angaben im DISYPS-III, SBB-ANG ergaben ein ähnliches Bild: „Trennungsangst“ (Stanine = 8, PR = 90–96), „Generalisierte Angststörung“ (Stanine = 7, PR = 78–89), „Gesamtsymptomatik Angst“ (Stanine = 8, PR = 90–96), „Funktionsbeeinträchtigung und Leidensdruck“ (Stanine = 7, PR = 78–89), „Kompetenzen und Zuversicht“ (Stanine = 3, PR = 12–23).

Beziehungsaufbau und Zielsetzung

Mit C. wurde mit Hilfe des Therapiematerials „Mein Problemtopf“ (Görlitz, 2014) ein erster Zugang zu ihrer Therapiemotivation erarbeitet. Über das aktive wertungsfreie Zuhören (auch listening genannt) konnte eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden. Durch das emphatische Zurücksagen ihrer Äußerungen, konnte sich C. im Kontakt zur Therapeutin sicher fühlen und ihre Selbstauseinandersetzung gefördert werden. Auch ihr Erzähltempo wurde geringer, wodurch öfter Pausen entstanden, die für die Frage genutzt werden konnten: „wie geht es mir mit dieser Situation“ (Gendlin, 1998, S. 39). Aus einer dieser ersten Therapiesitzungen stammt folgender Dialog zwischen Therapeutin (Th.) und Klientin (Kl.):

Kl.: Ich habe immer Ärger mit Mama, weil ich nicht alleine bleiben kann.

Th.: Du hast immer Ärger mit deiner Mama, weil da etwas in dir Angst hat, alleine zu bleiben.

Das Wort „etwas“ wird bewusst gewählt, um bei der Patientin eine Disidentifikation von der Angst zu bewirken. Erst aus diesem Schritt heraus, dass die Patientin die Angst hat, aber nicht mehr die Angst ist, wird Focusing möglich.

Kl.: Ja. Ich möchte es ja schaffen, alleine zu sein, aber ... die Angst ist einfach zu doll.

Th.: Du möchtest die Angst loswerden, aber momentan ist sie noch zu groß?

Kl.: Genau, die Angst ist riesig groß. Mmmh.

Die Angst ist noch kein Felt Sense, daher wurde C. an dieser Stelle unterstützt, einen Zugang zu diesem zu finden.

Th.: Kannst Du Dir kurz Zeit nehmen und dir vorstellen du hättest einen Zauberstab und würdest deine Angst in einen Gegenstand oder eine Gestalt verwandeln? ... Geht das?

Kl.: Hm ... hm, ja. Ich kann die Angst in eine hässliche Plastikspinne verwandeln.

Th.: Gut, versuche mal, dir vorzustellen, du bist in einem Raum und am anderen Ende des Raumes steht ein Regal. Jetzt lege die Spinne dort ab und gehe zurück in die Mitte des Raumes. ... Wie fühlt sich der Abstand zwischen dir und der Spinne an?

Kl.: ... Ist besser.

Th.: Wenn du jetzt mal, in deinen Bauch und Brustraum spürst, wo macht sich da was bemerkbar, wenn du an die Angst denkst?

Kl.: ... Da ist nix.

Th.: Okay. Warte noch einen Moment und guck mal, ob das alles war oder ob sich noch was zeigt.

Oftmals dauert es länger, den Felt Sense zu erspüren, der Vorgang ähnelt in etwa dem Versuch, sich an etwas Vergessenes zu erinnern, wenn nur noch ein „gespürter Rest“ davon bleibt (Gendlin, 1998, S. 122).

Kl.: Ja, im Bauch.

Th.: Schau mal, ob vielleicht ein Wort oder Bild von der Stelle im Bauch kommt und wie sich das anfühlt.

Kl.: Das ist wie ein Ball, der im Bauch sitzt, ... wie ein Angstball mit Stacheln.



Abbildung 1: Bild einer 10-jährigen Patientin, Thema: Angst, alleine zu schlafen

Th.: Ein Angstball mit Stacheln. Frage nochmal deine Stelle im Bauch, ob das Bild so passt?

Kl.: Ja ... (atmet tief ein). Das passt.

Nachdem auf diese Weise die Qualität des Felt Sense genau erfasst worden ist, und der Resonanz des „Griff“ nachgespürt wurde, tritt bei C. eine spürbare Erleichterung ein, die man auch an ihrer nun tieferen Atmung feststellen konnte. Als nächsten Schritt wurde C. gebeten, ihre Angst zu malen und auf diesem Wege (weiter) zu externalisieren.

Im Anschluss wurde C. gebeten, nochmals zu dem Felt Sense hinzuspüren, damit sie ein verhaltensbezogenes Ziel benennen kann, dass sie sich setzen möchte.

Th.: Was würde diese Körperstelle mit dem Angstball brauchen, um sich besser zu fühlen?

Kl.: Mmmh ... Einen Watteverband, einen kühlen und starken zum Schutz.

Th.: Dann geht es der Stelle besser?

Kl.: Ja, ... dann wird die Angst besser und ich kann mutiger sein.

Nach dieser inhaltlichen Änderung – von der als überwältigend erlebten Angst hin zu dem Bedürfnis, mutiger zu werden, und dem Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit konnte herausgearbeitet werden, dass es für C. wichtig war, das Tempo der Therapie zu bestimmen und dass sie in einem geschützten Rahmen lernen wollte, sich ihrer Angst zu stellen. Diese Zielsetzung, die für C. aus einem stark selbst-interaktiven Prozess hervorgegangen ist, konnte von C. nach ihrer eigenen Aussage als für sie passend und selbstbestimmt erlebt werden.

Psychotherapeutische Schritte befragen, ob sie passen

Auch im weiteren Verlauf wurde darauf geachtet, dass die Schritte hin zur Veränderung immer wieder auf C.s Erleben zurückbezogen wurden und nicht zu schnell zu große Schritte geplant wurden. So wurde C. auch bei der Erstellung der Angsthierarchie und der anknüpfenden Umsetzung im Alltag immer wieder angeleitet, in den Brust- und Bauchraum zu spüren, um so die Veränderungsschritte auf ihre Passung hin zu befragen und gegebenenfalls andere Schritte einzuleiten.

Erlebensorientierte Exposition

In dieser Therapiephase wurde das Focusing dazu genutzt, um eine erlebensorientierte Form der Exposition umzusetzen. Nach einer ausführlichen Vorbereitung der Intervention und nachdem sich C. bis zur nächsten Stunde überlegen konnte, ob sie sich für die Exposition bereit fühlt, wurde mit dem Einverständnis von C. und ihrer Mutter mit der erlebensorientierten Exposition begonnen. Auch wurde ein graduier-

tes Vorgehen vereinbart, da die psychische Belastung im Kindesalter bei einer massierten Konfrontation zu hoch werden kann (Döpfner, 2015, S. 242).

Zu diesem Zeitpunkt ging es darum, dass C. üben wollte, sich ihrer Angst zu stellen, alleine mit dem Bus zur Therapie zu kommen. Nachdem Themen und Probleme in der Vorstellung in einen guten inneren Abstand gebracht wurden, gab sie in einer der Sitzungen ihrer Angst vor dem Busfahren folgende Gestalt (links im Bild):



Abbildung 2: Bild einer 10-jährigen Patientin, Thema: Angst, alleine mit dem Bus zu fahren

Auf dem Bild ist die Angst vor der Busfahrt ein brennender Feuerball, der sich dann in eine „gruselige“ Hand verwandelt. Als wir die Stelle im Bauch, wo der Feuerball saß, befragten, was er bräuchte, um sich besser zu fühlen, stellte sie sich ihre Freundin vor. In einer weiteren Focusing-Runde nahm sie nochmals Bezug auf das, was ihr guttäte, wenn sie alleine fährt, und malte einen „Schutzengel mit Löschwasser“, der „Liebe im Bauch“ habe. Dieser Schutzengel würde für sie singen, wenn sie Angst bekäme, sie beschützen und ihr Mut zusprechen.

Wir verankerten dieses positive Gefühl mit einer Butterfly-Klopfübung. Die in ihrer Ursprungsform als sog. Butterfly Hug bekannt gewordene Übung stammt aus der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome mit EMDR und wird als bilaterale Selbststimulation genutzt, um zum Beispiel positive Gefühle oder Überzeugungen zu verankern und zu verstärken (Hofman et al. 2014, S. 115).

C. konnte bald ohne große Angst im Bus nach Hause fahren, indem sie sich über die Klopfbewegung an den Schutzengel erinnerte, dessen Vorstellung sie dabei unterstützte, sich der Angst zu stellen. Ein weiteres Thema, das C. als belastend und „peinlich“ empfand, war, dass C. nach wie vor fast jede Nacht bei den Eltern im Bett schlief und die Mutter sie tagsüber noch nicht alleine lassen konnte, ohne dass C. große Angst erlebte.

Die erlebensorientierte Exposition wurde dazu mit einem Verstärkerplan in Bezug auf das Alleinschlafen und das Alleinsein am Tag kombiniert, nachdem C. geäußert hatte, diese Angst nun endlich loswerden zu wollen. Der Verstärkerplan beinhaltete neben materiellen und sozialen Verstärkern auch eine erlebungsbezogene Art der Selbstverstärkung. C. sollte sich dazu jedes Mal ein paar Sekunden Zeit nehmen, einer erfolgreichen Expositionsübung nachzuspüren, indem sie sich selbst lobte und die körperliche Resonanz dazu wahrzunehmen. In den Sitzungen wurde der graduellen Exposition, die zu Hause stattfand, mithilfe des Focusing dann nochmals nachgespürt, um die nächsten Übungsschritte anzubahnen. C. konnte so rasch und ohne sich gedrängt zu fühlen, zu den nächsthöheren Items auf der Angstskala fortschreiten. Gegen Ende der Psychotherapie schlief C. jede Nacht in ihrem Bett, auch hatte sie keine Alpträume mehr. Sie konnte tagsüber stundenweise alleine bleiben und sich selbst beruhigen, wenn sie ein Geräusch hörte, das ihr zunächst Angst machte.

In der Abschlussuntersuchung wurden sowohl mit dem DISYPS-III FBB-ANG, ausgefüllt durch die Mutter, als auch mit dem FBB-SBB-ANG keine klinischen Ängste mehr ermittelt (auf keine der Subskalen wurde eine Stanine > 7 erreicht). Auch zum Katamnesezeitpunkt ein halbes Jahr nach Therapieende erfüllte C. die Kriterien einer Angststörung nicht mehr. C. berichtete zwar von gelegentlicher Angst in Trennungssituationen, mithilfe der eingeübten Fertigkeiten komme sie aber mit dieser gut zurecht.

Fazit

Das hier vorgestellte innovative Konzept der experientialen Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen könnte einen Beitrag dazu leisten, eine bewusste und enge Anbindung an tiefere Erlebenschichten mit Hilfe des Felt Sense in der Psychotherapie umzusetzen, damit Denken, Fühlen und Handeln möglichst nah zueinander finden können. Kritisch anzumerken bleibt jedoch, dass die experientielle Verhaltenstherapie noch der empirischen Fundierung bedarf. Dennoch ermutigt die langjährige psychotherapeutische Praxis schon jetzt, den Ansatz der experientialen Verhaltenstherapie weiter zu verfolgen.

Literatur

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

Gendlin, E. (1998). Focusing-Orientierte Psychotherapie: Ein Handbuch der Erlebensbezogenen Methode. München: Pfeiffer.

Gendlin, E. (2002). The Experiential Response. Verfügbar unter: <http://www.daf-focusing.de/wp-content/uploads/Gendlin-Experiential-Response-2002.pdf> [18.02.2018].

Gendlin, E. & Wiltschko, J. (2011). Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Gendlin, E. (2012). Focusing: Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme (Übers. v. K. Schach; 11. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Heidenreich, T., Michalak, J. & Eifert, G. (2007). Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. Balancing Change and Mindful Acceptance: The Third Wave of Behavior Therapy. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/261841453_Die_dritte_Welle_der_Psychotherapie [18.02.2018].

Michalak, H. (2013). Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie-Grundlagen und PraxiS. Weinheim und Basel: Beltz.

Rogers, C. (2003). Client Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. New edition. New York: Robinsion.

Sachse, R., Atrops, A.W.F. & Maus, C. (1992). Focusing: Ein emotionszentriertes Verfahren. Bern: Huber.

Stapert, M. (2000). Focusing mit Kindern. In H. Feuerstein, D. Müller & A. Weiser Cornell (Hrsg.), Focusing im Prozess: ein Lesebuch (S. 296–310). Köln: GwG.

Stumm, G. & Keil, W. (Hrsg.). (2014). Praxis der Personzentrierten Psychotherapie, Berlin: Springer.



Simone Waldrich

Korrespondenzanschrift:

Offenburger Institut für Psychotherapie (OAP)
Okenstr. 22
77652 Offenburg
Simone.waldrich@gmail.com

Simone Waldrich (Stex. Erziehungswissenschaft, Politikwissenschaft und Germanistik) befindet sich in Ausbildung zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) und ist Weiterbildungsassistentin am OAP in Offenburg. Sie arbeitet mit an einem Forschungsprojekt zum Thema „Experientielle Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen“ unter der Leitung von Prof. Dr. Heinz-Joachim Feuerstein und Prof. h. c. Dr. h. c. Kurt Schley.



Prof. h. c. Dr. h. c. (UIPA) Kurt Schley

Prof. h. c. Dr. h. c. (UIPA) Kurt Schley ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT), Ausbilder für Focusing, Gesprächsführung Supervision (DFG) und seit 2013 Leiter der Offenburger Akademie für Psychotherapie (OAP). Seit vielen Jahren ist er als Supervisor, Lehrtherapeut und Dozent in der Ausbildung für angehende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem Schwerpunkt in der experientialen Verhaltenstherapie tätig, die er in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Heinz-Joachim Feuerstein, Psychologischer Psychotherapeut und Ausbildungsbeauftragter Koordinator für Focusing und Experientielle Therapie am International Focusing Institute (TIFI) New York, entwickelt hat.

Die Verleugnung der Apokalypse – der Umgang mit der Klimakrise aus der Perspektive der Existenziellen Psychotherapie

Fabian Chmielewski

Zusammenfassung: Ein breiter Konsens seriöser Forschung warnt vor dem Szenario einer bald nicht mehr abzuwendenden Spirale des menschengemachten Klimawandels. Trotzdem scheinen sowohl große Teile der Bevölkerung als auch der Entscheidungsträger sich nicht für die drohende Zerstörung der Welt, wie wir sie kennen, angemessen zu interessieren. Die düsteren Prophezeiungen der Klimawissenschaftler¹ werden heruntergespielt oder sogar geleugnet, die nötigen klimapolitischen Schritte werden nicht unternommen. Der Artikel betrachtet diese Phänomene aus der Perspektive der Existenziellen Psychotherapie und versucht hierbei, sowohl auf mögliche Ursachen und Mechanismen dieser Verdrängung hinzuweisen als auch konkrete psychotherapeutische „Interventionen“ abzuleiten. Plädiert wird zudem für eine aktive Beteiligung der Psychotherapeuten an Gesundheitskampagnen gegen diese weit verbreitete „existenzielle Neurose“.

*„Life and death are just things that you do when you're bored“
(John Cale, Fear Is A Man's Best Friend)*

Einleitung

Ein breiter Konsens seriöser Forschung warnt vor dem Szenario einer bedrohlichen und vielleicht bald nicht mehr abzuwendenden Spirale des menschengemachten Klimawandels (z. B. *Figueres et al., 2017; Cook et al., 2013*).¹ Aktuell weist am deutlichsten und medienwirksamsten eine Bewegung engagierter junger Schüler im Rahmen der „Fridays for Future“-Streiks und Demonstrationen auf das drohende Untergangsszenario hin und verlangt die Umsetzung der von der Wissenschaft geforderten drastischen klimapolitischen Maßnahmen. Sowohl Ärzte als auch Psychologen warnen vor den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und räumen ihm oberste Priorität ein: Der Marburger Bund fordert auf seiner Hauptversammlung: „Der Stopp des vom Menschen gemachten Klimawandels und damit seiner Folgen auf die menschliche Gesundheit muss absolute Priorität auch im gesundheitspolitischen Handeln bekommen“ (Marburger Bund, 2019). Die American Psychological Association hat bereits 2008 eine Task Force zum Thema „Klimawandel“ ins Leben gerufen (Swim et al., 2009) und warnt vor profunden psychosozialen Verwerfungen durch den Klimawandel. In der jüngeren Zeit haben sich global verschiedene Psychologen und Psychotherapeuten in Anlehnung an die Proteste der Jugend mit der Initiative „Psychologists/Psychotherapists for Future“ gleichermaßen positioniert, sie kennzeichnen den Klimawandel als „*existenzielle Bedrohung*“ (Psychologists for Future, 2019).

Trotzdem leugnen wichtige Entscheidungsträger entweder den menschengemachten Klimawandel komplett oder verharmlosen ihn und die Dringlichkeit des Handlungsdrucks deutlich. Paradox scheint, dass auf der einen Seite die Forderungen der Schüler und der wissenschaftliche Konsens miteinander einhergehen, auf der anderen Seite aber selbst politisch gemäßigte Politiker den Schülern vorschlagen, sich mit der Schule statt dem Klimawandel zu beschäftigen – die Fragwürdigkeit dieses Vorschlags bringt die Aktivistin Greta Thunberg auf den Punkt: „Why should I be studying for a future that soon may be no more, when no one is doing anything to save that future?“ Absurd wird hier das Hochhalten der schulischen Bildung vor dem Hintergrund einer Welt der Erwachsenen, die sich nicht um das langfristige Überleben ihrer Nachkommen kümmert.

Ein großer Teil der Bevölkerung scheint sich nicht angemessen für die drohende Zerstörung der Welt, wie wir sie kennen, zu interessieren und hat – wie es Brick und van der Linden (2018) formulieren – nur ein lethargisches „Gähnen“ für die Apokalypse übrig. Noch fragwürdiger erscheint die Motivation von Personen zu sein, die die menschliche Verursachung des Klimawandels als Lüge abweisen – teils mit erstaunlicher

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

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

Aggressivität und unter Bezugnahme auf unhaltbare Verschwörungstheorien.

Wie ist diese Verleugnung der Realität zu erklären? Das Handeln gegen das eigene langfristige Interesse und gegen die eigene Rationalität? Sicherlich spielen auf der Seite mancher Entscheidungsträger finanzielle Interessen eine wichtige Rolle: Es gibt Menschen, die willentlich das Wohl der Vielen ihrer individuellen materiellen Bereicherung opfern. Als prominentes Beispiel lässt sich hier das in einer Harvard-Studie untersuchte Vorgehen des Exxon-Konzerns anführen, der seit den 1980er Jahren die Öffentlichkeit bewusst über die Gefahren des menschengemachten Klimawandels getäuscht, gezielt sog. Klimaleugner finanziell unterstützt und bewusst beschwichtigende Falschinformationen verbreitet haben soll – obwohl angeblich eigene interne Forschungen klar die Gefahren aufzeigten und den Zusammenhang des Klimawandels mit CO₂-Emissionen bestätigten (Der Spiegel, 2017).

Aber finanzielle Interessen als alleinige Erklärung für eine so weitreichende Verleugnung bei einem Großteil der Weltbevölkerung heranzuziehen, greift zu kurz: Warum sind hier auch gewissenhafte und gebildete Personen von diesen Verdrängungsvorgängen betroffen, die meinen, das langfristige Wohl der Vielen im Blick zu haben? Wieso verschließen sich Menschen bei dieser Thematik dem wissenschaftlichen Konsens und dessen Konsequenzen? Geht es nicht um Leben oder Tod? Steht nicht unsere individuelle und menschheitliche Existenz auf dem Spiel?

Doch. Und vielleicht ist genau das die psychologische Wurzel des Übels. Die Existenzielle Psychotherapie (Yalom, 2005; van Deurzen, 2009; Cooper, 2016) beschäftigt sich mit dem Umgang des Menschen mit existenziellen Grenzsituationen und beschreibt funktionale und dysfunktionale „Antworten“ auf die großen Fragen, die die Existenz an uns stellt (Chmielewski, 2018) – und kann deswegen viel zum Verständnis dazu

— Die Existenzielle Psychotherapie beschäftigt sich mit dem Umgang des Menschen mit existenziellen Grenzsituationen und beschreibt funktionale und dysfunktionale „Antworten“ auf die großen Fragen, die das Dasein an uns stellt. —

beitragen, warum Personen verneinen, dass die messbaren Klimaveränderungen vom Menschen beeinflusst seien. Viele der Theorien aus dem Bereich der Existenziellen Psychotherapie werden dabei durch die neuere empirische Forschung gestützt (z. B. Schnell, 2016). Insbesondere die thematisch eng mit der Existenziellen Psychotherapie zusammenhängende Terror Management Theory (TMT; Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 2015) wird von Wolfe und Tubi (2019) als „missing link“ zur Deutung der Verleugnung der Bedrohung durch die Klimakrise bezeichnet:

Die TMT sieht das Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit als Auslöser des zentralen Konfliktes des Menschen an: Wie alle Lebewesen wollen wir unser Überleben sichern – wir wissen aber, dass wir eines Tages unausweichlich sterben werden. Dieses Wissen stelle für den Menschen einen nicht aushaltbaren „Terror“ dar, der durch Ausblendung „gemaagt“ werden müsse, damit ein normales Funktionieren weiterhin möglich ist. Die TMT beschreibt hierzu verschiedene Coping-Strategien, die zum Teil hochgradig dysfunktional sein können und weist diese in unzähligen Experimenten nach. Insbesondere sind hier das Hochhalten von Werten und Gruppenzugehörigkeiten, sowie der Versuch der Selbstwerterhöhung zu nennen. Aus den Theorien und Befunden der existenziell orientierten Richtungen lassen sich auch Interventionen ableiten, die gegen solche Verleugnungsvorgänge eingesetzt werden könnten.

Psychotherapeuten scheuen sich naturgemäß und zurecht davor, Menschen eine bestimmte Sichtweise aufzudrängen. Sie versuchen, ihre eigenen Werte aus der Therapie möglichst herauszuhalten, um Patienten selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen. Ausnahmen sind allerdings dann zu machen, wenn es um akute Eigen- oder Fremdgefährdung geht. Wir stellen in diesen Fällen den Wert der physischen Unversehrtheit von Menschen über den Wert der therapeutischen Abstinenz. Haben wir es bei der Klimakrise nicht ebenfalls zu tun, diesmal sogar von globaler Tragweite? Wenn also offenkundig ein gesamtgesellschaftliches Gesundheitsproblem besteht – sind wir dann nicht verpflichtet, mit unserem psychologischen Rüstzeug im Kampf gegen dieses zu helfen? Sollten wir hier nicht versuchen, dem *therapeutisch* zu begegnen – und nicht mit „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ lediglich bei einer bloßen *Diagnose* stehen zu bleiben?

Unsere besondere Verantwortung als Psychotherapeuten ist zweierlei begründet: Trotz unseres beruflich bedingten analytischen Blickes auf Menschen und die ihn prägende Gesellschaft sind wir selbst Menschen und Teil dieser Gesellschaft. Zum einen ist in ebendieser Rolle als *Bürger* das Einbringen unserer theoretischen und praktischen Expertise eine Pflicht. Zum anderen haben wir als *Angehörige eines Heilberufs* eine besondere berufsethische Verantwortung, selbst- und fremdgefährdende Menschen zu schützen. Der Einwand der Abstinenzpflicht greift hier nur beschränkt, da diese, wie Dohm (2016) in einer vergangenen Ausgabe des Psychotherapeutenjournals schrieb, „auf den psychotherapeutischen Kontext im engeren Sinne, nicht auf uns als Bürgerinnen und Bürger“ (S. 263) bezogen ist. Intendiert ist mit diesem Artikel im Übrigen nicht ein Pathologisieren bestimmter politischer Ansichten oder ausschließlich der sog. Klimaleugner – die Diagnosestellung ist umfassender: Die Patienten – das sind wir alle.

Ich nehme mich hierbei ausdrücklich nicht aus, im Gegenteil: Ein Impuls für diesen Artikel war die erschreckende Erkenntnis, wie stark ausgeprägt bei mir selbst viele der beschriebenen Arten der Vermeidung in Bezug auf den Klimawandel wirksam sind. Ich sehe mich also selbst als Teil des Problems, das ich verstehen und zu lösen helfen möchte.

Die Klimakrise lässt sich selbstverständlich nicht (nur) auf individueller Ebene erklären, geschweige denn: lösen. Wir müssen als Psychotherapeuten hier unsere gewohnte „default“-Einstellung, die das Wohl des Einzelnen, der vor uns sitzt, im Blick hat, auch einmal verlassen und eine „kosmische Perspektive“ einnehmen. Politische Entscheidungen und die Aufklärung der Gesamtbevölkerung sind nötig, um die notwendigen lebenswichtigen Veränderungen einzuleiten. Die individualisierende Perspektive ist nicht ausreichend – Grunwald (2011) spricht hier sogar von einem „kollektiven Selbstbetrug“, wenn wir denken, große gesellschaftliche Wenden der Nachhaltigkeit allein durch Engagement im Privaten hinzubekommen. Die besorgte und im privaten Bereich engagierte Person vergleicht er mit einem „Hamster im Laufrad, emsig rennend – und trotzdem wäre sein realer Beitrag zur Lösung der Probleme gering.“ Nachhaltigkeit sei „eben nicht Privatsache, sondern Angelegenheit der polis“. Die Verantwortung des Einzelnen liege nicht nur in der Selbstoptimierung, sondern auch darin, „auf allen möglichen politischen Ebenen nachhaltiges Handeln und das Setzen nachhaltiger Regeln einzufordern oder zu befürworten“.

Unterschiedliche Antworten auf existenzielle Bedrohungen – Diagnostik

Das Bestreben zu überleben ist die treibende Kraft unserer Natur als Lebewesen, es stellt den Motor unserer Evolution dar (Dawkins, 2014). Dementsprechend ist der Tod, die Auslöschung unserer Existenz, unsere größte Bedrohung (Becker, 1973). Akute Lebensbedrohung löst deshalb extreme (Todes-)Angst aus. Unser Bedrohungssystem wird aktiviert und bereitet uns auf fight-flight-freeze-Reaktionen vor (Gray, 1988): wir können fliehen, kämpfen oder erstarren und uns totstellen. In Bedrohungsszenarien, in denen wir einem Fressfeind gegenüberstehen, können diese automatisierten Verhaltensweisen hoch funktional und überlebensnotwendig sein. In Bezug auf die Klimakatastrophe können sich unsere fight-flight-freeze-Reaktionen allerdings als hochgradig dysfunktional erweisen und sogar unser Leben gefährden – sie sind nicht für den langfristigen Kampf mit einem unsichtbaren Gegner gemacht.

Die im Artikel angesprochene Verleugnung tritt allerdings in unterschiedlichen Gestalten auf. Die Wurzel des Abstreitens und der Verharmlosung ist zwar bei uns allen die gleiche – die Angst vor der Vernichtung. Aufgrund unserer unterschiedlichen Persönlichkeiten und Temperamente reagieren wir aber mit individuellen Bewältigungsstilen, unterschiedlichen „existenziellen Antworten“ (Chmielewski, 2018) auf

diese Bedrohung. Diese individuellen Bewältigungsstile sind aber entsprechend der schematherapeutischen Nomenklatur (Roediger, 2016; Young et al., 2003) gut drei Kategorien zuzuordnen: der Erduldung, Vermeidung und (Über-)Kompensation. Dabei sind „sanfte“, „friedliche“ Vermeidungsstrategien in Bezug auf den nötigen Kampf für den Klimaschutz im Ergebnis nicht als „besser“ zu bewerten als die „kämpferischen“, aggressiven, überkompensierenden. Am Ende stellen alle drei Strategien nicht-adaptives Verhalten dar: es werden keine ausreichenden Schritte gegenüber einer abzuwendenden Bedrohung gezeigt.

Würden wir rational auf die Bedrohung durch den Klimawandel reagieren, würden wir die wissenschaftlichen Erkenntnisse wie in anderen Bereichen ernst nehmen. Wir würden die Verhinderung der Vernichtung der Welt, wie wir sie kennen, als oberste Priorität festlegen und wichtige Maßnahmen zeitnah einleiten. Die Aktivierung unseres archaischen Bedrohungssystems lässt uns aber eben nicht rational reagieren: Wenn wir die mit den apokalyptischen Vorstellungen des Klimawandels einhergehende Angst „erdulden“, die Schrecklichkeit also in ihrer Gänze wahrnehmen, werden wir überschwemmt von Todesangst und Hilflosigkeit. Der „erduldende“ Umgang mit der Klimakrise ist nicht funktional: Die Folge dieser Haltung ist eher eine ohnmächtige Unterwerfung unter ein nur scheinbar aussichtsloses Schicksal. Diese Wahrnehmung von sich selbst als hilflosem Spielball motiviert nicht zu einer aktiven Verhaltensänderung. Sie korrespondiert hingegen mit der „Gelernten Hilflosigkeit“ (Seligman, Petermann & Rockstroh, 1999), der Wahrnehmung, dass es keine Optionen gibt, einer problematischen Lage zu entgehen. Es ließe sich hypothetisieren, dass durch die „Erduldungs“-Reaktion gegenüber der Klimakrise psychische Krankheiten verstärkt oder gar erst verursacht werden – insbesondere Angststörungen (z. B. Generalisierte Angststörung, Panikstörung) und Depression (Hayes et al., 2018)). Das „Erdulden“ kann mit einer zynischen, passiv-aggressiven Haltung verbunden sein und schnell übergehen in „blame-shifting“, bei dem Menschen die Verantwortung von sich selbst auf andere übertragen (Washington, 2013). Sie können dann sagen: „Der hat aber auch ...“, „Die machen das viel schlimmer als wir ...“. Insbesondere China wird in Bezug auf das Klima hier häufig als Sündenbock verwendet. Crompton und Kasser (2009) berichten, dass Menschen stärker zu diesem „blame-shifting“ neigen, wenn ihnen ihre Sterblichkeit bewusst gemacht wird.

Zur „Vermeidung“ der Angst vor unserer Vernichtung lassen sich verschiedene Mechanismen vorstellen: Wir können analog des schematherapeutischen Konzeptes des „Distanzierten Selbstberuhigers“ (Roediger, 2016) unsere Angst behavioral zu vermeiden versuchen; wir können auf der Verhaltensebene Nachrichten und Gesprächen zum Thema aus dem Weg gehen (Crompton & Kasser, 2009). Ebenso können wir versuchen, die bedrückende Realität mit kurzfristigem Hedonismus, Oberflächlichkeiten oder „dringenden Tätigkeiten“ zu betäuben.

Ein „distanzierter Beschützer“ (Roediger, 2016) ist in Bezug auf den Klimawandel wiederum dann aktiviert, wenn wir gedankliche Vermeidungsstrategien anwenden: Menschen können im Sinne der TMT (Greenberg et al., 2015) den Gedanken an die drohende Auslöschung „proximal“ vermeiden oder sich der Bedrohung gegenüber „existenziell indifferent“ halten (Schnell, 2016): „Vielleicht betrifft der Klimawandel dann irgendwelche Inselvölker, mich persönlich betrifft das nicht“. Durch einen intellektualisierenden Umgang mit der existenziellen Bedrohung wird die Problematik zwar einerseits abstrakt anerkannt, aber andererseits wird zugleich die direkte persönliche Betroffenheit verdrängt. Eine andere Art der Vermeidung stellt der Glaube an einen „letzten Retter“ (Yalom, 2005) dar: Ich kann mich damit trösten, dass schon jemand kommen wird, der das Problem lösen wird, z. B. aus der im Rahmen dieser Vermeidungsstrategie nun paradoxerweise doch hochgeschätzten Wissenschaft („Irgendein schlauer Wissenschaftler wird schon rechtzeitig einen Weg finden, das CO₂ aus der Luft zu saugen“). In dieser Denkrichtung schlug ein wirtschaftsliberaler Politiker Schülern vor, die Klimakrise lieber „Profis“ zu überlassen (Der Spiegel, 2019) – ohne zu spezifizieren, wer damit eigentlich gemeint sei. Der Glaube an einen omnipotenten „letzten Retter“ entbindet von der Verantwortung, etwas ändern zu müssen. Die Irrationalität eines solchen Glaubens wird offenbar, wenn die tatsächlich vorhandenen „Profis“, namentlich Klimaforscher, ebenso deutlich vor der Irreversibilität des Klimaprozesses warnen (Der Spiegel, 2019) und keine positive Prognose über zeitnahe technologische Auswege hieraus abgeben können.

Da wir es bei der Auseinandersetzung mit dem menschengemachten Klimawandel mit einer (noch) änderbaren Situation zu tun haben, ist hier ein aktivistisches Vorgehen in Richtung dieses Ziels funktional. Wir können unser Überleben (und das unserer Urenkel) noch sichern durch zeitnahes kämpferisches Wirken im Sinne des Fight-Systems. Die Gruppe der demonstrierenden Jugendlichen wäre vor diesem Hintergrund als existenziell gesund zu bezeichnen. Schematherapeutisch gesprochen sind also aktuell die Menschen, die im „Gesunder Erwachsener“-Modus (Roediger, 2016) sind, eben nicht die Erwachsenen – sondern die Jugendlichen.

Paradoxerweise kann die Konfrontation mit der drohenden Auslöschung unserer Welt auch – im Sinne einer **Überkompensation** – zu einer entgegengesetzten kämpferischen Haltung führen: zum „Kreuzrittertum“ (Yalom, 2005) gegen den Klimaschutz, zur aktiven und aggressiven Leugnung der existenziellen Bedrohung. Eine Erklärung für diese merkwürdige existenzielle Reaktionsbildung wird ausführlich von Becker (1973) beschrieben und von der TMT empirisch nachgewiesen (Greenberg et al., 2015): Angesichts der Unausweichlichkeit des Todes, können wir Menschen Todesangst auch dadurch regulieren, dass wir „symbolische Unsterblichkeit“ zu sichern versuchen. Die TMT-Autoren nennen zwei Strategien, die zu dieser „distalen Vermeidung“ verwendet werden: Wir können distal vermeiden, indem wir a) unsere Identifikation mit einer von uns als wertvoll erach-

teten Gruppe (und deren Weltsicht) stärken, b) versuchen, unseren individuellen Selbstwert zu steigern. In beiden Fällen erlangen entweder a) meine Gruppe und ihre Werte oder b) ich persönlich „symbolische Unsterblichkeit“: Die Idee „Auch wenn ich tot bin, wird / werden meine Gruppe / meine Werte / das Andenken an mich weiterleben“ gibt mir Sicherheit.

Es scheint absurd, das „symbolische Überleben“ über das tatsächliche Überleben zu stellen. Vor dem Hintergrund der TMT-Theorie wird so ein Mechanismus allerdings psychologisch nachvollziehbar: Die symbolische Überlebenssicherung ermöglicht eine schnelle (Todes-)Angstreduktion. Unzählige Experimente der TMT bestätigen diesen Mechanismus (Greenberg et al., 2015). Die Experimente laufen üblicherweise so ab, dass den Probanden situativ ihre Sterblichkeit bewusst gemacht wird. Nach einer ablenkenden Aufgabe erfolgen dann die unterschiedlichen Versuchsvariationen. Die Ablenkungsaufgabe soll dafür sorgen, dass die Todesangst im weiteren Verlauf des Experimentes unbewusst wirken soll und die unbewussten, distalen Vermeidungsstrategien aktiviert werden. Die TMT-Experimente zeigen immer wieder, dass Menschen im Angesicht des Todes ihre Todesangst auch dadurch zu regulieren versuchen, indem sie – paradoxerweise – potentiell gefährliche, überlebensgefährdende Dinge tun. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Menschen tatsächlich in manchen Situation stärker darauf bedacht sind, ihre „symbolische Unsterblichkeit“ oder ihr „symbolisches Selbst“ zu steigern, als auf ihr tatsächliches Überleben Acht zu geben: Die experimentelle Bewusstmachung der Sterblichkeit kann so dazu führen, dass Raucher tiefer inhalieren und Menschen risikoreicher Auto fahren – und zwar immer dann, wenn diese Dinge zentral für die Identität der Person sind und selbstwertrelevant. Es konnte experimentell nachgewiesen werden, dass Todesbewusstheit unter bestimmten Umständen Menschen gieriger macht und rücksichtsloser mit natürlichen Ressourcen (in einem Forstwirtschaftsspiel) umgehen lässt (Kasser & Sheldon, 2000).

Je nachdem, welche Werte verteidigt werden, um sich gegen Todesangst zu schützen, kann sich das – in Bezug auf den Klimawandel – ganz unterschiedlich auswirken: Verteidigen Menschen sich gegen Todesangst, indem sie Werte von Umweltbewusstsein und Generativität hochhalten, mag das einen positiven Effekt haben – verteidigen Menschen aber Werte wie Wachstums- und Profitorientierung, um sich gegen Todesangst abzuschirmen, kann klimaschädliches Verhalten resultieren (s. a. Barth et al., 2018). Landau und Mitarbeiter (2009) weisen nach, dass Todesbewusstheit das Selbstkonzept deutlicher macht: Uns wird klarer, welche Werte wir besitzen – im Angesicht der Apokalypse erfahren wir, wer wir wirklich sind. Dass die Herausforderung durch die globale ökologische Problemlage einen politisch autoritären und gesellschaftlich ausgrenzenden Zug mit sich bringen kann, darauf deuten Fritsche und Kollegen (2012) hin: Sie können nachweisen, dass die Bewusstmachung der Bedrohung durch die Kli-

makrise Menschen einen autoritären Führerstil bevorzugen und Outgroup-Mitglieder abwerten lässt.

Vom Verständnis zur Veränderung – von der Diagnostik zur Therapie

Welche „therapeutischen Schritte“ lassen sich ableiten? Die Klimaaktivistin Greta Thunberg sagt „I want you to panic“ (Thunberg, 2019). Angesichts des wachsenden Ausmaßes der Bedrohung mag Panik die passende emotionale Reaktion darstellen. Leider bringt diese Panik viele Menschen jedoch nicht zwangsläufig in einen konstruktiven Problemlöseprozess. Angst ist nicht das Breitbandantibiotikum gegen die Verleugnung der Klimakrise (s. a. O’Neill & Nicholson-Cole, 2009): Mehrere spezifisch auf die unterschiedlichen Vermeidungsstile abgestimmte Maßnahmen sind wichtig, um Menschen in unterschiedlichen Coping-Stilen dort abzuholen, wo sie stehen.

Wie könnten die Menschen im „Erduldungs-Modus“ abgeholt werden?

Menschen, die von Angst überschwemmt werden, müssten gestufte, möglichst konkret formulierte, erreichbare Teilziele aufgezeigt werden. Das Erreichen dieser Teilziele würde zunehmend Vertrauen schaffen, selbst etwas bewirken zu können („Wie Sie sich heute gegen den Klimawandel engagieren – in 10 einfachen Schritten“) – statt Ohnmacht müssen also Selbstwirksamkeitsüberzeugungen gestärkt werden. Feinberg und Willer (2010) weisen nach, dass „dire messages“ umweltförderliches Verhalten reduzieren können: apokalyptisch formulierte Statements zum Ernst der Lage können also die Handlungsbereitschaft verringern. Witte und Allan (2010) können allerdings zeigen, dass dieser Effekt umgekehrt werden kann, indem man Menschen neben den düsteren Nachrichten zugleich Handlungs- und Wirksamkeitspotentiale vermittelt. Aktiv zu werden und dadurch Kontrolle zurückzugewinnen, erweist sich als hoch effektiv gegen depressive Symptomatik (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001). Bei Menschen mit einer resignierten bis passiv-aggressiven Haltung („Politiker aller Parteien sind immer korrupt.“) müsste man diese Verallgemeinerungen problematisieren und durch geeignete Gegenbeispiele aufweichen, um sie wieder zum Handeln zu bewegen.

Wie könnten die Menschen im „Vermeidungs-Modus“ abgeholt werden?

In der Schematherapie begegnet man Vermeidungsmodi therapeutisch, indem man Menschen in eine Meta-Perspektive zu ihren eigenen Strategien zu bringen versucht (Roediger, 2016). Auf der einen Seite lernen Patienten so, Verständnis für die angstreduzierende Funktion ihrer Vermeidungsstrategien aufzubringen. Dies ist die Grundlage dafür, auf der anderen Seite die hohen Kosten ihrer emotionsregulierenden Vermeidungsstrategien einzusehen und die Motivation aufzubauen, diese zu reduzieren. So könnten folglich Maßnahmen

für Menschen im Vermeidungs-Modus mit dem Klimawandel aussehen: Man könnte sich hier Kampagnen vorstellen, die die Zuschauer mit empathischem Verständnis bei ihren Vermeidungsstrategien abholen – „Kennen Sie das auch? Wenn Sie von einem harten Arbeitstag nach Hause kommen, wollen Sie sich nicht noch mit dem Klima beschäftigen. So etwas stresst doch nur. Wir kennen das ...“. Erst danach werden die langfristigen Kosten dieses Vermeidungsverhaltens aufgezeigt.

Letztlich müssen wir bei Menschen im Vermeidungs-Modus ein Schuldempfinden (im Sinne existenzieller Verantwortung) aufbauen – auch dafür, nichts über den Klimawandel und seine Verursachung zu wissen (Washington, 2015). Schuldgefühle können funktional sein, wenn wir gegenüber einem selbst als stimmig erlebten Ideal untreu werden (Higgins, 1987) und wir zudem unser Verhalten negativ beurteilen und nicht uns selbst (Tangney, 1991). Diese Schuld kann zu einer Veränderungsmotivation führen. Scham hingegen verleitet eher dazu, dass wir uns mit uns selbst beschäftigen, weniger empathisch für andere werden (Tangney, 1991) und eher Rückzugs- und Vermeidungsmotivation zeigen (Lammers & Ohls, 2017). Es hilft also mehr, die Verantwortung zu betonen und Verhalten zu kritisieren, als Menschen dazu zu bringen, sich für ihre Versäumnisse zu verurteilen und sich dafür zu schämen, was sie angerichtet haben. Harrison und Mallett (2013) erklären die Beziehung zwischen „eco-guilt“, Todesbewusstheit, umweltbezogenen Werten und Verhalten von Personen. Sie beschreiben, dass Todesbewusstheit Menschen in Einklang mit sozialen Werten handeln lässt und sie sich schuldig fühlen lässt, wenn sie sich als diskrepant zu diesen erleben.

Bei den vermeidenden Menschen müsste man zugleich durch emotionsaktivierende Kampagnen die Vermeidung erschweren. Hier könnte ein „Mehr Panik“ also tatsächlich sinnvoll sein und aufrütteln. Um einen ausschließlich intellektualisierenden Umgang zu verhindern, ist es wichtig, persönliche Einzelschicksale und an Emotionen appellierende Methoden zu wählen. Um die „proximale Vermeidung“ (Greenberg et al., 2015) zu unterminieren, die die eigene Betroffenheit verdrängt, müssen Maßnahmen gewählt werden, die Menschen verstehen lassen: Auch ich bin gemeint. Vorstellen ließe sich hier z. B. ein Video, das anfangs die herkömmliche Wahrnehmung abbildet: Scheinbar wird der Bewohner eines weit entfernten Landes von einer klimabedingten Katastrophe heimgesucht, im weiteren Verlauf des Videos wird aber deutlich gezeigt: Die Szene spielt doch im Land des Zuschauers.

Wichtig ist es auch, bei Vermeidungsstrategien nicht generalisierend auf die Persönlichkeit zu attribuieren. Viele Kämpfer gegen den Klimawandel werten ihre Gegner ab, indem sie ihnen pauschal finanzielle, eigensüchtige Motive unterstellen. Es ist wichtig bei Aktivisten für den Klimaschutz ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es auch viele „Vermeider“ und „Skeptiker“ gibt, die sich aus Angst so unlogisch verhalten und nicht aus bösem Willen. Werden Vorsatz und Unmoral

unterstellt, kränkt dies wiederum das Selbstwertleben der betroffenen Person und dies wird eher nicht zu einer Änderung führen, sondern eher zu defensiven Reaktionen.

Bei all diesen Strategien gilt zu beachten: Wenn wir Vermeidungsmechanismen unterminieren, müssen wir zugleich konkrete Handlungsanweisungen formulieren und Selbstwirksamkeit vermittelnde Aussagen machen. Es besteht ansonsten die Gefahr, dass Menschen, die die Strategie des Vermeidens aufgeben, von Angst überflutet werden und vom Vermeiden zum Erdulden wechseln. Nur indem große Furcht plus hohe Wirksamkeitserwartungen gleichermaßen vermittelt werden, werden Menschen handlungsfähig (s. a. Witte & Allan, 2010).

Wie können die Menschen im „Kämpfer-Modus“ abgeholt werden?

Leider wird es sich schwierig gestalten, Menschen, die offensiv gegen eine von ihnen so empfundene „Klimahysterie“ ankämpfen, zurückzugewinnen. In keinem Fall sollte dies durch ein Mehr an (Todes-)Angst zu erreichen versucht werden – den aktuellen Erkenntnissen nach müsste dies bewirken, dass diese Menschen noch in tiefer in ihren Überkompensationsmodus rutschen. Auch eine Abwertung ihrer jeweiligen symbolischen Unsterblichkeitsideologien (Becker, 1973), die Werte wie „Wirtschaftswachstum“ oder „internationale Wettbewerbsfähigkeit“ beinhalten können, wird eher zu einer stärkeren negativen Reaktion führen.

Ein aus der Sicht der existenziell-psychotherapeutischen Perspektive besonders wichtiges psychologisches Grundbedürfnis, das in diesem Zusammenhang zentral ist, ist die *Selbstbestimmung* (Deci & Ryan, 1993). Versucht man Menschen ihre für sie stimmigen und identitätsstiftenden Werte auszureden, wird dieses Bedürfnis frustriert – und sie reagieren defensiv. Auf diese Weise ist die Perspektive eines Politikers auf die von den Klimaschützern geforderten Schritte als „Öko-Dirigismus“ zu verstehen. Er wertet diese als Einschränkungen persönlicher Freiheit: Umweltschützer wollen „den *Petrolheads* das Auto nehmen und den Fleischliebhabern das Steak“ (Die Welt, 2019). Ebenso mag die neu vom US-Energieministerium eingeführte Bezeichnung von CO₂ als „molecules of freedom“ aus reiner Reaktanz erfolgt sein.

Die Chance im Umgang mit Menschen im kämpferischen Modus bestünde darin, an deren übergeordnete Werte zu appellieren, z. B. die Fürsorge für zukünftige Generationen. Die Person müsste also verstehen: Aktuell opfere ich für meine Selbstbestimmung im Kleinen („so viel Auto fahren, wie ich will“) meine Selbstbestimmung im Großen und meine bedeutsamsten Werte („für meine Nachkommen sorgen“). Um dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung entgegenzukommen, können und sollten Kampagnen also nicht versuchen, Menschen zu neuen Werten zu überreden, sondern bereits vorhandene, übergeordnete Werte von Personen ansprechen und aktivieren.

Annäherungsziele statt Vermeidungsziele – Alternativen zur Angst

Die beschriebenen Strategien „Erdulden“, „Vermeiden“ und „(Über-)Kompensation“ sind Angstreaktionen. Wir haben es innerhalb dieser Vermeidungsmodi folglich mit der motivationalen Orientierung der Vermeidungsmotivation zu tun – alle Strategien versuchen Angst und Bedrohung gering zu halten. Langfristig funktionaler ist es, bei Menschen eine Annäherungsmotivation für den Klimaschutz aufzubauen: Wofür lohnt sich (positiv) die Auseinandersetzung mit der Angst? Wofür lohnen sich die nötigen Einschränkungen im Alltag? Kampagnen sollten deshalb auch Annäherungsziele bieten.

Es soll an dieser Stelle auf drei aus einer existenziell-psychotherapeutischen Perspektive besonders wichtige Annäherungsziele eingegangen werden:

- Sinnerfüllung
- Zugehörigkeit
- Selbstwert

Ein erstes Annäherungsziel kann die in Aussicht gestellte **Sinnerfüllung** sein. Wohlbefinden und die psychische und physische Gesundheit von Menschen werden durch *Sinnerfüllung* gesteigert (Kleiman & Beaver, 2013). Die Bekämpfung des Klimawandels eignet sich besonders gut als sinnerfüllendes Ziel, weil es *Selbsttranszendenz* beinhaltet: Ein außerhalb der eigenen Person stehendes Ziel wird verfolgt. Diese Selbsttranszendenz erweist sich in Studien besonders in Verbindung mit den Zielen von „Fürsorge“ und „Generativität“ als sinnstiftender Faktor (Schnell, 2016). Das „Retten der Welt“ kann deswegen auch als *sinnstiftendes Projekt* beworben werden.

Ein zweites Annäherungsziel kann die in Aussicht gestellte **Zugehörigkeit** sein. Der existenzielle Psychotherapeut Yalom betont die Wichtigkeit der Erkenntnis der „Universalität des Leidens“ und weist diese Erkenntnis auch als wichtigen Wirkfaktor von Gruppentherapien nach (1985). Zugehörigkeit hilft uns, unsere existenzielle Isolation besser zu ertragen (Yalom, 2005): Wir sitzen alle in einem Boot. Die leidvolle Tatsache, dass es die Titanic ist, kann Menschen ihr tiefes Bedürfnis nach Zugehörigkeit (Deci & Ryan, 1993) auf globalem Niveau erfüllen. Auch Fromm (1992) schildert eine Vision des globalen Zugehörigkeitsgefühls. Er schlägt vor, statt vergeblich zu versuchen, den menschlichen Wunsch, einer wertvollen Gruppe anzugehören, zu beseitigen (er nennt das „Gruppennarzissmus“), die partikulare „In-Group“ nach und nach zu vergrößern: von der Gruppe wertvoller Kleinstadtbewohner hin zu einer Gruppe der Erdenbürger.

Pyszczynski und Kollegen (2012) können tatsächlich empirisch nachweisen, dass die Bewusstmachung des Klimawandels die Wahrnehmung von Unterschieden zwischen Gruppen und Völkern reduzieren und die Kooperationsbereitschaft erhöhen

und die Konfliktbereitschaft senken kann. Der Klimawandel ist hier ein geeignetes „übergeordnetes Ziel“ (Sherif, 1966). In Verbindung mit einem Narrativ des Zusammenschlusses aller Völker gegen einen gemeinsamen Feind – populär in Hollywood-Blockbustern wie „Independence Day“ und „Pacific Rim“, in denen Menschen sich aufgrund von Alien-Invasionen weltweit zusammenschließen müssen – könnte die Abwendung einer ökologischen Katastrophe zu einem internationalen Projekt werden, das das Bedürfnis nach *Zugehörigkeit* befriedigen kann.

Ein drittes Annäherungsziel kann die in Aussicht gestellte **Erhöhung des Selbstwertes** sein.

Theorie und Erkenntnisse der TMT zeigen uns, dass Menschen das zentrale Motiv haben, ihren *Selbstwert* zu erhalten oder zu erhöhen – und dies besonders, wenn sie mit ihrer Sterblichkeit konfrontiert werden (Greenberg et al., 2015; Pyszczynski et al., 2004). Diese Erkenntnisse könnten für Klimaschutzkampagnen genutzt werden.

Wenn Menschen mit den katastrophalen Tatsachen konfrontiert werden, sollten ihnen zugleich *funktionale* Möglichkeiten der Selbstwerterhöhung geboten werden. Wenn zeitgleich mit den düsteren Wahrheiten die Option eröffnet wird, ein „Held“ zu sein (Wolfe & Tubi, 2019), so steht direkt ein konstruktiver Strohhalm zur Angst-Pufferung bereit, an den sich Menschen klammern können. Dies funktioniert allerdings experimentell nachgewiesen nur bei Menschen, denen umweltbewusstes Handeln bereits als positives selbstwertbezogenes Verhalten gilt (Vess & Arndt, 2008). Vor dem Hintergrund des großen Ziels wäre ein Reframing vieler kleiner oder großer Aktivitäten als „Heldentaten“ denkbar: von der Teilnahme an einer Demo bis zur „Verewigung“ als Spender. Nimmt man Beckers (1973) These ernst, dass das Streben nach Selbstwert das Streben nach „symbolischer Unsterblichkeit“ darstellt, sollte es also auch im Zusammenhang mit der ökologischen Krise konkrete Möglichkeiten geben, als „kosmischer Held“ ein heroisches Bedürfnis nach Selbstwert in andere Bahnen umzulenken.

Abschluss

Die Konsequenzen des menschengemachten Klimawandels stellen ein Problem dar, das uns alle angeht. Die Symptome dieser „existenziellen Neurose“ (Maddi, 1967) zeigen sich je nach individueller Beschaffenheit unterschiedlich. Die Existenzielle Psychotherapie und die mit ihr assoziierte Forschung kann helfen, die Gründe für diese Verleugnungsstrategien zu verstehen, die verschiedenen Antworten auf die Bedrohung zu klassifizieren und Ideen für passgenaue Gegenstrategien zu liefern.

Von der Psychoanalyse haben wir gelernt, dass auf dem Weg zur Einsicht die Verdrängungen zurückgefahren werden müssen, von der kognitiven Therapie, dass der rationale Blick auf die Realität gesund macht. Die Verhaltenstherapie rät uns: jeder muss seine Hausaufgaben machen und die wertvollen Einsichten in konkretes Verhalten übersetzen.

Was können wir also konkret tun? Hier einige, sicherlich nicht erschöpfende Vorschläge:

1. Die Bundespsychotherapeutenkammer sollte ein Statement veröffentlichen, aus dem klar wird, dass sich die weit überwiegende Mehrheit der Psychotherapeuten dem wissenschaftlichen Konsens in Bezug auf den menschengemachten Klimawandel anschließt und damit auch den Vorschlägen der Klimaforscher. Somit sollten die Kammern auch die Kampagne der „Psychologists/Psychotherapists for Future“ unterstützen.
2. Wir sollten als Psychotherapeuten mit anderen Berufsgruppen, die sich aktuell für den Klimaschutz engagieren, zusammenarbeiten: Insbesondere können wir hier mit den aktiven Mitgliedern der „Scientists for future“ kooperieren. Klimaforscher sind die inhaltlichen Experten bezüglich des Klimawandels. Ihnen fehlen aber häufig die Werkzeuge, um der Bevölkerung und Entscheidungsträgern ihre lebenswichtigen Erkenntnisse so zu vermitteln, dass diese sie angemessen aufnehmen. Unsere spezifische Experti-

— **Wir sitzen alle in einem Boot. Die leidvolle Tatsache, dass es die Titanic ist, kann Menschen ihr tiefes Bedürfnis nach Zugehörigkeit auf globalem Niveau erfüllen.** —

se als Beziehungs- und Kommunikationsexperten könnte hier hilfreich sein.

3. Wir sollten Öffentlichkeitsarbeit leisten (z. B. in Form von Broschüren), innerhalb derer wir u. a. in laiengerechter Sprache die bekannten psychologischen Verdrängungsmechanismen in Bezug auf den Klimawandel erklären und Hinweise zu deren Modifikation bei uns selbst und anderen geben.
4. Wir sollten uns für die Thematik sensibilisieren und Patienten, bei denen Deutungen der Klimakrise eine verursachende oder aufrechterhaltende (Teil-)Rolle bei ihrer psychischen Problematik spielen könnte, hier ernst nehmen. Ein thematisch „aufsuchendes“ Verhalten im Sinne einer Missionierung von Patienten ist natürlich im Sinne des Abstinenzgebots zu unterlassen. Den Patienten nicht politisch zu manipulieren, heißt aber nicht, dass wir keine eigene Haltung zu diesem Thema haben dürfen oder sollten. Fiedler (2018) stellte erst vor kurzem fest, dass eine wertfreie „Neutralität“ des Therapeuten eine Illusion sei, es sei eher problematisch für die Therapiebeziehung, „je mehr der Therapeut seine Parteilichkeit negiert, dem Pati-

enten die eigenen Positionen verschleiert und behauptet, neutral zu sein“ – die Weltanschauung des Therapeuten beeinflusse so oder so die „Art und Weise der Bewusstseinsbildung des Patienten“ (S. 123). Um authentisch in Gesprächen über dieses Thema zu sein, müssen wir via Selbsterfahrung unsere eigene Meinung, unsere eigenen Wertprioritäten, aber auch unsere eigenen Verleugnungsstrategien kennen.

