

Psychotherapeuten journal

- **Schwerpunkt:**
Psychotherapie, Supervision, Ausbildung – geht alles online? Chancen, Probleme und Grenzen der Digitalisierung
- **E-Mental-Health: Psychotherapie mit trans Personen**
– gesellschaftliche Herausforderungen, aktuelle Entwicklungen
- **Psychotherapie im interkulturellen Kontext**
- **Interview: Ein Gespräch mit der Wissenschaftshistorikerin Anne Harrington über die Krise der Psychiatrie**



Liebe Leserinnen und Leser,

**wir wünschen Ihnen eine friedliche Weihnachtszeit
und ein besinnliches Fest – kommen Sie gesund
und zuversichtlich in das neue Jahr!**

**Die Redaktion des Psychotherapeutenjournals
& der medhochzwei Verlag**

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

während dieser Text entsteht, hat in Deutschland der zweite Lockdown zur Eindämmung der Corona-Pandemie begonnen. Die Zeiten sind wieder härter geworden – für fast alle! Einige Berufe und einige Bereiche sind besonders betroffen, und zwar in unterschiedlicher Weise: Pflegekräfte und Lehrkräfte, Gastronomiebetriebe, Kulturschaffende und natürlich auch Risikogruppen in der Bevölkerung (v. a. ältere Menschen und speziell Bewohnerinnen von Seniorenheimen). Jede und jeder trägt Verantwortung und ist gefordert – in vielerlei Hinsicht: Als Erklärerin und Übersetzerin der Neuregelungen, als Entwicklerin von Hygieneplanungen und insbesondere als diejenigen, die diese Hygiene- und Präventionsregeln zuverlässig umsetzen, die Einschränkungen akzeptieren, auf Kontakte und Bewegungsfreiheit verzichten und nicht selten auch wirtschaftliche Engpässe erleiden müssen. Damit steigen für viele Menschen die psychischen, die sozialen und oft auch die finanziellen Belastungen. Es gibt immer mehr Hinweise auf Überforderungen in diesen Bereichen: Die Deutsche Depressionshilfe weist in ihrem „Deutschlandbarometer Depression 2020“ auf die massiven negativen Folgen der Corona-Maßnahmen für die psychische Gesundheit hin und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gibt im „BPtK-Hintergrund – Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen“ vom 17. August 2020 eine Übersicht zur internationalen Forschung über psychische Belastungen und soziale Auswirkungen im Umfeld der Corona-Pandemie.

Diese Themen beschäftigen uns auch in der Psychotherapie, hinzu kommen die vielfältigen Veränderungen der Lockdown-Regelungen, die uns in unseren Institutionen und Praxen betreffen und

die die psychotherapeutische Arbeit nicht selten deutlich erschweren. Da ist Solidarität gefragt und auch Flexibilität sowie die Bereitschaft, sich auf die neuen Herausforderungen einzustellen.

Viele von uns werden sich in diesem Jahr – nolens volens – deutlich intensiver als ursprünglich gedacht mit den Möglichkeiten und den Chancen digitaler Anwendungen und moderner Medien in der Psychotherapie beschäftigen. Im Psychotherapeutenjournal konnten wir für das aktuelle Heft einen Schwerpunkt mit mehreren Artikeln zum Thema zusammenstellen, der hoffentlich manche Impulse und Anregungen für die unterschiedlichen Felder psychotherapeutischer Tätigkeit, genauso wie für Aus- und Fortbildung, eröffnet.

Der massive Trend zu digitalen Anwendungen, der ganz auf der Linie von Bundesgesundheitsminister Spahn liegt, bietet aber auch Anlass zu Rückfragen und Kritik, weil nunmehr manche Grenzen und Risiken dieser schönen neuen Welt besser erkennbar sind. Wir bitten Sie, uns hierzu Ihre Eindrücke und Gedanken mitzuteilen, sodass wir die Diskussion dazu – auch im Psychotherapeutenjournal – weiterführen können.

Auch der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT), das Parlament der BPtK, musste auf die Pandemie Rücksicht nehmen – er fand am 13./14. November online statt, wie vor ihm schon so manche Parteitage und Kongresse. Es war ein klimafreundliches Novum, das die allermeisten Teilnehmenden als glücklich erlebt haben, weil es exzellent vorbereitet und organisiert war und Delegierte sowie Vorstand und Versammlungsleitung mit viel Ausdauer und Disziplin konstruktiv dabei waren.



Dennoch fehlte etwas: der menschliche Austausch, das soziale Miteinander, persönliche Gespräche und unverbindliche Gedankenaustausche – sie haben in der digitalen Welt möglicherweise keinen Platz und wir werden – nach der Pandemie – sehen, ob und wie weit wir darauf auf Dauer verzichten wollen, zum Beispiel aus (zeitweiser) Priorisierung des dringend gebotenen Klimaschutzes.

Der DPT hat natürlich auch Beschlüsse gefasst – grundlegende zur Gestaltung des neuen Berufsbildes und aktuelle zu den Anforderungen angesichts der Corona-Pandemie. Darauf wird die BPtK auf ihren Mitteilungsseiten weiter hinten im Heft eingehen.

Im redaktionellen Teil finden Sie, neben den Beiträgen zum erwähnten Schwerpunktthema, auch Beiträge zu den aktuellen Themen interkulturelle Psychotherapie, Psychotherapie mit trans Personen und ein lesenswertes Interview zum Status quo der (biologischen) Psychiatrie in den USA.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Mir bleibt nun, Ihnen im Namen des Redaktionsbeirats geruhsame Festtage und ein gutes neues Jahr zu wünschen.

Bleiben Sie gesund und zuversichtlich!

*Heiner Vogel (Bayern)
Mitglied des Redaktionsbeirates*

Schwerpunkt: Psychotherapie, Supervision, Ausbildung – geht alles online? Chancen, Probleme und Grenzen der Digitalisierung

334

Nina Romanczuk-Seiferth

Online-Supervision von Psychotherapien – Hinweise für die Praxis

Die Covid-19-Pandemie hat auch für Supervisionen eine Reduktion von physischen Kontakten erforderlich gemacht. Der Artikel geht auf mögliche gute Gründe für eine Durchführung von Online-Supervision via Videositzung, auf die in einem webbasierten Setting zu berücksichtigenden Besonderheiten sowie auf wichtige Punkte zur konkreten Umsetzung mit Blick auf die Gestaltung des Rahmens, Ablauf, Beziehung, Methoden und mögliche Inhalte ein.

341

Lavinia Thelen, Anja Görtz-Dorten & Manfred Döpfner

Digitales Psychotherapie-Training: Chancen, Grenzen und Akzeptanz

Der Artikel gibt einen Überblick über digitale Fort- und Ausbildungsmöglichkeiten für Psychotherapeutinnen. Vorzüge und Herausforderungen bei E-Learning-Optionen werden herausgearbeitet und beispielhaft konkrete Angebote im Psychotherapiebereich vorgestellt. Der Artikel präsentiert die Ergebnisse einer aktuellen Evaluationsstudie, welche die Nutzungsweise, Zufriedenheit und Bedienfreundlichkeit sowie den erzielten Wissenszuwachs bzgl. einer ausgewählten E-Learning-Plattform für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen ermitteln sollte.

350

Christina Sümmerer

Psychotherapie auf Distanz? Spezifika und Implikationen der Arbeit mit Videositzungen

Im Rahmen der Pandemie musste ein Großteil der Psychotherapeutenschaft auf eine Psychotherapie per Videotelefonie umstellen. In Form eines Erfahrungsberichts werden Besonderheiten dieses Settings aufgezeigt und deren Auswirkungen auf die therapeutische Arbeit kritisch reflektiert.

357

Janis Renner, Lars Täuber, Wiebke Blaszyk, Arne Dekker, Peer Briken & Timo O. Nieder

Psychotherapie mit trans Personen: Gesellschaftliche Herausforderungen und ein aktuelles E-Health-Projekt

Mit dem Modellprojekt i²TransHealth prüft das Institut für Sexualforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) innerhalb einer randomisiert-kontrollierten Studie die Wirksamkeit von Online-Interventionen und einem lokalen Ärztinnen-Netzwerk für trans Personen. Darauf hinweisend thematisiert der Artikel die Behandlungsanliegen von trans Personen an die Psychotherapie und die hierfür instruktiven S3-Leitlinie zur Trans-Gesundheit.

366

Ulrike von Lersner

Psychotherapie im interkulturellen Kontext

Die zunehmende kulturelle Diversität in der deutschen Bevölkerung spielt auch in der Psychotherapie eine wichtige Rolle. Psychotherapeutinnen fühlen sich jedoch nach wie vor unzureichend auf Patientinnen aus anderen Kulturen vorbereitet. Der Artikel gibt einem Einblick in den gegenwärtigen Forschungsstand und liefert praktische Handlungsanweisungen zum Umgang mit kultureller Diversität in der Psychotherapie.

Interview 373

Thorsten Padberg im Gespräch mit Anne Harrington

„Die Durchführung von Psychotherapie galt als die zentrale medizinische Aufgabe der Psychiatrie!“

Buchrezensionen 376

Über den Umgang mit Ungewissheit – ein überraschend aktuelles Thema

Eine Rezension von Christof Eschenröder: Spitzer, N. (2019). Ungewissheitsintoleranz und die psychischen Folgen. Behandlungsleitfaden für Psychotherapie und Beratung.

377 Posttraumatisches Wachstum bei Krebs

Eine Rezension von Sandra Schuster: Reuter, E. Haarhoff, G & Malzon-Jessen, Y. (2020). Mehr Jahresringe als erwartet – Überlebengeschichten nach schwerer Krebserkrankung.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

383 Bundespsychotherapeutenkammer

392 Baden-Württemberg

396 Bayern

400 Berlin

404 Bremen

408 Hamburg

412 Hessen

419 Niedersachsen

423 Nordrhein-Westfalen

428 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

432 Rheinland-Pfalz

436 Saarland

440 Schleswig-Holstein

331 Editorial

378 Leserbrief und Replik

380 Artikelverzeichnis 2020

444 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A14 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

Der Teilausgabe Baden-Württemberg ist ein Einhefter mit Amtlichen Bekanntmachungen der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg beigelegt.

Online-Supervision von Psychotherapien – Hinweise für die Praxis

Nina Romanczuk-Seifert

Zusammenfassung: Aufgrund der Covid-19-Pandemie waren viele Menschen kurzfristig mit zahlreichen Veränderungen der Abläufe im privaten wie beruflichen Alltag konfrontiert. Zur Umsetzung der Kontaktbeschränkungen bzw. zur Gewährleistung eines erhöhten Infektionsschutzes haben viele Psychotherapeutinnen¹ in diesem Zusammenhang ihr Angebot kurzfristig um Online-Therapien erweitert. Ähnlich haben viele Supervisorinnen, die Psychotherapeutinnen in ihren Behandlungen in verschiedenen Kontexten unterstützen, in ihrer Tätigkeit entsprechende Anpassungen an die gegenwärtige Situation vornehmen müssen, etwa indem sie durch die Nutzung von Online-Medien für die Supervision eine Alternative zu Präsenzterminen geschaffen haben. Der Artikel möchte diese aktuelle Entwicklung zum Anlass dafür nehmen, die wichtigsten Informationen zu zentralen Aspekten rund um das Thema Online-Supervision via Videositzungen zusammenzuführen. Hierzu zählen die Indikationen bzw. Ausschlussgründe für eine Supervision im Online-Setting, die Herausforderungen und Besonderheiten von internetgestützter Supervision sowie deren konkrete Umsetzung mit Blick auf die Gestaltung des Rahmens, den Ablauf, die supervisorische Beziehung, Methoden und mögliche Inhalte.

Einleitung

Die Covid-19-Pandemie und die damit verbundenen Beschränkungen haben für viele Menschen sehr rasche Umwälzungen der alltäglichen Routinen mit sich gebracht. Viele Psychotherapeutinnen haben – als eine Option zur Reduktion der persönlichen Kontakte für sich selbst sowie für die Patientinnen – kurzfristig auf Psychotherapie im Online-Setting umgestellt oder ihr Angebot um Online-Therapie wie Videosprechstunden erweitert. Entsprechend groß war für die Psychotherapeutinnen die Notwendigkeit, sich auf die Besonderheiten des Mediums Internet für die eigene therapeutische Arbeit einzustellen. Psychotherapeutische Berufsverbände und andere Organisationen haben hierzu kurzfristig Hinweise und Material zur Verfügung gestellt. Gleichermaßen von diesen Veränderungen betroffen waren Supervisorinnen, die Psychotherapeutinnen in ihren Behandlungen unterstützen, sowohl im Rahmen von Ausbildungstherapien als auch der Qualitätssicherung und professionellen Weiterentwicklung nach der Approbation. Bisher existieren allerdings kaum Veröffentlichungen, die sich den Rahmenbedingungen von Supervisionen im Online-Setting sowie der diesbezüglichen praktischen Umsetzung des supervisorischen Prozesses im Psychotherapiebereich widmen. Dieser Artikel fokussiert daher auf Supervisionen von Psychotherapien via Online-Videositzungen und stellt wichtige Eckpunkte zu diesem Thema zusammen. Hierzu zählen die Indikationen bzw. Ausschlussgründe für eine Supervision im Online-Setting, die Herausforderungen und Besonderheiten von Supervision für Psychotherapeutinnen bei Online-Videositzungen sowie die konkrete Umsetzung von solchen Online-Supervisionen mit Blick auf die Gestal-

tung des Rahmens, die Organisation, den Ablauf, die Methoden und mögliche Inhalte. Der vorliegende Artikel soll somit auch dazu dienen, mögliche Lehren aus den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die berufliche Tätigkeit von Supervisorinnen festzuhalten und nachhaltig für einen größeren Personenkreis in der Berufspraxis nutzbar zu machen. Der Fokus dieses Artikels liegt ausdrücklich nicht auf einer vollumfänglichen Darstellung verschiedener Supervisionsformen und entsprechender Forschung hierzu, wie etwa Live-Supervisionen u. Ä. (z. B. Jakob et al., 2013; Kühne et al., 2017, 2019; Weck et al., 2015),² sondern auf einer Zusammenstellung von wichtigen Hinweisen für die supervisorische Praxis. Zudem geht der Beitrag nicht gesondert auf bestimmte Formen der Online-Supervision ein, wie textbasierte Online-Supervision via E-Mail oder Chat, welche vorwiegend in der Online-Beratung gebräuchlich sind (vgl. Engelhardt, 2014, 2020), für die Supervision von Psychotherapie aber bisher als weniger relevant einzuschätzen ist.

Die Wahl des Online-Settings für Supervisionen von Psychotherapie- prozessen

Internetgestützte Medien sind heutzutage allgegenwärtig und ihre Nutzung durchdringt inzwischen beinahe alle Lebensbe-

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

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



Abbildung: Bild von Gerd Altmann (Pixabay)

reiche (Krotz, 2008; Vorderer, 2015). Die fortschreitende Digitalisierung hat auch Auswirkungen auf die Kommunikationsstrukturen und das Kommunikationsverhalten der Menschen (vgl. Petzold, 2006), im privaten wie im beruflichen Rahmen. Im Beratungssektor haben sich Online-Angebote inzwischen fest etablieren können. Sie finden sich als eine separate Form der Dienstleistung oder ergänzend zur klassischen „face-to-face“- (f2f-)Beratung („blended counseling“; Weiß & Engelhardt, 2012). Auch wird in diesem Bereich zunehmend diskutiert, dass die Besonderheiten des Settings auch spezifische Kompetenzen der Beraterin erfordern, um die Vorteile des internetgestützten Beratungsangebots gezielt nutzen zu können (vgl. Eichenberg & Kühne, 2014). Demgegenüber scheinen online- bzw. mediengestützte Angebote in der Praxis des Supervisionssektors in Deutschland bisher insgesamt kaum von Bedeutung zu sein. Nur wenige professionelle Supervisorinnen bieten teilweise oder ausschließlich Online-Supervisionen an. In einer Erhebung des Instituts für E-Beratung von 2015 gaben die teilnehmenden Supervisorinnen an, Online-Supervisionen im Wesentlichen auf explizite Nachfrage oder aufgrund vorhandener Erfahrungen mit Online-Supervision durchzuführen. Mehr als die Hälfte der Befragten erklärte zudem, gar keine ausdrückliche Option auf ein webgestütztes Abhalten von Supervisionsitzungen zu eröffnen, was vor allem mit fehlender Nachfrage oder mangelnder Eignung der Supervisorinnen begründet wird (Reindl et al., 2016). Blickt man speziell auf den Bereich der klinischen Supervision, d. h. der Begleitung von Psychotherapieprozessen, existiert für den Einsatz von Supervision im Online-Setting bisher kein nennenswerter fachlicher Diskurs.

Dies könnte sich im Zuge der Verlagerung von f2f-Dienstleistungen zu Online-Angeboten im Rahmen der Covid-19-Pandemie geändert haben. Die (Teil-)Verlagerung von Supervisionsprozessen in den virtuellen Raum ermöglicht in Zeiten nötiger Einschränkung persönlicher bzw. physischer Kontakte eine Kontinuität des supervisorischen Prozesses und damit

die Aufrechterhaltung eines wesentlichen Qualitätsmerkmals der Supervision, wenn auch unter veränderten Kontextbedingungen. Auch erleichtert das Online-Setting beispielsweise die Inanspruchnahme von Supervisionen durch praktizierende Psychotherapeutinnen, die sich mit den persönlichen und beruflichen Auswirkungen der Pandemie konfrontiert sehen und fachliche Unterstützung oder Austausch hierzu suchen, aber sonst ggf. keine regelmäßigen Supervisionen in Anspruch nehmen (siehe Praxiserfahrung unten).

Praxiserfahrung: Mitten in der Covid-19-Pandemie im Frühjahr 2020 meldet sich eine noch recht frisch approbierte Psychotherapeutin und ehemalige Supervisorin und berichtet, sie habe nun seit mehreren Wochen keine supervisorische Unterstützung mehr, da der Kollege, bei dem sie sonst regelmäßig Supervisionen genommen habe, aufgrund der Covid-19 Pandemie keine Termine mehr anbiete. Sie sei persönlich eher wenig ängstlich, was ihre eigene Gesundheit angehe, kümmere sich aber regelmäßig um die ältere und gesundheitlich vorbelastete Schwiegermutter und habe daher einen Teil der Psychotherapien auf Online-Sitzungen umgestellt. Sie fühle sich gleichzeitig in den eigenen Psychotherapien stärker überfordert als je zuvor, denn auch all ihre Patientinnen würden nun verstärkt von massiven Belastungen im derzeitigen Ausnahmezustand berichten. Sie nimmt das Angebot

— Es ist wichtig, die eigene therapeutische Arbeit mithilfe des gleichen Mediums zu reflektieren, welches auch für die eigenen Therapien genutzt wird und nicht in ein anderes Setting zu wechseln, sondern als Supervisorin das Medium selber im Sinne einer Perspektivübernahme auch methodisch zu erleben._____

einer Online-Supervision gerne an, um kurzfristig und ohne Präsenzkontakt die Situation für sich zu sortieren und eine eigene Erfahrung aus Perspektive der Ratsuchenden im Online-Setting zu machen.

Die Ortsunabhängigkeit von Online-Supervisionen bietet aber auch jenseits der Kontaktbeschränkungen im Rahmen einer Pandemie o. Ä. weitere mögliche Indikationen: So lassen sich bei Supervisionen im Online-Format Reisezeiten und Reisekosten einsparen, was die Supervision beispielsweise von den finanziellen und zeitlichen Ressourcen der Supervisorin unabhängiger und damit breiter zugänglich macht. Im Sinne einer „blended supervision“ (Höllriegel, 2013) lassen sich bei Kombination von f2f- und Online-Sitzungen auch Supervisionsprozesse leichter kontinuierlich fortführen, die andernfalls aufgrund von Krankheiten, Elternzeiten, Auslandsaufenthalten, Umzügen o. Ä. unterbrochen bzw. beendet werden müssten. Auch bieten Online-Supervisionen große Chancen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, wenn Supervisorinnen vor Ort z. B. nur in begrenzter Anzahl verfügbar sind oder wenn Supervisorinnen mit bestimmter Erfahrung und

Qualifikation, mit konkreten Kenntnissen oder mit bestimmter fachlicher Spezialisierung benötigt werden.

Aber nicht nur die räumliche Ungebundenheit bietet Vorteile des Online-Settings der Supervision von Psychotherapie: Insbesondere bei Durchführung von Online-Therapien durch die Supervisorin kann es wichtig und sinnvoll sein, die eigene therapeutische Arbeit mit Hilfe des gleichen Mediums zu reflektieren, welches auch für die eigenen Psychotherapien genutzt wird und nicht in ein anderes Setting zu wechseln, sondern das Medium selber als Supervisorin im Sinne einer Perspektivübernahme auch methodisch zu erleben (vgl. Klampfer, 2009) (siehe Praxiserfahrung unten). Es ist also allein aufgrund der Zunahme von Online-Therapien im Zuge der Covid-19-Pandemie und einer möglichen längerfristigen berufsrechtlichen Genehmigung von Videosprechstunden von einem zunehmenden Bedarf an Online-Supervisionen von Psychotherapieprozessen und damit an Online-Kompetenzen für Supervisorinnen auszugehen.

Praxiserfahrung: Im Rahmen einer Ausbildungssupervision berichtet der Supervisand, dass er mit einem Patienten an einem Punkt stehe, wo er eine stärker emotionsfokussierte Arbeit für angezeigt halte. Der Patient hatte zu Beginn der Psychotherapie wenig emotionale Anteilnahme gezeigt, war dem Psychotherapeuten eher spröde und affektflach vorgekommen, inzwischen wurden aber hierfür relevante Grundannahmen und Verhaltenspläne erarbeitet und der Patient habe sich gegenüber dem Erleben verschiedener emotionaler Zustände offener gezeigt. Der Supervisand fragt nun danach, wie er weiter vorgehen soll, da er den Patienten aufgrund der Tatsache, dass er selber Risikoperson sei, seit der Covid-19-Pandemie per Videosprechstunde behandle. Er formuliert zudem, dass er sich die Arbeit zu negativen Gefühlen, wie in diesem Fall Scham, im Online-Setting kaum zutraue bzw. vorstellen könne. Die Präsenzsupervisionen werden daraufhin ins Online-Setting verlegt, das Vorgehen mit dem Patienten nach und nach erarbeitet und im Online-Medium demonstriert.

Sicherlich sind webgestützte Supervisionen aber auch nicht in jedem Fall problemlos einsetzbar bzw. indiziert. Mit Blick auf die jeweiligen Supervisionsinhalte und -ziele ist zu berücksichtigen, dass sich bestimmte supervisorische Vorgehensweisen besser oder schlechter ins Online-Medium übersetzen lassen. Mögliche Ausschlussgründe für eine Online-Supervision stellen akute Konflikt- oder Krisensituationen dar, zudem solche Phasen des Supervisionsprozesses, in denen die Supervisorin aufgrund starker emotionaler Involviertheit und/oder eigener Belastung vor allem von den Aspekten der Supervision profitieren würde, welche stärker von der physischen Präsenz der Supervisorin abhängig sind. Beispielhaft sei hier die supervisorische Unterstützung im Falle eines Suizides einer Patientin der Supervisorin genannt. Im Falle einer Kombination aus f2f- und Online-Sitzungen im Supervisionsprozess scheinen zudem die internetgestützten Sitzungen besonders im späteren Verlauf sinnvoll nutzbar – wenn sich die Beteiligten bereits persönlich kennengelernt und eine

entsprechend etablierte Arbeitsbeziehung haben –, während die Anbahnung, der Beginn und die Kontraktierung der Supervision zuvor bereits in f2f-Sitzungen passiert sind.

Die gesamtgesellschaftliche Debatte rund um eine fortschreitende Digitalisierung und deren Effekte, inklusive der digitalen Transformation fest etablierter privater und beruflicher Strukturen und Prozesse, erzeugt seit jeher euphorische wie skeptische Resonanz. Ohne sich für eine einzelne Perspektive auf den digitalen Wandel entscheiden zu müssen, scheint man festhalten zu können, dass sich die Relevanz digitaler Medien spätestens mit der Covid-19-Pandemie für die psychotherapeutische Domäne und damit auch für Supervisionen in diesem Feld auf rein pragmatischer Ebene manifestiert hat. Insgesamt ist aber zu beachten, dass – unabhängig von den technischen Möglichkeiten und von gesellschaftlichen Gepflogenheiten – die Wahl und Vereinbarung des Settings der Supervision als solche bereits eine Intervention darstellt, die sich am konkreten Nutzen für das jeweilige Anliegen der Supervisorin zu orientieren hat (vgl. Loebbert, 2016).

Herausforderungen und Besonderheiten von Supervision im Online-Setting

Supervision, als eine Form der personen- oder organisationsbezogenen Beratung, wird in verschiedenen Arbeitskontexten eingesetzt und hat im Allgemeinen die Erweiterung professioneller Kompetenzen der Supervisorinnen zum Ziel (Belardi, 2002). Die klinische Supervision im Sinne der professionellen Begleitung von Psychotherapieprozessen hat dabei die Kompetenzentwicklung im Ausbildungskontext oder die kontinuierliche Weiterentwicklung und Qualitätssicherung bei praktizierenden Psychotherapeutinnen im Fokus. Die Nutzung von Medien wie Videotelefonie oder Online-Videokonferenzen stellt dabei keine gänzlich andere Supervisionssituation als die f2f-Supervision dar. Jedoch erfordern Online-Supervisionen einen bewussten Umgang mit den Besonderheiten des gewählten Mediums und eine entsprechende Neudefinition relevanter Parameter der Supervision wie Zeit, Raum, Vertraulichkeit etc. durch die Supervisorin (siehe unten). Eine weitere Besonderheit stellt die Relevanz von Feldkompetenz der Supervisorin bei Wahl dieses Mediums dar, d. h. der eigenen Erfahrung der Person in der Beratung und/oder Psychotherapie via Online-Tools und der Nutzung dieser Erfahrungen für den supervisorischen Prozess (vgl. Engelhardt, 2020; Reiners, 2009). Die Feldkompetenz impliziert in diesem Fall auch die selektive Indikationsstellung für das jeweilige Medium der Supervision, d. h. eine fachliche Einschätzung, in welchem Setting und mit Unterstützung welcher Medien der Supervisionsprozess gestaltet werden soll. Diese orientiert sich wiederum an den Stärken der jeweiligen Medien und dem zu erwartenden Nutzen für die Beteiligten und bemüht sich damit vor allem, den spezifischen Zielen der Supervision möglichst gut zu dienen (vgl. Höllriegel, 2013).

Hier sei die Relevanz der bewussten Definition des Settings (f2f vs. online) am Beispiel der Gestaltung eines vertraulichen

Rahmens in der Supervision näher dargestellt: Menschen neigen aufgrund der mutmaßlichen Anonymität im Internet teils dazu, auch Details über sich preiszugeben, die sie vor einer vergleichsweise großen, unbekanntem Menge an Menschen im f2f-Kontakt nicht zwingend mitteilen würden. Bei Supervisionen im Online-Setting ist dennoch immer zu bedenken, dass ein Gefühl von Sicherheit als Voraussetzung für persönliche Mitteilungen bei mangelnder oder unklarer Rahmung der Supervision fehlen bzw. begrenzt sein kann. Insbesondere bei einer selbsterfahrungsorientierten Arbeit in der Supervision kann dies einschränkend von Bedeutung sein. Auch sind die Möglichkeiten der Einflussnahme der Supervisorin im Vergleich zum f2f-Setting gemindert, wenn z. B. technische Störungen die Sitzung unterbrechen. Andere Störungen bei Supervisionen im Online-Setting sind typischerweise bedingt durch Lärm im Hintergrund, Haustiere oder das Auftauchen von Angehörigen o. Ä. im Raum der Supervisandin. Die Notwendigkeit, in Supervisionen mit etwaigen Störvariablen umzugehen, ist nicht spezifisch für das Online-Setting. Besonders ist jedoch, dass die Störung oftmals einseitig, d. h. eine Person betreffend, erfolgt und auch häufiger die Grenzen zum Privaten betrifft, sofern die Supervision aus der privaten häuslichen Situation heraus durchgeführt wird (siehe Praxiserfahrung unten). Hierbei wirken auch die zu sehenden Hintergründe bzw. zu hörende Hintergrundgeräusche auf die Supervision ein.

Praxiserfahrung: Eine Supervisandin loggt sich zu spät in die vereinbarte Online-Supervision ein und erklärt, sie sei gerade erst nach Hause gekommen und müsse kurz noch etwas essen. Sie fragt, ob es störe, wenn sie die Supervisionssitzung am Handy verfolge und die Supervisorin mit in die Küche und danach aufs Sofa nehme. Dies bietet die Gelegenheit, einen Perspektivwechsel anzuregen, indem besprochen wird, wie die Supervisandin im Kontext einer Videosprechstunde mit einer Patientin mit einer vergleichbaren Situation umgehen würde.

Eine weitere, offensichtliche Besonderheit der Online-Supervision ist die Nutzung von entsprechender Technik (Hardware, Software, Netz, Zubehör etc.). Je nach gewähltem Medium der Online-Supervision bestimmt die Technik die Interventionsmöglichkeiten (z. B. auditiv, audiovisuell, textbasiert) und den Supervisionsverlauf (z. B. direkt, zeitversetzt) und hat darüber unmittelbaren Einfluss auf die Supervisionsqualität (vgl. Wenzel, 2006). Auch kann aufgrund des jeweilig genutzten Mediums bzw. der jeweiligen Technik eine Überprüfung bzw. Anpassung der (auch im f2f-Kontext) gültigen rechtlichen Aspekte der Supervisionstätigkeit nötig sein, z. B. mit Blick auf die Datenverarbeitung und assoziierte Informationspflichten, die Datenschutzerklärung und Datenschutzfolgeabschätzung oder auch das Widerrufsrecht der Vertragspartner.

Der Umgang mit all diesen Herausforderungen und Besonderheiten von Supervisionen im Online-Setting verlangt von der Supervisorin eine hohe Anpassungsfähigkeit und Flexibilität in der Gestaltung des passenden Supervisionsrahmens. Insbesondere für nicht-technikaffine Supervisorinnen ist daher eine gewisse Offenheit gegenüber der Weiterentwicklung eigener Technik-, Internet- und Methodenkompetenzen gefragt. Hilfreich und nötig sind für Supervisorinnen zukünftig zudem Fachwissen zu den Auswirkungen der digitalen Transformation auf verschiedene Lebensbereiche und Personengruppen sowie die Fähigkeit, das eigene supervisorische Handeln bei Bedarf an eine stärker digitalisierte (Arbeits-)Welt anzupassen und vor diesem Hintergrund zu reflektieren.

Aktuell scheinen Supervisionen im Online-Setting von Supervisorinnen – ähnlich wie mediengestützt durchgeführte Therapien von Psychotherapeutinnen – gehäuft als anstrengend

— Es sollte bei Supervisionen per Videoübertragung stets reflektiert werden, dass trotz des Eindrucks einer vollständigen Präsenz des Gegenübers nur ein spezifischer Ausschnitt des Geschehens übermittelt wird.

erlebt zu werden. Dies kann zum einen darin begründet sein, dass diese Form der Interaktion schlicht ungewohnt ist. Zum anderen sehen sich die Supervisorinnen anders als im f2f-Setting permanent oder zwischenzeitlich auf dem Bildschirm, was eine gewisse Ablenkung mit sich bringt und vermehrt selbstreferenzielle Prozesse anstoßen kann. Besonders störend erscheint aber der Umstand, dass es nicht möglich ist, der Supervisandin während der Sitzung in die Augen sehen, da die Kamera nicht in der Mitte des Bildschirms platziert ist (sog. Kamera-Screen-Dilemma). Interessant ist dabei zudem, dass jegliche Form der mediengestützten Supervision (z. B. Online-Videokonferenz, Videotelefonie, Telefonieren, Chat, E-Mail-Austausch) mit einem Verlust der gewohnten Art sozialer Interaktion einhergeht, insbesondere einer Art Entkörperlichung bzw. einer veränderten körperlichen Repräsentation der Interaktionspartner (vgl. Weinberg & Rolnik, 2020; Schultz-Venrath, 2020). Die in Online-Supervisionen fehlende bzw. im Vergleich zu f2f-Kontakten veränderte Körperlichkeit der Beteiligten bedingt Veränderungen der sogenannten Zwischenleiblichkeit. Dies ist insbesondere für Supervisionen per Videoübertragung zu beachten, bei denen die audiovisuelle Übertragung trotz des subjektiven Eindrucks einer vollständigen Präsenz des Gegenübers nur einen Ausschnitt des Geschehens übermittelt. Der Fokus verschiebt sich dabei tendenziell auf sprachliche, explizite Inhalte der Interaktion. Im Bereich der non-verbalen Informationen sind Parameter wie Stimme, Mimik und Gestik verfügbar. Diese sind aber stark abhängig von der Übertragungsqualität, Bildschirmauflösung, vom Bildausschnitt etc. Ganzkörperliche und räumliche Aspekte, die im f2f-Setting relevant sind, um Nähe/Distanz,

Sicherheit etc. herzustellen, sind wenig bzw. nicht verfügbar. Diese Abweichungen gegenüber dem gewohnten f2f-Setting können bei der Supervisorin Zweifel daran bedingen, ob ein „In-Kontakt-Kommen“ ausreichend gut möglich ist. Diese Unterschiede lassen sich allerdings auch ganz gezielt methodisch nutzen (siehe Praxiserfahrung unten). Eine Begrenzung der Supervisions- und Beziehungsgestaltung scheint vor allem in der jeweiligen Perspektive der Supervisorin auf das Online-Medium zu liegen. Hilfreich kann es daher sein, die supervisorische Beziehung im Online-Setting umso bewusster zu gestalten. Gleichzeitig ist es sinnvoll, die eigene Beziehungsgestaltung mehr als Haltung denn als Technik zu begreifen, die sich in jedweder Form der Interaktion ausdrückt, unabhängig vom jeweiligen Kontext bzw. Medium.

Praxiserfahrung: Es kommt während einer Online-Supervision zu einer schlechten Verbindung, das Videosignal ist unterbrochen und die Supervisandin kaum zu erkennen. Gemeinsam wird daraufhin entschieden, das Video auszuschalten und nur das Audiosignal für die Supervision zu nutzen. Im Sinne einer Übung wird die Supervisandin eingeladen, sich vor einen Spiegel zu setzen und sich während ihrer weiteren Schilderung des Falls und des Supervisionsanliegens in Mimik und Gestik zu beobachten. Anhand paraverbalen Informationen fragt die Supervisorin zu bestimmten Zeitpunkten immer wieder nach, was die Supervisandin im Spiegel an sich wahrnimmt. Neben der deskriptiven Erfassung non-verbaler Informationen benennt die Supervisandin spontan relevante Gefühle und Gedanken, die der besprochene Fall in ihr auslöst. Diese Betrachtung kann im Sinne einer Metaperspektive weiter für die Fallbesprechung genutzt werden.

Praktische Hinweise zur Durchführung von Supervisionen im Online-Setting

Gestaltung des Rahmens der Online-Supervision via Videositzung (Rahmenbedingungen, Supervisionssituation und Supervisionskontrakt)

Wie bereits oben angeführt, unterscheidet sich die Gestaltung einer Online-Supervisionssitzung per Videotelefonie oder Online-Videokonferenz nicht grundsätzlich von der Supervisionssitzung im f2f-Setting. Insbesondere was die Dauer und Struktur der Sitzung bei Einzelsupervisionen angeht, lassen sich die Grundprinzipien aus dem f2f-Setting übertragen. So ist es wichtig, etablierte Aspekte der Strukturierung der Supervisionssitzung, wie die Erstellung einer gemeinsamen Agenda zu Beginn der Sitzung, analog zu Präsenzsupervisionen zu gestalten. Auch die Länge der Supervisionsstunde ist bei internetbasierter Durchführung in der Regel an supervisorische Präsenzkontakte angelehnt. Sie beträgt also pro Einheit 45 Minuten, was eine gut machbare Zeitspanne für Online-Kommunikation darstellt. Bei Gruppensupervisionen, d. h. bei mehreren anwesenden Psychotherapeutinnen, ist allerdings

aufgrund der längeren Sitzungsdauer gezielt auf die begrenzte Aufmerksamkeitsspanne bei Interaktionen am Bildschirm zu achten. Dies bringt die Empfehlung mit sich, entweder die Sitzungslänge zu begrenzen, fixe Pausenzeiten einzuplanen und/oder die Supervision in wechselnde Arbeitsphasen einzuteilen. Letztere Variante würde bedeuten, zu bestimmten Zeiten in der Supervision gezielt methodische Ansätze einzubauen, bei denen die Orientierung vom Bildschirm weggeht, Übungen mit Fokus auf den Körper anzuleiten oder die Aufmerksamkeit auf in der Online-Kommunikation nicht frequentierte Sinneskanäle zu lenken (in der Regel taktil, olfaktorisch, gustatorisch).

Zur Herstellung eines sicheren Rahmens für die Online-Supervision sind auch einige technische bzw. rechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Die Supervision von Psychotherapien ist in der Regel auch ohne die Nennung datenschutzrelevanter Details der Patientin bzw. unter Nutzung von anonymisierten Daten sinnvoll möglich. Mit Blick auf den Datenschutz und die Wahrung der Privatsphäre der Supervisandin ebenso wie der Supervisorin sollte eine Online-Supervision dennoch nur über einen sicheren Videodienstanbieter erbracht werden. Dies sind in der Regel Anbieter, die auch für ärztliche/psychotherapeutische Videosprechstunden zertifiziert sind. Im privaten Alltag gebräuchliche Anwendungen, die Videokommunikation ermöglichen, wie etwa Skype oder WhatsApp, sind für diesen Zweck nicht geeignet. Welche Videodienstanbieter über die nötigen Zertifikate verfügen, ist beispielsweise auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einsehbar.³ Falls es konkret um die Supervision von Videosprechstunden geht, bietet es sich zudem an, denselben Anbieter für die Supervisionen zu nutzen, um den Transfer von Methoden und Erfahrungen aus der Supervisions- in die Therapiesituation zu erleichtern.

Zur Gestaltung der Supervisionssituation im Online-Setting ist zudem zu bedenken, die Sitzung per Videotelefonie für die Supervisandin so angenehm und störungsfrei wie möglich zu gestalten. Der eigene Video-Ort wird daher so eingerichtet, dass die Supervisorin ausreichend groß mit zentriertem Gesicht auf dem Bildschirm wahrgenommen werden kann. Schlechtes Licht bzw. Licht von hinten, mangelhafte Tonqualität, starke Hintergrundgeräusche oder unruhige, ablenkende und zu persönliche Hintergründe sind zu vermeiden. Auch ist es sinnvoll, die Supervisandin im Vorfeld darauf hinzuweisen, einen ruhigen, ungestörten Platz in der Wohnung oder Praxis für die Supervisionsstunde auszuwählen sowie einige Minuten zur Vor- und Nachbereitung einzuplanen. Wichtig ist es auch, explizit auf (vermeintliche) Selbstverständlichkeiten hinzuweisen. Dazu zählt etwa mit Blick auf die Vertraulichkeit, dass die Sitzung unter Abwesenheit anderer Personen in einem Raum durchgeführt werden sollte und eine Aufzeichnung von Sitzungen nur nach vorheriger Absprache erfolgen darf. Oder auch Aspekte, die aufgrund des flexiblen

³ www.kbv.de/html/videosprechstunde.php [25.10.2020].

und ggf. privaten Sitzungsortes relevant werden können, z. B. dass alle Beteiligten sich in angemessener Kleidung und an einem Tisch sitzend online treffen und dass Online-Sitzungen von einem stationären PC oder Laptop und nicht über ein Smartphone geführt werden, da hier u. U. keine ausreichende Verbindungs-, Ton- und Bildqualität besteht. All diese Vereinbarungen zum Setting können im Rahmen der genaueren Besprechung des Supervisionskontrakts getätigt werden. Dieser sollte unbedingt explizit auf die Besonderheiten des Online-Settings eingehen und klare Absprachen hierzu umfassen.

Die supervisorische Beziehung online

Der Bemühung um einen adäquaten Beziehungsaufbau in der Eingangsphase kommt in Psychotherapien eine große Bedeutung zu (z. B. Kanfer, 2000). Ähnlich verhält es sich in der Supervisionsbeziehung. Ziel ist es in der Regel, einen geschützten Rahmen für die gemeinsame Arbeit zu schaffen, der auf einer offenen, vertrauens- und verständnisvollen, nicht-wertenden, respektvollen und autonomiefördernden Beziehung zwischen Supervisandin und Supervisorin basiert (vgl. Ochs et al., 2012). Bisher existiert leider nur wenig Forschung, die sich konkret mit dem Einfluss der supervisorischen Beziehung auf die Supervisionsgüte auseinandergesetzt hat. Es gibt aber Hinweise darauf, dass eine gute supervisorische Beziehung mit der wahrgenommenen Wirksamkeit der Supervision positiv in Zusammenhang steht (Livni et al., 2012). Auch wurde beschrieben, dass sich Variablen wie mangelnde Empathie und unangemessene Selbstöffnung seitens der Supervisorin, fehlende Passung zwischen den Beteiligten oder Konflikte in der Supervision negativ auf die Supervisionsbeziehung auswirken können (Strauß et al., 2010). Die genannten Aspekte scheinen vom gewählten Medium der Supervision beeinflusst, nicht aber gänzlich davon abhängig zu sein. Zu den Effekten der mediengestützten supervisorischen Beziehung scheinen bisher keine spezifischen Arbeiten vorzuliegen. Allerdings zeigen Forschungen zur psychotherapeutischen Arbeit via Videositzung, dass Beziehungen erfolgreich „im Internet“ geknüpft werden können, d. h. dass sich keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung der therapeutischen Beziehung zwischen Präsenz- und Videotherapie zeigen (z. B. Germain et al., 2010; Knaevelsrud & Maerker, 2007; Rees, 2005).

Umsetzung supervisorischer Methoden im Online-Setting

Prinzipiell ist bei Online-Supervisionen via Videokonferenz die Mehrheit supervisorischer Methoden aus dem f2f-Kontakt übertragbar, eventuell ist dabei etwas Kreativität und Experimentierfreude gefragt. Beispielsweise lassen sich Textfunktionen in der Videositzung, d. h. die Benennungsfunktion oder der Chat, auch in der Supervisionen nutzen, um Titel, Themen oder Anliegen konzise und sichtbar festzuhalten. Gleichsam können Grafikfunktionen, wie das Teilen des Bildschirms oder

das Whiteboard, analog zu einem Blatt Papier oder einem Flipchart in f2f-Sitzungen dazu dienen, komplexere Sachverhalte visuell zu entwickeln bzw. festzuhalten.

Supervisionsinhalte online

Die Supervisionsinhalte leiten sich selbstverständlich aus dem Anliegen der Supervisandin, dem Fall, dem Therapie-setting, den methodischen Schwerpunkten etc. und nicht aus dem verwendeten Kommunikationsmedium ab. Insofern unterscheiden sich die Supervisionsinhalte bei Online-Supervisionen nicht zwingend von denjenigen bei f2f-Kontakten. Charakteristisch für Online-Supervisionen ist jedoch eine (zumindest in bestimmten Phasen) erhöhte Präsenz von digitalen Medien im Bewusstsein der Beteiligten. Daraus ergibt sich auch häufiger eine explizite Thematisierung der Umstände und Auswirkungen des digitalen Wandels auf das Alltagsleben der an der Psychotherapie beteiligten Personen, d. h. Supervisandinnen wie auch Patientinnen. Bei Supervisandinnen, die selber Online-Therapien durchführen, wird darüber hinaus die digitale Umsetzung der Psychotherapie als solche zum Thema, d. h. Online-Therapien als Gegenstand der Supervision. Bei Letzterem spielen insbesondere Fragen zur Gestaltung des Supervisionssettings gemäß den Bedürfnissen der Patientinnen, zur therapeutischen Beziehung, zur Umsetzung von therapeutischen Methoden und zur konkreten Prozessgestaltung im Online-Setting eine Rolle.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Fachöffentlichkeit hat dem Thema Online-Supervisionen – insbesondere im Bereich der fachlich-klinischen Supervision von Psychotherapien – bisher kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Auch existieren keine spezifischen Fort- und Weiterbildungsangebote, um sich für Online-Supervisionen zu qualifizieren. Das Thema taucht zudem bisher nicht regelhaft in den Weiterbildungen für Supervisorinnen auf. Insgesamt scheinen spezielle Standards für Online-Supervisionen noch zu fehlen (vgl. Kühne, 2009). Gleichzeitig hat die Notwendigkeit der Nutzung medialer Alternativen zum f2f-Kontakt im Rahmen der Covid-19-Pandemie auch für die Supervision von Psychotherapien eine gewisse pragmatische Bereitschaft für Supervisionen im Online-Setting geschaffen. Diese breiteren Erfahrungen zeigen spezifische Vor- und Nachteile des Online-Mediums für Supervisionen auf, welche auch für die zukünftige fachliche Weiterentwicklung der Supervision von Psychotherapieprozessen relevant sein können. Es kann zudem davon ausgegangen werden, dass Supervisandinnen sowie auch Supervisorinnen zunehmend zu sogenannten „digital natives“ gehören werden, d. h. Zeit ihres Lebens damit vertraut sind, einen großen Teil ihrer beruflichen Kontakte sowie die Alltagskommunikation medial vermittelt zu erledigen, so dass auch die Inanspruchnahme von Online-Supervisionen für diese Zielgruppe selbstverständlich sein dürfte. Es bedarf daher eines rechtzeitigen fachlichen Diskurses der Professionellen in diesem Feld. Um qualitativ hochwertige,

hilfreiche Supervisionen im Online-Setting zu unterstützen, sind perspektivisch die Anstrengungen hinsichtlich einer systematischen Erforschung der Wirksamkeit, differentieller Indikationen, methodischer Varianten etc. von Online-Supervisionen zu erhöhen. Nicht zuletzt stellt sich die Frage nach der Entwicklung von Fort- und Weiterbildungen zum Thema Online-Kommunikation bzw. Online-Supervision und/oder der Ergänzung der Curricula von Supervisionsausbildungen, um die nötige Qualifizierung von Supervisorinnen zukünftig systematisch zu gewährleisten.

Auch ist noch viel Arbeit im Bereich der Theoriebildung und der Entwicklung weiterer methodischer Ansätze für die Online-Supervision zu leisten. Beispielsweise wäre sicherlich auch für den Bereich der Supervision von Psychotherapien interessant, das verfügbare Spektrum um bisher kaum genutzte Varianten von Online-Supervisionen zu erweitern, z. B. um textbasierte, asynchrone Supervisionen, welche Beson-

derheiten etwa bezüglich der Förderung der Reflexion der eigenen therapeutischen Tätigkeit, der Fokussierung auf bestimmte Themen sowie der Kontinuität und Kontaktfrequenz im Supervisionsprozess aufweisen (vgl. Koch, 2019).

Literatur

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

Eichenberg, C. & Kühne, S. (2014). Einführung Onlineberatung und -therapie. Grundlagen, Interventionen und Effekte der Internetnutzung. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Engelhardt, E. M. (2020). Digitalisierung der Supervision? – Digitale Kommunikationsmedien als Möglichkeitsspielraum. *Kontext*, 51 (2), 123–134.

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 13 (1), 29–35.

Höllriegel, K. (2013). Online-Supervision – Potentiale und Restriktionen. *e-beratingjournal*, 9 (1), 1–23.

Koch, B. (2019). OnlineSupervision – (wie) es funktioniert! Ein Blick in meine onlineBeratungspraxis. *Supervision Mensch Arbeit Organisation*, 37 (1), 34–41.

Kühne, S. (2009). Institutionalisation von Online-Beratung – das Ende der Pionierphase. *e-beratingjournal*, 5 (2), 1–8.

Kühne, F., Maas, J., Wiesenthal, S. & Weck, F. (2017). Supervision in der Verhaltenstherapie. Ein Scoping Review zur Identifikation von Forschungszielen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 73–82.

Livni, D., Crowe, T. P. & Gonsalves C. J. (2012). Effects of supervision modality and intensity on alliance and outcomes for the supervisee. *Rehabilitation Psychology*, 57 (2), 178–186.

Reindl, R., Engelhardt, E. M. & Zauter, S. (2016). Online-Supervision – Systematische Bestandsaufnahme. Abschlussbericht. Institut für E-Beratung, 1–12. Verfügbar unter: www.e-beratinginstitut.de/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/Abschlussbericht-Projekt-Online-Supervision.pdf [25.10.2020].

Reiners, B. (2009). Supervision von Online-Beratung. *Supervision Mensch Arbeit Organisation*, 20 (1), 42–54.

Strauß, B., Wheeler, S., Nodop, S. (2010). Klinische Supervision. Überblick über den Stand der Forschung. *Psychotherapeut*, 55, 455–464.

Weck, F., Jakob, M., Neng, J. M. B., Höfling, V., Grikscheit, F., Bohus, M. (2015). The effects of bug-in-the-eye supervision on therapeutic alliance and therapist competence in cognitive-behavioural therapy: a randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(5), 386–396.

Weiß, S., Engelhardt, E. M. (2012). Blended Counseling – Neue Herausforderungen für BeraterInnen (und Ratsuchende!). *e-beratingjournal*, 8 (1), 1–9.

Infobox: Das Wichtigste zur praktischen Umsetzung in Kürze

- Online-Supervisionen unterscheiden sich nicht grundsätzlich von f2f-Supervisionssitzungen, es lohnt sich, bewährte Merkmale aus Präsenzsupervisionen in das Online-Setting zu übernehmen, z. B. Dauer und Strukturierung der Sitzungen.
- Bei Interaktionen am Bildschirm kann die Aufmerksamkeit der Beteiligten schnell abnehmen, dies ist mit Blick auf Sitzungslänge, Pausen und eine abwechslungsreiche Gestaltung zu berücksichtigen.
- Voraussetzung eines sicheren Rahmens in der Supervision ist eine bewusste Abwägung technischer bzw. rechtlicher Aspekte in Abhängigkeit des genutzten Mediums.
- Auch für Online-Supervisionen ist eine Optimierung der Arbeitsumgebung für den jeweiligen Zweck inklusive der Berücksichtigung möglicher Störquellen anzustreben, z. B. ein ungestörter und ruhiger Arbeitsplatz, gute Beleuchtung, Ton-, Bild- und Verbindungsqualität sowie die Nutzung eines stationären PCs.
- Die Arbeitsbereitschaft lässt sich gezielt fördern, indem alle Beteiligten für den Zeitraum der Supervision eine innere wie äußere Arbeitsumgebung schaffen, etwa anhand der Kleidung, dem Arbeitstisch, Vor- und Nachbereitungszeiten etc.
- Bewährte Aspekte der supervisorischen Beziehungsgestaltung, wie eine empathische, verständnisvolle und nicht-wertende Haltung, lassen sich bewusst in die Gestaltung von Online-Supervisionen einbringen.
- Text- und Grafikfunktionen ermöglichen auch in Videokonferenzen eine Vielzahl an supervisorischen Methoden, die kreativ online umgesetzt werden können.
- Umstände und Auswirkungen des digitalen Wandels auf das Alltagsleben der an der Psychotherapie beteiligten Personen sowie die digitale Umsetzung einer Psychotherapie können gezielt thematisiert werden.



Prof. Dr. Nina Romanczuk-Seiferth

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Campus Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
nina.seiferth@charite.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Nina Romanczuk-Seiferth ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und als leitende Psychologin und Psychotherapeutin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (CCM) der Charité – Universitätsmedizin Berlin tätig. Sie ist als Dozentin und Supervisorin in der Aus- und Fortbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie für klinische Teams aktiv. Zudem ist sie Autorin und Herausgeberin von zahlreichen Fachartikeln und Lehrbüchern.

Digitales Psychotherapie-Training: Chancen, Grenzen und Akzeptanz

Lavinia Thelen, Anja Görtz-Dorten & Manfred Döpfner

Zusammenfassung: Moderne und innovative Fortbildungsangebote in der Psychotherapieausbildung sind besonders in der aktuellen Pandemie-Situation von besonderer Relevanz. E-Learning-Angebote haben in den letzten Jahren in vielen Bereichen zugenommen, so auch zuletzt im Bereich der Psychotherapieausbildung. Der Artikel gibt einen Überblick über verschiedene digitale Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Psychotherapeutinnen¹ mit einem Fokus auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Vorteile und der Nutzen, aber auch die Risiken solcher Angebote sollen hier diskutiert werden. Vor diesem Hintergrund werden zusätzlich die Resultate einer Evaluationsstudie unter Ausbildungsteilnehmerinnen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (n = 55) zur Akzeptanz einer E-Training-Plattform vorgestellt. Die Ergebnisse der Studie weisen auf eine hohe Zufriedenheit und auf einen signifikanten Wissenszuwachs der Nutzerinnen hin. Abschließend wird nahegelegt, dass E-Training-Angebote sinnvoll in der Psychotherapieaus-, -fort- und -weiterbildung eingesetzt werden können.

Einleitung

Die plötzliche Schließung von Universitätsgeländen, Ausbildungsinstituten und Fortbildungszentren auf der ganzen Welt hat die virtuelle Bereitstellung von Seminaren, Vorlesungen sowie Fort- und Weiterbildungskursen in großer Zahl erforderlich gemacht und alle vor neue Herausforderungen gestellt. Nicht nur angesichts der aktuellen Pandemie-Situation, sondern auch mit Blick auf die Bildungsreform können moderne und innovative Formate vielversprechende Optionen dafür bieten, das zukünftige (Berufs-)Bildungsportfolio für (angehende) Psychotherapeutinnen zu erweitern und optimal auszugestalten. So überrascht es nicht, dass digitale Angebote auch im Bereich der Psychotherapieaus-, -fort- und -weiterbildung deutlich mehr Zuspruch erhalten. In den letzten Jahren hat sich das Online-Lernen (E-Learning) als praktikable Ergänzung zum traditionellen Präsenzunterricht herausgestellt (Bernard et al., 2004; McKnight et al., 2016; Sude et al., 2006). Das, was einst allenfalls als leidlicher Ersatz für den konventionellen Unterricht angesehen wurde, ist nun als Bildungsform akzeptiert und anerkannt (Boettcher & Conrad, 2016). Als Teil einer umfassenderen Konzeption des Unterrichts ist E-Learning für viele Institutionen zu einem geschätzten Format geworden, um Lernenden und Lehrenden Wissenserwerb bzw. -vermittlung aus der Ferne zu ermöglichen. Digitale Lernumgebungen werden in der Hochschul- und Berufsausbildung immer beliebter. E-Learning hat das Potenzial, die Möglichkeiten des modernen Lernens neu zu definieren, indem qualitativ hochwertige Bildung einer viel größeren Anzahl von Studierenden zur Verfügung gestellt werden kann. Die jüngsten Entwicklungen des E-

Learning haben in der allgemeinen und beruflichen Bildung zu einer erheblichen Verlagerung von einem lehrzentrierten zu einem lernzentrierten Schwerpunkt geführt (Garrison, 2011). Der globale Trend der Digitalisierung hat auch die Art und Weise verändert, in der Bildung konzipiert, durchgeführt und implementiert wird (Cook et al., 2008),² sodass mittlerweile das Lehren und Lernen über E-Training-Plattformen, Web-Seminare oder Blended Learning allgemein eine weit verbreitete Methode darstellt. In einer kurzen Umfrage, an der allerdings nur 8 von 50 angeschriebenen Ausbildungsinstituten für Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie teilnahmen, wurde deutlich, dass die meisten Ausbildungsinstitute E-Learning-Angebote bislang kaum nutzen. Eine

— In den letzten Jahren hat sich das Online-Lernen (E-Learning) als praktikable Ergänzung zum traditionellen Präsenzunterricht herausgestellt. —

Ausnahme stellt hierfür das aufgrund der aktuellen Kontaktbeschränkungen eher notgedrungen eingeführte Angebot von Online-Veranstaltungen in Form von Web-Seminaren dar. In keinem Institut werden jedoch bislang E-Training-Plattformen systematisch in der Ausbildung eingesetzt. Allerdings bewerteten die Institute die Sinnhaftigkeit der Nut-

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

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

zung auf einer zehnstufigen Likert-Skala durchschnittlich als sehr hoch ($M = 9.3$, $SD = 0.9$).

Definitionen des E-Learning

E-Learning ist ein allgemeiner Begriff für das Vermitteln und Erschließen von Lerninhalten mithilfe digitaler Medien – unabhängig davon, ob diese online oder offline verwendet werden. Der Begriff umfasst so alle Formen des Lernens, die mit digitalen Medien zusammenhängen. Dies reicht von Anweisungen in Form einer Textdatei über die Kommunikation im Internet bis hin zum virtuellen Training mit Virtual-Reality-Brillen, bei dem die Nutzerinnen eine Gerätschaft tragen, die eine computergenerierte Wirklichkeit mit Bild und Ton erzeugt. Beim Web-Based Training (WBT), auch E-Training genannt, kann im Unterschied zum reinen E-Learning ausschließlich online auf die Lerninhalte zugegriffen werden. In dieser E-Training-Umgebung können Textdokumente, abgefilmte Vorträge, themenbegleitende Videos und andere Materialien bereitgestellt werden. Der Trainingskurs liegt auf einem Server und kann dort heruntergeladen werden. Der Vorteil dabei ist, dass die Lernenden fortlaufend Updates erhalten, sich automatisch neue Inhalte freischalten können und oftmals ein Austausch mit anderen Lernenden ermöglicht wird. Laut Shapiro (2006) gibt es vier verschiedene E-Training-Methoden: das virtuelle Klassenzimmer, serielles Lernen, selbstgesteuertes Lernen und Simulationstraining. Das virtuelle Klassenzimmer ermöglicht kollaboratives Lernen in Gruppen in einer webbasierten Umgebung, in der eine Moderatorin den Unterricht leitet, mit den Lernenden kommuniziert und Ressourcen zum Lernen bereitstellt. Seriell gelernt ist ein lineares Lernmodell, bei dem sich Benutzerinnen Lerninhalte erarbeiten, die für alle in derselben Reihenfolge durchzuführen sind. Selbstgesteuerte Lerndesigns fordern die Benutzerinnen auf, ihre individuellen Bedürfnisse und Lernziele selbst zu bestimmen. Die Benutzerinnen sind dafür verantwortlich, geeignete Lernmaterialien und -module auszuwählen, die zur Erreichung dieser Ziele erforderlich sind. Der letzte Trainingstyp, die Simulation, greift auf virtuelle Patientinnen zurück, mit denen die Benutzerinnen interagieren, um Diagnosen zu stellen und Behandlungspläne zu entwickeln (Shapiro, 2001). Die am häufigsten verwendete E-Training-Methode ist das serielle Lernen. Diese Methode hat den Vorteil, ein breites Publikum erreichen zu können, zudem ist sie kostengünstig und erfordert keine Dozentin, die das webbasierte Training leitet.

Eine weitere Form des E-Learning ist das Blended Learning, eine Kombination aus Präsenzlernen und virtueller, technologieunterstützter Schulung. Hierbei werden theoretische Inhalte in Online-Kursen angeeignet und dann in Praxisseminaren vertieft. Webinare (Web-Seminare) werden als netzbasierte Seminare definiert, bei denen Teilnehmerinnen und Moderatorinnen an unterschiedlichen geografischen Standorten über gemeinsam genutzte virtuelle Plattformen live über das Internet kommunizieren und über Voice-over-IP-Technologie und Webkamera-Geräte in Echtzeit synchron interagieren (siehe Abb. 1).



Abbildung 1: Formen des E-Learning

Psychotherapeutisches Lernen und E-Learning

Während digitale Ansätze für theoretisches Lernen in den letzten zehn Jahren rasant zunehmende Verbreitung gefunden haben, wurden der Idee des E-Learning für Psychotherapeutinnen zunächst Skepsis und Widerstände entgegengebracht. So wurde angezweifelt, ob man „so etwas“ wie Psychotherapie und psychotherapeutische Interventionen „online“ überhaupt erlernen kann (Sude et al., 2006). Das Internet wurde offensichtlich als nicht geeignet für die Ausbildung in einem sehr praxisorientierten und erheblich von direkter verbaler und nonverbaler Kommunikation beeinflussten Bereich angesehen. Im psychotherapeutischen Kontext sei eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung und damit ein persönlicher Direktkontakt von entscheidender Bedeutung. Daher zielen Ansätze, in denen neue Medien eingesetzt werden, in erster Linie auf Beratung, Supervision und ergänzende psychotherapeutische Unterstützung ab, wie zum Beispiel die psychologische Beratung über das Internet und E-Mail-Supervision (Pfäfflin & Kalmykova, 2007). Die Nutzungsrate von Online-Supervisionen ist deutlich angestiegen und wird für unterschiedliche Psychotherapieverfahren bzw. -methoden eingesetzt, unter anderem für Akzeptanz- und Commitmenttherapie, kognitive Verhaltenstherapie (KVT), dialektische Verhaltenstherapie, emotionsorientierte Therapie, intensive kurzfristige dynamische Psychotherapie und Psychoanalyse (Rousmaniere et al., 2014). Studien zeigen, dass die Zufriedenheit mit Online-Supervisionen vergleichbar ist mit Supervision in einem Präsenz-Setting, solange die Supervisorinnen die Möglichkeit hatten, die Supervisorin einmal vorab persönlich zu treffen (Abbass et al., 2011).³ Auch wird mittlerweile die Anwendung von E-Learning für die gesundheitsbezogene Aus- und Fortbildung zunehmend anerkannt und geschätzt. Es finden sich zudem immer mehr Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit, die über das Internet durchgeführt werden können.

³ Vgl. zum Thema Online-Supervision auch den Beitrag von Nina Romanczuk-Seiferth in der vorliegenden Ausgabe des Psychotherapeutenjournals.

Verschiedene Anwendungen von E-Training-Plattformen im Psychotherapiekontext

Die Psychotherapieausbildung umfasst eine breit angelegte Grundausbildung, bei der alle notwendigen fachlichen Fertigkeiten und Kenntnisse erlernt werden. Die Nutzung einer E-Training-Plattform kann die Theorieseminare mit den speziell aufgearbeiteten Materialien und Therapieinhalten ergänzen, sowie für die „freie Spitze“ eingesetzt werden. Approbierte Psychotherapeutinnen müssen im Rahmen der sozialrechtlichen Fortbildungsverpflichtung jährlich durchschnittlich 50 Fortbildungspunkte erwerben und durch ein Zertifikat gegenüber der Kammer nachweisen. Eine Psychotherapiefortbildung dient dazu, die beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu erhalten, zu erweitern und an die fachlichen Entwicklungen anzupassen. Auch hierfür können zertifizierte E-Training-Plattformen genutzt werden. Dafür muss die E-Training-Plattform von einer Landespsychotherapeutenkammer, einer Landesärztekammer oder einer anderen Heilberufskammer zertifiziert werden, was bislang nur in wenigen Fällen erfolgt ist. Zurzeit sind die meisten E-Training-Plattformen nämlich ohnehin nicht auf eine formale Zertifizierung ausgelegt und dienen deswegen vor allem dem Selbststudium und der anschaulichen Einarbeitung in neue Themenkomplexe oder Störungsbilder. Auch für Online-Weiterbildungskurse können E-Training-Plattformen eingesetzt werden. Eine Zertifizierung von diesen Online-Angeboten könnte dazu beitragen, dass diese noch häufiger in die Psychotherapiepraxis Eingang finden. Aufgrund der aktuellen Situation gibt es aufseiten der Landespsychotherapeutenkammern eine größere Bereitschaft, für solche Live-Online-Veranstaltungen eine Zertifizierung auszusprechen oder über diese Option in den nächsten Monaten zu entscheiden.

Vorteile des E-Learning

E-Learning ermöglicht es den Lernenden, sich die entsprechenden Inhalte zu einem für sie passenden Zeitpunkt und an einem für sie geeigneten Ort mit der bevorzugten Lerngeschwindigkeit und -intensität und mittels innovativer Methoden anzueignen. Dadurch hat E-Learning das Potenzial, den Unterricht auf die Bedürfnisse der einzelnen Lernenden abzustimmen. Ein E-Learning-Kurs kann 40 bis 60 % weniger Unterrichtszeit in Anspruch nehmen als ein herkömmlicher Kurs (Arkorful, & Abaidoo, 2015; Brandon Hall Group, 2017). Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass webbasiertes Lernen aktives und unabhängiges Lernen fördert (Arkorful & Abaidoo, 2015; Blackmore et al., 2008). Dies könnte daran liegen, dass Online-Lernmaterialien häufiger visuell anregend gestaltet und

besser interaktiv ausgerichtet sind als herkömmliche Print-Materialien. Zudem können verschiedene Formate (Videos, Audiodateien, Text) miteinander verknüpft werden, wodurch ein vertieftes Lernen ermöglicht wird (Regmi & Jones, 2020). Außerdem können hier speziell Videoelemente immer wieder zurückgespult und wiederholt angesehen und gehört werden, wenn etwas beim ersten Mal nicht gänzlich verstanden wurde. Auf die Kursmaterialien kann jederzeit zugegriffen werden und es können weitere Webseiten mit einer Vielzahl von potenziellem weiterführendem Lesematerial bereitgestellt werden. Funktionen wie Gamification, Umfragen, Quiz und Bewertungen können überdies dazu beitragen, den Lernprozess noch deutlich stärker interaktiv zu gestalten. Tutorinnen von E-Learning-Modulen haben festgestellt, dass die Nutzung einer „virtual learning community“ die Lernenden dazu ermutigt, offener und ehrlicher miteinander umzugehen, eigene persönliche Erfahrungen zu teilen und diese aktiv in der Psychotherapiegestaltung zu nutzen (Blackmore et al., 2008; Franceschi et al., 2009). Da die E-Learning-Plattform für alle im gleichen Maße abrufbar ist, bleibt die Qualität des Unterrichts grundsätzlich unverändert und hängt nicht mehr von

— **E-Learning ermöglicht es den Lernenden, zu einem für sie passenden Zeitpunkt und an einem für sie geeigneten Ort mit der bevorzugten Lerngeschwindigkeit und -intensität zu lernen und den Unterricht auf ihre individuellen Bedürfnisse abzustimmen.** —

der Tagesform der Dozentin ab. Zusätzlich können mit einem geringen Kosteneinsatz viele Lernende gleichzeitig erreicht werden. Suresh et al. (2018) wiesen überdies darauf hin, dass das Aktualisieren elektronischer Inhalte einfacher und schneller möglich ist als das Aktualisieren von gedruckten Materialien. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass sich E-Learning-Plattformen in verschiedene Sprachen übersetzen lassen und so für ein noch breiteres Publikum zugänglich sind.