5. Geringe Selbstfürsorge beim Kampf für den Klimaschutz kann die Entwicklung psychischer Probleme (mit-)bedingen. Gesucht sind auch Psychologen/Psychotherapeuten, die Aktivistinnen bezüglich ihres Gesundheitsverhaltens beraten können (Psychologists/Psychotherapists for Future, persönliche Mitteilung, 2019) – auch dies könnten wir persönlich und/oder in Form von Broschüren tun.
6. Der erste und einfachste Schritt: Setzen Sie sich mit den Anliegen und Zielen der aus dem Kreis Ihrer Kollegen gestarteten Petition der „Psychologists/Psychotherapists for Future“ auseinander und unterstützen Sie diese: <https://psychologistsforfuture.org/de/>

Literatur

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

Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.

Chmielewski, F. (2018). Antworten auf die Fragen der Existenz – Ein Vorschlag zur Integration existenzieller Themen in die Schematherapie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 39 (4), 421–441.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39 (2), 223–238.

Figueres, C., Schellnhuber, H. J., Whiteman, G., Rockström, J., Hobley, A. & Rahmstorf, S. (2017). Three years to safeguard our climate. *Nature News*, 546 (7660), 593.

Fromm, E. (1992). *Die Seele des Menschen. Ihre Fähigkeit zum Guten und zum Bösen*. München: dtv.

Greenberg, J., Solomon, S. & Pyszczynski, T. (2015). Der Wurm in unserem Herzen. Wie das Wissen um die Sterblichkeit unser Leben beeinflusst. München: DVA.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J. & Schimel, J. (2004). Why Do People Need Self-Esteem? A Theoretical and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 130 (3), 435–468.

Roediger, E. (2016). *Schematherapie: Grundlagen, Modell und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.

Schnell, T. (2016). *Psychologie des Lebenssinns*. Heidelberg, Berlin, New York: Springer.

Yalom I. D. (2005). *Existenzielle Psychotherapie*. Bergisch Gladbach: Kohlhaage.



Dipl.-Psych. Fabian Chmielewski

Praxismgemeinschaft am Weiltor
Privatpraxis für Psychotherapie,
Beratung & Coaching
Große Weilst. 8
45525 Hattingen
info@psychotherapie-hattingen.de

Dipl.-Psych. Fabian Chmielewski arbeitet als Psychotherapeut in einer Privatpraxis in Hattingen. Er ist als Dozent und Autor zu den Themen „Selbstwert“ und „Sinnfragen in der Psychotherapie“ tätig.

Zur Diskussion gestellt

Die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland und die Frage nach Verfahrensorientierung und -integration¹

Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation

Winfried Rief

Zusammenfassung: Die Traditionen und Qualifikationsmodelle der Psychotherapie sind stark von Schul- und Verfahrensbegriffen geprägt. Bei genauer Betrachtung ist diese an einer Rahmentheorie orientierte Kompetenzvermittlung („monotheoretisch“) weder aus praktischer noch aus wissenschaftlicher Perspektive zeitgemäß. Mehr noch: Die schulorientierte Psychotherapie-Qualifikation verhindert, dass nach bestem aktuellen wissenschaftlichen Stand ausgebildet werden kann und auch neue Behandlungsansätze adäquat integriert werden können. Bei einer hochwertigen fachärztlichen Weiterbildung steht die Orientierung an den klinischen Problemen und ihre an wissenschaftlichen Leitlinien orientierte Behandlung ganz im Sinne der Patienten² im Vordergrund – dies muss auch für die Psychotherapie angestrebt werden. Um dies zu erreichen, wird als Alternative zum schulorientierten Aus- und Weiterbilden in der Psychotherapie ein kompetenzorientierter Ansatz vorgestellt, der auch aktuelle wissenschaftliche Behandlungsleitlinien integriert.

Übersicht

In diesem Beitrag möchte ich auf folgende Aspekte eingehen: (1) Warum ist eine primär verfahrens- oder schulorientierte Qualifikation in Psychotherapie nicht mehr zeitgemäß? (2) Welche Alternativen zur Klassifikation psychotherapeutischer Ansätze jenseits von Schulenzuordnungen liegen vor? (3) Wie sieht eine kompetenzorientierte Qualifikation von Psychotherapeuten aus? (4) Welche Möglichkeiten bietet eine an Störungs- und Veränderungsmechanismen orientierte Therapieaus- und weiterbildung? Als spezifisches Beispiel einer an Störungsmechanismen orientierten Psychotherapie wird auf die Chancen einer Fokussierung auf Patientenerwartungen eingegangen.

Kritik an der aktuellen „Schulorientierung“

Die Orientierung an umfassenden Therapieverfahren, „Schulen“ oder sog. Grundorientierungen dient verschiedenen Bedürfnissen. Sie erleichtert dem Gesetzgeber, mit dem komplexen Feld Psychotherapie umzugehen, wie auch aktuelle

Gesetzesentwürfe zeigen. Auch die derzeitigen Vor-Entwürfe einer zukünftigen Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundespsychotherapeutenkammer sind stark auf den Erwerb von Kompetenzen in einem einzelnen Verfahren ausgerichtet. Offensichtlich ist eine Annahme hierbei, dass es irgendwie egal ist, nach welchem Verfahren man sich qualifiziert, bzw. dass jegliche Verfahren gleich hilfreich für alle Herausforderungen der Praxis sind, sobald der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) sie zur Anerkennung vorgeschlagen hat. Eine weitere Annahme scheint zu sein, dass alle Interventionen, die ein Psychotherapeut sich aus einer einzigen konsistenten theoretischen Basis speisen müssen; so sieht es auch die Psychotherapie-Richtlinie vor. Aber ist

1 Die drei Beiträge dieser Diskussions-Sektion stellen die überarbeiteten Fassungen von Vorträgen auf der Fachtagung „Perspektiven einer Psychotherapie des nächsten Jahrzehnts“ dar, die aus Anlass der Verabschiedung des Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Bremen, Herrn Dipl.-Psych. Karl Heinz Schrömgens, am 24. Mai 2019 in der Kunsthalle Bremen stattfand. Zur Kontextualisierung der übergreifenden thematischen Fragestellung dieser drei Texte lesen Sie bitte die einführenden Hinweise im Editorial dieses Heftes.

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

diese Orientierung an einem einzelnen (traditionellen) Verfahren oder einer „Therapieschule“ aus Sicht der Praxis und der Wissenschaft noch zeitgemäß? Und führt dieser Ansatz der Fokussierung auf ein einzelnes Verfahren in der Weiterbildung zur bestmöglichen Versorgung der Patienten?

Bei einer Befragung der ca. 150 Anwesenden während des diesem Beitrag zugrunde liegenden Vortrags in Bremen gaben weniger als ein Prozent an, in ihrem therapeutischen Denken und Handeln ausschließlich Konzepte eines einzelnen Verfahrens anzuwenden (Dritte-Welle-Verfahren waren aus u. g. Gründen ausgeschlossen). Offensichtlich deckt dieses Denken in Monokulturen³ nicht die psychotherapeutische Praxis vieler, wenn auch nicht aller, praktisch tätigen Psychotherapeuten ab. Ebenso gravierend ist die Divergenz zum aktuellen wissenschaftlichen Stand, wie weiter unten ausgeführt wird. Aber was sind alternative Betrachtungsweisen auf die Qualifikationsziele angehender Psychotherapeuten? Interessant ist hier der Vergleich mit den Zielen einer Facharzt-Qualifikation: Für die wesentlichen Probleme der Praxis soll der Facharzt nicht eine einzelne Rahmentheorie erlernen, sondern die bestmögliche Behandlung durchführen können,

— Durch die starke Schulenorientierung werden innovative und wissenschaftlich evidente Neuansätze von den dominanten „Großverfahren“ vereinnahmt bzw. in ihrer Entwicklung gehemmt. —

wie diese in evidenzbasierten Leitlinien für sein Fachgebiet festgehalten ist. Eine leitlinienorientierte Qualifikation spielt jedoch aktuell in der Psychotherapie-Weiterbildung nur eine untergeordnete Rolle. Nach einem kompetenzorientierten Ansatz müssten Psychotherapeuten jedoch primär danach ausgebildet werden, welche Kompetenzen sie in erster Linie benötigen, um die unterschiedlichen Herausforderungen der Praxis möglichst nach bestem (aktuellen) wissenschaftlichen Stand umzusetzen.

Wissenschaftliche Entwicklungen zur Psychotherapie in den letzten 20 Jahren

Wir blicken auf eine extrem dynamische Psychotherapieforschung zurück, die es geschafft hat, Psychotherapie als „first-line treatment“ bei fast allen psychischen Erkrankungen zu etablieren. Diese Entwicklungen sind jedoch auch durch Merkmale charakterisiert, die weit von monotheoretischen Ansätzen abweichen. Viele Neuentwicklungen greifen Ansätze aus unterschiedlichen Therapierichtungen auf (z. B. interpersonelle Psychotherapie (IPT; Schramm, 1998)⁴, Schematherapie (Jacob & Seebauer, 2015), das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough Jr., 2003), Emotionsfokussierte Therapie (EFT; Greenberg, 2015), aber auch Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)). Wichtige Neuentwicklungen haben eine the-

oretische Basis, die nicht durch die angeblich vier Grundorientierungen abgedeckt sind (z. B. Acceptance- und Commitment-Therapie (ACT; Hayes, Wilson & Strosahl, 2014); Achtsamkeitsbasierte Therapieansätze (MBST/MBCT; Michalak, Heidenreich & Williams, 2012)). Diverse Weiterentwicklungen werden zwar einem Verfahren zugeordnet (wegen der früheren Orientierung des Entwicklers), zeigen jedoch eindeutige Merkmale anderer Verfahren (z. B. die Rolle früherer Beziehungserfahrungen in der Schematherapie [als einem der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zugeordneten Verfahren] oder der Trainingsansatz in der MBT [die trotzdem den psychodynamischen Vorgehen zugeordnet wird]). Svenja Taubner berichtet in der Einleitung ihres Buches zur MBT in der Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“ (Taubner, Fonagy & Bateman, 2019), dass sich oftmals verhaltenstherapeutisch vorgebildete Teilnehmer in Kursen besonders leicht tun, dieses psychodynamische Vorgehen zu erlernen. Viele Vertreter der „großen“ Verfahren subsumieren Ansätze unter ihrem Dach, die theoretisch kaum mehr dort einzuordnen sind, so dass gerade aus den psychodynamischen und den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren Großfamilien geworden sind, bei denen theoretische und

praktische Unterschiede innerhalb der subsumierten Behandlungsansätze größer sind als zum jeweiligen anderen Verfahren. Last not least: manche neuen, durch die traditionellen Konzepte der Therapieschulen nicht abgedeckten Ansätze haben eine

bessere Evidenzbasis als die meisten der in Deutschland anerkannten und praktizierten Therapieverfahren (z. B. ACT; Achtsamkeitsbasierte Stress-Reduktion / Kognitive Therapie (MBSR/MBCT)). Durch die starke Schulenorientierung in Deutschland wird die Implementierung dieser Neuansätze behindert, oder sie werden großzügig der Verhaltenstherapie zugeschlagen, obwohl sie zum Teil als Gegenbewegung dazu entwickelt wurden. Deutlich wird: Auch unter wissenschaftlicher Perspektive ist der an einem einzigen Verfahren orientierte Qualifikationsweg obsolet. Deshalb müssen die Überlegungen weg vom Fokus der Verfahrensaus- und -weiterbildung und hin zu dem Fokus: Welche Kompetenzen benötigen Psychotherapeuten, um Patienten bestmögliche Behandlungen zukommen zu lassen?

Exkurs: Warum „kompetenzorientierte Ansätze“?

Auch in anderen akademischen Bereichen werden in der jüngsten Vergangenheit zunehmend kompetenzorientierte Ansätze in den Mittelpunkt gestellt, die das frühere Den-

³ Aus Gründen der Einfachheit verwende ich hier häufiger den Begriff „Monotheorie“ oder Ähnliches, wohlwissend, dass die meisten psychotherapeutischen Theoriekonzepte auch diverse „Untertheorien“ haben.

⁴ Die hier als Kurztitel angegebenen Quellenangaben finden Sie in vollständiger Ausführung am Ende des Artikels.

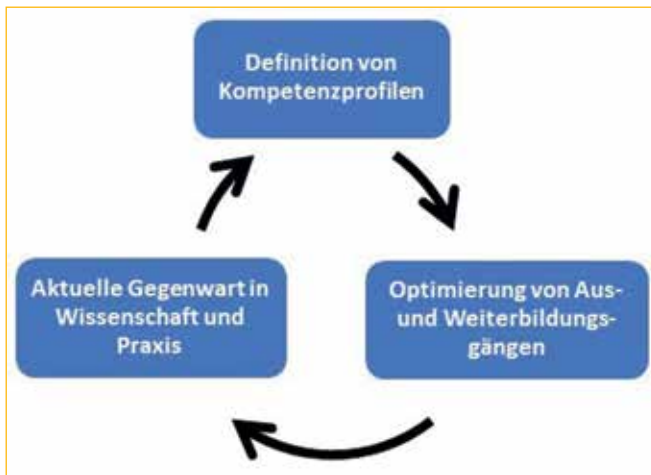


Abbildung 1: Das Wechselspiel von „Definition von Kompetenzprofilen“, Verbesserung von Aus- und Weiterbildungscurricula und der Realität in Wissenschaft und Praxis (nach EACLIP Task Force On „Competences of Clinical Psychologists“, 2019)

ken in akademischen Ausbildungsinhalten ablösen sollen. Es geht also mehr um die Fragestellung, was Psychotherapeuten können sollen, und weniger darum, ob eine Theorie korrekt gelehrt wurde. Auch für den Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie wurden solche (verfahrenübergreifenden!) Kompetenzlisten entwickelt, unter Beteiligung von Repräsentanten unterschiedlicher Verfahren und unterschiedlicher Nationen (EACLIP Task Force On „Competences of Clinical Psychologists“, 2019). Solche Kompetenzlisten werden abgeleitet aus dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Praxis, sollen dann aber über Feedback-Schleifen zur Optimierung von Behandlungscurricula beitragen, die dann wieder Wissenschaft und Praxis verändern können (Abb. 1). Weiterbildungscurricula können damit wissenschaftlich dahingehend evaluiert werden, ob sie optimal dieser Kompetenzvermittlung dienen – dadurch öffnet sich auch das Tor zu einer Aus- und Weiterbildungs-forschung. Abschlussprüfungen stellen danach weniger einzelnes theoriegebundenes Wissen in den Mittelpunkt, sondern mehr die vorliegenden Kompetenzen.

Welche Kompetenzen sollen in einer Psychotherapiequalifikation erworben werden?

Paul Watzlawick wird (fälschlicherweise) der Spruch nachgesagt: „Wer als einziges Werkzeug nur einen Hammer hat, für den sieht die Welt wie ein Nagel aus“. Wenn Psychotherapeuten bei allen Problemlagen immer nur an einem einzigen Störungs- oder Veränderungsmechanismus ansetzen würden („Übertragung“; „Vermeidungsverhalten“), könnte man dies kaum als professionell im Sinne des heutigen Kenntnisstandes bezeichnen. Gemeinsam mit Bernhard Strauß wurde entsprechend ein verfahrenübergreifendes Störungsmodell zusammengestellt, an dem deutlich ge-



Abbildung 2: Übergeordnetes Modell psychischer Störungen (Rief & Strauß, 2018, S. 402)

macht werden kann, dass unterschiedliche Aspekte bei der Störungsgenese unterschiedlich stark im Vordergrund stehen können, und damit aber auch unterschiedlich in der Therapie zu adressieren sind (Rief & Strauß, 2018; s. Abb. 2). Daraus schließt sich, dass in der Qualifikation zur Psychotherapie Kompetenzen zu vermitteln sind, wie auf jeden einzelnen Baustein in Abb. 2 wissenschaftlich fundiert und spezifisch eingegangen werden kann. Es sind also Kompetenzen zu vermitteln, wie auf Vulnerabilitätsfaktoren eingegangen werden kann, wie Ressourcen und Resilienzfaktoren ausgebaut werden können, wie auslösende Konfliktkonstellationen adressiert werden können, wie auf Umwelt, Mitmenschen, Lebenssysteme eingewirkt werden kann, wenn diese Kontextfaktoren aufrechterhaltende Funktion haben, und wie die spezifische Krankheitsdynamik einzelner Krankheiten evidenzbasiert adressiert werden muss. Ein „wissenschaftlich fundiertes“ Therapieverfahren würde danach also weniger nach einer übergeordneten Theorie bewertet, sondern eher dahingehend, ob es z. B. Weiterbildungsteilnehmern für alle diese Komponenten bzw. Mechanismen eines übergeordneten Störungsmodells nach bestem Wissensstand Handlungskompetenzen vermittelt. Vor Behandlungsbeginn wäre die Aufgabe der Behandelnden, am Einzelfall eine Diagnostik und Gewichtung vorzunehmen, auf welche Komponente des Störungsmodells beim vorliegenden Fall in der Therapie besonders einzugehen ist. Dies ebnet den Weg zu einer personalisierten oder individualisierten Psychotherapie, die trotzdem wissenschaftlich fundiert sein kann.

Neben der Orientierung an einem übergeordneten Störungsmodell sind für angehende Psychotherapeuten auch andere Kompetenzbereiche relevant, auf die nachfolgend eingegangen werden soll: (1) notwendige persönliche Kompetenzen, (2) Kompetenzen zur Durchführung settingabhängiger Psychotherapie, (3) Kompetenzen zur Durchführung störungsabhängiger Psychotherapie entsprechend aktueller wissenschaftlich fundierter Leitlinien, (4) Kompetenzen zur personalisierten und komplexitätsabhängigen Psychotherapie. Eine Betonung der mindestens im Studium wichtigen Kompe-

Infokasten 1: Persönliche Kompetenzen, die Psychotherapeuten benötigen und die in der Aus- und Weiterbildung gefördert werden sollten (Kurzfassung):

- Kompetenz, relevante akademische Inhalte in der Therapieplanung und -umsetzung zu berücksichtigen
- Empathie, Mentalisierung
- soziale Kompetenz, Kommunikationskompetenz auch bei Menschen mit schwierigen Kommunikationsmustern (insb. Persönlichkeitsstörungen)
- Emotionsregulation (z. B. Ärger, Niedergeschlagenheit, Angst)
- Stressbewältigung, Entspannungsfähigkeit (z. B. Selbstfürsorge, „work-life-balance“)
- Kompetenz, eigenes Verhalten und Erleben und seinen Einfluss auf den therapeutischen Prozess reflektieren und ggf. anpassen zu können
- Problemlösefähigkeiten bei unbekanntem Problemsituationen, psychological flexibility, Strukturierungskompetenz
- Kompetenz, aus zukünftigen Informationen und Erfahrungen zu lernen (z. B. Vermittlung ausreichender kognitiver Flexibilität, Reduktion von kognitiven Immunisierungsstrategien bei erwartungsverletzenden Erfahrungen ...)

tenzvermittlung altersabhängiger Psychotherapie (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen) unterbleibt hier, da dieser durch den Altersbezug der geplanten Weiterbildungen adressiert ist.

Persönliche Kompetenzen von Psychotherapeuten

Erfolgreiche Psychotherapeuten zeichnen sich durch Merkmale und zu erwerbende Kompetenzen aus, die im Prozess der Psychotherapie-Qualifikation systematisch gefördert werden müssen. Infokasten 1 enthält eine Übersicht über ausgewählte Persönlichkeitszüge erfolgreicher Psychotherapeuten, die größtenteils in korrelativen Studien bestätigt wurden. Betonenswert erscheint der letztgenannte Punkt: Psychotherapeuten sollen nicht (nur) den aktuellen Stand eines Verfahrens oder eine Therapietradition möglichst perfekt erlernen, sondern müssen sich auch für die Zukunft als offene, lernende Wesen verstehen, die kontinuierlich neues Wissen erwerben und von neuen Erfahrungen profitieren. Auf diese Kompetenzziele sind insbesondere auch Selbsterfahrung und Supervisionen hin zu optimieren.

Setting-spezifische Interventionskompetenz

Alle Psychotherapeuten müssen nicht nur die Kompetenz zur Durchführung von Einzeltherapie haben (was viele Ausbildungen prägt), sondern zur Durchführung von Paar- und Familien-

gesprächen, strukturierten und themenoffenen Gruppentherapien, überhaupt zu Interventionen in Systemen. Dies wird von der Gesellschaft und vom Gesundheitssystem erwartet. Vor diesem Hintergrund wäre bedauerlich, wenn systemisches Denken eben nur in der systemischen Weiterbildung und nicht grundsätzlich im Qualifikationsprozess vermittelt wird. Gerade auch die Übernahme von Leitungskompetenz oder Qualitätsmanagement-Aufgaben, Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen erfordert, Merkmale des Systems und die Interessen aller Interessenspartner zu berücksichtigen, sodass die Fähigkeit zum systemischen Denken zu einer zu vermittelnden Grundkompetenz zu rechnen ist. Damit einher geht auch die Fähigkeit, nicht nur im Einzelsetting zu arbeiten, sondern auch in multidisziplinären Teams sowie in der Interaktion mit anderen am Behandlungsprozess beteiligten Personen und Institutionen.

Störungsabhängige Interventionskompetenz

Es ist ein Merkmal aller Facharzt-Weiterbildungen, zur Behandlung der wesentlichen Krankheitsbilder des Fachgebiets nach aktuellen, leitlinienorientierten Behandlungsansätzen zu qualifizieren. Diese Kompetenz erwarten Patienten beim Arztbesuch genauso wie beim Psychotherapeutenbesuch. Die Leugnung der Relevanz der zu behandelnden Krankheiten und des aktuellen Kenntnisstandes zu diesen Krankheiten kann hier nicht mehr als zeitgemäß gewertet werden. Die zu behandelnden Krankheiten sind höchst unterschiedlich bezüglich der wissenschaftlich belegten Krankheitsmechanismen, des Verlaufs, der zu berücksichtigenden Kontextfaktoren, der zu erwartenden Placebo-Effekte. Es macht einen Unterschied, ob man jemanden mit einer akuten Anpassungsstörung versus einer langjährig chronifizierten Depression behandelt, jemanden mit einer chronischen Schmerzstörung im Alter versus eine adoleszente Person mit Bulimie, und naheliegenderweise muss man bei jemand mit einer Suchterkrankung spezifisch auf den aktuellen Suchtkonsum eingehen. Auch wenn selbstverständlich die Diagnose bei Weitem nicht alle behandlungsrelevanten Informationen abdeckt, so ist eine Verleugnung der Rolle der Erkrankung sowie der heute vorliegenden wissenschaftlich fundierten krankheitsspezifischen Kenntnisse zu dieser Erkrankung ebenfalls nicht professionell.

Die Implementierung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien in Gesundheitssystemen führt zu einer Verbesserung der Versorgungssituation. Dies wurde für allgemeine Bereiche der Medizin gezeigt, aber auch im großangelegten Projekt „Improving Access to Psychological Treatment“ (IAPT) in Großbritannien beeindruckend für den Bereich Psychotherapie (National Health Service NHS, 2019). Dies bedeutet keinesfalls, dass nur Verhaltenstherapie zum Einsatz kommen sollte. So werden bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei IAPT für die Erstbehandlung evidenzbasiert Interventionen gemäß folgenden vier psychotherapeutischen Ansätzen empfohlen: Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), MBT, Übertragungsfokussierte Therapie (TFT) und Schematherapie. Bei schizo-

phrenen Psychosen werden neben KVT auch familientherapeutische und systemische Ansätze genannt usw. Erst bei Versagen dieser Erstbehandlungsempfehlungen sollen auch andere Ansätze zum Einsatz kommen, ähnlich wie auch in der Medizin Behandlungsversuche jenseits von Evidenzbasierung möglich sind. Das IAPT-Programm führte zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungserfolge und erreicht zwischenzeitlich ein Erfolgsniveau, wie wir es sonst nur aus einzelnen Therapiestudien kennen, aber nicht aus Praxisbeobachtungen. Daraus ist zu schlussfolgern: Jede Psychotherapie-Weiterbildung muss für alle wesentlichen Störungsbereiche evidenzbasierte Behandlungsansätze vermitteln, auch wenn diese ggf. nicht dem gelehrten Hauptverfahren entsprechen, sondern Methoden von anderen Ansätzen zur Komplettierung „ausgeliehen“ werden. Kann jemand, der im Verfahren A ausgebildet wurde, vom Erlernen eines Behandlungsansatzes B profitieren? Auch wenn wir dazu noch zu wenig wissenschaftliche Studien haben, so weisen doch nicht nur Berichte von „Doppelqualifizierten“ darauf hin, sondern auch Studien belegen den Zusatzgewinn an Behandlungserfolgen durch Schulungen in Interventionen außerhalb des eigenen Therapieverfahrens (z. B. Foa, McLean, Capaldi & Rosenfield, 2013).

Individualisierte Therapieplanung

Diagnosen sollten nicht das einzige Merkmal sein, das die Therapieplanung determiniert. Dies bedeutet aber nicht, dass individualisierte Therapieplanung grundsätzlich idiosynkratisch ohne wissenschaftliche Basis sein sollte. Behandlungen sind je nach Krankheitsschwere, Komorbiditätsproblematiken, weiteren Problemkonstellationen, Alter und weiteren Persönlichkeitsmerkmalen der Patienten unterschiedlich zu gestalten. Eine kultursensitive Anpassung von Psychotherapie kann deren Erfolge erhöhen bzw. die stattfindende Diskriminierung von Menschen anderer Kulturen in der Psychotherapie reduzieren, sodass kultursensitive Kompetenzen zwingend in jeder Therapieaus- und -weiterbildung zu vermitteln sind (von Lersner & Kizilhan, 2017). Individualisierte Therapieplanung bedeutet auch eine am Einzelfall vorgenommene Abwägung von Chancen und Risiken von Behandlungen – wobei über Negativeffekte von Psychotherapie dramatisch zu wenig Untersuchungen vorliegen, die hier Bewertungshilfen bieten müssten.

Neukategorisierung von Psychotherapieansätzen entsprechend fokussierter Veränderungsmechanismen

Wenn die traditionellen Schulenbegriffe in der Psychotherapie zunehmend ihre diskriminative und kategorisierende

Funktion verloren haben, stellt sich die Frage, wie psychotherapeutische Ansätze anders kategorisiert werden können. Es wird vorgeschlagen, hier globale Verfahrensbegriffe zu verlassen und stärker die im Behandlungsansatz fokussierten Änderungsmechanismen in den Mittelpunkt der Kategorisierung zu stellen. Mit einer solchen kompetenz- und mechanismenorientierten Therapiequalifikation sind auch die zahlreichen wissenschaftlich fundierten Neuentwicklungen der Psychotherapie vereinbar, die oftmals einen oder wenige Störungs- und Veränderungsmechanismen in den Mittel-

Die Implementierung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien in Gesundheitssystemen führt zu einer Verbesserung der Versorgungssituation – nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Psychotherapie.

punkt stellen. Der einzelne Störungsmechanismus leitet sich hierbei oftmals aus wissenschaftlich fundierten Konzepten der Psychologie, manchmal auch der Neurowissenschaften, ab, anstatt auf verfahrensspezifische Definitionen von Änderungsmechanismen aufzubauen.

Als erstes Beispiel seien alle therapeutischen Ansätze genannt, die **psychologische Kompetenz- und Fertigkeitsdefizite** in den Mittelpunkt stellen. Grundidee ist hierbei, dass Kompetenzdefizite vorliegen und dass diese durch Lernen/Übung reduziert werden können. Beispiele für entsprechende Interventionen liegen aus den strukturorientierten psychodynamischen Behandlungsansätzen genauso vor wie aus Therapien zur Verbesserung der sozialen Kompetenz oder zur Verbesserung der Emotionsregulationsfähigkeit. Auch die MBT hat einen hohen Übungsanteil und passt in diese Kategorie: Als Störungsmechanismus wird ein Versagen der Mentalisierungskompetenz angenommen, und diese Kompetenz wird anschließend im ersten Teil von MBT systematisch geübt. Auch bei der ACT besteht der erste Teil der Therapie darin, die Kompetenz zum Akzeptieren unangenehmer Situationen und Zustände zu erhöhen und ist somit fertigkeitenorientiert.

Bei der **beziehungsfokussierten Psychotherapie** steht die Annahme im Mittelpunkt, dass frühere Beziehungserfahrungen und/oder Kompensationsstrategien zu diesen Erfahrungen auch die heutige Beziehungsgestaltung prägen und eine Basis für aktuelle Probleme darstellen. Auf Interventionsseite wird zusätzlich zur direkten Adressierung der allgemeinen Beziehungsgestaltung auch die direkte Patient-Therapeut-Beziehung als Medium zur Veränderung eingesetzt. Beispiele solcher Interventionen sind die TFT, Schematherapie oder der erste Teil bei CBASP.

Bei der **motivations- und zielorientierten Psychotherapie** steht eine Ambivalenz oder ein Konflikt zwischen gelebten Zielen und intrinsischen Zielen im Mittelpunkt. Als Interven-

tionen wird auf Klärung, Motivationsaufbau und Lebensziel-Analyse gesetzt. Beispiele für Interventionen mit diesem Fokus wären die wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, der zweite Teil bei CBASP oder der zweite Teil bei ACT.

Diese Beispiele sollen veranschaulichen, dass eine solche Kategorisierung mehr über die in dieser Kategorie subsumierten Behandlungsansätze aussagt als eine Kategorisierung nach Begriffen wie „psychodynamisch“, „systemisch“ oder „verhaltensorientiert“, deren inhaltliche Spezifität und Konturen unscharf geworden sind. Es wird dadurch auch angeregt, dass Behandlungsansätze aus der gleichen Kategorie (z. B. strukturorientierte psychodynamische Therapie und fertigkeitbasierte Verhaltenstherapie) sich zur gegenseitigen Bereicherung austauschen, anstatt ideologische Abgrenzungen zu betreiben, obwohl dieselbe Zielsetzung besteht.

Dieser kompetenzorientierte Ansatz zur Psychotherapieaus- und Weiterbildung deckt sich auch mit diversen anderen konzeptionellen Weiterentwicklungen der Psychotherapie. Hofmann und Hayes (Hofmann & Hayes, 2018) propagieren eine „prozessbasierte Psychotherapie“. Auch sie lösen sich von dem traditionellen medizinischen Modell, das bislang häufig globale Therapieansätze zur Behandlung von Menschen mit (schlecht validierten) psychischen Diagnosen vertritt, und rücken wieder mehr die individuelle Therapieplanung in den Vordergrund. Prozessbasierte Psychotherapie zielt auf die wissenschaftlich fundierten Moderatoren und Mediatoren, die beim Patienten krankheitsrelevant sind. Es geht also nicht um einen unkontrollierten Eklektizismus, sondern um die Identifikation wissenschaftlich belegter relevanter Mechanismen, die verändert werden sollen.⁴ Naheliegenderweise müssen sich danach Psychotherapeuten ein Repertoire an Veränderungskompetenzen aneignen, um solche Prozesse unterschiedlich adressieren und fokussiert verändern zu können. In einem solchen Zugang sehen die Autoren die Chance, Ansätze unterschiedlicher Therapietraditionen zu integrieren und neu zu ordnen. Als einen zentralen Störungsmechanismus sehen sie „psychological inflexibility“, und letztendlich zielen alle erfolgreichen Therapieansätze darauf ab, die psychologische Flexibilität in unterschiedlichen Bereichen zu erhöhen: in der Bewertung von Situationen und Erfahrungen, in affektiven Reaktionen, in Beziehungen, beim Selbstkonzept oder direkt im Umgang mit der Symptomatik. Im Hexagon-Modell von ACT steckt die Chance, nicht nur ACT-Strategien selbst, sondern kognitive Strategien, psychodynamische Ansätze, verhaltensorientierte und systemische Ansätze oder EFT zielgerichtet einzusetzen (Hayes, persönliche Kommunikation, Marburg, 13.7.2019).

Ein Beispiel einer an Veränderungsmechanismen orientierten Psychotherapie: Erwartungsfokussierte Psychotherapie

Bereits in Wampolds Modell der „common factors“ (Wampold & Imel, 2015) spielen die Erwartungen von Patienten als Prä-

diktoren von Behandlungserfolg eine große Rolle. Fast für alle Gebiete der Medizin wurde nachgewiesen, dass Erwartungen über Placeboeffekte bedeutsam zum Behandlungserfolg beitragen; somit zählt der Effekt von Erwartungen auf den Therapieerfolg zu den bestbelegten Effekten im Gesundheitswesen. Erwartungen entscheiden mehr als andere Kognitionen darüber, ob aus einem unangenehmen Zustand ein Problem wird: Erwartet der Betroffene mit einem Ohrgeräusch, dass dieses nie wieder verschwinden wird, stellt dies gegebenenfalls ein gravierendes Problem dar; wäre die Erwartung, dass dieses unangenehme Ohrgeräusch in zehn Sekunden nicht mehr vorhanden ist, wäre es leicht aushaltbar. Deshalb sind Erwartungen nicht nur wichtig zur Prädiktion von Therapieerfolg, sondern haben oftmals auch störungsaufrechterhaltende Funktion. Weitere Unterstützung erhält ein erwartungsfokussiertes Therapiemodell auch von dem neuen Verständnis über die Funktion unseres Gehirns: dieses wird immer weniger als passives Organ aufgefasst, das auf Informationen aus der Umwelt wartet, sondern als aktives Organ, das permanent Prädiktionen vornimmt, was als nächstes geschehen wird, und dadurch den Körper und die Psyche auf die zukünftigen Ereignisse vorbereitet (predictive coding). Erst bei Erwartungsverletzungen (prediction error; expectation violation) wird das Gehirn aktiver und neue Lernprozesse werden initiiert.

Deshalb ist naheliegend, Erwartungen stärker in den Fokus von Psychotherapie zu nehmen und Psychotherapien auf diesen Veränderungsmechanismus hin zu optimieren. In der Tat streben die meisten Psychotherapieansätze explizit oder implizit an, Patienten-Erwartungen zu verändern (z. B. Beziehungserwartungen bei psychodynamischen Ansätzen; Expositionstherapie zur Modifikation von Katastrophenerwartungen in der Verhaltenstherapie oder als Beispiel aus der systemischen Therapie: Änderung der Erwartung, dass das „schwarze Schaf“ in der Familie nichts kann). Neue Behandlungsansätze können umso mehr darauf fokussieren, vorliegende Erwartungen in den Mittelpunkt zu stellen und funktionale „Erwartungsverletzungen“ anzustreben.

Ein Beispiel aus der Organmedizin mag dies veranschaulichen. Da der Genesungsverlauf bei Patienten nach herzchirurgischen Eingriffen am besten durch die Erwartungen vor der Herz-OP vorhergesagt wurde, entwickelten wir ein kurzes präoperatives Interventionsprogramm zur Optimierung von Patientenerwartungen (Rief et al., 2017). Mit den Patienten wurde vor der OP besprochen, welche Möglichkeiten in der Lebensführung nach erfolgreicher OP bestehen, welche Aktionen sie gerne wieder durchführen möchten und wie sie mit potentiellen Genesungsproblemen (Nebenwirkungen) umgehen können. Um in den operativen Kontext auf Station integrierbar zu sein, umfasste die psychotherapeutische Intervention nur zwei persönliche Sitzungen sowie drei Telefonate. In einer randomisierten klinischen Studie konnte belegt

⁴ Vgl. hierzu auch den Beitrag von Ulrich Stangier in diesem Heft mit seinem Versuch, – ebenfalls in Rückgriff auf das Modell von Hofmann und Hayes – in Form einer Prozessbasierten Kognitiven Verhaltenstherapie KVT und Dritte-Welle-Ansätze zu integrieren.

werden, dass die Beeinträchtigung durch die Herzerkrankung sechs Monate nach der Operation bei jenen Herz-Patienten um 50 % niedriger war, wenn sie die Interventionen zur Optimierung der Erwartungen bereits vor der OP erhielten, als bei medizinischer Standardbetreuung. Trotz aller Diversität der teilnehmenden Patienten, ihrer unterschiedlichen Lebensgeschichten und aktuellen Lebenssituationen war hier offensichtlich ein ganz auf einen Mechanismus (Erwartungsoptimierung) basierender Interventionsansatz sehr erfolgreich.



Abbildung 3: Erwartungsverletzung und Abbau kognitiver Immunisierung als allgemeine Therapieziele (nach Rief & Joormann, 2019)

Daraus lässt sich die Hoffnung ableiten, dass wir auch in der Psychotherapie durch eine fokussierte Adressierung des Störungsmechanismus „Patientenerwartungen“ gegebenenfalls bessere Behandlungserfolge erreichen könnten. Therapieprozesse sind also darauf zu optimieren, dass sie „Erwartungsverletzungen“ („korrigierende Erfahrungen“) induzieren. Allerdings zeigt sich auch, dass manche Patienten trotz erwartungsverletzender Erfahrungen ihre dysfunktionalen Erwartungen aufrechterhalten. Zum besseren Verständnis hierzu wurde das Konzept der „kognitiven Immunisierung“ eingeführt (Rief & Joormann, 2019; vgl. Abb. 3). Viele Patienten setzen kognitive Strategien ein, um an ihren bisherigen (gegebenenfalls negativen) Erwartungen festhalten zu können, obwohl sie andere Informationen und Erfahrungen haben (z. B.: „dass Sie nett zu mir sind, liegt nur daran, dass Sie dafür bezahlt werden“; „es war Zufall, dass es diesmal geklappt hat“; „dies mag für andere Menschen zutreffen, aber nicht für mich“; „das war die Ausnahme von der Regel“; „ich habe zwar 1000 Panikattacken überlebt, aber dadurch ist mein Herz so beschädigt, dass die nächste Attacke fatal wird“). Solche kognitiven Immunisierungsprozesse sind besonders ausgeprägt, wenn Störungen langfristig chronifiziert sind. Hier empfiehlt sich, die Rolle von kognitiven Immunisierungsprozessen bereits im Vorfeld psychoedukativ aufzubereiten, um sie später im Therapieverlauf auch adäquat adressieren zu können, wenn sie dann auftreten.

Infokasten 2 gibt in Form von Leitfragen eine Übersicht über die Struktur von Psychotherapien, die stark auf den Mechanismus „Erwartungsveränderung“ aufbauen.

Qualitätsprüfung von kompetenzorientierten Weiterbildungen in Psychotherapie

Sind Curricula für Weiterbildungen nicht mehr rein an einem Verfahren orientiert, für das sich ggf. Jahre zuvor der WBP

Infokasten 2: Leitfragen einer erwartungsfokussierten Psychotherapie

- Welche Erwartungen habe ich genau in den entsprechenden Problemsituationen? (Präzise verbalisieren lassen, ggf. aufschreiben)
- Woran kann ich genau erkennen, dass sich meine (negativen) Erwartungen erfüllen? Welche Beobachtungen muss ich hierzu machen, welche Rückfragen stellen?
- Woran kann ich genau erkennen, wenn sich meine (negativen) Erwartungen nicht erfüllen? Welche Beobachtungen wären nicht im Einklang mit meinen (negativen) Erwartungen?
- Welche gedanklichen Immunisierungsstrategien setze ich oftmals ein, wenn sich meine negativen Erwartungen nicht erfüllen?
- Wie kann ich meine gedanklichen Immunisierungsstrategien entschärfen?
- erster Realitätstest und Auswertung
- In welchen weiteren Situationen kann ich meine negativen Erwartungen ebenfalls testen?
- Wie muss ich mich verhalten, dass meine (negativen) Erwartungen möglichst eintreffen? (Zum Beispiel bei Angst, dass sich niemand für einen interessiert: auf den Boden schauen, ins Eck stellen)
- Wie müsste ich mich verhalten, dass meine (negativen) Erwartungen möglichst nicht eintreffen?
- weitere Realitätsüberprüfungen und Auswertungen

hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung ausgesprochen hat (oftmals aufbauend auf Studien, die 20 Jahre und mehr zurückliegen und deren Qualitätskriterien nicht mehr belastbar sind), sondern stärker an den gegenwärtigen Bedürfnissen der Praxis und an der aktuellen wissenschaftlichen Evidenzlage, mag sich der Qualitätssicherungsaspekt der Curricula etwas schwieriger gestalten. Hier können nun die Kompetenzlisten zum Einsatz kommen. Es war eine meiner überraschendsten und zugleich erfreulichsten Erfahrungen der letzten Jahre, wie leicht mit Vertretern unterschiedlicher Verfahren die Kataloge notwendiger Kompetenzen von Psychotherapeuten festgelegt werden konnten. Offensichtlich besteht bezüglich der Zielsetzung der Qualifikation hoher Konsens, auch wenn der notwendige Weg dahin unterschiedlich bewertet wird. Deshalb kann ähnlich wie bei einem Hochschul-Studiengang geprüft werden, ob die einzelnen Weiterbildungselemente primär den Zielsetzungen des Kompetenzkatalogs, den Herausforderungen aus der Versorgung sowie einer möglichst aktuellen evidenzorientierten Qualifikation dienen; gleichzeitig gibt es dabei auch noch verfahrensspezifische Spielräume. Soweit zusätzlich verfahrensspezifische Ansätze geprüft werden, so kann auch dies durch entsprechende Kompetenzlisten unterstützt werden (s. z. B. Kompetenzlisten für alle evidenzbasierten Behandlungsansätze unterschiedlicher Therapierichtungen; University College of London UCL, 2019). Denkt man auch an Abschlussprüfungen am Ende der Weiterbildungen, so bietet

sich an, die solchen Listen entsprechenden Kompetenzen in den Mittelpunkt der Prüfungen zu stellen.

Schlussfolgerung

Eine primär an traditionellen Therapieschulen orientierte Aus- und Weiterbildung prägt weiterhin nicht nur die Entwürfe zur Muster-Weiterbildungsordnung, sondern auch die Gesetzgebung, und Psychotherapeuten sind angehalten, sich an einem Richtlinienverfahren zu orientieren. Allerdings ist diese Gestaltung des Qualifikationsprozesses von Psychotherapeuten nicht im Einklang mit der Versorgungspraxis – und auch nicht im Einklang mit einer bestmöglichen Evidenzbasierung. Im Gegensatz zu einer Facharztweiterbildung wird im Bereich Psychotherapie nicht im Sinne der aktuellen Behandlungsleitlinien ausgebildet, was ein Problem aus Sicht der Patienten darstellt, aber auch nicht im Einklang mit den Zielsetzungen des Sozialgesetzbuches ist. Deshalb wird ermuntert, Alternativen zu diesem traditionellen Vorgehen zu suchen.

In der aktuellen Zeit liegen viele Hoffnungen auf kompetenzbasierten Ansätzen. Hochschul-Studiengänge werden zunehmend auf eine kompetenzbasierte Definition der Ausbildungsziele umgestellt; bezüglich des Wo und Wie des Erwerbs dieser Kompetenzen werden Freiräume gelassen. Stellt man auch Weiterbildungsgänge der Psychotherapie darauf um, sollte man sich von reinen monotheorischen (an einer Rahmentheorie orientierten) Psychotherapie-Weiterbildungen verabschieden oder mindestens Alternativen dazu zulassen. Dabei rückt das Qualifikationsziel „fit für die optimale Patientenversorgung unter praktischer und wissenschaftlicher Perspektive“ mehr in den Vordergrund. Auch die zahlreichen Neuentwicklungen, die sich stärker an einzelnen Störungs- und Veränderungsmechanismen orientieren, anstatt globale Erklärungsmodelle wie die traditionellen Therapieschulen zu liefern, lassen sich sehr gut in ein solches neues Qualifizierungsmodell integrieren. Last not least sei auch aus vielen Kontakten mit jungen, motivierten angehenden Psychotherapeuten daran erinnert, dass diese absolut in der Lage sind, mehrere theoretische Konzepte gleichzeitig zu beherrschen. Bereits jetzt ist es Aufgabe des Psychologie-Studiums, diverse unterschiedliche theoretische Konzepte und Menschenbilder zu lehren, auch in den Grundlagenfächern. Viele Praktiker integrieren unterschiedliche theoretische Konzepte in ihrer alltäglichen Arbeit. Letztendlich ist „psychological flexibility“ nicht nur für Patienten, sondern auch für Psychotherapeuten wichtig (und wird vielfach auch schon so gelebt). Pluralismus ist heutzutage eine Realität und ein Bedürfnis vieler (wenn auch nicht aller) Menschen und muss bei der Theoriebildung und bei Qualifikationskonzepten berücksichtigt werden. Für die weitere systematische Professionalisierung unseres Berufsstandes gilt es, diese Herausforderung aufzugreifen.

Literatur

- EACLIPT Task Force On “Competences of Clinical Psychologists”. (2019). Competences of Clinical Psychologists. *Clinical Psychology in Europe*, 1 (2), e35551.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S. & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310 (24), 2650–2657.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G. & Strosahl, K. D. (2014). *Akzeptanz- & Commitment-Therapie: Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Hofmann, S. G. & Hayes, S. C. (2018). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7 (1), 37–50.
- Jacob, G. & Seebauer, L. (2015). Schematherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43, 271–278.
- McCullough Jr., J. P. (2003). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) (Bd. 13)*. Educational Publishing Foundation.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Williams, J. M. G. (2012). *Achtsamkeit (Vol. 48)*. Göttingen: Hogrefe.
- National Health Service NHS. (2019). *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*. Retrieved 16.7.2019.
- Rief, W., Shedden-Mora, M., Laferton, J. A. C., Auer, C., Petrie, K. J., Salzmann, S. et al. (2017). Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: Results of the randomised controlled PSY-HEART trial. *BMC Medicine*, 15, 4.
- Rief, W. & Joormann, J. (2019). Revisiting the Cognitive Model of Depression: The Role of Expectations. *Clinical Psychology in Europe*, 1 (1), e32605.
- Rief, W. & Strauß, B. (2018). Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung. *Psychotherapeut*, 63 (5), 401–408.
- Schramm, E. (1998). *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Taubner, S., Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2019). *Mentalisierungsbasierte Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- University College of London UCL. (2019). *Competence Frameworks*. Retrieved 16.7.2019.
- Von Lersner, U. & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie (Fort-schritte der Psychotherapie, Bd. 64)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Abingdon: Routledge.



Prof. Dr. Winfried Rief

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

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

Zur Diskussion gestellt

Entwicklungslinien der Systemischen Therapie

Wie halten wir es mit der Spezifität und den Common Factors?

Ulrike Borst

Zusammenfassung: Die wissenschaftliche Anerkennung der Systemischen Therapie (2008) und die Weichenstellungen für die sozialrechtliche Anerkennung (2018/2019) belegen spät, aber eindrücklich, dass Systemische Therapie wirksam in der Behandlung psychischer Störungen von Krankheitswert ist. Dieser Beitrag zeichnet die Entwicklungslinien der Systemischen Therapie in Deutschland nach, die – im Zusammenspiel mit dem deutschen Sonderweg der Richtlinien-Psychotherapie – dafür sorgten, dass beide Wege so lange nicht zueinander fanden. Danach werden die Ergebnisse der Psychotherapieforschung und die allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie mit den Generischen Prinzipien der Theorie komplexer dynamischer Systeme verglichen. Aus diesem Vergleich wird gefolgert, dass eine Integration der Konzepte mühelos gelingen kann. Das integrative Modell von Pinsof wird vorgestellt und die Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung diskutiert.

Entwicklungslinien der Systemischen Therapie bis 2018 und Stand 2019

Es würde den zulässigen und verdaubaren Umfang dieses Artikels sprengen, würde hier die ganze Geschichte der Systemischen Therapie gewürdigt. Deshalb beschränke ich mich auf eine subjektive Auswahl, mit Spotlights auf Ereignisse im Sieben-Jahres-Abstand, die mir geeignet erscheinen, das Thema dieses ganzen Hefts aus systemischer Perspektive zu beleuchten. (Eine nicht-lineare Darstellung historischer Zusammenhänge ist bei *Levold, 2018*,¹ zu finden.)

- 1955 beschrieb Frieda Fromm-Reichmann „die schizophrene Mutter“. Zwar hat dieses Konzept bei Angehörigen von Psychiatriepatienten² viel Ärger, Schuldgefühle und Leid ausgelöst, war aber dennoch ein wichtiger Schritt, um den ausschließlichen Fokus vom Patienten wegzunehmen und die Beziehungen in der Familie in den Blick zu nehmen.
- 1962 waren die Macy-Konferenzen beendet, in denen mit Beteiligung von Mathematikern, Klimaforschern, Psychologen, Psychiatern, Ökonomen, Chemikern usw. die Kybernetik transdisziplinär entwickelt wurde. Hervorzuheben ist besonders Gregory Bateson, der mit Hilfe der Kybernetik und der Kommunikationstheorie psychische Störungen zu erklären versuchte. Sein Buch „Die Ökologie des Geistes“ (Erstausgabe 1972) ist ein Standardwerk der Systemtheorie.

- 1969 begeisterten Umberto Maturana und Francisco Varela ihre Studenten mit ihren Ideen über das Leben, von der Zelle bis zur Gesellschaft. Sie verhalfen dem Konstruktivismus zu seiner weiten Verbreitung, ohne sich je als „Konstruktivisten“ bezeichnet zu haben, und führten den Beobachter in die Theoriebildung ein.
- 1976 war der Höhepunkt des Wirkens von Virginia Satir, die nicht mit Schriften und Vorträgen, sondern mit ihrem familienorientierten therapeutischen Wirken begeisterte. – In Deutschland wurde von Helm Stierlin und Josef Duss-von Werdt die Zeitschrift „Familiendynamik“ gegründet.
- 1983 betraten mit Ian Falloon die Verhaltenstherapeuten die Szene der Arbeit mit Angehörigen. Sie erfassten die ausgedrückte Emotionalität („expressed emotion“) in Familien mit einem psychotischen Mitglied standardisiert und reduzierten sie mittels Psychoedukation.
- 1990 kam es am Heidelberger Kongress „Psychotisches Verhalten“ zu Auseinandersetzungen zwischen systemisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Kollegen um den Krankheitsbegriff. 1991 fand der Kongress „Das Ende der

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

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

großen Entwürfe und das Blühen systemischer Praxis“, wiederum in Heidelberg, statt. 1993 wurde die Systemische Gesellschaft gegründet mit dem erklärten Ziel, die Systemische Therapie im Gesundheitssystem zu verankern.

- 1997, im Vorfeld des zu erwartenden Psychotherapeutengesetzes, begannen die Bemühungen um wissenschaftliche Anerkennung; der Antrag wurde 1999 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie negativ beschieden, weil nicht genügend Wirksamkeitsstudien vorgelegt worden waren. In vielen psychiatrischen Kliniken wurde Systemische Therapie und interdisziplinäres, systemisches Arbeiten jedoch für nützlich befunden und über In-House-Schulungen eingeführt, so z. B. im SYMPA-Projekt (Schweitzer & Nicolai, 2011).
- 2004 kamen weitere Formate von Mehrpersonen-Settings hinzu: die Multisystemische Therapie (MST), die Multifamilientherapie (MFT), der Open Dialogue (OD). Sie können ausschließlich in der stationären Psychiatrie bzw. in der Jugendhilfe praktiziert werden, da Systemische Therapie keine Kassenleistung ist.
- 2011, nach der ersten Forschungstagung, bildet sich ein Konsens darüber, wie aus systemischer Perspektive For-

Zwischen 1999 und 2019 wurden kaum Psychotherapeuten mit systemischem Hintergrund ausgebildet; es fehlt eine ganze Generation!

schung betrieben werden könnte. Im Abstand von jeweils zwei bis drei Jahren kommen aus der ganzen Welt Forscher in Heidelberg zusammen, die spannende Ergebnisse von Studien, die weit über die Möglichkeiten gängiger RCT-Studien hinausgehen, berichten. 2013 wird, nach wissenschaftlicher Anerkennung 2008 im zweiten Anlauf, der Antrag im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestellt, Nutzen und Notwendigkeit der Systemischen Therapie zu bewerten. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird mit der Prüfung der Wirksamkeit beauftragt. Obwohl alle Nicht-RCT-Studien keine Berücksichtigung fanden, konstatiert das IQWiG für sieben Störungsbereiche Anhaltspunkte oder Hinweise für die Wirksamkeit Systemischer Therapie.

- 2018, am 22. November 2018, erfolgt die sozialrechtliche Anerkennung durch den G-BA. Kurz danach erscheint der Referentenentwurf zum PsychThGAusbRefG.

Im Jahr 2019 nun ist der Stand, dass nur noch die Psychotherapie-Richtlinie und -vereinbarung sowie die Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) angepasst werden müssen, um die Systemische Therapie als viertes Verfahren in die Kassenleistungen aufzunehmen. Ende 2019 soll es soweit sein. Zugleich müssen unter großem zeitlichen

Druck systemische Approbations-Ausbildungen aus der Taufe gehoben werden. Dabei ist eine Herausforderung, genügend Dozierende, Supervisoren und Selbsterfahrungs-Leiter bereitzustellen: Schließlich wurden zwischen 1999 und 2019 kaum Psychotherapeuten mit systemischem Hintergrund ausgebildet; es fehlt eine ganze Generation!

An den Universitäten ist kein einziger klinisch-psychologischer Lehrstuhl mit einem systemisch ausgebildeten Psychotherapeuten besetzt. In den systemischen Weiterbildungen durch private Institute befinden sich in der Mehrzahl Sozialpädagogen; Psychotherapeuten oder Ärzte dagegen nur selten, und dann meist in Weiterbildung als Zweitverfahren. Familientherapie kann ambulant nur im Jugendhilfe-Bereich oder für Selbstzahler angeboten werden. Eine systemisch orientierte Therapie-Theorie wurde nicht weiterentwickelt, so wie überhaupt für die letzten 20 Jahre ein gewisses Theorie-Defizit zu verzeichnen ist.

Deutsche Sonderwege

Zwei Strömungen, die in Deutschland einzigartig stark waren, sorgten dafür, dass Systemische Therapie und das Gesundheitssystem nicht zusammenkamen. Deutschland wurde damit zum einzigen Land weltweit, in dem Systemische Therapie nicht von der Krankenkasse bezahlt wurde; denn (noch heute) wird entlang einer Trennlinie zwischen Psychotherapieverfahren entschieden, ob Psychotherapie kassenfinanziert war oder nicht.

Die Gesprächspsychotherapie ist bis heute dieser Trennung zum Opfer gefallen.

Theorie-Säulen der Systemischen Therapie: Soziale Systemtheorie und radikaler Konstruktivismus

Ganz besonders in Deutschland wurden die theoretischen, und hier wiederum die *erkenntnistheoretischen*, Säulen der Systemischen Therapie in den Mittelpunkt des Nachdenkens gestellt (für eine Übersicht s. Abb. 1). Schlippe (2015) prägte den Satz: „Systemische Praxis ist angewandte Erkenntnistheorie.“ Nicht zuletzt wegen der fehlenden sozialrechtlichen Anerkennung bildeten sich andere Anwendungsgebiete dieser Erkenntnistheorie: systemische Organisationslehre, systemische Pädagogik, systemisches Coaching etc. Der radikale Konstruktivismus und die soziale Systemtheorie sind in diesen Anwendungsbereichen besonders prominent vertreten. Eine explizit auf die Psychotherapie ausgerichtete Theorie fristet dagegen ein Schattendasein.

Der radikale Konstruktivismus wurde und wird vielfach zwar sehr hochgehalten, aber auch missverstanden in dem Sinne, dass es keine Realität gebe jenseits der sprachlich erzeug-

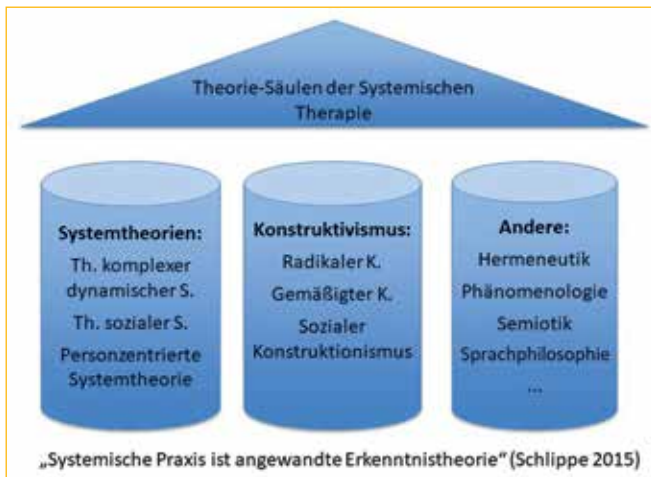


Abbildung 1: Theorie-Säulen der Systemischen Therapie

ten. Dies führte dazu, dass systemisches Denken mit den ätiologischen Überlegungen des medizinischen und bio-psycho-sozialen Modells als nicht kompatibel erschien. Dieser scheinbare Widerspruch lässt sich zwar leicht auflösen und zugunsten der Patienten nutzen, aber die Gräben zwischen wichtigen Protagonisten wurden durch ihn vertieft.