Nachteile und Risiken des E-Learning

Während E-Learning viele Stärken hat, stellt es Lernende und Lehrende auch vor Herausforderungen. Ein Hauptnachteil des E-Learning besteht darin, dass Lernende Wissen größtenteils nur auf theoretischer Basis erhalten. Wenn es darum geht, das Gelernte praktisch umzusetzen und in den Alltag zu transferieren, kann sich dies als schwierig darstellen (Regmi & Jones, 2020). Eine Unzulänglichkeit liegt bei manchen Formen des E-Learning zudem darin, dass keine unmittelbare Rückkopplung stattfindet und so auch keine flexible Adaption in der Vermittlung von Lerninhalten möglich ist, wenn ein bestimmter Punkt nicht verstanden wurde oder unklar blieb. Ebenso fehlt die Erfahrung des persönlichen Austauschs (Hickey & McAleer, 2017). Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die unzureichenden Möglichkeiten in der Demonstration

von praktischen Übungen, die online und anhand simulierter Patientinnen die Psychotherapiepraxis möglicherweise nicht adäquat abbilden können (De la Croix & Skelton, 2013). Dies äußert sich darin, dass simulierte Patientinnen die verbalen und nonverbalen Signale möglicherweise nicht in ihrer tatsächlichen Komplexität replizieren können und dadurch nicht in der Lage sind, die Intensität und Vielfalt der Emotionen, wie sie in der täglichen Psychotherapiepraxis zu beobachten sind, angemessen nachzuahmen. Simulierte Patientinnen bzw. Teilnehmerinnen, mit denen therapeutische Interventionen demonstriert werden, erzeugen außerdem möglicherweise nicht den gleichen Übertragungs-Gegenübertragungs-Grad oder die emotionale Dichte und Präsenz wie in Live-Situationen (Hickey & McAleer, 2017; Nuzhat et al., 2014). Zugleich ist zu konzedieren, dass im Rahmen der Aus- und Fortbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen Demonstrationen oder Rollenspiele mit Erwachsenen als Kinder-Modellpatientinnen auch im Präsenz-Setting mit deutlichen Schwierigkeiten behaftet sind. Daher können Lehrvideos mit simulierten Kinderpatientinnen vor allem in diesen Bereich einen speziellen Stellenwert erhalten. Die dem E-Learning gegenüber skeptischen Stimmen weisen darauf hin, wie wichtig es ist, sich im Seminarraum, in der Klinik oder in der Praxis persönlich zu engagieren, zu arbeiten und andere Aspekte außerhalb des Bereichs formaler Studienleistungen zu erfassen, die online nur schwer oder gar nicht zu reproduzieren wären (Cooper & Sahami, 2013). Jedoch können Lernende auch in Diskussionsforen und Chats untereinander online interagieren, womit sich einige Nachteile kompensieren lassen.

Wissenschaftliche Belege für Effekte des E-Learning im Psychotherapiebereich

International liegen mehrere Belege für die Effekte von E-Learning im Psychotherapiebereich vor. So wiesen Kanter et al. (2013) in einer Pilotstudie positive Effekte eines E-Training in der funktional-analytischen Psychotherapie (acht zweistündige als Web-Seminar durchgeführte Schulungen) nach. Sie fanden signifikante und große Effekte auf Basis der Resultate eines Fragebogens, der die funktional-analytischen Psychotherapiekompetenzen sowohl im Selbsturteil der Lernenden als auch im Fremdurteil erfasst. Die Werte zur Zufriedenheit der Lernenden mit dem Trainingsprotokoll fielen hoch aus. Sholomskas et al. (2005) verglichen den alleinigen Rückgriff auf ein kognitives Verhaltensmanual mit der Nutzung desselben Manuals in Verbindung mit einem zusätzlichen E-Training und mit dem Gebrauch des Manuals in Kombination mit einem Präsenzseminar inklusive supervidierter Fallarbeit. Das primäre Ergebnismaß, das auf Basis unabhängiger Bewertungen von strukturierten Rollenspielen erstellt wurde, war die Fähigkeit der Psychotherapeutin, KVT-Interventionen durchführen zu können. Die Teilnehmerinnen, die das Manual gelesen und zusätzlich ein Präsenzseminar absolviert hatten, erzielten signifikant bessere Ergebnisse als diejenigen, die

nur das Manual erhalten hatten. Die Ergebnisse der E-Training-Gruppe lagen dazwischen und deuten darauf hin, dass das WBT zumindest eine vielversprechende Option darstellt. Da das Präsenzseminar jedoch drei Tage in Anspruch genommen hat und dadurch sehr zeitaufwendig und kostspielig war, könnte es ein gewinnbringendes Unterfangen sein, E-Trainings auszubauen und zu verbessern, auch, um die Fortbildung von evidenzbasierten Psychotherapiemethoden breiter verfügbar zu machen (Sholomaska et al., 2005).

Eine Studie, welche die Entwicklung von Kompetenzen in der motivierenden Gesprächsführung von Drogenberatenden untersuchte, konnte bei den Teilnehmerinnen nach Belegen eines E-Training-Moduls in der Selbsteinschätzung der eigenen diesbezüglichen Kenntnisse und Fähigkeiten statistisch signifikante Verbesserungen erfassen (Martino et al., 2011). Eine weitere Studie, die den Einsatz eines E-Training zu Interpersoneller Therapie bei bipolaren Störungen in den Blick genommen hat, fand bezüglich des Wissenszuwachses keine signifikanten Unterschiede zwischen den Nutzerinnen des E-Training und den Teilnehmerinnen, die ein persönliches Präsenztraining erhalten hatten; beide Gruppen konnten also gleichermaßen von dem jeweiligen Training profitieren (Stein et al., 2015).

In einer kontrollierten Studie mit 166 Drogenberatenden, in der WBT und ein persönliches Training miteinander verglichen wurden, stellten Weingardt et al. (2006) fest, dass beide Trainingsmethoden beim Wissenserwerb gleichwertig sind. In einer anderen Studie mit 147 Drogenberatenden zeigten Weingardt et al. (2009), dass zwei verschiedene WBTs die Anwendungskompetenz bzgl. der Methoden der Verhaltenstherapie sowie auch die Selbstwirksamkeit der Beratenden signifikant steigern konnten. Die Autorengruppe betont, dass WBT für die Bereitstellung von Schulungen und Trainings für größere Gruppen sehr kosteneffizient sein kann, sobald das Schulungsprogramm erst einmal entwickelt worden ist. Die Autorengruppe schlägt vor, dass für effektive klinische Trainings ein Blended-Learning-Format verwendet werden sollte, welches die Stärken von WBTs und Präsenztrainings vereint (Weingardt et al., 2006).

Zudem zeigen weitere Studien, dass webbasierte Schulungen zufriedenstellende Ergebnisse liefern und das Wissen der Psychotherapeutinnen bzgl. der hier eingeübten Interventionen verbessern können (Berger, 2004; Fairburn & Cooper, 2011; Manring et al., 2011). Ein Bericht der WHO kommt daher zu dem Schluss, dass E-Learning genauso gut ist wie die traditionelle Ausbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe und dass es den Zugang für Lernende erheblich verbessern könnte (World Health Organization, 2015). Im deutschen Sprachraum wurden mehrere E-Learning-Formate entwickelt und teilweise auch evaluiert, von denen einige exemplarisch dargestellt werden sollen.

Ein Großteil der bisherigen Forschung bezieht sich auf Studien, die dezidiert verhaltenstherapeutische E-Learning-

Angebote untersucht haben (Jackson et al., 2018). In dieser Recherche ließen sich keine Studien zu den Effekten des Einsatzes von E-Training beispielsweise in der Systemischen Therapie oder Humanistischen Psychotherapie auffindig machen. Studien in diesem Bereich würden daher eine große Lücke füllen und deren Erkenntnisse könnten das Feld des E-Training noch erweitern.

SEPTIMUS: E-basiertes Psychotherapie-Trainings-Programm

Das SEPT-Projekt hat gezeigt, dass die Verfügbarkeit von Psychotherapieschulungen für Therapeutinnen in vielen europäischen Ländern eingeschränkt ist. Deshalb wurde das Projekt SEPTIMUS entwickelt, um den Zugang zur Psychotherapieausbildung zu erweitern (Blackmore et al., 2007). Der Fokus lag dabei auf der Verbesserung der Zutrittsmöglichkeiten für Studierende, die in geografisch isolierten Gebieten leben, familiäre/berufliche Verpflichtungen haben oder aufgrund einer Behinderung eingeschränkt sind. SEPTIMUS ist ein einjähriges Psychotherapie-Training bestehend aus einer Kombination von theoretischem Unterricht und einer Online-Betreuung mit Supervision, Therapie und praktischen Übungen, die persönlich und ortsnah in einem der 16 teilnehmenden Ausbildungszentren in acht europäischen Ländern durchgeführt werden. Die SEPTIMUS-Einheiten richten sich primär an psychiatrische Fachkräfte, vor allem an Beraterinnen und Psychotherapeutinnen, aber auch an Sozialarbeiterinnen, Lehrerinnen, Psychiatrie-Krankenschwestern, Ärztinnen und die Polizei. Anwendungsdaten der Forschungsgruppe bestätigen, dass über die Hälfte der SEPTIMUS-Studierenden zuvor durch einen externen Faktor daran gehindert wurden, an einer Psychotherapieausbildung teilzunehmen. Die Ergebnisse des SEPTIMUS-Projekts und die Erfahrung der Tutorinnen legen nahe, dass E-Learning ein wertvolles Werkzeug für die Vermittlung des Kursmaterials ist. Der Kurs bietet auch die Möglichkeit zur vertiefenden Auseinandersetzung in Diskussionsforen und Chatrooms, die beide eine permanente Aufzeichnungsoption bieten, sodass der dortige Austausch jederzeit nachgelesen oder von Supervisorinnen mitverfolgt werden kann. Dies ist ein Vorteil, da es bei Präsenztrainings schwieriger sein kann, Interaktionen während Seminar- und Tutorialsdiskussionen aufzuzeichnen (Blackmore et al., 2007).

LUMA: Lern-Umgebung für die Psychosomatik und Psychotherapie

Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hat 2006 das E-Learning-Pilotprojekt „LUMA“ entwickelt, eine webbasierte Lernumgebung im Rahmen des Medizinstudiums für das klinische Pflichtfach „Psychosomatik und Psychotherapie“. Die Erfahrungen aus dem vom E-Learning Hamburg Consortium (ELCH) konzipierten Projekt LUPA (Lern-Umgebung in der Psychotherapie-Ausbildung) wurden zur Entwicklung von LUMA

für den Unterricht verwendet. Das Ziel von LUMA lag in der Verbesserung der nosologischen Kenntnisse mithilfe audiovisueller Medien und dem Erlernen diagnostischer Fähigkeiten bzgl. affektiver und psychosomatischer Störungen anhand von Online-Kasuistiken. LUMA bietet Studierenden Materialien wie Vorlesungen, Lehrbücher und Manuale, multimediale Lernressourcen zu klinischen Fällen (Video, Audio), Links, Glossare und Prüfungsfragen. Eine didaktische Neuerung sind Lehrvideos für diagnostische Übungen, mit denen das Erkennen von Abwehrmechanismen, Bewältigungsstrategien und wesentlichen Ärztin-Patientin-Interaktionen gefördert werden soll. Zu diesem Zweck werden Fälle aus der Psychosomatik von Schauspielerinnen simuliert und aufgezeichnet. Des Weiteren werden Grundkenntnisse von Störungsbildern (ICD-10) und Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung, wie auch Kenntnisse bzgl. der Themen Ärztin-Patientin-Beziehung, Affekte, Abwehr und Konflikte vermittelt. Die positive Resonanz der Studierenden zeigt, dass E-Learning effektiv und sinnvoll

— Für effektive klinische Trainings sollte ein sog. Blended-Learning-Format verwendet werden, welches die Stärken von webbasierten Trainings und Präsenztrainings vereint. —

für den Wissenstransfer bzw. die Vermittlung von Kenntnissen auf dem Gebiet der Psychosomatik und Psychotherapie eingesetzt werden kann (Sude et al., 2006).

E-Learning Kinderschutz-Website

Das Universitätsklinikum Ulm ist schon seit einigen Jahren im Bereich des webbasierten Wissenstransfers tätig und hat in dieser Zeit den Arbeitsbereich „Wissenstransfer, Dissemination, E-Learning“ eingerichtet. Ein Schwerpunkt dabei ist der Kinderschutz. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Online-Kurse zur Prävention von sexuellem Missbrauch, zu Schutzkonzepten und zu Traumatisierung entwickelt und evaluiert (Fegert et al., 2018). Die Kurse umfassen theoretische und praktische Teile, die am Ende mit einem Multiple-Choice-Test geprüft werden. Das webbasierte Training besteht aus Modulen zur Diagnostik und Psychoedukation, zu Krankheitsmodellen und evidenzbasierten Interventionen, zur Bewältigung von Schwierigkeiten in der Therapie sowie Übungen zur Förderung der Selbstpflege und der geistigen Hygiene. Der praxisbezogene Teil der Kurse enthält Fallbeschreibungen, Filmclips zur Gesprächsführung und andere (nicht fallbezogene) Übungen.

Die Ergebnisse des Kurses „Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch“ zeigen, dass der E-Learning-Kurs die Anforderungen an ein effektives und nutzerfreundliches Training erfüllt. Die Studie ermittelte eine große Zufriedenheit der Teilnehmerinnen mit den bereitgestellten Lernmaterialien und dem Online-Kurs in seiner Gesamtheit (König et al., 2015). Die Resultate bzgl. eines weiteren E-Training zum Thema „institutioneller Kinderschutz“ belegen ebenfalls, dass das



Abbildung 2: eTraining KJP: Website mit Therapievideos

E-Learning-Angebot von den Teilnehmerinnen gut angenommen und hinsichtlich seiner Qualität positiv bewertet wird. Die Begleitforschung zum Kurs stellt eine hohe Zufriedenheit mit dem Kurs und dessen Inhalten fest und bestätigt eine signifikante Zunahme von Wissen und Kompetenzen im Bereich Kinderschutz (König et al., 2018).

In einem weiteren E-Training-Kurs mit dem Thema „Traumafokussierte Therapie“ lag das Hauptziel darin, das Wissen und die Fähigkeiten praktizierender und angehender Psychotherapeutinnen bezüglich der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung zu verbessern, unter anderem die Exposition in sensu, die Exposition in vivo, das Diskriminationstraining und kognitive Verfahren. In einer randomisierten Kontrollgruppenstudie mit 499 Psychotherapeutinnen konnten eine relativ niedrige Abbruchquote und eine hohe Zufriedenheit mit dem Inhalt und der Struktur des Trainings belegt werden. Im Vergleich zur Wartekontrollgruppe zeigten die Teilnehmerinnen, die das Training erfolgreich abgeschlossen hatten, eine signifikant größere Verbesserung der Ergebnisse in einem Wissenstest bzw. in der subjektiven Bewertung des eigenen Kenntnisstands, der wahrgenommenen Behandlungsfertigkeiten und emotionalen Kompetenz wie auch der Selbstwirksamkeit und der Bereitschaft, eine traumafokussierte Therapie durchzuführen. Zusammenfassend lassen die Ergebnisse dieser Machbarkeitsstudie darauf schließen, dass das webbasierte Training ein akzeptables Programm ist, um das Wissen und die Kompetenzen in Bezug auf traumafokussierte Interventionen zu erweitern (Sansen et al., 2020).

Studie: Zufriedenheit und Nutzung einer E-Training-Plattform in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Das Ziel der Studie war es, die Zufriedenheit, die Nutzung und den induzierten Wissenszuwachs bei einer E-Training-Plattform (www.etraining-kjp.de) zu evaluieren. Die Plattform – bereitgestellt vom Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) – bietet approbierten und sich in Ausbildung befindenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeutinnen Möglichkeiten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Anwendung von Verhaltenstherapieprogrammen für Kinder und Jugendliche. Es gibt eine Übersicht über verschiedene Therapieprogramme und deren Bausteine, die anhand von Lehrvideos anschaulich dargestellt werden (siehe Abb. 2). Die einzelnen Therapieprogramme werden in kurzen Texten beschrieben, in übersichtlichen Tabellen und animierten Grafiken dargestellt. Anhand einer anklickbaren Modulübersicht lassen sich die verschiedenen Inhalte eines Manuals mit einem Blick erfassen. Überdies wird eine Aufstellung verschiedener Störungskonzepte mit den zugehörigen Modulen und jeweiligen Interventionskomponenten sowie deren Einsatzmöglichkeiten geboten. Des Weiteren stehen „Patientenakten“ zu Beispielfällen mit der Vorgeschichte der jeweiligen Patientin, einer individualisierten modularen Therapieplanung und einem ausführlichen Behandlungsverlaufsbericht zur Verfügung (siehe Abb. 3).

Stichprobe

Im Zeitraum von März 2020 bis August 2020 wurden Psychotherapeutinnen in Ausbildung aus dem AKiP sowie aus weiteren Ausbildungsinstituten kontaktiert und eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Das Ziel der Erhebung war es, mehr als 50 Studienteilnehmerinnen zu rekrutieren. Der erforderliche Stichprobenumfang von $n = 50$ wurde dabei aufgrund von poweranalytischen Überlegungen festgelegt. Bei einer zweiseitigen Testung auf einem 5%-Niveau beträgt die notwendige Anzahl pro Gruppe $n = 25$ für den Nachweis eines großen Effekts, wie in der Studie von Caspar et al. (2004) nachgewiesen wurde.

An der Studie nahmen letztlich 55 Ausbildungskandidatinnen der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie teil. Die untersuchte Stichprobe setzte sich aus 47 Auszubildenden des AKiP und 8 Auszubildenden aus anderen Ausbildungsinstituten zusammen. Die Teilnehmerinnen befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in verschiedenen Phasen der Ausbildung. $n = 25$ (45 %) Teilnehmerinnen hatten bereits die staatliche Zwischenprüfung laut § 8 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erworben.

Methodik/Fragebogen

Die Materialien wurden so konzipiert, dass einerseits der Wissenserwerb durch die Nutzung der Website und andererseits die subjektive Bewertung der Teilnehmerinnen zu Nutzerfreundlichkeit und Informationsgehalt erfragt werden konnte. Um den Wissensstand zu erheben, wurde ein Wissensquiz entwickelt, welches anhand von 30 Fragen den Kenntnisstand der Teilnehmerinnen zu den einzelnen Therapieprogrammen erfasste. Zusätzlich wurde ein Evaluationsfragebogen mit 80 Fragen erstellt, mit dem die Einschätzung sowohl der Website im Allgemeinen als auch der dargestellten Therapieprogramme im Besonderen erfasst wurde. Die Fragebogen wurden online (www.qualtrics.de) veröffentlicht,



Abbildung 3: eTraining KJP: Website mit Patientenakten

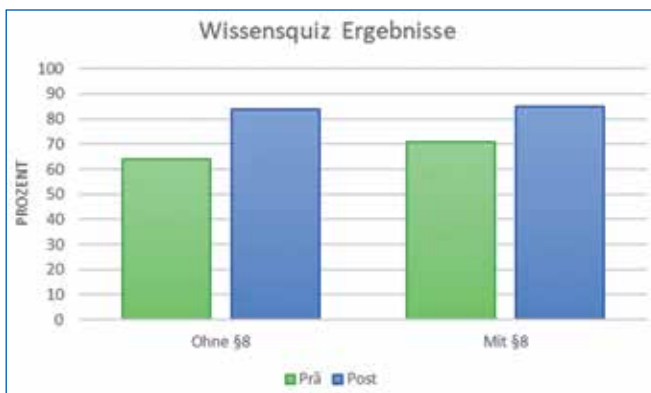


Abbildung 4: Veränderungen im Wissen (% richtige Lösungen) bei Psychotherapeutinnen in Ausbildung in der ersten Ausbildungsphase (ohne § 8) und in der zweiten Ausbildungsphase



Abbildung 5: Anzahl der angeschauten Therapievideos

um sie deutschlandweit verfügbar zu machen.

Bei den drei Fragen zur Nutzungshäufigkeit des E-Training wurden die Antworten anhand einer sechsstufigen Likert-Skala erfasst. Die Skalen zur Erfassung der Nutzerfreundlichkeit und des Informationsgehaltes wurden auf einer vierstufigen Likert-Skala (von 1 = „stimmt genau“ bis 4 = „überhaupt nicht“) beurteilt. Der Skala *Nutzerfreundlichkeit* sind sechs

Items zugeordnet: zwei Items zur Struktur und zum Aufbau der Website, zwei Items zur Verständlichkeit der Funktionen und zur Übersichtlichkeit der Seiten und zwei Items zur Gestaltung der Inhalte (Cronbach's $\alpha = .831$). Die Skala *Informationsgehalt* wurde anhand von sieben Items beurteilt: ein Item zur Nützlichkeit der Inhalte im Allgemeinen, zwei Items zum Anschluss an vorherige Kenntnisse und Fähigkeiten, ein Item zum Ausmaß der Unterstützung durch die Website beim selbstständigen Lernen sowie drei Items zum Wunsch, die Website in Zukunft aktiv weiterhin nutzen zu können (Cronbach's $\alpha = .792$).

Ablauf

Zum Start der Studie füllten die Teilnehmerinnen das Wissensquiz zu den auf der Website vorgestellten Therapieprogrammen aus. Daraufhin sollten sie sich intensiv für eine Dauer von mindestens drei Stunden mit der Website beschäftigen und sich mit allen Komponenten vertraut machen. Nachdem sie sich mit der Beschreibung der Therapieprogramme, den Therapievideos und den Patientenakten auseinandergesetzt hatten, wurden Wissensquiz und Evaluationsfragebogen erneut vorgegeben.

Ergebnisse

Wissenszuwachs

Nach der Nutzung der Website ließ sich, wie Abbildung 4 zeigt, ein signifikanter Wissenszuwachs bei den Teilnehmerinnen belegen (t-Test für abhängige Stichproben, $t(53) = -8,912$, $p < .001$). Die Teilnehmerinnen erzielten vor der Nutzung der Website 67 % richtige Antworten, nach Absolvieren des dortigen Lernprogramms stieg die Rate auf 84 %. Insbesondere für die Teilnehmerinnen, die noch am Anfang ihrer Ausbildung standen, wirkte sich die Auseinandersetzung mit den Angeboten auf der Website überdurchschnittlich positiv aus. Sie zeigten vor der Nutzung der Website im Vergleich zu den fortgeschrittenen Psychotherapeutinnen in Ausbildung weniger Kenntnisse über die dort vorgestellten Therapieprogramme und ihr Wissenszuwachs war signifikant höher ($t(52) = 2,2557$, $p = 0.03$). Das Testergebnis der Gruppe ohne § 8-Bescheinigung (ohne Zwischenprüfung) konnte von 63 % richtigen Antworten auf 84 % gesteigert werden, während die Gruppe mit der Bescheinigung nach § 8 zu Beginn der Studie 71 % der Fragen korrekt beantwortete und nach Nutzung der Website bei 85 % zutreffenden Antworten lag (siehe Abb. 4).

Nutzungshäufigkeit

Durchschnittlich erklärten die Nutzerinnen bei Studienteilnahme, die Website zwei- bis dreimal besucht zu haben ($M = 2.73$, $SD = 1.1$; Spannweite: einmal bis mehr als 15-mal). Die jeweilige Gesamtdauer ihrer Nutzung des Angebots auf der Website veranschlagten 33 % der Teilnehmerinnen auf

ein bis zwei Stunden. 47 % der Teilnehmerinnen gaben an, zwei bis fünf Stunden auf der Website verbracht zu haben; bei 15 % war dies für fünf bis zehn Stunden, bei den verbleibenden 5 % für mehr als zehn Stunden der Fall. Auf die Website wurde für die Studienteilnahme jeweils durchschnittlich für einen Zeitraum von zwei bis fünf Stunden zugegriffen ($M = 3.85$, $SD = 0.95$).

Abbildung 5 zeigt die Anzahl der Therapievideos, die von den Teilnehmerinnen aufgerufen wurden. Durchschnittlich wurden von den Teilnehmerinnen 10–14 der damals zur Verfügung stehenden 42 Therapievideos angeschaut (siehe Abb. 5).

Nutzungsfreundlichkeit und Informationsgehalt

Die E-Training-Plattform wurde von den Teilnehmerinnen als insgesamt sehr nutzerfreundlich bewertet ($M = 1.7$, $SD = 0.43$), wobei allen Zufriedenheits-Items mindestens „überwiegend“ zugestimmt wurde. Die Teilnehmerinnen schätzten den Informationsgehalt der Website als insgesamt sehr hoch ein ($M = 1.5$, $SD = 0.46$). Auch hier wurde jedes Item mindestens mit „überwiegend“ zutreffend beurteilt. Auf die Frage, ob die Teilnehmerinnen sich gerne Videos zu weiteren Störungsbildern auf der Website anschauen würden, antworteten die meisten mit „stimmt genau“ ($M = 1.18$, $SD = 0.48$).

Diskussion

Insgesamt zeigen die bisherigen Studien, dass E-Learning eine einfache, zugängliche Strategie zur Vermittlung evidenzbasierter Behandlungen sein kann (Abbass et al., 2011; Dimeff et al., 2009; Ruzek & Rosen, 2009; Ebner & Gegenfurtner, 2019). In Bezug auf die Ausbildung von Psychotherapeutinnen legen aktuelle Forschungsergebnisse überwiegend nahe, dass E-Learning im Vergleich zu traditionellen Lehrmethoden gleich gute Ergebnisse erzielt. Es gibt daher auch einige Vorschläge, wie digitale Methoden in die Ausbildungskonzepte Eingang finden können (Blackmore et al., 2007; Caspar et al., 2004; Kanter et al., 2013; Sansen et al., 2020; Sude et al., 2006; Wenning, 2008). Vor allem die video-gestützte Demonstration von Therapiesituationen und über Digitalangebote vermittelte Instruktionen zu therapeutischen Techniken einschließlich des Umgangs mit schwierigen Therapiesituationen können unserer Einschätzung nach die Psy-

chotherapieausbildung und die Anwendung von Therapieprogrammen bereichern.

In der Evaluationsstudie der hier dargestellten E-Training-Plattform für Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie konnte gezeigt werden, dass die untersuchte Plattform „e-training-kjp.de“ eine wertvolle Möglichkeit darstellt, die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin zu unterstützen und zu ergänzen. Die Nutzung der E-Training-Plattform führte bei allen Teilnehmerinnen zu einem signifikanten Wissenszuwachs. Von den zur Verfügung stehenden Therapievideos haben die meisten Teilnehmerinnen während ihrer Studienteilnahme ungefähr ein Drittel der verfügbaren Videos angeschaut, was ihr Interesse an den dort komprimiert dargestellten Therapieverläufen und der Darstellung der Anwendung von Therapieprogrammen widerspiegelt. Der Informationsgehalt und die Nützlichkeit der Website wurden von den Teilnehmerinnen als hoch eingeschätzt.

Durch die interaktive Auseinandersetzung mit den Komponenten der Website hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, sich die Inhalte der Website in ihrem eigenen Tempo und nach ihrer eigenen Strategie anzueignen. Der Wissenszuwachs wurde vermutlich auch dadurch gefördert, dass die Inhalte der Website in unterschiedlichen Modalitäten präsentiert werden und es zu den jeweiligen geschriebenen theoretischen Inhalten jeweils audiovisuelle Lernunterstützung gibt. Insbesondere am Anfang der Ausbildung bietet sich die Nutzung der Website an, da das theoretische Wissen und spezifische Kenntnisse zu Inhalten der Plattform hier noch in einem geringeren Ausmaß vorhanden sind. Da jedoch alle Teilnehmerinnen von der Nutzung der E-Training-Plattform profitiert haben, ist die Einbindung dieser Möglichkeit zu allen Zeitpunkten der Ausbildung wie vermutlich auch zur Fort- und Weiterbildung sinnvoll.

Auch wenn bisherige Studienergebnisse nahelegen, dass E-Learning ein wertvolles Werkzeug für die Vermittlung von theoretischem Wissen über Psychotherapie ist und dadurch möglicherweise auch praktische Fähigkeiten verbessert werden können, hat diese Form des Lehrens und Lernens auch ihre Grenzen, vor allem bei der konkreten Einübung therapeutischer Fertigkeiten, der Reflexion eigenen Handelns und der Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung, die vermutlich besser durch Präsenzausbildungskomponenten vermittelt werden können. Daher bedarf es sorgfältiger Überlegungen, in welchen Bereichen der psychotherapeutischen Aus- und Fortbildung E-Training-Elemente eingesetzt werden können.

Literatur

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

Arkorful, V. & Abaidoo, N. (2015). The role of e-learning, advantages and disadvantages of its adoption in higher education. *International Journal of Instructional Technology and Distance Learning*, 12 (1), 29–42.

Blackmore, C., Tantam, D. & Deurzen, E. (2008). Evaluation of e-learning outcomes: Experience from an online psychotherapy education programme. *Open Learning: The Journal of Open, Distance and e-Learning*, 23 (3), 185–201.

Cook, D., Levinson, A., Garside, S., Dupras, D., Erwin, P. & Montori, V. (2008). Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA*, 300 (10), 1181–1196.

Ebner, C. & Gegenfurtner, A. (2019). Learning and satisfaction in webinar, online, and face-to-face instruction: a meta-analysis. *Frontiers in Education*, 4, 92.

Regmi, K. & Jones, L. (2020). A systematic review of the factors—enablers and barriers—affecting e-learning in health sciences education. *BMC medical education*, 20, 1–18.

Sansen, L., Saupe, L., Steidl, A., Fegert, J., Hoffmann, U. & Neuner, F. (2020). Development and randomized-controlled evaluation of a web-based training in evidence-based trauma therapy. *Professional Psychology: research and practice*, 51 (2), 115.



Lavinia Thelen, M. Sc. Psych.

Korrespondenzadresse:

Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP)
Pohligstr. 9
50969 Köln
lavinia.thelen@uk-koeln.de

Lavinia Thelen, M. Sc. Psych., ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) und forscht im Bereich der Optimierung der Therapeutenausbildung durch E-Learning Optionen sowie im Bereich der Leistungsprobleme im Jugendalter am Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP). Zusätzlich ist sie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Privatpraxis tätig.



Prof. Dr. Anja Görtz-Dorten

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Anja Görtz-Dorten ist außerplanmäßige Professorin an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, Leiterin des Bereiches Evaluation am Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP). Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der Entwicklung und Evaluation psychodiagnostischer Verfahren und psychotherapeutischer Interventionen einschließlich digitaler Unterstützung sowie im E-Training zur Fort- und Weiterbildung bezogen auf psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.



Prof. Dr. Manfred Döpfner

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut, ist Universitätsprofessor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Medizinischen Fakultät und der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln und Leiter des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP). Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Entwicklung und Evaluation psychodiagnostischer Verfahren und psychotherapeutischer Interventionen, insbesondere bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), oppositionellen und aggressiven Verhaltensstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, Tic-Störungen sowie depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Psychotherapie auf Distanz?

Spezifika und Implikationen der Arbeit mit Videositzungen

Christina Sümmerer

Zusammenfassung: Dieser Artikel soll vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen für die Spezifika des Videosettings in der Psychotherapie und deren inhaltliche Implikationen für die therapeutische Arbeit sensibilisieren. In Form eines Berichts aus der Praxis, ergänzt durch Erkenntnisse aus Forschung und Literatur, soll aufgezeigt werden, dass dieses Setting nicht das „funktionale Äquivalent“ der Präsenztherapie ist (Russell, 2015),¹ sondern ganz eigene Besonderheiten aufweist. Deren Kenntnis kann dazu beitragen, dieses Medium auf eine Weise zu nutzen, welche die Potenziale möglichst ausschöpft und gleichzeitig einen Umgang mit den inhärenten Limitierungen findet. Insbesondere das Spannungsfeld von physischer Distanz bei gleichzeitiger intensiver Nähe, welche durch die Arbeit in der Lebenswelt von Patientinnen² entstehen kann, wird reflektiert.

Völlig aus dem Nichts und ohne Zeit, sich darauf vorzubereiten, stieg eine Vielzahl an Psychotherapeutinnen im Zuge der Corona-Pandemie auf Behandlungen per Bildschirm um. Und Sie werden festgestellt haben: Es ist nicht ganz dasselbe ... oder doch?!

„Crashkurs“ unter erschwerten Bedingungen

Für viele Kolleginnen kamen im Rahmen dieses unfreiwilligen Crashkurses im Umgang mit Videotherapie plötzlich Fragen und Herausforderungen auf, mit denen sich die meisten bis dahin nie beschäftigen mussten und es zu einem großen Teil vielleicht auch nie vorgehabt hatten. Und dies auch noch unter erschwerten Bedingungen zu Zeiten einer weltweiten Pandemie:

Abgesehen von den vielfältigen inhaltlichen Besonderheiten, welche in diesem Artikel beleuchtet werden, konfrontierte der unvorhergesehene Wechsel Kolleginnen mit grundlegenden technischen und formalen Fragen wie auch deren sich dynamisch entwickelnden Ausnahmeregelungen. Hilfestellung und Informationsvermittlung hierzu folgten schrittweise, etwa in der „Praxis-Info Coronavirus“ der BPtK (2020, s. Infokasten).