Die soziologische Systemtheorie von Niklas Luhmann bezog sich zu keiner Zeit auf Therapie. Ältere Theorie-Säulen dagegen, wie z. B. die Hermeneutik (Gadamer), die Phänomenologie (Merleau-Ponty), die Sprachphilosophie (Wittgenstein) oder die Semiotik (Peirce) kamen kaum mehr zur Geltung und wurden von nur wenigen systemischen Standardwerken, z. B. Welter-Enderlin & Hildenbrand (2004) oder Borst (2013) in die Theoriebildung integriert.

Evidenzbasierte Medizin, Störungsspezifität und die Richtlinien-Psychotherapien

Auf der anderen Seite bildete sich ab 1999, mit dem neuen Psychotherapeutengesetz (PsychThG), ein deutscher Sonderweg in der psychotherapeutischen Versorgung der Krankenversicherten. Das neue System war zwar gerecht, weil es jedem Versicherten den direkten Zugang zu Psychotherapie ermöglichte, aber auch selektiv, indem nur die 1999 anerkannten sog. Richtlinien-Verfahren kassenfinanziert waren. Dieses System erwies sich als ungeheuer veränderungs- und innovationsresistent.

Die unhinterfragte Ausrichtung an der Evidenzbasierten Medizin, die sich immer weniger an den ursprünglichen Ideen ihres „Erfinders“ Sackett orientierte, sondern irgendwann nur noch RCT-Studien als Evidenzquelle gelten lassen wollte, führte dazu, dass sich die Leitlinien zur Behandlung psychischer Störungen fast ausschließlich auf der Evidenz aus RCT-Studien stützen und sich die wissenschaftliche Psychologie in der Erforschung der Psychotherapie-Wirkungen ebenfalls vorwiegend mit RCT-Studien beschäftigte. In anderen Ländern dagegen bediente sich die Psychotherapie-Forschung auch anderer Forschungsparadigmata, um mehr über Wirk-

faktoren zu erfahren, und forderte eine Abkehr vom medizinischen Modell der Psychotherapie (vgl. vor allem *Wampold & Imel, 2015*). Auch hierzulande werden die Beschränkungen des medizinischen Modells zunehmend kritisch gesehen (*Fydrich, 2018; Strauß, 2019; Buchholz & Kächele, 2019*).

Aus systemischer Sicht sind RCT-Studien, wenn ausschließliche Quelle von „Evidenz“, aus folgenden Gründen denkbar ungeeignet, um auch nur ansatzweise die Versorgungsrealität abzubilden:

- Wenn Verfahren in ihrer Wirksamkeit getestet werden sollen, erfordert das eine möglichst eindeutige Zuordnung der Methoden und Techniken zu den Verfahren. Das ist nicht zweckmäßig; denn wozu sollten beispielsweise achtsamkeits- oder mentalisierungsbasierte Methoden nur einem Verfahren zugeordnet werden?
- Ein wichtiges Prinzip bei der Bildung von Versuchs- und Kontrollgruppen ist die isolierende Bedingungsvariation: Beide Gruppen sollen möglichst identischen Bedingungen unterliegen, bis auf genau die eine Bedingung, deren Einfluss gemessen werden soll. Dieses Vorgehen bedeutet aber eine artifizielle Behandlungssituation, die ihres Kontextes beraubt ist und so an der Realität vorbeigeht.
- Um Erwartungseffekten vorzubeugen, wird gefordert, Patienten, Diagnostiker, Psychotherapeuten und Studienleiter in Unkenntnis über die Gruppenzugehörigkeit zu lassen (zu „verblinden“). Gerade in der Psychotherapie aber wird der Therapeut doch wissen, welches Verfahren er anwendet, und zudem widerspricht diese Forderung diametral der Erkenntnis, dass es gerade die Überzeugtheit der Psychotherapeuten („allegiance“) ist, die wirksam ist.
- Um Effekte der Behandlung statistisch nachweisen zu können, ist die Bildung möglichst homogener Gruppen geboten. So werden z. B. in vielen Studien Personen mit sog. Komorbiditäten nicht in die Studie aufgenommen, auch wenn es eher die Regel als die Ausnahme ist, dass ein Proband zwei oder mehr diagnostischen Kategorien zuzuordnen ist.

Zu fordern ist also mindestens ein „Mixed-methods“-Ansatz (vgl. *Ochs et al., 2020*): quantitative Messung und gruppenstatistische Auswertung von Wirkungen und Nebenwirkungen, dann andere (naturalistische, Kohorten- und qualitative) Studien.

Versuch einer Integration

Die Systemische Therapie in das deutsche Gesundheitssystem zu integrieren, ohne ihre Besonderheiten und Vorzüge „platt zu machen“, das ist jetzt die Aufgabe. Die theoretischen Säulen der Systemischen Therapie einerseits, die gegenwärtigen Diskussionen um die Angemessenheit der Verfahrenorientierung andererseits lassen das problemlos zu.

Common Factors & die Theorie komplexer dynamischer Systeme

In dem Teil der Psychotherapieforschung, der sich mit allgemeinen Wirkfaktoren befasst, ist längst deutlich geworden, dass die Verfahrenorientierung eher hinderlich ist, wenn es darum geht, Wirkmechanismen der Psychotherapie zu bestimmen. *Wampold und Imel (2015)* folgern aus umfangreichen Meta-Analysen, dass die allgemeinen Wirkfaktoren (Empathie, Arbeitsbeziehung, Zielvereinbarung und -übereinstimmung, positive Wertschätzung und Bestätigung, Therapeutenvariablen, Kongruenz, kulturelle Anpassung der Therapie, Erwartungseffekte) größere Effektstärken aufweisen als die spezifischen Verfahrensunterschiede und die Adhärenz (vgl. Abb. 2), und fordern deshalb, das medizinische zugunsten eines kontextuellen Meta-Modells aufzugeben. – Grawe hat schon früh daraus den Anspruch abgeleitet, eine Allgemeine Psychotherapie zu entwickeln, hat aber in einem seiner letzten Interviews (*Grawe, 2005b*) eingestanden, dass es dafür vielleicht noch zu früh ist. Heute folgt *Fydrich (2018)* ebenfalls weitgehend dem Vorschlag, die strenge Verfahrenorientierung aufzugeben.



Abbildung 2: Effektstärken therapeutischer Faktoren (nach Wampold & Imel, 2015)

Die Theorie komplexer dynamischer Systeme (*Haken & Schiepek, 2010*) ist in der Lage, viele der allgemeinen Wirkfaktoren (in der Sprache des Modells: Meta- und Re-Stabilisierung, Resonanz) zu integrieren, aber zugleich auch zu erklären, wie in der Systemischen Therapie Veränderung angeregt wird: nämlich – wiederum in der Sprache des Modells – durch Identifikation von Mustern, Sinnbezug, Fluktuationsverstärkung und Symmetriebrechung.

Der Begriff der Fluktuationsverstärkung ist nicht selbsterklärend. Gemeint ist eine Destabilisierung bestehender Kognitions-, Emotions-, Verhaltens-Muster. Meist ist den Klienten ja schon im Vorfeld der Therapie klar, dass das bisher verfolgte Lebenskonzept nicht mehr adäquat ist. Die Therapie führt dann neue/veränderte Erfahrungen herbei, z. B. durch Verhaltensexperimente, Musterunterbrechungen, Einführung von Unterscheidungen und Differenzierungen, Fragen nach Aus-



Abbildung 3: Allgemeine Wirkfaktoren und Generische Prinzipien

nahmen, Erprobung von ungewöhnlichem, neuem Verhalten etc. Solche „angemessen ungewöhnlichen neuen Gedanken, Erlebens- und Verhaltensweisen“ (*Andersen, 1990*) können dann die Entstehung von neuen Mustern bahnen.

Die Meta-Stabilität, die auf einer guten therapeutischen Beziehung beruht, ist Voraussetzung für eine förderliche Prozessgestaltung (vgl. Tab.).

Erzeugung von Meta-Stabilität „Sichere Basis“	Erzeugung von Instabilität „Fluktuationsverstärkung“
<ul style="list-style-type: none"> ■ Joining, Rapport ■ Ressourcen- und Lösungsorientierung ■ Affektive Rahmung ■ Klarer äußerer Rahmen (Zeit, Raum, Kontrakt) ■ Wertschätzung ■ Empathie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zirkuläres und hypothetisches Fragen ■ Problem-/Lösungsfragen ■ Fragen zur Wirklichkeits-/Möglichkeitenkonstruktion ■ (Schluss-)Kommentare ■ Reframing, positive Konnotation ■ Unterschiede verdeutlichen

Tabelle: Meta-stabilisierende Therapiebeziehung als Basis der Prozessgestaltung

Konstellationspezifität und Mustererkennung statt Störungsspezifität

Bei allem Respekt vor der Notwendigkeit und Nützlichkeit, ICD-Diagnosen zu stellen, bleibt die Störungsspezifität systemischer Interventionen dann aber doch höchstens in einem mittleren Bereich. Bereits *Reiter (1990)* forderte ein idiografisches Vorgehen in der Therapie: Im Einzelfall muss genau geprüft werden, welche Kontextfaktoren als „Konstellation“ zusammenkommen. *Schweitzer und Schlippe (2006)* ergänzten ihr Lehrbuch der systemischen Therapie um einen zweiten Band mit störungsspezifischen Kapiteln, in denen sie von Mustererkennung und Muster-„Entstörung“ sprechen. *Buchholz und Kächele (2019)* schließlich fordern „transdiagnostisches Vorgehen“ und stützen sich auf namhafte US-amerikanische Psychotherapieforscher.

Die diagnostischen Kategorien der ICD als zusammenfassende Querschnittsbetrachtung von Symptomen stellen, auf dem Boden ätiologischen Wissens, allenfalls Heuristiken bereit, um die Lebensbedingungen des Patienten zu erfassen. Direkte Versu-

che, Symptome zu verringern oder zu beseitigen, werden in der Systemischen Therapie eher nicht unternommen, da man von einer weitgehenden Selbstorganisation von Menschen und Familien ausgeht. Mit Interventionen steuert man nicht, sondern „steuert bei“ (Loth, 2017).

Beispiel: In der Gegend, in der die Autorin ihre psychiatrische Erfahrung sammelte, stellte sich bei überzufällig vielen jungen Männern mit der Diagnose einer Schizophrenie heraus, dass sie den kleinen Hof, Obstbaubetrieb oder die kleine Käserei ihrer Eltern nicht übernehmen konnten oder wollten, und die damit zusammenhängenden Konflikte durch Schweigen und/oder psychotische Symptomatik beantworteten. Die wichtigste therapeutische Strategie war dann, die Auseinandersetzung über die Hofnachfolge zu führen („Wiedereinführung des Patienten in die Kommunikation“, vgl. Retzer, 2004; Schweizer & Aderhold, 2013).

Praxis

Von der Familientherapie zur Psychotherapie und zurück

In der Pionierzeit der Familientherapie kam es anscheinend vor, dass therapiewillige Familienmitglieder wieder nach Hause geschickt wurden, wenn auch nur eine Person fehlte. Der Begriff „Familientherapie“ bezeichnete das Setting, die Therapiestrategie entstammte häufig Überlegungen, wie die Struktur der Familie normalerweise auszusehen hat, wie sie durcheinandergerät und dass sie durch familientherapeutische Interventionen wiederhergestellt werden muss.

Ein Meilenstein der Entwicklung „Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive“ war das Buch dieses Titels von Reiter, Brunner und Reiter-Theil (1988/1997). Es markierte einen Wendepunkt in der Entwicklung von interpersonellen Therapiekonzepten: weg von einer externen, angeblich objektiven Sicht auf Mehrpersonenkonstellationen, hin zu einer beobachterabhängigen Sicht auf Systemkonstruktionen. Systemische Einzeltherapie wurde salonfähig, die Wirksamkeit Systemischer Therapie setting-übergreifend überprüft.

Seither hat, je nach Land und Abrechnungssystem, ein teilweise bedenklicher Trend zur systemischen Einzeltherapie stattgefunden. Familiengespräche gelten als schwer zu organisieren, anstrengend und nicht in ähnlich hohem Takt wie Einzeltherapien durchführbar.

Systemische Therapie wird nun Psychotherapie als kassenfinanziertes heilkundliches Verfahren mit gut belegter Wirksamkeit in sieben individuell-diagnostisch definierten Störungsbereichen. Dieser Begriff darf dadurch aber nicht die

Bedeutung bekommen, dass es sich hierbei vorwiegend um Einzeltherapie handelt! Mehrpersonensettings müssen durch die Psychotherapie-Richtlinie und den Einheitlichen Bewertungs-Maßstab ermöglicht oder sogar gefördert, und dann auch praktiziert werden.

Die systemische Perspektive wird auch von vielen Vertretern anderer Verfahren gerne eingenommen; ein Zusatznutzen systemischen Denkens und Handelns ist in folgenden Settings, Kontexten und Zielsetzungen zu sehen:

- Gespräche mit mehreren Personen,
- Fokus-Verschiebung weg vom Indexpatienten,
- Verständnis psychischer Krisen im biographischen, familiären und weiteren sozialen Kontext,
- Stärkung von Autonomie und Resilienz,
- niederfrequente Therapien,
- multisystemische Therapien,
- Arbeit in Teams und Organisationen sowie
- Arbeit mit oder in Familienunternehmen bzw. mit Patienten aus Unternehmerfamilien.

Die Evidenz für den Nutzen von Mehrpersonen-Settings ist eindrücklich: Paar- und Familieninterventionen, bei flexibler Settinggestaltung, zeigen sehr gute Wirkungen und niedrige Dropout-Raten (vgl. Übersicht bei DGPPN, 2018, zur Schizophrenie-, Jones & Asen, 2002, zur Depressions- und Horigian et al., 2016, zur Suchtbehandlung) und haben eine hohe Kosteneffektivität (vgl. Crane & Christenson, 2016, zur Auswertung großer US-amerikanischer Krankenkassen-Datensätze).

Das im folgenden Abschnitt dargestellte integrative Konzept nimmt zu Setting- und Indikationsfragen Stellung und er-

— Seit die systemische Einzeltherapie salonfähig wurde, tendiert sie dazu, die schwerer zu organisierenden Familiengespräche zu ersetzen – ein bedenklicher Trend. —

scheint besonders geeignet, die Verbindung zu Versorgungs- und gesundheitsökonomischen Fragen herzustellen.

Das Integrative Konzept von Bill Pinsof

In den USA hielten sich Forscher und Praktiker augenscheinlich nicht lange mit systemtheoretischen Grundlagen auf, und ihr Vorgehen erscheint auch heute noch wesentlich pragmatischer als das manches mitteleuropäischen Kollegen. So gelang die Integration verschiedener Techniken und Methoden in verfahrensübergreifende Konzepte mühelos. Peter Fraenkel zum Beispiel benutzte die Metapher der „therapeutischen Palette“, um paartherapeutische Interventionen entlang drei-

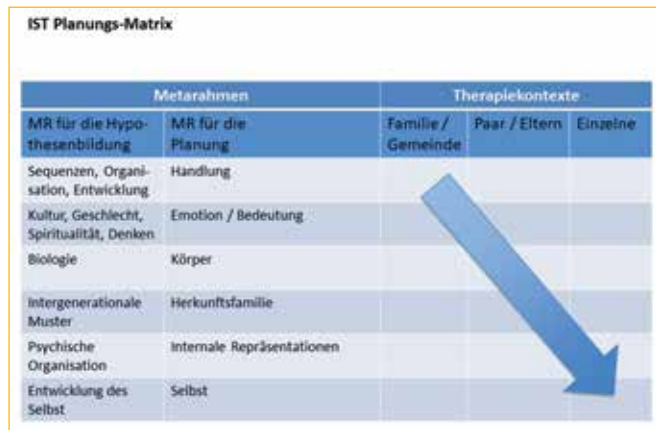


Abbildung 4: Vorgehen in den Meta-Rahmen für Hypothesenbildung und Therapieplanung sowie Therapiekontexten (nach Pinsof, 2018)

er Dimensionen zu beschreiben, zu ordnen und ihre (Mikro-) Indikation zu definieren (Fraenkel, 2011).

Bill Pinsof begann bereits 1979, eine Batterie von Erhebungsinstrumenten zusammenzustellen, die dem „scientist-practitioner-Ansatz“ gerecht wird. Die Maße weisen sehr gute

Die systemische Perspektive bietet einen guten Zusatznutzen für andere Verfahren, aber Systemische Therapie bleibt auch ein eigenständiges Verfahren mit spezifischer erkenntnistheoretischer Grundlage.

testtheoretische Eigenschaften auf, sind als Systemic Therapy Inventory of Change (STIC, Pinsof, 2017) verfügbar und in Forschung und Praxis einfach anzuwenden. Für Hypothesenbildung, Therapieplanung und Therapiekontext formulierte das Autorenteam um Pinsof verblüffend einfache Regeln, die sie Leitlinien (Pinsof, 2018, S. 973f.) nennen:

Die Therapie sollte

- sich von einer interpersonellen zu einer individuellen Perspektive bewegen,
- vom Hier-und-Jetzt zum Dort-und-Damals fortschreiten,
- zunächst die direktesten, einfachsten und günstigsten Interventionen nutzen,
- mit der Annahme beginnen, dass der Klient sein Problem mit minimalen Interventionen lösen kann, und
- dem Pfeil entsprechend fortschreiten, wenn der bisherige Meta-Rahmen bzw. Kontext gescheitert ist.

Beispiel: Eine 35-jährige Frau, selbst Psychotherapeutin, meldet sich zur Therapie einer schweren depressiven Episode bei mir. Sie ist drei Monate zuvor Mutter eines zweiten Sohnes

geworden. Die erste Entbindung sei geradezu traumatisch für sie verlaufen, anschließend sei sie sehr suizidal gewesen. Nur langsam habe sie sich erholt und sei nun aber, nach der etwas leichteren zweiten Entbindung, wieder sehr niedergestimmt und voller hypochondrisch geprägter Angst vor Ansteckungen, Krankheiten und Unfällen aller Familienmitglieder. Sie sei deswegen kaum in der Lage, die Söhne zu versorgen, empfinde sich überhaupt als sehr schlechte Mutter. Ihr Mann übernehme praktisch alle Aufgaben rund um Kinderpflege und -betreuung sowie Haushalt. Als Berufsfrau sei sie jedoch immer sehr kompetent gewesen und erwarte, dass sie das nach der Elternzeit auch wieder sein werde. Medikamentös werde sie, soweit es das Stillen zulasse, von einem befreundeten Psychiater gut versorgt.

Die Familie erscheint meist vollzählig zur Therapie. Ich kann beobachten, wie der ältere, dreijährige Sohn die Eltern dominiert mit seinen Forderungen nach Beschäftigung und Süßigkeiten und wie entnervt und sogar angewidert die Mutter auf ihn reagiert. Die Berichte der Eltern über ihren erschöpfenden Alltag und die schlaflosen Nächte sind sehr nachvollziehbar. Hilfe von außen ist zunächst nicht in Sicht: Die Großeltern väterlicherseits leben weit entfernt, das Verhältnis zu den Großeltern mütterlicherseits sei konfliktuell.

Ich fokussiere nun auf die Interaktionen der Familienmitglieder, vor allem zwischen beiden Eltern und Kindern. Die Bettgehzeiten des älteren Sohnes werden Schritt für Schritt vorverlegt. In den Therapiestunden werden frühere gute

Erlebnisse mit dem älteren Sohn und die Ressourcen als Mutter wieder erinnert und aktualisiert. Die Patientin kommt selbst auf die Idee, zwecks Transfer in den Alltag Zettel mit affirmativen Sätzen zu schreiben und im Haus aufzuhängen. Die Betreuungsangebote der Großeltern mütterlicherseits werden diskutiert und schließlich, als sie nicht mehr als Einmischung aufgefasst werden, angenommen.

Nach fünf Monaten und zwölf Sitzungen, davon acht Familiensitzungen, beenden wir die Therapie einvernehmlich. Die Patientin beginnt wieder zu arbeiten und bewältigt an den Abenden und Wochenenden den Alltag mit den Kindern problemlos. Das Ehepaar meldet zurück, der Blick auf die positiven Seiten der Kinder und die konkreten Verhaltensänderungen hätten sehr geholfen.

Das Beispiel mag verdeutlichen, dass eine Psychotherapie trotz Beschränkung auf die Interaktionen in der Familie zu einem befriedigenden Ergebnis führen kann. Hätte die Therapie mit diesem Fokus nicht ausgereicht, wären die anderen Ebenen des Pinsof'schen Modells zum Tragen gekommen: Man hätte die Medikation überdenken oder körperorientiert arbeiten können; wir hätten die Herkunftsfamilien in den Blick nehmen, Bindungs- und Erziehungsstile und -ideale disku-

tieren können; schließlich hätte eine Einzeltherapie die Ego States, Schemata oder Persönlichkeitsstruktur der Patientin bearbeiten können.

Folgerungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Meta-Analysen von *Wampold und Imel (2015)* legen nahe, dass die Person des Psychotherapeuten und deren Zusammenarbeit mit den Patienten überragende Rollen spielen. Auf der anderen Seite aber werden die Wirkungen gar nicht unbedingt größer mit der Erfahrung (Goldberg et al., 2016), und es gibt Psychotherapeuten, die beständig schlechte Ergebnisse erzielen (Castonguay & Hill, 2017).

Es stellen sich also für Aus-, Fort- und Weiterbildung vor allem folgende Fragen: „Was machen gute Psychotherapeuten anders als schlechte?“ und „Wie wird man mit der Zeit besser?“ Die Antworten sind mehr oder weniger einfach:

Die besseren Psychotherapeuten unterscheiden sich von den schlechteren in mancherlei Hinsicht (Miller 2015), aber ganz besonders im Ausmaß der Reflexion ihrer Tätigkeit sowie in ihrer Fähigkeit, ihr breites Wissen fallspezifisch und kontextabhängig einzusetzen. Auch das Integrative Modell von Pinsof (2018) begründet, warum der Psychotherapeut sich in verschiedenen Kontexten und Phänomenbereichen (psychisch, sozial, biologisch) zurechtfinden sollte.

Besser werden Psychotherapeuten durch Reflexion des eigenen Handelns (z. B. in der Supervision) und Feedback (z. B. durch die Patienten); die „gemeinsame Endstrecke“ aus Reflexion und Feedback scheint das Lernen aus kleinen Fehlern zu sein (Miller 2015).

Wenn wir davon ausgehen, dass – wie oben dargelegt – in Mehrpersonen-Settings viel erreicht werden kann und dass Flexibilität in der Settinggestaltung gefragt ist, müssen wir fragen: „Wie wird die Arbeit im Mehrpersonen-Setting gelernt?“ Ohne Üben, Reflektieren und Lernen aus Fehlern wird es jedenfalls nicht gehen. Und ein paar Workshops werden dafür wohl nicht ausreichen.

Ist also systemisches Wissen und Können für die weiteren Entwicklungen auch in anderen Verfahren unentbehrlich, und ist die Entwicklung einer systemischen Perspektive für alle Psychotherapieverfahren zu fordern? Oder soll vielmehr die Systemische Therapie ein eigenständiges Verfahren bleiben? Meine Antwort: sowohl – als auch! Die systemische Perspektive bietet einen guten Zusatznutzen für Psychotherapeuten anderer Verfahren (und ihre Patienten!), aber Systemische Therapie ist und bleibt auch ein eigenständiges Verfahren, deren erkenntnistheoretische Grundlage und (noch weiter zu entwickelnde) Therapietheorie einen entscheidenden Unterschied zu anderen Verfahren machen.

Literatur

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

- Buchholz, M. B. B. & Kächele, H. (2019). Verirrungen der bundesdeutschen Diskussion. Eine Polemik. *Psychotherapeutenjournal*, 18 (2), 156–162.
- Fydrich, T. (2018). Evidenzbasierung in der Psychotherapie. *Familiendynamik*, 43, 268–279.
- Grawe, K. (2005a). Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie*, 7/8, 311.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2010). Synergetik in der Psychologie: Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe.
- Levold, T. (2018). Systemische Geschichtswerkstatt. Verfügbar unter: <http://systemmagazin.com/systemische-geschichtswerkstatt/> [25.07.2019].
- Loth, W. (2017). Beistuern zu hilfreichen Veränderungen – explizite Zugänge, implizite Entwicklungen. *Systeme*, 31, 65–87.
- Ochs, M., Borcsa, M. & Schweitzer, J. (Hrsg.). (2020). Linking systemic research and practice – Innovations in paradigms, strategies and methods. (EFTA Series, Bd. 5). Cham: Springer International.
- Pinsof, W. M., Breunlin, D. C., Russell, W. P., Lebow, J. L. & Rampage, C. & Chambers, A. L. (Hrsg.). (2018). *Integrative Systemic Therapy: Metaframeworks for Problem Solving With Individuals, Couples, and Families*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Reiter, L. (1990). Die depressive Konstellation. Eine integrative therapeutische Metapher. *System Familie*, 3, 130–147.
- Reiter, L., Brunner, E. J. & Reiter-Theil, S. (Hrsg.). (1988/1997). *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Heidelberg: Springer.
- Schweitzer, J. & Aderhold, V. (2013). Systemische Therapien bei Menschen mit psychotischen Erlebens- und Verhaltensweisen. *Psychotherapeut*, 58, 357–363.
- Schweitzer, J. & Schlippe, A. v. (2006). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Band II. Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Strauß, B. (2019). Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin? *Psychotherapeutenjournal*, 18 (1), 4–10.
- Sydow, K. v. & Borst, U. (2018). *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Routledge.



Dr. Ulrike Borst

Stockerstr. 45
8002 Zürich
Schweiz
borst55@gmx.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Ulrike Borst ist Psychologische Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin und Lehrende Supervisorin SG. Von 1989 bis 2007 war sie tätig als Stationspsychologin, später in Oberarzt-Funktion und Leiterin Qualitätsmanagement, zuletzt Leiterin Unternehmensentwicklung in den Psychiatrischen Diensten Thurgau (Schweiz). Heute fungiert sie als Leiterin des Ausbildungsinstituts für Systemische Therapie und Beratung Meilen/Zürich und ist niedergelassen in eigener Praxis in Zürich und Konstanz.

Zur Diskussion gestellt

Perspektiven der Psychotherapie – ein Blick zurück in die Zukunft

Rainer Richter

Zusammenfassung: Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) gelten seit etwa einem halben Jahrhundert als anerkannter wissenschaftlicher Standard für den Wirksamkeitsnachweis medizinischer Behandlungsmethoden, an den auch die sozialrechtliche Zulassung gebunden ist. Dieser „Goldstandard“ wird von Psychotherapeuten¹ regelmäßig kritisiert. Allerdings wird nur selten diskutiert, durch was dieser Goldstandard einmal abgelöst werden könnte. Der Beitrag diskutiert den Vorschlag aus der Arbeitsgruppe um Bruce Wampold eines kontextuellen Meta-Modells der Psychotherapie, das zugleich eine Überwindung des derzeit gültigen medizinischen, i. e. S. pharmakologischen, Meta-Modells bedeutet. Dabei wird deutlich, dass dieses neue Meta-Modell durch eine psychodynamische Perspektive erweitert werden sollte, um die postulierte Gültigkeit für psychotherapeutische Verfahren zu erzielen.

Jenseits von RCT-Evidenz und Verfahrenstreue: Was macht Psychotherapie wirksam?

Es gilt als allgemeiner Standard im Gesundheitswesen, dass die Wirksamkeit eines Behandlungsverfahrens im Vergleich zu einer un- oder zumindest anders behandelten, ansonsten aber vergleichbaren Patientengruppe nachgewiesen sein muss, wobei die Zuweisung zu den Behandlungsgruppen nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen hat. Diese auch als „Goldstandard“ bezeichnete Anforderung gilt mittlerweile für alle medizinischen Behandlungsverfahren, somit auch für Psychotherapie, soweit sie sich als Krankenbehandlung versteht. Gleichwohl war und ist diese Forderung nach randomisierten kontrollierten Studien (RCT) besonders in der Psychotherapieforschung mit Kontroversen verbunden, die insbesondere in gesundheitspolitischen Debatten durchaus heftig geführt wurden. Aber auch dort, etwa bei der Zulassung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), ist diese methodische Anforderung mittlerweile Standard und wird – wenn auch mit Zähneknirschen und Bauchschmerzen – akzeptiert. Einmal zugelassen, konnten wirksame Behandlungsverfahren dann weitgehend ohne weitere Überprüfung in der sog. Routineversorgung eingesetzt werden, vor allem dann, wenn sie sich dort bewährt hatten. Dieses galt wiederum für fast alle medizinischen Behandlungen (mit Ausnahme der verschreibungspflichtigen Arzneimittel), also auch für die psychotherapeutischen Verfahren. Mit der Förderung der Versorgungsforschung durch den Innovationsfonds haben sich die methodischen Anforderungen, aber auch für diesen Anwendungsbereich konkretisiert. Der aktuelle Stand und auch Weiterentwicklungen des klassischen RCT-Designs wurden

jüngst in einem von dem zuständigen Expertengremium verfassten Statement publiziert (Blettner et al., 2018)².

Wir müssen also konstatieren, dass der mainstream der wissenschafts- und auch der gesundheitspolitischen Debatte nach wie vor vom „Goldstandard“ bestimmt ist und sich eine Veränderung nicht abzeichnet, auch wenn in Kreisen der wissenschaftlichen wie praktischen Psychotherapie nach wie vor diskutiert wird, ob die Forderung nach RCT-Evidenz in der Psychotherapie sinnvoll und angemessen ist. Bekanntermaßen sind diese Diskussionen sowohl im wissenschaftlichen wie gesundheits- oder berufspolitischen Kontext häufig interessengeleitet, was zuletzt im Zusammenhang mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung und deren Folgen wieder verstärkt zu beobachten war. Dabei wurden Beiträge zu dieser Debatte aus dem Ausland eher selten rezipiert, die zu einer Versachlichung durchaus geeignet sind und auf die im Folgenden eingegangen werden soll. Es handelt sich um Arbeiten aus der Gruppe um die amerikanischen Psychotherapieforscher Bruce Wampold und Zac Imel, die Ergebnisse der internationalen Psychotherapieforschung in ihrem 2001 erstmals veröffentlichten Buch zusammengefasst haben, dessen erweiterte 2. Auflage 2018 zusammen mit dem Schweizer Psychotherapeuten Christoph Flückiger („Die Psychotherapie-debatte“; Wampold, Imel & Flückiger, 2018) in deutscher Übersetzung erschien. Das Besondere an der Position dieser Autoren ist der Versuch, ihre kritische Haltung zum „Gold-

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

² Die hier als Kurztitel angegebenen Quellenangaben finden Sie ausführlich im Literaturverzeichnis am Ende des Artikels.

Faktor(-gruppe)	Variable	Studien	Patienten	ES
Wirkung von Psychotherapie	Psychotherapie	> 500	> 80.000	0,80
Kontextuelle Faktoren	Allianz	190	> 14.000	0,57
	Empathie	59	3.599	0,63
	Zielkonsens/Zusammenarbeit	15	1.302	0,72
	Wertschätzung	18	1.067	0,56
	Kongruenz/Echtheit	16	863	0,49
	Kulturelle Adaptation der Therapie	21	950	0,32
	Person des Psychotherapeuten	29+17	14.519	0,35–0,55
Spezifische Wirkfaktoren	Unterschiede zwischen Treatments	295	> 5.900	< 0,20
	Spezifische Techniken	30	871	0,01
	Adhärenz	28	1.334	0,04
	Kompetenz für störungsspezifische Therapie	18	633	0,14

Tabelle: Effektstärken (ES) für Psychotherapie, kontextuelle und spezifische Faktoren (Meta-Analysen) nach Wampold et al. (2018), S. 324

standard“ aus den empirischen Studien zur internationalen Psychotherapieforschung heraus, somit evidenzbasiert, hin zu einer neuen Konzeption der Psychotherapie zu entwickeln.

Fragen wir uns also zunächst, was wir sicher aus der Psychotherapieforschung wissen. Wampold und seine Kollegen haben diese Frage sehr ausführlich und differenziert in ihrem Buch beantwortet (s. a. Strauß, 2019), sodass ich mich hier auf die wesentlichen Punkte und unter Verzicht auf die einzelnen Quellen beschränken kann. Als Erstes das hinlänglich bekannte Ergebnis der Forschung: Psychotherapie ist wirksam. Und die Wirksamkeitsbelege aus kontrollierten Studien sind übertragbar in die Versorgungspraxis. Die Veränderungsprozesse dauern unterschiedlich lange: eine Trivialität für Kliniker, aber auch das ist nun empirisch belegt. Und Psychotherapeuten unterscheiden sich in ihrer Effektivität. Das wissen die Kostenträger ebenso lange wie wir Praktiker, weswegen sie immer wieder Versuche starten, die Ergebnisse von Psychotherapien auch mit der Absicht zu kontrollieren, die sog. schwarzen Schafe zu entdecken. Aber auch wir Psychotherapeuten waren nicht frei von Interessenkonflikten³: Für unerwünschte Nebenwirkungen von Psychotherapie haben wir uns jahrzehntelang in der Forschung nicht interessiert, sondern sie allenfalls hinter verschlossenen Türen diskutiert. In Zukunft werden wir offener, aber auch offensiver mit den Kassen über die Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung reden müssen, auch das ist ein Teil der Berufspolitik. Welche Themen das sein können, lässt sich gut aus einer von Wampold und Kollegen zusammengestellten Effektstärkentabelle ablesen (vgl. Tabelle), in der die Autoren die in Studien wiederholt untersuchten Therapiefaktoren neu geordnet haben: In der ersten

Zeile die für Psychotherapie allgemeine mittlere Effektstärke von 0,80, darunter die von den Autoren als Kontextfaktoren benannten allgemeinen oder auch unspezifischen Therapievariablen (common factors), die allgemeine, d. h. verfahrens-unabhängige Merkmale der therapeutischen Beziehung beschreiben, und schließlich verfahrensspezifische Faktoren in den unteren vier Zeilen.

Den Effektstärken liegen Meta-Analysen zu Grunde, die auf hunderten von Wirksamkeitsstudien mit insgesamt tausenden von Patienten beruhen, welche mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren behandelt wurden. Es zeigen sich drei Befunde: Erstens die bekanntermaßen hohe all-

Das Besondere an der Kritik von Wampold und Kollegen am RCT-Goldstandard war, dass diese sich aus Befunden der empirischen Psychotherapieforschung speiste, somit evidenzbasiert war.

gemeine Wirksamkeit von Psychotherapie (eine Effektstärke von 0,80 ist höher als die der meisten Arzneimittel), zweitens hängen kontextuelle (bzw. allgemeine) Faktoren wie „Allianz“, „Empathie“, „Erwartungen des Patienten“ oder „Aufklärung über die Störung“ deutlich stärker mit dem Therapieergebnis zusammen als Faktoren, die mit den einzelnen Verfahren assoziiert und die z. T. eher wenig wirksam sind. Diese besagen u. a., dass sich die einzelnen Psychotherapieverfahren in ihrer Wirksamkeit kaum unterscheiden.

³ Apropos Interessenskonflikt: Wampold und Imel waren ursprünglich sozialwissenschaftlich orientierte Erziehungswissenschaftler (educational counselling), die sich keiner einzelnen Psychotherapie-„Schule“ zuordnen lassen, Flückiger ist Verhaltenstherapeut.

Im Einzelnen belegen Wampold und Kollegen, dass wir Folgendes einigermaßen sicher wissen:

- Therapeuten werden mit zunehmender Erfahrung nicht besser (bezüglich ihrer Behandlungsergebnisse).
- Spezifische Kompetenz (bezüglich eines Psychotherapieverfahrens) ist nicht assoziiert mit dem Behandlungsergebnis.
- Adhärenz (etwa bezüglich eines Behandlungsmanuals) ist nicht wesentlich assoziiert mit dem Behandlungsergebnis.
- Strukturierte/fokussierte Behandlungen sind wirksamer.
- Spezifische Techniken haben (laut Ergebnissen von „dismantling“-Studien) nur einen geringen Einfluss auf das Behandlungsergebnis.

Das kontextuelle Meta-Modell als psychotherapeutische Alternative zum medizinischen Paradigma

Der Clou der Argumentation von Wampold und Kollegen liegt nun darin, dass sie behaupten, nur die spezifischen Faktoren seien mit dem medizinischen (und in seiner extremen Ausprägung: pharmakologischen) Meta-Modell, wie es auch für die westliche Psychotherapie kennzeichnend ist, kompatibel. Die von ihnen so benannten Kontextfaktoren hingegen seien in erster Linie im Zusammenhang der Behandlung definiert, nicht hingegen als spezifische Kennzeichen einem Behandlungsverfahren zugeordnet und somit mit dem medizinischen

— Wir Psychotherapeuten müssen uns von unserem verinnerlichten, an der Medizin ausgerichteten Meta-Modell verabschieden und ein alternatives Meta-Modell zugrunde legen! —

Meta-Modell inkompatibel. Diese Differenzierung der Wirkfaktoren ist unmittelbar plausibel: So sehr der Erfolg eines Behandlungsverfahrens, sei es medikamentös oder operativ, an ein medizinisches Meta-Modell gekoppelt ist, so wenig spielt es eine Rolle, ob es an einen kulturellen Kontext gebunden ist oder Empathie, eine vertrauensvolle Beziehung zum Behandler oder dessen Wertschätzung, erfordert. Und das ist die These von Wampold und Kollegen, nachdem sie die Meta-Analysen der Psychotherapieforschung gesichtet haben: Bei psychotherapeutischen Verfahren sind es nicht die spezifischen Faktoren, sondern die kontextuellen Faktoren, die mit dem Behandlungserfolg assoziiert sind. Da dieser Befund im Widerspruch zum medizinischen Meta-Modell steht, schlagen die Autoren als Alternative ein kontextuelles Meta-Modell vor.

Zusammenfassend zeigt die Gesamtschau der empirischen Evidenz, dass sich in der Logik des Medizinischen

Metamodells die Wirksamkeitsunterschiede von Psychotherapien nur unzureichend abbilden lassen. Dies ist ein ernüchterndes Bild, da die empirischen Resultate ein gesellschaftlich breit akzeptiertes Forschungsparadigma fundamental in Frage stellen. Dem gegenüber werden im Medizinischen Metamodell basale proaktive psychologische Konzepte, wie beispielsweise Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung oder intelligentes Handeln, die Teil eines jeden Grundstudiums der Psychologie sind, nur unzureichend abgebildet. Der freie Wille und damit verbunden das proaktive Gesundheitsverhalten werden im Modell gänzlich vernachlässigt. (Wampold et al., 2018, S. 327)

Wir benötigen ein anderes Modell als dasjenige, welches wir alle in unserer psychotherapeutischen Sozialisation mehr oder weniger verinnerlicht haben. Wie häufig kommt das medizinische Meta-Modell selbst im psychoanalytischen Kontext zum Tragen, obwohl dieser erkenntnistheoretische Kurzschluss in psychodynamischen Kreisen unter dem Schlagwort „Medi-zinialisierung der Psychotherapie bzw. der Psychoanalyse“ bis heute immer wieder moniert wurde. Auch die von der universitären Verhaltenstherapie immer wieder postulierte Modularisierung der Psychotherapie folgt dem medizinischen Modell.

Wenn sich das medizinische Meta-Modell somit als für die Psychotherapie unangemessen erweist, ergibt sich die Notwendigkeit eines anderen Meta-Modells, mit dem die empirisch identifizierten Wirkfaktoren kompatibel sind. Dabei folgt diese Argumentation nicht etwa gesundheits- oder wissenschaftspolitischen Motiven, sondern erwächst aus einem erkenntnistheoretischen Widerspruch: Wenn die mit dem Behandlungserfolg verknüpften, also relevanten, Komponenten sich mit dem zugrunde liegenden Meta-Modell als inkompatibel erweisen, müssen wir dieses Meta-Modell zugunsten eines

anderen, besser geeigneten verwerfen. Genau das fordern Wampold und Kollegen: Wenn es zutrifft, dass der psychotherapeutische Nutzen weder mit dem spezifischen Behandlungsverfahren noch mit der Verlässlichkeit, mit dem dieses lehrbuchgemäß angewendet wird, zu tun hat, dann müssen wir uns von dem Meta-Modell verabschieden, das ja genau dieses postuliert, und uns stattdessen nach einem alternativen Meta-Modell umsehen, zu dem die empirisch identifizierten Wirkfaktoren besser passen. Die Autoren schlagen hierfür das „Kontextuelle Metamodell der Psychotherapie“ als Bezeichnung vor, bei dem der psychotherapeutische Nutzen durch folgende Faktoren i. S. v. common factors, also verfahrensunspezifisch, charakterisiert ist, nämlich durch

- menschliche Interaktion zwischen einem hilfesuchenden Patienten und einem empathischen und fürsorglichen Psychotherapeuten,

- die therapeutische Allianz (kooperative Arbeitsbeziehung) sowie die damit verbundenen Erwartungen und Phantasien des Patienten und
- die vertrauensvolle Teilnahme an psychotherapeutischen Maßnahmen.

Das kontextuelle Meta-Modell weiterdenken: Zwei Vertiefungsvorschläge aus psychodynamischer Perspektive

Aus psychodynamischer Sicht würde ich diese Konzeption eines kontextuellen Meta-Modells um zwei Punkte ergänzen wollen:

Erstens: Immer wieder tauchen in unseren Diskussionen Begriffe wie „Interaktion“ oder „Beziehung“ auf. Auch wenn die systematische Gestaltung und Reflexion der psychotherapeutischen Beziehung in der Vergangenheit gewissermaßen ein Alleinstellungsmerkmal der psychodynamischen Psychotherapie wie auch der Gesprächspsychotherapie war, so gibt es heutzutage wohl kein Verfahren mehr, das sich nicht als beziehungsorientiert versteht. Das gilt insbesondere auch für eine moderne Verhaltenstherapie. Was aber ist damit gemeint, dass die Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut eine Rolle spielt? Was überhaupt ist die therapeutische Beziehung? Es ist sicher mehr als die Arbeitsbeziehung und es ist sicherlich auch mehr mit diesem Begriff gemeint als die Art und Weise, wie sich ein Patient im Verhältnis zu seinem Psychotherapeuten (einseitig) verhält und erlebt. Wenn man hingegen die Interaktion zwischen beiden, den intellektuellen und emotionalen Austausch, im Blick hat, landet man bei einer Definition, wonach es sich um ein dynamisches Geschehen zwischen mindestens zwei Menschen handelt, die in einer Beziehung interagieren. Aber was unterscheidet diese Begrifflichkeit dann von einer psychotherapeutischen Beziehung? Zur Abgrenzung taucht in der Literatur an dieser Stelle, so auch bei Wampold und Kollegen, das Wort „echte“ Beziehung auf. Wir wissen alle, dass es in der Psychotherapie nicht darum geht, eine sog. echte, normale zwischenmenschliche Beziehung zu etablieren, wie wir sie mit unserem Partner oder mit Freunden, Kollegen und Nachbarn eingehen. Und doch müssen auch in der Psychotherapie authentische, emotionale Interaktionen möglich sein. Aber worin unterscheidet sich eine psychotherapeutische Beziehung dann von einer „normalen“ zwischenmenschlichen Interaktion? Kann/darf eine therapeutische Beziehung auch „echt“ sein – oder eben gerade nicht? Antworten in den Lehrbüchern beschränken sich häufig auf Bestimmungen, was alles *nicht* zu einer psychotherapeutischen Beziehung gehört, etwa die Wunscherfüllung oder die Teilhabe des Patienten am Privatleben des Psychotherapeu-

ten und umgekehrt. Aber auf welche Wünsche des Patienten darf oder *soll* der Psychotherapeut sogar eingehen? Darf der Psychotherapeut den Patienten bitten, etwas lauter zu reden? Was heißt „normal“ oder „echt“ in diesem Kontext? Jeder Psychotherapeut kann Beispiele dafür erzählen, wo eine therapeutische Beziehung für kurze Zeit Züge einer echten Beziehung hatte. Wurde der professionelle Rahmen der psychotherapeutischen Beziehung in solch einem Moment verlassen, wodurch oder wodurch gerade auch nicht? All dies verbirgt sich hinter dem common factor „Interaktion“ und muss in die Überlegungen einbezogen werden. Es handelt sich somit nicht um eine grundsätzliche Kritik am kontextuellen Meta-Modell, sondern um eine notwendige Ausdifferenzierung.

Bei der zweiten Ergänzung geht es um das Unbewusste, dessen Bedeutung ich am common factor „Allianz“ verdeutlichen will. Erwartungen und Phantasien und damit Teile der psychotherapeutischen Beziehung können eine Abwehrfunktion haben. Abwehr im psychodynamischen Sinn dient dazu,

— **Das vorgeschlagene kontextuelle Meta-Modell könnte bei zwei Komponenten noch durch eine psychodynamische Perspektive vertieft werden: bei der Erschließung der therapeutischen Beziehung wie auch des Unbewussten.** —

unangenehme Affekte wie Schuld- und Schamgefühle, aber auch Angst und Aggression zu vermeiden, und zwar möglichst so, dass sie erst gar nicht ins Bewusstsein gelangen. Dazu dienen die Abwehrvorgänge, die unbewusst ablaufen und die wir alle zur psychischen Stabilisierung benötigen. Aber wie kann ich Phänomene, die meinem Gegenüber nicht bewusst sind, die damit auch mir nicht unmittelbar bewusst sind, überhaupt erkennen? Dies wird möglich, wenn mir mein Interaktionspartner Erwartungen und Phantasien, Gedanken und Wünsche zu erkennen gibt, die an mich gerichtet sind und die ich in einem sinnvollen Zusammenhang zu seinen Verhaltensweisen verstehen kann. Auch dieses Phänomen – ich spreche von der Übertragung – ist ubiquitär, wir kennen es aus engen zwischenmenschlichen Beziehungen und nutzen es ebenso in einer professionellen psychotherapeutischen Beziehung. Allerdings stehen uns nicht die üblichen Kriterien zur Wahrheitsprüfung zur Verfügung. Es sei denn, wir benutzen unsere eigene Affektivität, unsere eigenen bewussten Gefühle, Phantasien und Strebungen dazu, um auf die unbewussten Gefühle des Patienten zu schließen. Das wurde dann als „Gegenübertragung“ bezeichnet. Es gibt also einen Weg, um etwas, das per se nicht beobachtbar ist, nämlich Unbewusstes, doch in irgendeiner Form wenigstens erschließbar zu machen. Mit all den damit verbundenen methodischen Schwierigkeiten, die ja hinlänglich bekannt sind. Trotz dieser methodischen Besonderheit nutzen wir diese Erkenntnismöglichkeit im Alltag wie in der psychotherapeutischen Situation. Aus verfahrensübergreifenden Interventions-

gruppen wissen wir, dass erfahrene Psychotherapeuten jedweder Schule die eigenen affektiven Reaktionen nutzen, um Rückschlüsse auf die Affekte des Patienten zu ziehen. Dabei ist es vermutlich von Vorteil, wenn diese Gegenübertragung bewusst reflektiert und systematisch genutzt wird. Das kontextuelle Meta-Modell ist also auch um das Erschließen und die Nutzung unbewusster Phänomene beim Patienten wie beim Psychotherapeuten zu ergänzen.

Im bisher Gesagten wurde wiederholt auf Unterschiede zwischen den einzelnen Psychotherapieverfahren hingewiesen, ohne danach zu fragen, ob sich etwa die psychodynamische Psychotherapie nicht nur in den theoretischen Konzeptionen, sondern auch in der praktischen Anwendung wesentlich unterscheidet. Zu den beiden Verfahren, der Kognitiven Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Psychotherapie, gibt es zu dieser Frage nach verfahrensspezifischen Prototypen empirische Befunde. Ablon und Jones (1998) haben solche Prototypen erstmals mithilfe von Q-Faktoren-Analysen identifiziert, um sie dann in einem zweiten Schritt auf ihre Bedeutung für den Behandlungserfolg zu untersuchen.

Für die psychodynamische Psychotherapie beschreiben sie die folgenden verfahrensspezifischen Elemente:

- empathisch und sensitiv für Gefühle des Patienten,
- nicht wertende Akzeptanz, neutral,
- Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen,
- Inhalte:
 - Rekonstruktion von Kindheit und Jugend,
 - Selbstbild,
 - sexuelle Gefühle und Erfahrungen,
 - Träume und Phantasien;
- Kommunikation:
 - eindeutig und kohärent,
 - der Offenheit des Patienten förderlich;
- Techniken:
 - Konfrontation mit Widerstand,
 - Deutung unbewusster Wünsche, Gefühle, Ideen,
 - Aufmerksamkeit auf unangenehme/abgewehrte Gefühle,
 - Thematisieren von Schuldgefühlen,
 - Einsicht vermitteln.

Der Q-Prototyp der Kognitiven Verhaltenstherapie wird durch folgende Elemente beschrieben:

- supportive Haltung,

- Strukturierung des Gesprächs durch neue Themen,
- didaktische Haltung,
- Erläuterung der Gründe für psychotherapeutische Interventionen,
- fokussierter Dialog,
- das Erleben und Verhalten außerhalb der Psychotherapie als Zielgröße,
- Thematisieren kognitiver Schemata im psychotherapeutischen Gespräch,
- Betonung der aktuellen Lebenssituation,
- zuversichtliche und selbstsichere Haltung des Psychotherapeuten.
- Der Psychotherapeut fragt hier nach zusätzlichen Informationen,
- gibt Ratschläge und Anleitungen und
- bespricht Erfahrungen des Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven.

Die Autoren ließen anschließend für jede der untersuchten Psychotherapien die Therapietreue der beteiligten Therapeuten bestimmen, indem sie die Übereinstimmung mit den o. a. Prototypen maßen, ohne das Behandlungsmodell der Therapeuten zu kennen. Sowohl für die psychodynamischen wie auch für die kognitiv-behavioralen Behandlungen ließ sich der Behandlungserfolg durch den Q-Prototypen der psychodynamischen Psychotherapie vorhersagen. Der Q-Prototyp der Kognitiven Verhaltenstherapie hingegen wies in beiden Therapieformen wenig oder keinen Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis auf. Shedler (2011) kam deswegen in einer Literaturübersicht zu dem Schluss, dass „psychodynamische Interventionen, nicht verhaltenstherapeutische Interventionen, ein erfolgreiches Outcome in sowohl kognitiven wie auch psychodynamischen Behandlungen“ prognostizierten.

Dieses Ergebnis sollte nun nicht vorschnell als Überlegenheit der psychodynamischen Therapie als solcher interpretiert werden, sondern zuerst auf die Bedeutung der kontextuellen Elemente gemäß Wampold und Kollegen verweisen, die im psychodynamischen Q-Prototypen enthalten sind.

Die „professionelle Haltung“: Ein neuer Leitstern für die künftige psychotherapeutische und medizinische Aus- und Weiterbildung?

In den Q-Prototypen tauchten mehrere Elemente auf, die sich unter eine psychotherapeutische Haltung subsumieren lassen. Auch diese lässt sich als common factor, also als kontextuelles Element auffassen, das ein typisches professionelles,

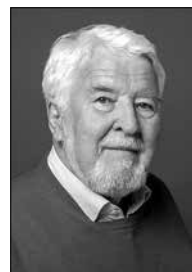
hingegen kein verfahrensspezifisches Kennzeichen ist. Das Konzept wurde im Rahmen der Vorarbeiten zur Reform der Psychotherapeutenausbildung von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) diskutiert und in den Kompetenzkatalog integriert. Das Konzept einer spezifischen professionellen Haltung ist für eine ganze Reihe von Berufen, z. B. Lehrer oder Ärzte, relevant, bei denen neben technischen Fertigkeiten auch kontextuelle Faktoren für den (Be-)Handlungserfolg relevant sind. In Analogie etwa zu der ärztlichen Haltung bestand in den Gremien der BPtK Konsens darüber, auch für den Beruf des Psychotherapeuten das Konzept einer psychotherapeutischen Haltung zu definieren, die unabhängig von den Verfahren und Techniken ist. Dazu gehören dann u. a. Faktoren wie wohlwollende Neutralität oder Abstinenz, was wiederum auf den Konflikt Beziehungskontext vs. Verfahrensspezifität verweist. In die verinnerlichte psychotherapeutische Haltung gehen aber nicht nur die common factors, sondern auch die expliziten und impliziten anthropologischen und kulturellen Normen, Werte und Überzeugungen des Psychotherapeuten ein, die in den allgemeinen Beziehungsfaktoren nicht ausreichend abgebildet werden. Eine professionelle Haltung oder auch ein Habitus, so etwa der französische Soziologe Pierre Bourdieu, wird als System dauerhafter (unbewusster) Dispositionen verstanden, der durch die Verinnerlichung der eine Person umgebenden objektiven Strukturen gebildet werde. Zugleich umfasst er Handlungen, Wahrnehmungen und Beurteilungen und schafft durch deren Umsetzung subjektive, individuelle und professionstypische Praxis. Eine professionelle Haltung lässt sich also nicht beschreiben, ohne individuelle Werte und Normen ebenso wie die unbewussten Dispositionen zu berücksichtigen. Und damit sind wir spätestens jetzt bei den Folgen des beschriebenen Wechsels vom medizinischen Meta-Modell zum kontextuellen für die Psychotherapeutenausbildung angekommen. Wir waren damals in der Arbeitsgruppe der BPtK der Meinung, die Entwicklung einer psychotherapeutischen Haltung müsse auch Teil der Ausbildung und der sich anschließenden Weiterbildung sein, sei mit der Approbation noch nicht abgeschlossen, werde aber auch nicht erst mit der Weiterbildung begonnen. Vielmehr müssten dazu in der Ausbildung die Grundlagen gelegt werden, wozu auch der Erwerb von Kenntnissen der Philosophie, Anthropologie und Ethik sowie die dazugehörigen Fähigkeiten zur kritischen (Selbst-)Reflexion von Normen und Werten gehören. Leider war es nicht möglich, hierüber einen Konsens mit den Hochschullehrern der Psychologie zu erzielen. Ich bin aber optimistisch, dass sich mit der strukturellen Annäherung der Psychotherapeutenausbildung an das Studium der Medizin, bei dem der Erwerb einer professionellen Grundhaltung ein erklärtes Ausbildungsanliegen ist, auch dieses Ziel erreichen lässt. Mein Optimismus wird auch dadurch genährt, dass sich im überaus naturwissenschaftlich, wenn nicht gar technologisch orientierten Medizinstudium eine Entwicklung zu einer stärker beziehungsorientierten Ausrichtung abzeichnet und an die kontextuelle Basis der Heilkunde erinnert wird. Dieses wird nicht nur im Nationalen Kompetenzkatalog Medizin

deutlich, der die Grundlage für die zukünftige Ausbildung sein wird, sondern auch in einer damit abgestimmten Ausrichtung der Approbationsprüfung, bei der der Nachweis von praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten einen erheblich größeren Raum einnehmen wird. Es ist zu hoffen, dass auch die Approbationsordnung Psychotherapie diesem Trend folgt.

Wampold und Kollegen haben für das pharmakologische Meta-Modell zurecht die Bezeichnung „medizinisches Meta-Modell“ gewählt, auch wenn für die Medizin mehr als die spezifischen Faktoren für den Behandlungserfolg relevant waren und sind. Denn auch für die Medizin gilt in vielen Bereichen das kontextuelle Meta-Modell. Die zu erwartende Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung ist möglicherweise mit einer höheren Gewichtung des kontextuellen Meta-Modells auf Kosten eines pharmakologischen verbunden. Von einer solchen Entwicklung könnte auch die psychotherapeutische Ausbildung profitieren, sodass sich dann vielleicht in 30 Jahren eine Alternative für den Goldstandard der RCT abzeichnet. Dabei ist eines ziemlich sicher: In 100 Jahren wird es ein anderes Wirksamkeitsmodell geben. Noch weiß keiner, wie dieses aussieht.