Doch nicht nur für die meisten Psychotherapeutinnen, auch für unsere Patientinnen, welche nie geplant hatten, uns zu sich „nach Hause“ einzuladen, fand der Umstieg auf dieses Medium unvorbereitet und nur bedingt freiwillig statt. Ein deutlicher Unterschied zu den sonst angestrebten Voraussetzungen videogestützter Psychotherapie.

Weiterhin erschwerend kam hinzu, dass neben Ängsten und Unsicherheiten, welche die Situation einer Pandemie

naturgemäß mit sich bringt und Psychotherapeutinnen wie Patientinnen gleichermaßen betrifft, viele Ressourcen nur eingeschränkt verfügbar waren. Nicht zuletzt hatten unsere Patientinnen im Zuge von Homeoffice und Homeschooling häufig ohnehin wenig Raum für Privatsphäre – und nun sollte auch noch ein ruhiger Ort für die Therapie gefunden werden! Andere wiederum waren besonders einsam und sehnten sich umso mehr nach dem persönlichen Kontakt zur Psychotherapeutin.

Die Situation erforderte ein enormes Ausmaß an Flexibilität, Offenheit und Anpassungsleistung auf allen Seiten. Die Reaktionen von Psychotherapeutinnen fielen dabei sehr unterschiedlich aus. Sowohl im eigenen kollegialen Umfeld wie auch in Umfragen der BPtK (2020) und der Berliner Kammer (2020) war die ganze Bandbreite zwischen großer Frustration bis hin zu Überraschung über die Möglichkeiten vertreten. Es zeigte sich, dass ein großer Teil der Psychotherapeutinnen sich wünscht, diese Möglichkeit weiterhin nutzen zu können und viele die Erfahrung als positiv und bereichernd erlebten. Bei einigen hinterließ das Medium aber auch starke Skepsis und den Eindruck von deutlicher Eingeschränktheit in Bezug auf Beziehung und Methoden. Ein ähnliches Bild zeichnet eine internationale Studie zu den Erfahrungen von Psychotherapeutinnen während der Pandemie (Aafjes-van Doorn et al., 2020). Diese ergab, dass Psychotherapeutinnen trotz anfänglicher Bedenken etwa bezüglich technischer Hürden oder der Herstellung von Nähe die Arbeitsbeziehung während Online-Sitzungen als tragend und die persönliche Beziehung als stark bewerteten. Gleichzeitig hatten viele trotz mehrheitlich posi-

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

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

tiver Erfahrungen den Eindruck, Videotherapie sei weniger effektiv, insbesondere unter Kolleginnen ohne Vorerfahrung darin.

Die Option der Fernbehandlung bestand schon vor der Pandemie und zahlreiche Studien konnten die Wirksamkeit von Videotherapie für eine Vielzahl von Störungsbildern bereits zeigen (Varker et al., 2019; Berryhill et al., 2019; Tuerk et al., 2018). Dennoch wurde diese durchaus umstrittene Option (Cowan et al., 2019; Rees & Stone, 2005; Tuerk et al., 2018) bis dato eher zurückhaltend angewandt. Die aktuelle Situation scheint nun wie ein Katalysator für eine Öffnung dafür zu wirken (Wind et al., 2020).

Hierdurch werden die vielen wichtigen Fragen, die durch die Arbeit mit diesem Medium aufgeworfen werden, so aktuell wie nie. Die differenzierte Auseinandersetzung mit diesem Setting scheint auch insofern angezeigt, als videogestützte Therapie vielen Menschen mit behandlungsbedürftigen Erkrankungen den Weg in die Psychotherapie überhaupt erst ermöglicht, auch jenseits der aktuellen Ausnahmesituation. Seien dies Geschäftsreisende, Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, in Gebieten mit geringer Versorgung leben oder die vielen, die aufgrund von Schamgefühlen oder Ängsten den Weg in die Praxis gar nicht erst antreten würden (vgl. auch Tuerk et al., 2018; Berger et al., 2017; Knaevelsrud et al., 2016).

Ob geplant oder nicht, feststeht, dass uns das Setting vor Herausforderungen, Fragen und Situationen stellt, welche im traditionellen Therapiealltag in dieser Form nicht aufkommen und neu reflektiert werden müssen, wenn wir uns entscheiden, mit diesem Format zu arbeiten. Es scheint dringend an der Zeit, genauer unter die Lupe zu nehmen, was Online-Therapie per Video eigentlich ist – und was vielleicht auch nicht.

Erfahrungsbericht aus der Praxis einer Online- (und Offline-)Psychotherapeutin

Vor einiger Zeit begann ich gänzlich freiwillig, in einer Mischung aus Neugier und Skepsis, Menschen auch über Videotelefonie zu behandeln. Dabei fragte ich mich vor allem, ob eine tragfähige therapeutische Beziehung auf Distanz überhaupt möglich sei und in diesem Setting eine intensive Therapie wirklich durchgeführt werden kann.

Ich war erschöpft – mir wurde erst mit der Zeit klar, dass Videotherapie einige besondere Selbstfürsorgemaßnahmen erfordert; frustriert – die Technik schien immer genau zum ungünstigsten Zeitpunkt zu versagen; inspiriert von den methodischen Möglichkeiten, die sich aus dem Setting ergeben – und zunehmend überrascht, wie nah ich mich den Patientinnen fühlte, während ich doch gleichzeitig weit weg war.

Es drängte sich die Frage auf, welche Besonderheiten diese Behandlungsform mit sich bringt und wie diese wiederum in unser therapeutisches Herangehen integriert werden könnten, sodass das Medium auf eine gewinnbringende und verantwortungsvolle Weise genutzt werden kann. Auf einige dieser Spezifika soll nun im Folgenden eingegangen werden:

1. Technikvermitteltes Arbeiten

Formale Vorgaben zu technischen Voraussetzungen finden sich beispielsweise in der Praxis-Info Videobehandlung der BPtK (s. Infokasten). An dieser Stelle ergänzend hierzu einige Überlegungen zur praktischen Anwendung:

Kamera

Die meisten Endgeräte verfügen meiner Erfahrung nach über eine ausreichend gute interne Kamera. Auf Psychotherapeutinnenseite könnte eine individuelle Überlegung sein, ob eine Weitwinklereinstellung präferiert wird, welche mehr Raumgefühl entstehen lässt. Gleichzeitig führt dies dazu, dass sich die Psychotherapeutin bei einer gewünschten Close-up-Ansicht recht nah vor dem Bildschirm positionieren muss. Dies kann

— Die Option der Fernbehandlung bestand schon vor der Pandemie, wurde trotz der teils bereits in Studien nachgewiesenen Wirksamkeit aber eher zurückhaltend angewandt. —

den Anstrengungsgrad erhöhen. Methodisch kann eine zusätzliche externe Kamera Optionen eröffnen, etwa die Möglichkeit, das Bild zwischendurch auf eine gemeinsam erarbeitete Skulptur o. Ä. umzuschalten, was aber auch zu Unruhe in Sitzungen führen kann. Ich persönlich präferiere die Arbeit mit einer einzigen Kamera und neige dazu, etwa Skulpturen so zu positionieren, dass diese im Bildausschnitt sichtbar gemacht werden können.

Die Option der Eigenansicht

Psychotherapeutinnenseite: Während die eigene Ansicht ablenkend wirken sowie den Anstrengungsgrad weiter steigern kann (Sklar, 2020), ist es bisweilen hilfreich, mitverfolgen zu können, welchen Ausschnitt die Patientin sieht oder ob Gesten, welche online schnell bedrohlich beim Gegenüber ankommen können (Ogden & Goldstein, 2019), die beabsichtigte Wirkung haben.

Patientinnenseite: Es gibt Hinweise darauf, dass das gemeinsame Betrachten auf einem Bildschirm ein Gefühl von Zusammengehörigkeit und damit potenziell die therapeutische Beziehung fördern kann (Agar, 2019). Auch methodisch ergeben sich nach meiner Erfahrung viele Möglichkeiten, wenn sich die Patientin selbst auf dem Bildschirm sieht, beispielsweise in der Reflexion der Körperhaltung oder im Rahmen einer Teile-Arbeit mit dem eigenen Gegenüber.

Auf beiden Seiten handelt es sich insofern um flexible und individuelle Abwägungen entsprechend der beidseitigen Präferenzen und des methodischen Ansatzes.

Bildschirm

Größe: Auch wenn gemäß Anlage 31b Bundesmantelvertrag (2019) eine Bildschirmdiagonale von mindestens 3 Zoll gegeben sein muss, ist die Nutzung eines Handybildschirms auf Patientinnenseite nach meinem Empfinden aufgrund der zu geringen Größe eher ungünstig, es sei denn, dies steht als einzige Option einer Behandlung zur Verfügung. Weiterhin kann die Handynutzung methodisch zum Beispiel bei einer online begleiteten Expositionstherapie hilfreich sein.

Bildschirmhygiene: Auf beiden Seiten ist darauf zu achten, dass automatisch eingehende Nachrichten und Tonsignale, welche ablenken könnten, ausgeschaltet werden.

Höhe: Ein leicht erhöhter Bildschirm wirkt dem Eindruck des Hinabsehens auf die Patientin entgegen und erhöht nach meinem Eindruck die Natürlichkeit der Begegnung.

Mikrofon und Lautsprecher

Ein Headset ist nicht zwingend erforderlich, trägt aber zur Erhöhung der Intensität des Kontakts bei. Bei der Nutzung eines Bluetooth-Headsets wird die Stimme meist kühler und blecherner transportiert, im Gegensatz zu einem Headset mit Kabel (und ggf. Verlängerung).

Selbstfürsorge

Das technikvermittelte Arbeiten führt zu einem erhöhten Anstrengungsgrad (Sklar, 2020; Wiederhold, 2020). Unter anderem trägt hierzu die minimale Verzögerung in der Übertragung bei. Der anhaltende Blickkontakt mit einem vergrößerten Gegenüber kann Bedrohungssignale auslösen, und unser Gehirn versucht die fehlenden subliminalen Informationen zu kompensieren. Sich daraus ergebende Möglichkeiten zur Selbstfürsorge sind unter anderem, den Blick zwischendurch bewusst vom Bildschirm zu lösen, längere Pausen zwischen den Sitzungen zu planen sowie ein insgesamt besonders achtsamer Umgang mit eigenen Ressourcen.

2. Die Patientin entscheidet über den Ort

„A bed is not a couch and a car is not a consulting room“ (Russell, 2015, S. 13) – oder doch? Im klassischen Setting stellen wir Psychotherapeutinnen einen Ort für die Sitzungen zur Verfügung, der ungestört und sicher ist, eine angenehme Atmosphäre ausstrahlt, in der man sich ausreichend wohlfühlen kann, um über das eigene Erleben zu reflektieren. In der videogestützten Therapie haben wir diese Möglichkeit nicht, was eigenverantwortliche Anteile fördern kann (Weinberg & Rolnick, 2020; Day & Schneider, 2002).

Mit dem Verlust der Kontrolle über den Ort haben wir es jedoch mit einer nicht zu vernachlässigenden Rollenveränderung zu tun: von derjenigen, die den geeigneten physischen

Raum zur Verfügung stellt, zu derjenigen, die dabei unterstützt, einen solchen – wenn möglich – zu finden oder zu kreieren. Denn nicht alle Patientinnen verfügen über einen solchen Ort oder sind in der Lage, einen solchen selbstständig herzustellen – ein Faktor, der im Zuge der Pandemie noch deutlich stärker zutage trat als ohnehin in der videogestützten Therapie, mit teilweise recht kreativen Lösungen.

Nicht selten wird nach meiner Erfahrung erst im Online-Kontakt deutlich, dass eine Patientin kaum einen Ort hat, an dem sie ungestört ist, dass sie das Gefühl hat, „immer ansprechbar“ sein zu müssen, und ihre Grenzen nicht gewahrt werden. Insofern können sich aus der gemeinsamen Reflexion über Möglichkeiten zur Herstellung eines sicheren Raumes auch wichtige Therapiethemen ergeben.

3. Der Weg zur Praxis entfällt

Während der Wegfall des Weges sicher einer der großen Vorteile für viele Patientinnen ist (Berger et al., 2017), birgt dies gleichzeitig spezifische Implikationen bezüglich des Beginns von Sitzungen. Was macht die Patientin – und die Psychotherapeutin – vor der Sitzung, in welchem Zustand beginnen beide das Gespräch? Das gemeinsame Ankommen im therapeutischen Raum und die Ermöglichung eines selbstreflexiven Zustands bedarf spezifischer Überlegungen, wenn die Therapie im Alltag von Patientinnen stattfindet. Ob die Psychotherapeutin empfiehlt, sich vorher einige Minuten Zeit zu nehmen um sich zu fokussieren, ob sie dies auch für sich selbst tut, ob ein gemeinsames Ankommmritual wie etwa ein Bodyscan erarbeitet wird oder die Psychotherapeutin auf ganz andere Weise den therapeutischen Raum eröffnet, hängt sowohl von der Patientin als auch der Arbeitsweise der Psychotherapeutin ab. Die Verlockung, die Therapie zwischen Alltäglichem „einzuschieben“, ist für Patientinnen groß und es kann helfen, dies im therapeutischen Vorgehen mitzudenken.

4. Psychotherapie an getrennten Orten

Informationsverlust durch die Arbeit via Bildschirm

Mit einem 2D-Bild als Gegenüber, das noch dazu nur einen kleinen rechteckigen Ausschnitt der Welt des anderen offenbart, sind viele Informationen nicht oder nur eingeschränkt zugänglich, welche sonst selbstverständlich auf impliziter Ebene verarbeitet werden, wie etwa Geruch oder Teile der Körpersprache. Neben den genannten Implikationen für die Selbstfürsorge stellt uns dies vor die Frage, wie räumliche Distanz überbrückt und Präsenz hergestellt werden kann, so dass die Patientin spürt, dass wir wirklich im Kontakt und bei ihr sind, wenn auch nicht am selben Ort.

Distanz überbrücken und Präsenz intensivieren

Das Setting explizit zu machen und mit den Patientinnen offen zu besprechen, was es bedeutet, nicht im selben Raum zu sein, was fehlt oder vielleicht merkwürdig daran ist, wie damit umgegangen werden kann, ist Teil des verantwortungsvollen

Umgangs mit diesem Medium (Balick & Sümmerer, 2020) und kann einen ersten Schritt darstellen, Distanz zu überbrücken. Für manche Patientinnen kann es nach meinem Eindruck hilfreich sein, den Rest meines Raumes zu sehen oder den ihren zu zeigen, über Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem „hier“ und dem „dort“ zu sprechen und insgesamt sensorische Eigenheiten und Kontextinformationen der jeweiligen Räume einzubeziehen. Als Psychotherapeutin selbst in Kontakt mit dem eigenen Körper zu sein, wie auch der explizite Einbezug von Körperempfindungen, Körpersprache oder auch emotionalem Erleben zur Integration der fehlenden Informationen sind weitere wichtige Möglichkeiten, Kontakt und Präsenz zu intensivieren (Ogden & Goldstein, 2019). Denn was wir im virtuellen Raum leicht zu vergessen scheinen: sowohl Patientin als auch Psychotherapeutin haben auch online weiterhin Körper, die ganz real sind und die sie spüren und bewegen können (Weinberg & Rolnick, 2020).

Bewusster Einsatz verfügbarer Informationen

Über Informationen wie Gestik, Mimik und Stimmlage entschlüsselt unsere rechte Gehirnhälfte intuitiv die „Musik hinter den Worten“ (Schore, 2014). Auch wenn ein großer Anteil an Informationen verborgen bleibt – vieles davon haben wir in der Videotelefonie weiterhin zur Verfügung. Der gezielte Einsatz paraverbalen Signale, der Stimmlage, Gestik und Mimik, das Ermöglichen von gemeinsamem Schweigen, das achtsame Reagieren auch auf kleine Veränderungen in der Gesichtsmimik, Atmung oder Körperhaltung können dem Gegenüber vermitteln, dass wir wirklich da und bei der Patientin sind (vgl. auch Ogden & Goldstein, 2019; Fisher, 2020; Geller, 2020). Ein gutes Mikrofon, mit dem auch warme Untertöne transportiert werden, ein ausreichend großer Bildschirm und gute Beleuchtung sind unter diesen Gesichtspunkten weit mehr als rein technische Fragen.

Rolle der Kameraposition zur Intensivierung des Kontaktes

Stephen Porges, dessen Polyvagalthorie unter anderem die Mechanismen der gegenseitigen Co-Regulation auf neuronaler Ebene ins Blickfeld rückt (Porges, 2011), äußerte sich kürzlich dankbar über die Möglichkeit videotherapeutischer Kontakte während der Pandemie (Porges & Carter, 2020). Stimme und Gesichtsmimik, welche im Videokontakt teils sogar deutlicher wahrnehmbar seien als mit dem üblichen Abstand im Praxisraum, spielen demnach eine wesentliche Rolle dabei, dem Gegenüber Sicherheit zu vermitteln und einen Zustand von Verbundenheit und Zugewandtheit zu ermöglichen.

Insofern hat auch die Kameraposition einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Qualität der Therapie auf Distanz. Während aus genannten Gründen vieles für eine Close-up-Einstellung auf beiden Seiten spricht, kann es Patientinnen auch verunsichern, die Körpersprache der Psychotherapeutin nicht zu sehen (Agar, 2019). Und auch als Psychotherapeutin kann es etwa für die Durchführung von Körperübungen oder aus diagnostischen Gründen wichtig sein, mehr als nur „Hals aufwärts“ zu sehen. Die Kameraposition individuell und fle-

xibel zu gestalten und mit der Patientin gemeinsam die Unterschiede zu reflektieren, trägt dazu bei, den Kontakt über Distanz zu stärken (Ogden & Goldstein, 2019) und fördert dabei die achtsame Selbstwahrnehmung der Patientin (Ogden & Goldstein, 2020; Fisher, 2020).

Vorbeugen von Missverständnissen

Aufgrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von Informationen ist die Gefahr für Missverständnisse im Vergleich zum klassischen Setting potenziell erhöht. Eine kurze Erklärung, beispielsweise wenn die Psychotherapeutin nach unten sieht, um außerhalb des Blickfelds etwas zu notieren, oder besonders angestrengt schaut, da das Bild Störungen aufweist, hat sich nach meinem Erleben als hilfreich erwiesen, um interaktionale Unsicherheiten zu vermeiden.

Selbstoffenbarungen: Benennen des Verlustes

Es gibt immer wieder Momente, da wäre ich wirklich gern physisch bei der Patientin – um ein Taschentuch zu reichen, um einfach näher dran zu sein, mit meiner vollen auch körperlichen Präsenz – authentische Selbstoffenbarungen können sich in einem solch schwierigen Moment als hilfreich erweisen, Distanz zu überbrücken, und bisweilen sogar zur therapeutischen Beziehung beitragen (Sümmerer, 2020).

5. Herausforderung Technikabbruch

Selbst wenn wir alles getan haben, um einen intensiven Kontakt zu ermöglichen, wird die Tatsache, dass wir nicht im selben physischen Raum sitzen, selten so greifbar wie in Momenten, wenn etwa der Bildschirm einfriert oder der Ton hakt – man mag meinen, vorzugsweise in intensiven Momenten. Frustration über die Technik fand sich auch in einer qualitativen Studie aus dem Jahr 2015 unter den wichtigsten Stressoren von Online-Therapeutinnen (Balick, 2015). Eine internationale Studie bestätigte kürzlich, dass technische Schwierigkeiten die am häufigsten berichtete Herausforderung während des Setting-Wechsels im Rahmen der Pandemie waren (Aafjes-van Doorn et al., 2020).

Besprechen eines Alternativplans

Im Sinne der Polyvagalthorie (Porges, 2011) kann davon ausgegangen werden, dass sich Anspannung der Psychotherapeutin intuitiv auf die Patientin überträgt und der Herstellung eines sicheren Kontaktes im Wege steht. Insofern kann alles, was uns selbst ruhig und sicher fühlen lässt, auch dem therapeutischen Prozess zuträglich sein. Unter diesem Gesichtspunkt es ist nicht nur bezüglich der faktischen Kontinuität der Sitzung wichtig, ein Vorgehen für den Fall eines technisch bedingten Abbruchs zu besprechen – etwa die Vereinbarung, dass die Psychotherapeutin auf dem Handy anruft, was voraussetzt, dass beide dasselbe auch griffbereit haben. Der obligatorische Plan B trägt auch zu Sicherheit und Beruhigung auf beiden Seiten bei.

Komplizierter wird es bei der Frage, an welchem Punkt die Psychotherapeutin ihre Patientin in einem intensiven Moment

unterbricht, wenn sie sie kaum hören kann, weil die Verbindung schwankt (Sümmerer, 2020) oder sich Störungen in Bild bzw. Ton ergeben, die die Sitzung für die Psychotherapeutin enorm anstrengend machen. Selbstfürsorge und wir als Modell für diese, therapeutischer Prozess, interaktionelle Überlegungen – die Frage, wie wir wann reagieren möchten, bedarf einer Reflexion auf verschiedenen Ebenen und ist sicher nicht immer leicht zu beantworten.

Interaktionelle Herausforderungen und Chancen

Es gibt des Weiteren Hinweise darauf, dass sich Psychotherapeutinnen tendenziell verantwortlich für die Internetverbindung fühlen und verschiedene Mechanismen anwenden, um Schuldgefühle zu kompensieren (Balick, 2015) – seien dies etwa Verantwortungszuweisungen oder aber die besonders intensive Aufmerksamkeit als versuchte Wiedergutmachung. Das Bewusstsein davon ermöglicht uns, unsere eigenen Reaktionen zu reflektieren und potentiell hilfreicher auf diese schwierigen Momente zu reagieren. Denn obgleich unzuverlässige Technik einen der größten Nachteile der Online-

Obgleich unzuverlässige Technik eines der größten Ärgernisse der Online-Therapie darstellt, kann es auch die therapeutische Beziehung stärken, sich zusammen über „die liebe Technik“ aufzuregen und gemeinsam Lösungen zu finden.

Therapie darstellt (Poletti et al., 2020), gibt es eine weitere Seite der Medaille: Sich zusammen über „die liebe Technik“ aufzuregen, gemeinsam Lösungen zu finden, zu reflektieren, wie es die Patientin erlebt hat, ausgerechnet an so einer Stelle unterbrochen zu werden, kann die Beziehung auch stärken (Sümmerer, 2020). Das Erleben der Patientin, dass der Kontakt eben nicht wirklich abbricht, sondern die Psychotherapeutin alles unternimmt, um den Faden wieder aufzunehmen, kann unter Umständen sogar heilsame Erfahrungen in Bezug auf Verlassenheitsgefühle ermöglichen, wenn sie entsprechend genutzt werden (Agar, 2019). Und nicht zuletzt kann der Ausdruck meiner Betroffenheit darüber, dass ich wirklich gerne diesen wichtigen Satz gehört hätte, ohne unterbrochen zu werden, eine potenziell hilfreiche Intervention darstellen.

6. Willkommen in meiner Welt – Psychotherapie im Umfeld der Patientinnen

„Ich bin so froh, dass ich hier in meinem Wohnzimmer sitzen und mit Ihnen sprechen kann, mit meinem alten Lieblingspulli ... Sie bekommen einen ganz schön intensiven Einblick in meine Welt, ich finde, dass wir uns dadurch wirklich nah kommen.“ Besser als diese Patientin hätte ich es nicht ausdrücken können, als sie – eine durchaus modebewusste Geschäftsfrau – eines Tages mit diesen Worten die Sitzung eröffnete und dabei auf ihr verwaschenes Hello-Kitty-Sweatshirt zeigte.

Während es offensichtlich ist, dass wir in der videogestützten Therapie Wege finden müssen, mit dem Vorhandensein physischer Distanz umzugehen, ist eine auf den ersten Blick weniger offensichtliche Konsequenz dieses Settings, dass wir uns auf anderer Ebene ausgesprochen nah kommen. Es hat durchaus Züge eines Hausbesuchs. Das Ausmaß des Vertrauens, mit dem mich Patientinnen mit in ihre Lebenswelten nehmen, und die Art von Nähe die darüber entsteht, berühren mich immer wieder sehr (Sümmerer, 2020). Wir bekommen außergewöhnlich intensive Einblicke in die Lebensrealitäten unserer Patientinnen und können dies sowohl diagnostisch als auch methodisch nutzbar machen.

Chancen

Wir sehen nicht nur, welche Bilder Patientinnen an der Wand hängen haben, wie sie mit ihren Haustieren umgehen, ob sie es sich bequem machen dort, wo sie sind – was neben dem intensiven Kennenlernen der Welt der Patientinnen vielfältige Anknüpfungspunkte etwa an Selbstfürsorgethemen eröffnen kann. Patientinnen zeigen uns auch spontan selbst hergestellte Kunst, wichtige Gegenstände oder führen uns stolz durch die erste eigene Wohnung. Ressourcen und Anker aus der unmittelbaren Lebenswelt der Patientinnen können direkt integriert werden, und es scheint mir, dass die Internalisierung des therapeutischen Kontaktes sogar gefördert werden könnte durch die Tatsache, dass Einsichten und Emotionsregulation an den Orten erarbeitet werden, an denen die Schwierigkeiten auftreten und die Veränderung stattfinden soll – im Alltag von Patientinnen.

Wir erleben Patientinnen zum Teil an verschiedenen Orten und in sehr unterschiedlichen Zuständen. Der junge Mann, der im Elternhaus in einem anderen Zustand erscheint als in der eigenen Wohnung – und vielleicht das erste Mal erlebt, dass jemand mit ihm an diesem Ort ist und dabei unterstützt, die dortigen Dynamiken zu reflektieren. Die Geschäftsfrau, die auf Dienstreise völlig anders wirkt als zuvor in der Praxis oder im eigenen Heim. Die ältere Dame, die gerade geweint hat und ihren Zustand ganz ohne Make-up offenbart, da sie das Haus nicht verlassen muss, um in die Praxis zu kommen. Es eröffnen sich durch das Setting vielfältige Möglichkeiten, Unterschiede im Kontakt und Erleben zu reflektieren, auch zwischen Online-Sitzungen und solchen vor Ort, wenn beide Settings zur Verfügung stehen: „Online fühle ich mich irgendwie weniger unsicher, als wenn wir uns in Ihrer Praxis sehen“ – eine gute Gelegenheit zur Reflexion über ein wichtiges Thema, insbesondere wenn sich die Patientin aufgrund genau dieser Unsicherheit ohne Online-Option nie in Therapie begeben hätte.

Der Online-Enthemmungseffekt nach Suler

Die körperliche Distanz führt bei einer Vielzahl von Menschen dazu, dass sie sich stärker öffnen als im klassischen Setting

(Suler, 2004; Day & Schneider, 2002), sich weniger unsicher (Simpson & Reid, 2005) und allgemein wohler fühlen und eher bereit sind, offen über schwierige Themen zu sprechen (Kocsis & Yellowlees, 2018). In einer Studie fanden sich bei Patientinnen im Videokontakt im Vergleich zum klassischen Setting höhere Werte in den Bereichen Initiative, Aktivität, Vertrauen, Enthüllung und Spontaneität, was das Autorenduo dahingehend interpretierte, dass das Setting die Eigenverantwortung fördert und als sicherer Rahmen dafür erscheint, sich dem Gegenüber zu öffnen (Day & Schneider, 2002). Dies kann Patientinnen ermöglichen, beispielsweise schambehaftete Themen in die Therapie einzubringen – oder überhaupt eine Therapie aufzusuchen. Menschen mit hohem Schamerleben und Kontrollbedürfnis scheinen dabei ganz besonders von der Möglichkeit der Videobehandlung zu profitieren (Simpson et al., 2005).

Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass der Aufbau einer tragfähigen Beziehung durch das Videoformat nicht beeinträchtigt wird (Simpson & Reid, 2014; Day & Schneider, 2002; Berger et al., 2015), und es gibt Hinweise, dass es sogar mitunter größere Intimität ermöglichen kann als der Kontakt im klassischen Setting (Kocsis & Yellowlees, 2018).

Grenzen

Es stellen sich hierdurch jedoch auch neue Fragen in Bezug auf den Umgang mit Grenzen, und es scheint mir in diesem Setting wichtig, besonders bedacht und respektvoll mit dieser großen Menge an persönlichen Informationen umzugehen. Insbesondere bei Patientinnen, die unvorbereitet aufgrund der Pandemie auf Videochat umgestiegen sind, sah ich mich häufiger in der Verantwortung, deren Grenzen zu schützen, indem ich sie etwa dazu ermutige, den Laptop ruhig stehen zu lassen während sie ein Kabel suchen. Oder Patientinnen auf der Suche nach einem geeigneten Therapieort darauf aufmerksam zu machen, dass ich gerade eine Wohnungsführung bekomme, und zu klären, was die Patientin mich wirklich sehen lassen möchte und was nicht.

Es ist in meinem Empfinden etwas anderes – und birgt unterschiedliche Implikationen für die therapeutische Arbeit, ob eine Patientin sich absichtlich im Schlafanzug vor den Bildschirm setzt, ob sie unbedacht Informationen preisgibt, oder ob wir gar Zeuginnen von Dingen werden, die wir nach dem Wunsch der Patientin eigentlich nicht hätten sehen sollen und ihr unangenehm sind. Während solche ungewollt offenbarten Informationen etwa beim ungeplanten Eintreten der Partnerin diagnostisch aufschlussreiche Informationen bieten können, wie sie bisweilen selbst in einer bewusst anberaumten Paarsitzung nicht spürbar geworden wären, und wir Patientinnen auf ungewohnte Weise näher kommen, stellen sich hierdurch auch Fragen nach unserem Umgang mit Grenzen, welche online für Patientinnen nach meinem Empfinden leichter verschimmen als bei der räumlichen Trennung von Alltag und Therapie.

Integration neuer Herausforderungen

Es entstehen vielfältige Situationen, auf die uns der übliche Therapiealltag nicht vorbereitet hat. Wie möchten wir damit

umgehen, wenn eine Patientin während der Sitzung raucht, wenn gerade ein Streit stattgefunden hat und die Partnerin nebenan ist? Wenn sich die Patientin an einem öffentlichen Ort befindet, der nicht ungestört ist, sie aber Unterstützung gut gebrauchen könnte oder wenn wir als Psychotherapeutinnen Einblicke bekommen, die uns selbst zu nah erscheinen? Die Entscheidung, wie damit hilfreich im Sinne unserer Patientinnen und unserer eigenen Grenzen umzugehen sei, mag nach Situation, Patientin und therapeutischer Haltung variieren, aber sie sollte reflektiert werden auf Basis fachlicher Überlegungen (Balick & Sümmerer, 2020). Der Ausdruck, Patientinnen dort abzuholen, wo sie sind, bekommt in diesem Setting eine sehr viel wörtlichere Bedeutung.

7. Klick und weg – das plötzliche Ende der Sitzung

Eben war die Psychotherapeutin noch mitten auf dem Tischchen neben dem Lieblingsstuhl, in einem intensiven Kontakt eingesogen in den Bildschirm und den Raum dahinter – und plötzlich ist der Bildschirm schwarz und die Patientin sitzt alleine auf dem Stuhl, auf einmal in Stille.

Auf das Ende der Sitzung zu orientieren, den Blick vom Bildschirm zu lösen und sich im Raum umzusehen, emotional wieder ganz im Hier und Jetzt des eigenen Ortes anzukommen, schwierige Inhalte gegebenenfalls symbolisch im Raum der Psychotherapeutin zu deponieren, zu besprechen, was die Patientin nach der Sitzung machen wird, vielleicht auch, wer aufliegen oder wie man sich verabschieden soll – dem Ende der Sitzung kommt in der Videotherapie eine andere Bedeutung bei, da sowohl übliche Abschiedsrituale wie die Begleitung aus dem Raum als auch der Weg aus der Praxis als sanfter Übergang hier ausscheiden.

Der Wegfall eines Weges kann darüber hinaus die Konsolidierung der Inhalte erschweren und dazu beitragen, dass Inhalte aus Online-Sitzungen schneller vergessen werden (Russell, 2015). Mit Patientinnen zu besprechen, wie sie die Sitzung noch etwas „sacken lassen“ könnten, kann daher eine sinnvolle Maßnahme sein, diesem Umstand Rechnung zu tragen. Seien dies ein paar Minuten für sich allein im Zimmer, eine Runde um den Block, ein Ankergegenstand aus dem Raum der Patientin oder Notizen, die sich die Patientin nach der Sitzung macht.

Fazit: Was ist videogestützte Therapie – und was nicht?

Videogestützte Psychotherapie ist nicht einfach dasselbe wie Präsenztherapie, nur mit einem Bildschirm dazwischen (Sümmerer, 2020). Sie ist eine eigene Behandlungsform mit einer Vielzahl von Besonderheiten, die auf multiplen Ebenen Implikationen für das therapeutische Herangehen mit sich bringt. Der schlichte Versuch einer möglichst exakten Übertragung des klassischen Settings auf den Bildschirm greift zu kurz

und führt potenziell zu Frustration auf beiden Seiten (Agar, 2019). „Dies würde im besten Fall bedeuten, ein Angebot zu machen, das unter den Möglichkeiten bleibt, und im schlechtesten Fall eine Situation herzustellen, die schlicht nicht sicher ist.“ (Balick, 2020, Übers.: C. S.).

Es gibt Dinge, die kann (und soll) der Videokontakt niemals ersetzen. Während uns dieses Format mit Limitierungen und Verlusten konfrontiert, birgt es gleichzeitig große Potenziale in Bezug auf den Zugang zu Therapie, methodische Möglichkeiten und Beziehungsgestaltung.

Die Eigenheiten der videogestützten Psychotherapie genauer zu verstehen und deren Bedeutung für die therapeutische Arbeit weiter zu reflektieren und zu erforschen, erscheint auch insofern wichtig, als davon auszugehen ist, dass die Videotherapie nach den Erfahrungen während der Pandemie sogar verstärkt Teil der psychotherapeutischen Versorgung sein wird (Wind et al., 2020). Idealerweise auf eine Art und Weise, die die jeweiligen Potentiale beider Settings zum größtmöglichen individuellen Nutzen für unsere Patientinnen im Blick hat.

Informationen zu technischen und formalen Voraussetzungen finden Sie hier:

Informationsseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung rund um formale und organisatorische Fragen der Videosprechstunde:
www.kbv.de/html/videosprechstunde.php

Praxis-Info Coronavirus:
www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/06/BPTK-Praxis-Info-Coronavirus.pdf

Praxis-Info Videobehandlung:
www.bptk.de/neue-praxis-info-videobehandlung/

Liste der zertifizierten Videodienstleister:
www.kbv.de/media/sp/Liste_zertifizierte-Videodienstleister.pdf

Anlage 31b Bundesmantelvertrag-Ärzte – Anforderungen an die Videosprechstunde:
www.kbv.de/media/sp/Anlage_31b_Videosprechstunde.pdf

Infokasten

Literatur

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

Aafjes-van Doorn, K., Békés, V. & Prout, T. A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during Covid-19: will we use video therapy again? *Counselling Psychology Quarterly*.

Berger, T., Klein, J. P. & Moritz, S. (2017). Internetbasierte Interventionen. In E.-L. Brakemeier & F. Jacobi (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Praxis* (S. 881–891). Weinheim: Beltz.

Day, S. X. & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 49 (4), 499–503.

Kocsis, B. & Yellowlees, P. (2018). Telepsychotherapy and the therapeutic relationship: Principles, Advantages and Case Examples. *Telemed J E Health*, 24 (5), 329–334.

Ogden, P. & Goldstein, B. (2019). Sensorimotor Psychotherapy from a Distance: Engaging the Body, Creating Presence, and Building Relationship in Videoconferencing. In H. Weinberg & A. Rolnick (Hrsg.), *Theory and Practice of Online Therapy – Internet-delivered Interventions for Individuals, Groups, Families, and Organizations* (S. 47–65). New York: Routledge.

Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, and Self-regulation*. New York: W. W. Norton.

Rees, C. & Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in face-to-face vs. Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (6), 649–653.

Russell, G. I. (2015). *Screen Relations*. London: Karnac.

Simpson, S. G. & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *The Australian Journal of Rural Health*, 22 (6), 280–299.

Sümmerer, C. (2020). So far and yet so close – What I’ve learned providing psychotherapy through a screen. Verfügbar unter: <https://medium.com/stiltpointspaces/so-far-and-yet-so-close-what-ive-learned-providing-psychotherapy-through-a-screen-5e7e16145324> [25.10.2020].

Tuerk, P. W., Keller, S. M. & Acierno, R. (2018). Treatment for anxiety and depression via clinical videoconferencing: evidence base and barriers to expanded access in practice. *Focus*, 16 (4), 363–369.

Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S. & Phelps, A. (2019). Efficacy of Synchronous Telepsychology Interventions for people with anxiety, depression, post traumatic stress disorder, and adjustment disorder: a rapid evidence assessment. *Psychology Services*, 16 (4), 621–635.

Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G. & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‚black swan‘ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20, 100317.



Dipl.-Psych. Christina Sümmerer

Privatpraxis für Psychotherapie und Beratung
 Karl-Kunger-Str. 17
 12435 Berlin
christina.suemmerer@gmx.de

Dipl.-Psych. Christina Sümmerer ist als Psychologische Psychotherapeutin (VT), Systemische Psychotherapeutin (DGSF) und Traumatherapeutin in eigener Privatpraxis tätig. Sie arbeitet sowohl im klassischen als auch im videotherapeutischen Setting, dessen Spezifika in den letzten Jahren zu einem speziellen Interessensgebiet von ihr wurden und zu dem sie Fortbildungsveranstaltungen für interessierte Kolleginnen anbietet.

Psychotherapie mit trans Personen

Gesellschaftliche Herausforderungen und ein aktuelles E-Health-Projekt

Janis Renner, Lars Täuber, Wiebke Blaszczyk, Arne Dekker, Peer Briken & Timo O. Nieder

Zusammenfassung: Trans Personen, die außerhalb einer Metropole wie Hamburg wohnen, sind in der Regel aufgrund eines Mangels an spezialisierter Gesundheitsversorgung an ihrem Wohnort strukturell benachteiligt. Das Modellprojekt i²TransHealth des Instituts für Sexualforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) will mit seinem E-Health-Angebot und lokalem Ärztinnen¹-Netzwerk bestehende Behandlungslücken schließen. Dabei wird im Modellprojekt die Wirksamkeit der gleichnamigen Intervention i²TransHealth mithilfe einer randomisiert-kontrollierten Studie und ergänzenden Untersuchungen (Kosteneffektivität, Prozessevaluation) geprüft. Der Artikel gibt einen Überblick über Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. Er soll aufzeigen, wie eine trans-informierte Gesundheitsversorgung gemäß der AWMF-S3-Leitlinie aussehen kann und warum aufgrund von strukturellen Problemen oder des Wohnorts nicht alle trans Personen von spezialisierten Versorgungsangeboten profitieren. Das Autorinnenteam zeigt die Bedeutung der psychotherapeutischen Begleitbehandlung auf, die von einem diversitätssensiblen Ansatz geprägt sein sollte. Abschließend beschreibt der Artikel die Potenziale internetgestützter Interventionen, wie sie mit i²TransHealth umgesetzt werden sollen.

Psychotherapie und die binäre Geschlechterordnung

Wie wir über Geschlecht denken, bestimmt auch das psychotherapeutische Handeln. Im Folgenden wird zunächst die Bedeutung von Annahmen zu Geschlechtern für die Psychotherapie dargelegt, bevor Konzepte der Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie vorgestellt werden. Zudem wird ein internetbasiertes Versorgungsprojekt für behandlingssuchende trans Personen präsentiert. Schließlich werden Implikationen für die psychotherapeutische Praxis skizziert.

Viele Menschen verlassen sich im Alltag darauf, dass ihr Gegenüber sich selbst geschlechtlich so erlebt, wie sie es auf Basis der äußeren Erscheinung annehmen. Diese automatisierte und in der Regel unbewusste Annahme trifft zu, wenn die Identität einer Person den körperlichen Geschlechtsmerkmalen und den damit verbundenen Rollenerwartungen entspricht. Allerdings blendet die meist unhinterfragte Einordnung die Tatsache aus, dass sich nicht alle Menschen mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Menschen anhand dichotom gedachter, biologischer Geschlechtsmerkmale als Männer und Frauen zu identifizieren, ihr gegenseitiges Begehren und ein spezifisches Geschlechtsrollenverhalten zu erwarten, kann als „heteronormatives“ (Butler, 1991) Geschlechtersystem angesehen werden. Ein solches nimmt die Zeugung von Nachkommen zum Ausgangspunkt einer *normalen* Geschlechtlichkeit und leitet davon *erstens* ab, dass nur solche Individuen gesund sind, die über eine ein-

deutige körperliche (vor allem genitale) Ausstattung verfügen, die sie zur Reproduktion befähigt und die binär, also weiblich *oder* männlich, gedacht wird. Andere Varianten der Geschlechtsentwicklung erfahren häufig noch eine Pathologisierung, mit vielfältigen und weitreichenden, benachteiligenden medizinischen, sozialen, rechtlichen u. a. Konsequenzen für Menschen.

Zweitens wird von allen Menschen mit eindeutigem Genitale auch eine eindeutige geschlechtliche Identifizierung erwartet – nämlich entweder als weiblich *oder* als männlich, und zwar in jener Form, die häufig bereits vor der Geburt identifiziert und dann lebenslang alltäglich und unterscheidbar angesprochen und wiederholt zugeschrieben wird, so dass eine Selbstwahrnehmung als Mann *oder* Frau – die Geschlechtsidentität – als natürlich und indiskutabel erscheint. Dieser in der Mehrheit der Fälle gelungene Prozess einer relativ stabilen Selbstidentifikation als männlich *oder* weiblich, die sich an das Genitale knüpft, wird auch „Cis-Normativität“ genannt. Im Rahmen einer solchen Geschlechterordnung werden Menschen mit anderen Entwicklungsverläufen, die sich beispielsweise trotz einer Vagina nicht als Frau oder trotz eines Penis nicht als Mann fühlen, von einigen Teilen der Bevölkerung ausgeschlossen und sozial diskriminiert. Die Wirkungen dieses machtvollen Prozesses sind spürbar in den Irritationen vieler Menschen, wenn sich eine Person mit erkennbaren Brüsten als Mann vorstellt oder ei-

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

ne weiblich gekleidete und geschminkte Person mit tiefer Stimme spricht, aus einem Gesicht, das einen Bartschatten erkennen lässt. Die Wirkungen zeigen sich aber auch in der Sorge einer Person, sie könne mit den eigenen veränderlichen oder unveränderlichen Merkmalen als „zu weiblich“ oder „zu männlich“ gelten. Dies macht deutlich: Wir alle durchlaufen diesen Prozess hinsichtlich verschiedener Annahmen über Geschlechter und können uns seiner Wirkung nicht ohne Weiteres entziehen.

Auch trans Personen sind unter den Bedingungen einer binären Vorstellung von Geschlecht sozialisiert. Als „Trans-Normativität“ lässt sich vor diesem Hintergrund die Vorstellung beschreiben, dass eine Angleichung an das erlebte Geschlecht in einem eindeutig weiblichen oder männlichen Resultat zu enden habe. Diese Vorstellung wird durchaus

— Aus biopsychosozialer Perspektive lässt sich Geschlechtlichkeit nicht auf anatomische Gegebenheiten reduzieren – wir verstehen sie als komplexen und dynamischen Prozess verschiedener Komponenten.

auch von trans Personen vertreten und ist so zumindest in Teilen der Trans-Community wirksam. Begründet wird dies häufig mit der Sorge vor erneuter sozialer Anfeindung, wenn das *passing*² als eines der binären Geschlechter als unzureichend bewertet wird. Dies kann Ausdruck einer internalisierten Trans-Negativität³ sein, also einer Ablehnung des eigenen Andersseins als Ergebnis der Sozialisation in einer cis- und heteronormativen Gesellschaft. Denn *drittens* werden männliche und weibliche Rollenstereotype als Ausdruck der Geschlechtsidentität vermittelt und eingeübt, eigene Erlebens- und Verhaltensweisen, die dem anderen Geschlecht zugeordnet sind, sozial sanktioniert. Ein „Dazwischen“ oder „Nichtbinäres“ wird in der Regel nicht toleriert, weder körperlich noch psychisch oder sozial (Nieder & Richter-Appelt, 2011).

Aus biopsychosozialer Perspektive lässt sich Geschlechtlichkeit nicht auf anatomische Gegebenheiten reduzieren (für die Frage nach dem Geschlecht und wie es zu verstehen ist, siehe auch die jüngst veröffentlichte Debatte in der Zeitschrift für Sexualforschung: Bauer, 2019; Ponseti & Stirn, 2019; Strauß & Nieder, 2019; Villa, 2019; Voß, 2019). Wir verstehen Geschlechtlichkeit als komplexen und dynamischen Prozess, sowohl des Körperlichen als auch der Geschlechtsidentität und des geschlechtlichen Ausdrucks (vgl. auch Köhler et al., 2019).⁴ Der folgende Abschnitt gibt daher einen Überblick über zentrale Begriffe im Kontext der Gesundheitsversorgung für trans Menschen.

Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit

Trans fungiert als Sammelbegriff und Kurzform für z. B. transgender, transident oder transgeschlechtliche Personen, deren Geschlechtsidentität und geschlechtlicher Ausdruck nicht dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht entsprechen (vgl. z. B. T'Sjoen et al., 2020). Dies betrifft sowohl Personen mit binärem Selbstverständnis als Frau oder Mann als auch non-binäre trans Personen, die sich nicht (ausschließlich) als männlich oder weiblich verorten, sondern z. B. als non-binär, genderqueer, genderfluid oder genderneutral. Trans als Selbstbeschreibung würdigt die verschiedenen Lebensrealitäten vieler trans Personen und gilt als weitgehend akzeptierter und inklusiver Begriff (in Übereinstimmung mit der S3-Leitlinie für Trans-Gesundheit, vgl. Nieder & Strauß, 2019). Einige Betroffene lehnen trans oder trans* mit Sternchen als Selbstbezeichnung ab und verwenden andere Selbstbeschreibungen, z. B. transsexuell.

Für die klinische und psychotherapeutische Arbeit ist von Bedeutung, dass sich die Begriffe und die diagnostischen Kriterien in den verschiedenen Manualen verändert haben. Gegenüber der ICD-10-Diagnose Transsexualismus, die für das deutsche Gesundheitssystem weiterhin sozialrechtlich verbindlich ist, ist die Geschlechtsinkongruenz in der ICD-11 nicht mehr als psychische Störung, sondern in einem neuen Kapitel *Conditions related to sexual health* (World Health Organization, 2018) gelistet. Nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) liegt eine Geschlechtsdysphorie vor, wenn die Geschlechtsinkongruenz zu einem klinisch bedeutsamen Leidensdruck führt. Grundlage einer Behandlung ist demnach nicht mehr die Trans-Identität, sondern die Geschlechtsdysphorie, also das Leiden unter der Geschlechtsinkongruenz.

Bis heute prägt das binäre Paradigma des Transsexualismus die Vorstellung von einer Transition als linearem Behandlungsverlauf der körperlichen und sozialen Anpassung

2 Unter *passing* (von englisch „to pass for“ oder „to pass as“ „als ... durchgehen“; „sich als ... ausgeben“) versteht man das soziologische Phänomen, dass die soziale Identität einer Person – etwa Geschlecht, Klasse, Rasse/Ethnie, sexuelle Orientierung oder eine Körperbehinderung – von Außenstehenden nicht erkannt wird und die Person damit nicht den mit dieser Identität verbundenen gesellschaftlichen Erwartungen, Normen und Rechten unterliegt.

3 Trans-Negativität beschreibt Vorurteile, Aggressionen und soziale Diskriminierungen gegen trans Personen, die aus einer cis- und heteronormativ geprägten Angst vor ihrem Geschlechtsausdruck und ihren Lebenswelten resultieren. Cis- und heteronormative Bewertungen werden auch von trans Personen verinnerlicht und führen zu *internalisierter* Trans-Negativität, die mit inneren Angriffen auf das eigene Sein einhergeht und so zu psychischem Stress führt.

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

von Mann zu Frau oder von Frau zu Mann – davon abweichende, non-binäre Verläufe wurden nicht gesehen und/oder nicht akzeptiert (Nieder & Richter-Appelt, 2011) und bis heute marginalisiert (Burgwal et al., 2019; Reisner & Hughto, 2019). Allerdings beschränkt sich die DSM-5-Diagnose Geschlechtsdysphorie nicht auf binäre Vorstellungen von Geschlechtlichkeit und schließt non-binäre Geschlechtsidentitäten ein, genauso wie die ICD-11-Diagnose Geschlechtsinkongruenz. So reflektieren diese diagnostischen Kriterien die Diversität von trans Personen hinsichtlich ihrer Identitäten und Behandlungsanliegen (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; James et al., 2016; Köhler et al., 2018). Auch streben nicht alle trans Personen körpermodifizierende Behandlungen an (Nieder et al., 2019) oder verfolgen ausschließlich ausgewählte Modifikationen, wenn sie sich z. B. als non-binär oder genderqueer verstehen und dementsprechend leben wollen (vgl. Köhler et al., 2019). Damit ist die Heterogenität von trans Personen und ihrer Anliegen an die Gesundheitsversorgung evident (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; Eyssel et al., 2017; James et al., 2016).

Weltweit besteht fachlicher Konsens darüber, dass trans Personen im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung den Zugang zu einer multimodalen, trans-informierten Gesundheitsversorgung erhalten sollen (Coleman et al., 2012; T'Sjoen et al., 2020; World Medical Association, 2015). In einem Erfolg versprechenden interdisziplinären Ansatz sollten Psychotherapie und Psychiatrie, Endokrinologie, Gynäkologie, Urologie, Plastische Chirurgie, Dermatologie und ggf. Phoniatrie koordiniert zusammenarbeiten (Murad et al., 2010). Transitionsunterstützende Behandlungen umfassen damit ein weites Spektrum möglicher Maßnahmen:

- psychotherapeutische Begleitbehandlungen vor und im Zuge der Transition, z. B. als Hilfestellung zur Klärung des individuellen Weges oder zur Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen;
- Hormonbehandlungen, z. B. mit Östrogenen und Anti-Androgenen;
- chirurgische Eingriffe im Brust- und/oder Genitalbereich, z. B. die Mastektomie oder die Anlage einer Neovulva und -vagina.

Allerdings lassen sich sowohl in der EU als auch weltweit massive Zugangsbarrieren feststellen (European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; Institute of Medicine of the National Academies, 2005).

Interdisziplinäres Transgender Versorgungszentrum am UKE

Mangels wohnortnaher Alternativen nehmen viele Behandlungssuchende trans Personen Angebote der dezentralen Versorgung wahr, die ihren Anliegen häufig nicht oder nicht

bedarfsgerecht entsprechen. Das 2013 gegründete Interdisziplinäre Transgender Versorgungszentrum am UKE ist deutschlandweit eines der wenigen Zentren, an denen spezialisiert an einem Ort Fachpersonen für Trans-Gesundheit Behandlungsangebote bei Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie umsetzen.

Das Interdisziplinäre Transgender Versorgungszentrum steht allen trans Personen offen, unabhängig davon, wo sie sich in dem breiten Spektrum von Geschlecht verorten. Es ermöglicht bei Vorliegen einer Indikation den Zugang zu vielfältigen Behandlungen, die im Rahmen einer medizinischen Transition relevant sind. Das umfasst sowohl transitionsunterstützende Maßnahmen, wie etwa eine Hormonbehandlung, als auch Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Koordiniert durch das Institut für Sexualforschung werden am UKE die unterschiedlichen Versorgungsebenen ambulant/stationär, somatisch/psychotherapeutisch und medikamentös/chirurgisch aufeinander abgestimmt. So umfasst das Interdisziplinäre Transgender Versorgungszentrum elf Disziplinen unter einem Dach, was eine enge Zusammenarbeit von Fachpersonen gewährleistet. Beteiligt sind die Sexualmedizin und Psychotherapie (sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche), Endokrinologie, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Phoniatrie, Osteologie, Plastische Chirurgie, Physiotherapie und Humangenetik.

Wesentliche Anlaufstelle für trans Personen im Interdisziplinären Transgender Versorgungszentrum des UKE ist die Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender Versorgung. Dort nehmen die Mitarbeiterinnen mit einem diversitätssensiblen Ansatz die individuelle Situation der Behandlungssuchenden an. Essenziell ist dabei die Begegnung von Behandelnden und Behandlungssuchenden auf Augenhöhe, die eine partizipative Transitionsbegleitung ermöglichen soll. Nach diagnostischer Einschätzung und entsprechender Indikationsstellung kann eine psychotherapeutische Behandlung zur Klärung beitragen, wie eine trans Person ihr Leben in ihrem Geschlecht leben möchte, ganz gleich, welche Richtung oder welches Ausmaß die Transition annimmt. Auf Basis der informierten Zustimmung soll eine trans Person selbst über ihren Weg entscheiden können.

In Hamburg machen wir mit diesem Ansatz gute Erfahrungen. Dennoch kommt die bedarfsgerechte Trans-Gesundheitsversorgung in der Versorgungsbreite nur schwer an. Die Umsetzung von aktuellen Behandlungsempfehlungen bleibt häufig eine Herausforderung.

S3-Leitlinie zur Trans-Gesundheitsversorgung

Am 9. Oktober 2018 nahm die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdyspho-

rie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung und Behandlung“ auf S3-Niveau in ihr Leitlinienregister auf.⁵ Auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) konsentierten Fachpersonen aus einer repräsentativen Leitliniengruppe, mandatiert von insgesamt 14 Fachgesellschaften und Berufsverbänden, so z. B. die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPNN), das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), der Bundesverband Deutscher Psychiater (BVDP), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesverband Trans* (BVT*), auf Basis systematisch recherchierter empirischer Evidenz 100 Empfehlungen, welche die Trans-Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern sollen. Das Gremium verfolgte das Ziel, internationale Behandlungsstandards für deutsche Strukturen adäquat zu übersetzen (Nieder & Strauß, 2014, 2019).

Die Leitlinie erkennt die vielfältigen auf das Gesundheitssystem bezogenen Bedürfnisse von trans Personen an. Bestandteil der Empfehlungen ist die klare Positionierung zur individualisierten Behandlung und die damit verbundene Abkehr von einem *One-size-fits-all*-Ansatz. Stattdessen soll eine trans Person mit Behandlungsanliegen von einem individuellen An-

Bei einem ausgeprägten oder antizipierten Leidensdruck sind laut S3-Leitlinie Indikationen für somatische Behandlungen empfohlen, die in einer partizipativen Entscheidungsfindung erarbeitet werden sollen.

gebot profitieren, das ihrer Lebenssituation gerecht werden kann. Diese Angebote reichen von einer diversitätssensiblen Beratung über eine psychotherapeutische Begleitbehandlung im Zuge der Transition und eine Psychotherapie zur Klärung innerpsychischer Konflikte, zur Orientierung und/oder zur Bewältigung von Invalidierungs-, Diskriminierungs- und/oder Traumatisierungserfahrungen sowie zur Behandlung begleitender psychischer Störungen bis hin zur Indikation und Durchführung somatischer Behandlungen, wie etwa einer Hormontherapie oder geschlechtsangleichender Operationen (Köhler et al., 2019).

Bewusst rückt die S3-Leitlinie die Autonomie und Selbstbestimmung von trans Personen in den Mittelpunkt (Nieder & Strauß, 2019). Bei einem ausgeprägten oder antizipierten Leidensdruck sind Indikationen für somatische Behandlungen empfohlen (Köhler et al., 2019), die in einer partizipativen Entscheidungsfindung erarbeitet werden sollen (Nieder & Strauß, 2019; Sauer & Nieder, 2019). So bleibt die Deutungshoheit über den Körper einerseits bei der behandlingssuchenden trans Person (Köhler et al., 2019; Sauer & Nieder, 2019), es bedarf aber andererseits der fachlichen Einschätzung, welche Maßnahme

zur Symptomlinderung der Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie und zur Verbesserung der Lebensqualität indiziert ist (Nieder & Strauß, 2019). Dazu sollten Psychotherapeutinnen ihre eigenen, notwendigerweise normativ geprägten Annahmen zu Geschlecht, Körperlichkeit und Identität reflektieren und sich eine trans-sensible Perspektive in der Behandlung erarbeiten (vgl. Günther, 2015; Köhler et al., 2019). Nachfolgend fokussieren wir auf die psychosoziale und psychotherapeutische Komponente in der Trans-Gesundheitsversorgung, die auch für das Modellprojekt i²TransHealth unabdingbar ist.

Aufgabe der psychotherapeutischen Begleitbehandlung in der Trans-Gesundheitsversorgung: vor Ort oder per Videosprechstunde

Die Behandlungsanliegen von trans Personen an eine psychotherapeutische Behandlung unterscheiden sich zunächst nicht in Abhängigkeit davon, ob die psychotherapeutischen Gespräche vor Ort oder per Videosprechstunde stattfinden. Behandlungssuchende trans Personen leiden zum Teil erheblich

an der Inkongruenz zwischen ihrer Geschlechtsidentität und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen bzw. dem zugewiesenen Geschlecht. Mit diesem Leiden werden sie häufig nicht verstanden, bleiben alleine und sind Diskriminierungen und Ausschlüssen bis hin zu Traumatisierungen ausgesetzt (Günther et al., 2019). Dieser

Minderheitenstress (vgl. Hendricks & Testa, 2012) kann zur Ausbildung von depressiven und Angsterkrankungen (Bockting et al., 2013) führen, aber auch zu posttraumatischen, Persönlichkeits-, Ess- oder somatoformen Störungen sowie Substanzabhängigkeit.

Trans Personen können also psychosozial äußerst vulnerabel sein und bedürfen deshalb einer Psychotherapie in einem geschützten und vorurteilsfreien Raum, in dem sie ihr geschlechtsbezogenes Unbehagen und damit verbundene Ängste, Hoffnungen, Belastungen und Fragen offen thematisieren können. Vor dem Hintergrund der oben erwähnten Normierungsprozesse erschöpft sich diese Anforderung allerdings nicht in einfacher Toleranz. Neben den üblichen diagnostischen und therapeutischen Fertigkeiten sind spezifisches Wissen über die Lebensrealitäten von trans Personen sowie spezielle Kompetenzen hilfreich. Dabei kann es um eher praktische Hilfestellung gehen, wie etwa das Orientieren im komplexen Prozess einer Geschlechtsaneignung, oder auch darum zu reflektieren, wie die eigene cis- und heteronormative Sozialisation in die Arbeit mit trans Personen hinein-

5 www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html

wirkt. Dies ist auch vor dem Hintergrund einer strukturellen Abhängigkeit notwendig, die kennzeichnend für die psychotherapeutische Arbeit im Kontext von Trans ist, vor und während der Transition.

Behandlungssuchende trans Personen benötigen von Psychotherapeutinnen eine Indikation für transitionsunterstützende somatische Behandlungen, die in vielen Fällen notwendig sind, um die Geschlechtsdysphorie zu lindern. Die Grundlage einer Indikation für hormonelle, dermatologische oder chirurgische Maßnahmen zur Angleichung des körperlichen Geschlechts ist die medizinische Notwendigkeit, d. h. die Linderung der Geschlechtsdysphorie bzw. die Reduzierung der Geschlechtsinkongruenz und die Verbesserung der Lebensqualität. Hierfür ist – so der Status quo – die Unterschrift einer approbierten Fachkraft für Psychotherapie oder Psychiatrie notwendig (vgl. Nieder & Strauß, 2019). Psychotherapeutinnen wird damit eine machtvolle Position im Leben von trans Personen zugeschrieben, aus der in der gegenwärtigen Behandlungsrealität weder Psychotherapeutinnen noch Patientinnen einfach heraustreten können.

Psychotherapeutische Arbeit mit behandlingssuchenden trans Personen, die auch die Option zur Indikation beinhaltet, findet also vor dem Hintergrund einer strukturellen Abhängigkeit statt und kann somit im Widerspruch zum psychotherapeutischen Selbstverständnis stehen. Das Behandlungsangebot an trans Personen enthält also eine Doppelbotschaft aus Unterstützung und Zwang, auf die trans Personen ambivalent, konflikthaft und kompromisshaft reagieren können, z. B., indem sie „geglättete“ und möglichst widerspruchssarme Trans-Lebensläufe berichten (Nieder & Richter-Appelt, 2011). Die Behandlungssituation strukturiert damit die Möglichkeiten, mit denen trans Personen ihre unterschiedlichen Behandlungsanliegen – zwischen fragender Unsicherheit und bereits sicher getroffener Entschlossenheit für einen bestimmten Weg – anbringen können.

In diesem Kontext muss für eine behandlingssuchende trans Person spürbar sein, dass die Trans-Identität nicht als Ausdruck von Psychopathologie verstanden wird und dass die Behandlung gerade wegen des strukturellen Machtgefälles affirmativ, partizipativ und auf Augenhöhe gestaltet wird. Um eine diversitäts- und trans-sensible Haltung einnehmen zu können, ist es für Psychotherapeutinnen hilfreich und notwendig, sich für die Lebensrealitäten von trans Personen zu sensibilisieren und die Effekte der eigenen cis- und heteronormativen Sozialisierung kritisch zu reflektieren. Denn das Thema Trans und die psychotherapeutische Arbeit mit trans Personen stellen die gewohnten

Wahrnehmungs- und Denkkategorien über Geschlecht und Sexualität infrage und fordern sie heraus (Günther et al., 2019). Diese Infragestellung kann verunsichern, verwirren und zu innerer Gegenwehr führen: Es mag herausfordernd und anstrengend zugleich sein, in der eigenen Reaktion wiederholt die Einflüsse cis- und heteronormativer Internalisierungen wahrzunehmen (Heenen-Wolff, 2018; Zach, 2017). Gelingt dies aber nicht, sind trans Personen in Gefahr, dass ihr (Er-)Leben in der Psychotherapie erneut zum Ziel agierter Trans-Negativität wird.

Aus unserer Sicht ist es für Fachpersonen daher sehr empfehlenswert, den Einfluss ihrer cis- und heteronormativen Sozialisation kritisch zu reflektieren (Wolf & Meyer, 2017). Sie können dann bemerken, wenn sie eine behandlingssuchende trans Person aus der normativen Position des binär-geschlechtlich gedachten Körpers wahrnehmen. Diese Reflexion ist auch nötig, wenn die Abkehr von der (Psycho-)Pathologisierung von Trans in der Tiefe nachvollzogen werden soll. Eine diversitätssensible und geschlechterreflektierte Haltung ist hilfreich, um gegenüber trans Personen ein empathisches Verständnis zu entwickeln, eine respektvolle Haltung einzunehmen und mögliche Vorbehalte gegenüber dem Gesundheitssystem im Allgemeinen und der Psychotherapie im Besonderen zu verringern (vgl. Rauchfleisch, 2019). So kann eine tragfähige psychotherapeutische Beziehung entstehen, die den persönlichen und sozi-

— Psychotherapeutische Arbeit mit behandlingssuchenden trans Personen, die auch die Option zur Indikation beinhaltet, findet also vor dem Hintergrund einer strukturellen Abhängigkeit statt und kann somit im Widerspruch zum psychotherapeutischen Selbstverständnis stehen. —

alen Kontext einer Person insgesamt in den Blick nehmen und den individuellen Weg aus der Geschlechtsdysphorie finden kann. Ist die psychotherapeutische Beziehung tragfähig, können Mehrfachbelastungen, internalisierte Trans-Negativität oder die psychosoziale Bewältigung der Geschlechtsangleichung aufgegriffen und die Resilienz der Betroffenen gestärkt werden (Köhler et al., 2019). Drohende prekäre Verhältnisse durch Job- oder Wohnungsverlust oder Mikro- und Makroaggressionen in sozialen Kontakten sind für die therapeutische Arbeit gleichermaßen relevante Themen wie Selbstfindung, Coming-out und Auswirkungen einer medizinischen Transition (Hahne & Stern, 2019). Es bleibt eine Herausforderung, die Barrieren zur Trans-Gesundheitsversorgung abzubauen. Die zunehmende Digitalisierung bietet Chancen, ein spezialisiertes Angebot besser zugänglich machen zu können. Der folgende Abschnitt behandelt daher die Rolle von E-Health für einen wohnortsunabhängigeren Zugang zur spezialisierten Versorgung von behandlingssuchenden trans Personen.

Rolle von E-Health für einen wohnortsunabhängigeren Zugang zur Versorgung

Nicht erst als spürbare Folge der COVID-19-Pandemie existieren zunehmend internetbasierte Behandlungsangebote im Gesundheitssystem. Bereits 2018 hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 121. Deutschen Ärztetag eine Änderung der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen (MBO-Ä 1997) beschlossen, die Ärztinnen die unterstützende Nutzung von „Kommunikationsmedien“ in der Behandlung von Patientinnen erlaubt. Dies öffnete die Behandlungsmöglichkeiten dahingehend, dass Personen auch über digitale Wege behandelt werden können, sofern die Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewährleistet sind. Internetgestützte Interventionen haben sich als wirksam erwiesen, um in verschiedenen Phasen von psychischen Erkrankungen Symptome zu lindern und Stressoren zu verringern (Andersson & Cuijpers, 2009). Zudem können sie für Personen aus benachteiligten Regionen eine Zugangsmöglichkeit zur Gesundheitsversorgung bieten.