Literatur

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 71–83.
- Blettner, M., Dierks, M.-L., Donner-Banzhoff, N., Hertrampf, K., Klusen, N., Köpke, S. et al. (2018). Überlegungen des Expertenbeirats zu Anträgen im Rahmen des Innovationsfonds. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 130, 42–48.
- Shedler, J. (2011). Die Wirksamkeit psychodynamischer. *Psychotherapie. Psychotherapeut*, 56, 265–277.
- Strauß, B. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: Wo stehen wir und wo wollen wir hin? *Psychotherapeutenjournal*, 18 (1), 4–10.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.



Prof. Dr. Rainer Richter

Institut für Psychotherapie
Universitätsklinikum Eppendorf
20246 Hamburg
richter@uke.de

Univ.-Prof. i. R. Dr. Dipl.-Psych. Rainer Richter ist Psychologischer Psychotherapeut und war ehemals Präsident der BPtK und der PtK Hamburg sowie Leiter des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg (TP). Als ausgebildeter Psychoanalytiker war er in verschiedenen Verbänden (DPTV, DGPT) aktiv. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Psychophysiologie und Psychodynamik der psychosomatischen Erkrankungen sowie in der Psychotherapieforschung.

Rezensionen

Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA) – eine Alternative zur Balintgruppe?

Kerkloh, M. (Hrsg.). 2018. *Interaktionsbezogene Fallarbeit. Ein praxisbezogenes Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer, 172 Seiten, 29,00 €

Interaktionsbezogene Fallarbeit (kurz: IFA) ist in den letzten beiden Jahrzehnten als verhaltenstherapeutisches Äquivalent zur Balint-Arbeit entstanden und hat sich insbesondere in der Facharztweiterbildung als Gruppenmethode zwischen patientenbezogener Supervision und personenbezogener Selbsterfahrung etabliert. Zunehmend entdecken auch Psychotherapeuten¹ die IFA für sich und wirken federführend an der Entwicklung des IFA-Konzepts mit, wobei insbesondere dem Verband für Integrative Verhaltenstherapie (VIVT) und der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) für die Methodenentwicklung zu danken ist.

Mechthild Kerkloh (Hrsg.), die Diplom-Psychologin, zertifizierte IFA-Leiterin und Vorsitzende der IFA-Gesellschaft im VIVT ist, und das Autorenteam haben nunmehr ein praxisorientiertes Handbuch zur IFA vorgelegt, das den konkreten Ablauf, die eingesetzten Techniken und die spezifischen Herausforderungen innerhalb eines IFA-Prozesses (problematisches Gruppenklima, Rollenkonflikte, akzentuierte Teilnehmer, gestresste Leiter) beschreibt.

Hilfreich sind die gut verständliche Begriffsbestimmung zum IFA-Konzept selbst, die zahlreichen Fallbeispiele, die Selbstinstruktionstexte für die Leiter, die strukturierten Ablaufpläne, die kre-

ativen Techniken zum Ebenenwechsel, die Umgangsvorschläge für Krisen in den Gruppen und die Listen zur Materialiensammlung.

Interessant ist auch der Exkurs zur Entstehungsgeschichte der IFA mit einer gesamtdeutschen Vita und den beiden dezent divergierenden Haltungen bzw. Traditionen im Osten und im Westen unserer Republik. Auch der fachliche Vergleich zwischen IFA und Balint-Arbeit fällt sehr ausgewogen und würdigend für beide Vorgehensweisen aus und hilft, deren jeweilige Besonderheiten auseinanderzuhalten.

Da aktuell insbesondere die ärztlichen Kollegen die IFA im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung nutzen, widmet sich ein Kapitel den IFA-Regelungen der Landesärztekammern, was zur berufsrechtlichen Orientierung beiträgt.

Wer plant, selbst IFA-Leiter zu werden, bekommt neben den inhaltlichen Anregungen auch einen genauen Überblick über den Ausbildungsgang selbst. In der Praxis zur Ausbildung der IFA-Leiter ergeben sich nach meiner Ansicht noch Reserven, um konzentrierter und rascher zum Zertifikat kommen zu können. Hinweise zu Vernetzungsmöglichkeiten und IFA-Gruppenangeboten wären deswegen noch wünschenswert gewesen.

Das Autorenteam um Mechthild Kerkloh hat es in knapper Form geschafft, ein ausgesprochen praxisnahes und dazu noch wissenschaftlich fundiertes Buch

auf den Weg zu bringen. Allen Autoren ist über die Textbeiträge anzumerken, dass sie im „praktischen Saft“ zum Thema IFA stehen und das IFA-Konzept mit Freude, aber auch wissenschaftlicher Ernsthaftigkeit betreiben.

Das Buch erscheint mir nicht nur für angehende IFA-Leiter, sondern auch für Teilnehmer, die die IFA zur Selbstreflexion ihres psychotherapeutischen Tuns nutzen wollen, ausgesprochen geeignet, um die Methode für sich vertiefen zu können. Auch für Psychotherapeuten, die mit der Methode bislang noch nicht vertraut sind, stellt das Buch einen verständlichen Einstieg dar.

Im vorliegenden Buch hätte man zwar den Benefit des IFA-Konzepts im Vergleich zur klassischen Selbsterfahrung bzw. Supervision stärker herausarbeiten können, um sie den Ausbildungsinstituten plausibler zu machen. Es bleibt jedoch zu hoffen, dass sich die Psychologischen Psychotherapeuten der IFA als praktikabler Supervisions- und Selbsterfahrungsmethode zuwenden und die IFA-Arbeit auch fester Teil der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung wird.

Mathias Mohr,
Dresden

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

Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Bergmann, F. (2019). Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Weinheim: Beltz, 309 Seiten, 42,95 €

Trotz Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 sind die Wartezeiten auf einen Therapieplatz in Deutschland immer noch zu lang. Das Versorgungsdefizit betrifft Menschen mit Intelligenzminderung in besonderem Maße, zumal diese Gruppe ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko aufweist, psychisch zu erkranken. Zwar sind die stationären Behandlungsangebote und Spezialambulanzen in den letzten Jahren erweitert worden, die Suche nach einem ambulanten Therapieplatz gestaltet sich dennoch schwierig. Dieser Umstand liegt in verschiedenen Ursachen begründet. So wurde dieser Personengruppe historisch bedingt lange Zeit abgesprochen, von psychotherapeutischen Angeboten profitieren zu können. Bis dato scheuen sich zudem viele Kollegen davor, Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zu behandeln, mitbedingt durch die Befürchtung, nicht über ausreichende Kompetenzen zu verfügen. Felicitas Bergmann schafft es mit ihrem neuen Buch, diese Vorbehalte zu entkräften. Ihr Werk schließt eine Lücke zwischen pädagogischen Konzepten und einer Fachliteratur, die auf Psychotherapie bei Erwachsenen mit intellektuellen Beeinträchtigungen fokussiert ist.

Das Fachbuch gliedert sich in zwei Teile, die den gesamten psychotherapeutischen Prozess bei jungen Menschen mit dualer Diagnose behandeln. Der erste Teil des Buches widmet sich nach einer einführenden Abgrenzung zu herausforderndem Verhalten als primär pädagogischer Domäne den Grundlagen einer Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. So wird der Exploration des emotionalen Alters und den jeweiligen Implikationen für die Behandlungsplanung besondere

Bedeutung beigemessen. Der diagnostische Prozess wird in seiner auf diese Patientengruppe zugeschnittenen Herangehensweise übersichtlich und umfassend dargestellt. Es finden sich zielgruppenspezifische Ausführungen bezüglich Exploration, Anamnese und der Erhebung des psychopathologischen Befundes. Fragebögen, Instrumente zur Leistungsdiagnostik sowie projektive Verfahren werden bezüglich ihrer Einsatzmöglichkeiten bei geistiger Behinderung ausführlich beschrieben. Sehr hilfreich sind die Anleitungen zu Verhaltensbeobachtung und Videoanalyse auch unter Einbindung der Bezugspersonen sowie die Berücksichtigung behinderungsspezifischer Besonderheiten bei der funktionalen Verhaltensanalyse nach dem SORCK-Schema. Im Abschnitt „Intervention“ finden sich sowohl grundlegende Hinweise zur Gestaltung der Therapieräume und zu geeigneten Materialien als auch organisatorische Aspekte, jeweils in Bezug auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe. Zum Bericht an den Gutachter finden sich zielführende Formulierungshilfen und Hinweise zum Umgang mit möglichen Ablehnungsgründen. Schließlich wird der therapeutischen Grundhaltung im Sinne einer grundbedürfnisorientierten, validierenden Beziehungsgestaltung ebenso wie Kommunikationstechniken unter dem Einsatz von leichter Sprache und nonverbalen Möglichkeiten angemessen Raum gegeben.

Im zweiten Teil werden ausgewählte Problembereiche und deren psychotherapeutische Behandlung beschrieben. Diese sind im Einzelnen Störungen der Impulskontrolle und der Emotionsregulation, geringe Regelakzeptanz und oppositionelles Verhalten, depressive Symptome und Selbstwertprobleme, Ängste und Phobien, stereotypes und selbststimulierendes sowie selbstverletzendes Verhalten. Es wird jeweils der aktuelle Forschungsstand in Bezug

auf die einzelnen Störungsbilder beschrieben und durch zahlreiche Quellen belegt. Es folgen Vorschläge für das diagnostische und therapeutische Vorgehen, die durch Übungsideen, tabellarische Übersichten und Schaubilder ergänzt werden. Die Autorin beschreibt Impacttechniken und erlebnisorientierte Übungen, welche die zu vermittelnden Inhalte für junge Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen begreifbar machen. Zur Veranschaulichung dienen vielfältige Beispiele aus der therapeutischen Praxis der Autorin.

Felicitas Bergmann ist es gelungen, ein reichhaltiges und sehr umfassend recherchiertes Nachschlagewerk für die psychotherapeutische Praxis vorzulegen, das eine fundierte Grundlage für den gesamten Therapieprozess bildet. Die Autorin wird dem Anspruch gerecht, Kollegen zu ermutigen, mit Zuversicht und der entsprechenden Kompetenz auch Menschen mit besonderen Bedürfnissen eine psychotherapeutische Behandlung anzubieten. Einige Störungsbilder werden zwar nicht explizit behandelt, die beschriebenen Behandlungsansätze lassen sich jedoch häufig adaptieren. Dennoch wären Ausführungen zu Autismusspektrumstörungen, ADHS und Zwängen wünschenswert gewesen. Kritisch anzumerken wäre zudem, dass zwar ein E-Book zum Download verfügbar ist, jedoch keine Arbeitsblätter zur Veranschaulichung der Erklärungsmodelle oder der beschriebenen Interventionen vorliegen.

Sicherlich sind zukünftig Fortbildungen zur Vermittlung ergänzender Kompetenzen in Bezug auf duale Diagnosen wünschenswert. Das vorgelegte Buch kann aus meiner Sicht dazu beitragen, den Weg dorthin zu ebnen.

Judit Kiewaldt,
Wülfrath

Die Technik des grafisch unterstützten Verstehens – erklärt in Bild und Ton

Prior, M. (2018). **Punkt, Punkt, Komma, Strich – fertig ist die Lösungssicht. Ein-tägiger Workshop auf 3 DVDs. Therapie-Film, 29,95 €**

Wenn Personen die Hilfe eines Beraters, Coach oder Psychotherapeuten in Anspruch nehmen, dann ist das berichtete Anliegen meistens recht verworren, unübersichtlich, komplex und/oder kompliziert. Das visualisierende Verstehen des Coachs – diese Bezeichnung steht für alle Personen, bei denen professionelle Hilfe im o. g. Sinne in Anspruch genommen wird – ist eine wertvolle Hilfe, damit man nicht aneinander vorbeiredet, viele Teil-Probleme in ihren Zusammenhängen „ins Bild bringen kann“ und das vom Coach Verstandene der Hilfe suchenden Person rückgemeldet werden kann.

Diesem Anliegen will die Technik des grafisch unterstützten Verstehens – man kann auch von Gesprächsführung sprechen – gerecht werden. Und das ist kein rhetorisches Versprechen des Autors! Drei DVDs helfen dem Lernenden, sich in das Vorgehen gründlich einzuarbeiten. Die Aufzeichnungen aus einem Workshop liegen in einer Kompaktkassette vor.

Auf DVD 1 erläutert der Autor die Vorteile des grafisch unterstützten Verstehens anschaulich und ausgesprochen praxisorientiert. Die Ausführungen werden ergänzt durch drei kurze Demonstrationen und dauern eine reichliche Stunde. Im 2. Teil geht es um das grafisch unterstützte Verstehen einfacher Situationen (Dauer: 26 Min.), wobei die Teilnehmer erste Erfahrungen sammeln. Aufgetretene Fragen bzw. Unsicherheiten werden geklärt und komplettieren DVD 1.

Die DVD 2 – von gleichem Aufbau wie DVD 1 und etwa gleicher Dauer – widmet sich der visuellen Darstellung von Ausgang- und Problemsituationen. Zu-

nächst begründet der Autor, weshalb die mehrmalige Wiederholung des Verstandenen so wichtig ist – nicht nur für das bessere Verständnis des Coachs, sondern auch für die Lösungsfindung durch den Klienten/Coachee. Prominente Bedeutung hat dabei das sog. systemische Schweigen. Der Klient hat dadurch Gelegenheit, seine visualisierte Problemlage „durcharbeiten“ und (Teil-)Lösungen finden zu können. Seine spontanen Äußerungen sollten festgehalten und in die grafische Darstellung unmittelbar einbezogen werden. Inhaltliches Nachfragen sollte unterbleiben; ebenso Empfehlungen, Ratschläge, Umdeutungen oder gar Interventionen. Im Weiteren gelingt es dem Autor, zwanglos und gut nachvollziehbar organisatorische und prozedurale Fragen zu stellen, zu diskutieren und einvernehmlich zu beantworten. Dies wird an zwei Themenbereichen demonstriert: Mit einer Teilnehmerin wurde an deren Lebensplanung und mit einem Teilnehmer an seinem Umgang mit Teamkonflikten in der Firma gearbeitet – alles komplexe, vielschichtige Themen.

Die DVD 3 hat eine analoge Struktur wie die der DVD 2: Klare Anweisung an die Workshop-Teilnehmer – dyadisches Üben anhand selbst gewählter Themen – Diskussion der gesammelten Erfahrungen. Inhalte der Diskussionen betreffen den Umgang mit Emotionen, die Überlegenheit von Piktogrammen gegenüber Texten und die Unangemessenheit von inhaltlichen Fragen sowie von Lösungsempfehlungen. Dies alles lernen die Workshop-Teilnehmer anhand ihrer eigenen Interviewthemen. Es wird dabei deutlich, dass visualisierendes Verstehen nicht nur am Beginn einer Intervention nützlich und wirksam ist, sondern auch in der Psychotherapie, wenn der Patient ein neues Thema beginnen will, das im Anschluss mit spezifischen psychotherapeutischen Techniken bearbeitet werden soll. Selbst dann, wenn die grafische Darstellung

im Ergebnis suboptimal bleiben sollte, entfaltet sie ihr Potential dadurch, dass beim Klienten Suchprozesse im Sinne von Priming eingeleitet werden.

Es gibt in der alltäglichen Praxis Themen, die sich als Texte schwer bis unzulänglich darstellen lassen. Eine Visualisation ist stattdessen der Königsweg, wie mit der Technik des grafisch unterstützten Verstehens überzeugend gezeigt werden kann.

Nichts ist so gut, als dass man es nicht noch verbessern könnte. Zwei Ansatzpunkte seien genannt: Es ist ziemlich zeitaufwändig, wenn man in den DVDs ad hoc nach spezifischen Informationen sucht. Das geht im gedruckten Text viel schneller. Der Autor ist deshalb gut beraten, wenn er zusätzlich zu den DVDs ein Booklet beifügt, das eine Art kommentiertes Sachverzeichnis für die DVDs sein könnte. So originell die Methode dargestellt worden ist, auf Probleme bei deren Anwendung sollte mehr Bezug genommen werden. Auch dafür wäre das Booklet eine geeignete Möglichkeit.

Der Autor hat diese Gesprächstechnik nicht nur selbst entwickelt und viele seiner Erfahrungen in die DVDs einfließen lassen. Er hat sie in dem Workshop mit großer innerer Ruhe und Klarheit in der Sache vermittelt. Dabei ist er auf die Expertise der Aufnahme- und Schneidetechnik angewiesen gewesen. Die drei DVDs sind schließlich das Ergebnis einer produktiven Kooperation. Dem Leser, der sich in diese Interviewtechnik einarbeiten möchte, sei diese DVD-Kassette sehr empfohlen. Das ist nicht nur die Überzeugung des Rezensenten, sondern die des Anwenders gleichermaßen. Inhalt und Vorgehen sind ein Novum in der therapiebezogenen Diagnostik; denn es gibt dazu keine Konkurrenzliteratur.

O. Berndt Scholz,
Bonn

Leserbriefe

Wir müssen ein Alternativmodell anbieten!

Zu M. P. Hengartner: Eine methodenkritische Evaluation der biomedizinischen Depressionsforschung: Wie zuverlässig und praxisrelevant sind vielbeachtete neurobiogenetische Befunde? *Psychotherapeutenjournal* 2/2019, S. 110–117 sowie zu M. B. Buchholz & H. Kächele: Verirrungen der bundesdeutschen Diskussion. Eine „Polemik“. *Psychotherapeutenjournal* 2/2019, S. 156–162.

Ja, es ist zu fragen, wie wir die Behandlung psychisch Kranker im Allgemeinen und Psychotherapie im Speziellen zukünftig betreiben wollen: als technokratisches Verfahren und vorwiegend mit Medikamenten auf dem Hintergrund eines neurobiologisch-genetischen Modells oder sozialpsychologisch fundiert mit den Kernelementen Gespräch und Kontext.

Zwischen beiden Ansätzen liegen, wie der Essay von Michael P. Hengartner und die Polemik von Buchholz & Kächele prägnant darlegen, Welten. Und beide Aufsätze geben Antwort in ein und dieselbe Richtung: Die biomedizinische Fokussierung, dieser die Patientenwirklichkeit nicht abbildende einseitige Blick sollte schleunigst zugunsten einer vornehmlich psychosozialen Sichtweise verlassen werden. Und beachtenswert, dass in beiden Artikeln diese Forderung nicht aus ideologischen Überlegungen abgeleitet wird, sondern aus empirischen Daten.

Folgt man Hengartner und seiner hochdifferenzierten Sichtung und Analyse neurobiologischer Befunde, so bleibt am Ende nicht viel übrig von der Gehirnhypothese zur Depression. Nein, dieser neurobiogenetische Reduktionismus wird, wie er schreibt, „der komplexen, multifaktoriellen Ätiologie der Depression nicht gerecht.“ Seine logische Folgerung heißt richtigerweise, jetzt

„psychosozialen Faktoren wieder mehr Aufmerksamkeit zu widmen.“ Und ganz ähnlich in der Polemik von Buchholz & Kächele, wo die „gute Nachricht“ lautet, „dass die biomedizinische Psychiatrie begonnen hat, einige Schlachten zu verlieren“ und die „Technokraten zum schleichenden Rückzug gezwungen sind.“

Gut so, kann man da nur sagen. Denn ein Modell, das fälschlicherweise als wissenschaftlich ausgegeben wird, diesen Anspruch aber keineswegs erfüllt – „Störung des Gehirns (...) eine unbestätigte Hypothese(, e)in überzeugender Nachweis fehlt“, schreibt ja Hengartner – und das über die Jahrzehnte seiner Herrschaft nicht zu einer Abnahme der Depressions-Prävalenzen geführt hat, sollte umgehend abdanken. Es hat vermutlich mehr Schaden angerichtet als genutzt!

Und wir Psychologische Psychotherapeuten müssen jetzt endlich in die Gänge kommen und ein hinsichtlich der Depression *alternatives Modell* anbieten und propagieren (...). In solch einem personbezogenen und interaktionellen Kontextmodell bestünde für den depressiv leidenden Menschen die Chance, Orientierung und auch Besserung zu finden. Eine derartige Psychotherapie, die sich eben nicht von der Medizin vereinnahmen lässt, sondern sich wieder auf ihre Wurzeln besinnt und die Veränderungen einer unübersichtlich und komplex gewordenen Welt in ihr Theoriegebilde und ihre Behandlungsstrategien miteinbezieht, wäre dann auch nicht mehr gefährdet, ihre „Reputation“ zu verlieren und von einem medizinisch-pharmakologischen Tsunami „weggeschwemmt“ zu werden. Sondern echte Hilfe für Menschen in verzweifelten Lebenslagen.

Dipl.-Psych. Jürgen Karres,
Landsberg am Lech

Liebe Leserinnen und Leser,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn sich Leserinnen und Leser in Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen zu den Themen der Zeitschrift äußern – ganz herzlichen Dank! Gleichzeitig müssen wir darauf hinweisen, dass wir uns – gerade angesichts der erfreulich zunehmenden Zahl von Zuschriften – vorbehalten, eine Auswahl zu treffen oder gegebenenfalls Zuschriften auch zu kürzen, wenn sie das grobe Richtmaß von 2.500 Zeichen (inkl. Leerzeichen) deutlich überschreiten.

Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 15. Oktober 2019 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

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

Einseitige Darstellung des Ertrags neurowissenschaftlicher Methoden

Zu M. P. Hengartner: Eine methodenkritische Evaluation der biomedizinischen Depressionsforschung: Wie zuverlässig und praxisrelevant sind vielbeachtete neurobiogenetische Befunde? *Psychotherapeutenjournal* 2/2019, S. 110–117.

Mit der kritischen Betrachtung einer zu einseitigen Fokussierung auf biologische Prozesse bin ich grundsätzlich einverstanden. Jedoch ist die Schlussfolgerung des Autors, „(d)ie statistischen Methoden in den Neurowissenschaften (seien) (...) mitunter eindeutig unzulässig“ (S. 113), mit Verweis auf Eklund, Nichols & Knutsson (2016), falsch. Ergebnisse einiger früherer Studien beruhen tatsächlich nicht auf einem strengen Signifikanzkriterium. Problematisch dabei: dieser Sachverhalt wurde in der Vergangenheit zu wenig beachtet. Das bedeutet jedoch nicht, dass Metho-

den der Neurowissenschaft unzulässig seien. Es bedeutet vielmehr, dass bei nichtkorrekter Anwendung der wissenschaftlichen Methode zweifelhafte Ergebnisse herauskommen, und das gilt grundsätzlich für alle wissenschaftlichen Disziplinen.

Die Darstellung von Herrn Dr. Hengartner ist recht einseitig. So entsteht der Eindruck, dass neurowissenschaftliche Forschung keinen substantiellen Beitrag zu Verständnis und Behandlung psychischer Störungen leisten könnte. Dieser Sichtweise muss ich entschieden widersprechen. Während die Meta-Analyse von Müller et al. (2017) keine Unterschiede in der Hirnaktivierung im Vergleich von Menschen mit Depression und Gesunden findet, gibt es Analysen, die zu einem anderen Schluss gelangen. Eine auf Originaldaten basierende Meta-Analyse von Schulze et al. (2018) kommt zu dem Resultat, dass insbesondere die Amygdala bei Patienten mit Depression eine veränderte Antwort auf emotionale Reize zeigt. Und neurowissenschaftliche Forschung kann durchaus zum Wohl von Patienten beitragen. Zum Beispiel zeigten Langevin et al. (2016) eine signifikante Verbesserung posttraumatischer Symptome nach Amygdala-Stimulation mit implantierten Hirnelektroden. Ähnliche Befunde gibt es mit Habenula-Stimulation bei Depression (Sartorius et al., 2010). Ein neueres Verfahren ist die endogene Neuromodulation mit fMRT-inspiriertem Neurofeedback (Lubianiker et al., 2019). Young et al. (2017) zeigten die Wirksamkeit eines Amygdala-Neurofeedbacktrainings bei Depression. Diese Arbeiten wären ohne neurowissenschaftliches Wissen undenkbar und sind konkrete Beispiele für den Nutzen, den diese Forschung für Patienten haben kann. Ein besseres Verständnis der Psychobiologie trägt zu verbesserten Störungsmodellen bei, auch wenn der direkte klinische Nutzen nicht immer ohne Weiteres erkennbar ist. Auf Basis dieses Wissens können in der Zukunft neue und effiziente Therapiemethoden entstehen.

Literatur:

Eklund, A., Nichols, T.E. & Knutsson, H. (2016). Cluster failure: Why fMRI inferences for spatial ex-

tent have inflated false-positive rates. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.*, 113, 7900–7905.

Langevin, J.-P., Koek, R. J., Schwartz, H. N., Chen, J. W. Y., Sultzer, D. L., Mandelkern, M. A. et al. (2016). Deep Brain Stimulation of the Basolateral Amygdala for Treatment-Refractory Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 79, e82–e84.

Lubianiker, N., Goldway, N., Fruchtman-Steinbok, T., Paret, C., Keynan, J. N., Singer et al. (2019). Process-based framework for precise neuromodulation. *Nature of Human Behaviour*, 3, 436–445.

Müller, V. I., Cieslik, E. C., Serbanescu, I., Laird, A. R., Fox, P. T. & Eickhoff, S. B. (2017). Altered Brain Activity in Unipolar Depression Revisited Meta-analyses of Neuroimaging Studies. *JAMA Psychiatry*, 74, 47–55.

Sartorius, A., Kiening, K. L., Kirsch, P., von Gall, C. C., Haberkorn, U., Unterberg, A. W. et al. (2010). Remission of major depression under deep brain stimulation of the lateral habenula in a therapy-refractory patient. *Biological Psychiatry*, 67, e9–e11.

Schulze, L., Schulze, A., Renneberg, B., Schmahl, C. & Niedtfield, I. (2018). Neural correlates of affective disturbances: a comparative meta-analysis of negative affect processing in borderline personality disorder, major depressive disorder, and post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 4 (3), 220–232.

Young, K. D., Siegle, G. J., Zotev, V., Phillips, R., Misaki, M., Yuan, H. et al. (2017). Randomized Clinical Trial of Real-Time fMRI Amygdala Neurofeedback for Major Depressive Disorder: Effects on Symptoms and Autobiographical Memory Recall. *American Journal of Psychiatry*, 174 (8), 748–755.

Dr. Dipl.-Psych. Christian Paret,
Mannheim

In die Falle der Überinterpretation „unterpowerter“ Kleinstudien getappt

Antwort des Autors auf den Leserbrief von Dr. Christian Paret.

Herr Dr. Paret hat natürlich vollkommen Recht, dass die Methoden der Neurowissenschaften nicht grundsätzlich falsch sind. Dies wurde in meiner Arbeit auch nicht behauptet. Ich habe auch in keiner Weise zum Ausdruck bringen wollen, dass in anderen Fachdisziplinen die Methoden immer korrekt angewendet werden. Das stimmt selbstverständlich auch nicht. Ich stehe jedoch nach wie vor zur Aussage, dass die gewählten Methoden „mitunter“ unzulässig seien. Wie das Wort „mitunter“ impliziert, heißt dies nicht „immer“, sondern „manchmal“. Und dies deckt sich vollkommen mit der Analyse von Eklund und Kollegen (2016), welche

aufzeigte, dass eine in der Bildgebung häufig angewendete Methode der statistischen Inferenz fälschlicherweise zu tiefe p-Werte generiert. Die Autoren schlussfolgern darum: „This calls into question the validity of countless published fMRI studies based on parametric clusterwise inference“ (S. 7903).

Ein ganz einfaches statistisches Prinzip besagt: Je kleiner die Stichprobe, desto ungenauer und unzuverlässiger der ermittelte Schätzwert. Leider ist die durchschnittliche Stichprobengröße in den Neurowissenschaften viel zu klein, um präzise, zuverlässige und replizierbare Effekte zu generieren (Button et al., 2013; Turner et al., 2018; Yarkoni, 2009). Damit will ich aber nicht sagen, dass es diese Probleme ausschliesslich in den Neurowissenschaften gibt. Der geringe Stichprobenumfang ist in der medizinischen, biologischen, und psychologischen Forschung grundsätzlich einer der Hauptgründe, warum die meisten publizierten wissenschaftlichen Befunde falsch sind (Asendorpf et al., 2013; Bakker et al., 2012; Ioannidis, 2005).

Ich anerkenne, dass neurobiologische Forschung wichtige neue Erkenntnisse liefern kann. Auch betone ich in meiner Arbeit explizit, dass es sicherlich Korrelationen zwischen Aktivität in gewissen Hirnarealen und depressiven Symptomen geben mag. Nur impliziert irgendeine unspezifische und mitunter konfundierte Korrelation zwischen Gehirnaktivität und psychopathologischen Symptomen noch lange nicht, dass es sich hierbei um einen spezifischen kausalen Wirkmechanismus handelt (Miller, 2010; Sprooten et al., 2017; Weinberger & Radulescu, 2016). Auch dies wird in meiner Arbeit erläutert.

Leider tappt Herr Paret genau in die Falle, vor der ich die Leser des Psychotherapeutenjournals mit meiner Arbeit warnen wollte: Er überinterpretiert die aufsehenerregenden Befunde von „unterpowerter“ Kleinstudien, als würde es sich hierbei um adäquat gepowerte Replikationsstudien mit großen Stichproben handeln. So zitiert er eine durchaus spannende Arbeit von Young et

al. (2017), wo 36 depressive Personen zwei unterschiedlichen Neurofeedback-Verfahren zugewiesen wurden und wo in der Experimentalgruppe relativ zur Kontrollgruppe kurzfristig beeindruckende Unterschiede in der Depressions-symptomatik gefunden wurden.

Wie bei „unterpowernten“ Studien üblich, sind die berichteten Effektgrößen aber unrealistisch hoch und können darum in nachfolgenden, adäquat gepowerten Studien mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht repliziert werden bzw. fallen sie dann erwartungsgemäß enttäuschend klein aus. Wie bereits oben erläutert, handelt es sich hierbei um ein grundlegendes statistisches Prinzip: Unterpowernte Kleinstudien generieren häufig falsch-positive Befunde; dies bestätigt sich logischerweise auch in der psychiatrischen Forschung immer wieder (Bastiaansen et al., 2014; Border et al., 2019; Kapur & Munafo, 2019). Und so warten wir seit über 30 Jahren intensivster biopsychiatrischer Forschung immer noch darauf, dass eine neuartige neurobiologische Depressionsbehandlung die aktuelle klinische Praxis nachhaltig verbessert. Weil dieser Durchbruch weiterhin nicht absehbar ist, fordern immer mehr Experten einen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Forschung: Weg vom genetisch-neurobiologischen Reduktionismus und stattdessen wieder vermehrt hin zu psychosozialen, klinischen und patientenorientierten Forschungsschwerpunkten (Bracken et al., 2012; Priebe, Burns, & Craig, 2013).

PD Dr. Michael P. Hengartner,
Zürich

Literatur:

Asendorpf, J. B., Conner, M., De Fruyt, F., De Houwer, J., Denissen, J. J. A., Fiedler, K. et al. (2013). Recommendations for Increasing Replicability in Psychology. *European Journal of Personality*, 27 (2), 108–119.

Bakker, M., van Dijk, A. & Wicherts, J. M. (2012). The Rules of the Game Called Psychological Science. *Perspectives on Psychological Science*, 7 (6), 543–554.

Bastiaansen, J. A., Servaas, M. N., Marsman, J. B., Ormel, J., Nolte, I. M., Riese, H. et al. (2014). Filling the gap: relationship between the serotonin-transporter-linked polymorphic region and amygdala activation. *Psychological Science*, 25 (11), 2058–2066.

Border, R., Johnson, E. C., Evans, L. M., Smolen, A., Berley, N., Sullivan, P. F. et al. (2019). No Support for Historical Candidate Gene or Candidate Gene-by-Interaction Hypotheses for Major Depression Across Multiple Large Samples. *American Journal of Psychiatry*, 176 (5), 376–387.

Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C. et al. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201 (6), 430–434.

Button, K. S., Ioannidis, J. P., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S. et al. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14 (5), 365–376.

Eklund, A., Nichols, T. E. & Knutsson, H. (2016). Cluster failure: Why fMRI inferences for spatial extent have inflated false-positive rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 113 (28), 7900–7905.

Ioannidis, J. P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, 2 (8), e124.

Kapur, S. & Munafo, M. (2019). Small Sample Sizes and a False Economy for Psychiatric Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*, 76 (7), 676f.

Miller, G. A. (2010). Mistreating Psychology in the Decades of the Brain. *Perspectives on Psychological Science*, 5 (6), 716–743.

Priebe, S., Burns, T. & Craig, T. K. (2013). The future of academic psychiatry may be social. *British Journal of Psychiatry*, 202 (5), 319–320.

Sprooten, E., Rasgon, A., Goodman, M., Carlin, A., Leib, E., Lee, W. H. et al. (2017). Addressing reverse inference in psychiatric neuroimaging: Meta-analyses of task-related brain activation in common mental disorders. *Human Brain Mapping*, 38 (4), 1846–1864.

Turner, B. O., Paul, E. J., Miller, M. B. & Barbey, A. K. (2018). Small sample sizes reduce the replicability of task-based fMRI studies. *Communications Biology*, 1, 62.

Weinberger, D. R. & Radulescu, E. (2016). Finding the Elusive Psychiatric „Lesion“ With 21st-Century Neuroanatomy: A Note of Caution. *American Journal of Psychiatry*, 173 (1), 27–33.

Yarkoni, T. (2009). Big correlations in little studies: Inflated fMRI correlations reflect low statistical power – Commentary on Vul et al. (2009). *Perspectives on Psychological Science*, 4 (3), 294–298.

Young, K. D., Siegle, G. J., Zotev, V., Phillips, R., Misaki, M., Yuan, H. et al. (2017). Randomized Clinical Trial of Real-Time fMRI Amygdala Neurofeedback for Major Depressive Disorder: Effects on Symptoms and Autobiographical Memory Recall. *American Journal of Psychiatry*, 174 (8), 748–755.

Warum nur als „Polemik“?

Zu M. B. Buchholz & H. Kächele: Verirrungen der bundesdeutschen Diskussion. Eine „Polemik“. *Psychotherapeutenjournal* 2/2019, S. 156–162.

Ich habe mit ganz besonderem Interesse diesen von der inhaltlichen Grundlegung und Bedeutung der klinischen

Praxis für die Zukunft unserer Profession so elementar wichtigen Beitrag gelesen. Obgleich ich nach insgesamt mehr als 42 Jahren klinischer psychotherapeutischer Tätigkeit nicht mehr in eigener Praxis wirksam bin, verfolge ich mit relevantem Interesse die Diskussionen um die Neugestaltung des Psychotherapeuten-Gesetzes und den (...) beinahe schon in einem „Schnellverfahren“ anvisierten Zugang zur Psychotherapeuten-Approbation durch ein Direktstudium. Ich habe den Beitrag zweimal gelesen oder lesen müssen, weil ich mir der ganz besonders elementaren kritisch-distanzierenden Inhalte erst dann richtig bewusst werden konnte. Ich kann den wesentlichsten inhaltlichen Aussagen – ganz markant zu den leider wenig reflektierten massiven Gefahren der Verdrängung grundlegender Inhalte der bisherigen postgradualen Ausbildungsfundierung und des kontextuellen Modells durch das technisch-medizinische Modell – direkt zustimmen. Ich begrüße außerdem, dass sich diese beiden international uneingeschränkt anerkannten und in umfangreicher klinischer wie wissenschaftlicher Tätigkeit als deutsche Psychoanalytiker ausgewiesenen Professoren dieser (...) von den Hauptakteuren völlig „unterbelichteten“ Thematik einer wirklich drohenden „Verirrung“ in der bundesdeutschen Diskussion so differenziert und mit markanter Literaturanalyse gewidmet haben. (...) Umso mehr war ich aber auch zugleich irritiert bzw. enttäuscht darüber, dass dieser so grundlegende Beitrag, der ohne besondere gedankliche Mühe inhaltlich absolut mehr als nur ein „Kommentar“ oder nur „eine Polemik“ (S. 156) darstellt und mit dieser sehr differenzierten wissenschaftlichen wie klinisch-praktischen Literatur- und Situationsanalyse nicht als eine Grundlagenarbeit vorgestellt wird.

(...) Mit dieser Selbstbezeichnung scheint mir der wegweisende Artikel im PTJ publizistisch „zu klein gehalten“.

PD Dr. Dipl.-Psych.
Wolfram Zimmermann,
Bernau bei Berlin

Schritte gegen die Vernachlässigung der Psychotherapeuten in der Jugendhilfe

Zu J. P. W. Goebel & R. Maurer-Hein: Psychotherapie in der Erziehungsberatung: Ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern. *Psychotherapeutenjournal* 2/2019, S. 128–136.

Dass im PTJ ein ausführlicher Fachartikel über die Erziehungsberatung/Jugendhilfe und die mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes dort einhergehenden Schwierigkeiten erscheint, hat mich gefreut. Über diese Thematik wird viel zu selten recherchiert und berichtet.

Da langjährig in der Jugendhilfe (JH) tätig, möchte ich dem Fachartikel ein paar Aspekte meiner persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen über „Heilkunde und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ beifügen:

(...) Aus meiner Sicht sind die approbierten JH-Kollegen für die Psychotherapeutenkammern, auch meiner Bremer Kammer, nichts als „Melkkühe“: Sie kosten fast nichts, müssen aber Milch geben, sprich: Beiträge bezahlen. Von Kammerseite wurde und wird für die Jugendhilfe im Gegenzug fast gar nichts getan. Im Zentrum fast aller Bemühungen standen und stehen aufgrund des Aufbaus der Kammern die niedergelassenen und angestellten Psychotherapeuten des ambulanten und in zweiter Linie des stationären Gesundheitsbereichs, welche allesamt *eng umschriebene heilkundliche Leistungen* erbringen. Zudem fanden und finden ärmere Bevölkerungsteile bzw. Familien mit Kindern, die nicht so gut ins „SGB-V-Versorgungsraster“ passen, als besondere Zielgruppe kaum Berücksichtigung.

Paradoxiertweise versammeln sich aber, wie in Fachkreisen und wissenschaftlichen Untersuchungen gut dokumentiert (vgl. z. B. Kinder- und Jugendgesundheitsurveys der Bundesregie-

rung/KiGGS und Bella-Studie), gerade in Bereichen wie der ambulanten und stationären Jugendhilfe, wo oft arme Familien mit vermehrten und kumulativen Gesundheitsrisiken Unterstützung erhalten, vielfach Kinder und Jugendliche mit gravierenden psychischen Störungen. Bedarf besteht dort nicht nur nach pädagogischen Hilfen, sondern auch nach psychotherapeutischer Heilkunde. Das wird auch in dem o. g. Fachartikel deutlich. Aus verschiedenen Gründen – z. T. wegen hochschwelliger und unpassender Angebote für arme Familien, wegen fehlender begleitender Sozialberatung und multiprofessioneller Kooperationen, wegen Wartelisten und großer Auswahl an „bequemeren Patienten“ – konnten und können die Niedergelassenen diesen Bedarf nicht befriedigen. Er wird, wenn überhaupt, überwiegend (?) von Erziehungsberatungsstellen und anderen ambulanten Hilfen des Allgemeinen Dienstes (ASD) im Rahmen der JH-Aufgaben abgedeckt. Es gibt dazu und zur Nicht-Inanspruchnahme von psychosozialen Leistungen allerdings kaum Studien. Laut neueren Daten versorgen die Erziehungsberatungsstellen (...) etwa 3 % aller Unter-18-Jährigen (Tabel, A., Komdat, 2019/01, S. 12–15, <http://www.akjstat.tu-dortmund.de/komdat/ausgabe/komdat-012019/>). Neben den Beratungen für Probleme rund um Familie mit etwa 50 % sind es mit etwa 39 % Beratungen für junge Menschen mit Entwicklungsauffälligkeiten bzw. seelischen Problemen. Sind die Probleme im Rahmen der Erziehungsberatung oder ASD-Hilfen nicht mehr zu bewältigen, kommen die Kinder und Jugendlichen oft entweder in die stationäre Psychiatrie oder gleich in Heime – oft ohne psychotherapeutische Zusatzausstattung. In vielen Fällen führt der Weg – ambulant und stationär – zur Chronifizierung der psychischen Leiden und zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten.

Wenn trotz des enormen Kostendrucks in der Jugendhilfe Interventionen mit psychotherapeutischem Anteil finanziert werden, sind dort wegen einer größeren Flexibilität und Offenheit der Therapie- und Beratungssettings kooperativ abgestimmte multiprofessio-

nelle Interventionen mit Lebensweltbezug möglich (siehe z. B. <http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2012.html>). Diese sind zugänglicher, ggf. aufsuchend und passen für die Problemlagen von armen Familien und deren Kinder in der Regel besser – leider ohne dass die Krankenkassen dabei etwas mitfinanzieren. An diesem Punkt angelangt, stimme ich mit dem Fachartikel vollkommen überein, dass die Versäulung der Systeme zu überwinden ist; möglichst weitgehend unter Einbezug von Familie, Kindergarten und Schule als kindliche Lebenswelten und mit Anspruch auf Inklusion. Es sind Neuverknüpfungen und integrierte Hilfen zu etablieren, die eine bessere, flexiblere Versorgung vor allem für arme Familien mit erhöhten Gesundheitsrisiken und entsprechend häufigen Problemen sicherstellen. Elementar ist es, außerdem den Präventionsgedanken, die Resilienzförderung und Ressourcenaktivierung im Blick zu haben. Dabei sind nicht nur individuelle Hilfen, sondern auch wohnortnahe gemeindepsychologische Ansätze wichtig (z. B. Anregungen zur Selbsthilfe, Gesprächskreise). (...)

Schlechte Bezahlung hat für die Arbeit mit Kindern und in JH-Armutsbereichen in Deutschland eine lange, schwer änderbare Tradition, auch wenn diese Arbeit oft komplexer und schwieriger und mit mehr Kooperationsanforderungen verbunden ist. Auch die Gesundheits- und Wohlfahrtsbürokratien werden nicht automatisch per Gesetz oder Vorschriften beweglicher. Allein diese zwei Hemmnisse illustrieren, dass es sich bei Bestrebungen zur Neuverknüpfung von SGB V und SGB VIII bzw. zur Entsäulung der auch in sich sehr differenten „SGB-Rechts-, Status- und Bezahlssysteme“ um ein äußerst schwieriges und komplexes Vorhaben handelt. Ein schrittweises und punktuelles Gelingen könnte aber zu enormen volkswirtschaftlichen Ersparnissen führen, wie z. B. weniger Unterbringungs-, Krankheits-, Arbeitslosen-, Frühverrentungs- und Gefängniskosten. Neben internationalen Studien liegen auch einige deutsche Modellrechnungen dazu schon länger vor (z. B. aus Sicht von volkswirtschaftlichen Analysen und von

Prognosen, Parameter- und Verlaufsschätzungen: Roos, K. & Petermann, F. (2006). Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung – Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 15 (1), 45–54; Anger, C., Plünnecke, A. & Tröger, M. (2007). Renditen der Bildung – Investitionen in den frühkindlichen Bereich, eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln im Auftrag der Wissensfabrik – Unternehmen für Deutschland e.V.). (...). Möglichst viele Initiativen mit Aussicht auf langfristige Kostenersparnisse stünden den öffentlichen Sektoren Gesundheit und Jugendhilfe bei den angesprochenen Neuverknüpfungen also gut zu Gesicht (im übrigen auch dem Bereich Schule mit der in Deutschland schlechten Ausstattung an Schulpsychologen und -sozialarbeitern).

Dipl.-Psych. Ottmar Stöhr,
Bremen

Chancen für angemessene Eingruppierung der PP/KJP nur durch eigenen Zusammenschluss

Zum Interview „Die Einbeziehung der Psychotherapeutinnen (PP/KJP) in die Entgeltordnung im Tarifvertrag der Länder (TV-L) ist endlich gelungen: Ein Fortschritt?“ *Psychotherapeutenjournal* 2/2019, S. 163–167.

Das Interview hinterlässt – trotz einiger kritischer Anmerkungen – den Eindruck, als seien die berechtigten Forderungen der Psychotherapeuten-schaft wieder mal nur an den ungelinkten, starren Arbeitgebern gescheitert. Dem kann ich nicht uneingeschränkt zustimmen. Es hat sich – offenbar bis heute – nämlich als kompliziert und anstrengend erwiesen, unsere Eingruppierungsforderungen in den bzgl. des TVöD-Flächentarifvertrages entscheidenden ver.di-Gremien verbindlich zu verankern. Für derartige Verhandlungen dürften selbstverständlich auch (nicht-öffentliche) Prioritäten gesetzt sein; es dürfte daneben wie überall Verhandlungsspielraum und Verhandlungsmasse geben. Dabei scheinen die PP/KJP bislang nicht gerade gut abzuschneiden.

Intensive Vorbereitungen der ver.di-Bundesfachkommission PP/KJP auf die auch andere Eingruppierungsordnungen präjudizierenden Verhandlungen der Entgeltordnung für den kommunalen Bereich des öffentlichen Dienstes (Abschluss 2016) wurden jedenfalls überraschend später nicht in die eigentlichen Verhandlungen einbezogen. Wir wurden vor vollendete Tatsachen gestellt! So ist auch das TV-L-Ergebnis für mich keine eigentliche Überraschung. Daraus aber den Schluss zu ziehen, man möge nun als Berufsgruppe noch mehr gewerkschaftliche Mitarbeit leisten, halte ich für keinen effizienten Vorschlag im Bereich der den TVöD anwendenden Arbeitgeber. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad unserer Berufsgruppe war schon bisher nicht gerade schlecht, und viele Kollegen engagieren sich vorbildlich in den Personalräten. Allerdings könnten die Chancen effizient Einfluss zu nehmen, im Bereich privater Klinikkonzerne mit eigenen Tarifwerken nunmehr erheblich erfolversprechender sein. Zu Recht weist Klaus Thomsen dabei auf die früheren Erfolge in der Damp-Gruppe hin.

Die Chance, im TVöD-Bereich in absehbarer Zeit (die nächsten 10, vielleicht auch 20 Jahre) nochmals sowohl mit ver.di als auch mit den staatlichen Arbeitgebern eine Öffnung der Entgeltordnungen zu erreichen, dürfte bei nüchterner Kenntnisaufnahme der Vorgänge um den TVöD seit seiner Installation m. E. so ziemlich gleich Null sein.

Im Übrigen vertritt ver.di m.W. kaum noch Berufsgruppen mit Hochschulabschluss in nennenswerter Zahl. Dazu beigetragen hat v. a. der Wechsel vom früheren BAT zum TVöD, welcher für die höheren Einkommensgruppen bekanntlich in der Vergütung ein Absenkungstarifvertrag war, z. B. durch Wegfall der Bewährungsaufstiege. Nicht zuletzt deshalb scherte seinerzeit die Vertretung der angestellten Ärzte, der Marburger Bund, aus der Kooperation mit ver.di aus und begann – sehr erfolgreich – eigene Tarifverhandlungen zu führen. Inzwischen sind die medizinischen Kollegen mit ihren Gehältern weit enteilt!

Wenn es also noch eine Chance für die angemessene Eingruppierung der PP/KJP geben soll, dann meiner Überzeugung nach am ehesten durch einen eigenen Zusammenschluss analog Marburger Bund.

Dipl.-Psych. Wolfgang Dube,
2005–2015 Sprecher der ver.di-Bundes-fachkommission PP/KJP,
Dortmund

Kein „Marburger Bund“ für Psychotherapeuten nötig

Antwort von Dr. Klaus Thomsen, 2015–2019 Sprecher der ver.di-Fachkommission PP/KJP und einer der Interview-Gesprächspartner, auf den Leserbrief von Wolfgang Dube.

Wolfgang Dube hat viele Jahre engagiert die Berufsgruppe der Psychotherapeuten in Gremien von ver.di vertreten. Er kennt die ewig langen internen Verhandlungswege auf dem Weg zu konkreten Tarifergebnissen. Ich kann seiner Einschätzung in einigen Punkten durchaus folgen. Ganz klar, wir sind 2016 als ver.di-Fachkommission PP/KJP vor vollendete Tatsachen gestellt worden. Wir wurden im Frühjahr jenes Jahres von ver.di nicht informiert, dass es zu den entscheidenden Verhandlungen zur Entgeltordnung kommen würde. Hätten wir das gewusst, hätten wir uns noch intensiver um Aufklärung bei beiden Tarifpartnern kümmern können. Wir haben das scharf kritisiert und bei den Vorbereitungen zu den TV-L-Verhandlungen 2019 wurden wir dann vom „ver.di-Tarifsekretariat öffentlicher Dienst“ angemessen einbezogen. Da stand aber schon die EG 14 für Psychotherapeuten im TVöD. Ein „Präjudiz“, wie Wolfgang Dube schreibt.

Die Überlegung, sich von ver.di zurückzuziehen und sich ähnlich zu organisieren wie die Klinikärzte im Marburger Bund, halte ich jedoch für zu kurz gedacht. Dieser Vorschlag wird in zahlreichen Veranstaltungen mit Kollegen immer mal wieder geäußert. Durchaus verständlich. Dabei wird jedoch übersehen, dass wir Psychotherapeuten unter ganz anderen Bedingungen arbeiten als

Ärzte. Wir sind deutlich weniger, wir arbeiten stärker vereinzelt und wir haben nur wenige Institutionen, in denen wir hohen Verhandlungsdruck aufbauen könnten. Psychotherapeuten haben keine medienwirksame Schlüsselstellung in der Volkswirtschaft wie Lokführer, Piloten oder eben Ärzte. Daher müssen wir uns im Konzert mit anderen Gesundheitsberufen arrangieren.

Und ja, es stimmt, dass unsere angestellten Kollegen vergleichsweise gut in ver.di organisiert sind. Es wird gelegentlich aus Unkenntnis das Gegenteil behauptet. Die Protestaktion mit 5.000 Unterschriften vom Sommer 2016 hat den Beweis hierfür erbracht. Ein bundesweiter Organisationsgrad von 10 % mit regionalen Spitzen bis 20 % ist im Gesundheitswesen sehr ansehnlich.

ver.di ist gut beraten, uns weiter auf dem Schirm zu behalten. Wir haben jetzt erstmals die besonderen Tätigkeitsmerkmale für Psychotherapeuten in den beiden Entgeltordnungen erhalten und die müssen natürlich weiterentwickelt werden. Ich blicke jedenfalls optimistischer in die Zukunft als Wolfgang Dube.

Dr. Dipl.-Psych. Klaus Thomsen,
Flensburg

Reform der Psychotherapeutenausbildung: BPtK startet Projekt zur Änderung der Musterweiterbildungsordnung

Unter Federführung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) haben die Psychotherapeutenkammern das Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung (MWBO)“ gestartet, um unter breiter Beteiligung der Profession rechtzeitig nach der Reform der Psychotherapeutenausbildung die erforderlichen Weiterbildungen zu regeln. Einen Bedarf an Weiterbildungsplätzen wird es frühestens zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes geben. Das setzt voraus, dass unmittelbar nach dem Inkrafttreten erste Masterstudiengänge angeboten werden, deren Absolventen zwei Jahre später ein Studium gemäß der Approbationsordnung abschließen und die neue Approbation erhalten. Weil die Reform nach dem Gesetzentwurf am 1. September 2020 in Kraft tritt, sollte die geänderte MWBO im Frühjahr 2021 verabschiedet werden, sodass die Landeskammern die Voraussetzung schaffen, dass bis Herbst 2022 ausreichend Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbeaufugte zugelassen werden können.

Grundzüge der Weiterbildung im BPtK-Gesamtkonzept

Die Arbeit an den erforderlichen Änderungen der MWBO startet nicht bei Null. Mit dem BPtK-Gesamtkonzept einer reformierten Aus- und Weiterbildung¹, das die Profession im Projekt „Transition“ in den vergangenen Jahren gemeinsam entwickelt hat, wurden bereits grundlegende Strukturentscheidungen angebahnt. Diese müssen mit dem Ziel einer bundesweit möglichst einheitlichen Umsetzung im Landesrecht nun präzisiert werden. Danach dauert die Weiterbildung mindestens fünf Jahre, von denen mindestens zwei Jahre in der ambulanten und zwei Jahre in der

Bundestag verschiebt 2. und 3. Lesung des Reformgesetzes

Ob der 1. September 2020 für das Inkrafttreten des Reformgesetzes gehalten werden kann, hängt davon ab, ob Bundestag und Bundesrat die Reform der Psychotherapeutenausbildung zeitnah verabschieden und danach zügig eine Approbationsordnung erlassen wird. Die ursprünglich am 27. Juni geplante 2. und 3. Lesung der Reform der Psychotherapeutenausbildung (BT-Drs. 19/9770) wurde auf eine Bundestagssitzung nach der Sommerpause verschoben. Die Koalitionsfraktionen wollten sich damit Zeit verschaffen, um bei den noch strittigen Themen zu guten Lösungen kommen zu können. Unstrittig sind die Grundzüge der Reform. Psychotherapeuten sollen künftig bereits im Studium so gut qualifiziert werden, dass sie nach einer staatlichen Prüfung eine Approbation erhalten können. Die Vertiefung in einem Psychotherapieverfahren und die Spezialisierung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen sollen wie heute nach dem Studium erfolgen. Wie bei den anderen akademischen Heilberufen wäre diese Qualifizierung aber in Zukunft eine Weiterbildung in Berufstätigkeit – mit Anspruch auf eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung und angemessene Bezahlung.

stationären Versorgung zu absolvieren sind. Darüber hinaus soll ein fakultativer Weiterbildungsabschnitt in institutionellen Bereichen wie der Jugendhilfe, Sozialpsychiatrie, Behindertenhilfe oder Suchthilfe möglich sein. Die Weiterbildung soll in den Fachgebieten „Kinder und Jugendliche“ oder „Erwachsene“ erfolgen und die Vertiefung eines Psychotherapieverfahrens einschließen. Weiterhin sind auch für den Bereich der Klinischen Neuropsychologie Weiterbildungsregelungen zu finden.

Breite Beteiligung der Profession

Bei der Definition der konkreten inhaltlichen und formalen Regelungen entsteht durch die Kombination unterschiedlicher Altersgebiete, Psychotherapieverfahren und Weiterbildungsabschnitte ein hoher Abstimmungsbedarf. Auf der Basis spezifischer und übergeordneter Kompetenzprofile sind Mindestanforderungen in ein gut begründetes, realisierbares und in ein mit den Heilberufsgesetzen der Länder in Einklang stehendes Regelwerk zu integrieren. Die umfangreichen und z. T. in-

einander verschränkten Aufgaben können nur durch die umfassende Einbindung der professionsinternen Expertise und Interessen erreicht werden. Hierzu ist die Integration der Erfahrungen mit der heutigen Ausbildung und der Austausch mit den für die Umsetzung verantwortlichen Experten im ambulanten Bereich, in Krankenhäusern und im institutionellen Bereich sowie weiteren Beteiligten erforderlich. Für eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung in den Weiterbildungsordnungen der Landeskammern ist von Anfang an auch die sehr enge Abstimmung mit der Länderebene erforderlich. Geplant ist deshalb ein zeitlich eng getakteter strukturierter Dialog mit verschiedenen Arbeitsformen von Arbeitsgruppen und Onlinebefragungen bis hin zu Workshops und Symposien, der trotz des gegebenen Zeitdrucks eine breite Beteiligung der Profession sicherstellen soll.

Noch besser für die Versorgung qualifiziert

Das geplante Studium endet für alle Psychotherapeuten mit einem Mas-

terabschluss, mit dem auch die Anforderungen einer Approbationsordnung erfüllt sind. Psychotherapeuten werden sie aber erst, wenn sie zusätzlich erfolgreich eine staatliche Prüfung ablegen. Auf diese Weise gelingt eine Kombination der Bachelor-Master-Systematik und die Qualitätssicherung für die Ausbildung in einem akademischen Heilberuf. Psychotherapeuten erwerben in diesem Studium mehr theoretische und praktische Kompetenzen für die Diagnostik und Behandlung als heute im Studium der Psychologie, Pädagogik oder Sozialen Arbeit. Dadurch verbessert die Reform auch deutlich die Patientenversorgung. Die konkreten Anforderungen sind nach Verabschiedung des Gesetzes von Bund und Ländern in der Approbationsordnung zu regeln. Die erweiterte Qualifizierung im Studium und die mit der Approbation verbundenen Befugnisse begründen auch eine Bezahlung während der anschließenden Weiterbildung.