Seit Gründung des Transgender Versorgungszentrums am UKE im Jahr 2013 haben wir anhand der klinischen Praxis und vor allem über Rückmeldungen aus den verschiedenen Trans-Selbsthilfegruppen im Umland festgestellt, dass trans Personen, die außerhalb von Hamburg leben, einen erschwerten Zugang zu einem spezialisierten Versorgungsangebot haben, ohne dass eine adäquate Behandlung in Wohnortnähe dies kompensieren kann. Dieser Versorgungsmangel kann zu einer weiteren Belastung für die Gesundheit von trans Personen führen (vgl. Edmiston et al., 2016; Kano et al., 2016; Knutson et al., 2018; Rosenkrantz et al., 2017; White Hughto et al., 2016). Aufgrund der eingeschränkten Sichtbarkeit von trans Personen in ländlichen oder suburbanen Regionen besteht zudem die Gefahr, dass Fachkräfte im Gesundheitssystem die spezifischen Barrieren oder Konflikte der Betroffenen übersehen. Mobbing, Viktimisierung und emotionaler Stress können insbesondere für jene trans Personen kontinuierliche Belastungen darstellen, die in einem wenig trans-sensiblen Umfeld aufwachsen (Eisenberg et al., 2019). Erschwerend kommen für einige trans Personen ein häufig geringerer sozioökonomischer Status, negative Reaktionen in Ämtern und Behörden, fehlende Krankenversicherungen, wiederholte Krankenhausaufenthalte mit zum Teil längeren Erholungsphasen z. B. nach einer Operation, Fehlzeiten aufgrund von Behandlungsterminen oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, wie etwa Mobbing oder Aufstiegshindernisse, hinzu (vgl. *European Union Agency for Fundamental Rights, 2020*; do Mar Castro Varela, 2012).

Wenn das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung belastet ist, etwa aufgrund negativer Vor- oder Diskriminierungserfahrungen (z. B. in Form erwarteter oder erlebter mangelnder Expertise oder Sensibilität durch Gesundheitsfachkräfte für die eigenen Behandlungsanliegen, vgl. *Loos et al., 2016*),

bleibt trans Personen häufig nur übrig, eine Behandlung abzulehnen, den Wohnort zu wechseln oder sich auf ein unzureichend bedarfsgerechtes Angebot einzulassen. Dadurch riskieren sie nicht nur einen Verlust bestehender sozialer Integration und weitere Diskriminierungserfahrungen, sondern auch wenig zielführende Behandlungen und eine hohe Unzufriedenheit mit der Behandlung (Fuchs et al., 2012; *Loos et al., 2016*). Um die Möglichkeit einer trans-informierten Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen, wählen viele behandlingssuchende trans Personen daher den Weg in Community-basierte und/oder spezialisierte Einrichtungen, die vorwiegend in größeren Städten zu finden sind, auch wenn dies einen erheblichen Aufwand, lange Fahrtzeiten und Verdienstausschlag bedeuten kann (*European Union Agency for Fundamental Rights, 2020*; Whitehead et al., 2016).

Die skizzierte Situation bedingt eine Selektion und überlässt so manche trans Person, die auf ein Behandlungsangebot angewiesen wäre, einer unzureichenden Versorgung. Dabei können sich Psychotherapeutinnen, die an einer Behandlung von trans Personen interessiert sind, mithilfe von Weiterbildungen (z. B. der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung oder des Bundesverbands Trans*) fortbilden und über internetbasierte Angebote wie Videosprechstunden wohnortbedingte Behandlungslücken schließen.

i²TransHealth – Ein E-Health-Projekt für trans Menschen außerhalb Hamburgs

Insbesondere außerhalb urbaner Ballungszentren bedarf es Nachbesserungen in der Trans-Gesundheitsversorgung. E-Health-Ansätze, die dazu beitragen, wohnortbedingte Benachteiligungen für trans Personen zu bewältigen (Fraser, 2009; Horvath et al., 2014), existieren bisher jedoch nicht. Nachdem wir die aktuellen Empfehlungen der evidenzbasierten Versorgung für behandlingssuchende trans Personen beschrieben haben, stellen wir im Folgenden das Modellprojekt i²TransHealth vor, in dessen Rahmen durch eine regelmäßige Videosprechstunde und ein regionales Ärztinnen-Netzwerk die Trans-Versorgung im norddeutschen Raum verbessert werden soll.

In Anbetracht der skizzierten Versorgungslücke hat das Institut für Sexualforschung des UKE ein Modellprojekt entwickelt, das vom Innovationsfonds der Bundesregierung gefördert wird: *i²TransHealth – Interdisziplinäre, internetbasierte Trans-Gesundheitsversorgung*. i²TransHealth ist ein Versorgungsvorhaben und zugleich der Name einer Intervention, die explizit die Benachteiligung von trans Personen aus dem ländlichen oder suburbanen Raum adressiert. Die Intervention i²TransHealth umfasst regelmäßig stattfindende Videosprechstunden und ein regionales Ärztinnen-Netzwerk, das ambulant Hilfe bei gesundheitlichen Fragen und auftretenden Krisen bietet. Die Wirksamkeit der beschriebenen Intervention wird im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie überprüft.

Erstmals in Deutschland können behandlungssuchende trans Personen ein E-Health-Behandlungsangebot in Anspruch nehmen, das sie in der frühen Phase einer Transition begleitet und bei Bedarf weitere Behandlungsoptionen im Rahmen des Transgender-Centrums des UKE vermittelt. Als randomisiert-kontrollierte Studie richtet sich i²TransHealth zunächst an Personen aus Norddeutschland, deren Wohnort im Einzugsgebiet der vier um Hamburg liegenden Bundesländer Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Bremen liegt. Teilnahmeberechtigt sind volljährige Personen, die mindestens 50 Kilometer entfernt von Hamburg wohnen, die notwendige Technik für eine Videosprechstunde bedienen können und nicht bereits andernorts transitionunterstützende Behandlungen begonnen haben. Schwer depressive, akut psychotische, suizidale sowie substanzabhängige Personen sind von i²TransHealth ausgeschlossen.

In der Interventionsgruppe erhalten Studienteilnehmende 14-tägig über vier Monate mithilfe von Videosprechstunden eine psychotherapeutische Begleitbehandlung. Zusätzlich haben sie über eine E-Health-Plattform (www.i2transhealth.de) die Möglichkeit, ihren Studientherapeutinnen Nachrichten zu schreiben und weiterführende Informationen für ihre Transition zu erhalten. Die Teilnehmenden der Wartegruppe können i²TransHealth nach vier Monaten ebenfalls nutzen. Schließlich können beide Gruppen nach viermonatiger Studienteilnahme wahlweise in die Online- oder Regelversorgung überführt werden.

Nach einem Erstgespräch vor Ort am UKE in Hamburg und der diagnostischen Einschätzung erfolgen die Randomisierung und die Online-Begleitbehandlung, wodurch weitere Anreisen entfallen. Als randomisiert-kontrollierte Studie angelegt, untersucht i²TransHealth, ob der gewählte Ansatz zu einer verringerten Symptombelastung sowie zu einer höheren Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit führt. Bei i²TransHealth geht es weniger um den direkten Ausblick auf medizinische Transitionsschritte, sondern primär um die psychotherapeutische Begleitbehandlung, die Personen in verschiedenen Phasen ihrer Exploration der Geschlechtsidentität oder Bewältigung des Alltags nach erfolgtem oder bevorstehendem Coming-out unterstützen soll. Somit spricht i²TransHealth Menschen mit verschiedenen Anliegen gleichermaßen an: jene, die für sich einen stark ausgeprägten Wunsch nach medizinischer Transition haben, und jene, die noch am Anfang stehen und für sich Klarheit über den weiteren Lebensweg finden möchten. Die Behandlung ist ergebnisoffen und verfolgt nicht das Ziel, eine bestimmte Richtung vorzugeben. Vielmehr eröffnen die i²TransHealth-Studientherapeutinnen einen sicheren Raum, in dem Ängste, Unbehagen, Zweifel und Wünsche offen thematisiert werden können. Sie set-

zen an den individuellen Ressourcen an, legen diese offen und stärken sie. So soll die Autonomie der Behandlungssuchenden gefördert und erreicht werden, dass sie tragfähige Ideen zur Lebensführung gewinnen.

In psychischen oder somatischen Krisen können Online-Kontakte den persönlichen Kontakt vor Ort jedoch nicht ersetzen. Aus diesem Grund beinhaltet i²TransHealth auch ein ambulantes Ärztinnen-Netzwerk. Angeordnet als Raute rund um Hamburg und verteilt über die norddeutschen Bundesländer, haben sich an sechs Standorten jeweils eine Hausärztin und eine Psychiaterin bereit erklärt, sich in den Besonderheiten der Trans-Gesundheitsversorgung schulen zu lassen und als wohnortnahe Praxen während der Studienlaufzeit im Krisenfall den Teilnehmenden zur Verfügung zu stehen. An das Ärztinnen-Netzwerk können sich zudem Studieninteressierte wenden, die erst persönlichen Kontakt mit einer Ärztin in direkter Umgebung wünschen, ehe sie sich bei fortbestehendem Interesse im Projekt vorstellen.

Die als wissenschaftliches Projekt angelegte neue Versorgungsform ist auf Nachhaltigkeit ausgelegt und soll unter Vorbehalt einer positiven Evaluation verstetigt werden. Zudem erhoffen wir uns von der Zusammenarbeit mit und der Schulung von ambulanten Fachärztinnen, dass sich Vorbehalte von trans Personen gegenüber bisher noch nicht trans-informierten Gesundheitsfachkräften verringern (Knutson et al., 2018; Rosenkrantz et al., 2017). Ziel ist es, mithilfe von Digitalisierung und Telemedizin trans Personen flächendeckend bedarfsgerechte Versorgungsbedingungen zu ermöglichen.

Perspektivisch sollen die Erfahrungen und Ergebnisse aus unserem Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgungssituati-

Bei i²TransHealth geht es (...) primär um die psychotherapeutische Begleitbehandlung, die Personen in verschiedenen Phasen ihrer Exploration der Geschlechtsidentität oder Bewältigung des Alltags nach erfolgtem oder bevorstehendem Coming-out unterstützen soll.

on für trans Menschen beitragen. Zudem soll geprüft werden, inwiefern i²TransHealth als Programm einer Universitätsklinik auch in anderen Regionen Deutschlands implementiert werden kann. Schließlich adressiert i²TransHealth deutschlandweit bislang einzigartig spezifische Problemstellungen von trans Menschen. Trans Personen, die sonst größtenteils auf den Zugang zur hochspezialisierten, interdisziplinären Versorgung in Metropolen hoffen und lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, könnten durch Online-Interventionen und Wissenszuwachs durch eine E-Health-Plattform schneller und einfacher wohnortsunabhängig die gewünschten Informationen und Behandlungen erhalten. Dafür ist auch der Ausbau von ambulanten Netzwerken wie unserem Ärztinnen-Netzwerk von

Bedeutung, um Vorbehalte seitens der Fachpersonen sowie strukturelle Diskriminierungen weiter abzubauen. Die Erfahrungen und Erkenntnisse sollen für eine Implementierung genutzt werden. Dazu wollen wir nach Abschluss der Interventionsphase verschiedene Schulungsmaterialien entwickeln, um einen möglichen Transfer der E-Health-Plattform zu unterstützen und Fachpersonen vor Ort zu beraten.

Interessierte Kolleginnen sind schon jetzt herzlich eingeladen, sich zum Austausch oder für die Zukunft mit uns zu vernetzen, und wir sind dankbar, wenn Sie unser Projekt in Fachkreisen teilen und behandlingssuchenden trans Personen empfehlen.

Literatur

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

- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A. & Coleman, E. (2013). Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. *American Journal of Public Health*, 103 (5), 943–951.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J. et al. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13 (4), 165–232.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality*. Luxembourg.
- Eyssel, J., Köhler, A., Dekker, A., Sehner, S. & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS ONE*, 12 (8), e0183014.
- Günther, M., Teren, K. & Wolf, G. (2019). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung*. München: Ernst Reinhardt.
- James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U. S. Transgender Survey*. Washington, DC. Verfügbar unter: <https://ncvc.dspacedirect.org/handle/20.500.11990/1299> [22.10.2020]
- Köhler, A., Stern, K., Eyssel, J. & Nieder, T. O. (2019). Zur Zweigeschlechtlichkeit und darüber hinaus: Identitäten, Körper und Behandlungsanliegen von trans Personen. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 23 (2), 101–113.
- Loos, F. K., Köhler, A., Eyssel, J. & Nieder, T. O. (2016). Subjektive Indikatoren des Behandlungserfolges und Diskriminierungserfahrungen in der trans* Gesundheitsversorgung. *Qualitative Ergebnisse einer Online-Befragung*. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 29 (3), 205–223.
- Nieder, T. O., Eyssel, J. & Köhler, A. (2019). Being Trans Without Medical Transition: Exploring Characteristics of Trans Individuals from Germany Not Seeking Gender-Affirmative Medical Interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2661–2672.
- Nieder, T. O. & Strauß, B. (2014). Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsdysphorie. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27 (1), 59–76.
- Nieder, T. O. & Strauß, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32 (2), 70–79.
- Sauer, A. T. & Nieder, T. O. (2019). We care: Überlegungen zu einer bedarfsgerechten, transitionsunterstützten Gesundheitsversorgung. In M. Appenroth & M. do Mar Castro Varela (Hrsg.), *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung* (S. 75–101). Bielefeld: transcript.
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M. et al. (2020). European Society for Sexual Medicine Position Statement „Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction“. *The Journal of Sexual Medicine*, 17 (4), 570–584.
- Wolf, G. & Meyer, E. (2017). Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität – (k)lein Thema in der Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 16 (2), 130–139.
- Zach, B. (2017). Über den freien Fall und die sichere Landung. Zum Erleben der Psychoanalytiker*in in der Arbeit mit Trans*genders und Genderqueers. In E. Hutfless & B. Zach (Hrsg.), *Queering Psychoanalysis: Psychoanalyse und Queer Theory – Transdisziplinäre Verschränkungen* (S. 533–558). Wien: Zaglossus.



Janis Renner, M. Sc. Psych.

Janis Renner, M. Sc. Psych., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Er forscht zu E-Health-Lösungen in der Trans-Gesundheitsversorgung und ist seit vielen Jahren in der sexualpädagogischen Arbeit und Online-Beratung aktiv.



Dr. Arne Dekker

Dr. Dipl.-Soz. Arne Dekker ist stellvertretender Direktor und Forschungs koordinator des Instituts für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.



Dipl.-Psych. Lars Täuber

Dipl.-Psych. Lars Täuber ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Studententherapeut von i²TransHealth am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.



Prof. Dr. Peer Briken

Prof. Dr. Peer Briken, Sexualwissenschaftler, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist Direktor des Instituts für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.



Wiebke Blaszczyk, M. Sc. Psych.

Wiebke Blaszczyk, M. Sc. Psych., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Studententherapeutin von i²TransHealth am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.



Priv.-Doz. Dr. Timo O. Nieder

Korrespondenzadresse:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
t.nieder@uke.de

Priv.-Doz. Dr. Dipl.-Psych. Timo Nieder ist Psychologischer Psychotherapeut, Sexualtherapeut (DGfS, ESSM/EFS), leitet die Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung und koordiniert die Lehre am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Psychotherapie im interkulturellen Kontext

Ulrike von Lersner

Zusammenfassung: Seit einigen Jahren spielt die zunehmende kulturelle Diversität in der deutschen Bevölkerung auch in der Psychotherapie eine verstärkte Rolle. Wissenschaftliche Untersuchungen weisen deutliche Einflüsse des kulturellen Hintergrundes von Patientinnen¹ auf den Therapieprozess nach. Darüber hinaus zeigen Untersuchungen zu Diskriminierungserfahrungen und psychischer Gesundheit einen positiven Zusammenhang zwischen beiden Konstrukten und deuten einen klaren Handlungsbedarf für das psychosoziale Versorgungssystem an. Ungeachtet der empirischen Befundlage fühlen sich Psychotherapeutinnen nach wie vor unzureichend auf Patientinnen aus anderen Kulturen vorbereitet. Neben einem Einblick in den gegenwärtigen Forschungsstand gibt der vorliegende Artikel praktische Handlungsanweisungen zum Umgang mit kultureller Diversität in der Psychotherapie, mit denen es Psychotherapeutinnen gelingen kann, sich der interkulturellen Psychotherapie anzunähern.

Einleitung

Die kulturelle Diversität der Bevölkerung infolge von wirtschaftlicher Globalisierung, Krieg und Umweltzerstörung nimmt in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich zu. Lange spielte sie jedoch sowohl auf der politischen Agenda der Bundesrepublik Deutschland als auch in der Psychotherapie nur eine geringe Rolle. Mit dem großen Zustrom an Geflüchteten im Jahr 2015 hat die gesellschaftliche Debatte hierzu an Fahrt aufgenommen. Zum einen waren Psychotherapeutinnen in Deutschland plötzlich mit einer großen Anzahl psychisch stark belasteter Menschen aus einem anderen Kulturkreis konfrontiert, was neue Herausforderungen mit sich brachte. Zum anderen sind zunehmend große Teile der Gesellschaft umgetrieben von wirtschaftlichen Abstiegsängsten und der Sorge, eigene kulturelle Traditionen und Identitäten

— Viele Patientinnen mit Migrationserfahrung sind in Deutschland erstmalig mit Psychiatrie und Psychotherapie als Disziplinen des medizinischen Versorgungssystems konfrontiert. _____

durch die Migrationsbewegungen aufgeben zu müssen. Diese Angst vor Überfremdung dient als Triebkraft für immer lauter werdende Forderungen nach einer Rückkehr zu geschlossenen Gesellschaften. In jüngster Zeit hat nun die internationale „Black lives matter“-Bewegung in Reaktion auf die Ermordung des schwarzen US-Amerikaners George Floyd eine weitere Facette zur Frage des Umgangs mit kultureller Diversität zur öffentlichen Debatte hinzugefügt.

In Anbetracht der globalen Situation sollte es jedoch nicht mehr um die Frage gehen, ob Deutschland sich mit Fragen

von Migration und Rassismus auseinandersetzen möchte, sondern vielmehr darum, wie dies geschehen kann und welche Maßnahmen notwendig sind, um die interkulturelle Öffnung der Gesellschaft gelingen zu lassen – einer Gesellschaft, in der alle Mitglieder ihren Platz finden.

Zahlen und Fakten

Ein Viertel aller Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Unter Kindern und Jugendlichen lag der Anteil 2017 mit 36 % noch etwas höher, die Tendenz ist weiterhin steigend (Statistisches Bundesamt, 2020). In der Öffentlichkeit viel diskutierte Untergruppen dieser Bevölkerungsanteile stellen zum einen 1,7 Millionen Schutzsuchende dar, das heißt Personen, die sich unter Berufung auf humanitäre Gründe in Deutschland aufhalten, sowie 42.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF). Von Migrationshintergrund spricht man, wenn die betreffende Person selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2019). Die Mehrheit dieser Menschen hat keine eigene Migrationserfahrung, sondern lebt in zweiter Generation in Deutschland und besitzt einen deutschen Pass. Dass der Migrationshintergrund dennoch eine Rolle spielt, zeigt sich zum Beispiel in Studien zur gesellschaftlichen Teilhabe von Migrantinnen und in der Debatte um Werte und Normen in einer zunehmend kulturell diversen Gesellschaft.

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

Geht es um die Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen in der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland, so erscheinen diese auf den ersten Blick vergleichbar häufig wie in der deutschen Bevölkerung (Glaesmer et al., 2009;² Bermejo et al., 2010). Da es sich bei der Gruppe von Migrantinnen jedoch um eine sehr heterogene Gruppe handelt, sind aussagekräftige Statistiken über die gesamte Gruppe im Grunde nicht möglich. Wie es der Arbeitskreis Migration und Gesundheit der Bundesregierung formuliert, sind „entsprechend der unterschiedlichen Migrationsbiografien, Lebenssituationen und Herkunftsländer (...) die Lebensstile, Gesundheitsbelastungen sowie Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen an das Leben in Deutschland bei den Eingewanderten und ihren Familien sehr unterschiedlich“ (Bauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2015, S. 17).

Es konnte jedoch mehrfach nachgewiesen werden, dass Geflüchtete aufgrund der besonderen Umstände der Migration sowie der häufig unsicheren Lebenssituation als besonders vulnerable Gruppe eingestuft werden müssen. So fanden sich in dieser Gruppe sowohl in Deutschland, als auch in internationalen Studien deutlich höhere Prävalenzen für PTBS und Depressionen (Niklewski et al., 2012; Gäbel et al., 2006; Steel et al., 2009). Dies gilt umso expliziter für die Untergruppe der UMF (Gavranidou et al., 2008; Witt et al., 2015).

Versorgungssituation und Inanspruchnahme

Wendet man den Blick vom Bedarf hin zur Versorgungslage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, so zeigt sich eine defizitäre psychosoziale Versorgungslage. Trotz ähnlich hoher Prävalenzraten sind sie etwa in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert (Möske, 2011).

Aufseiten der Patientinnen sind hierfür u. a. die Unwissenheit über das Versorgungssystem und alternative Behandlungserwartungen verantwortlich. So sind viele Patientinnen mit Migrationserfahrung in Deutschland erstmalig mit Psychiatrie und Psychotherapie als Disziplinen des medizinischen Versorgungssystems konfrontiert. Sprachbarrieren sowie Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der eigenen Community spielen ebenfalls eine Rolle. So konnten Studien (u. a. Reich et al., 2015; von Lersner et al., 2019a) nachweisen, dass etwa türkische Patientinnen, die übernatürliche Erklärungsansätze für psychische Erkrankungen hatten, größere Vorbehalte gegen Psychotherapie äußerten und seltener eine Behandlung aufnahmen. Häufig sind diese Erklärungsansätze auch von der Angst begleitet, aus dem sozialen Kollektiv ausgeschlossen zu werden, wenn die Problematik bekannt würde, weshalb lieber auf somatische Ursachen rekuriert oder versucht wird, die Problematik im engsten Familienkreis zu lösen.

Aufseiten des Versorgungssystems finden sich häufig unzureichende Regelungen bei der Kostenübernahme der Psychotherapien sowie der Sprachmittlung, die dazu führen, dass Behandlungen nicht zustande kommen. In früheren Bedarfserhebungen äußerten deutsche Psychotherapeutinnen zudem Unsicherheiten und Berührungsängste in der Behandlung von Migrantinnen (Calliess et al., 2008; Wohlfart et al., 2006). Studien, die in diesem Zusammenhang unternommen wurden, weisen auf höhere Ablehnungsraten auf Therapeutenseite, häufigere Therapieabbrüche und weniger erfolgreiche Therapieverläufe hin (Guzder & Rousseau, 2013; von Lersner et al., 2015).

Rassismus in der Psychotherapie

Ein weiterer Aspekt, der Inanspruchnahmeverhalten und Therapieverläufe beeinflusst und in jüngster Zeit durch die „Black lives matter“-Bewegung mehr Beachtung findet, ist struktureller Rassismus. Die Europäische Kommission gegen Rassismus und Intoleranz (European Commission against racism and intolerance, ECRI) definiert Rassismus als „die Überzeugung, dass ein Beweggrund wie Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion, Staatsangehörigkeit oder nationale oder ethnische Herkunft die Missachtung einer Person oder Personengruppe oder das Gefühl der Überlegenheit gegenüber einer Person oder Personengruppe rechtfertigt“ (ECRI, 2020, S. 16). In Ergänzung dazu versteht man unter Diskriminierung eine konkrete Handlung, durch die eine als minderwertig bezeichnete Gruppe oder Einzelperson im realen Leben benachteiligt wird (ECRI, 2020). Geht es um strukturellen Rassismus, werden Verhaltensweisen „nicht als individuelles Fehlverhalten verstanden, sondern als durch gesellschaftliche Strukturen reproduziertes Phänomen der Ausgrenzung, Dehumanisierung, systematischen Benachteiligung und Gewalt sowie der ungleichen Ressourcenverteilung. So zeigen sich strukturelle Diskriminierung und Rassismus etwa auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt sowie im Bildungs-, Gesundheits-, Ausbildungs- oder Justizsystem“ (Bundeszentrale für politische Bildung, 2020). Eine Untersuchung von von Lersner et al. (2015) konnte zeigen, dass Patientinnen mit ausländischem Akzent in der Stimme auf einen ersten Anruf hin bei einer Psychotherapeutin in Deutschland signifikant seltener einen Rückruf erhielten sowie signifikant seltener zu einem Erstgespräch eingeladen wurden.

Die Anti-Rassismus-Trainerin und Autorin Tupoka Ogette weist daraufhin, dass Rassismus häufig nicht intentional stattfindet, was seine Auswirkungen für die Betroffenen jedoch nicht mindere (Ogette, 2017).

Eine Vielzahl an Studien hat einen maßgeblichen Einfluss von Rassismus und Diskriminierung auf die psychische Gesund-

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

heit von Betroffenen nachgewiesen (von Lersner et al., 2015; Wallace et al., 2016; Beck, 2019; Paradies et al., 2015). Darüber hinaus berichtete Alang (2019) einen Zusammenhang zwischen institutionellem Rassismus und geringerer Inanspruchnahme des Gesundheitssystem, da von Rassismus betroffene Menschen Misstrauen in dieses System entwickelten und in der Konsequenz keine Hilfe mehr aufsuchten (Alang, 2019).

Befragt man Psychotherapeutinnen nach ihrer Einschätzung zur Psychotherapie von Menschen mit Migrationshintergrund, erwähnt eine Mehrheit in erster Linie Bedenken dahingehend, dass sich Werte und Normsysteme von Menschen anderer Kulturen so stark von denen der eigenen Kultur unterscheiden könnten, dass dies einer erfolgreichen Behandlung im Wege stünde (Odening et al., 2013). Darüber hinaus werden Berührungspunkte mit dem Thema Rassismus und Diskriminierung genannt (Beck, 2019), was dazu führe, dass sich Psychotherapeutinnen aus Angst vor Fehlern in der interkulturellen Psychotherapie rücksichtshalber von dieser Patientengruppe zurückhielten. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Themengebiete Kultur und Migration im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychologinnen und Psychotherapeutinnen bis heute quasi keine Berücksichtigung finden, was einen Teil der Zurückhaltung der Psychotherapeutinnen erklären könnte.

Interkulturelle Psychotherapie

Unter dem Begriff der interkulturellen Psychotherapie findet sich eine Reihe psychotherapeutischer Ansätze, denen gemeinsam ist, dass sie dem kulturellen Hintergrund einer Patientin große Bedeutung beimessen und therapeu-

— Auch in der Psychotherapie ist unbedingt anzuraten, sich nicht auf die ethnische oder regionale Herkunft einer Person zu beschränken, wenn es um kulturelle Zuordnung geht, sondern andere Dimensionen einzubeziehen, die die Lebenswirklichkeit von Menschen maßgeblich prägen.

tisches Vorgehen, Beziehungsaufbau und Behandlungsplanung hierauf abstimmen. Kultur wird beschrieben als Sammlung an intersubjektiven, vielschichtigen Symbolsystemen, die die Wirklichkeit und Lebensprozesse von Gemeinschaften strukturieren. Damit sind Werte, Orte, Sprachen oder Gewohnheiten und Aktivitäten gemeint, die Menschen gemeinsam haben. Sie werden im Sozialisationsprozess erlernt, später jedoch von den Angehörigen der Kultur habituell angewandt, sind ihren Trägerinnen also in der Regel nicht bewusst. Der Bezug auf die ethnische oder regionale Herkunft als ausschlaggebendes Merkmal für die Zuordnung zu einer Kultur entfällt in dieser Defini-

tion. Auch in der Psychotherapie ist unbedingt anzuraten, sich nicht auf die ethnische oder regionale Herkunft einer Person zu beschränken, wenn es um kulturelle Zuordnung geht, sondern andere Dimensionen einzubeziehen, die die Lebenswirklichkeit von Menschen bzw. deren „Bedeutungsräume“ maßgeblich prägen. Ein Ansatz, der diese Dimensionen explizit berücksichtigt und in der kultursensiblen Psychotherapie Anwendung findet, ist der Diversity-Ansatz, der seine Wurzeln in der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung des Beginns des letzten Jahrhunderts hat (van Keuk et al., 2010).

Die als „Big Six“ des Diversity-Ansatzes bezeichneten Dimensionen sind:

- Geschlecht,
- Alter,
- Religion,
- sexuelle Orientierung,
- Behinderungen und Fähigkeiten sowie
- soziokultureller Hintergrund und Hautfarbe.

In der klinischen Arbeit spielt schwerpunktmäßig die Dimension „soziokultureller Hintergrund“ eine Rolle. Er bezieht sich auf Aspekte wie Bildungsgrad, Einkommen, Migrationserfahrung, Milieuzugehörigkeit, Sprache und (urbaner oder ländlicher) Lebensraum.

Ein Charakteristikum und möglicherweise auch die größte Herausforderung in der interkulturellen Psychotherapie ist die große Heterogenität der Zielgruppe. Zum einen variieren die Migrationsmotive sehr stark (Geflüchtete, Gastarbeiterinnen, Diplomatinen, zugezogene Ehepartnerinnen, Nachfahrinnen von Migrantinnen in der 2. Generation) und wirken sich in unterschiedlicher Weise auf die aktuelle Lebenssituation der Patientinnen aus. Zum anderen liegen bei den Patientinnen aufgrund des Aufwachsens in einem differnten soziokulturellen Umfeld häufig auch ungleiche Wertorientierungen vor. In anderen Worten: Was als „normal“ gilt, wird unterschiedlich definiert. Dies umfasst sowohl allgemeine Aspekte des menschlichen Miteinanders (z. B. wie wird Respekt gezeigt, was ist ein Tabu, wie wird verbal und nonverbal kommuniziert) als auch die Vorstellungen von und Erwartungen an Psychotherapie (z. B. was ist Psychotherapie, was wird von Patientinnen erwartet, was ist die Rolle der Psychotherapeutin). Die unterschiedlichen Normen „wirken“ jedoch noch weit darüber hinaus und betreffen die Konzeption des Selbst (wie wird das Selbst wahrgenommen, welche Rolle spielt hierbei das soziale Umfeld) und auch den Umgang mit seelischen Belastungen.

Wie bereits angedeutet, ist eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche interkulturelle Arbeit, von Konzepten wie Norm und Normalität Abstand zu nehmen. Dies ist nicht immer leicht, da die Sichtweise der Patientin aufgrund ihrer Fremdheit verunsichern kann. Ein Ausweg kann sein, die beiden Pole des Eigenen (resp. Besseren) und des Fremden (resp. Schlechteren) wertfrei und gleichrangig durch „das Eine“ und „das Andere“ zu ersetzen. So kann es gelingen, sich vorurteilsbewusst in neue Realitäten hineinzusetzen (*cultural role taking*), ohne eigene Wertvorstellungen infrage gestellt zu sehen (Sue & Sue, 2013).

Interkulturelle Kompetenz im psychotherapeutischen Alltag

Evidenzbasierte psychotherapeutische Strategien lassen sich sehr gut auf den interkulturellen Kontext anpassen. Die Besonderheit in der Herangehensweise ist jedoch, dass eine weitere Betrachtungsebene hinzukommt. Während Psychotherapeutinnen in der westlichen „Standard-Psychotherapie“ in erster Linie auf die individuelle Ebene fokussieren, kommt in der interkulturellen Psychotherapie der kulturelle Hintergrund, sprich die Gruppenebene hinzu. Dies ermöglicht, sich besser auf die Wahrnehmungswelt und Bedürfnisse einzulassen zu können (Sue & Sue, 2013). So stellt sich immer wieder die Frage, ob das Verhalten eines Menschen auch innerhalb seiner eigenen Kultur als auffällig wahrgenommen wird (was Hinweise auf eine psychische Störung geben könnte) oder ob dies nicht der Fall ist (womit es sich eher um eine kulturelle Norm handeln kann, die dem Behandelnden nicht vertraut ist). Wissen zu kulturspezifischen Besonderheiten in der zwischenmenschlichen Interaktion und der Symptompräsentation kann die Arbeit erleichtern. Entsprechende Handreichungen aus dem DSM-5 stellen hierbei eine nützliche Unterstützung dar und werden im Folgenden vorgestellt:

■ Kulturelle Leidenskonzepte und Krankheitsmodelle

Neben Aspekten des menschlichen Miteinanders unterscheiden sich Kulturen auch in der Präsentation von Symptomen und im Umgang mit diesen. Das DSM-5 unterteilt kulturgebundene Leidenskonzepte in drei Untergruppen (American Psychiatric Association, 2013). Diese sind

1. kulturelle Erklärungen und wahrgenommene Ursachen (z. B. Verwünschung oder Verhexung, aber auch Burnout oder Neurotransmitterimbalance),
2. kulturelle Syndrome (z. B. das sogenannte *Khyâl cap*, welches „Windattacken“ beschreibt, die in den Betroffenen große Angst auslösen, oder das *Dhat Syndrom*, worunter die Angst männlicher Patienten vor Samenverlust verstanden wird und welches gehäuft in Südasien auftritt) sowie
3. kulturelle Leidensbegriffe (z. B. „den Kopf gegessen haben“, womit in der Türkei das Gefühl, verrückt zu werden, beschrieben wird, oder „ein gebrochenes Herz haben“, was in Deutschland für unglückliches Verliebtsein steht).

■ Cultural Formulation Interview

Im Anhang des DSM-5 befindet sich das „Cultural Formulation Interview“ (CFI). Dies ist ein Leitfaden für kultursensibles Erfragen von

- **Symptomen** (Wie äußern sich welche Probleme? Was wird als Problem wahrgenommen?),
- **Krankheitskonzepten** (Welches „Ursachen-/Störungsmodell“ wird zugrunde gelegt? Welche Bedeutung hat das Problem? Was sind für das Problem spezielle kulturelle Einflussfaktoren?), aber auch von
- **Heilungskonzepten** (Hilfemöglichkeiten und Erwartungen an die Behandlung, kulturelle Einflüsse auf das Hilfeverhalten).