Finanzierung der Weiterbildung

Um eine gute Lösung gerungen wird noch für die Finanzierung der notwendigen ambulanten Weiterbildung für die rund 2.500 Weiterbildungsabsolventen pro Jahr. Zur Durchführung der ambulanten Weiterbildung sollen die Ambulanzen von Weiterbildungsinstituten

für die Versorgung ermächtigt werden. Die Therapien, die dort von Psychotherapeuten in Weiterbildung geleistet werden, können dadurch – wie heute Behandlungen durch Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) – von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt werden. Durch diese Vergütung können allerdings nicht sowohl ein tarifliches Gehalt der Weiterzubildenden an den Ambulanzen als auch zugleich die notwendigen Supervisionen der Behandlungen, die Selbsterfahrung und die Theorievermittlung finanziert werden. Noch gibt es für die Gesamtfinanzierung keine konsensfähige Lösung. Zur Finanzierung der Deckungslücke fordert die BPTK eine zusätzliche Förderung analog der Förderung der ambulanten Weiterbildung von Allgemeinmedizinern und grundversorgenden Fachärzten.

Neue Befugnisse

Psychotherapeuten sollen künftig Ergotherapie und psychiatrische Krankenpflege verordnen dürfen. Die BPTK fordert, dass diese Verordnungsbefugnisse auch die heute Approbierten erhalten, wenn sie die notwendigen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Das ist noch in der Diskussion. Auch bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit wird nach Wegen gesucht, Psychotherapeuten Verant-

wortung zu übertragen. Sie kennen die aktuelle berufliche Belastbarkeit ihrer Patienten oft deutlich besser als viele behandelnde Ärzte. Offenheit signalisiert die Politik aktuell bei der Forderung der Psychotherapeuten, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Möglichkeit erhalten sollen, sich für die neue Approbation nachzuqualifizieren, um ihre Heilkundeerlaubnis auf die Versorgung von Menschen aller Altersgruppen auszuweiten.

Übergangsregelungen für Studierende und PiA

Mehr Zeit für Beratungen brauchen die Bundestagsfraktionen schließlich auch, um mit der Reform die prekären finanziellen Verhältnisse der Psychotherapeuten in Ausbildung zu beenden oder zumindest substanzielle Verbesserungen zu erreichen. Von den Vorteilen der Reform würden zunächst nur die Absolventen der neuen Studiengänge profitieren, mit denen frühestens Mitte 2022 zu rechnen ist. Parallel würde es weiter viele Tausend Psychotherapeuten in Ausbildung geben.

[1] Das BPTK-Gesamtkonzept ist online verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/Gesamtkonzept_Reform_der_Aus-_und_Weiterbildung_mit_Anlagen_02.pdf [14.05.2019].

BPTK zum Digitale Versorgung-Gesetz

Mit dem Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) ist geplant, dass Versicherte einen Anspruch auf die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen erhalten. Hierzu soll ein Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen aufgebaut werden, das vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführt wird. Die BPTK begrüßt, dass Gesundheits-Apps verstärkt für die Versorgung nutzbar gemacht werden sollen. Geplant ist allerdings, dass Medizinprodukte, die in das Verzeichnis aufgenommen werden, Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität sowie an Datenschutz und Datensicherheit erfüllen und einen „positiven Versorgungseffekt“ nachweisen müssen. Das ist aus Sicht der BPTK nicht ausreichend. Wenn eine Gesundheits-App verspricht, eine

Psychotherapie-Vereinbarung zur Videobehandlung

In der Psychotherapie-Vereinbarung wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Psychotherapeuten in Zukunft eine Videobehandlung anbieten können. Die Regelungen stellen klar, dass die Videobehandlung nicht der Regelfall sein soll und dass Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung nicht im Rahmen einer Videobehandlung erbracht werden dürfen.

Von der Videobehandlung werden Leistungen ausgeschlossen, die den unmittelbaren Kontakt zwischen Psychotherapeut und Patient voraussetzen, wie psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen, Gruppenpsychotherapien und Hypnose. Ausgeschlossen wird die Akutbehandlung, was aus Sicht der BPTK die Chance ungenutzt lässt, Patienten mit akutem Behandlungsbedarf flexible Behandlungsangebote zu machen. Der Bewertungsausschuss muss nun den Einheitlichen Bewertungsmaßstab so anpassen, dass Videobehandlungen auch in der psychotherapeutischen Versorgung vergütet werden.

Behandlung wirksam zu unterstützen, dann muss genau diese Wirkung einschließlich möglicher unerwünschter

Behandlung wirksam zu unterstützen, dann muss genau diese Wirkung einschließlich möglicher unerwünschter

Wirkungen auch unabhängig überprüft werden, sonst können Ärzte und Psychotherapeuten es nicht verantworten, sie zu verordnen. Ein Zugang von digitalen Anwendungen zur Versorgung, die aufgrund der Absenkung des Anforderungsniveaus beim Nutznachweis möglicherweise Schaden für die Patienten mit sich bringen, ist aus Sicht der BPTK nicht zu rechtfertigen.

Im DVG ist darüber hinaus geplant, es Krankenkassen zu erlauben, Versicherten Gesundheits-Apps zu empfehlen – ohne fachkundige Diagnostik und In-

dikationsstellung durch Ärzte und Psychotherapeuten. Das lehnt die BPTK ab, denn dies kann die Gesundheit der Versicherten gefährden. Es ist dabei u. a. auch zu befürchten, dass Krankenkassen eher an der Verbesserung ihrer Position im Wettbewerb als am Patientenwohl interessiert sind.

Die geplanten gesetzlichen Vorgaben zur elektronischen Patientenakte (ePA) sichern aus Sicht der BPTK bisher nicht die unabdingbaren Mindeststandards für Patientensicherheit und Patientensouveränität. Die BPTK fordert, für

die ePA verbindlich ein differenziertes Berechtigungsmanagement auf Dokumentenebene vorzusehen. Patienten müssen entscheiden können, welche Daten sie auf der ePA mit den einzelnen Leistungserbringern teilen. Außerdem müssen sensible Gesundheitsinformationen auf dem höchsten Niveau des Datenschutzes und der Datensicherheit vor dem Zugriff von Nichtberechtigten geschützt werden. Diese Regelungen sind aber nicht mehr Teil des DVG, sondern sollen in einem separaten gesetzlichen Verfahren angegangen werden.

G-BA – Entscheidung zur Bedarfsplanung

Am 30. Juni 2019 ist die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geänderte Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft getreten. Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte gefordert, dass der zugrunde liegende Beschluss des G-BA vom 16. Mai 2019 durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) beanstandet wird, weil er formale Fehler aufweist. Zudem werde der gesetzliche Auftrag zur Anpassung und Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, der dem G-BA 2015 erteilt wurde, nicht ausreichend umgesetzt.

Der G-BA hat eine Vereinbarung getroffen, nach der es bundesweit 776 zusätzliche Psychotherapeutensitze geben soll. Dies entspricht insgesamt gerade einmal einer Erhöhung der Anzahl der psychotherapeutischen Praxen um drei Prozent. Das geht weit an der in epidemiologischen Studien ermittelten Zunahme des Versorgungsbedarfs vorbei. Psychotherapie ist heute nach evidenzbasierten Leitlinien bei fast allen psychischen Erkrankungen eine Behandlungsmethode der ersten Wahl. Auch die Entstigmatisierung von psychischen

Erkrankungen hat dazu geführt, dass psychisch kranke Menschen heute eher bereit sind, sich professionelle Hilfe zu suchen. Nach den Empfehlungen des Gutachtens, das der G-BA in Auftrag gegeben hatte, wären drei Mal so viele zusätzliche Praxissitze notwendig gewesen, um künftig den Bedarf an ambulanter Psychotherapie zu decken. Die Gutachter hatten 2.400 zusätzliche Sitze empfohlen.

Die meisten neuen Niederlassungen können in den Kreistypen 2, 3 und 4 entstehen. In diesen Kreisen außerhalb von Großstädten und Ballungszentren kam es zu Korrekturen der Verhältniszahlen. Die Änderungen im Kreistyp 5 und im Ruhrgebiet fallen dagegen so gering aus, dass sich dort die langen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung kaum verringern werden. Im Verhältnis zur Bevölkerungszahl werden viele Sitze in den neuen Bundesländern entstehen, insbesondere in Brandenburg und Sachsen-Anhalt.

Die BPTK konnte mit ihrer Wartezeiten-Studie 2018 zeigen, dass Menschen außerhalb von Ballungsräumen mit durchschnittlich fünf bis sechs Monaten besonders lange auf den Beginn einer Psychotherapie warten. Daran wird auch die jetzige Bedarfsplanungsreform kaum etwas verändern. Während in Großstädten künftig rund 35 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen sollen, sind es in

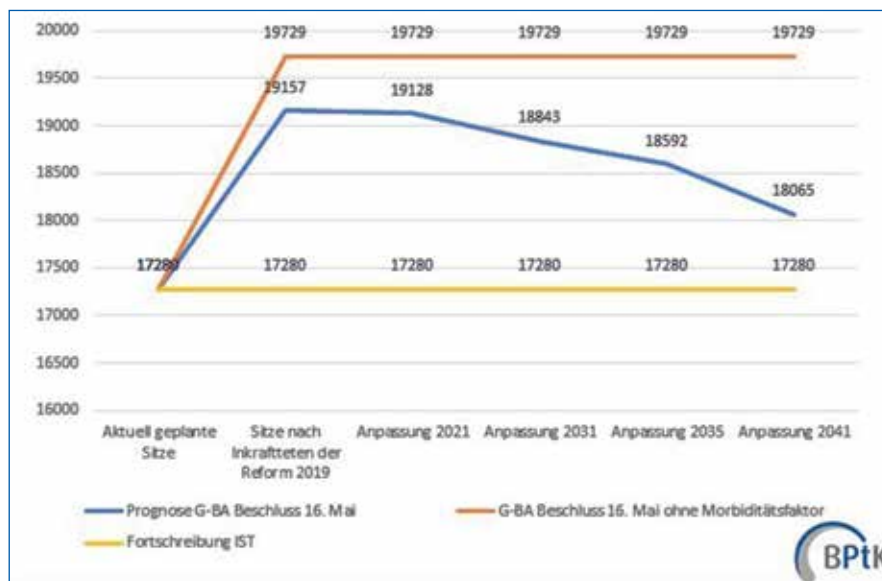


Abbildung 1: Entwicklung geplanter Psychotherapeutensitze mit und ohne neuen Morbiditätsfaktor

(Quelle: Beschluss G-BA v. 16.05.2019 zur Reform der Bedarfsplanung; Daten des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsentwicklung; eigene Berechnung und Darstellung der BPTK, 2019)

ländlichen Regionen lediglich zwischen 17 und 21 Psychotherapeuten – also rund die Hälfte. Damit werden psychisch kranke Menschen in ländlichen Regionen weiterhin massiv benachteiligt.

Ein Spezialfall ist dabei das Ruhrgebiet. Obwohl die Region zwischen Rhein und Ruhr ein großstädtischer Ballungsraum ist, können sich dort entgegen der allgemeinen Systematik der Bedarfsplanung weiterhin deutlich weniger Psychotherapeuten niederlassen als in anderen Großstädten. Entsprechend sind die Wartezeiten mit mehr als sieben Monaten auf eine ambulante Psychotherapie sogar noch länger als auf dem Land. Hieran wird sich durch die aktuelle Reform praktisch nichts ändern.

Hinzu kommt, dass der G-BA beschlossen hat, die Veränderung des Versorgungsbedarfs über einen Demografiefaktor statt über einen Morbiditätsfaktor zu erfassen. Dieser neue Demografiefaktor ist aber insbesondere nicht geeignet, einen insgesamt wachsenden Bedarf an Psychotherapie abzubilden. Er führt vielmehr dazu, dass aufgrund

der demografischen Entwicklung Jahr für Jahr die Zahl der vorgesehenen psychotherapeutischen Praxissitze sinken wird. Bereits in diesem Jahr reduziert sich dadurch die Zahl zusätzlicher Praxissitze von rund 1.000 auf 776. Statt eine langfristige Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen, wird der G-BA-Beschluss die psychotherapeutische Versorgung deshalb sogar langfristig verschlechtern

(siehe Abb. 1). Diesen kontinuierlichen Abbau geplanter Psychotherapeutenplätze hat das BMG jedoch nicht beanstandet, obwohl der G-BA diesen für die Psychotherapie besonders nachteiligen Demografiefaktor erst nach dem Stellungnahmeverfahren eingefügt hat. Allein deshalb hätte die Bedarfsplanungs-Richtlinie durch das BMG beanstandet werden müssen, so wie es von der BPTK gefordert wurde.

Schizophrenie in der psychotherapeutischen Praxis – 3. Broschüre in der BPTK-Reihe „Leitlinien-Info“

Im März 2019 wurde die Aktualisierung der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ veröffentlicht. Psychotherapie nimmt danach in der Behandlung der Schizophrenie einen gleichwertigen Stellenwert neben der Pharmakotherapie ein. In der Praxis erhalten bisher noch zu wenige Menschen mit psychotischen Erkrankungen eine psychotherapeutische Behandlung. Seit einer Änderung der Psychotherapie-Richtlinie 2014 stellen Schizophrenie und affektive psychotische Störungen ohne weitere Einschränkungen eine Indikation für Psychotherapie dar. Bis dahin konnte Psychotherapie nur eingeschränkt bei psychischer Begleit-, Folge- und Residualsymptomatik angewendet werden.

Die dritte Broschüre in der BPTK-Reihe „Leitlinien-Info“ soll einen praxisorientierten Überblick über die Inhalte und Empfehlungen der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ geben. Sie soll auch über eine leitlinienorientierte Behandlung von Patienten mit Schizophrenie in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis informieren und welche Rahmenbedingungen hierfür zu beachten sind.

Die „Leitlinien-Info Schizophrenie“ kann ab dem Herbst auf der BPTK-Homepage als PDF-Datei heruntergeladen werden.

AU-Zeiten 2019: Auswertung BPTK

Die BPTK-Studie „Langfristige Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit“ wertet seit dem Jahr 2000 jährlich die aktuellen Daten zu den betrieblichen Fehlzeiten der großen gesetzlichen Krankenkassen aus.

Die aktuelle Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten verdeutlicht auch weiterhin die zentrale Bedeutung psychischer Erkrankungen im Gesamterkrankungsgeschehen. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen ist mit fast 35 Tagen deutlich länger als bei allen körperlichen Erkrankungen. Noch im Jahr 2000 fielen Arbeitnehmende aufgrund psychischer Erkrankungen mit 26 Arbeitsunfähigkeitstagen durchschnittlich mindestens eine Woche länger aus als bei körperlichen Erkrankungen. Bis heute hat sich dieser Unterschied zu körperlichen Erkrankungen fast verdreifacht. Diese Zahlen

unterstreichen die Wichtigkeit eines direkten und zeitnahen Zugangs von Betroffenen zu Psychotherapeuten. Erst durch ein stärker am steigenden Bedarf orientiertes psychotherapeutisches Angebot ist eine mögliche Verkürzung psychisch bedingter Fehlzeiten zu vermuten.

Neben der Krankschreibungsdauer hat sich auch der Anteil der Versicherten, die innerhalb eines Jahres aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig waren, in den letzten 17 Jahren fast verdoppelt. Im Berichtsjahr 2000 war jeder 30. Versicherte (3,3 Prozent) mindestens einmal wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig. Im Jahr 2017 war es bereits jeder 18. Versicherte (5,5 Prozent). Angesichts der gestiegenen Häufigkeit psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit sollte die Ausweitung des Spektrums präventiver

Leistungen einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung einnehmen. Präventive und aufsuchende psychotherapeutische Interventionen können psychisch belastete Menschen beispielsweise dabei unterstützen, kritische Arbeits- und Lebensanforderungen zu bewältigen.

Unverständlich ist in diesem Zusammenhang, dass Psychotherapeuten derzeit nicht befugt sind, eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Ihre Kompetenzen in der Einschätzung der psychischen Belastbarkeit, der Anforderungen am Arbeitsplatz und der Bedeutung der Arbeitstätigkeit für den Genesungsprozess können so momentan nicht systematisch genutzt werden.

Im deutlichen Kontrast zu psychischen Erkrankungen ist die Häufigkeit körper-

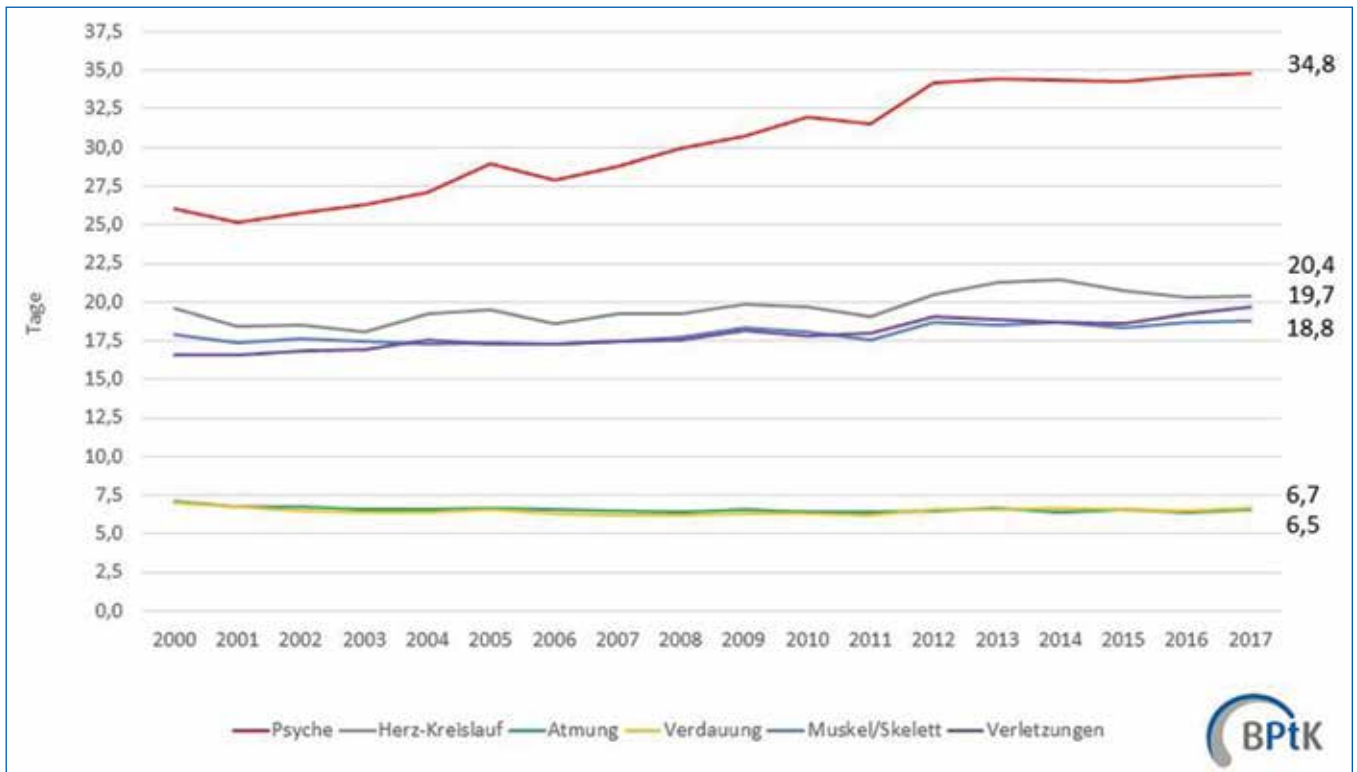


Abbildung 2: Arbeitsunfähigkeit – durchschnittliche Dauer der häufigsten Erkrankungstypen 2000 bis 2017
(Quelle: Daten der AOK, Barmer-GEK, BKK, DAK, TK, eigene Berechnung der BPtK, 2019)

lich bedingter Arbeitsunfähigkeit in den letzten 17 Jahren deutlich zurückgegangen. Diese Abnahme bei gleichzeitiger Zunahme der Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen deutet möglicherweise darauf hin, dass psychische Erkrankungen heute besser erkannt und diagnostiziert werden. So werden beispielsweise kör-

perliche Beschwerden wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen heute besser als Symptome einer depressiven Erkrankung erkannt. Entsprechend finden immer mehr Menschen mit genaueren Diagnosen den Weg in die richtige ärztliche und psychotherapeutische Behandlung.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit Trauer und vielen Erinnerungen an die Zusammenarbeit mit Trudi Raymann nahmen Dietrich Munz und Martin Klett für den Vorstand der LPK an der Beisetzung unserer Kollegin teil. Unvergesslich wird sie für alle bleiben, die berufspolitisch mit ihr zusammengearbeitet haben, besonders ihr stets direkter und oft auch konfrontierender, jedoch immerzu konstruktiv an der Sache orientierter Stil. Verbunden mit Respekt und Dankbarkeit stellen wir fest, dass sie für unsere Kammer sehr viel geleistet und mit auf den Weg gebracht hat.

Auch wenn dies Anlass zum Innehalten war, hinterlässt der insbesondere auf Bundesebene derzeit selbst in der Sommerpause etwas hektische, manchmal überstürzt wirkende Politikstil ebenso auf Landesebene seine Spuren. Stellungnahmen gegenüber Ministerien sind genauso unter Zeitdruck erforderlich wie Besprechungen, um darauf einzuwirken, dass die geplanten Regelungen sowohl für unsere Patienten als auch für uns Kollegen zu Verbesserungen führen.

Auch wenn wir die Bemühungen der Landes- und Bundesregierung grundsätzlich begrüßen, dass digitale Technik genutzt wird, um in der Versorgung Verbesserungen zu erreichen, müssen wir immer darauf achten und einfordern, dass die Patienten selbst bestimmen, wer welche Informationen über sie erhält, und dass der Schutz der hochsensiblen Gesundheitsdaten höchste Priorität hat und auf höchstem Niveau sichergestellt ist. Der Datenschutz darf nicht für Erwartungen an bessere Diagnostik, Therapie oder neue Erkenntnisse über Patienten und deren Erkrankungen eingeschränkt oder gar geopfert werden. Die Verlockungen dafür sind auf verschiedenen Seiten groß und es ist Aufgabe des Gesetzgebers, dem Einhalt zu gebieten. Dafür werden wir uns weiterhin einsetzen.

Ihr Kammervorstand

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

Sommerfest der Heilberufekammern

Anfang Juli fand bei schönstem Wetter im Garten der KV Baden-Württemberg wieder das jährliche Sommerfest der Heilberufekammern (HBK) statt. Etwa 300 Gäste aus Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung waren der Einladung gefolgt. Die Veranstaltung stellt für alle Beteiligten ein wichtiges Forum zur Vernetzung des Gesundheitswesens im Land dar. Im Namen der Gastgeber, also der Landespsychotherapeutenkammer (LPK), Landesärztekammer (LÄK), Landeszahnärztekammer (LZK) und Kassenärztlichen/-zahnärztlichen Vereinigung (KV/KZV) Baden-Württemberg, sprach der KV-Vorstand Dr. Norbert Metke.

Neben der Betonung des wichtigen Beitrags der Heilberufe in der Gesellschaft und als Arbeitgeber wurden auch die aktuellen gesundheitspolitischen Fragestellungen angesprochen. Die



V. l. n. r.: Dr. Norbert Metke (KVBW), Dr. Torsten Tomppert (LZK), LPK-Präsident Dr. Dietrich Munz, Sozialminister Manne Lucha (Die Grünen), Dr. Wolfgang Miller (LÄK)

Fachdiskussion und das übergreifende Gespräch mit Gästen aus Politik, Presse und Gesellschaft fand dann in angenehmer Atmosphäre im Garten der KV statt. Minister Lucha zog eine positive

Bilanz der Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung der Heilberufe, d. h. den Kammern und KVen. Dabei ging er u. a. auf die anstehenden Themen „Digitalisierung“ und „Versorgung“ ein.

Die LPK trauert um ihr Gründungsmitglied Trudi Raymann

Trudi Raymann war Diplompädagogin und analytische und tiefenpsychologisch orientierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Nach dem Studium der Sozialpädagogik in Tübingen war sie langjährig an psychologischen Beratungsstellen tätig und seit 1994 niedergelassen in eigener Praxis in der Stuttgarter Innenstadt. Als Mitglied des Errichtungsvorstandes und des ersten Vorstandes war sie zwischen 2000 und 2005 sehr intensiv am Aufbau der Kammer beteiligt und war bis zuletzt (2018) Mitglied der Vertreterversammlung der LPK Baden-Württemberg.

Darüber hinaus hatte Trudi Raymann mehrere Jahre den Vorsitz (2005–2009) und den stellvertretenden Vorsitz (2009–2014) des Kammerrats für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie inne. Ebenso arbeitete sie viele Jahre engagiert im Ausschuss „Berufsordnung“, dessen Vorsitz sie von 2014–2018 innehatte. Sie war darüber hinaus auch Mitautorin der LPK-Studie zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg.

Mit Trudi Raymann verliert die LPK BW eine engagierte Vertreterin der Profession, die sich in besonderer Weise für die Optimierung der fachlichen, rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen psychotherapeutischen Handelns eingesetzt hat. Sie war gemeinsam mit Gründungspräsident Detlev Kommer maßgeblich mitbeteiligt an dem langjährigen Ringen um das Psychotherapeutengesetz. Die mit dem neuen Gesetz gegebene rechtliche Voraussetzung für die Gründung von Landespsychotherapeutenkammern hatte Trudi Raymann mit großem Engagement mitgestaltet und dabei in der ihr eigenen Unermüdllichkeit auf die Erarbeitung konstruktiver Regelungen für beide Berufsgruppen hingewirkt. Über die Landesgrenzen hinaus war sie zusammen mit Detlev Kommer und anderen auch wesentlich am Aufbau der 2003 gegründeten Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

Frau Raymann war gleichfalls im Verband der Vereinigung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine engagierte Kollegin; von 1997 bis 2004 war sie Vorsitzende des baden-württembergischen Landesverbandes, von 1997 bis 2000 Mitglied im



Trudi Raymann (24.10.1951–24.06.2019)

Bundesvorstand der VAKJP. Darüber hinaus war sie viele Jahre Vorsitzende des bvvp-Regionalverbands Nordwürttemberg.

Viel zu früh ist sie im Alter von 67 Jahren nach längerer schwerer Krankheit verstorben. Allen Angehörigen und Freunden von Trudi Raymann möchten wir unser tiefes Mitgefühl aussprechen.

Kinder und Jugendliche zwischen Unterricht und Therapie: Wie gelingt Kooperation zwischen Schule und Psychotherapie?

Dies war der Titel der mit mehr als 50 Teilnehmern gut besuchten Veranstaltung am 5. Juni 2019 im Karlsruher Landesmedienzentrum (LMZ), die von den Schulpsychologischen Beratungsstellen (SPBS) Karlsruhe und Pforzheim gemeinsam mit der LPK BW durchgeführt wurde.

Ähnliche Workshops fanden bereits 2014/2015 zusammen mit den SPBS Backnang, Aalen und Reutlingen statt. Ziel ist das Kennenlernen und der Austausch der regionalen Beratungslehrkräfte, der Schulpsychologen und der in den jeweiligen Schulamtsbezirken ambulant arbeitenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Durch den Vormittag führten die beiden Schulpsychologinnen Katja Reschke (SPBS Pforzheim) und Birgit Berger-Haas (SPBS Karlsruhe), die die Veranstaltung zusammen mit Dr. Rüdiger Nübling (LPK BW) organisiert hatten. Inhaltlich waren zwei Blöcke vorgesehen, ein Vortragsblock mit Impulsreferaten sowie ein „Austauschblock“ nach der Konzeption des World-Cafés an kleinen Tischen in Gruppen von fünf bis zehn Teilnehmern.

Zunächst gaben Birgit Berger-Haas und Katja Reschke eine Übersicht zur Schulpsychologie in Baden-Württemberg. Sie skizzierten den rechtlichen und strukturellen Rahmen, berichteten Statistiken u. a. zur Relation der Anzahl von

Schulpsychologen zu Schülern im Ländervergleich und gaben Einblick in die Aufgaben und Arbeitsweise von Schulpsychologen.

Anschließend referierte Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz über die Tätigkeit niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Er thematisierte die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg, die besonders in ländlichen Gebieten häufig unzureichend ist. Die Versorgungslage kommt durch die Therapeutenzahl im Verhältnis zur Einwohnerzahl sowie in Form von Wartezeiten für einen Therapieplatz zum Ausdruck. Herr Dr. Munz ging auch auf die gesetzlichen Richtlinien bzw.

Indikationen für eine Psychotherapie ein und zeigte auf, dass Vernetzung wichtig ist, um Kinder und Jugendliche während einer Psychotherapie sowohl (schul-)organisatorisch als auch bei der Beziehungsgestaltung zu unterstützen. Er machte dabei aber auch auf die gesundheitspolitische Relevanz dieser Vernetzung aufmerksam, da für solche Kontakte in der Regel keine Ressourcen zur Verfügung stünden.

Brigitte Arth-Haas von der SPBS Pforzheim ging hiernach auf die Aufgaben und Tätigkeitsfelder der Beratungslehrkräfte ein. Diese versorgen die Schulen vor Ort durch ihre direkte Ansprechbarkeit und Beratungskompetenz. Sie sind insbesondere Ansprechpartner für Schüler und ggf. deren Eltern, v. a. bei Schulschwierigkeiten bzw. Lern-/Leistungsbeeinträchtigungen, sie unterstützen aber u. a. auch ihre Kollegen sowie auch die Schulleitungen bei Konflikten mit Schülern/Eltern.

Abschließend berichteten Steffi Tebbert und Claudia Bönning (Klinikschule der Kinder- und Jugendpsychiatrie Karlsruhe) von ihrer pädagogischen Arbeit mit psychisch Erkrankten Schülern und zu ihrem Beratungsangebot für unterschiedliche kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder.

Nach dieser fachlichen Einstimmung erfolgte nach einer kurzen Pause der gemeinsame Austausch im Rahmen eines World-Cafés mit folgenden Ergebnissen (in Stichworten):

- Bessere Möglichkeiten zur Vernetzung durch Veranstaltungen wie diese.



V. l. n. r.: Dorothea Groschwitz, Steffi Tebbert, Claudia Bönning, Dr. Dietrich Munz, Birgit Berger-Haas, Brigitte Arth-Haas, Katja Reschke

- Weitere Zusammenarbeit möglich und nötig bei komplexen Problemstellungen, zur Aufrechterhaltung der Motivation sowie zum besseren Verständnis der Kinder und dessen, was Psychotherapie ist und wie sie wirkt.
- Es besteht Bedarf an grundlegenden Informationen wie am Kennenlernen der Beteiligten untereinander (Wissen um jeweilige Adressen, Zuständigkeiten, Arbeits- und Vorgehensweisen sowie deren Grenzen).
- Stärkung von Sensibilität für Therapiebedarf und Therapiebereitschaft.
- Probleme bei Zeit-/Terminfindung: unbekannte sowie unterschiedliche Sprechzeiten, fehlende Ressourcen für Gespräche sowie lange Wartezeiten für Psychotherapie.
- Probleme bei Aufhebung der Schweigepflicht, v. a. wenn eine Partei (Kind, Eltern) dies nicht wollte oder die Erziehungsberechtigung unklar sei.
- Vereinbarkeit von (Ganztags-)Schule mit Therapieterminen bedarf individueller Klärung.
- Austausch von Information zwischen den Systemen nötig/wichtig (Therapie, Medizin, Schule, Jugendhilfe).
- Zugang zu Psychotherapeuten-Adressen: Suchfunktionen auf den Homepages der Landespsychotherapeutenkammer (http://www.lpk-bw.de/psd_suche.php) und der Kassenärztlichen Vereinigung (<http://www.arztsuche-bw.de>).

Insgesamt traf die Veranstaltung auf eine sehr positive Resonanz, weshalb auch eine Fortführung solcher Veranstaltungen und auch deren inhaltliche Vertiefung diskutiert wurden. Ein großes Dankeschön gab es zuletzt an das professionelle Orga-Team des Landesmedienzentrums Karlsruhe um Susanne Onnen.

Bekanntmachung über die Auslage des Prüfberichtes 2018 sowie des Haushaltsplanes 2020 der LPK BW zur kammeröffentlichen Einsichtnahme

Gemäß §§ 27 Abs. 4, 28 Abs. 3 der Hauptsatzung werden der Prüfbericht über den Jahresabschluss 2018 und der prospektive Haushaltsplan 2020 in der Zeit vom 22. Oktober bis 19. November

2019 für alle Kammermitglieder in der Geschäftsstelle, Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart, zur kammeröffentlichen Einsichtnahme ausgelegt. Falls Sie diese

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

Erhebung zur PiA-Studie 2019 abgeschlossen – Erste Ergebnisse

Für die im Frühsommer im Rahmen einer Online-Befragung durchgeführte Studie zur aktuellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) liegen erste Ergebnisse vor. Insgesamt haben sich über 2.500 PiA im Erhebungszeitraum vom 15. Mai bis 30. Juni 2019 beteiligt. Die Studie wurde gemeinsam mit der Medical School Hamburg (MSH) mit Unterstützung der beiden Masterstudierenden Katharina Niedermeier und Lilian Hartmann unter Leitung von Dr. Rüdiger Nübling konzipiert und durchgeführt. Sie lehnt sich inhaltlich an frühere Studien an, u. a. an das 2009 publizierte Forschungsgutachten zur Psychotherapeutenausbildung (Strauß et al.). Bei der Entwicklung des aktuellen Fragebogens waren eine

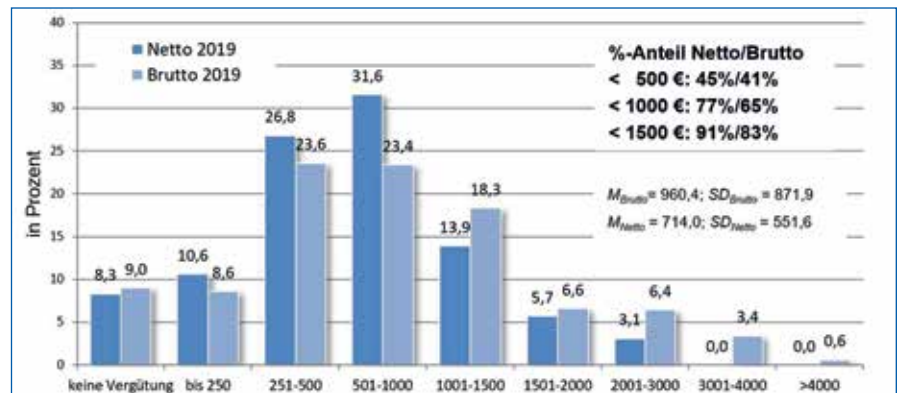


Abbildung 1: Brutto-/Nettoverdienst im Rahmen der Praktischen Tätigkeit I (PT I), Klassifikation in €, n = 1689 (Teilstichprobe: PT I begonnen/abgeschlossen)

Reihe von Experten aus Gesundheitspolitik und Verbänden (u. a. Maria Klein-Schmeink, MdB, oder bvvp-Vorstands-

mitglied Ariadne Sartorius) sowie auch mehrere PiA-Bündnisse einbezogen. Erfasst wurden insbesondere die Kosten der Ausbildung sowie die finanziellen und arbeitsbezogenen Rahmenbedingungen in den Ausbildungsabschnitten „Praktische Tätigkeit I/II“ (PT I/II) sowie „Praktische Ausbildung“.

Die ersten Ergebnisse bestätigen frühere Studien: PiA erhalten im Abschnitt PT I durchschnittlich ca. 950 € brutto, etwa 2/3 weniger als 1000 € brutto (vgl. Abb. 1). Im Abschnitt PT II liegen die Durchschnittswerte etwas höher (um ca. 100 €). Demgegenüber arbeiten PiA im Abschnitt PT I/II fast wie Vollzeitkräfte (vgl. Abb. 2) und versorgen im Schnitt acht Patienten in Einzeltherapie. Weitere und ausführlichere Infos im Bericht zur Studie, der voraussichtlich im Herbst erscheinen wird.

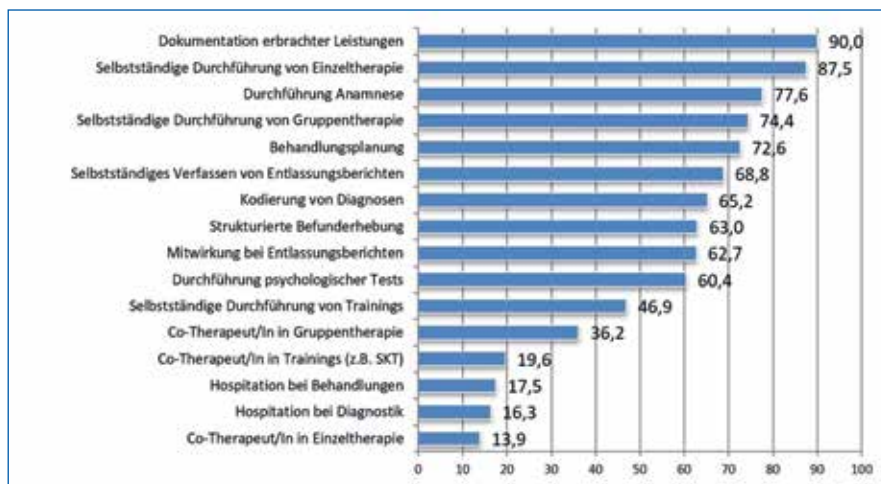


Abbildung 2: Aufgaben, die von PiA im Rahmen der PT I übernommen wurden/werden mussten, Zustimmung („häufig“ und „immer“) in %, Rangfolge; n = 1611

Veranstaltungen

„Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) und ausgewählte Abrechnungsfragen zum EBM“. Fortbil-

dungsveranstaltung mit Dipl.-Psych. Dieter Best am Freitag, den 22.11.2019, 14.00–17.00 Uhr in der Stuttgarter LPK-Geschäftsstelle (Jägerstr. 40, Eingang West).

Geschäftsstelle

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



Bericht 34. Delegiertenversammlung der PTK Bayern

Bei der 34. Delegiertenversammlung am 22. Mai 2019 forderten die Delegierten Ergänzungen bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung und sprachen sich dafür aus, die Chancen der Digitalisierung zu nutzen und dabei Datenschutz und Persönlichkeitsrechte zu schützen.



Kammerpräsident Nikolaus Melcop ging im Bericht des Vorstands u. a. auf die Folgen der Digitalisierung im Gesundheitswesen ein. (Foto: Hiller)

Kammerpräsident Nikolaus Melcop legte im Vorstandsbericht einen Schwerpunkt auf die **Digitalisierung im Gesundheitswesen**. Er rief dazu auf, die Chancen der Digitalisierung zu nutzen und gleichzeitig einer Unterwanderung der Persönlichkeitsrechte durch den Datenmissbrauch großer Internetkonzerne engagiert entgegenzutreten. Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung forderte er, dass Patienten vor der Nutzung digitaler Anwendungen in die Lage versetzt werden müssten, eine informierte und reflektierte Entschei-

dung über die Verwendung ihrer Daten unter Berücksichtigung möglicher Risiken treffen zu können. Hierzu sollte auch das vertrauensvolle Gespräch mit ihren Psychotherapeuten einen Beitrag leisten. Die massiv voranschreitende Entwicklung von **Gesundheits-Apps und Online-Therapieangeboten**, die auch durch den aktuell vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Entwurf eines Gesetzes für bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (**Digitale-Versorgung-Gesetz, DVG**) weiter vorangebracht werden soll, ebenso wie die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen mittels der Telematik-Infrastruktur, stelle auch Psychotherapeuten vor die Herausforderung, sich dieses Themas noch intensiver anzunehmen. In Bezug auf **Fern- bzw. Videobehandlungen** und den Einsatz internetbasierter Angebote durch Psychotherapeuten stellte er klar, dass der direkte persönliche Kontakt zwischen Psychotherapeut und Patient die wichtigste Grundlage der Psychotherapie sei. Sowohl Fernbehandlung als auch nachgewiesene wirksame internetbasierte Anwendungen könnten wertvolle Ergänzungen zum bestehenden Therapieangebot sein, die jedoch nur nach Indikationsstellung durch einen Psychotherapeuten oder Arzt eingesetzt werden dürften – und nicht auf Veranlassung durch z. B. Krankenkassen. Die Delegierten griffen dieses Thema mit zahlreichen Redebeiträgen auf und verabschiedeten einstimmig die **Resolution „Chancen von Digitalisierung nutzen – Datenschutz und Persönlichkeitsrechte stärken!“**.

Vorstandsmitglied Anke Pielsticker informierte über wichtige Neuerungen des **Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)**, z. B. den Ausbau der Terminservicestellen und die Erhöhung der wöchentlichen Mindestsprechstunden. Außerdem ging sie darauf ein, dass der ursprünglich geplante Passus zur „gestuften und gesteuerten psychotherapeutischen Versorgung“ (§ 92 Abs. 6a SGB V) nach massiven Protesten vonseiten der Psychotherapeutenschaft gestrichen wurde. Neue Regelungen zur Koordination der Versorgung wurden dafür in den Gesetzentwurf zur Novellierung der Psychotherapeutenausbildung aufgenommen. Auch diese Regelungen



Vorstandsmitglied Anke Pielsticker berichtete über die Neuerungen des TSVG und die Umsetzung der Weiterbildung in Bayern. (Foto: Hiller)

müssten jedoch sehr kritisch betrachtet werden, da die jetzt dort gewählten Formulierungen zu Fehlentwicklungen führen könnten und deshalb abzulehnen

seien. Nur für die Gruppe der Patienten mit komplexem Leistungsbedarf seien zusätzliche und weitergehende Maßnahmen zur Koordinierung der Versorgung sinnvoll.

Weiterhin stellte Frau Pielsticker die **Umsetzung der Weiterbildungsordnung** vor, nachdem im vergangenen Jahr die beiden Bereiche „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ und „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ in die Weiterbildungsordnung der PTK Bayern aufgenommen wurden.

Aktueller Stand zur Reform der Aus- und Weiterbildung

Kammerpräsident Nikolaus Melcop und Vizepräsident Peter Lehndorfer stellten den aktuellen Stand zur Reform der Aus- und Weiterbildung vor. Dabei wurde der zu diesem Zeitpunkt vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung grundsätzlich begrüßt und gleichzeitig auf den noch ausstehenden **Änderungs- und Ergänzungsbedarf** eingegangen. Dies betrifft u. a. die Heilkundeerlaubnis, die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung, Übergangsregelungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für Ausbildungsteilnehmer sowie Änderungen im



Vizepräsident Peter Lehndorfer informierte über die Reform der Aus- und Weiterbildung. (Foto: Hiller)

Sozialrecht. Herr Melcop zog als Zwischenbilanz, dass der Gesetzentwurf die richtige Richtung einschlägt: Die Reform regle die Aus- und Weiterbildung des Berufsstandes, passe sie an vorhandene Veränderungen in der Versorgung an und beseitige damit systematische Defizite des aktuellen Gesetzes. Herr Lehndorfer stellte im Anschluss Überlegungen zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung vor.

Nach einer regen Diskussion zu diesem Tagesordnungspunkt verabschiedete die Delegiertenversammlung einstimmig die Resolution: „Das Gesetz zur Re-

form der Psychotherapeutenausbildung muss ergänzt werden!“

Novellierung der Fortbildungsrichtlinie

Die Delegiertenversammlung beschloss einstimmig eine **neue Fortbildungsordnung**, die die bisherige „Fortbildungsrichtlinie“ ersetzen wird. Vizepräsident Bruno Waldvogel stellte dabei die Entwicklung der bisherigen Fortbildungsrichtlinie dar und was sich im Vergleich dazu in der neuen Fortbildungsordnung ändert.



Vizepräsident Bruno Waldvogel stellte die neue Fortbildungsordnung der PTK Bayern vor. (Foto: Hiller)

Gleichstellung: Gendersensible Schreibweise in Satzungen und Ordnungen der PTK Bayern

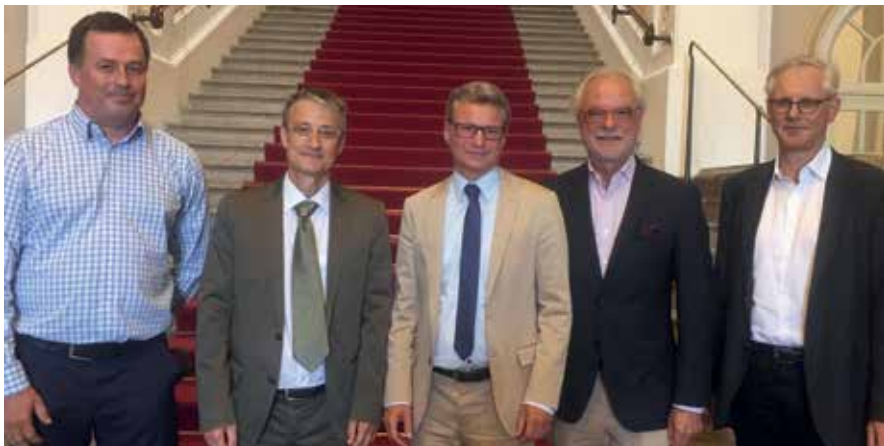
Die PTK Bayern setzt sich im Rahmen ihres Auftrags für Gleichstellung ein. In der Berufsausübung und Berufspolitik, in der psychotherapeutischen Behandlung und im gesellschaftlichen Leben allgemein dürfen Menschen nicht aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit, Nationalität, Hautfarbe, Religion, Behinderung oder anderer Kriterien benachteiligt werden. Bestehende Hürden sollen aktiv abgebaut werden.

In der vergangenen Delegiertenversammlung wurde das **Thema Ge-**

schlechtergleichstellung diskutiert. Die Delegiertenversammlung stimmte für eine Ergänzung der Satzungen und Ordnungen der PTK Bayern hinsichtlich einer gendersensiblen Schreibweise. Mit der Fußnote „Die in der vorliegenden Beitragsordnung verwendeten Personen- und Gruppenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter“ soll die Berücksichtigung aller Geschlechter erkennbar gemacht werden. Vorstandsmitglied Anke Pielsticker merkte an: „Die hier beantragten Änderungen für die bestehenden Kammerordnungen

werden nur als Zwischenschritt auf dem Weg zu einer durchgängig gendersensiblen Sprache angesehen. Es wird aktiv nach Lösungen für eine Sprachregelung gesucht, mit der alle Menschen unabhängig vom Geschlecht angesprochen werden. Mit unserer Sprache können wir dazu beitragen, Gleichstellung stillvoll und ansprechend auszudrücken!“ Unter anderem beschäftigt sich auch die Gleichstellungskommission der PTK Bayern mit diesem Thema.

Gespräch mit dem Bayerischen Staatsminister für Wissenschaft und Kunst



V. l. n. r.: C. Schnurer (Vizepräsident VFB, Vorsitzender d. Berufsverbandes Bildender Künstler in Bayern), Dr. Bruno Waldvogel (Vizepräsident VFB und Vizepräsident PTK Bayern), Staatsminister Bernd Sibler, M. Schwarz (Präsident VFB, Europareferent d. Bayerischen Zahnärztekammer), Dr. M. Beck (Vizepräsident VFB, Vorstandsmitglied Bayerische Ärztekammer) (Foto: VFB)

Das Präsidium des Verbands der Freien Berufe in Bayern (VFB) hatte am 26. Juni 2019 einen Gesprächstermin mit dem Bayerischen Staatsminister für Wissenschaft und Kunst, Bernd Sibler. Bruno Waldvogel, der Vizepräsident der PTK Bayern und Vizepräsident des VFB ist, nutzte die Gelegenheit, um sich mit Herrn Sibler auch über das Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Psychotherapeutenausbildung auszutauschen und für eine Zustimmung Bayerns im Bundesrat zu werben. Vizepräsident Waldvogel bot Herrn Sibler die Mitwirkung der PTK Bayern bei der Umsetzung des Gesetzes an den bayerischen Hochschulen an.

Treffen der leitenden Angestellten in Kliniken und der Vertreter der Ausbildungsinstitute

Die PTK Bayern veranstaltet jährlich ein Treffen mit den leitenden Psychotherapeuten in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie mit den Vertretern der Ausbildungsinstitute. Die Zusammenkünfte finden nacheinander statt mit einer zeitlichen Überschneidung, in der sich alle Teilnehmenden über gemeinsame Themen austauschen können.

Beim diesjährigen Treffen diskutierten die leitenden Angestellten u.a. den Stand der Umsetzung des PsychVVG (u.a. zu den Personalanforderungen des

G-BA und der Weiterentwicklung der Vergütung), rechtliche Aspekte des Angestelltenverhältnisses und die aktuellen Entwicklungen zur tariflichen Eingruppierung.

Im gemeinsamen Teil diskutierten die leitenden Angestellten und die Vertreter der Ausbildungsinstitute den aktuellen Stand der Reform der Aus- und Weiterbildung sowie die Situation der Ausbildungsteilnehmer in den Kliniken.

Im Anschluss tauschten sich die Vertreter der Ausbildungsinstitute u.a. über

die neuen Weiterbildungsbereiche der PTK Bayern „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ und „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ aus.

Vor dem Hintergrund seiner Tätigkeit in der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit zum geplanten Verbot von sog. Konversionstherapien (siehe auch Bericht unter Kurznachrichten) regte Kammerpräsident Nikolaus Melcop an, dass die Institute dieses Themenfeld sowohl in Ausbildungs- als auch in Fortbildungskursen zukünftig berücksichtigen.

Treffen der Vertreter der Hochschulen

Bei dem Treffen mit den Vertretern der Hochschulen diskutierten die Teilnehmenden engagiert über den Stand des Gesetzgebungsverfahrens zur Ausbildungsreform und die Herausforderungen der Umsetzung an den

Universitäten sowie über die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungs- und Präventionsforschung in Bayern. Außerdem fand die Wahl des Vertreters der Hochschulen statt, welcher als satzungsgemäßer Gast an der

Delegiertenversammlung der Kammer teilnimmt. Gewählt wurden Prof. Dr. Angelika Weber (HS für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt) und als ihr Stellvertreter Prof. Dr. Thomas Ehring (LMU München).

Kurznachrichten

Kurz und Knapp – Aktivitäten der Kammer

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

+++ Kammerpräsident Nikolaus Melcop nahm Anfang Juni an der Sitzung der Fachkommission des Bundesministeriums für Gesundheit zum geplanten **Verbot der sog. Konversionstherapien** teil, d.h. von Methoden, die die Abnahme homosexueller Neigungen und die Entwicklung heterosexueller Potenziale als Ziel postulieren. Der Schwerpunkt der Sitzung lag auf den juristischen Aspekten des Verbots. +++

+++ Am 10.07.2019 fand die 12. Sitzung des **Arbeitskreises „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“** des Gesundheitsbeirates der Landeshauptstadt München unter dem Themenschwerpunkt „Patientenorientierung bei Kindern und Jugendlichen“ statt. Für die PTK Bayern war Thomas Schmidt (Justiziar) als Gastreferent geladen und informierte über rechtliche Aspekte bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. +++

+++ Ein Treffen zwischen den **Sprechern der Direktorenkonferenz „Psychosomatik“** und dem Vorstand der PTK Bayern fand am 15.07.2019 statt. Thematisiert wurde u. a. ausführlich der aktuelle Stand der Reform der Psychotherapeutenausbildung, die Umsetzung der Weiterbildungsordnung, die Veränderungen im Rahmen des PsychVVG und die Entwicklung in der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ein Treffen

mit den **Sprechern der Direktorenkonferenz Psychiatrie** fand bereits im April statt. +++

+++ Die Vorstandsmitglieder Bruno Waldvogel und Birgit Gorgas nahmen an der **Jubiläumsfeier „25 Jahre Refugio“** am 22.07.2019 teil. Refugio zählt mittlerweile zu einem der größten psychosozialen Zentren für Folteropfer und traumatisierte Geflüchtete in Europa. +++

+++ Herr Melcop nahm an der ersten Sitzung der projektbegleitenden Arbeitsgruppe zu **„GreenCare – Natur- und Wildnistherapie“** am 22.07.2019 teil. Im Rahmen des Projekts soll Natur und Landschaft basierend auf den Konzepten der Natur- und Wildnispädagogik gezielt zur Förderung von psychischer Gesundheit genutzt werden. Elemente aus der Psychotherapie sollen dafür mit Vorgehensweisen aus dem Bereich der Wildnispädagogik zusammengeführt werden. +++

Bevorstehende Veranstaltungen

Kostenerstattung in der Psychotherapie: Grundlagen – Probleme – Perspektiven. Eine Informations- und Diskussionsveranstaltung der PTK Bayern. Termin: **08.10.2019** in München.

8. Bayerischer Landespsychotherapeutentag – Psychotherapie in Grenzsituationen. Termin: **19.10.2019** in München in der Alten Kongresshalle.

Auffällig unauffällig – Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen. Eine Veranstaltung der PTK Bayern zum Aufzeigen von Möglichkeiten der Kooperation von Psychotherapie mit Schule, Gesundheitswesen

und Jugendhilfe. Termin: **23.10.2019** in München.

Wiederholungsveranstaltung 18. Suchtforum: Rauchen 2.0 – E-Zigaretten und Co.: E-Zigaretten, Heat-not-burn-Produkte, Pod Mods & Co – Zug um Zug zum Einstieg, Umstieg oder Ausstieg aus der Sucht? Eine interdisziplinäre Veranstaltung der PTK Bayern, der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, der Bayerischen Landesärztekammer sowie der Bayerischen Landesapothekerkammer. Termin: **21.11.2019** in Nürnberg.

Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Veranstaltung der PTK Bayern. Termin: **23.11.2019** in München.

Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen – Psychoneuroimmunologische Erkrankungen. Eine Kooperationsveranstaltung der PTK Bayern und der KVB. Termin: **30.11.2019** in München.

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern.

Geschäftsstelle

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

Was macht eine Psychologische Sachverständige im Familienrecht?

„Entscheidungen in familienrechtlichen Kindschaftssachen stehen vor zwei besonderen Herausforderungen, die ihnen seit Jahr und Tag auch in der Praxis des Bundesverfassungsgerichts einen Stammplatz sichern: Das Entscheidungsergebnis ist in gleichem Maße essenziell für die Beteiligten, wie die Entscheidungsfindung mit Ungewissheit beladen ist. (...) Mit großer Ungewissheit sind kindschaftsrechtliche Entscheidungen beladen, weil sie die Kenntnis von Dingen verlangen, die man kaum sicher kennen kann. Sie verlangen eine Einschätzung von Beziehungszusammenhängen, Bindungen und Seelenzuständen, was festzustellen schon für die Vergangenheit und Gegenwart schwer genug ist. Darüber hinaus verlangen sie Prognosen über die künftige Fortentwicklung dieser inneren Zusammenhänge und Zustände, die einfach nicht mit völliger Gewissheit zu treffen sind“ (Prof. Dr. Gabriele Britz, Richterin am Bundesverfassungsgericht, 2016).

Rechtlicher Rahmen

Familienrechtspsychologische Gutachten werden immer dann vom Gericht in Auftrag gegeben, wenn dieses eine fachliche Expertise einschließlich einer Prognose zu einer Fragestellung im Kindschaftsrecht benötigt. Grob könnte man zwischen zwei Themenkomplexen unterscheiden: den Antragsfällen – ein Elternteil wünscht beispielsweise nach der Trennung, dass das Kind bei ihm im Haushalt lebe – und den sog. Amtsverfahren – hierbei handelt es sich fast ausschließlich um sog. Kinderschutzfälle, d. h. aufgrund einer Kindeswohlgefährdungsmeldung muss das Familiengericht überprüfen, ob das Kindeswohl beim Verbleib im Haushalt der Eltern gefährdet ist. Eine Risikoanalyse muss vorgenommen werden. Alle Beteiligten sollen zu allen

Zeitpunkten des Verfahrens auf Einvernehmen hinwirken. Damit nimmt das Familienrecht in den Rechtsgebieten eine gewisse Sonderstellung ein. Nicht selten müssen bereits während der Begutachtung Regelungen bzw. Erziehungshilfen in Form eines prozessdiagnostischen Vorgehens unter gutachterlicher Beobachtung erprobt werden. Ziel der psychologischen Begutachtung ist es, eine Fragestellung des Gerichts unter Anwendung wissenschaftlich anerkannter Methoden und Kriterien zu beantworten. Im Unterschied zur Psychologischen Psychotherapie unterliegt der Gutachter keiner Schweigepflicht gegenüber dem beauftragenden Gericht, sondern vielmehr der sog. Mitteilungspflicht. Dies bedeutet, alle diagnostischen Ergebnisse, Befunde und auch Prognosen werden im Gutachten verschriftlicht und den Eltern und deren Anwälten wie auch etwaig dem Wächteramt sowie dem i. d. R. vom Gericht eingesetzten Verfahrensbeistand damit zugänglich gemacht. Erkenntnisse, Bewertungen und Prognosen sind in angemessener Form sowohl den betroffenen Eltern, zuweilen auch den Kindern und Jugendlichen sowie den beteiligten Fachpersonen wie auch dem Gericht zu vermitteln.