■ Kulturspezifisches Hintergrundwissen

Spezielles kulturspezifisches Hintergrundwissen ist für die Behandlung hilfreich, z. B. Wissen um Unterschiede und Konflikte zwischen einzelnen ethnischen oder religiösen Subgruppen oder Wissen über Rituale und Tabus in bestimmten Kulturkreisen. Allerdings kann solches Hintergrundwissen niemals vollständig sein und ist auch für eine erfolgreiche Behandlung gar nicht zwingend notwendig. In diesem Punkt weicht die interkulturelle Psychotherapie vom üblichen Anspruch an Psychotherapeutinnen als allseits kompetente Personen ab – an diese Stelle tritt die Fähigkeit zum offenen Umgang mit Wissenslücken. Patientinnen schätzen es in der Regel sehr, über die kulturellen Hintergründe aufzuklären, und es hilft beiden Beteiligten, Problemlagen besser zu verstehen.

Dabei wird stets auch die Sichtweise des sozialen Umfelds der Patientinnen in den Blick genommen.

Der Einsatz von Sprachmittlerinnen

In der interkulturellen Psychotherapie ist es bei einigen Patientinnen notwendig, eine Sprachmittlerin hinzuzuziehen. Um einen erfolgreichen Sprachmittlereinsatz gewährleisten zu können, sollten bestimmte Rahmenbedingungen eingehalten werden.

Hierzu gehört etwa, dass es sich bei Sprachmittlerinnen immer um neutrale Dritte handeln sollte und keine Familienangehörigen zur Sprachmittlung herangezogen werden sollten, um einen wirklichen Therapieprozess zu ermöglichen und weder die Patientinnen, noch die Angehörigen zu überfordern. Selbstverständlich sollten Sprachmittlerinnen über sehr gute Kenntnisse in beiden Sprachen verfügen, sie müssen jedoch nicht zwingend vereidigt sein. Hilfreicher ist es, wenn sie für den Einsatz im klinischen Umfeld geschult sind, da sie dann fachlich genauer übersetzen können und zudem in der Regel psychisch belastbarer sind. Solch spezielle Schulungen werden inzwischen regelmäßig von Sprachschulen oder sozialen Trägern angeboten. Es sollte auf eine gute Passung von Patientin und Sprachmittlerin geachtet werden, das heißt, idealerweise sollten beide demselben Geschlecht, derselben

Religion und/oder derselben Ethnie angehören. Über eine Behandlung hinweg sollte durchgängig dieselbe Person als Sprachmittlerin fungieren. Kontakte zwischen Patientin und Sprachmittlerin außerhalb der Psychotherapie sollten nicht stattfinden, um auch auf dieser Ebene eine professionelle Distanz beizubehalten.

In der Psychotherapie hat es sich als sehr hilfreich erwiesen, wenn die Rollen jedes Einzelnen in der Triade sowohl zu Beginn als auch im Verlauf immer wieder geklärt werden. Es ist von zentraler Bedeutung, den Patientinnen Klarheit darüber zu verschaffen, dass die Psychotherapeutin den therapeutischen Prozess lenkt, d. h., dass auch die therapeutische Beziehung zwischen ihr und der Patientin besteht, während es die Aufgabe der Sprachmittlerin ist, alles Gesprochene kommentarlos und wortgetreu zu übersetzen, ohne eigene Wertungen oder Anmerkungen hinzuzufügen. Die Sitzanordnung in Form eines gleichschenkligen Dreiecks kann dazu beitragen, ungünstigen Dynamiken von gefühlter „Koalitionsbildung“ zwischen zwei Beteiligten oder „Ausgrenzung“ der dritten Person vorzubeugen. Die Sprachmittlerin sollte konsekutiv und wortgenau übersetzen. Um dies zu ermöglichen, müssen Redebeiträge in überschaubare Einheiten von zwei bis drei Sätzen unterteilt werden. Vor und nach der Therapiesitzung sollte jeweils ein kurzes Gespräch zwischen Psychotherapeutin und Sprachmittlerin erfolgen, um eigene Eindrücke oder Ergänzungen der Sprachmittlerin berücksichtigen zu können und, wenn nötig, auch für deren Entlastung zu sorgen. In Fällen, in denen mehrere Sprachmittlerinnen an einem Standort oder für dieselbe Institution tätig sind, sollte eine regelmäßige Supervision für die Sprachmittlerinnen angeboten werden, welche für die Psychohygiene derselben notwendig sein kann.

Eine konkrete Schwierigkeit besteht darin, dass der aufwendige Einsatz von Sprachmittlerinnen bislang in der Regel nicht

— Es ist von zentraler Bedeutung, den Patientinnen Klarheit darüber zu verschaffen, dass die Psychotherapeutin den therapeutischen Prozess lenkt, während es die Aufgabe der Sprachmittlerin ist, alles Gesprochene wortgetreu zu übersetzen und keine eigenen Anmerkungen hinzuzufügen.

von Krankenkassen übernommen wird und somit oft andere, lokal verfügbare Möglichkeiten der Finanzierung gefunden werden müssen (z. B. Sozialamt, Kinder- und Jugendhilfegesetz, Dolmetscherpools in Kliniken). Hier besteht ein klarer Handlungsbedarf zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind.

Schwierigkeiten in der interkulturellen Psychotherapie

Arbeiten von Auernheimer (2003) haben gezeigt, dass im interkulturellen Therapiesetting immer dann auf den Faktor Kultur attribuiert wird, wenn es zu Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess kommt. Analysiert man solche Prozesse genauer, lassen sich vier sogenannte „Kulturfallen“ herausarbeiten:

1. Machtasymmetrien (Ungleichheit des rechtlichen und sozialen Status oder auch ein Wohlstandsgefälle zwischen Psychotherapeutin und Patientin, hierunter fallen auch Erfahrungen mit strukturellem Rassismus),
2. Kollektiverfahrungen (Migrationserfahrungen oder historische Erfahrungen zweier Kollektive, die in der Psychotherapie in den Personen von Psychotherapeutin, Patientin oder Sprachmittlerin repräsentiert sein können, z. B. eine kurdische Patientin, die auf eine türkische Sprachmittlerin trifft und sich nicht auf die Psychotherapie einlassen kann),
3. Fremdbilder (gesellschaftlich vermittelte Vorurteile und Stereotype) sowie
4. differente Kulturmuster (unbewusste, konventionell vorgegebene „Drehbücher“ im Sinne der o. g. Kulturdefinition, wie etwa die kulturelle Norm bei muslimischen Patientinnen, einer Frau aus Respekt nicht die Hand zu geben).

Diese vier hierarchisch angeordneten Aspekte sind zwar analytisch trennbar, aber ansonsten miteinander verschränkt. Erst Stufe 4, die differenten Kulturmuster, weisen auf Probleme hin, die auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen sind, wie sie früher in diesem Artikel erläutert wurden.

Es kann immer vorkommen, dass durch die Wert- und Moralvorstellungen der Patientin Tabugrenzen der Psychotherapeutin überschritten werden. Wenn eigene Normen verletzt werden (z. B. ein männlicher Patient möchte sich von einer weiblichen Psychotherapeutin keine „Vorschriften“ machen lassen oder eine atheistische Patientin nimmt wiederholt Anstoß am Kopftuch einer muslimischen Psychotherapeutin), gilt es zu reflektieren, inwiefern dies a) das Erreichen der Therapieziele behindert (Patientin lässt sich nicht auf den Therapieprozess ein) und b) die Handlungsfähigkeit der Psychotherapeutin einschränkt (Psychotherapeutin fühlt sich aufgrund ihres Geschlechts oder ihrer Religion diskriminiert). Ist beides nicht gegeben, kann die Psychotherapie fortgesetzt werden. Im anderen Fall sollte versucht werden, die Schwierigkeiten mit der Patientin oder in der Supervision aufzulösen. Gelingt dies nicht, kann ein Behandlungsabbruch indiziert sein.

Zu den Besonderheiten in der Psychotherapie mit Angehörigen ethnischer Minderheiten zählt laut Beck (2019) auch der bewusste Umgang mit Rassismus und Diskriminierung. Dabei geht es sowohl darum, die Diskriminierungserfahrungen von Patientinnen im Alltag zu thematisieren und ihnen mit Empathie zu begegnen, als auch die eigene Sozialisation zu reflektieren, um unbewusste Mechanismen von Rassismus und Diskriminierung zu erkennen. Ogette (2017) stellt hierzu in ihrem Buch „exit RACISM“ folgende Überlegung an:

„Die Frage ist aber, wie werden Menschen rassistisch? Gehen wir doch einmal anders an die Sache heran. Nehmen wir mal an, Rassismus wäre nicht nur bewusster Hass. Stellen wir uns vor, Rassismus wäre viel mehr als das. Ein komplexes und vielschichtiges, sowohl soziales als auch politisches System, welches vor vielen Generationen konstruiert wurde und bis heute nachwirkt. Etwas, was bis heute in allen gesellschaftlichen Bereichen präsent ist, in der Art und Weise, wie wir über uns und über die „Anderen“ denken und sprechen. Und nehmen wir an, dass wir von Kindesbeinen an in genau dieses System sozialisiert wurden. Wenn dies so wäre, wäre es dann nicht logisch, dass wir von klein auf gelernt haben, durch eine rassistische Brille auf diese Welt zu schauen? Und dass wir als Erwachsene Schwierigkeiten haben, dies zu erkennen, weil es ein fester Bestandteil unseres Seins geworden ist?“ (Ogette, 2017, S. 103)

Wissenschaftliche Evidenz

In den vergangenen 30 Jahren wurde die Notwendigkeit eines kultursensitiven Vorgehens vermehrt diskutiert. Dabei geht es einerseits um die Frage, ob Angehörige ethnischer Minderheiten in westlichen Ländern in gleichem Maße von Standard-Psychotherapie profitieren wie die Mehrheitsbevölkerung. Diese Frage kann laut Studienlage mehrheitlich positiv beantwortet werden (Miller et al., 2007; Huey & Polo, 2008; Huey & Jones, 2013), d. h., in der Regel profitieren Angehörige ethnischer Minderheiten gleichermaßen von der Behandlung. Diese Effekte scheinen unabhängig von einer spezifischen Ethnie zu sein (Huey et al., 2014). Eine Metaanalyse von Huey et al. (2014) berichtet in diesem Zusammenhang Effektgrößen von $d = 0,29$ bis $d = 0,76$ reichen, was auf hinreichend gute bis gute Behandlungsergebnisse hinweist.

Eine zweite Fragestellung geht der Wirksamkeit kultursensitiver Behandlungsangebote nach. Obwohl kompetenzorientierte Ansätze (Sue & Sue, 2013) besonders viel diskutiert sind, gibt es keine klinischen Studien, die die Wirksamkeit dieser Ansätze überprüft haben. Die Datenlage für kulturell adaptierte Ansätze ist etwas günstiger und spricht für die Effektivität eines solchen Vorgehens. So wiesen Benish (2010) und Benish et al. (2011) in ihrer Metaanalyse bessere Behandlungsergebnisse bei kulturell angepassten Behandlungen gegenüber einer Standardbehandlung nach. Als wesentlicher Wirkfaktor ließ sich dabei eine Anpassung der Behandlungsplanung an

die Erklärungsmodelle und die Behandlungserwartungen der Patientinnen identifizieren.

Keine nachhaltige interkulturelle Psychotherapie ohne interkulturelle Öffnung

Der adäquate Ansatz für einen langfristig angemessenen Umgang mit kultureller Vielfalt ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Sie beschreibt einen Prozess, der Menschen aus unterschiedlichen Kulturen einen gleichberechtigten Zugang zu den angebotenen Versorgungsleistungen ermöglicht und für eine gleichwertige Qualität in der Behandlung sorgt (Erim et al., 2010). In Deutschland verabschiedete ein Expertengremium aus Psychiaterinnen bereits im Jahr 2002 die Sonnenberger Leitlinien zur interkulturellen Öffnung des Versorgungssystems (Machleidt, 2002). Diese umfassen u. a. folgende Forderungen:

- Erleichterung des Zugangs zu der psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit und Kultursensitivität,
- Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie/Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige Mitarbeitende unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie/Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen,
- Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz,
- Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscherinnen als zertifizierte Übersetzerinnen und Kulturmediatorinnen „Face-to-Face“ oder als Telefondolmetscherinnen.

Seither gab und gibt es einige Anstrengungen zur Umsetzung dieser Forderungen. Dazu zählen muttersprachliche Beratungs- und Behandlungsangebote, spezielle Behandlungszentren für Geflüchtete, interkulturelle Ambulanzen und eigens hierfür ausgerichtete Abteilungen in psychiatrischen Kliniken sowie Gemeindedolmetscherdienste zur professionellen Sprachmittlung. Kaum geregelt ist bislang die Ausbildung von Mitarbeitenden des Versorgungssystems, d. h., es gibt kaum systematische Schulungen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie zur Förderung interkultureller Kompetenz. Von Lersner und Kollegen widmeten sich der Ausbildung von Psychotherapeutinnen im deutschsprachigen Raum und entwickelten 2013 Leitlinien zur Aus-, Fort- und Weiterbildung interkultureller Kompetenzen für Psychotherapeutinnen (von Lersner et al., 2016). Danach beinhaltet interkulturelle Kompetenz die Fähigkeit zur Reflexion der eigenen kulturellen Prägung, zum vorurteilsbewussten Umgang mit Unvertrautem und die Berücksichtigung differenter Kulturmuster in der Behandlung. Auf Grundlage der Leitlinien wurde ein zweieinhalbtägiges Training für Psychotherapeutinnen entwickelt und

evaluiert, welches seit mehreren Jahren erfolgreich in der Aus-, Fort- und Weiterbildung angewandt wird (von Lersner et al., 2019b).

Um tatsächlich Wirkung entfalten zu können, müssen jedoch die Öffnung des Systems und die Schulung von Mitarbeitenden ineinandergreifen.

Fazit

Der gesellschaftliche Wandel ist ein Fakt, ebenso sind es zunehmende kulturelle Durchmischung und Heterogenität. Damit gehören homogene Gesellschaften und nationale Identitäten in ihrer bisherigen Form der Vergangenheit an. Das Gesundheitssystem muss darauf reagieren, um allen betroffenen Personen Behandlungsgerechtigkeit zu gewährleisten. Dabei bedeutet Gerechtigkeit nicht zwingend Gleichbehandlung, sondern ein auf die unterschiedlichen Bedürfnisse abgestimmtes Angebot. Ein vorurteilsbewusster und rassistuskritischer Umgang mit dem Fremden stellen hierbei die Basis dar.

Die Überlegungen, die sich hier auf das Gesundheitssystem konzentrieren, können auch auf die gesamtgesellschaftliche Ebene übertragen werden. Ängste in der Mehrheitsgesellschaft sind nachvollziehbar und sollten ernstgenommen werden. Die Psychologie hat die Mittel, um die zugrundeliegenden Mechanismen zu verstehen und zu erklären, ihnen Lösungsansätze entgegenzusetzen und sich so konstruktiv in den politischen Diskurs einzubringen.

Psychotherapeutinnen können ihren Beitrag leisten, indem sie sich mit Offenheit und Interesse auf die Lebenswelten ihrer kulturell diversen Patientinnen einlassen, ein Verständnis für deren Diskriminierungserfahrungen im Alltag entwickeln und sich selbst aktiv mit eigenen Mechanismen von Rassismus und Diskriminierung auseinandersetzen. Auf diese Weise kann interkulturelle Psychotherapie für alle Beteiligten zu einer Bereicherung werden.

Literatur

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

Beck, A. (2019). Understanding black and minority ethnic service user's experience of racism as part of the assessment, formulation and treatment of

mental health problems in cognitive behavior therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12 (8), 1–7.

Benish, S. G. (2010). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: A direct comparison meta-analysis. Unpublished PhD dissertation, University of Wisconsin, Madison.

Benish, S. G., Quintana, S. & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct comparison meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 58 (3), 279–289.

Glaesmer, H., Wittig, U., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R. & Rief, W. (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 36 (1), 16–22.

Ogette, T. (2017). *exit RACISM* (2. Aufl.). Münster: UNRAST-Verlag.

Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M. & Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PloS ONE*, 10 (9): e0138511.

Reich, H., Bockel, L. & Mewes, R. (2015). Motivation for Psychotherapy and Illness Beliefs in Turkish Immigrant Inpatients in Germany: Results of a Cultural Comparison Study *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2 (1), 112–23.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302 (5), 537–549.

Sue D.W. & Sue, D. (2013) *Counseling the culturally diverse* (6th edition). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.

von Lersner, U., Baschin, K., Wormeck, I. & Mösko, M. O. (2016). Leitlinien für Trainings inter-/transkultureller Kompetenz in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 66 (2), 67–73.



Dr. Ulrike von Lersner

Korrespondenzadresse:

Passauer Strasse 8
10789 Berlin
kontakt@transkulturelle-psychologie-berlin.com

Dr. Dipl.-Psych. Ulrike von Lersner ist Psychologische Psychotherapeutin und als solche in eigener Praxis tätig. Darüber hinaus ist sie als Supervisorin und Dozentin in die Ausbildung von Psychotherapeutinnen involviert. Parallel forscht und lehrt sie zu den Folgen von Krieg und Migration für die psychische Gesundheit sowie zu interkultureller Kompetenz in der Psychotherapie und ist Autorin zahlreicher Publikationen.

Interview

„Die Durchführung von Psychotherapie galt als die zentrale medizinische Aufgabe der Psychiatrie!“

Thorsten Padberg im Gespräch mit der Wissenschaftshistorikerin Anne Harrington

Redaktionelle Vorbemerkung:

Seit vielen Jahren beschäftigt sich Thorsten Padberg kritisch mit Psychopharmaka und insbesondere Antidepressiva als Behandlungsoption bei psychischen Störungen sowie mit den wissenschaftlichen Grundlagen entsprechender Vorgehensweisen (vgl. Padberg, 2018).¹ Vor diesem Hintergrund hat er kürzlich ein Interview mit der US-amerikanischen Wissenschaftshistorikerin Anne Harrington geführt, welches wir im Folgenden wiedergeben.²

Anne Harrington hat im vergangenen Jahr ein viel beachtetes Buch veröffentlicht: *Mind Fixers* (Harrington, 2019; zu Deutsch etwa: „Die Hirnwerker“). Darin sieht Harrington die Psychiatrie auf einer „turbulenten Suche nach den biologischen Ursachen psychischer Krankheiten“. Sie beschreibt einen Reigen von mit Enthusiasmus begonnenen und mit Ernüchterung endenden Behandlungsversuchen der Psychiatrie im Laufe der Geschichte.

Ein Rezensent im US-amerikanischen Magazin *The Atlantic* schrieb über *Mind Fixers*: „Harringtons Sachlichkeit in der Schilderung des Aufstiegs und Falls verschiedener biologischer Theorien psychischer Krankheit macht es zu einem wertvollen Beitrag für Medizinhistoriker.“³ Es könnte Kritikern und Befürwortern der biologischen Psychiatrie ein tieferes Verständnis des historischen Stroms, in dem sie schwimmen, ermöglichen. Und sie dadurch davon abhalten, sich gegenseitig ertränken zu wollen.“ (Greenberg, 2019; Übersetzung: Thorsten Padberg).

Thorsten Padberg: Sehr geehrte Frau Professor Harrington, ich werde oft von Patienten gefragt, was der Unterschied zwischen einer Behandlung bei mir als Psychologischem Psychotherapeuten und einer Behandlung beim Psychiater ist. Die Antwort, die ich dann gebe, ist, dass es bei mir z. B. um Verhaltensexperimente und das therapeutische Gespräch geht, während Psychiater meist Medikamente verschreiben. Aus Ihrer Sicht als Historikerin: Ist das eine faire Einschätzung?

Anne Harrington: Ich glaube, das kann man so sagen. Ich denke, dass viele der Psychiater, die noch in den 1960er- und 1970er-Jahren ausgebildet worden waren, die Psychotherapie als den wichtigsten Behandlungsansatz ansahen. Es gab damals schon Medikamente, aber das waren Zusatzangebote. Sie sollten die Patienten zwischen den psychotherapeutischen Sitzungen unterstützen. Und die Psychiater argumentierten, dass nur medizinisch ausgebildete Kliniker Psychotherapie durchführen dürfen sollten. Psychotherapie galt als medizinische Intervention, die eine ganz besondere Ausbildung erforderte. Und die spannende Frage ist: Warum ist das heute nicht mehr so? Wie konnte es passieren, dass eine Disziplin, die einmal stark davon ausgegangen ist, dass die Psychotherapie den Kern ihres Arbeitens ausmacht, davon nicht länger überzeugt ist und die Durchführung von Psychotherapie anderen Disziplinen überlässt? Das hat verschiedene Gründe. Einer davon ist der, über den ich im Buch geschrieben habe: die professionelle Krise der Psychiatrie. Die Psychiatrie wurde nicht etwa biologisch, weil es neue wissenschaftliche Erkenntnisse gegeben hätte, die diese Wende zur Biologie gerechtfertigt hätten, sondern weil ihre übermäßig aktivistische und sozialwissenschaftliche Sicht zu einer Krise geführt hatte. Die Psychiatrie verlor ihre Autorität. Den Leuten war nicht länger klar, warum sie Psychiater für Therapien bezahlen sollten, die endlos erschienen und so gar nichts mit dem Rest der Medizin zu tun hatten. Zugleich gab es Psychologen, Sozialarbeiter und Berater, die „nach der Macht griffen“. Sie verlangten für ihre Dienste weniger Geld. In dieser Situation mussten die Psychiater jetzt unter Beweis stellen, dass sie echte Mediziner sind. Und wie konnten sie das tun? Wie sich herausstellte, taten sie dies, indem sie angingen, Medikamente zu verschreiben.

¹ Padberg, T. (2018). Placebos, Drogen, Medikamente – Der schwierige Umgang mit Antidepressiva. *Psychotherapeutenjournal*, 17 (4), 324–330.

² Das Interview wurde im April 2020 per Videotelefonie auf Englisch geführt, transkribiert und von Thorsten Padberg übersetzt. Anne Harrington hat den Text in dieser Form freigegeben.

³ Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im *Psychotherapeutenjournal* lesen Sie bitte den Hinweis auf der hinteren inneren Umschlagseite. Im Interview belassen wir es, abweichend von dieser Regelung, beim tatsächlich gesprochenen Wort.

Interessant daran ist, dass es schon länger psychopharmazeutische Medikamente gegeben hatte, und trotzdem wurde ihre Verordnung nicht als das medizinische Kerngeschäft der Psychiatrie angesehen. Die Durchführung von Psychotherapie galt als die zentrale medizinische Aufgabe der Psychiatrie! Das war die entscheidende Veränderung. Psychotherapie wurde nicht länger als eigenständige medizinische Technik angesehen, stattdessen wurde sie zu einer bloßen Unterstüt-

— **Das Problem am „biopsychosozialen Modell“ ist aus meiner Sicht, dass niemand wirklich weiß, was damit gemeint sein soll.** —

zungsdisziplin. Vorher war es genau umgekehrt. Die medikamentöse Behandlung galt als das Hilfsinstrument und die Psychotherapie als die eigentliche Heilmethode. Jetzt wurden Medikamente zunehmend als das Heilmittel angesehen, während die Psychotherapie die Patienten lediglich unterstützte.

Und ich weiß nicht, ob es auch in Deutschland diesen Kampf darum gibt, wer Medikamente verordnen darf? Die Psychiatrie will das nicht aus der Hand geben und führt dabei folgendes Argument an: „Ihr seid ja nicht medizinisch ausgebildet!“ Und natürlich: Wenn die Psychiatrie dieses Vorrecht abgeben würde, was hätte sie dann noch? Was würde sie dann noch besonders auszeichnen?

Ihr Buch *Mind Fixers* wird von einigen kritisch diskutiert, und es wird dann gesagt, dass die Psychiatrie in Wirklichkeit das sogenannte „medizinische Modell“ nie benutzt habe. Dass sie in Wirklichkeit immer dem „biopsychosozialen Modell“ angehangen habe. Dass sogar dieser Begriff „medizinisches Modell“ eine Erfindung von Psychologen und der Anti-Psychiatrie sei, um die Psychiatrie zu diskreditieren. Ist das ein berechtigter Vorwurf?

Das kann man ganz einfach widerlegen. Ich habe mir reichlich Material aus den frühen 1980er-Jahren angeschaut, in dem Psychiater darüber sprechen, dass sie dem medizinischen Modell anhängen, dass sie sich von da an als Ärzte im Sinne der Medizin verstehen. Die interessantere Frage ist, inwieweit das sogenannte „biopsychosoziale Modell“ denn tatsächlich verfolgt wurde, also die Idee, dass die Biologie nur ein Teil unseres Fachgebiets ist, dass wir als Psychiater uns für die ganze Person interessieren. Natürlich gibt es solche Psychiater, die mehr tun wollen, als Pillen zu verteilen. Die sich für mehr interessieren als für chemische Ungleichgewichte und das Gehirn. Gebt denen mehr Einfluss! Diese Art von Klinikern tut sehr viel Gutes. Aber schauen Sie sich an, wie Psychiater ausgebildet werden, schauen Sie in ihre Lehrbücher, schauen Sie sich an, wie wenig psychotherapeutisches Training sie erhalten. Es hängt natürlich auch vom jeweiligen Ausbildungsgang ab.

Zusätzlich muss ich betonen, dass mein Buch ja keine Geschichte der Psychiatrie ist, sondern eine Geschichte der biologischen Psychiatrie. Das heißt ja nicht, dass jeder Psychiater auf der ganzen Welt dem anhängt. Aber es gibt guten Grund zu der Annahme, dass unser Verständnis psychischer Krankheit in den 1980er- und 1990er-Jahren einer wirklich unerwartet schnellen Transformation unterlag. Und das passierte aus Gründen, die bisher kaum verstanden wurden. Und wenn man diese Gründe erkennt, dann versteht man auch den aktuellen Krisenzustand und die damit verbundene Verwirrung bzgl. des Wesens unserer Therapien und des Wesens unseres Leidens.

Das wäre eigentlich die Gelegenheit für die Kritiker des biologischen Paradigmas, sich darüber klar zu werden, warum ihre psychosozialen Ideen sich nicht durchsetzen konnten, weshalb sie nicht deutlicher sichtbar wurden und unsere Vorstellungen von psychischen Krankheiten stärker prägen konnten.

Das Problem am „biopsychosozialen Modell“ ist aus meiner Sicht, dass niemand wirklich weiß, was damit gemeint sein soll. Es ist ein wohlklingender Anspruch: „Wir finden alles wichtig.“ Aber ist es hierarchisch geordnet? Beginnt man mit dem Sozialen und endet mit dem Biologischen und gibt dann trotzdem eine Pille? Wie übersetzt man das Modell in die Praxis? Ich als Humanistin würde mich sehr freuen, wenn das Modell in der Öffentlichkeit mehr diskutiert würde.

Wie kann es also mit der Psychiatrie weitergehen? Ich habe eine Ihrer Aussagen in einem Interview so verstanden, dass ein Blick in die Geschichte verhindern würde, dass immer wieder dieselben Fehler gemacht werden.

Ich glaube nicht, dass Kliniker zu Historikern werden müssen. Aber auch wenn man nicht Geschichtswissenschaftler ist, dann arbeitet man doch immer mit Geschichten: Wer bin ich? Wo komme ich her? In welcher Beziehung stehe ich zu meinen Konkurrenten? Und die meisten dieser Geschichten gleichen Karikaturen oder Cartoons. Und die machen es den Beteiligten schwerer, einander zuzuhören. Eine der Leistungen der Geschichtswissenschaften ist es aber, ein Gefühl der Empathie zu erzeugen. Das bedeutet nicht, dass nichts Schlimmes passiert wäre, das ist es ohne Zweifel. Aber es gibt viel weniger Schurken und Bösewichte in dieser Geschichte, als man denken würde. Die biologischen Revolutionäre der 1980er-Jahre glaubten, sie würden Dinge tun, die den Patienten helfen werden. Wenn wir dahin kommen könnten, die Geschichte der Psychiatrie weniger als Krieg zwischen rivalisierenden Kräften anzusehen, als Kampf zwischen Bösen und Guten, dann würden wir vielleicht besser erkennen, was jede von uns beizutragen hat. Wir könnten uns zu kooperativen Gruppen von Experten zusammenschließen. Ich glaube, Einzelne können nicht das ganze Feld überblicken. Wie sollte jemand die gesamten Sozialwissenschaften im Blick haben und gleichzeitig

alles über Psychopharmaka und Psychotherapie wissen? Vielleicht brauchen wir eher einen Team-Ansatz, bei dem jeder seine Expertise im Dienste unserer Patienten einbringt.

Und das gelänge, indem man die guten Absichten derjenigen würdigt, die unsere heutigen Therapieansätze entwickelt haben, einschließlich der biologischen?

Es gibt viele Profitinteressen, die dahinterstehen, professionelle Ambitionen und ja, manchmal, das stimmt schon auch, echte Korruption und Fehlverhalten. Das sollte nicht vergessen werden. Aber ich glaube, dass die ursprünglichen, biologischen Revolutionäre davon überzeugt waren, dass sie die Psychiatrie retten und dabei etwas erschaffen, das den Patienten nützen würde. Die besten unter ihnen glaubten das wirklich. Das Gleiche glaubten diejenigen, die in den 1950er- und 1960er-Jahren psychosoziale, psychoanalytische Ansätze verfolgten. Fast jede Person nimmt von sich an, ein guter Mensch zu sein und im Sinne der Patienten zu handeln. Die wenigsten absolvieren eine achtjährige Ausbildung, um dann bewusst Menschen zu misshandeln und die Öffentlichkeit hinters Licht zu führen. Aber die verschiedenen Ansätze haben beabsichtigte und unbeabsichtigte Konsequenzen. Und wir sollten das nicht verschweigen.

Sie beschreiben in Ihrem Buch, wie in der Psychiatrie ein Ansatz den anderen ablöst, während andere kaum noch verfolgt werden. Würden Sie sagen, dass die Psychiatrie nach all den Jahren Fortschritte gemacht hat, oder haben all diese Revolutionen sie letztlich auf der Stelle treten lassen?

Ich glaube, dass es einige Dinge gibt, die wir klarer verstehen; einige Behandlungsansätze haben das Leben der Betroffenen verbessert. Zugleich ist es mein Eindruck, dass das Feld so stark polarisiert ist, dass Fortschritt an der einen Front dazu führt, dass die Einsichten der anderen Seite kaum noch beachtet werden. Mit allem, was wir dazulernen, verlernen wir etwas anderes. Wenn wir also Menschen mit unterschiedlicher Expertise in denselben Raum bekommen könnten und dann schauen, was jeder Ansatz anzubieten hat – und das auf Augenhöhe –, dann könnte es viel größere Fortschritte geben.

Herzlichen Dank für das Gespräch, Frau Professor Harrington!

Literatur

Greenberg, G. (2019). Psychiatry's Incurable Hubris. The biology of mental illness is still a mystery, but practitioners don't want to admit it. Verfügbar unter: www.theatlantic.com/magazine/archive/2019/04/mind-fixers-anne-harrington/583228/ [09.07.2020].

Harrington, A. (2019). Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness. New York: Norton & Company.



Anne Harrington

Anne Harrington ist Wissenschaftshistorikerin und Direktorin des Instituts für Wissenschaftsgeschichte an der Harvard University. Sie forscht zudem am Freiburg Institute for Advanced Studies an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg. Ihr Fachgebiet ist die Geschichte der Psychiatrie und Psychologie.



Dipl.-Psych. Thorsten Padberg

Baumschulenstraße 73
12437 Berlin
torsten.padberg@freenet.de

Dipl.-Psych. Thorsten Padberg, M. A., arbeitet als Verhaltenstherapeut in eigener Praxis in Berlin. Seine Veröffentlichungen umfassen Publikationen in Fachzeitschriften und Populärmedien; Studium der Philosophie mit Schwerpunkten in Wissenschaftstheorie und Analytischer Philosophie.

Rezensionen

Über den Umgang mit Ungewissheit – ein überraschend aktuelles Thema

Spitzer, N. (2019). *Ungewissheitsintoleranz und die psychischen Folgen. Behandlungsleitfaden für Psychotherapie und Beratung*. Berlin: Springer, 240 S., 34,99 €

Ob es um die eigene Gesundheit geht, die beruflichen Aussichten, die finanzielle Situation oder die Beziehungen zu anderen Menschen, niemand weiß mit absoluter Sicherheit, wie sich diese in der Zukunft entwickeln. Die meisten Menschen kommen mit dieser prinzipiellen Unvorhersehbarkeit der Zukunft einigermaßen gut zurecht; es gibt aber auch Personen, die unter einer niedrigen Ungewissheitstoleranz leiden. Durch die Corona-Krise sind wir seit dem Frühjahr 2020 sehr viel massiver mit Ungewissheit über die Zukunft konfrontiert als zu früheren Zeiten. Dadurch hat Spitzers Buch, das vor dem Ausbruch der Pandemie erschien, eine besondere Aktualität gewonnen.