Familie im Wandel

Das spannende Element im Familienrecht ist der stetige gesellschaftliche Wandel, der unsere Vorstellungen von und Erwartungen an Familien prägt, aber auch immer wieder zu adaptiven Reformen der Rechtsprechung führt. Als ich 1995 meine erste Stelle in einer Familienberatungsstelle angetreten habe, war die allgemein übereinstimmende Meinung, dass ein Elternteil allein am besten die elterliche Sorge ausüben könne, und dies war gewöhnlich die Mutter. Erst 1998 wurde dann in der

Kindschaftsrechtsreform das gemeinsame Sorgerecht eingeführt. Heute, im Jahr 2019, diskutieren wir die Vor- und Nachteile eines paritätischen Wechselmodells zur Kontakterhaltung bezüglich beider leiblichen Elternteile. Im Kinder- und Jugendhilfebereich sind seitdem gemäß KJHG eine Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder und Eltern etabliert worden (z. B. Einzelfallhilfe, begleiteter Umgang, Kurs „Kinder im Blick“, systemisches Programm „Kinder aus der Klemme“, Multiproblemfamilientherapie, Familienrat). Wer im Familienrecht arbeitet, sollte die gesellschaftlichen Prozesse im Blick haben und auch selbst immer wieder reflektieren, inwieweit eigene Vorstellungen von Familie und die subjektive Sicht zu einer Voreingenommenheit im Begutachtungsprozess führen könnten.

Was macht ein Sachverständiger (SV) konkret?

Das Familiengericht erteilt den Auftrag zur Einholung eines Gutachtens, welches zugleich als (späteres) Beweismittel dienen wird. Die Fragestellungen lauten dann beispielsweise: „Es soll Beweis erhoben werden durch Einholung eines familienpsychologischen Sachverständigen-Gutachtens darüber, ob das Kind Sophie überwiegend durch einen Elternteil betreut und erzogen werden sollte statt wie zuletzt paritätisch durch beide Eltern und welcher Elternteil gegebenenfalls besser in der Lage ist, das Kind zu betreuen und zu erziehen.“ Ein Familiengericht stellt oftmals auch sehr spezifische Fragen bezüglich möglicher Interventionsformen, beispielsweise: „Was können die Eltern jeweils tun, um Emma einen unbeschwerteten Kontakt zu beiden Elternteilen zu ermöglichen? Wie müssen Umgang und Übergabesituationen gestaltet werden, um Emma möglichst wenig zu belasten?“

Multimodales Vorgehen

Das Vorgehen in der familienpsychologischen Begutachtung ist grundsätzlich multimodal. Das bedeutet in der Praxis, dass zunächst umfangreiche Explorationen der Eltern sowie des Kindes jeweils einzeln erfolgen. Ein wichtiger Bestandteil der familienpsychologischen Begutachtung ist die sog. (beobachtende) Interaktionsdiagnostik. Hierfür stehen auch systematische und kriteriengeleitete Verfahren zur Verfügung, deren Einsatz wiederum eine intensive Auseinandersetzung mit bindungstheoretischen Konzepten verlangt. Auch psychometrische Untersuchungsschritte mittels Fragebogenverfahren sind Bestandteil einer fachpsychologischen Begutachtung. Ziel ist es, zunächst den familiären Konflikt zu ergründen, die Sichtweise jedes einzelnen Familienmitgliedes zu erfassen, aber auch das Zusammenwirken der individuellen Verhaltens- und Erlebensweisen zu verstehen. Im Bereich der Kinderschutzfälle geht es vorrangig darum, eine Risikoanalyse vorzunehmen. In diesem Kontext ist die einzelfallorientierte Diagnostik des Kindes oder der Kinder unerlässlich. Insbesondere müssen eventuelle Schädigungen eingeordnet und es sollte so weit wie möglich dem Gericht gegenüber dargelegt werden, inwieweit die beobachtbaren Schädigungen kausal auf ein Kindeswohl abträgliches Elternverhalten zurückzuführen sind.

Fallvignetten

So könnte ein Kind Probleme im schulischen Kontext zeigen, die zu einer Kindeswohlgefährdungsmeldung führen. Eine Diagnostik zeigt dann, dass eine schwere Lese- und Rechtschreibstörung des Kindes bewirkt, dass dieses dem Schulunterricht nicht folgen kann und schuldistanzierte Tendenzen zeigt. Dies könnte aber nicht ursächlich elterlichen Erziehungsdefiziten zugeschrieben werden. Etwas anderes ist es, wenn ein Kind beispielsweise eine depressive

Symptomatik aufzeigt und im Verlaufe der Begutachtung diese auf ein wenig feinfühliges Elternverhalten, Vernachlässigung oder auch auf Überforderung des Kindes durch eine altersunangemessene Verantwortungsdelegation (Parentifizierung) zurückgeführt werden kann.

Die meisten Fälle von Kindeswohlgefährdung betreffen indes die Vernachlässigung kindlicher Grundbedürfnisse, manchmal auch verknüpft mit seelischer, körperlicher und/oder psychischer Misshandlung: *Elias (6 Jahre) erzählt von seiner Einschulung: Es habe keine Feier stattgefunden. Seine Schultüte sei kaputt gewesen. Spontan berichtet er: „Papa ist nicht da, wir haben einen anderen Papa. Papa ist nicht nett. Mama haut ganz doll ins Gesicht, ich habe mal geblutet im Gesicht. Mama haut mich, Tina, Elias und Maria.“ Er berichtet, dass er „mit einem Stock vom Hochbett“ geschlagen werde (und zeigt dies der SV beim Hausbesuch). In der Schule zeigt der Junge so massive Verhaltensauffälligkeiten, dass die Lehrer ihn als nicht beschulbar einstufen.* Zudem haben wir es in Kinderschutzfällen auch häufig mit psychisch grunderkrankten Eltern zu tun. Die betroffenen Kinder fühlen sich häufig schuldig und verantwortlich: *Amelie (6 Jahre), ihre Mutter ist an einer wahnhaften Störung erkrankt und lehnt jede Behandlung ab: „Mama kommt ins Gefängnis. Weil ich Mama angelogen habe, bin ich schuld. (Amelie weint.) Mir tut es so leid. Ich will die Tränen meiner Mama schenken.“ Amelie wischt sich vorsichtig eine Träne ab und fragt die SV, ob sie sie auf deren Papier legen dürfe. Amelie erklärt, sie sei nun hier im Kinderhaus, weil sie ihre Mutter angelogen habe. „Bestimmt ist das hier die Strafe, dass ich ins Kinderhaus gekommen bin.“ Amelie fragt: „Werde ich auch ein kleines nettes Fräulein?“* Insbesondere in den Trennungsfällen wird von den Gerichten zunehmend erwartet, dass die Gutachter als Experten für familiäre Konflikt dynamiken die Eltern

darin befähigen, die Bedürfnisse ihrer Kinder wieder besser wahrzunehmen und zu einer nachhaltigen Konfliktschärfung beizutragen, beispielsweise durch Psychoedukation, aber auch durch das Aufzeigen und das Fokussieren auf die kindlichen Bedürfnisse im Trennungskonflikt. Als sinnvoll haben sich hier insbesondere Techniken aus der Systemischen Therapie erwiesen (z. B. Normalisieren, Reframing, Perspektivwechsel anregen, zirkuläre Fragetechniken). Alle im familienrechtlichen Kontext involvierten Fachpersonen und Juristen wissen, dass nur eine Konfliktschärfung letztendlich das Kind entlasten und die Entwicklungsbedingungen für das Kind verbessern kann. Hier haben wir es meist mit Kindern zu tun, die starken Loyalitätskonflikten ausgesetzt sind. *Emma (10 Jahre): „Ich möchte niemanden verletzen. Bei Papa bin ich ängstlich, dass er sauer ist und enttäuscht. Mama würde sehr traurig sein, wenn ich dort nicht mehr übernachten würde.“* In den Kinderschutzfällen ist neben der Diagnostik der einzelnen Familienmitglieder v. a. auch der Informationsaustausch mit involvierten Experten erforderlich, um eine umfassende Risikoanalyse vornehmen und eine bestehende Kindeswohlgefährdung abwenden zu können.

Resümee

Die Tätigkeit als familienpsychologische Sachverständige erfordert ein breites Wissen über die Ätiologie und Diagnostik psychischer Störungen, die Dynamik in Trennungssituationen und vor allem über deren Wirkungen auf die betroffenen Kinder; oftmals kann es so – gerade im Zusammenwirken der verschiedenen Professionen im Familienkonflikt – gelingen, Lebensbedingungen für Kinder dauerhaft zu verbessern.

Dr. Anne Huber
 PP, Mediatorin
anne.huber@berlin.de
 Hildegard-Jadamowitzstraße 26
 10243 Berlin

„Psychotherapie mit einem Patienten mit Intelligenzminderung und sexuell deviantem Verhalten“ – Ein Fallbericht¹

Beschrieben wird die Psychotherapie mit einem jungen Mann (hier: „Herr G.“, 32 Jahre, Beginn der Psychotherapie mit 29 Jahren), der in der Öffentlichkeit sexuell deviantes, pädophiles und exhibitionistisches Verhalten gegenüber 8- bis 10-jährigen Jungen zeigte. Im Rahmen einer überwiegend verhaltenstherapeutischen Behandlung erfolgte ein Reframing des sexuell devianten Verhaltens als „Impulskontrollstörung“, die mit „EMDR für Kinder“ – speziell einer kindgerechten Adaptation des „EMDR-Suchtprotokolls“ – bearbeitet wurde. Entscheidend für den positiven Verlauf der Psychotherapie (PT) war die Zusammenarbeit mit einem Einzelfallhelfer als Co-Therapeuten, dessen Rückmeldungen über das Verhalten des Patienten bei Aktivitäten anschließend in der Psychotherapie thematisiert wurden.

Indikation

„Pädophiles Verhalten“ und exhibitionistisches Verhalten:

1. Vorfall: Oktober 2014,
2. Vorfall: 14. November 2015,
3. Vorfall: 13 April 2016,
4. Vorfall: 23. April 2016.

Abklärung zu sexuellem Neugierverhalten in Form von „Doktorspielen“.

Therapieziel „Kein Täter werden“²

Erstgespräch am 2. Dezember 2015 in Begleitung der WG-Gruppenleiterin, der Betreuer einer WG für Menschen mit Intelligenzminderung mit sechs Bewohnern sowie seines Freundes, mit dem er eine homosexuelle Beziehung hat.

1. Vorfall mit Anzeige bei der Polizei, die zunächst die Intelligenzminderung (IM) des Patienten nicht bemerkte und ihn auf der Polizeiwache erkennungsdienstlich behandelte. Die mehrstündige Pro-

zedur auf der Wache habe ihn sehr verängstigt.

Konsequenzen/Auflagen seiner WG-Betreuer nach dem ersten Vorfall

ÖPNV-Nutzung nur noch in Begleitung; Versprechen, in der Öffentlichkeit stets angezogen zu bleiben und keine Kinder anzusprechen.

Die Betreuer suchten professionelle Hilfe bei KIZ (Kind im Zentrum), der Hochschulambulanz der Charité (Projekt für pädophile Männer: „Kein Täter werden“) und der HPA (Heilpädagogische Ambulanz). Letztere empfahlen eine Psychotherapie (PT) bei mir.

Therapiemotivation

Der Patient konnte in einfacher Sprache äußern, dass er eine PT machen möchte, um sich „das Ausziehen und das Ansprechen von Kindern“ abzugewöhnen, damit er sich wieder selbstständig und ohne Begleitung außerhalb der WG aufhalten und Einkäufe in der Nähe tätigen kann.

Anamnese

Biografie: Der Patient habe bis zum Alter von ca. zwei Jahren bei seiner leiblichen Mutter gelebt, die ebenfalls an einer Intelligenzminderung leide. Seine Mutter sei mit der Versorgung des Patienten und seiner Schwester (+2) völlig überfordert gewesen und habe beide Kinder stark vernachlässigt – der Patient sei z. B. tagelang nicht ernährt worden. Diese gravierende emotionale und physiologische Deprivation habe die Hirnentwicklung negativ beeinflusst und mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Intelligenzminderung beigetragen. Beide Kinder seien dann in einem Kinderheim fremduntergebracht worden. Mit ca. drei Jahren: Umzug zu seinen Pflegeeltern, dem Bruder des leiblichen Vaters und dessen Ehefrau; sein leiblicher Vater sei ihm als sein „Onkel“ vorge-

stellt worden. Als Kind habe er sich motorisch unruhig, sprunghaft verhalten, sei schnell ablenkbar gewesen und sei deshalb zeitweise mit Neuroleptika behandelt worden – mit der Folge völliger Teilnahmslosigkeit. Deshalb hätten die Pflegeeltern die medikamentöse Behandlung beendet. Dann habe er neben einer Enuresis nocturna (bis etwa zum 9. Lebensjahr) massive Durchschlafstörungen gehabt, nach zwei bis drei Stunden Schlaf sei er aufgewacht oder sei „schlafgewandelt“.

Auf Empfehlung der Schule und des Jugendamts sei er mit 18 Jahren zur weiteren Selbstständigkeitsentwicklung in eine Wohneinrichtung für Menschen mit Intelligenzminderung umgezogen und 2012 in eine WG desselben Trägers.

Kita/Schule/aktuelle Beschäftigung:

Nach dem Besuch einer Schule für Menschen mit IM bis zur 10. Klasse, anschließend eines Jugendwerkhomes, arbeitet er in einer „Werkstatt für Behinderte“ (WfB) – erst im Gartenbereich, seit ca. zwei Jahren in der Küche. Der Patient geht gerne und regelmäßig arbeiten. Die Hin- und Rückfahrt mit einem Fahrdienst als Konsequenz auf sein sexuell deviantes Verhalten akzeptiert er nach entsprechender Erklärung, trotzdem möchte er so schnell wie möglich wieder selbstständig mit der BVG fahren.

Interventionen

(mit Vermittlung an die Betreuer) beim Anblick von Kindern:

- Bauchatmung (vorher im Rahmen der PT vermittelt – Hausaufgabe: in der WG üben!),
- 1. und 2. Anspannungsübung PME (vorher im Rahmen der PT vermittelt – Hausaufgabe: in der WG üben),
- Daumen berührt Mittelfinger am Nagelfalz (Meridianpunkt (EFT/EDxTM (Energy Diagnostic and Treatment Methods) – „Energetische Psychotherapie“ [Dr. Fred Gallo]) (vorher im

Rahmen der PT vermittelt – Hausaufgabe: in der WG üben),

- Anhören bilateraler Musik, die beruhigend wirkt; im weiteren Verlauf der PT hörte der Patient seine Musik vom Smartphone und fokussierte sich auf sein Smartphone (vermutlich Imitationsverhalten).

Diese Interventionen bewirken „geteilte Aufmerksamkeit“ – die bisherige neuronale Vernetzung (Kinder ansprechen und zum Ausziehen auffordern) kann nicht „automatisch“ ablaufen.

Regeln (mit positiven Formulierungen, d. h. **keine** Verneinungen = „Ich lasse Kinder in Ruhe und halte Abstand.“ / „Ich bin ganz ruhig.“ / „Meine Hose bleibt oben.“ – **falsch wäre:** „Kinder nicht ansprechen. [kann gegenteilig missverstanden werden]).

Die Regeln werden in seinem Zimmer mit Strichmännchen visualisiert und vor dem Rausgehen in Begleitung wiederholt – später, im weiteren Verlauf abgefragt.

Fünf probatorische Psychotherapiestunden

- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung,
- Durchführung der Entspannungsübungen „sicherer Ort/Wohlfühlort“ sowie PME,
- Ermittlung des Intelligenzalters: ca. 4–5 Jahre.

Diagnose

F71.1 – mittelgradige Intelligenzmindering mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert

F65.4 – Störung der Sexualpräferenz – Pädophilie

1. Hilfkonzferenz

(in meinem Praxisraum)

Anwesende: Sozialarbeiterin und Bereichsleiterin des Trägers, Betreuer der WG, Mitarbeiterin der Kostenstelle

des Bezirksamts, Psychiaterin des Sozialpsychiatrischen Diensts (SPD)

Ein Betreuer berichtet, der Patient wird sehr unruhig, wenn er nach der Arbeit an mehreren Tagen die WG nachmittags nicht verlassen kann. Die Betreuer versuchen, ihn bei Einkäufen einzubeziehen, könnten dies aber nicht regelmäßig tun.

Ich berichte vom Aufbau einer therapeutischen Beziehung, vom Intelligenzalter und begründe eine zusätzlich erforderliche Einzelfallhilfe (EFH). Der Einzelfallhelfer soll als Co-Therapeut vor Ort die in der PT erarbeiteten sozial angemessenen Verhaltensweisen unterstützen und zwar in der jeweiligen Situation, da Menschen mit mittelgradiger IM v. a. kontextbezogen lernen und für sie die Übertragung auf ähnliche Situationen eher schwierig oder unmöglich ist und erst – wenn überhaupt – nach einer intensiven Vermittlung der Ähnlichkeiten möglich wird. Derart soll dem Patienten langfristig ermöglicht werden, weiterhin in der WG zu wohnen und außerhalb der WG Aktivitäten zu unternehmen. Die Psychiaterin des SPD unterstützte eine EFH und plädierte für eine begleitende neuroleptische Behandlung (Risperidon), um die Libido bzw. Potenz zu reduzieren.

Weiterer Verlauf der Psychotherapie

Im Rollenspiel mit therapeutischen, kinderähnlichen Puppen wurde geübt, auch dann Abstand zu Kindern halten, wenn diese den Patienten ansprechen mit Äußerungen wie z. B. „Ich habe keine Zeit.“ / „Ich habe etwas zu erledigen.“ / „Spiel mit anderen Kindern, ich bin ja erwachsen.“

Abklärung, was ihn an Kindern/Jungen sexuell interessiert: der Penis (entsprechend seiner Homosexualität).

Reframing des sexuell devianten Verhaltens als „Impulskontrollstörung“ und Bearbeitung mit EMDR für Kinder mit einer kindgerechten Adaptation des „EMDR-Suchtprotokolls“, um derart die „Lust, Kinder anzusprechen“, zu reduzieren bzw. abzubauen.

Die Skalierung erfolgte entsprechend EMDR für Kinder mittels Angabe der Höhe im Behandlungsraum (Zimmerdecke – ca. 3,90 m = 10 (max.) – Zimmerboden = 0 (min.):

- zunächst mit visueller und auditiver Stimulation → er wurde deutlich ruhiger,
- dann auch mit Einbeziehung der Blickrichtung (wo ist die Lust stärker, wo geringer) plus EMDR.

Als er visuell nicht mehr folgen konnte: Übergang zum Selber-„Tappen“ mit meiner Anleitung, abschließend wurden die o. g. Regeln rhythmisch tappend verankert.

Elf Termine – beim 7. Termin während des „Tappens“, als der Patient schön entspannt war; mit einhergehender Suggestion: „Kinder sind völlig egal, ich gehe einfach vorbei“.

Ergebnis

„Die Lust, Kinder anzusprechen“, reduzierte sich schrittweise auf „1“ (ca. 10 cm über dem Boden), im weiteren Verlauf situativ auf „0“ (Boden) bzw. „0–1“.

Etwa drei Monate nach der 1. Hilfkonzferenz – Beginn der Einzelfallhilfe (EFH) mit einem ca. 40-jährigen Einzelfallhelfer.

Beziehungsaufbau mittels verschiedener Aktivitäten mit anschließender Dokumentation (gemalte Bilder / Fotos).

Während der Aktivitäten – Erinnern an die Regeln und Beobachtung: Zunächst wurde Herr G. in der Nähe von Kindern sehr unruhig, konzentrierte sich aber auf sein Smartphone und vermied Augenkontakt zu den Kindern; dies wurde mittels Lob positiv verstärkt.

2. Hilfkonzferenz

(in der WG) – ca. vier Monate nach der 1. Hilfkonzferenz

Anwesende: s. o. sowie der Einzelfallhelfer (EFH seit ca. einem Monat) ohne die Psychiaterin

- Bericht über den Verlauf der Psychotherapie (PT) mit Wiederholung des Therapieziels: „Kein Täter werden“; Bericht über den Verlauf der EFH.
- Vereinbarung mit dem Einzelfallhelfer und Bericht hierüber in der WG.
- Gemeinsame Übereinkunft, auf die neuroleptische Behandlung zu verzichten, da diese nicht zielführend wäre: Auch bei reduzierter Libido hätte das Interesse an Kindern wahrscheinlich weiter bestanden, da weder der sexuelle Reiz noch das Neugierverhalten neuroleptisch zu reduzieren wäre (nur mit einer so hohen Dosis, dass sie zu einer generellen Teilnahmslosigkeit geführt hätte, was ethisch nicht zu vertreten gewesen wäre – u. a. weil Herr G. dann seine sexuellen Bedürfnisse auch nicht mehr mit seinem Freund in der WG hätte ausleben können).
- Fortsetzung der EMDR – Bearbeitung (s. o.).

Weiterer Verlauf

Abfragen der Regeln: Er antwortet korrekt, zunächst stockend und durch Wiederholung flüssiger.

Verhaltensprobe – im nahegelegenen Park an Kinderspielplätzen vorbeigehen und dabei Abstand zu den Kindern halten – bei positivem Verhalten Verstärkung mittels Lob.

Info vom Einzelfallhelfer: Beim Baden gehen – starke Nervosität in der Nähe und beim Anblick von Kindern.

Daraufhin wurde im Rahmen der PT erneut die Bauchatmung geübt – einhergehend mit der Bitte an die WG-Betreuer und den Einzelfallhelfer, dies mit Herrn G. zu üben und ihn ggf. daran zu erinnern. Ferner: Wiederholung der Regeln im Rollenspiel. In Absprache mit den WG-Betreuern mit Info an den Einzelfallhelfer bekommt Herr G. kleine Aufträge, die er **allein** außerhalb der WG erledigen soll:

- Mülleimer leeren – für ca. drei Monate – bei positivem Verlauf => nächste Aufgabe;
- Gebäck für die wöchentliche Bewohnerversammlung beim Bäcker kaufen.

Info vom Einzelfallhelfer: bei Aktivitäten – Interesse an Jugendlichen.

Daraufhin wurde in der Psychotherapie der Unterschied („Was ist anders?“) zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen erarbeitet. Es folgte die Bitte an die WG-Betreuer und den Einzelfallhelfer, dies bei Aktivitäten ebenfalls abzufragen.

Wiederholung der Regeln in der Psychotherapie im Rollenspiel; ergänzende Aufgabe, auch keine Jugendlichen und keine fremden Erwachsenen anzusprechen. Anschließend folgten Verhaltensproben außerhalb der Praxis.

In Absprache mit den WG-Betreuern und dem Einzelfallhelfer: Herr G. trifft diesen in einem 1 €-Shop (ca. 1 km von der WG entfernt), er geht allein dorthin; der Einzelfallhelfer beobachtet ihn unbemerkt.

3. Hilfefunkferenz

(in der WG) – ca. 2,4 Jahre nach der 1. Hilfefunkferenz
Anwesende: s. o. 2. Hilfefunkferenz

- Erledigung weiterer Aufträge mit zunehmender Entfernung von der WG in einem nahegelegenen Supermarkt (ca. 1 km von der WG entfernt) zu erledigen; der Einzelfallhelfer beobachtet ihn unbemerkt.
- Herr G. trifft den Einzelfallhelfer in einem Warenhaus (ca. 1,5–2 km von der WG entfernt); er geht allein dorthin – der Einzelfallhelfer beobachtet ihn unbemerkt.
- Reduzierung der EFH sowie der PT – bis März 2019 Fortsetzung der EFH mit dem bisherigen Kontingent von

20 Wochenstunden – ab April 2019 bis Ende September 2019 Reduzierung auf 16 Wochenstunden.

Die Psychotherapie fand bisher in 14-tägiger Frequenz statt – ab Januar 2019 nur noch ein Termin pro Monat – geplant bis Ende September oder Oktober 2019. Die restlichen Termine (ca. 10–12) werden zur Rezidivprophylaxe bei Bedarf innerhalb der nächsten zwei Jahre genutzt.

Ob der Patient pädophil (F65.4) ist oder sein sexuell deviantes Verhalten in der Öffentlichkeit einem sexuellen Neugierverhalten entspricht, ließ sich nicht klären.

Die bisher erfolgreich verlaufene Psychotherapie ermöglichte dem Patienten, weiterhin in seiner WG wohnen zu können. Er lernte, sich sozial angemessen in der Öffentlichkeit zu verhalten,

und konnte seine Selbstständigkeit in Form von Einkäufen für die WG sogar erweitern.

Dipl.-Psych. Detlef Meyer
Psychologischer Psychotherapeut (VT)
EMDR-Traumatherapeut
dipl.psych.detlef.meyer@arcor.de

[1] Der Fallbericht wurde bereits im Rahmen eines Workshops des Arbeitskreises „Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung“ auf dem „Landespsychotherapeutentag Berlin 2019“ vorgestellt, die Initialie verändert.

[2] Dieses Therapieziel wurde von mir definiert, da es den allgemeinen wissenschaftlichen Kriterien der Diagnose F65.4 entspricht und eine Veränderung der Sexualpräferenz nicht möglich ist. Der Patient stimmte dem zu (siehe Therapiemotivation).

Geschäftsstelle

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

40. Kammerversammlung wählt neuen Vorstand

Am 18. Juni 2019 fand die 40. Kammerversammlung der PK Bremen statt, die ganz im Zeichen der Neuwahlen des Kammervorstands stand. Eröffnet wurde die Kammerversammlung von Hans Schindler, der die anwesenden Mitglieder der PK Bremen begrüßte.

Rückblick auf die letzte Amtsperiode

Er übergab danach das Wort an den scheidenden Präsidenten Karl Heinz Schrömgens, der zunächst auf die Arbeit des scheidenden Kammervorstands während der Amtsperiode 2015–2019 zurückblickte. Als Hauptthemen für die vergangene Amtsperiode benannte Karl Heinz Schrömgens sowohl bremenspezifische Themen wie die Reform der psychiatrischen Versorgung im Land oder die Zukunft des Studiengangs Psychologie als auch bundesweite Themen wie die Versorgung psychisch kranker Menschen mit Fluchthintergrund, die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie oder die Reform der Psychotherapeutenausbildung. Für diese Themen setzte sich die PK bei den zuständigen Vertretern aus Politik, Institutionen und Interessenverbänden ein.

Änderung der Satzung

Anschließend stimmte die Kammerversammlung einstimmig einem Satzungsantrag zu, der aus dem Arbeitskreis „Zukunft der Kammer“ heraus vorgebracht wurde. Demnach soll der Kammervorstand zukünftig aus dem Präsidenten, seinem Stellvertreter sowie insgesamt fünf statt wie bisher drei Beisitzern bestehen. Dieser Änderungsantrag war das Ergebnis der zahlreichen Treffen des Arbeitskreises während des letzten Jahres. Bei diesen Treffen war deutlich geworden,

dass eine Mehrzahl der potentiell an der Kammerarbeit interessierten Mitglieder eine tatsächliche Beteiligung aufgrund der als hoch empfundenen Arbeitsbelastung durch dieses Ehrenamt scheute. Um die Motivation und das Engagement für die Kammerarbeit zu fördern und die PK Bremen sicher für die Zukunft aufzustellen, wurde die Idee einer Erweiterung des Vorstands aufgegriffen, um die Arbeitsbelastung für jedes einzelne Vorstandsmitglied zu reduzieren. Auf der nächsten Kammerversammlung im November 2019 wird es zu Nachwahlen für zwei weitere Beisitzer kommen. Erfreulicherweise stehen dafür interessierte Kammermitglieder bereit, was ebenfalls als ein Verdienst des Arbeitskreises „Zukunft der Kammer“ anzusehen ist.

Wahl des neuen Kammervorstands

Als nächster Tagesordnungspunkt stand die Neuwahl des Kammervor-

stands an. Zuvor wurde den scheidenden Vorstandsmitgliedern Karl Heinz Schrömgens, Dr. Sylvia Helbig-Lang und Wiebke Rappen für ihr Engagement gedankt. Anschließend stellten sich die Kandidaten den zahlreich erschienenen Kammermitgliedern vor und standen für Nachfragen zur Verfügung. Den Anfang machte Hans Schindler, der für das Amt des Präsidenten kandidierte, gefolgt von Eva John, die für das Amt der stellvertretenden Präsidentin kandidierte. Beide wurden mit der erforderlichen absoluten Mehrheit gewählt und nahmen die Wahl an. Als nächstes stand die Wahl der Beisitzer an. Für die drei zu besetzenden Beisitzerposten standen drei Kandidatinnen und ein Kandidat zur Verfügung. Als Beisitzer für den neuen Kammervorstand wurden Amelie Thobaben, Dr. Christoph Sülz und Dr. Kim Sarah Heinemann von der Kammerversammlung gewählt. Alle nahmen die Wahl an, sodass der Kammerversammlung am Ende des Abends der neue



Der neue Kammervorstand v. l. n. r.: Dr. Christoph Sülz, Amelie Thobaben, Eva John, Hans Schindler, Dr. Kim Sarah Heinemann

Kammervorstand vorgestellt werden konnte.

Verabschiedung von Resolutionen

Während der Stimmenauszählung für die Wahl des neuen Kammervorstands stimmte die Kammerversammlung über zwei Resolutionen ab, die vom scheidenden Vorstand eingebracht worden waren. In der ersten Resolution wurden Maßnahmen zu einer abgestimmten und koordinierten Versorgung im ambulanten Bereich gefordert. Psychotherapeuten und Fachärzte müssten die Möglichkeit der Koordination und der Behandlungssteuerung erhalten, unter Einbezug von Pflegekräften, Sozio- und Ergotherapie.



Die Kammermitglieder stimmen ab.

Ebenfalls bedürfte es einer Umsteuerung in den bremischen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, um Psychotherapie zu einem zentralen Behandlungsmittel auszubauen. Dazu sei es erforderlich, mehr Psychotherapeuten zu beteiligen und gleichberechtigt mit den Ärzten im Hinblick auf Leitungsverantwortung

und Vergütung einzubeziehen. In einer zweiten Resolution wurden die Forderungen der Psychotherapeuten nach einem raschen Abschluss der Gesetzgebung für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung unterstrichen. Es wurden nochmals die zentralen Verbesserungsvorschläge für den vorliegenden Gesetzentwurf benannt, wie z. B. eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildung und genügend Praxisanteile im Studium. Beiden Resolutionsanträgen folgte die Kammerversammlung ohne Gegenstimmen. Den Abschluss des Abends bildete wieder der gemeinsame Umtrunk im Anschluss an die Kammerversammlung, bei dem zahlreiche Kammermitglieder den Wahlabend Revue passieren ließen.

Fachtagung und Empfang zur Verabschiedung von Karl Heinz Schrömgens

Am 24. Mai 2019 fand anlässlich des Abschieds des bisher einzigen Bremer Kammerpräsidenten Karl Heinz Schrömgens eine Fachtagung zum Thema „Perspektiven einer Psychotherapie des nächsten Jahrzehnts“ mit anschließendem Festakt statt. Beide Veranstaltungen stießen auf breites Interesse: Weit über 100 Vertreter der Bremer Psychotherapeuten, der Politik und des Gesundheitswesens waren gekommen, um über den Stand der aktuellen Psychotherapie zu diskutieren und Karl Heinz Schrömgens für sein über 20-jähriges berufspolitisches Engagement zu würdigen.

Tagungseröffnung durch den scheidenden Präsidenten

Karl Heinz Schrömgens eröffnete die Tagung mit einigen Überlegungen zum Stand der Psychotherapie und der Psychotherapieforschung in Deutschland. Basierend auf Forschungsergebnissen, die eine vergleichbare Wirksamkeit aller theoretisch fundierten Psychotherapien ausweisen, hob er die Bedeutsamkeit allgemeiner Wirkfaktoren hervor, die bislang weder in der Forschung noch im aktuellen Gesundheitswesen ausreichende Würdigung fanden. Gleichzeitig mahnte er an, dass die Kluft innerhalb der Profession nur überwunden werden



Karl Heinz Schrömgens

könne, wenn man über Verfahrensgrenzen hinweg zu einer gemeinsamen Sprache finde und Gemeinsamkeit über Unterschiede stelle. Dies erfordere jedoch auch ein Umdenken der Gesundheitspolitik, die in der anstehenden Reform der Psychotherapeutenausbildung durch die geplante Legaldefinition an der traditionellen Verfahrensbezogenheit festhalte.

Auch der erste Referent, Prof. Dr. Winfried Rief, Lehrstuhlinhaber für Klinische

Psychologie an der Philipps-Universität Marburg und Sprecher der Fachgruppe „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, betonte in seinem Vortrag, dass das aktuelle verfahrensbezogene Denken weder der Praxis noch dem Stand der Forschung gerecht werde. Er plädierte dafür, psychotherapeutisches Handeln an relevanten Störungsmechanismen bzw. Kompetenzen auszurichten. Als Beispielmehanismen nannte er Emotionsregulation oder Beziehungsfähigkeiten, die auch in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung zentrale Lernziele bilden sollten. Er illustrierte seine Ausführungen am Beispiel der erwartungsfokussierten Psychotherapie, die Patientenerwartungen als relevant für sowohl das Fortbestehen von Störungen als auch für den Erfolg von Behandlungen betrachtet.

Als nächstes zeichnete Frau Dr. Ulrike Borst, Vorsitzende der Systemischen Gesellschaft sowie Leiterin des Ausbildungsinstituts für Systemische Therapie in Meilen/Zürich, die „Entwicklungslinien der Systemischen Therapie“, auch anhand ihres persönlichen Werdegangs, nach. Sie plädierte aus systemischer Sicht dafür, von einer störungsspezifischen Behandlung weg zu einer Konzentration auf wiederkehren-

de Problemkonstellationen oder Muster zu kommen und stellte heraus, wie die systemische Perspektive hierfür einen Ansatzpunkt bilden könne. Gleichzeitig fasste sie noch einmal prägnant die aktuellen Probleme der Systemischen Therapie zusammen: Nach der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens im letzten Jahr stehe man vor einer Situation, in der es in den letzten 20 Jahren keinen Nachwuchs mehr gegeben habe. Es gebe in Deutschland keine Lehrstühle für Systemische Therapie und auch keine relevanten Weiterentwicklungen der Behandlungstheorie. Frau Borst betonte, dass man sich diesen Herausforderungen stellen wolle. Für die Arbeit in der Versorgung nannte sie als Ziel, die Möglichkeit von Mehrpersonensettings oder Netzwerkgesprächen stärker in die Diskussion zu bringen und so eine Bereicherung für die aktuelle Versorgung zu erlangen.

Zum Abschluss thematisierte Prof. Dr. Rainer Richter, langjähriger Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, „Perspektiven der Psychotherapie – Ein Blick zurück in die Zukunft“. Auch er betonte die Bedeutung der allgemeinen Wirkfaktoren für den therapeutischen Prozess und den Therapieerfolg und stellte die Hypothese in den Raum, dass erfolgreiche Therapien in jedem Fall mit Übertragungsprozessen arbeiten. Für eine Berufsqualifikation bedeutet dies Zugang zum eigenen Unbewussten zu entwickeln. Unter Bezugnahme auf die Analysen von Wampold, Imel und Flückiger, die im letzten Jahr unter dem Titel „Die Psychotherapie-Debatte“ in deutscher Sprache erschienen sind, sieht er gute Bedingungen gegeben, um zu einem Wechsel der Betrachtungsweise zu gelangen. Durchschnittlichen Effektstärken zwischen 0,3 und 0,8 bei den kontextuellen Wirkfaktoren, die verfahrensunabhängige Merkmale der therapeutischen Beziehung beschreiben, stünden Effektstärken von unter 0,2 bei den spezifischen, d. h. verfahrensbezogenen, Wirkfaktoren gegenüber. Dies müsse einen stärkeren Eingang in die Debatte um Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren in Deutschland, vor allem aber auch in die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten finden.

Die Tagung schloss mit einer Podiumsdiskussion, die die Referenten untereinander und mit dem Auditorium in Austausch brachte. Dabei wurde zunächst noch einmal hinterfragt, ob die mechanismenorientierte Therapie, die Winfried Rief vorgeschlagen hatte, nicht doch wieder spezifische Wirkfaktoren in den Vordergrund rücke. Rief führte dazu aus, dass eine isolierte Betrachtung von spezifischen oder unspezifischen Faktoren wenig Sinn ergebe – dazu sei das psychotherapeutische Geschehen zu komplex. Vielmehr würden entsprechende Faktoren interagieren: So bilde ein Patient eine positive Behandlungserwartung, wenn sein Therapeut ihm ein begründetes Vorgehen zur Behandlung seines Problems vorschlagen würde. Rainer Richter rückte dagegen die Gestaltung eines therapeutischen Beziehungsangebots in den Mittelpunkt. Der zweite Teil der Diskussion stellte sich aktuellen Problemen im Zusammenhang mit der geplanten Reform des Psychotherapeutengesetzes und der Frage: Wie sollen zukünftig Psychotherapeuten ausgebildet werden? Was braucht man, um ein guter Psychotherapeut zu werden? Dabei wurde auch die Rolle der Universitäten adressiert, die nun stärker in die praktische Ausbildung von Psychotherapeuten einbezogen würden. Alle Tagungsbeiträge sowie die Podiumsrunde wurden von den

Zuschauern interessiert verfolgt, was auch die Beiträge aus dem Auditorium im Rahmen der Diskussion zeigten.

Stimmungsvoller Empfang zur Verabschiedung von Karl Heinz Schrömgens

Ab 18 Uhr fand der Empfang zur Verabschiedung des scheidenden Kammerpräsidenten statt, der von dem Bremer Gitarristen Thorsten Plath stimmungsvoll musikalisch eingerahmt wurde. 180 Gäste aus Gesundheitswesen und Politik, aus den Landespsychotherapeutenkammern bundesweit und aus der bremischen Kammerzugehörigkeit waren der Einladung gefolgt. Der stellvertretende Präsident der Kammer Bremen, Hans Schindler, nutzte seine Begrüßung, um Karl Heinz Schrömgens, seinen Werdegang und sein vielfältiges Engagement in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Bremen zu würdigen.

Das erste Grußwort sprach die Bremer Senatorin für Gesundheit, Wissenschaft und Verbraucherschutz, Frau Prof. Dr. Eva Quante-Brandt. Auch sie würdigte das große Engagement von Karl Heinz Schrömgens und die gewachsene Zusammenarbeit zwischen Behörde und Kammer bei Themen wie dem Erhalt des Studiengangs Psychologie und ak-



V. l. n. r.: Petra Regelin (Geschäftsführerin LPK Rheinland-Pfalz), Sabine Maur (Präsidentin LPK Rheinland-Pfalz), Karl Heinz Schrömgens (PK Bremen), Michael Krenz (Präsident PTK Berlin), Roman Rudyk (Präsident PK Niedersachsen)

tuell in der Entwicklung des neuen Psychotherapeutengesetzes.

Viel Applaus erhielt Dr. Dietrich Munz, aktueller Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, für seine Worte. Er betonte vor allem die Rolle von Karl Heinz Schrömgens auf Bundesebene, seinen Einsatz bei der Konstituierung zunächst der Bremer und später der Bundespsychotherapeutenkammer. Er würdigte dabei auch, dass neben dem Engagement für Bremen auch immer wieder aktuelle gesellschaftliche Themen durch Karl Heinz Schrömgens mit in den Blick genommen wurden.

Zum Abschluss ergriff Roman Rudyk, Präsident der Psychotherapeuten-

kammer Niedersachsen, das Wort. Er berichtete von einem gewachsenen Vertrauensverhältnis trotz anfänglicher Differenzen auf berufspolitischer Ebene und machte – wie auch seine Vorredner – deutlich, dass Karl Heinz Schrömgens nicht immer ein bequemer, doch immer ein fairer, interessierter und engagierter Streiter für die Belange von Patienten und Psychotherapeuten gewesen sei. Aus persönlicher Erfahrung während seiner Tätigkeit in Bremen sprach er von Konkurrenz und Verstrickungen zwischen den verschiedenen Fachrichtungen und drückte seine Hoffnung aus, dass die positive Entwicklung der letzten Jahre für mehr Gemeinsamkeit fortgesetzt werde und eine weniger belastete neue Generation an Psycho-

therapeuten nachkomme. Alle Vorträge können auf www.pk-hb.de nachgesehen werden.

Das Auditorium machte den tiefen Respekt vor der Arbeit und der Person Karl Heinz Schrömgens durch Standing Ovationen zum Abschluss der Grußworte deutlich. Während des anschließenden Empfangs bestand bei Fingerfood und Getränken die Möglichkeit, sich informell auszutauschen. Auch hier drehten sich viele Gespräche um Anekdoten und Begebenheiten in der Zusammenarbeit mit Karl Heinz Schrömgens, der mit seinem Ausscheiden aus dem Kammervorstand eine Lücke hinterlässt, die nur schwer zu füllen sein wird.

Kammerausschüsse suchen Nachwuchs

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer wird in seiner Arbeit von drei ständigen Ausschüssen unterstützt, für die auf der nächsten Kammerversammlung am 5. November 2019 Neuwahlen anstehen. Alle Ausschüsse freuen sich über interessierte Mitglieder und stellen eine gute Möglichkeit zur Vernetzung dar. Ausführlichere Informationen zu den Ausschüssen sowie zu Ansprechpartnern können in der Geschäftsstelle und beim Vorstand erfragt werden.

Finanzausschuss

Die Aufgabe des Finanzausschusses ist es, das Finanzgebaren und hier insbesondere den Jahresabschluss der Kammer zu prüfen. Er kommt zweimal im Jahr zusammen und wirkt bei der

Aufstellung des Haushaltsplans und bei der Festlegung des Hebesatzes für den Kammerbeitrag mit. Die Unterlagen werden von der Geschäftsstelle vorbereitet und den Mitgliedern erläutert.

Beschwerde- und Schlichtungsausschuss (BuS)

Der BuS kümmert sich um Patientenbeschwerden im Rahmen des Beschwerdemanagements sowie um Schlichtungsverfahren bei Streitigkeiten unter Kammermitgliedern. Er tritt immer dann zusammen, wenn Beschwerden eingehen. Dr. Marianne Paetow berichtete in der letzten Ausgabe des PTJ (2/2019), dass durch die Mitarbeit im BuS ein tieferer Einblick in die Berufsordnung (BO) erworben wird. Vorkenntnisse in die-

sem Bereich sind keine Voraussetzung für eine Mitarbeit.

Ausschuss für Fort- und Weiterbildung

Der Ausschuss berät den Kammervorstand in allen Fragen im Zusammenhang mit der Fort- und Weiterbildung für Kammermitglieder und erarbeitet Vorschläge für die Weiterentwicklung der jeweiligen Ordnung. Er prüft Anfragen bzgl. spezifischer Weiterbildungsangebote und deren Anerkennung und gibt Empfehlungen ab. Eine zentrale Aufgabe für die zukünftigen Ausschussmitglieder wird die Erstellung einer Weiterbildungsordnung im Zusammenhang mit dem Direktstudium Psychotherapie sein.

Redaktion

Dr. Kim Sarah Heinemann,
Hans Schindler

Geschäftsstelle

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

Geschäftszeiten:
Mo., Di., Do., Fr.: 10.00–14.00 Uhr
Mi.: 13.00–17.00 Uhr
Sprechzeiten des Präsidenten:
Di.: 12.30–13.30 Uhr (Geschäftsstelle)
Mo.–Do.: 8.00–8.45 Uhr (Praxistelefon)

74. Delegiertenversammlung

Am 19. Juni 2019 fand die 74. Sitzung der Delegiertenversammlung (DV) statt. Als neues DV-Mitglied wurde Dr. Annegret Boll-Klatt von Präsidentin Peper begrüßt. Frau Dr. Boll-Klatt rückt für Andrea Hirschmann nach, die aus der DV ausgeschieden ist.



Dr. Annegret Boll-Klatt

In zweiter Lesung verabschiedeten die Delegierten eine Erweiterung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung (ERO), die vorsieht, dass Gremienmitglieder der PTK Hamburg auch Kosten für Kinderbetreuung und für die Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen geltend machen können. Mit der Veröffentlichung in dieser PTJ-Ausgabe tritt die entsprechende Ergänzung der ERO in Kraft.

Ein weiteres Diskussionsthema war der Bericht des Hamburger Senats „Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg: Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung – Psychiatrie-Bericht“, zu dem der Kammervorstand eine umfangreiche schriftliche Stellungnahme erstellt hatte. Neben einer Reihe von inhaltlichen und fachlichen Kritikpunkten wurde insbesondere die mangelnde Einbindung der Kammer in die Erstellung des Berichts kritisiert. In

drei Plenumsveranstaltungen mit Fachpublikum wurden zwar Themen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung vorgestellt und Ideen für Verbesserungen der Versorgung gesammelt. Eine systematische Einbindung der Kammer bei der Analyse und Bewertung der Versorgungssituation psychisch kranker Menschen in Hamburg sowie bei der Erarbeitung konkreter Maßnahmen bzw. neuer Versorgungsmodelle erfolgt allerdings nicht. Die Stellungnahme der Kammer wurde deshalb nicht nur an die zuständigen Fachbehörden, sondern auch an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses der Hamburgischen Bürgerschaft gesandt. Erste Gesprächstermine wurden draufhin schon vereinbart.

Schließlich beschäftigten sich die Delegierten erneut mit dem Thema „Ausbildungsreform“. Die Information, dass die Abstimmung im Deutschen Bundestag nicht mehr am 26./27. Juni 2019 stattfinden sollte, sondern auf September 2019 verschoben wurde, wurde mit Bedauern zur Kenntnis genommen.

Heike Peper berichtete über die Aktivitäten des Kammervorstandes, d. h. über diverse Gespräche mit Hamburger Bundestags- und Bürgerschaftsabgeordneten sowie mit Behördenvertretern, und über die „Big Points“, zu denen von Seiten der Profession noch Änderungsbedarf im Gesetzesentwurf besteht. Einer dieser Punkte, die Übergangsregelungen für die bisherigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), wurde in der Diskussion aufgegriffen. Die PTK Hamburg fordert in ihrer Stellungnahme, den KJP im Wege von Nachqualifizierungen den Erwerb der gleichen Approbation zu ermöglichen, über die die nach dem Reformgesetz qualifizierten Psychotherapeuten verfügen werden, d. h. eine berufsrechtliche Behandlungserlaubnis für alle Altersgruppen. Die von einem Delegierten vorgetragene Forderung einer Gleichstellung der KJP ohne entsprechende Nachqualifikation fand keinen Widerhall in der DV.

Mit guten Wünschen für eine erholsame Sommerzeit schloss Präsidentin Peper die Sitzung.

HP



Vorstand der PTK Hamburg

Kammerwahl 2019

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie sind bereits informiert worden, dass in diesem Jahr die Wahl der neuen Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer in Hamburg stattfindet. Wenn Sie dieses Heft in Ihren Händen halten, ist die Wahl schon abgeschlossen und die Stimmen sind gerade ausgezählt. Über die Ergebnisse werden Sie zeitnah in einem offiziellen Rundschreiben informiert.



Wie Sie sich vorstellen können, hat der Wahlausschuss unter dem Vorsitz des ehemaligen Richters am Landessozialgericht Hamburg, Dirk Dau, mit Unterstützung der Geschäftsstelle viel Arbeit geleistet und alle Vorbereitungen auf einen guten Weg gebracht.

Wir freuen uns, Ihnen die Wahlergebnisse dann ausführlich im nächsten Heft präsentieren zu können und hoffen auf eine hohe Wahlbeteiligung.

Mit herzlichen Grüßen
für den Vorstand
Torsten Michels

Redaktion

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

Geschäftsstelle

Hallerstr. 61
20146 Hamburg
Tel. 040/2262260-60
Fax. 040/2262260-89
Internet: www.ptk-hamburg.de
E-Mail: info@ptk-hamburg.de

2. Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 14. September 2016 (zuletzt geändert durch die 1. Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 27. Juni 2018)

Auf Grund von § 19 Absatz 1, Absatz 2 Ziffer 1 und § 6 Absatz 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) vom 14. Dezember 2005 (HmbGVBl., Nr. 42, S. 495ff.), zuletzt geändert am 17. Dezember 2018 (HmbGVBl., 2019, S. 5, 9), hat die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in ihrer Sitzung am 19. Juni 2019 die zweite Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 14. September 2016 (zuletzt geändert durch die 1. Satzung zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung vom 27. Juni 2018) beschlossen.

§ 1 Änderungen

§ 2 (Entschädigungen für die zeitliche Inanspruchnahme für gewählte Kammermitglie-

der und weitere Personen) wird wie folgt geändert:

1. Hinter Absatz 4 wird folgender neuer Absatz 5 eingefügt:

„(5) Personen nach Absatz 3 erhalten für die Teilnahme an Sitzungen und Veranstaltungen auf Antrag eine Entschädigung für die tatsächlich entstandenen Kosten einer entgeltlichen Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr oder Angehörigen, die nach dem SGB XI anerkannt pflegebedürftig sind und jeweils zu ihrem Haushalt gehören. Es können insgesamt bis zu EUR 15 pro Stunde, höchstens jedoch EUR 150 pro Tag entschädigt werden. Dem Antrag sind die Kostenbelege über die Betreuungsleistung (in Kopie) unter Angabe der tatsächlichen Sitzungszeit sowie der Dauer der Betreuung und die entsprechenden Nachweise (Geburtsurkunde, Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit) beizufügen.“

2. Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

3. Absatz 6 wird wie folgt geändert:

3.1 In Absatz 6 Satz 1 werden hinter den Wörtern „für die zeitliche Inanspruchnahme“ die Wörter „nach Absatz 4 und für die tatsächlich entstandenen Kosten nach Absatz 5“ eingefügt.

3.2 In Absatz 6 Satz 3 werden die Wörter „und 4“ durch die Wörter „bis 5“ ersetzt.

§ 2 Inkrafttreten

Die vorstehenden Änderungen der Entschädigungs- und Reisekostenordnung treten nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg in Kraft.

Hamburg, den 13. August 2019

gez.
Dipl.-Psych. Heike Peper
Präsidentin



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!



Dr. Heike Winter
(Foto: M. Werneke)

Steht die Psychotherapie vor einer digitalen Revolution? Digitalisierung bewirkt einen Wandel nahezu aller Lebensbereiche. Auch im Gesundheitswesen spielt der durch Digitaltechnik ausgelöste Umbruch eine wachsende Rolle – eHealth ist ein Trendbegriff. Welche Chancen und Perspektiven haben digitale Innovationen in der Psychotherapie? Welche Erkenntnisse gibt es aus Wissenschaft und Forschung, die eine Orientierungshilfe geben, wie wir in der Psychotherapie mit diesen Herausforderungen umgehen sollen?

Denn unstrittig ist: Der Markt boomt – zum Beispiel bei „Gesundheits-Apps“. Patienten suchen Hilfe und stoßen im Netz auf digitale Angebote. Immer mehr Krankenkassen bieten ebenfalls Internetprogramme an – nicht nur, um die Wartezeit auf eine Psychotherapie zu überbrücken. Weiteres Top-Thema in der Gesundheitspolitik ist die Versorgung in eher ländlichen Regionen: Experten erwarten deshalb ein enormes Wachstum bei Telemedizin-Anwendungen.

Das Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) wird diese Trends verstärken. Wir wissen: Viele Psychotherapeuten beobachten diese rasanten, hochkomplexen und unübersichtlichen Entwicklungen mit Skepsis. Auch im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hessen sehen wir Trends, die aufmerksam begleitet werden müssen! Zugleich bringen wir deutliche Kritikpunkte am DVG-Entwurf vor – vor allem mit Blick auf Datenschutz, Datensouveränität und die Patientensicherheit (Wirksamkeitsprüfung,

Nutznachweis von Apps etc.). Auch die Genehmigung der digitalen Anwendungen ohne Diagnostik und Indikationsstellung durch einen Psychotherapeuten beurteilen wir als sehr kritisch.

Doch mit Blick auf unsere Mitverantwortung für die Zukunftsfähigkeit des Berufsstandes können wir vor dieser Dynamik des eHealth-Gesundheitsmarktes nicht die Augen verschließen. Zumal die zunehmende Verbreitung digitaler Technologien in Diagnose und Therapie auch das Kompetenzprofil des Berufes verändert. So wird eine moderne Psychotherapie-Ausbildung künftig den neuen Herausforderungen durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen Rechnung tragen müssen.

Als Psychotherapeutenkammer werden wir diese Entwicklungen kritisch und konstruktiv begleiten. In unserem Informations- und Veranstaltungsangebot beleuchten wir die Zukunftschancen sowie die Grenzen und mögliche Risiken moderner Technologien: Damit Sie auf einer soliden Informationsbasis entscheiden können, welche Relevanz diese digitalen Optionen in Ihrer Berufspraxis in Zukunft haben sollen. Zugleich schaffen wir ein Forum zum offenen Austausch mit Kollegen und Experten zu diesem Themenfeld – beispielsweise auf unserem Fachtag „eMentalHealth – Chancen und Perspektiven in der Psychotherapie“ am 23. November 2019 in Frankfurt am Main.

Denn eines ist sicher: Digitale Anwendungen in der Psychotherapie werden nicht wieder verschwinden. Lassen Sie uns deshalb mit patientenorientierter Sensibilität und sorgfältigem Blick auf wissenschaftliche Evaluationen über die Risiken, Nebenwirkungen und Potentiale der digitalen Angebote für bessere Diagnosen und Therapien diskutieren!

Ihre
Dr. Heike Winter

Tiere in der Therapie – Spielerei oder wirksame Unterstützer?

Tiere können Menschen helfen – auf vielfältige Weise. Eine spezielle Ausbildung macht sie zu wichtigen Gefährten für physisch und psychisch Beeinträchtigte. Der Kontakt zu Tieren hat sowohl körperliche Wirkungen auf Menschen (Aktivierung, Senkung von Blutdruck und Pulsfrequenz), als auch soziale und psychische: So können Tiere in der Psychotherapie als „Eisbrecher“ ein-

gesetzt werden, um miteinander ins Gespräch zu kommen. Begleithunde vertreiben die Einsamkeit oder lassen Patienten mehr Selbstwirksamkeit und Erfolge erleben: Mit Blick auf diese Möglichkeiten tiergestützter Therapie bieten die Landestierärztekammer Hessen und die Psychotherapeutenkammer Hessen am 8. November 2019 eine Fortbildung an.



Foto: Shutterstock

Leitliniengerechte Psychotherapie-Angebote brauchen mehr Personal!

Die Ausstattung der Psychiatrie-Kliniken mit qualifizierten Psychotherapeuten muss dringend optimiert werden. Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) ist seit mehr als zwanzig Jahren nicht mehr aktualisiert worden – zum 1. Januar 2020 sollen neue Personalvorgaben in Kraft treten. Doch der bisher vorliegende Entwurf aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) enthält keine nachhaltige Verbesserung der Personalmindeststandards für Psychotherapie, sondern nur eine unzureichende „Übergangslösung“. Nicht nur mit Blick auf die von Medien als „Skandal“ thematisierte Situation in Kliniken in Frankfurt bleibt der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hessen hier auch bundesweit aktiv: Psychiatrien wie im früheren Jahrtausend, in

denen die Patienten hauptsächlich Medikamente bekommen – ohne leitliniengerechte Psychotherapie-Angebote – darf es künftig nicht mehr geben!

Deshalb sehen wir die vielen Psychiatrie-Neubauten mit Sorge, in denen Klinik-Konzerne derzeit die Bettenkapazitäten erhöhen: Im Bereich Psychiatrie lassen sich offenbar nach wie vor Gewinnmargen erzielen, wenn auch künftig nicht stärker in qualifiziertes Psychotherapie-Personal investiert werden muss. Psychiatrie-Patienten haben nach wie vor keine ausreichend starke Lobby. Bitte unterstützen Sie unseren Einsatz für eine leitliniengerechte Behandlung und ordentliche Personalausstattung!

Über die aktuellen Entwicklungen informiert die Kammer über den in der Gesundheitspolitik Deutschlands bedeutsamen Kurznachrichtendienst Twitter: Via Twitter können auch Sie die Public-Affairs-Arbeit wirkungsvoll verstärken.

Robert G. Eberle



Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kollegen:

Ralf Babinsky, Groß-Gerau
Roland Fella, Wächtersbach

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring

Geschäftsstelle

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

Änderung der Satzung (mit der Wahlordnung) der Kammer

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen hat am 4. Mai 2019 folgende Änderungen der Satzung (mit der Wahlordnung) beschlossen:

- In § 2 Absätze 1 und 3 wird „Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten“ durch „Kammer“ ersetzt.
- In § 3 Absatz 1 wird „Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten“ durch „Kammer“ ersetzt. In Absatz 2 wird „(1)“ durch „Abs. 1“ ersetzt.
- In § 6 Absatz 3 wird „Personen“ gestrichen und durch „Delegierten“ ersetzt.
- In § 8 Absatz 1 wird nach dem Wort „ordentliche“ eingefügt: „Sitzung der“; weiter werden die Worte „seinem/ihrer Stellvertreter, seiner/ihrer Stellvertreterin“ ersetzt durch „dem Vizepräsidenten/von der Vizepräsidentin“. In Satz 2 wird nach „außerordentliche“ eingefügt: „Sitzung der“.
In Absatz 3 werden nach „Delegierten“ die Worte „oder stellvertretenden Delegierten“ eingefügt und am Satzende „sind“ durch „ist“ ersetzt.
In Absatz 6 Satz 1, 2. Halbsatz werden nach „eine“ die Worte „Sitzung der“ eingefügt.
- In § 10 Absatz 2 wird nach „Präsident/in“ „und“ durch „bzw.“ ersetzt.
Absatz 3 Satz 2 wird geändert und nach dem Wort „nächsten“ die Worte „Sitzung der“ eingefügt und im Weiteren „Delegiertenversammlung“ durch „Sitzung“ ersetzt. Ebenso wird in Satz 3 „Delegiertenversammlung“ durch „Sitzung“ ersetzt. In Absatz 5 wird Satz 2 geändert und „auf“ durch „in“ ersetzt sowie nach „nächsten“ „Sitzung der“ eingefügt.
- In § 11 Absatz 1 wird „Sitzung“ durch „Sitzungen“ ersetzt.
- In § 12 Absatz 1 Satz 4 wird „Psychotherapeuten“ durch „-therapeuten“ so-

wie „Jugendlichenpsychotherapeuten“ durch „-therapeuten“ ersetzt.

8. In § 16 wird nach „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten“ „(KJP-AG)“ eingefügt.

9. In Absatz 2 der Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag wird „der DV“ ersetzt durch „einer Sitzung der Dele-

giertenversammlung“. Ebenso wird „DV“ in Satz 2 durch „Delegiertenversammlung“ ersetzt. In Satz 5 wird „e-mail“ durch „E-Mail“ ersetzt

10. In Absatz 4 der Wahlordnung wird „StellvertreterIn“ ersetzt durch „Stellvertreter/ Stellvertreterin“.

11. In Absatz 10 der Wahlordnung wird „Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn“ ersetzt durch „Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeutin oder -therapeut“ und „(2)“ durch „Abs. 2“.

In Absatz 10 Satz 2 der Wahlordnung wird „auf“ ersetzt durch „in“.

Wiesbaden, den 26. Juni 2019

gez.
Dr. Heike Winter

Die aktualisierte Fassung der Satzung finden Sie im Netz (www.ptk-hessen.de) unter Recht / Satzung.

Änderung der Fortbildungsordnung

Die Delegiertenversammlung hat am 4. Mai 2019 folgende Änderungen der Fortbildungsordnung beschlossen:

Unter Punkt 2 in Satz 2 wird nach „Patienten“ eingefügt: „im Dienste der Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung“

Unter Punkt 4 werden die Unterpunkte 1.7 bis 1.10 wie folgt geändert bzw. eingefügt:

1.7	Fortbildungsbeiträge in Printmedien oder als elektronisch verfügbare Version mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler oder schriftlicher Form	1 Punkt pro FE bei bestandener Lernerfolgskontrolle, max. 100 Punkte in 5 Jahren	Teilnahmebescheinigung (vergleiche Anlage 1)
1.8	Tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahme mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler oder schriftlicher Form	1 Punkt pro FE	Teilnahmebescheinigung
1.9	Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahme (mit Erfolgskontrolle) in Form einer inhaltlich und didaktisch miteinander verzahnten Kombination aus tutoriell unterstützten Online-Lernmodulen und Präsenzveranstaltung	1 Punkt pro FE	Teilnahmebescheinigung
1.10	Teilnahme an psychotherapierlevanten Forschungsprojekten	2 – max. 6 Punkte pro Jahr (Einzelfallentscheidung)	Bescheinigung des Projektleiters

In Punkt 5.1 wird Satz 1 wie folgt gefasst: „Folgende Kriterien werden der Prüfung von Fortbildungsangeboten in den Psychotherapieverfahren zugrunde gelegt, wobei die Punkte 5.1.1 oder 5.1.2 sowie 5.1.6 und 5.1.7 erfüllt sein müssen, zusätzlich zwei Kriterien der Punkte 5.1.3 bis 5.1.5.“

Nach 5.1.5 werden eingefügt:

„5.1.6 Die Auswahl der Fortbildungsinhalte ist nicht vorrangig an wirtschaftlichen Interessen orientiert, Interessenskonflikte des Veranstalters und der Referentinnen bzw. Referenten werden offengelegt.“

5.1.7 Die weltanschauliche Neutralität ist gewahrt.“

Wiesbaden, den 26. Juni 2019

gez.
Dr. Heike Winter

Die aktualisierte Fassung der Fortbildungsordnung finden Sie im Internet (www.ptk-hessen.de) unter Recht / Ordnungen.



Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen

Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Aktuelle Kammeraktivitäten

In dieser Ausgabe der Länderseiten möchten wir Sie unter anderem über Aktivitäten Ihrer Kammer informieren, die bislang noch kein Bestandteil der Länderseiten waren. Wir wollen Ihnen damit einen Einblick in die vielfältige politische Arbeit Ihrer Kammer geben.

Treffen mit der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter am 20.03.2019

In einem Treffen mit Vertretern aus dem Vorstand und der Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter (AGJÄ) wurde der Stand der Ausbildungsreform erläutert. Anschließend wurde ausführlich über die Möglichkeit der Weiterbildung im institutionellen Bereich wie in der Jugendhilfe gesprochen. Vonseiten der AGJÄ bestand großes Interesse vor allem am fachlichen Nutzen für dieses Arbeitsfeld. Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Dauer des Weiterbildungsanteils von weniger als einem Jahr sich als schwierig erweisen könnte. Zur Finanzierung wurde bemerkt, dass die Vergütung der Weiterbildungsteilnehmer im bestehenden Gehaltsgefüge der Jugendhilfeeinrichtungen eingepasst werden sollte. Darüber hinaus wurden weitere gemeinsame inhaltliche Themen diskutiert (Zusammenarbeit mit kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten sowie der Schulpsychologie; Planung des Fachtages „Häusliche Gewalt“ der PKN) und eine Verstärkung des Austauschs vereinbart.

Treffen mit den Hochschullehrern am 20.03.2019

Bei dem Treffen mit den Hochschullehrern und Vertretern des Wissenschaftsministeriums in der PKN war erneut die Ausbildungsreform das zentrale Thema. Die anwesenden Vertreter der psychologischen Fakultäten in Niedersachsen machten alle deutlich, dass sich ihre

Universitäten auf die Umsetzung der Reform vorbereiten und als überwiegend gut aufgestellt erleben, wobei allerdings der zusätzliche Finanzierungsbedarf nochmals deutlich benannt wird. Vertreter der Hochschulen für Angewandte Wissenschaft sind nachvollziehbarer Weise mit dem jetzigen Gesetzentwurf nicht zufrieden, da er für ihre Hochschulform gegenwärtig nicht die Möglichkeit eröffnen würde, ein Psychotherapiestudium anbieten zu können.

Konsens besteht zwischen der PKN, den Vertretern der Hochschulen und dem Wissenschaftsministerium dahingehend, dass eine Zahl von ca. 240–250 Masterabsolventen pro Jahr angestrebt werden soll.

Sobald das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusb-RefG) verabschiedet ist, soll das nächste Treffen anberaumt werden.

Sitzung des Gemeinsamen Beirates der niedersächsischen Psychotherapeuten- und Ärztekammer am 25.04.2019

Bei der Sitzung wurden der aktuelle Sachstand des Gesetzgebungsverfahrens zum Direktstudiengang „Psychotherapie“ und sich daraus ergebende Folgen auf der Landesebene erörtert. Weitere Themen waren die Auswirkungen der Regelungen zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auf die psychotherapeutische Sprechstunde sowie die Änderungen beim niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG).

Treffen der Zulassungsausschüsse am 27.04.2019

Einmal jährlich lädt die PKN alle Tätigen der Zulassungs- und Berufungsaus-

schüsse aus Niedersachsen und Bremen zu einer Veranstaltung zusammen mit der die Kammer betreuenden Juristin, Frau Dr. Rüping, ein.

Frau Dr. Rüping referierte zu Berufsausübungsgemeinschaften, zur aktuellen Rechtsprechung bei Nachbesetzungsverfahren, zu Fortführungswillen und Verlegungsanträgen, zu Änderungen durch das TSVG sowie zu Kriterien bei Vergabeverfahren.

Zudem wurde von unserem Vorstandsmitglied Götz Schwoppe der aktuelle Stand der Diskussion um die Entziehung von Sitzen, wenn dem Versorgungsauftrag nicht nachgekommen wird, wiedergegeben. Es fand zu allen genannten Themen ein reger Erfahrungsaustausch statt.

Treffen mit der Kanzlei Dr. Rüping am 03.05.2019

Das Präsidium der PKN traf sich mit der Kanzlei Dr. Rüping, um sich frühzeitig auf die anstehenden Aufgaben im Rahmen der Ausbildungsreform vorzubereiten. Kammer und Kanzlei werden sich gemeinsam mit den Themen „Aus-“ und „Weiterbildung“ befassen. Vertreter der Kanzlei Rüping werden dabei auch die Teilnahme Niedersachsens an der ständigen Kommission der Kammerjuristen gewährleisten.

Treffen mit Ministerin Frau Dr. Reimann am 21.05.2019

Vorstand und Geschäftsführung der PKN hatten ein ausführliches Gespräch mit der Niedersächsischen Gesundheitsministerin Frau Dr. Reimann und der Abteilungsleiterin Frau Schröder. Zentrales Thema war das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz. Bei weitgehender Übereinstimmung in zen-

tralen Positionen, z. B. zur Notwendigkeit der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung, wurde auch die Frage der sog. Legaldefinition erörtert. Dabei ließ sich letztlich nicht klären, wodurch hier die zurückhaltende Haltung Niedersachsens zustande kommt. Deutliche Unterstützung wurde der PKN hinsichtlich einer Gegenwehr gegen Herrn Spahns erneuten Versuch zugesagt, den Zugang zu einer Psychotherapie weiter zu reglementieren.

Treffen mit FDP-Politikern am 12.06.2019

Als Reaktion auf ein Schreiben der PKN zur Ausbildungsreform wünschten zwei Mitglieder der FDP (Sylvia Bruns, MdL und Mitglied des Gesundheitsausschusses des Landtags, und Jens Beeck, MdB und stellv. Mitglied im Gesundheitsausschusses des Bundestages) einen Termin zum gemeinsamen Austausch. Es wurde über den derzei-

tigen Stand des Gesetzes und mögliche Perspektiven diskutiert wie auch über weitere geplante Neuerungen im Gesundheitswesen. Bezüglich unserer vorgebrachten Änderungsvorschläge für das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz wurde zugesichert, diese weitgehend zu unterstützen.

Der neue geschützte Mitgliederbereich im Internet

Wir haben die Homepage der Gemeinsamen Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle der Psychotherapeutenkammern Bremen und Niedersachsen auf einen neuen technischen Stand gebracht. Im Folgenden wollen wir Ihnen diese Änderungen und Funktionen gerne näherbringen.

Unter <https://www.pknds.eu/> erreichen Sie die neue Homepage. Um den neuen internen Bereich nutzen zu können, müssen Mitglieder und/oder Veranstalter zuerst einen neuen Zugang anfordern.

Zurzeit stehen folgende Funktionen zur Verfügung, dabei unterscheidet sich die Ansicht je nachdem, ob jemand als Mitglied und/oder Veranstalter angemeldet ist:

- die „Buchung“ von Fortbildungsteilnehmern und formlose Verlängerung einer bestehenden Akkreditierung von Veranstaltungen,

- die Beantragung einer Akkreditierung,
- die Einsicht des Fortbildungskontos,
- die Einsicht der Stammdaten.

Im Menüpunkt Fortbildungskonto ist ein Einblick in die vom jeweiligen Mitglied besuchten Fortbildungen in den letzten fünf Jahren möglich. Dieser Betrachtungszeitraum ist variabel einstellbar. Es kann ein beliebiges Datum eingetragen werden und das System rechnet ab dem jeweiligen Datum um fünf Jahre zurück. So ist es jederzeit möglich, den Überblick über den derzeitigen Stand oder über noch zu erbringende Fortbildungspunkte zu erhalten.

Für Veranstalter besteht die Möglichkeit, die Akkreditierung für geplante Veranstaltungen zu beantragen. Dabei werden durch ein intelligentes Formular Veranstaltungsart nur die für den Antrag geforderten Angaben abfragt und

es wird sichergestellt, dass auch alles eingegeben wurde. Dadurch können Rückfragen unsererseits reduziert und Anträge können schneller bearbeitet werden.

Ebenso ist es weiterhin möglich, Teilnehmer an Veranstaltungen zu buchen, so dass ihnen die Punkte korrekt zugeschrieben werden. Als Neuerung ist hier eine Prüfung der EFN hinzugekommen, sodass auf Zahlendreher o. Ä. hingewiesen wird. Darüber hinaus können Stammdaten eingesehen werden.

Unser Anliegen ist es, den Mitgliederbereich nach und nach weiter auszubauen und mit neuen Funktionen zu versehen. Dabei ist es unser Ziel, ein Mittel an die Hand zu bekommen, das es uns erlaubt, als moderne, digitale Verwaltung zu agieren. Sollten Sie Fragen dazu haben, können Sie sich gerne durch die Mitarbeiter in der Geschäftsstelle beraten lassen.

The screenshot shows the top navigation bar with logos for PKN and PK BREMEN. The main menu includes: Hauptmenü, Akkreditierungen, Fortbildungskonto, Stammdaten, and Angemeldet als: Maria Mustermann. Below the menu is a section titled 'Wählen Sie Ihre Aktion' with four red buttons: 'MEINE VERANSTALTUNGEN, TEILNEHMER BUCHEN, VERLÄNGERUNG', 'AKKREDITIERUNG BEANTRAGEN', 'FORTBILDUNGSKONTO', and 'STAMMDATEN'.

Der neue interne Bereich der Homepage der Gemeinsamen Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle der PKN

2.1 Beschreibung der Fortbildungsveranstaltung

Titel der Veranstaltung *

Inhalt der Veranstaltung *

2.2 wissenschaftlicher Status der Veranstaltungsinhalte

- wissenschaftlich anerkannte und wissenschaftlich begründete Psychotherapieverfahren
- Forschungsergebnisse zur Epidemiologie, Ätiologie, Prävention, Diagnostik und Behandlung
- psychotherapierelevante Nachbarwissenschaften
- öffentliche Gesundheit, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
- weitere nicht-psychotherapeutische, aber berufsrelevante Inhalte, z.B. berufsrechtliche, sozialrechtliche, juristische Fragestellungen, Qualitätssicherung und -management, Personalführung, EDV, geleitete reflexive Fortbildungen müssen den Anforderungen der Anlage 1 der FBO-PKN bzw. der FBO-PKHB entsprechen.

- Autorenschaft
- Balintgruppe
- Fachkonferenz Klinik
- Hospitation
- Mediengestützte interaktive Fortbildung
- kollegiale Supervision (Intervision)

weiter >

3.1 Angaben zur Veranstaltungsfrequenz / Umfang

3.2 Angaben zum Veranstaltungsort

3.3 Angaben zur Veröffentlichung

[Ansicht des Akkreditierungsformulars](#)

Ende 5 Jahres-Zeitraum
13.8.2019

Fortbildungskonto

Datum ↓	VNR	Titel der Fortbildung	Punkte (175)
22.01.2019	2767502018014780008	Fachexkursion "Indien.Spiritualität, Yoga und moderne Psychologie"	25
15.01.2019	2767302004101890001	Kollegiale Supervisionsgruppe	3
01.01.2019		Selbststudium, Fachliteratur	10
04.12.2018	2767302004101890001	Kollegiale Supervisionsgruppe	4
11.09.2018	2767302004101890001	Kollegiale Supervisionsgruppe	3
22.06.2018	2768102017008790009	Supervision	2
25.05.2018	2760302018133820005	Qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung	2
06.05.2018	2760302018004760009	16. Langeooger Woche: Kindheit zwischen Krieg und Frieden	22

[Ansicht des Fortbildungskontos](#)

Wahlen 2020: Chance zur Mitwirkung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

haben Sie Interesse daran, aktiv an der Arbeit der Kammer mitzuwirken und sich für die berufspolitischen Interessen unseres Berufsstandes in Niedersachsen einzusetzen?

Dann bietet sich für Sie die Gelegenheit, sich in der Kammerversammlung zu engagieren. Die Aufgaben des „Parlamentes“ der Psychotherapeutenkammer sind vielfältig. Die Mitglieder der Kammerversammlung wählen Vorstand und Präsidium der Kammer, bilden Ausschüsse, treffen Grundsatzentscheidungen in allen Angelegenheiten der Selbstverwaltung, beschließen Satzungen der Kammer und beschäftigen sich mit wesentlichen Finanzangelegenheiten. Auch entsendet die Kammerversammlung Delegierte in den Deutschen Psychotherapeutentag der Bundespsychotherapeutenkammer. Sie könnten also auch die Berufspolitik auf Bundesebene mitgestalten.

Seit Gründung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen im Jahre 2000 haben wir schon viel erreicht. Es gibt aber noch viel zu tun, um den Status und Möglichkeiten unseres Berufsstandes zu erhalten und zu verbessern. Die geplante Ausbildungsreform und die damit verbundenen Veränderungen des Berufsbildes sind nur ein Beispiel. Oder auch die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in Niedersachsen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Die Vorbereitungen zur 5. Kammerwahl der Psychotherapeutenkammer Nieder-

sachsen im Jahr 2020 haben bereits begonnen. Wir würden uns sehr freuen, auch neue Kollegen aus allen Tätigkeitsfeldern der PP und KJP für die ehrenamtliche Arbeit in der Kammerversammlung gewinnen zu können. Falls Sie Fragen zur Kammerarbeit haben, stehen Ihnen der Vorstand, die Mitglieder der Kammerversammlung und die Mitarbeiter der Geschäftsstelle als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Die Durchführung der Wahl erfolgt auf Grundlage der Wahlordnung für die Wahlen zur Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (WO-PKN), die Sie auf unserer Homepage www.pknds.de unter „Satzungen/Ordnungen“ einsehen können.

Nachfolgend informieren wir Sie über den Ablauf der Wahl im Einzelnen.

Ihr Vorstand



Ihre Stimme zählt!

Mitteilungen gem. §§ 8, 9, 11 Wahlordnung (WO) PKN

Im März des kommenden Jahres werden die Mitglieder der PKN zum fünften Mal eine Kammerversammlung wählen. Die Wahl wird als Briefwahl durchgeführt.

Gemäß § 8 der WO PKN gebe ich bekannt, dass ich das Ende der Wahlzeit auf den

11. März 2020

festgelegt habe. Die Wahlzeit beträgt mindestens 14 Tage und beginnt mit der Versendung der Wahlunterlagen.

Dem Wahlausschuss gehören an:

Günter Heiß
Wahlleiter

c/o Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
0511 850304 41

RA Anja Möhring
Stellvertretende Wahlleiterin

c/o ebd.

Frau Isabel Rausch

Stellvertreterin: Frau Friederike Wetzorke

Frau Amanda Berg

Stellvertreterin: Frau Irmgard Schüller

Frau Dr. Anja Grocholewski

Stellvertreterin: Frau Antje Starch

Die Wahl wird in einem Wahlkreis abgehalten – getrennt nach den jeweiligen Approbationen oder Erlaubnissen (Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Daher gibt es zwei Wählerverzeichnisse; jedes Mitglied kann nur in einem Wählerverzeichnis eingetragen sein und in der entsprechenden Berufsgruppe wählen.

Nach § 9 Abs. 2 WO PKN können Mitglieder der PKN, die beide Approbationen oder Erlaubnisse innehaben, sich darüber erklären, in welchem Wählerverzeichnis sie geführt werden möchten und damit die Berufsgruppe bezeichnen, an deren Wahl sie teilnehmen möchten. Eine entsprechende Erklärung ist von dem betroffenen Mitglied bis zum

20. November 2019

gegenüber der PKN abzugeben. Den entsprechenden Vordruck erhalten Sie mit einem gesonderten Schreiben. Danach werden die Wählerverzeichnisse erstellt. Geht die ge-

nannte Erklärung nicht rechtzeitig ein, wird das jeweilige Mitglied nicht in das Wählerverzeichnis eingetragen und ist damit nicht wahlberechtigt.

Die Wählerverzeichnisse werden

vom 25. bis 29. November 2019

in der Geschäftsstelle der PKN zur Einsicht ausliegen und können während der Geschäftszeiten Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 16:00 Uhr und freitags von 8:00 bis 13:00 Uhr eingesehen werden.

Kammermitglieder, die das Wählerverzeichnis für unrichtig oder unvollständig halten, können bis zum

6. Dezember 2019

Einspruch dagegen erheben. Der Einspruch ist bei dem Präsidenten der Kammer schriftlich einzulegen und unter Beibringung von Beweismitteln zu begründen. Über den Einspruch entscheidet der Wahlausschuss; zu der dafür anberaumten Sitzung werden die Beteiligten geladen. Wenn sie nicht erscheinen, kann nach Aktenlage entschieden werden.

gez.
Roman Rudyk
Präsident

Geschäftsstelle

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

Die neugewählten Delegierten der Psychotherapeutenkammer NRW kamen am 28. August 2019 in ihrer konstituierenden Sitzung erstmals zusammen. Mit Redaktionsschluss dieser PTJ-Ausgabe bereits Mitte August kann über die Sitzung hier noch nicht berichtet werden.

Kammerversammlung am 18. Mai 2019 in Düsseldorf

Am 18. Mai 2019 kam die 4. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) zum letzten Mal in dieser Wahlperiode zusammen. Zu den Tagesordnungspunkten gehörten die Reform der Psychotherapeutenausbildung, Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen, der Entwurf für eine Fortbildung „Psychotherapie bei Diabetes“ und die Digitale Agenda der Bundesregierung.

Zu Beginn verabschiedete der Präsident, Gerd Höhner, im Namen der Kammerversammlung mit Johannes Broil, Dr. Wolfgang Groeger, Markus Körner, Monika Konitzer und Andreas Wilser fünf von Beginn an in der Kammerversammlung aktive Mitglieder, die für eine weitere Amtszeit nicht mehr angetreten waren. „Sie haben die Kammer wesentlich mitgestaltet und geprägt. Für ihr konsequentes berufspolitisches Engagement danke ich ihnen im Namen aller Kammerversammlungsmitglieder. Sie haben viel dazu beigetragen, dass die Kammerversammlung zu einer guten Arbeitsform gekommen ist.“ Insbesondere gewürdigt wurde Monika Konitzer, die von 2001 bis 2014 Präsidentin der PTK NRW war. „Wir haben ihr einen konsequenten und fundierten Aufbau der Kammer zu verdanken. Zu dem kollegialen Miteinander zu finden, in dem unsere berufliche Selbstverwaltung heute arbeitet, ist in gerade einmal 18 Jahren Entwicklungsarbeit eine außerordentliche Leistung, an der sie einen wesentlichen Anteil trägt.“ Monika Konitzer dankte der Kammerversammlung



Gerd Höhner

für die Zusammenarbeit und das ihr entgegengebrachte Vertrauen. Besonders freue es sie, in der Debatte zur Reform der Psychotherapeutenausbildung die mittlerweile deutliche Wertschätzung für den Beruf wahrzunehmen. Die Arbeit in der Kammer sei in ihrem Leben eine sehr erfüllte Zeit gewesen.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Ergänzend zum schriftlichen Vorstandsbericht sprach Gerd Höhner in seinen mündlichen Ausführungen die Reform der Psychotherapeutenausbildung an. „Die Universitäten melden uns zurück, dass der vom Gesundheitsminister vorgesehene Ausbildungsbeginn im

Herbst 2020 für sie zu schaffen sei. Gleichzeitig signalisieren sie Interesse an der Zusammenarbeit in der Weiterbildung.“ Bei der Gestaltung der Studiengänge seien unter anderem die Qualifikation der Lehrenden und die Verfahrensvielfalt in Aus- und Weiterbildung zentrale Themen auf der Agenda. Für die Kammer stünde die Entwicklung der Weiterbildung als wesentliche Aufgabe an. Hierbei sei es insbesondere die Herausforderung, mit dem Reformprozess eine weitgehend gemeinsame Weiterbildungsstruktur in allen Bundesländern zu erarbeiten. Darüber hinaus betonte



Oben: Markus Körner, Dr. Wolfgang Groeger, Johannes Broil (v. l. n. r.), unten: Andreas Wilser, Monika Konitzer

der Kammerpräsident das Anliegen der PTK NRW, Arbeits- und Kompetenzfelder insbesondere auch außerhalb der Niederlassung zu entwickeln.

Bedarfsplanung

Weiterhin ein Thema auf der Agenda werde die Bedarfsplanung sein, hielt Gerd Höhner fest. Man befinde sich in einem zähen Prozess, und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und ärztliche Gremien würden wenig Interesse an der Ausweitung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten signalisieren. Grundsätzlich würde man zur Bedarfsplanung in der nächsten Zeit erhebliche Diskussionen führen müssen. „Darin müssen wir auch kritisch hinterfragen, ob sich eine allgemeine Bedarfsgröße überhaupt bestimmen und in der konkreten Versorgungssituation umsetzen lässt. Im Ruhrgebiet zum Beispiel hilft eine solche Ziffer nicht weiter. Viel eher finden sich brauchbare Zahlen für die ambulante Versorgung in den regionalen Planungsgremien vor Ort.“

TSVG und Dokumentation

Mögliche Auswirkungen des am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) erläuterte Vorstandsmitglied Barbara Lubisch. Insgesamt sei das Gesetz an einigen Stellen ungenau; vieles müsse noch zwischen KBV und GKV-Spitzenverband nachverhandelt werden, hielt sie fest. Vorstandsmitglied Bernhard Moors stellte die von der Kommission „Standards der psychotherapeutischen Dokumentation“ erarbeiteten „Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen“ für die Basis- und die Verlaufsdokumentation vor. Eine Beschlussfassung wurde von der Kammerversammlung vertagt.

Fortbildung „Diabetes“

Im November 2018 hatten die Kammerversammlungsmitglieder dafür votiert, den Ausschuss „Fort- und Weiterbildung“ mit dem Entwurf einer curricularen Fortbildung „Psychotherapie bei Diabetes“ zu beauftragen, deren Inhalte im Rahmen einer gegebenenfalls später einzuführenden Weiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ anerkennungsfähig einfließen können. Dieser Aufgabe sei man nachgekommen, erklärte die Ausschussvorsitzende Anni Michelmann. Dem Antrag des Ausschusses, der Vorstand möge prüfen, wie auf der Basis des erarbeiteten Entwurfs nun Fortbildungen durchgeführt werden könnten, stimmte die Kammerversammlung mit großer Mehrheit zu.

ricularen Fortbildung „Psychotherapie bei Diabetes“ zu beauftragen, deren Inhalte im Rahmen einer gegebenenfalls später einzuführenden Weiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ anerkennungsfähig einfließen können. Dieser Aufgabe sei man nachgekommen, erklärte die Ausschussvorsitzende Anni Michelmann. Dem Antrag des Ausschusses, der Vorstand möge prüfen, wie auf der Basis des erarbeiteten Entwurfs nun Fortbildungen durchgeführt werden könnten, stimmte die Kammerversammlung mit großer Mehrheit zu.

Digitale Agenda

Zu der Digitalen Agenda der Bundesregierung informierte Barbara Lubisch. Schwierigkeiten bei der Telematik-Infrastruktur (TI) betreffen vornehmlich die Datensicherheit, Haftungsfragen, fachliche Fehler bei der Installation der Konnektoren und unzureichende finanzielle Entlastungen bei den Kosten zur Anbindung an die TI. Darüber hinaus müsse man sehen, dass nur wenige Anwendungen für Psychotherapeuten wirklich sinnvoll seien. Auf der anderen Seite biete die TI die derzeit bestverfügbare Sicherheit für den Versand elektronischer Daten. Zudem ginge es auch darum, die Profession nicht aus der Kommunikation im Gesundheitswesen aus-

zuschließen. Hinsichtlich der mit dem TSVG festgelegten Verpflichtung für die Krankenkassen, ihren Versicherten bis 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) anzubieten, pochte die PTK NRW auf die freiwillige Nutzung der Akte, betonte Barbara Lubisch. Noch viel Klärungsbedarf sehe sie bei digitalen Anwendungen wie Gesundheits-Apps. Schließlich müsse, wenn von „Online-Therapie“ die Rede sei, transparent werden, wer die Leistung durchführt – im Sinne der Patientensicherheit ebenso wie hinsichtlich der Frage, inwieweit die Kammer die Berufsaufsicht durchführen kann.

Konstruktive Amtsperiode

Zum Ende der letzten Sitzung in der Amtsperiode 2014–2019 dankte Gerd Höhner seinen Vorstandskollegen für den konstruktiven Arbeitsprozess und eine Arbeitsteilung in hohem gegenseitigen Vertrauen und allen Mitgliedern der Kammerversammlung für den respektvollen und konstruktiven Umgang miteinander, der ein hohes Maß an qualitativ guter Arbeit ermöglicht habe.

Die von der Kammerversammlung der PTK NRW verabschiedeten sechs Resolutionen sind auf www.ptk-nrw.de in der Rubrik „Aktuelles“ nachzulesen.



Vorstand der PTK NRW: Gerd Höhner, Andreas Pichler, Barbara Lubisch, Hermann Schürmann, Cornelia Beeking, Bernhard Moors, Mechthild Greive (v. l. n. r.)

Tag der Neuapprobierten am 6. Juli 2019 in Dortmund

Gut 110 in den Beruf startende Psychotherapeuten waren am 6. Juli 2019 in die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe gekommen, um sich am Tag der Neuapprobierten der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) über die Arbeit der Kammer, die Leistungen des Versorgungswerks der PTK NRW, die Bedingungen zur Zulassung und über Arbeitsmodelle und Tätigkeitsfelder für Psychotherapeuten zu informieren.

Aufgaben der Kammer

Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, beglückwünschte die neuen Kammermitglieder zu ihrer Approbation und stellte die Kammer als Organ der beruflichen Selbstverwaltung vor. Zu den zentralen Aufgaben der Kammer gehöre auch die Weiterentwicklung des Berufes, betonte er. „Seit einigen Jahren beschäftigt uns beispielsweise die Nachfrage nach Psychotherapie aus Bereichen, die in unseren Weiterbildungscurricula bisher nicht abgebildet sind, etwa Psychotherapie bei Diabetes, Krebserkrankungen und chroni-

schon Schmerzen. Dieser Nachfrage müssen wir uns stellen und Angebote entwickeln.“

Ebenso gelte es, die Kompetenzen von Psychotherapeuten dort bekannt zu machen, wo sie gebraucht werden, aber bislang nicht im Fokus stehen. „In Nordrhein-Westfalen beschäftigt uns in diesem Zusammenhang unter anderem die Versorgung älterer Menschen. Sie läuft oft völlig an den tatsächlichen Bedürfnissen vorbei; in keinem anderen europäischen Land werden hier so viele Psychopharmaka eingesetzt wie bei uns“, kritisierte Gerd Höhner. Ein weiterer Bereich, in dem psychotherapeutische Hilfen gebraucht werden, sei die Jugendhilfe.

Absicherung und Zulassung

Jens Mittmann vom Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer NRW stellte den Neuapprobierten das berufsständische Versorgungswerk vor und skizzierte die Bedingungen der Mitgliedschaft, die Pflichten und Mög-

lichkeiten zur Beitragszahlung sowie verschiedene Leistungsarten. Die Voraussetzungen und Bedingungen der Zulassung als Vertragspsychotherapeut erläuterte Ansgar von der Osten von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Dabei ging er auch auf das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ein, die Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie und die damit verbundenen neuen Zulassungsmöglichkeiten für Nordrhein und Westfalen-Lippe. Darüber hinaus skizzierte er Kooperationsformen wie das Jobsharing und die Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaften.

Berufstätigkeit in der Niederlassung

Perspektiven der Berufstätigkeit in der Niederlassung stellte Andreas Pichler, Vizepräsident der PTK NRW, dar. „Die Niederlassung in eigener Praxis gilt in unserem Beruf immer noch als der ‚Goldstandard‘, wobei es inzwischen auch viele andere interessante Möglich-



Neue Kammermitglieder der PTK NRW auf dem Tag der Neuapprobierten

keiten gibt, die man zumindest kennen sollte“, so seine Empfehlung. Mit Blick auf Tätigkeitsfelder betonte Andreas Pichler insbesondere auch die Möglichkeit, im Sachverständigenwesen tätig zu werden. „Die Kammer unterstützt und vermittelt hier gerne, führt Sachverständigenlisten und bietet Fortbildungen an.“

Neuapprobierten, die mit dem Gedanken spielen, sich mit einer Privatpraxis selbstständig zu machen, riet der Vizepräsident zu Vernetzung und Erfahrungsaustausch mit Kollegen. „Wir weisen zwar immer wieder darauf hin, dass die Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V nicht restriktiv gehandhabt werden darf und Patienten einen Rechtsanspruch darauf haben. Dennoch haben wir den Eindruck, dass es derzeit sehr schwierig ist, eine tragfähige Selbstständigkeit auf diesem Fundament zu gründen.“ Abschließend

erläuterte er die Möglichkeit, sich in Berufs- und Fachverbänden zu engagieren und über diesen Zugang auch in der Kammer aktiv zu sein.

Berufstätigkeit im Angestelltenverhältnis

Susanne Grohmann, Leitende Psychologin, Psychotherapeutin, Psychoonkologin und Traumatherapeutin in der Gelderland-Klinik, beleuchtete die Perspektiven der Berufstätigkeit im Angestelltenverhältnis. Sie warb dabei für die Arbeit im – in der Regel multiprofessionellen – Team, die es ermögliche, über den Tellerrand zu schauen, den eigenen Horizont zu erweitern und auch dabei helfe, die in der Regel mehrdimensionalen Problemlagen von Patienten zu erfassen. Detailliert legte sie Beschäftigungsmöglichkeiten im klinischen Bereich und in der Jugendhilfe dar.

Die Teilnehmer verfolgten die Vorträge am Tag der Neuapprobierten mit regem Interesse und nutzten die Gelegenheit, Fragen an die Referierenden zu stellen. Zwischen den Vorträgen wendeten sie sich mit persönlichen Anliegen an die Beratungsstände der PTK NRW, des Versorgungswerks der PTK NRW und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Viele suchten auch das Gespräch mit den anwesenden Vorstandsmitgliedern der Kammer.

Geschäftsstelle

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

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Frau Judith Schild, Wahlkreis Münster, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „dgvvt plus+“ hat am 25. Juni 2019 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Sonja Geiping, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „dgvvt plus+“:

gez.

*Dr. jur. Peter Abels,
Hauptwahlleiter*

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Frau Carina Albersmann, Wahlkreis Köln, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Vorschlag „dgvvt plus+“ hat am 26. Juni 2019 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Frau Nora Schneider, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Vorschlag „dgvvt plus+“:

gez.

*Dr. jur. Peter Abels,
Hauptwahlleiter*

Gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern in der Fassung der Verordnung vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Herr Dr. Klaus Riedel, Wahlkreis Detmold, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „Bündnis KJP“ hat am 28. Juni 2019 den Verzicht auf den Sitz in der Kammerversammlung erklärt.

Nachgerückt ist Herr Walther Brandtmann, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Vorschlag „Bündnis KJP“:

gez.

*Dr. jur. Peter Abels,
Hauptwahlleiter*

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



ich Sie neugierig machen auf unsere „OPK vor Ort“-Veranstaltungen (s. S. 330).

Vor der Sommerpause ging ein Thema durch die Medien, das unsere Aufmerksamkeit als Psychotherapeutenschaft verdient. Kinder werden noch

die großen berufspolitischen Entscheidungen lassen auf sich warten. Die Lesung des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung ist auf Ende September verlagert. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Entscheidungen zur Personalbemessung in der stationären Psychiatrie und zur Veränderung der Psychotherapierichtlinie im Hinblick auf die Systemische Therapie für den Herbst angekündigt. Vielleicht wissen wir ja Näheres schon im September – und damit möchte

immer sehr häufig Opfer sexueller Gewalt, und in den östlichen Bundesländern sind die Fallzahlen besonders hoch. Als Psychotherapeuten sind wir gefordert, uns einerseits aufmerksam darum zu kümmern, dass Betroffene rasch und im richtigen Maße Schutz, Hilfen und nötigenfalls Therapien erhalten. Andererseits gilt es, präventiv zu wirken und auch potentiellen Tätern und gefährdeten Familien rechtzeitig geeignete Interventionen zukommen zu lassen. Letztlich ist auch die Wissenschaft gefordert, individuelle und familiäre Risikofaktoren für sexuelle und andere Misshandlungen von Kindern zu identifizieren, damit langfristig eine gezielte Prävention möglich wird.

Frau Dr. Ahrens-Eipper, die im OPK-Vorstand Sachsen-Anhalt vertritt und sich seit langem für die Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher engagiert, macht hier auf die Problematik aufmerksam.

Ich freue mich, Sie bei „OPK vor Ort“ oder bei einer unserer Fortbildungen begrüßen zu dürfen und verbleibe

mit besten Grüßen

Ihr Gregor Peikert
Präsident

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen: OPK entwickelte als erste Kammer ein trauma-spezifisches Weiterbildungscurriculum

Themen des Kinderschutzes und der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, welche potentiell traumatisierende Belastungen erlebt haben, stehen in den letzten Jahren sowohl im Fokus der fachlichen Diskussion als auch der fachpolitischen Debatte.

Die Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2018 zu kindlichen Gewaltopfern liegen vor: Im Jahr 2018 kamen in Deutschland 136 Kinder gewaltsam zu Tode. Fast 80 % der Kinder waren zum Zeitpunkt des Todes jünger als sechs Jahre. In weiteren 98 Fällen blieb es bei einem Tötungsversuch. Bei den Zahlen zu Misshandlungen ist bundesweit ein leichter Rückgang von 4.247

auf 4.180 betroffene Kinder zu verzeichnen.

Im Bereich sexuelle Gewalt sind die Delikte des sexuellen Missbrauchs von Kindern nach den §§ 176, 176a und 176b um 6,43 % gestiegen. Insgesamt waren 14.606 Kinder von sexueller Gewalt betroffen. Die in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfassten Fallzahlen zur Herstellung, zum Besitz und zur Verbreitung sogenannten kinderporografischen Materials sind von 6.512 auf 7.449 Fälle gestiegen, somit um 14,39 % im Vergleich zum Vorjahr.

Als sexuelle Gewalt gilt die aktive und/oder passive Beteiligung von Kindern an sexuellen Aktivitäten, denen sie auf-

grund ihres Entwicklungsstandes oder aus anderen Gründen nicht frei oder verantwortlich zustimmen können. Der Gesetzgeber stellt Kinder und Jugendliche in Deutschland unter einen besonderen Schutz. Anders als bei Vergewaltigung und sexueller Nötigung im Erwachsenenalter ist die Einwilligung bzw. Gegenwehr bei Kindern bzw. Jugendlichen irrelevant. Strafbar sind alle sexuellen Handlungen, die an oder vor einem Kind oder Jugendlichen vorgenommen werden und von „einiger Erheblichkeit“ sind, unabhängig von einer aktiven Beteiligung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen (Bericht der Themengruppe Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2007).

Die Zahlen sind im gesamten Bundesgebiet besorgniserregend. In den fünf Bundesländern der OPK sind die Zahlen der Delikte bzgl. des sexuellen Missbrauchs von Kindern nach den §§ 176, 176a und 176b alarmierend hoch und liegen im bundesweiten Vergleich mit an der Spitze:

- 518 Fälle in Brandenburg (21 pro 100.000 Einwohner)
- 387 Fälle in Mecklenburg-Vorpommern (24 pro 100.000 Einwohner)
- 699 Fälle in Sachsen (17 pro 100.000 Einwohner)
- 429 Fälle in Sachsen-Anhalt (19 pro 100.000 Einwohner)
- 446 Fälle in Thüringen (21 pro 100.000 Einwohner)

Die polizeilich erfassten Fälle bilden das eigentliche Ausmaß des Missbrauchs jedoch bei Weitem nicht ab (Quelle: Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes).

Ein ähnlich erschreckendes Bild ergibt sich bei den Zahlen zu Delikten im Bereich der Kinderpornografie nach § 184b StGB:

- 226 Fälle in Brandenburg (9 pro 100.000 Einwohner)
- 296 Fälle in Mecklenburg-Vorpommern (18 pro 100.000 Einwohner)
- 449 Fälle in Sachsen (11 pro 100.000 Einwohner)
- 218 Fälle in Sachsen-Anhalt (10 pro 100.000 Einwohner)
- 232 Fälle in Thüringen (11 pro 100.000 Einwohner)

Bei diesen Zahlen handelt es sich um das sogenannte Hellfeld. Das Dunkelfeld, die Zahl der nicht polizeilich gemeldeten Fälle, ist weitaus größer (Quelle: Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes).

Folgen sexueller Gewalt

Welche Spuren sexuelle Gewalt hinterlässt, hängt von vielen Faktoren ab. Die

Folgen sind umso schwerer, je massiver die Tat war, je häufiger Gewalt erfolgte, je vertrauter der Täter/die Täterin dem Kind war, je länger es mit der Erfahrung allein blieb, ohne Hilfe zu finden, je mehr an seiner Glaubwürdigkeit gezweifelt wurde und je weniger Trost und Zuwendung es erhielt.

Umgekehrt bedeutet das, dass frühe Hilfe und zugewandte, einfühlsame Reaktionen der Familie und des sozialen Umfelds erhebliche Auswirkungen darauf haben, wie gut ein betroffenes Kind diese Erfahrung verarbeiten kann (Quelle: Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes).

Sexueller Missbrauch in der Kindheit ist mit einer großen Bandbreite an emotionalen und Verhaltensproblemen des Kindes und Jugendalters assoziiert (Mannarino et al., 1994; McLeer et al., 1992), die bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben können. Dies gilt insbesondere für die Symptombereiche, die mit der posttraumatischen Belastungsstörung verbunden sind (Putnam, 2003).*

Das Spektrum an möglichen Traumafolgestörungen reicht dabei von leichten Stressreaktionen, die nach einer Erholungszeit von selbst wieder abklingen, bis hin zu Depressionen, Ängsten und posttraumatischen Belastungsstörungen.

Die psychischen Folgen sind stets individuell und sorgfältig zu diagnostizieren, da sie vom Schweregrad der schädigenden Einflüsse und den biologischen oder psychologischen Eigenschaften des einzelnen Kindes abhängig sind, die seine Störanfälligkeit (Vulnerabilität) oder auch Widerstandsfähigkeit (Resilienz) beeinflussen.

Die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Folgestörung zu erkranken, ist deutlich höher als bei anderen Misshandlungsformen (Fergusson, Boden & Horwood, 2008). Im Vergleich zu anderen Formen der Traumatisierung steigt das Risiko, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, um den Faktor 6–7 (Steil & Rosner, 2009; Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Giaconia et al., 1995).

Münzer und Kollegen (2015) untersuchten die psychische Gesundheit sexuell viktimisierter Kinder und Jugendlicher. Die große Mehrzahl der jungen Studienteilnehmer gab zusätzliche Viktimisierungen durch körperlichen Missbrauch, Vernachlässigung, emotionalen Missbrauch oder häusliche Gewalt an. 60 % der befragten Kinder und Jugendlichen erfüllten die Kriterien einer psychischen Störung nach ICD-10. Eine klinisch relevante posttraumatische Stresssymptomatik (PTSS) wurde anhand des UCLA PTSD-Reaktion-Index im Selbstbericht bei 57,1 % der Kinder festgestellt.

Kinderschutz und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen

Mit Blick auf die Zahlen im Bereich der sexuellen Gewalt gegen Kinder stellt der unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM), Johannes-Wilhelm Rörig, fest: „Zu sexueller Gewalt gegen Mädchen und Jungen spricht die PKS auch für das Jahr 2018 eine erschütternd deutliche Sprache: ein weiterhin hohes Niveau der angezeigten Fälle beim Kindesmissbrauch, eine starke Steigerung der Fälle bei den Missbrauchsabbildungen. Das darf niemanden in der Politik kalt lassen. Die Bekämpfung von sexueller Gewalt gegen Minderjährige muss viel konsequenter angegangen werden. (...) Die hohe Zahl der Missbrauchsfälle darf von keinem Bundesland hingenommen werden. Die Landesregierungen halten den Schlüssel für besseren Schutz und bessere Hilfen in der Hand.“

Aktuelle Studien (Münster et al., 2015) zeigen, dass nur 41 % der sexuell viktimisierten Kinder auf ihren Missbrauch bezogene therapeutische Hilfe erhalten. Die Defizite in der Behandlung und Beratung von Missbrauchsoffern, welche bereits in den Befragungen der Anlaufstelle der USBKM deutlich wurden, zeigt sich auch explizit bei der Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Mehr als jeder dritte Befragte gab an, weder in der Kinder- und Jugendhilfe noch durch eine psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung

misshandlungsbezogene Hilfen in Anspruch genommen zu haben.

Uns als OPK ist die psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Traumafolgestörungen seit vielen Jahren ein besonderes Anliegen.

Grundsätzlich sind alle approbierten Psychotherapeuten in der Lage, Traumafolgestörungen zu erkennen und zu behandeln. In besonderen Fällen kann aber ein Spezialist nötig sein. Daher entwickelten wir bereits 2010 als erste Kammer ein traumaspezifisches Weiterbildungscurriculum, nach dem sich Mitglieder zertifizieren lassen können: die Richtlinie zum Erwerb der Fortbildungsqualifikation „Psychotraumathe- rapie“ und die Richtlinie zum Erwerb der Fortbildungsqualifikation „Psycho- traumatherapie Kinder und Jugendliche“.

In den letzten Jahren wurden 119 Psychotherapeuten für Traumatherapie (Erwachsene) und 48 Psychotherapeuten für Traumatherapie (Kinder und Jugendliche) entsprechend der Richtlinie zertifiziert. Betroffene und ihre Familien können anhand der öffentlichen Listen Spezialisten in ihrer Umgebung finden. Auf den Listen sind Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgeführt, die über eine Zusatzqualifikation in Psychotraumathe- rapie entsprechend der Richtlinien der OPK verfügen.

Wir als OPK setzen uns ein für den Schutz von Kindern vor sexueller und körperlicher Gewalt sowie für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen.

Kinder haben ein Recht darauf, vor Vernachlässigung und Misshandlung geschützt zu werden. Kinderschutz ist eine zentrale gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Staat und Gesellschaft sind verpflichtet, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Kinder bestmöglich vor Misshandlung und Vernachlässigung geschützt werden. Dies stellt eine dauerhafte Aufgabe für alle Institutionen dar, die mit Kindern und ihren Eltern in Berührung kommen. Gerade



Die Fälle von Gewalt gegen Mädchen und Jungen aus der Polizeilichen Kriminalstatistik 2018 sprechen eine erschütternd deutliche Sprache. (Foto: Fotolia)

in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen arbeiten unsere Mitglieder tagtäglich mit Patienten, die in der Vergangenheit Gewalt ausgesetzt waren oder es in einigen Fällen auch aktuell noch sind. Kinderschutz sowie die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach Gewalterleben sind für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Alltag und Herausforderung zugleich.

Unsere Mitglieder leisten einen zentralen Beitrag bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Traumafolgestörungen. Insbesondere in der Arbeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verfügen unsere Mitglieder über die Kernkompetenzen zur Diagnostik und Behandlung von Traumafolgestörungen bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen und stellen zentrale Ansprechpartner dar.

Die zunehmend bessere Versorgung gerade im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie die

Zunahme der Qualifizierungs- und Zertifizierungsmöglichkeiten im Gebiet der Psychotraumathe- rapie und deren rege Inanspruchnahme durch unsere Mitglieder sind entscheidende Schritte in die richtige Richtung.

Besonders erwähnenswert ist ebenso ein bisher einzigartiges Modellprojekt für die fünf neuen Bundesländer, bei dem Thüringen der Vorreiter ist: Die Neuüberarbeitung des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder“ unter maßgeblicher Beteiligung und Einbeziehung der OPK als Mitherausgeberin. Entstanden ist ein multiprofessioneller Leitfaden, der Handlungsempfehlungen und -standards für Ärzte sowie Psychotherapeuten setzt.

Wir sind jedoch noch nicht am Ziel angekommen: Vor allem traumabezogene Interventionen müssen weiter auf- und ausgebaut werden. Minderjährigen Missbrauchsoffern mit klinisch relevanter posttraumatischer Stresssymptomatik sollte der frühzeitige Zugang zu traumafokussierter Psychotherapie dringend erleichtert werden. Diesem Thema

[*] Eine Liste mit ausführlichen Angaben zur hier zitierten und zu weiterführender Literatur sowie eine Linksammlung zum Thema die-

ses Beitrags finden Sie auf der Website des Psychotherapeutenjournals unter: www.psychotherapeutenjournal.de.

werden wir uns auch weiterhin verstärkt widmen und Vorschläge für eine verbesserte Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher an die Hauptakteure im Kinderschutz adressieren.

Dabei haben wir uns zum einen zum Ziel gesetzt, dass der Weg zur Psychotherapie für die betroffenen Kinder und deren Familien durch verbesserte Informationswege vereinfacht wird. Zum anderen wollen wir unsere Mitglieder bei der nicht immer einfachen Aufgabe unterstützen, diesen Kindern durch eine

Psychotherapie dazu zu verhelfen, zurück in ein gesundes und unbelastetes Leben zu finden.

Dr. Sabine Ahrens-Eipper,
Psychologische Psychotherapeutin,
niedergelassen in Halle (Saale)
in eigener Praxis

„OPK vor Ort“ 2019 – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie

Wir laden Sie herzlich ein zum fachlichen und berufspolitischen Austausch beim diesjährigen Treffen der „OPK vor Ort“.

Im ersten Teil der Veranstaltung möchten wir Sie wieder über aktuelle berufspolitische Themen und laufende Projekte der OPK sowie über Entwicklungen in Ihrem Bundesland informieren.

Der zweite, fachliche Teil widmet sich diesmal den „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“. Wir halten eine Diskussion dieser Thematik aus mehreren Gründen für wichtig. Zum einen ist die Beratung von Patienten bei der Auswahl der geeigneten Behandlung eine wesentliche psychotherapeutische Aufgabe geworden, beispielsweise in psychotherapeutischen Sprechstunden. Dazu gehört, nicht nur den potentiellen Nutzen, sondern auch mögliche negative Folgen von Behandlungen zu bedenken. Zum anderen können Risiken in laufenden Behandlungen verringert werden, wenn Psychotherapeuten rechtzeitig auf unerwünschte Auswirkungen achten. Außerdem können sich Psychotherapeuten mit guter Dokumentation besser schützen, falls ihnen Behandlungsfehler vorgeworfen werden sollten. Mit dem Fachvortrag möchten wir die Diskussion und den Erfahrungsaustausch zu dieser Problematik anregen.



Die OPK kommt wieder in die Bundesländer. Fachlichen Input gibt es dieses Mal zum Thema „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“.
(Foto: Fotolia/maho3)

Die Veranstaltungen beginnen jeweils um 16.00 Uhr und enden um 19.00 Uhr. Wie immer bietet sich vorab und während der Pause auch genug Raum für Austausch und Gespräche. Für die im Übrigen kostenfreie Teilnahme erhalten Sie 4 Fortbildungspunkte. Ort und Datum der jeweiligen Veranstaltung in Ihrem Bundesland entnehmen Sie bitte den Informationen auf der OPK-Homepage unter www.opk-info.de/fortbildungen/kalender/.

Geschäftsstelle

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens macht auch vor der psychotherapeutischen Versorgung nicht Halt. Das wird nicht zuletzt an der Pflicht zur Anbindung psychotherapeutischer Praxen an die Telematik-Infrastruktur (TI) deutlich. Auf unserer Homepage haben wir alle wichtigen Fragen rund um die TI für Sie beantwortet. Aufgrund neuer vorliegender Informationen haben wir diese Zusammenstellung um Erläuterungen zur Haftung und Datenschutzfolgeabschätzung ergänzt. Sie finden die Infos unter www.lpk-rlp.de im Bereich Psychotherapeuten/Telematikinfrastruktur.

Zudem befindet sich momentan der Entwurf für das Digitale Versorgungsgesetz (DVG) von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Abstimmungsprozess. Die Initiatoren sehen das Gesetz als wichtigen Schritt, um die Versorgung der Patienten zu verbessern und Arbeitsabläufe im Gesundheitswesen zu vereinfachen. Digitale Anwendungen können künftig ärztlich verordnet werden; die Kosten dafür zahlt die gesetzliche Krankenversicherung. Die Zulassung für die Hersteller soll erleichtert werden.

Die Landespsychotherapeutenkammer befürchtet durch das Gesetz eine drohende Vermischung von Versicherung und Versorgung. Es muss sichergestellt werden, dass künftig nicht Krankenkassen digitale Anwendungen verordnen dürfen, ohne dass ein fachlich qualifizierter Behandler vorher eine Diagnose gestellt hat und die digitale Anwendung im Rahmen eines Behandlungsplans begleitet. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer fordert, dass Ärzte und Psychotherapeuten prüfen müssen, ob eine Gesundheits-App zu einem Patienten und seiner Erkrankung passt.



Der Vorstand der LPK RLP (v. l. n. r.): Ulrich Bestle, Dr. Andrea Benecke, Sabine Maur und Peter Andreas Staub

Zudem soll nachgewiesen sein, dass die verordnete App die Behandlung tatsächlich wirksam unterstützen kann. Vorstandsmitglieder der LPK RLP haben Gespräche mit Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler, dem Parlamentarischen Staatssekretär Dr. Thomas Gebhart, Gesundheitspolitikern der CDU-Landesfraktion und Vertretern des Verbands der Ersatzkassen geführt, um ihre Vorbehalte gegen den Entwurf des DVG zu erläutern und deutlich zu machen, wo sie Nachbesserungen für notwendig halten. Es bleibt abzuwarten, ob die Anliegen der Profession in die Beratungen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens einfließen werden. Es grüßt Sie herzlich

Peter Andreas Staub

Treffen mit Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler



V. l. n. r.: Sabine Maur, Sabine Bätzing-Lichtenthäler und Dr. Andrea Benecke

Sabine Maur, Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, und Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke waren zu Gast bei Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz. Themen des konstruktiven Gesprächs waren unter anderem die Reform des Psychotherapeutengesetzes, die Bedarfsplanung, das Digitale Versorgungsgesetz (DVG) und die Digitalisierung in der Psychotherapie.

Ehemaliges Vorstandsmitglied verstorben – Zum Tod von Jürgen Kammler-Kaerlein



Jürgen Kammler-Kaerlein

Nach kurzer, schwerer Krankheit ist am 2. Juni 2019 Jürgen Kammler-Kaerlein, ehemaliges Vorstandsmitglied und Gründungsmitglied der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, verstorben. Wir verlieren mit ihm einen beharrlichen Streiter für die Belange der Psychotherapeuten, insbesondere der angestellten Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Ihm ist es maßgeblich mitzuverdanken, dass die LPK RLP zügig etabliert werden konnte und auf tragfähigen Beinen

bis heute ihre Arbeit leisten kann. Bei der ersten Kammerwahl wurde Jürgen Kammler-Kaerlein in die Vertreterversammlung gewählt und anschließend in den Vorstand, wo er als angestellter PP und Betriebsrat vor allem die Belange der angestellten Kammermitglieder im Auge hatte. Diesen neuen Berufsstand in den Strukturen von Kliniken und Beratungsstellen und auch in den Köpfen der Vorgesetzten sichtbar zu machen, dafür zu streiten, dass sie in den Organigrammen und in den Tarifverträgen abgebildet werden, das sah er als Aufgabe an. In seiner zweiten Amtszeit in der Vertreterversammlung und im Vorstand schrumpfte aufgrund verschiedener Umstände der fünfköpfige Vorstand bald zusammen auf einen dreiköpfigen, was eine große Arbeitsbelastung für alle darstellte. Diese war für Jürgen Kammler-Kaerlein besonders hoch, da er immer auch eine weite Anreise aus Wittlich nach Mainz zu bewerkstelligen hatte. Diese Belastung forderte ihren Tribut und so entschied er sich, nach diesen zehn Jahren im Vorstand

der Kammer, nicht wieder anzutreten. Er wollte sich um die Menschen mehr kümmern, die in seinen Augen in den letzten Jahren auf der Strecke geblieben waren: seine Frau und seine Kinder. Konsequenterweise lehnte er jede Anfrage nach weiterer berufspolitischer Arbeit ab und verwies darauf, dass es doch im Leben noch mehr gebe.

Dass ihm nur noch so wenig Zeit blieb, um sein Leben ohne Berufspolitik zu leben, tut uns allen sehr leid. Wir haben ihn schon oft vermisst nach seinem Rückzug, dies wird nun umso mehr der Fall sein. Seine Stimme und sein Rat werden uns fehlen. Bleiben wird, dass er vieles erreicht hat, dieser Mann der eher leisen Töne mit der großen Beharrlichkeit.

Unsere Gedanken sind bei ihm und seiner Familie.

Andrea Benecke
(für den Vorstand der LPK RLP)

Gespräch mit dem Parlamentarischen Staatssekretär Dr. Thomas Gebhart

Um sich über aktuelle Themen der psychotherapeutischen Versorgung auszutauschen, waren LPK-Präsidentin Sabine Maur und Geschäftsführerin Petra Regelin zu Gast bei Herrn Dr. Thomas Gebhart, dem Parlamentarischen Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit. Bundestagsmitglied Herr Dr. Gebhart empfing die Vertreterinnen der Landespsychotherapeutenkammer in seinem Wahlkreisbüro in Landau.

Sabine Maur erläuterte die prekäre Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung und machte so die Dringlichkeit der Reform des Psychotherapeutengesetzes deutlich. Sie stellte den Kabinettsentwurf zur Reform vor und betonte, dass der Berufsstand der Psychotherapeuten die Reform nachdrücklich begrüßt. Diese wird die Ausbildung der



Dr. Thomas Gebhart (@BMG)

Psychotherapeuten formal derjenigen der Ärzte anpassen. Frau Maur nutzte allerdings auch die Gelegenheit, die aus Sicht der Kammer erforderlichen Nach-

besserungen am Gesetzesentwurf anzuführen – etwa im Bereich der Legaldefinition, der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung und der Übergangslösungen für Psychotherapeuten in Ausbildung.

Einen wichtigen Stellenwert nahm im Gespräch das im Entwurf vorliegende Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) ein. Frau Maur machte deutlich, wie problematisch die drohende Vermischung von Versicherung und Versorgung ist. Auch die langen Wartezeiten auf Psychotherapie und die Personalverordnungen für die stationäre psychotherapeutische Versorgung waren Themen des Treffens. Einen ausführlichen Bericht finden Sie unter www.lpk-rlp.de/ Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

LPK RLP im Dialog mit Verband der Ersatzkassen

Bei der letzten Landesausschusssitzung des vdek (Verband der Ersatzkassen e.V.) waren die TK RLP, die BAR-MER RLP, die DAK RLP sowie die KKH vertreten. Sabine Maur, Präsidentin der LPK RLP, und Geschäftsführerin Petra Regelin waren als Gäste anwesend. Gerne kam Frau Maur der Einladung nach, dort über die psychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz zu berichten. Thema war neben der Reform des Psychotherapeutengesetzes die unbefriedigende Situation in der stationären Psychiatrie: hier erhalten Patienten durchschnittlich nur 30 Minuten Psychotherapie pro Woche.



Sabine Maur (Mitte) und Petra Regelin (2. v. r.) mit dem Landesausschuss des vdek

Kurz thematisiert wurde auch der Referenten-Entwurf des Digitale Versorgung-Gesetzes. Die LPK RLP vertritt hier die Haltung, dass auch in Zukunft

die Verordnung digitaler Behandlungsanwendungen nur von approbierten Psychotherapeuten und Ärzten vorgenommen werden darf.

Die LPK RLP begrüßt sehr das Interesse des vdek, sich über die ambulante und stationäre psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen in RLP aus erster Hand zu informieren. Wir freuen uns auf die Fortsetzung dieser sehr konstruktiven Art des gemeinsamen Austausches zugunsten von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Treffen mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs- und Familienberatung



V. l. n. r.: Ulrich Bestle, Ulric Ritzer-Sachs, Marita Krist, Heike Jockisch, Stefan Christmann und Markus Herbert

Ulrich Bestle, Vorstandsmitglied der LPK RLP, und Heike Jockisch, Mitglied des Angestelltenausschusses, trafen sich mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs- und Familienberatung Rheinland-Pfalz e.V. (LAG RP) und diskutierten die Lage angestellter Psychologischer Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in Erziehungs- und Familienberatungsstellen. Dort werden PP/KJP nicht entsprechend ihrer Qualifikation und Ausbildung bezahlt, weshalb die Zahl der PP/

KJP in Beratungsstellen stetig abnimmt. Ein Argument für die untertarifliche Bezahlung ist unter anderem, dass in den Beratungsstellen keine Psychotherapie stattfindet. Die LPK RLP widerspricht dem und forderte daher bereits 2018 in einer Resolution eine der Qualifikation angepasste, angemessene Vergütung. Die Wichtigkeit der psychotherapeutischen Expertise in den interdisziplinären Teams wurde von der LAG RP betont. Es besteht hier Konsens in der Grundhaltung.

LPK RLP im Gespräch mit CDU-Gesundheitspolitiker

Zu einem Gespräch mit den CDU-Abgeordneten Hedi Thelen, Dr. Christoph Gensch und Michael Wäschenbach besuchten LPK-Präsidentin Sabine Maur und Geschäftsführerin Petra Regelin das Abgeordnetenhaus des rheinland-pfälzischen Landtags. Thema war unter anderem die Reform des Psychotherapeutengesetzes. Ein weiteres wichtiges Thema des Treffens waren die Probleme, die mit dem im Entwurf vor-

liegenden Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) einhergehen. Das geplante Gesetz könnte es Krankenkassen erlauben, Patienten digitale Anwendungen zu verordnen, ohne dass ein fachlich qualifizierter Behandler vorher eine Diagnose gestellt hat. Frau Maur wies bei dem Treffen mit den CDU-Abgeordneten nachdrücklich auf die Risiken dieser strukturellen Veränderung hin.



V. l. n. r.: Hedi Thelen, Petra Regelin, Sabine Maur, Dr. Christoph Gensch und Michael Wäschenbach

Wichtige Informationen für Mitglieder zur Fortbildung

Seit 31. Oktober 2018 liegt die Fortbildungsordnung der LPK RLP in einer neuen Fassung vor. Sie ist die rechtliche Grundlage für die Bestimmungen rund um das Thema Fortbildung. Die neue Fortbildungsordnung steht auf www.lpk-rlp.de unter Über uns / Satzungen zum Download bereit. Dort finden Sie ebenfalls die ergänzenden Richtlinien zur **Fortbildungsordnung**, die in der Vorstandssitzung vom 13. März 2019 beschlossen wurden.

Die LPK führt ein **Fortbildungspunktekonto** für Sie. Wenn Sie Ihren Punktestand überprüfen möchten, können Sie jederzeit selbst Ihr Punktekonto online einsehen. Die Zugangsdaten haben Sie in Ihrer Begrüßungsmappe erhalten, als Sie Mitglied der LPK RLP geworden sind. Zum Login gelangen Sie auf unserer Homepage im Bereich Psycho-



Foto: fotolia / pictworks

therapeuten / Login. Damit Ihr Punktekonto stets aktuell ist und Sie auf einen Blick sehen können, wie viele Punkte Ihnen noch bis zum Ende des Fünfjahreszeitraums fehlen, ist es notwendig, dass Sie Kopien all Ihrer Fortbildungsnachweise regelmäßig (mind. einmal im Jahr) bei uns einreichen. **Achtung:** Es werden nur dann Anwesenheitsnachweise automatisch erfasst, wenn der Veranstalter die Teilnehmerlisten mit

Barcode-Etikett nach der Veranstaltung der Kammer übermittelt.

Intervisionsgruppen müssen die Sitzungsprotokolle zu Nachweiszwecken ebenfalls einmal im Jahr einreichen. Werden zwei Jahre hintereinander von einer Intervisionsgruppe keine Protokolle eingereicht, wird die Gruppe **storniert**. Weitere Informationen für Intervisionsgruppen finden Sie auf unserer Homepage im Bereich Psychotherapeuten / Fortbildung. An dieser Stelle haben wir auch unter „Fragen und Antworten zur Fortbildung“ alle wichtigen Informationen rund um das Thema „Fortbildung“ für Sie zusammengestellt. Sollten darüber hinaus noch Fragen offen bleiben, können Sie sich gerne über eine **neu eingerichtete E-Mail-Adresse** an uns wenden: fortbildung@lpk-rlp.de

Neues zu Telematik-Infrastruktur und TSVG auf unserer Homepage

Als **Telematik** werden die Vernetzung verschiedener IT-Systeme und die Möglichkeit bezeichnet, Informationen aus unterschiedlichen Quellen miteinander zu verknüpfen. Die Telematikinfrastruktur (TI) soll alle Beteiligten im Gesundheitswesen wie Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen verbinden. Aus aktuellem Anlass haben wir die Informationen zum Thema TI auf unserer Homepage

ergänzt. Neu sind die Erläuterungen zur Haftung und Datenschutzfolgeabschätzung. Die FAQs finden Sie unter www.lpk-rlp.de im Bereich Psychotherapeuten / Telematikinfrastruktur.

Am 11. Mai 2019 ist das viel diskutierte **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)** in Kraft getreten. Ziel des Gesetzes ist es, die medizinische und psychotherapeutische Versorgung

gesetzlich Krankenversicherter zu verbessern. Aus dem Gesetz werden eine Reihe von Maßnahmen abgeleitet, die zu unterschiedlichen Zeiten umgesetzt werden. Die wichtigsten Neuerungen für psychotherapeutische Praxen haben wir auf unserer Homepage zusammengestellt im Bereich Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP („Terminservice- und Versorgungsgesetz – Das Wichtigste in Kürze“).

Anstehende Veranstaltungen der LPK RLP im Herbst/Winter 2019

14. Sept.: LPK-Fachtagung „Familie im Wandel“ mit anschließendem Herbstfest (Mainz) – **23. Okt.:** Fortbildung „Jugendhilfe und Psychotherapie“ (Mainz) – **28./29. Okt.:** Führungskräfteentwicklung I (Mainz) – **6. Nov.:** Fortbildung „Allgemeines Berufsrecht in der Psychotherapie“ (Trier) – **14. Nov.:** Workshop „Interkulturelle Kompetenz

als Schlüsselqualifikation im Gesundheitswesen“ (Koblenz) – **28. Nov.:** 5. Tag der Angestellten (Mainz) – **11. Dez.:** Workshop „Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation im Gesundheitswesen“ (Mainz) – **13. Dez.:** Führungskräfteentwicklung II (Andernach). **Weitere Infos unter www.lpk-rlp.de / Aktuelles / Veranstaltungen.**

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9–11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055–0
Fax: 06131/93055–20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Veranstaltung „Wege zur Approbation“ an der Universität des Saarlandes

Am 3. Juli 2019 lud die Kammer in Kooperation mit der Fachschaft Psychologie der Universität des Saarlandes (UdS) zur Informationsveranstaltung „Wege zur Approbation“ ein. Wie auch in den Vorjahren erfreute sich das Angebot großer und zunehmender Beliebtheit mit ca. 70 Interessenten. Ziel war es, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Rahmen der Psychotherapieausbildung im Saarland bekannt zu machen. Auch Studierende aus Luxemburg fanden sich zum diesjährigen Treffen ein.

Alle fünf im Saarland vertretenen Aus- und Weiterbildungsinstitute informierten an diesem Abend über die Vorzüge und Besonderheiten der jeweiligen Ausbildungsgänge. Die Eröffnung übernahm zunächst Torsten Wenk als Vertreter der Fachschaft Psychologie, der sich im Vorfeld um die Organisation der Veranstaltung gekümmert hatte. Anschließend fand Irmgard Jochum, Präsidentin der PKS, motivierende Worte für alle Studie-

renden, indem sie Daten und Fakten zur Versorgungslage im Saarland präsentierte. Sie wies u. a. darauf hin, dass von den aktuell ca. 600 Kammermitgliedern (PP/KJP) fast zwei Drittel in ungefähr 15 Jahren in Rente sein werden und im Saarland daher ein Bedarf an „nachwachsenden“ Psychotherapeuten besteht. Um diesen Bedarf zukünftig decken zu können, setzt die PKS sich u. a. für die Einführung des Master-Studiengangs „Psychotherapie“ an der UdS ein. Frau Jochum bedauerte, noch keine belastbaren Aussagen zur Aus- und Weiterbildung nach der Novellierung machen zu können, kündigte aber an, dass die PKS eine Infoveranstaltung zu den Neuerungen der Psychotherapeutenausbildung anbieten wird, sobald über die Gesetzesreform entschieden ist.

Anschließend begrüßten Kristina Haase, Mitglied der Vertreterversammlung und Vorsitzende des PiA-Ausschusses der PKS, sowie Susanne Münnich-Hessel,

Vizepräsidentin der Kammer und Mitglied im PiA-Ausschuss, die Anwesenden. Prägnant stellte Frau Haase die Tätigkeit des PiA-Ausschusses vor und betonte, dass bereits approbierte Psychotherapeuten sich schon jetzt für die Interessen der Nachwuchs-Kollegen stark machen und sich aktiv in den Gestaltungsprozess des Bundes einbringen. Frau Münnich-Hessel griff die allgemeine Verunsicherung humorvoll mit den Mut machenden Worten auf: „Es wird weitergehen, irgendwie, da bin ich zuversichtlich.“

Nach den Vorträgen der Institute fand im Foyer des Hörsaals erneut der „Marktplatz“ statt. Jedes Institut, vertreten auch durch die Vortragenden und die jeweiligen Institutssprecher, stand für Fragen und zur Kontaktaufnahme bereit, was von Seiten der Studierenden rege genutzt wurde.

Carola Zirpel, PiA,
Mitglied des PiA-Ausschusses der PKS

Veranstaltung „Die Psychotherapeutische Sprechstunde“

Das Kreuz mit (auf) dem PTV 11

Am 2. Juli 2019 lud die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes zu einer Informationsveranstaltung bzgl. der Psychotherapeutischen Sprechstunde ein, welche neben den aktuellsten Informationen rund um das Formular „PTV 11“ (PTV = Psychotherapievereinbarung) und die Rolle der Terminservicestelle (TSS) auch für einen regen kollegialen Austausch und fachliche Diskussion ausreichend Raum bot.

Viele Kollegen folgten der Einladung in die Geschäftsstelle der PKS.

Susanne Münnich-Hessel, Vizepräsidentin der PKS und niedergelassen als Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, versorgte die Anwesenden zu Veranstaltungsbeginn mit aktuellen Zahlen aus der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Saarland, welche die Bedeutung der 2017 eingeführten Psychotherapeutischen Sprechstunde belegen. So wurden über die Terminservicestelle im Saarland im ersten Quartal 2019



Das Thema „Psychotherapeutische Sprechstunde“ stieß auf reges Interesse.

650 Termine vergeben, davon über 500 Sprechstundentermine, davon ca. 330 in die KJP-Sprechstunde, ca. 50 in die Akuttherapie und über 60 probatorische



Vizepräsidentin *Susanne Münnich-Hessel* informiert die Zuhörerschaft.

Sitzungen (Daten aus der KV Saarland). Mit ca. 50 % nehmen die Termine zur psychotherapeutischen Versorgung damit den größten Raum aller vermittelten Facharzttermine ein.

Als Vermittlungsleistungen nach TSVG gelten seit 1. April 2017 Sprechstunden-terminen und Akuttherapie und seit 1. Oktober 2018 probatorische Sitzungen. Seit 11. Mai 2019 müssen mit dem TSVG Termine für die Durchführung einer Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen vermittelt werden. Die sukzessiven und für die Verbesserung der Patientenversorgung konzipierten gesetzlichen Regelungen führen zu unterschiedlichen Effekten, auf welche im Folgenden kurz eingegangen werden soll.

Das Sprechstundenangebot ist seit dem 1. April 2018 für Patienten vor Aufnahme einer Richtlinien-Psychotherapie verpflichtend. Einzige Ausnahme ist eine vorangegangene stationäre Krankenhausbehandlung oder eine Reha-Behandlung. Diese muss mit einer der in § 26 der Psychotherapie-Richtlinie definierten Diagnosen beendet worden sein, die auch die Indikation für eine Richtlinien-Psychotherapie begründen. Die oft als Steuerungselement und Empowerment unseres Berufsstandes dargestellte Möglichkeit des Erstkontakts bietet für Patienten einen niedrigschwelligen Zugang, welcher auf den ersten Blick die Wartezeiten bis zum Erstkontakt mit einem Psychotherapeuten deutlich verkürzt (ca. 5,7 Wochen im Saarland).

Neben der orientierenden diagnostischen Einschätzung wird die Psychotherapeutische Sprechstunde also durchaus als das Steuerungselement genutzt, als

welches sie konzipiert wurde. Von spürbarem Nachteil ist es jedoch, dass die Leistung aus den bestehenden Systemressourcen der niedergelassenen Kollegen gespeist werden müssen.

Als eine weitere Entwicklung der Patientensteuerung durch die Sprechstunde wurde zum Oktober 2018 die gesetzliche Regelung geschaffen, dass auch probatorische Sitzungen vermittelt werden können. Dafür wurde auf dem PTV 11 das Kreuz „zeitnah erforderlich“ aufgenommen. Wird es in der Sprechstunde angekreuzt und eine Richtlinien-Psychotherapie empfohlen, erhält der Ratsuchende dadurch das Recht, sich eine probatorische Sitzung innerhalb der nächsten vier Wochen durch die TSS vermitteln zu lassen.

Niedergelassene sind in diesem Zusammenhang dazu angehalten, seit dem 1. Oktober 2018 auch freie Termine für ebendiese probatorischen Sitzungen an die TSS zu melden. Dabei wird seitens des Gesetzgebers implizit davon ausgegangen, dass, wer Termine meldet, auch zeitliche Kapazitäten hat, eine Richtlinien-Psychotherapie anzuschließen. In der Umsetzung fällt jedoch auf, dass dieses Angebot nicht immer so realisiert werden kann, da unsere niedergelassenen Kollegen ihre freien Probatorik- und Therapieplätze auch auf anderen Wegen, z. B. durch direkten Kontakt der Patienten über die telefonische Sprechzeit, vergeben. Sollte man also den Therapiebeginn als „zeitnah erforderlich“ ansehen, die Psychotherapie aber selbst nicht durchführen können, wird der Patient zurück ins System gegeben.

Potenziell nachteilig für das Patientenwohl kann an dieser Stelle auch sein, dass die neuen gesetzlichen Regelungen die Wahl anderer Lösungsansätze, so wie z. B. den Zugang zur Kostenerstattung, erschweren. Es ist also durchaus mit klugem Blick auf die Komplexität und Schwere der Symptomatik des Patienten abzuwägen, welche Wartezeit zumutbar erscheint.

Auch in diesem Kontext entstand ein reger Diskurs unter den teilnehmenden Psychotherapeuten, für die in der bis-

herigen Erfahrung dieses Steuerungselement eine unnötige Bürokratisierung im Praxiszugang darstellt. Auch die Forderung nach Abschaffung dieser Regelung wurde seitens der Veranstaltungsteilnehmer geäußert.

Seit dem 11. Mai 2019 werden von der TSS freie Termine für Akutbehandlungen innerhalb von zwei Wochen vermittelt. Diese konsequente Weiterentwicklung der Patientensteuerung bietet einen möglichst umgehenden Behandlungsbeginn für Patienten und ist auf eine kurzfristige Entlastung und Verbesserung der Symptomatik ausgerichtet. Sie dient zur Vermeidung von Fixierung und Chronifizierung der Symptomatik und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung. Eine Vermittlung innerhalb von zwei Wochen für Ratsuchende stellt eine aus Patientensicht nötige Aufgabe und zugleich eine große logistische Herausforderung für die TSS und für die niedergelassenen Kollegen dar, welche auch hier angehalten sind, freie Termine zu melden.

Erschwert wird die Situation für die niedergelassenen Kollegen dadurch, dass bei Nichterfüllung der gesetzlichen Anforderungen durch die niedergelassenen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Honorarkürzungen zu rechnen sein wird, da die Patienten in diesem Fall an ambulante Behandlungsplätze in Kliniken vermittelt werden müssten. Dies ist im Fall einer notwendigen psychotherapeutischen Behandlung in der Regel keine Alternative, denn in Kliniken wird im Allgemeinen keine Richtlinien-Psychotherapie durchgeführt – die Patienten würden leer ausgehen.

Somit ist es an uns, die bestehenden Steuerungselemente der ambulanten Versorgung klug zu nutzen, aber auch auf Verbesserungspotenziale hinzuweisen und Missstände, wie eine weiterhin unzureichende ambulante psychotherapeutische Versorgung, anzuprangern. Seitens der PKS ist eine Folgeveranstaltung zur differenzierten Betrachtung der aktuellen und möglichen Verordnungsbefugnisse geplant.

Christina Roeder,
Vorstandsmitglied PKS

Rezension zu „Methodenhandbuch: Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien“ von C. Oswald und J. Meeß, hg. von der Beratungs- und Behandlungsstelle des Caritasverbands Schaumberg-Blies e. V., Angebot Wiesel

Jahrzehntlang waren Kinder aus suchtbelasteten Familien CoAs (Children of Alcoholics/Addicts) „vergessene Kinder“. So hatten der deutsche Gesetzgeber, die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sie „vergessen“, als sie in den 70er Jahren nach der Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit die Versorgung von Suchtkranken regelten. Sie übersahen, dass Sucht neben den direkt Betroffenen auch deren Angehörige, dabei vor allem deren Kinder, schwerwiegend und oft lebenslang schädigt. In der Folge hatten solche Kinder und Jugendlichen keinen Anspruch auf Beratung und Hilfe, solange sie selber keine Anzeichen einer psychischen Störung und/oder Suchterkrankung zeigten.

Für Eltern mit Suchterkrankungen stellen Hausärzte, Gynäkologen, (Sozial-)Pädiater, Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychiater sowie -Psychotherapeuten in Praxen, Institutsambulanzen oder Versorgungskliniken erste Anlaufstellen dar.

Nach Schätzungen sind bundesweit ca. drei Millionen Kinder von der Abhängigkeit legaler oder illegaler Substanzen ihrer Eltern betroffen. CoAs sind sehr vielen Belastungen und Entwicklungsrisiken ausgesetzt. Sie gelten als Hochrisikogruppe für eine eigene Suchterkrankung. Zudem tragen sie ein erhöhtes Risiko, vernachlässigt und/oder misshandelt zu werden. Demzufolge besteht dringender Handlungsbedarf, für die betroffenen Familien eine fachlich-qualifizierte Beratung, Behandlung und multiprofessionelle Hilfe aus den verschiedensten Systemen der Suchthilfe, Medizin, Jugendhilfe, Sozialhilfe, Pädagogik und Psychotherapie zur Verfügung zu stellen.

Die direkten (substanzbezogenen) Langzeiteffekte auf die Kinder bei Mischkonsum ihrer Eltern, wie Regulationsstörungen, beeinträchtigtes Lernverhalten und eingeschränkte Gedäch-

nisleistungen, können nur teilweise als wissenschaftlich gesichert angesehen werden, weil keine eindeutige Zuordnung möglich ist. Besonders die Langzeiteffekte durch Nikotin, Cannabinoide und Opiate werden unterschätzt und sind irreversibel (Simon-Stolz et al., 2019).

Gut untersucht sind die direkten Behinderungen und Entwicklungsrisiken durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, den sog. Fetalen Alkoholspektrum-Störungen (FASD). Die möglichen Folgen sind Wachstumsstörungen, typische Gesichtsdysmorphien (kurze Lidspalten, verstrichenes Philtrum, schmale Oberlippe), Hirnschädigungen, Beeinträchtigungen der seelischen und geistigen Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten und Funktionsbeeinträchtigungen, die bis ins Erwachsenenalter persistieren können. Der Zeitpunkt der Alkoholexposition während der Schwangerschaft sowie mütterliche Faktoren bestimmen Art und Ausprägung der Schädigung. Zur Häufigkeit von FASD gibt es bundesweit keine validen Angaben. Die derzeitigen Prävalenzen in Deutschland liegen schätzungsweise bei mindestens 1 %.

Die indirekten Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche bei der Suchterkrankung eines Elternteils sind ebenfalls schwerwiegend. In einem solchen Fall stellt das Aufwachsen eine enorme Belastung dar. Oft sind CoAs mit den zahlreichen Folgeerscheinungen der Suchterkrankung konfrontiert, wie finanziellen Problemen, verbaler oder körperlicher Gewalt, körperlichem Verfall des suchtkranken Elternteils, einem verwirrenden, inkonsequenten und inkonsistenten Erziehungsverhalten, der Unberechenbarkeit des Geschehens usw. CoAs erfahren häufig nur unzureichende emotionale Unterstützung und Halt sowie Fürsorge und sind nicht selten dysfunktionalem Verhalten der Eltern, wie Vernachlässigung und/oder Misshandlung, ausgesetzt.



Auch kann es innerhalb des Familiensystems zu einer Verschiebung der Generationen, der sog. Parentifizierung, kommen. CoAs fühlen sich dann verantwortlich für ihre Eltern, die Fürsorge für ihre Geschwister, den Haushalt und das Wahre der Fassade nach außen. Diese dysfunktionalen Kindheitserfahrungen in Kombination mit Schuld- und Schamgefühlen erhöhen das Risiko für spätere psychische Erkrankungen, wie Angststörungen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und/oder eine eigene Suchterkrankung.

Nicht alle CoAs prägen allerdings eine solche Erkrankung aus. Es gibt protektive oder Schutzfaktoren, die der Entwicklung von Suchterkrankungen entgegenwirken, wie soziale Kompetenzen, der Besitz von Bewältigungsstrategien, das Wahrnehmen von professionellen Beratungs- und Hilfsangeboten sowie – ganz entscheidend – tragfähige, emotionale Beziehungen zu anderen Erwachsenen in der näheren Umgebung.

Nur ein sehr kleiner Anteil der betroffenen CoAs findet einen Weg in spezielle präventive Angebote, wie die Beratungsstelle „Wiesel“ im Landkreis Neunkirchen, mit der der Caritas-Verband Schaumberg-Blies seit 2006 erfolgreich Resilienz von CoAs fördert. Hier finden sie Gehör für ihre Ängste und Nöte von zugewandten und präsenten Erwachsenen. Ziel von „Wiesel“ ist es zu verhindern, dass diese Kinder der nächsten Generation von Süchtigen oder psychisch Kranken angehören. Ge-

leitet wird die Beratungsstelle von Frau Dipl.-Psych. Corinna Oswald und Frau Dipl.-Sozialarbeiterin/-Sozialpädagogin Janina Meeß.

In ihrem „Methodenhandbuch – Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien“, das 2018 im Lambertus-Verlag erschienen ist, teilen sie ihren Erfahrungsschatz, den sie in der praktischen Gruppenarbeit mit CoAs gesammelt haben, mit. Übersichtlich, in kompakter Form und verständlicher Sprache geben Frau Oswald und Frau Meeß Orientierung, was man Kindern und Jugendlichen suchtkranker Eltern anbieten kann oder wie diese in anderen Kontexten erreicht werden können. Das „Methodenhandbuch“ ist im Verlauf des 12-jährigen Bestehens des Angebots „Wiesel“ entstanden. Es setzt sich aus Methoden, Büchern, Filmen, Texten usw. zusammen, die zum großen Teil andernorts entstanden, von ihnen übernommen, teils abgewandelt oder ergänzt wurden, sowie Methoden, die Frau Oswald und Frau Meeß selbst entwickelt haben.

Zu Beginn dieses Methodenhandbuchs für CoAs werden Vorgehensweisen angeführt, die dem Gruppenfindungsprozess dienen und Kohäsion herstellen sollen. Dann werden Methoden vorgestellt, die sich zum themenspezifischen Arbeiten mit CoAs eignen (Selbstbild, Familie, Gefühle, Suchterkrankung in der Familie, Suchtprävention). Darin integriert finden sich bereits existierende Medien in Form von Büchern, Broschüren, Filmen und Musik. Weitere Literaturhinweise, auch zu verwandten Themen, wie „Elternteile mit psychischen Erkrankungen“, sind im Anhang zu finden. Im dritten Teil werden Freizeitaktivitäten aufgeführt. Der vierte Teil ist unterschiedlichen Settings, in denen Elternberatung stattfinden kann, gewidmet. Die Anordnung der Vorstellung der

verschiedenen Methoden innerhalb eines Themenkomplexes oder innerhalb einer Rubrik verläuft entlang der Achsen „Alter“ (aufsteigend von Methoden für Jüngere hin zu solchen für Jugendliche und junge Erwachsene), „Spezifik“ (unspezifisch – spezifisch zugeschnitten auf die Zielgruppe) und „logischer Aufbau“ (d.h. Methoden, die aufeinander aufbauen, werden nacheinander dargestellt). Die Methoden sind hauptsächlich nach Altersklasse, Zielsetzung und Durchführung systematisiert. Zum Teil sind sie mit anonymisierten Fallbeispielen versehen. Weiterhin findet sich ein Symbol, das kennzeichnet, ob sich die Methode für das Gruppen- (G), Einzel- (E) oder Familiensetting (F) anbietet. Die Altersangaben sind jeweils nur als Orientierung zu verstehen. Das Methodenhandbuch soll auch dazu anregen, eigenständig individuell zugeschnittene Methoden zu entwickeln. Es wird die Wichtigkeit betont, dass die Arbeit mit Methoden nicht ohne Beziehung stattfinden kann, denn die Beziehungsgestaltung stellt ein unverzichtbarer, wirksamer Faktor in der Arbeit mit CoAs dar.

Angebote wie „Wiesel“ erreichen allerdings in der Regel nur die Kinder, deren Eltern bereits im Hilfesystem angekommen sind. Für den Großteil der Kinder von Eltern, die ihr Suchtproblem noch leugnen, sind präventive Programme in Kitas und Schulen notwendig.

Positiv zu vermerken ist, dass sich der Deutsche Bundestag seit 2017 mit der Situation und dem Hilfebedarf von CoAs beschäftigt und hierzu eine Arbeitsgruppe gebildet hat. Diese interdisziplinäre und interministerielle Arbeitsgruppe soll mit Beteiligung von Fachverbänden und Experten aus Forschung und Praxis Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von CoAs erarbeiten. Zur Beschreibung des aktu-

ellen Ist-Zustands der Versorgung von CoAs wurden der Arbeitsgruppe inzwischen drei interdisziplinäre Fachexpertisen zu „Forschung“, „Gute Praxis“ und „Recht“ vorgelegt.

Deswegen kommt das Methodenhandbuch von Frau Oswald und Frau Meeß genau zur richtigen Zeit. Die Autorinnen stellen einen erprobten „Werkzeugkoffer“ in der Arbeit mit CoAs zur Verfügung. Dies kann eine wertvolle Grundlage für den Aufbau eines flächendeckenden Hilfesystems darstellen.

Ich wünsche den Autorinnen C. Oswald und J. Meeß viele interessierte Leser.

Dr. Pia Fuhrmann,
Vorstandsmitglied PKS

Literatur

Oswald, C. & Meeß, J. (2019). Methodenbuch: Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien. Freiburg: Lambertus.

Simon-Stolz, L., Oswald, C., Zimmermann, M. & Zemlin, M. (2019). Kinder aus suchtbelasteten Familien in den Blick nehmen – Schutz und Unterstützung von Anfang an. Saarbrücken: Saarländisches Ärzteblatt.

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Dr. Pia Fuhrmann, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Sonja Werner

Geschäftsstelle

Scheidter Str. 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/954555-6
Fax: 0681/954555-8
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



die Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) ist ein Zusammenschluss der Organisationen aller akademischen Heilberufe in Schleswig-Holstein. Das Ziel der IDH ist es, die Kommunikation untereinander zu fördern und gegenüber Politik und Medien nach außen zu vertreten. Wie gut dies funktioniert, zeigte sich an dem dritten, gemeinsam veranstalteten Parlamentarischen Abend der IDH im Juni dieses Jahres, über den wir berichten. Weiterhin berichten

wir über Datenübermittlung vonseiten der Krankenkassen im Rahmen des Gutachterverfahrens, die an dem beantragenden Psychotherapeuten „vorbeiläuft“. Die Sektorentrennung „ambulant vs. stationär“ wirkt sich auch auf die Befugnisse von Psychotherapeuten aus – ein für in Kliniken angestellte Kammermitglieder interessantes Thema. Abschließend gehen wir auf die Frage ein, was bei Durchführung einer Online-Psychotherapie formal zu beachten ist.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Oswald Rogner
 Präsident

Parlamentarischer Abend der akademischen Heilberufe in Kiel

Zum dritten Mal haben die in der Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) zusammengeschlossenen Kammern, KVen und Verbände der akademischen Heilberufe zum Parlamentarischen Abend geladen. Am 19. Juni 2019 trafen sich rund 120 Vertreter von Politik, Krankenkassen und Verbänden des Gesundheitswesens und der Medien in Kiel.

Dr. Henrik Herrmann als Präsident der einladenden Ärztekammer Schleswig-Holstein ging in seiner Begrüßungsrede auf die Probleme der Nachwuchsgewinnung im Gesundheitswesen ein. Diese Thematik wurde von allen anderen Heilberufen aufgegriffen. Für die PKSH wies Präsident Dr. Oswald Rogner auf das dringende Erfordernis hin, die seit Anfang des Jahres im parlamentarischen Verfahren befindliche Reform der Psychotherapeutenausbildung noch in diesem Jahr erfolgreich abzuschließen, „damit die derzeit noch gültigen und (...) finanziell schwierigen Ausbildungsbedingungen endlich abgeschafft und denen der anderen akademischen Heilberufen angepasst werden.“

Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg lobte die gute Zusammenarbeit zwischen Politik, Heilberufen und Kostenträgern als beispielhaft in Schleswig-Holstein. Gleichzeitig verwies er darauf, dass es Aufgabe der Politik sei, für angemessene rechtliche Rahmenbedingungen zu sorgen.

Im zweiten Teil des Abends wurde der mit 2.000 € dotierte Medienpreis der IDH an die Hörfunkjournalisten Jochen Paulus und Martina Keller vom Deutschlandfunk verliehen. In einem Feature mit dem Titel „Fernbeziehung. Über Teledoktoren und Computertherapeuten“ hatten beide im letzten Jahr ei-



Preisträger Paulus (links) mit ÄK-Präsident Dr. Herrmann (Foto: ÄKSH)

ne Reise durch Deutschland angetreten und Einsatzmöglichkeiten, Grenzen und Probleme bei der Anwendung der Fernbehandlung aufgezeigt. Der Schleswig-Holstein-Bezug war hergestellt, da die Sendung jeweils von einer Hausarztpraxis in Schleswig-Holstein ausging und dort auch wieder endete. Insgesamt waren für den Preis 20 Beiträge von 15 Journalisten eingereicht worden. Neben den Preisträgern wurden weitere



Minister Dr. H. Garg (Foto: ÄKSH)

drei nominierte Beiträge ebenfalls gewürdigt.

Für unabhängige, kritische und sachlich fundierte Berichterstattung über Themen der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitspolitik mit Bezug zu Schleswig-Holstein wird der IDH-Medienpreis seit 2001 jährlich verliehen.

Michael Wohlfarth
Geschäftsführer

Informationen für den vertragspsychotherapeutischen Praxisalltag: Flankierende Datenübermittlung der Krankenkassen im Antragsverfahren für ambulante Psychotherapie – Aufruf wie Einladung zum Erfahrungsaustausch

Bei der Einleitung einer Psychotherapie, in der formal die krankenversicherten Patienten Antragstellende sind, werden im Bericht für den Gutachter Anamnesedaten zu stationären wie ambulanten Vorbehandlungen abgefordert, die von den jeweiligen Behandlern erhoben wurden. Dies gilt für die Langzeittherapie und für erneute Kurzzeittherapien innerhalb des Zwei-Jahreszeitraumes. Die Daten sind ggf. durch Befundberichte wie z. B. Entlassungsbriefe zu ergänzen.

Immer wieder kommt es im weiteren Verlauf der Antragsbearbeitung für Vertragspsychotherapeuten zu Irritationen und überraschenden Situationen: Vielen Kollegen ist nicht gegenwärtig, dass die Krankenkasse parallel zu den Unterlagen, die sie selbst, also die behandelnden Psychotherapeuten, an den Gutachter senden – PTV-2-Formular, den Konsiliarbericht und den Bericht an den Gutachter inkl. ergänzender Befundberichte – zusätzlich eigene (Vor-) Behandlungsdaten zum Patienten an den Gutachter übersendet. Dadurch entstehen unterschiedliche Informationsgrade zwischen Behandler und Gutachter, die mit diesen von den Krankenkassen übermittelten Daten manchmal gegen die Inhalte des Berichtes des Psychotherapeuten argumentieren. Auf dieser Basis werden dann Kürzungs- oder Ablehnungs-Entscheidungen getroffen und begründet. Dies trifft insbesondere den Personenkreis in unseren

Praxen, der symptomatisch bspw. Zeitgitter- oder andere Störungen zeigt, wo eine Vorbehandlungs-Anamnese häufig unvollständig bleibt. Da Behandler diese Daten je nach subjektiver Mitwirkungsfähigkeit, zeitlicher Orientierung etc. des Patienten gar nicht kennen, entsteht eine Störung des Behandlungsprozesses. Das sensible Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Psychotherapeut wird berührt.

Dieses Vorgehen wirft verschiedene Fragen auf. Etwa die Frage nach der Sinnhaftigkeit: Warum erhalten die Gutachter ergänzende Unterlagen, die ggf. zu einer anderen – und dann häufig restriktiveren – Sichtweise auf den Antrag führen? Die Feststellung der Leistungspflicht für die Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie verbleibt ja bei der Krankenkasse, die auf der Grundlage der durch den Behandler übermittelten Unterlagen sowie auf der Grundlage bzw. Empfehlung des Gutachtens entscheidet und dabei alle weiteren Informationen zu Vorbehandlungen selbst einbeziehen und bewerten kann.

Ebenso stellt sich die Frage nach der Rechtsgrundlage: In den Paragraphen der Psychotherapie-Richtlinie, die das Gutachterverfahren regeln (§§ 34 und 35), ist keine Systematik benannt, wie Daten übermittelt werden. Es ist kein Kriterien-Katalog dazu beinhaltet und es findet sich keine Formulierung, die

diese Praxis der Krankenkassen begründet – jedoch auch keine, die dieser entgegensteht. Und auch der Datenschutz hinsichtlich des Patienten kann berührt sein, insbesondere der der Datensparsamkeit. Diesen Aspekt zu verfolgen obliegt jedoch nicht der Kammer, sondern könnte von den Interessenvertretern der Versicherten aufgegriffen werden.

Es ist davon auszugehen, dass durch dieses Vorgehen der Krankenkassen das geltende Notwendigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgebot innerhalb des GKV-Systems Berücksichtigung finden und gestärkt werden soll. Ob dies tatsächlich erreicht wird und inwieweit die Krankenkassen hier die notwendige und den Rechtsnormen entsprechende Verfahrensform gefunden haben, kann auf Grundlage der Informationen, die der PKSH derzeit vorliegen, noch nicht beurteilt werden.

Uns ist es deshalb ein Anliegen, zunächst unsere Mitglieder und die Profession insgesamt über diese Vorgehensweise der Krankenkassen zu informieren und damit zumindest Transparenz hinsichtlich der Verfahrensabläufe herzustellen.

Zudem möchten wir eine Diskussion zum Thema anstoßen: Gerne würden wir von Ihnen wissen, wie häufig Sie bzw. ob überhaupt und in welcher Weise Sie mit dieser Situation konfrontiert

sind/waren und welche Auswirkung dieses auf Ihre Arbeit und die jeweiligen Psychotherapien hat/hatte. Auch die als Gutachter tätigen Kollegen können gerne Ihre Erfahrungen beisteuern.

Bitte senden Sie dazu kurze Texte wie auch entsprechende gutachterliche Stellungnahmen in anonymisierter Form an die Geschäftsstelle der Kammer. Herzlichen Dank! Abhängig von den Er-

gebnissen wird der Vorstand der PKSH über das weitere Vorgehen entscheiden, z. B. ob diesbezüglich Gespräche mit den Krankenkassen zu führen sind.

Dagmar Schulz
Vorstandsmitglied

Befugnisse von PP und KJP in Kliniken

Im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie wurden seinerzeit nicht nur neue Leistungen eingeführt, die von PP/KJP erbracht werden können, sondern es wurden erstmals auch Möglichkeiten geschaffen, dass PP/KJP Leistungen verordnen dürfen, deren Verschreibung vormals nur Ärzten vorbehalten war. Diese sog. Befugnis-erweiterung wird inzwischen von vielen niedergelassenen Kollegen genutzt, um die Versorgung ihrer Patienten über die reine ambulante Psychotherapie hinaus individuell zu optimieren.

Ambulant tätige PP/KJP dürfen Patienten direkt, ohne den Umweg über den Haus- oder Facharzt, in eine psychotherapeutische/psychiatrische Klinik einweisen. Sie dürfen Reha-Maßnahmen, Soziotherapie und Krankentransporte verordnen. Wie sieht diese Befugnis-erweiterung jedoch bei den angestellt arbeitenden Kollegen aus? Dürfen auch sie Patienten in eine (andere) Klinik einweisen oder Maßnahmen wie Krankentransporte oder Soziotherapie verschreiben?

Der Justitiar der PKSH, RA Andreas Kühnelt, hat sich mit diesen Fragen näher befasst und kommt zu folgenden Antworten:

Krankenhausbehandlung

Hinsichtlich der Verordnung von Krankenhausbehandlung finden sich die wesentlichen Normen in der Krankenhauseinweisungsrichtlinie. Nach § 1 Abs. 1 der Krankenhauseinweisungsrichtlinie schreibt diese die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung ausschließlich durch Vertragsärzte sowie die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden PP/KJP vor. Auch nach § 6 Abs. 1 Satz 2 der Kran-

kenhauseinweisungs-Richtlinie steht fest, dass die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung ausschließlich von an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten möglich ist.

Krankenförderung

Die wesentlichen Vorschriften für die Krankenförderung finden sich in der Krankentransport-Richtlinie. Gemäß § 1 der Krankentransport-Richtlinie kann die Krankenförderung lediglich durch Vertragsärzte, Vertragszahnärzte oder die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden PP/KJP verordnet werden. Dies bedeutet, dass auch die Krankenförderung nur durch solche Psychotherapeuten verordnet werden kann, die im ambulanten Sektor tätig sind. Auch in Bezug auf das Entlassmanagement enthält die Krankentransport-Richtlinie z. B. im Gegensatz zur Soziotherapie-Richtlinie keine anderweitige Befugnis. Im Rahmenvertrag Entlassmanagement des GKV-Spitzenverbands, der KBV und der DKG ist in § 3 Abs. 2 geregelt, dass der patientenindividuelle Bedarf unter Verantwortung des Krankenhausarztes erfasst und durch diesen ein Entlassplan aufgestellt werden soll. Bei der Aufstellung des Entlassplans hat zwar zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gem. § 39 Abs. 1a Satz 6 SGB V (und somit der Krankenförderung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V) zu erfolgen. Nach § 4 Abs. 1 und 4 des Rahmenvertrags Entlassmanagement hat das Krankenhaus aber zu gewährleisten, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen vornimmt. Insoweit wird ausdrücklich konkretisiert, dass das Ordnungsrecht ausschließlich durch Krankenhausärzte

mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden kann. Da weder die Krankentransport-Richtlinie noch der Rahmenvertrag Entlassmanagement ein Ordnungsrecht von PP/KJP vorsieht und das Entlassmanagement insgesamt unter der Verantwortung eines Arztes ist, kann eine Beförderung unseres Erachtens nicht durch PP/KJP verordnet werden. PP/KJP können allerdings im Rahmen ihrer Mitwirkung im interdisziplinären Team nach § 3 Abs. 1 und 2 des Rahmenvertrags Entlassmanagement, wozu ausdrücklich auch die Hinzuziehung von PP/KJP gehört, auf die Notwendigkeit einer Beförderung hinweisen.

Soziotherapie

In Bezug auf die Verordnung von Soziotherapie gilt nach § 4 Abs. 2 Satz 1 bis 3 der Soziotherapie-Richtlinie, dass die Soziotherapie nur von Vertragspsychotherapeuten (d. h. niedergelassenen PP/KJP) verordnet werden kann. Nach § 4 Abs. 3 Satz 1a der Soziotherapie-Richtlinie kann eine Verordnung von Soziotherapie aber auch durch psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V erfolgen. Gem. § 4a Abs. 1 der Soziotherapie-Richtlinie kann ein Krankenhaus (bzw. auch ein im Krankenhaus angestellter Psychotherapeut), soweit es für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, d. h. im Rahmen des Entlassmanagements, wie ein Vertragspsychotherapeut Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung verordnen.

Résumé

Diese juristische Betrachtung der Verordnungsbefugnisse von PP/KJP zeigt,

dass einerseits die Sektorentrennung „ambulant vs. stationär“ in der Krankenversorgung eine große Rolle dabei spielt, welche Befugnisse angestellte tätige PP/KJP im Vergleich zu den niedergelassenen Kollegen haben. Andererseits zeigt sich aber auch, dass ge-

rade im stationären Sektor auch nach 20 Jahren Psychotherapeutengesetz noch immer keine Angleichung der Befugnisse und Verantwortungskompetenzen zwischen Ärzten und PP/KJP stattgefunden hat. Wir brauchen daher dringlich eine Ausbildungsreform, die

diesbezüglich eine Angleichung an andere akademische Heilberufe herbeizuführen vermag. Und gerade in Schleswig-Holstein brauchen wir endlich ein Landeskrankenhausgesetz, in dem PP/KJP auch, aber nicht nur, in leitenden Funktionen fest verankert werden.

Besondere Sorgfaltspflicht bei der Online-Therapie

Die Berufsordnung der PKSH wurde bereits im letzten Jahr angepasst, um die Nutzung von neuen Medien in der Psychotherapie berufsrechtlich abzusichern. So heißt es in § 10 Abs. 5 der Berufsordnung: „Psychotherapien, die über elektronische Kommunikationsmedien erfolgen, bedürfen einer besonderen Beachtung der geltenden Berufsordnung“.

Was mit dieser besonderen Beachtung der geltenden Berufsordnung gemeint ist, kann mithilfe der Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung, die zum 15. April 2019 in Kraft getreten ist, verdeutlicht werden. Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags, der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, haben sich darauf geeinigt, dass Online-Videobehandlung in der Richtlinien-Psychotherapie möglich ist, und haben konkretisiert, welche Anforderungen an diese Videobehandlung zu stellen sind.

So heißt es in der Psychotherapie-Vereinbarung, dass psychotherapeutische Leistungen über Videokonferenzen dann erbracht werden dürfen, wenn die Leis-

tung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht. Die Entscheidung hierzu liegt in der Verantwortung des Psychotherapeuten in Absprache mit dem Patienten, wobei das individuelle Krankheitsgeschehen und die Lebensumstände des Patienten zu berücksichtigen sind.

Eingangsdagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung bedürfen laut Psychotherapie-Vereinbarung allerdings weiterhin des unmittelbaren persönlichen Kontaktes zwischen PP/KJP und Patient. Dabei wird auch präzisiert, dass die psychotherapeutische Sprechstunde, die probatorischen Sitzungen und die psychotherapeutische Akutbehandlung nicht als Videokonferenz erfolgen dürfen. Ebenso ausgeschlossen für die Videokonferenz sind Gruppenpsychotherapien und Hypnosebehandlungen.

Die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Nutzung von Videosprechstunden werden in der Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag „Ärzte“ geregelt. Demnach gehört es zu den Sorgfaltspflichten des PP/KJP, nur solche Video-Dienste für die Durchführung

einer Videobehandlung zu nutzen, die von der KBV zertifiziert wurden. Dies schließt die Nutzung von solchen unsicheren Diensten wie Skype und ähnlichen Anbietern aus. Des Weiteren muss der Patient eine schriftliche Einwilligung zur Videobehandlung erteilt haben. Die Videobehandlung muss in geschlossenen Räumen stattfinden, in denen ausreichend Privatsphäre gewährleistet ist. Zu Beginn der Sitzung müssen auf beiden Seiten alle im Raum anwesenden Personen vorgestellt werden. Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen. Sie darf von niemandem aufgezeichnet und darüber hinaus auch nicht vom Dienstleistungsanbieter eingesehen werden. Und sie muss frei von Werbung sein. Es muss eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung während der gesamten Übertragung gewährleistet sein.

Nähere Einzelheiten hierzu sowie eine Auflistung von zertifizierten Dienstleistungsanbietern finden sich auf der Homepage der KBV unter: <https://bit.ly/2YXBROu>

Dr. Oswald Rogner
Präsident

Gedenken

Wir gedenken des
verstorbenen Kollegen:

Thomas F. Dudzik, Lübeck
geb. 21.03.1940
verst. 01.03.2019

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/661199–0
Fax: 0431/661199–5
Mo.–Fr: 09.00–12.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg

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

Hamburg

Hallerstr. 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226226-060
Fax 040/226226-089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
Mo, Mi, Do 13.00 – 15.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo 9.00 – 12.30 Uhr und
13.00 – 16.00 Uhr
Di 9.00 – 12.30 Uhr
Mi, Do 13.00 – 16.00 Uhr
Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bayern

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

Hessen

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 14.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Do, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/954555-6
Fax 0681/954555-8
Mo, Di, Do 8.00 – 13.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel. 0421/277200-0
Fax 0421/277200-2
Mo, Di, Do, Fr 10.00 – 14.00 Uhr
Mi 13.00 – 17.00 Uhr
Sprechzeiten des Präsidenten:
Di 12.30 – 13.30 Uhr
Mo – Do 8.00 – 8.45 Uhr (Praxistelefon)
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein

Sophienblatt 92-94
24114 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.00 – 12.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg),
Dr. Judith Arnscheid (Baden-Württemberg),
Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), PD Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats),
Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin), Hans Schindler (Bremen),
Dr. Kim Heinemann (Bremen), Torsten Michels (Hamburg), PD Dr. Regina Steil (Hessen),
Dr. Heike Winter (Hessen), Gertrud Corman-Bergau (Niedersachsen),
Jörg Hermann (Niedersachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen),
Dr. Andrea Walter (OPK), Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz),
Susanne Münnich-Hessel (Saarland),
Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein),
Dr. Angelika Nierobisch (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Matthias Schmid M. A.,
Redakteur (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland,

Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

18. Jahrgang, Ausgabe 3/2019

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

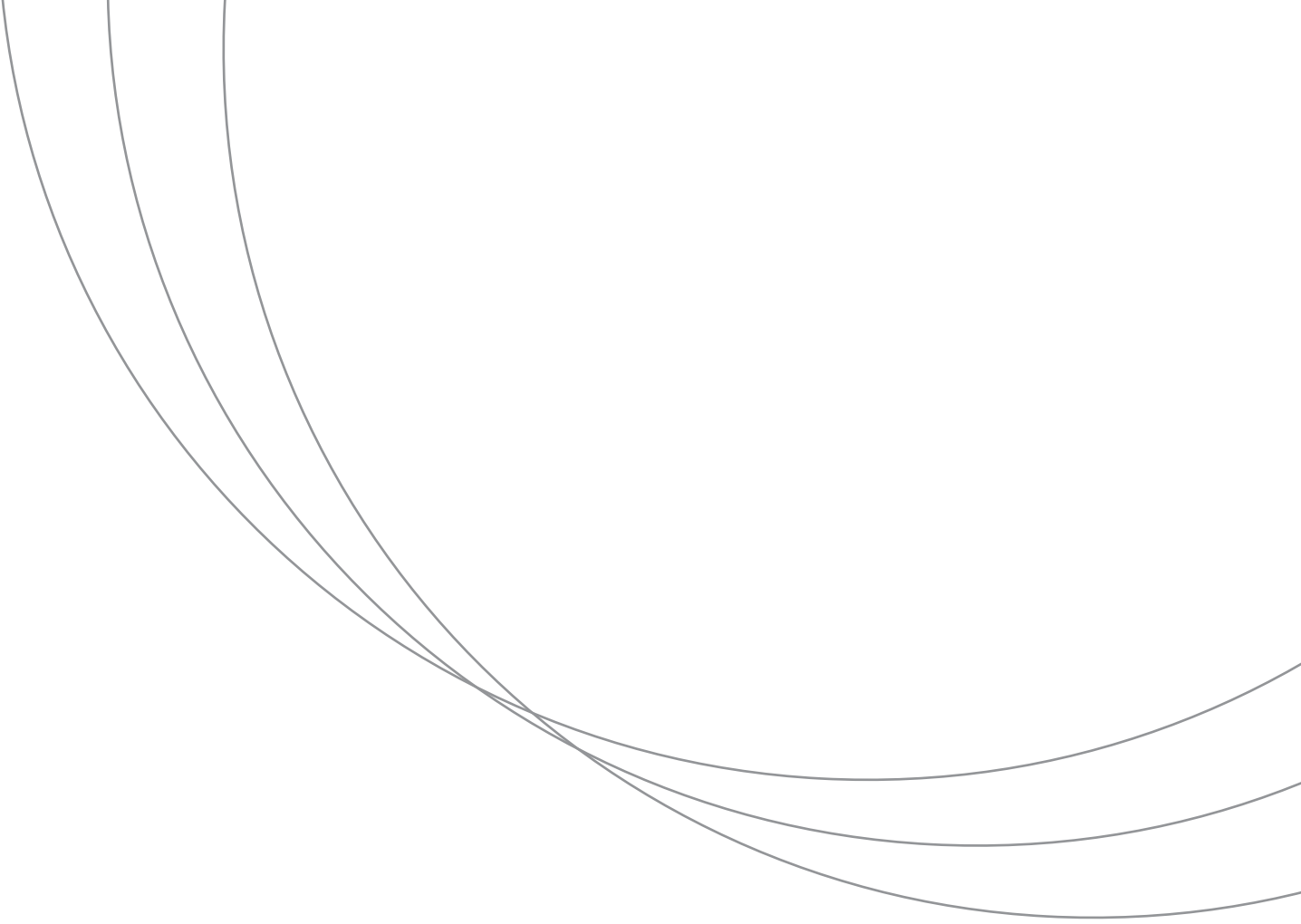
Manuskripte

Die Enreichungsfrist für Ausgabe 4/2019 ist der 16. September 2019. Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Manuskripte sind elektronisch, am besten im Word-Format, an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in separaten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen umfassen (jeweils inkl. Leerzeichen). Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2016, Göttingen: Hogrefe), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern und eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) beizulegen. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autorinnen und Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere fürervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.





www.psychotherapeutenjournal.de