Spitzer beschäftigt sich in seinem Buch gründlich mit Untersuchungen zum Konzept der Ungewissheitstoleranz bzw. -intoleranz, die seit den 1990er-Jahren veröffentlicht wurden, und stellt deren Implikationen für die psychotherapeutische Praxis dar. Er beschreibt zunächst verschiedene Aspekte der geringen Toleranz gegenüber Ungewissheit (z. B. Verlangen nach absoluter Gewissheit, vermutete Gefährlichkeit unklarer Situationen, Handlungsunfähigkeit bei unvorhersehbaren Ereignissen). Das transaktionale Stressmodell von Richard Lazarus und vor allem die Rational-Emotive Verhaltenstherapie von Albert Ellis werden als theoretische Modelle vorge-

stellt, um das Zusammenwirken dieser Überzeugungen und ihre Folgen zu erklären (Kapitel 1–3).

Der Autor, der neben Psychologie auch Soziologie und Literaturwissenschaft studierte, diskutiert im 4. Kapitel das Verhältnis zwischen dem psychologischen Konzept der Ungewissheitstoleranz und aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen, wie dem Wegfall traditioneller Orientierungen und dem Abbau staatlicher Sicherungssysteme.

Im 5. Kapitel wird die Ungewissheitsintoleranz als transdiagnostischer Vulnerabilitätsfaktor dargestellt, der bei verschiedenen psychischen Störungen (besonders deutlich bei der generalisierten Angststörung) eine wichtige Rolle spielt.

Nach dieser sehr ausführlichen theoretischen Vorbereitung beschäftigt sich Spitzer in den folgenden Kapiteln mit den Therapiezielen und der Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei Patientinnen¹ mit geringer Ungewissheitstoleranz sowie der gründlichen Exploration dieses Problembereichs. Der Autor schildert dann Möglichkeiten der kognitiven Umstrukturierung und Verhaltensexperimente, die dabei helfen, mit unklaren Situationen gelassener umzugehen und handlungsfähig zu bleiben. Ein Beispiel für solche Übungen sind „Ungewissheits-Expositionen“, bei denen sich Patientinnen harmlosen, aber ungewissen Situationen aussetzen, z. B. im Kino einen Film ansehen, über den sie nichts wissen, oder in einem Lokal ein unbekanntes Gericht be-

stellen. Das therapeutische Vorgehen wird durch kurze Gesprächssequenzen veranschaulicht.

Im letzten Kapitel skizziert der Autor Einstellungen, die über ein gelassenes Ertragen ungewisser Situationen hinausgehen: So kann man eine ästhetische Haltung zu ungewissen Situationen kultivieren oder dem Ungewissen mit der Haltung eines Abenteurers begegnen, der bereit ist, neue Erfahrungen zu machen.

Nach meinem Wissen ist dies das einzige Buch in deutscher Sprache, das sich ausführlich mit dem transdiagnostischen Faktor der Ungewissheitsintoleranz und psychotherapeutischen Möglichkeiten zur Förderung eines angemessenen Umgangs mit Ungewissheit beschäftigt. Je nach Interesse kann man sich ausführlich mit diesen Themen und ihren gesellschaftlichen Hintergründen beschäftigen oder sich auf die Kapitel konzentrieren, die anschaulich und konkret Anregungen für die therapeutische Arbeit auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis geben.

Christof Eschenröder,
Bremen

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

Posttraumatisches Wachstum bei Krebs

Reuter, E. Haarhoff, G & Malzon-Jessen, Y. (2020). *Mehr Jahresringe als erwartet – Überlebensgeschichten nach schwerer Krebserkrankung*. Stuttgart: Schattauer, 291 S., 25,- €

Das Buch „Mehr Jahresringe als erwartet – Überlebensgeschichten nach schwerer Krebserkrankung“ verknüpft auf bisher einzigartige Weise individuelle Erlebnis- und Entwicklungsgeschichten krebsbetroffener Menschen mit der Sichtweise von namhaften Expertinnen.² Den 12 Interviews krebsbetroffener Menschen folgen Experteninterviews mit Prof. Dr. Joachim Bauer, Arzt, Neurowissenschaftler und Bestseller-Autor; Prof. Dr. Elke Jaeger, Onkologin; Prof. Dr. Dr. Christian Schubert, Psychoneuroimmunologe, mit deren Sichtweise auf die jeweils markant beschriebenen Veränderungsprozesse nach krisenhaft erlebter schwerer Krankheit.

Die 12 in spürbar vertraulicher Atmosphäre geführten und mit Fotos bebilderten Interviews geben Einblick in das Erleben krebsbetroffener Menschen und zwar in Bezug auf die ins Leben brechende Krankheit und die eingreifende Behandlung wie auf die ausgelösten psychosozialen Veränderungs- und Wandlungsprozesse. Gudrun Haarhoff, Initiatorin des Projekts und Journalistin, besuchte die Protagonistinnen zu Hause. Es werden die Belastungen und ebenso die positiven Entwicklungen sichtbar. Jede „Überlebensgeschichte“ wird am Ende mit einem lyrischen Text zusammengefasst. Lesende gewinnen Einblick in das Bedeutungsspektrum einer Krebserkrankung, die von den Betroffenen „nicht nur als körperlich-medizinisches Problem, sondern auch als ein zutiefst einschneidendes soziales Ereignis“ erlebt wird. In den Interviews wird eine Stärkung der Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung sichtbar, die

zu einer besseren Differenzierung von Schädlichem und Nützlichem/Unterstützendem zu führen scheint. Die beschriebenen Prozesse stellen einen positiven Wandel dar in Folge der Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung und den dadurch ausgelösten Themen. Es handelt sich nicht um eine Rückkehr zum Ausgangszustand, sondern um eine qualitative Verbesserung des Lebensgefühls.

Das Besondere an diesem Buch ist, dass es diesen individuellen und subjektiven Prozessen ehemals schwer Erkrankter und jetzt weitgehend Gesunder ausführlich Raum gibt und um Beiträge von Wissenschaftlerinnen ergänzt, wo diese Perspektive der Einzelfallbetrachtung in der Forschungslandschaft sonst wenig Beachtung findet bzw. in der Statistik von Gruppenvergleichen untergeht.

In diesem Buch erscheinen alle Beiträge auf Augenhöhe. Die hier deutlich werdende Patientenkompetenz Betroffener beschränkt sich nicht auf die Compliance zur medizinischen Behandlung, sondern stellt eine eigene Expertise dar, die mit der onkologischen, neurowissenschaftlichen, psychoneuroimmunologischen und psychoonkologisch-psychotherapeutischen Expertise verbunden wird. Das ist nicht nur wohltuend, sondern auch sehr bereichernd und inspirierend.

In den vom Erstautor geführten Experteninterviews wird der Frage nachgegangen, ob und wie sich so ein innerpsychischer Prozess auch somatisch abbilden lässt. Persönliche Wandlungs- und Wachstumsprozesse gehen regelhaft mit einer Verbesserung der Lebensqualität und allgemeinen Gesundheit einher. Ob dieser Prozess auch in die Zellkommunikation eingreift

und zu einer Verlängerung des Lebens beiträgt, wie der Titel und die Lebensgeschichten andeuten, muss letztendlich unbeantwortet bleiben. Das Buch liefert allerdings einen wichtigen Beitrag, die persönlichen Auseinandersetzungen und die individuellen Prozesse der Betroffenen bei Behandlung und Forschung in den Fokus zu rücken. Es gibt Einblick und Anregung, wie somatische Prozesse mit psychischen Prozessen kooperieren und sich gegenseitig bedingen können. Es wird eine Brücke geschlagen zwischen dem in der Psychotherapie mit Krebsbetroffenen häufig beobachteten posttraumatischen Wachstum und dem somatischen Geschehen. Der dabei wesentlichen Rolle einer selbststärkenden Psychotherapie wird in den Interviews der Betroffenen und ebenso in den Expertengesprächen Raum gegeben und sie wird diskutiert. Die von Betroffenen oft beschriebene Arbeit am Selbst – mit oder ohne Psychotherapie – wird konkret. Das macht das Buch vor allem auch für Psychotherapeutinnen, die mit Krebspatientinnen arbeiten, sehr lesenswert.

So ist das Buch gleichermaßen lesenswert und inspirierend für Menschen mit und ohne Krebserkrankung, für Psychotherapeutinnen, für Medizinerinnen und Wissenschaftlerinnen.

Sandra Schuster,
Frankfurt

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

Leserbriefe

Methodischer Fehler

Zu R. Nübling et al.: Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA): Rahmenbedingungen in den Ausbildungsinstituten und Abschnitt der Praktischen Ausbildung. Ergebnisse der PiA-Studie 2019 Teil II. Psychotherapeutenjournal 3/2020, S. 222–231.

So erfreulich es ist, dass die PiA-Studie 2019 empirisch ermittelte Zahlen für die Situation der Psychotherapeutinnen in Ausbildung vorlegt, desto bedauerlicher ist es, wenn methodische Fehler zu Falschaussagen führen. Die festgestellten angeblichen Deckungsdefizite zwischen Kosten und Einnahmen einer verklammerten Ausbildung in den psychoanalytisch begründeten Verfahren sind offensichtlich auf fragwürdige Rechenprozeduren zurückzuführen. Den Kosten für das Erlernen von zwei Therapieverfahren werden willkürlich die Einnahmen lediglich für nur ein Verfahren gegenübergestellt. Übergangen wird, dass für eine integrierte Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und psychoanalytischer Psychotherapie zwingend mindestens 1.000 (bezahlte) Behandlungsstunden zu erbringen sind (und nicht wie bei nur einem Therapieverfahren mindestens 600 Behandlungsstunden). Die Autorinnen deuten zwar an, dass ihr Vergleich „unfair“ sein könnte, dies hält sie jedoch nicht ab, eine in der Realität nicht vorhandene Lücke zwischen Einnahmen und Kosten zu postulieren. Fakt ist, dass der fachliche Gewinn einer integrierten Ausbildung in den beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren naturgemäß mit einem höheren Aufwand hinsichtlich Theorie, Behandlungspraxis, Supervision und Selbsterfahrung verbunden ist. In finanzieller Hinsicht jedoch übertreffen die höheren Einnahmen einer verklammerten Ausbildung die Kosten in der Regel deutlich. Dies umso mehr, wenn die Ausbildung an einem der zahlreichen Institute absolviert wird, die von einem gemeinnützigen Verein getragen werden. Dass diese gemeinnützigen

(und damit nicht gewinnorientierten) Ausbildungsinstitute insgesamt in der Stichprobenselektion wenig vertreten zu sein scheinen, verstärkt die von den Autorinnen bereits problematisierten Zweifel an der Repräsentativität der erhobenen Daten.

Dipl.-Psych. Reiner Winterboer,
Rheine

Erratum

Zu R. Nübling et al.: Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA): Rahmenbedingungen in den Ausbildungsinstituten und Abschnitt der Praktischen Ausbildung. Ergebnisse der PiA-Studie 2019 Teil II. Psychotherapeutenjournal 3/2020, S. 222–231.

Mit großem Interesse haben wir den Artikel zur Ausbildungssituation im PTJ 3/2020 gelesen und es freut uns besonders, dass die PiA im Allgemeinen so zufrieden sind mit ihren Ausbildungsinstituten. Vor allem hat uns gefreut, dass wir mit insgesamt 96 Teilnehmenden zu diesen Ergebnissen beitragen konnten. Leider geht das aber aus der Abbildung 2 auf Seite 225 nicht hervor. Dies liegt daran, dass man unser Institut wohl als zwei verschiedene Einrichtungen verstanden hat: IVS-Fürth und IVS-Nürnberg. Das ist ein Missverständnis! Der Vereinssitz des IVS liegt zwar in Nürnberg, das Institut befindet sich aber in der (mit Nürnberg zusammengewachsenen) Stadt Fürth. Das bedeutet aber, dass unser Institut im Hinblick auf die Anzahl der Studienteilnehmenden gleichauf mit der AVT in Köln liegt, nämlich ebenfalls mit 96 Teilnehmenden (35+61). Wir möchten daher ein Erratum vorschlagen.

Vielen Dank schon mal für die Berücksichtigung unseres Hinweises.

Mit freundlichem Gruß

Dr. Wolfram Dorrman,
Fürth

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.

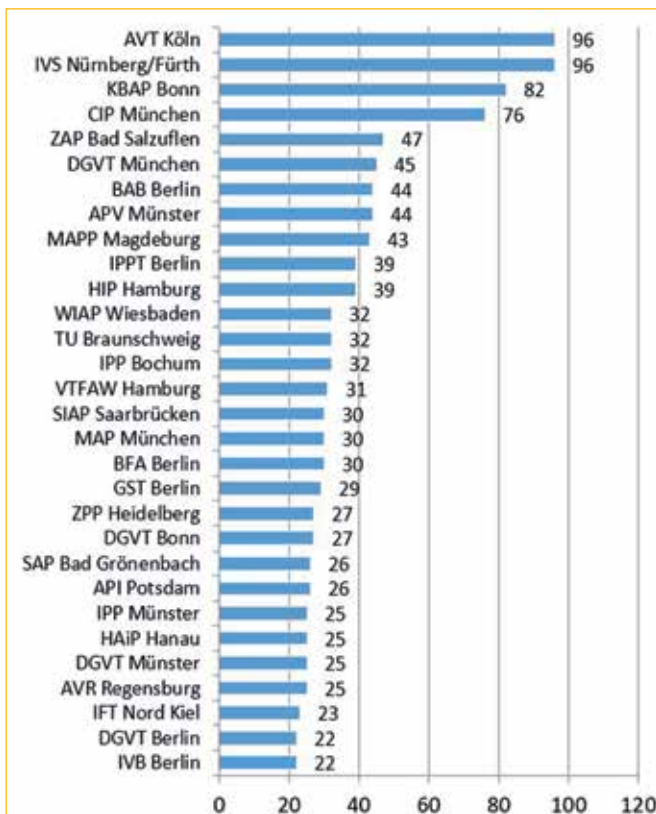
Damit Ihr Leserbrief noch in der kommenden Ausgabe gedruckt werden kann, sollte er bis zum 20. Januar 2021 bei der Redaktion (E-Mail: redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

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

Zum Verhältnis zwischen Ausbildungskosten und Einnahmen aus geleisteten Therapiestunden im Rahmen der Praktischen Arbeit

Replik von Rüdiger Nübling (für die Autorengruppe) auf die Leserbriefe „Methodischer Fehler“ (Reiner Winterboer) sowie „Erratum“ (Dr. Wolfram Dorrman).

Für das aufmerksame Lesen bzw. die beiden Rückmeldungen zu unserem Beitrag zur PiA-Studie 2019 in PTJ 3/2020 möchte wir uns herzlich bedanken. Zum einen wurden von uns zwei Institute ausgewiesen, die tatsächlich nur eines sind (IVS Nürnberg/Fürth). Damit ist die Teilnehmerzahl dieses Instituts an der Studie, wie Dr. Wolfram Dorrman richtig schreibt, mit 96 genauso hoch wie die des AVT Köln; sie sind beide gleichrangig mit der höchsten Teilnehmerzahl in der Studie vertreten (Abbildung 1).



Korrigierte Abbildung 1: Ausbildungsinstitute, Anzahl der 30 häufigsten Nennungen, n_{ges} = 2.426

Ein gravierenderer Fehler wurde im Leserbrief von Reiner Winterboer benannt: Wir haben bei unserer Hochrechnung der Einnahmen der PiA durch die von den Instituten vergüteten Therapiestunden im Rahmen des Ausbildungsabschnitts „Praktische Arbeit“ (PA) einheitlich 600 Stunden zugrunde gelegt. Das ist für die „verklammerte“ Ausbildung falsch: Hier müssen die gesetzlich verankerten 1.000 Stunden angesetzt werden. Wir hatten in unserem Artikel zwar diskutiert, dass v.a. für die psychoanalytische und die „verklammerte“ Ausbildung die Hochrechnung auf der Basis von einheitlich 600 Stunden als unfair bezeichnet werden könnte, da vor allem aus den erhobenen zusätzlichen, über den gesetzlichen Auftrag nach Angaben der befragten PiA hinausgehend nötigen Supervisionsstunden geschlossen werden konnte, dass es in der PA für diese beiden Verfahren deutlich höhere Einnahmen gibt. Dies haben wir aber in unsere Modellrechnung nicht einbezogen. Wir haben nun

zwei weitere Modellrechnungen durchgeführt, eine unter Verwendung ausschließlich der gesetzlichen Vorgaben („verklammerte“ Ausbildung 1.000 Std. PA, alle anderen 600 Std., Abbildung 2) sowie eine zweite unter Einschluss der auf Basis der erfassten zusätzlich nötigen Supervisionsstunden hochgerechneten Einnahmen aus PA-Stunden (1 Supervisionsstunde = 4 PA-Stunden; Abbildung 3).

Hieraus ergibt sich in der ersten Modellvariante für die „verklammerte“ Ausbildung eine ausgewogene Einnahmen-/Ausgaben-Situation, für die zweite Variante unter Einschluss der zusätzlich nötigen Supervisionsstunden sogar ein deutlicher Einnahmeüberschuss, sowohl für die „verklammerte“ (ca. 30.000 €) sowie auch für

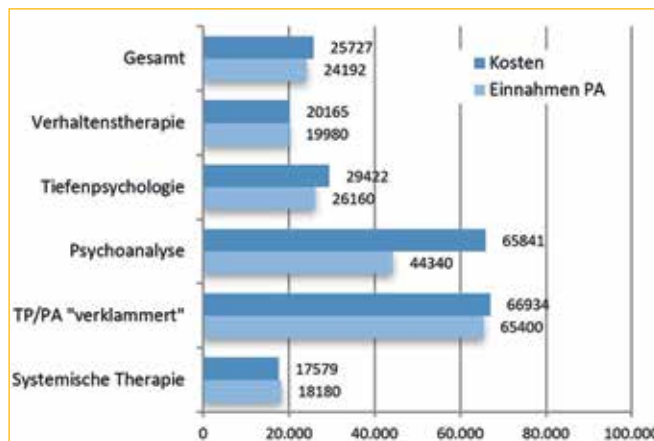


Abbildung 2: Geschätzte Gesamtkosten der Ausbildung vs. Einnahmen aus Therapiestunden im Ausbildungsabschnitt Praktische Arbeit (gesetzlich vorgeschriebene 600 Std. bzw. 1.000 Std. bei „verklammerter Ausbildung“); Vergleich der Verfahren, n = 1.768

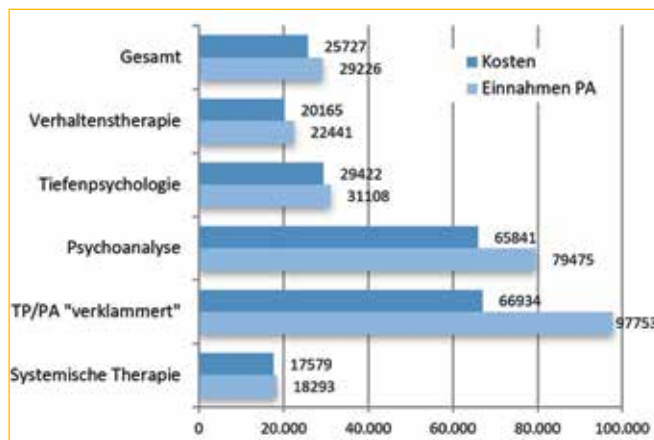


Abbildung 3: Geschätzte Gesamtkosten der Ausbildung vs. Einnahmen aus Therapiestunden im Ausbildungsabschnitt Praktische Arbeit (gesetzlich vorgeschriebene + darüberhinausgehende zusätzlich supervidierte Stunden); Vergleich der Verfahren, n = 1.768

die psychoanalytische Ausbildung (ca. 15.000 €). Wir gehen davon aus, dass die Realität irgendwo zwischen diesen beiden Modellvarianten liegt.

Dies bedeutet, dass die um einiges längere Ausbildungszeit dieser beiden psychoanalytischen Varianten nicht zwingend zu einer höheren finanziellen Belastung der PiA in der PA führt, sondern es im Gegenteil sogar zu einem relativ guten finanziellen Ausgleich der höheren Kosten für die deutlich längeren Selbsterfahrungen kommt. Dies dürfte vor allem für die psychoanalytischen Institute eine nicht unwesentliche Information für künftige Ausbildungsteilnehmende sein.

Artikelverzeichnis 2020

Artikel	Ausgabe	Seiten
Bents, Hinrich / Fydrich, Thomas Flexibilität in der Weiterbildung	3/2020	238–239
Böttinger, Ullrich / Meybohm, Ute Weiterbildung in der institutionellen Versorgung – ein Mehrwert für alle Psychotherapeuten und Versorgungsbereiche	3/2020	236–237
Buchholz, Michael B. Nachruf zum Tode von Prof. Dr. Dr. Horst Kächele	3/2020	232
Dau-Schmidt, Marianne Welchen Einfluss hat das psychische Wohlbefinden auf unser Immunsystem? Eine Darstellung am Beispiel von Krebserkrankungen	2/2020	122–127
Dehmel, Jana / Borcsa, Maria Therapiebeziehung zu Kindern und Jugendlichen. Welchen Einfluss hat die therapeutische Vertiefungsrichtung auf die Beziehungskonzepte angehender und praktizierender Psychotherapeutinnen?	2/2020	106–113
Guthke, Thomas / Kokinous, Jenny Zur Notwendigkeit einer eigenständigen Gebietsweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie	3/2020	240–241
Hermans, Björn Enno / Ochs, Matthias / Hanswille, Reinert / Borst, Ulrike / Baumann, Sebastian Die richtigen (Weiterbildungs-)Rahmen finden – Perspektiven der Systemischen Therapie	3/2020	242–243
In-Albon, Tina / Kraus, Laura / Brown, Rebecca / Edinger, Alexandra / Kaess, Michael / Koelch, Michael / Koenig, Julian / Plener, Paul L. / Schmahl, Christian / STAR Konsortium Nichtsuizidale Selbstverletzungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter: Aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Psychotherapie	1/2020	19–25
Janzen, Katharina / Jungheim, Luisa / Vassil, Imke Die neue Weiterbildung – eine Bewertung aus studentischer Sicht	3/2020	244–245
Knappe, Rainer / Lux, Armin / Martin, Kathrin Psychotherapeutische Weiterbildung: kurze Gedanken für einen langen Weg	3/2020	246–247
Leidl, Mechthild / Becker, Jelena / van Noort, Betteke Maria Chancen und Risiken für den neuen psychotherapeutischen Nachwuchs	3/2020	248–249
Leinberger, Beate / In-Albon, Tina / Timmermann, Helene Die zukünftige Weiterbildung aus Sicht der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Verbände	3/2020	250–251
Linsenhoff, Arndt Wirksamer werden	1/2020	4–11
Lubisch, Barbara Qualifizierte Weiterbildung als Voraussetzung für die vielfältigen Anforderungen des Psychotherapeutenberufs	3/2020	252–253
Münnich-Hessel, Susanne im Gespräch mit Karl-Günther Theobald „Kernproblem ist die unzureichende psychotherapeutische Versorgung in Deutschland“	1/2020	34–39
Munz, Dietrich Nach der Ausbildungsreform: Regelung der Weiterbildung der künftigen Psychotherapeuten	3/2020	234–235

Artikel	Ausgabe	Seiten
Munz, Dietrich / Gott-Klein, Nina / Klein-Heßling, Johannes Nach langer Debatte: Am 1. September 2020 tritt die Reform der Psychotherapeutenausbildung in Kraft	1/2020	40–44
Munz, Dietrich / Gott-Klein, Nina / Klein-Heßling, Johannes Die Reform der Psychotherapeutenausbildung ist ein Meilenstein für die Psychotherapeuten-schaft und die Versorgung psychisch kranker Menschen	2/2020	138–148
Nübling, Rüdiger / Hartmann, Lilian / Murzen, Sophia / Niedermeier, Katharina / Petzina, Rainer Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA): Rahmenbedingungen in den Ausbildungsinstituten und Abschnitt der Praktischen Ausbildung. Ergebnisse der PiA-Studie 2019 – Teil II	3/2020	222–231
Nübling, Rüdiger / Niedermeier, Katharina / Hartmann, Lilian / Murzen, Sophia / Petzina, Rainer Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) in den Abschnitten Praktische Tätigkeit I und II – Er-gebnisse der PiA-Studie 2019	2/2020	128–137
Orwat-Fischer, Antje „Oh, wie schön ist Psychotherapie!“ Ein Tiefenpsychologisch-utopischer Blick auf die Chancen und Risiken der Musterweiterbildungsordnung Psychotherapie	3/2020	254–255
Padberg, Thorsten im Gespräch mit der Wissenschaftshistorikerin Anne Harrington: „Die Durchführung von Psychotherapie galt als die zentrale medizinische Aufgabe der Psychiatrie“	4/2020	373–375
Renner, Janis/Täuber, Lars/Blaszyk, Wiebke/Dekker, Arne/Briken, Peer/Nieder, Timo O. Psychotherapie mit trans Personen: Gesellschaftliche Herausforderungen und ein aktuelles E-Health-Projekt	4/2020	357–365
Rief, Winfried / Schneider, Silvia Plädoyer für eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapieweiterbildung	3/2020	256–257
Romanczuk-Seiferth, Nina Online-Supervision von Psychotherapien – Hinweise für die Praxis	4/2020	334–340
Ruggaber, Günter Standards sichern für eine qualitativ hochstehende Patientenversorgung – Plädoyer für eine koor-dinierte Weiterbildung	3/2020	258–259
Schäfer, Georg / Martin, Rupert / Pechmann, Birgit Herausforderungen der künftigen Weiterbildung aus Sicht der psychoanalytisch begründeten Verfahren	3/2020	260–261
Schmidt, Ronald G. M. Psychotherapie als Leistung in der Kinder- und Jugendhilfe des SGB VIII. Für eine bedarfsorien-tierte psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus psychosozial belasteten Lebensverhältnissen	1/2020	12–18
Schmitt, Rudolf / Heidenreich, Thomas Metaphernreflexives Vorgehen in der Psychotherapie	2/2020	114–121
Spahn, Cora / Reuter, Laurence / Wagner, Birgit / Glaesmer, Heide Langzeitfolgen der Heimunterbringung in der DDR. Herausforderungen für die psychotherapeuti-sche Behandlung	3/2020	213–221

Artikel	Ausgabe	Seiten
Straub, Roland / Sommer, Monika Die zukünftige stationäre Weiterbildung: Chancen und Risiken aus Sicht der Psychotherapeuten in stationären Einrichtungen	3/2020	262–263
Sümmerer, Christina Psychotherapie auf Distanz? Spezifika und Implikationen der Arbeit mit Videositzungen	4/2020	350–356
Thelen, Lavinia / Görtz-Dorten, Anja / Döpfner, Manfred Digitales Psychotherapie-Training: Chancen, Grenzen und Akzeptanz	4/2020	341–349
Thielen, Manfred Die Entwicklung einer neuen Musterweiterbildungsordnung aus Sicht der Humanistischen Psychotherapie	3/2020	264–265
Thünker, Johanna / Berwanger, Susanne Gute Qualität erhalten – bessere Bedingungen schaffen: Psychotherapieausbildung 2.0 aus der Perspektive des psychologisch-psychotherapeutischen Berufsverbandes betrachtet	3/2020	266–267
Tripp, Jürgen / Pommier, Delphine / Dallüge, Elisabeth / Lotz-Rambaldi, Winfried Die neue psychotherapeutische Weiterbildung aus gewerkschaftlicher Perspektive	3/2020	268–269
Vogel, Heiner Redaktionelle Vorbemerkung zum Schwerpunkt „Die Musterweiterbildungsordnung in der Diskussion“: Der neue Psychotherapeutenberuf braucht eine neue Weiterbildung!	3/2020	233
von Lersner, Ulrike Psychotherapie im interkulturellen Kontext	4/2020	366–372
Wagner, Birgit / Hofmann, Laura Psychische Folgen und psychotherapeutische Unterstützung nach dem Suizid eines Angehörigen	1/2020	26–33
Waldherr, Benedikt / Klett, Martin Anforderungen an die Musterweiterbildungsordnung aus Sicht eines gemischten Berufsverbandes	3/2020	270–271
Wiesemüller, Birgit Die neue Musterweiterbildungsordnung aus Sicht der Gesprächspsychotherapie	3/2020	272–273

Digital und innovativ

37. Deutscher Psychotherapeutentag am 13. und 14. November

Der 37. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) am 13. und 14. November 2020 war bedingt durch die Corona-Pandemie der erste digitale DPT. Die Delegierten besprachen wichtige Weichenstellungen für die neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO), die im Frühjahr nächsten Jahres verabschiedet werden soll. Für die jetzigen Psychologischen Psychotherapeutinnen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (KJP) verabschiedete der DPT eine Ergänzung der MWBO um den Bereich Sozialmedizin. Weitere zentrale Themen waren der Bericht zum Projekt „Wirtschaftliche und berufliche Zukunft der im ambulanten Bereich tätigen Berufsangehörigen“, die Verabschiedung von Dokumentationsempfehlungen für psychotherapeutische Behandlungen sowie Beschlüsse zum Haushalt der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) 2021 und die Abstimmung über fünf Resolutionen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen.

Corona und psychische Belastungen

Der 37. DPT stand im Zeichen der Corona-Pandemie. Im Bericht des Vorstands wies Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, eindringlich auf die psychischen Belastungen hin, die mit dem Leben unter Pandemiebedingungen für die Menschen verbunden sind. Er forderte spezifische Präventionskonzepte für ältere und kranke Menschen, um Isolation zu verhindern. Für Kinder und Jugendliche müsse man Schulen und Kitas geöffnet halten. Auch dafür brauche es spezifische Präventionskonzepte. Es sei aber auch notwendig,

sich in der Versorgung auf die Belange psychisch kranker Menschen besser einzustellen. Gerade in Corona-Zeiten sei es notwendig, dass Akutbehandlungen per Video durchführbar sind und dass man telefonische Beratung und Behandlung ermöglicht – auch für Versicherte, die noch nicht Patientinnen in den psychotherapeutischen Praxen sind. Der DPT verabschiedete hierzu eine Resolution: „Psychotherapeutische Versorgung in der Pandemie sicherstellen – Akutbehandlung per Video und telefonische Konsultation zulassen!“. Der zweite Lockdown sei eine Notwendigkeit, so Munz. Die Realitäten seien nicht wegzudiskutieren. Die Ansteckungsgefahr durch das Coronavirus sei real und die wirtschaftliche Krise auch. Ein Ende der Pandemie könne man noch nicht seriös voraussagen. Deshalb dürfe man auch keine falschen Hoffnungen machen. Eine schwierige und lange Zeit der Unsicherheit stehe bevor. Deshalb sei es so wichtig, sich gegenseitig zu unterstützen. Trotz körperlicher Distanz, „wir müssen in Kontakt bleiben und einander beistehen“, betonte Munz (<https://www.bptk.de/in-kontakt-bleiben-psychische-belastungen-staerker-beachten/>).

Klimawandel, Gesundheitsgefahren und Psychotherapeutinnen

Präsident Munz wies auch auf die enormen Gefahren für die menschliche Gesundheit durch den Klimawandel hin. Psychotherapeutinnen sähen sich deshalb auch in der Pflicht, im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen mit zu unterstützen. Hier sei geplant, die Berufsordnung auch noch klarer zu fassen.

Weichenstellungen für die MWBO

Zentrales Thema war die neue MWBO, die die BPtK derzeit in enger Kooperation mit den Landespsychotherapeutenkammern und den Verbänden entwickelt. Dem DPT lag für eine erste Lesung der Paragrafenteil der neuen MWBO vor, den der BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz vorstellte.

■ Fachgebietsbezeichnung

Ziel sei es, den hohen Stellenwert der Psychotherapieverfahren in der MWBO durchgängig deutlich zu machen, aber nicht verbindlich vorzugeben, dass die künftigen Fachpsychotherapeutinnen für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche das Verfahren in ihrer Fachgebietsbezeichnung führen müssen. Hintergrund sei, dass insbesondere stationär tätige Psychotherapeutinnen vielfältige unterschiedliche Methoden und Techniken einsetzen und der Verweis auf ein bestimmtes Verfahren von Patientinnen als eingeeengte Kompetenz wahrgenommen werden könnte.

■ Integration von zwei Verfahren

Delegierte regten an, dass in der Gebietsweiterbildung eine parallele Qualifizierung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie möglich sein sollte. Dem wurde entgegengehalten, dass tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ein eigenständiges Verfahren für die ganze Breite psychotherapeutischer Indikationen sei und viele Psychotherapeutinnen auf der Basis dieses Kompetenzprofils tätig seien. Es müsse deshalb auch eigenständig vermittelt werden. Angeregt wurde auch, grundsätzlich darüber zu diskutieren, inwieweit die Weiterbildung

in zwei Verfahren während der Gebietsweiterbildung möglich ist.

■ Koordinierung der Weiterbildung

Nach dem Entwurf des Paragrafenteils ist es möglich, mit einem abgestimmten Angebot für die unterschiedlichen Weiterbildungsbereiche und -stätten die Qualität der Weiterbildung sicherzustellen. Delegierte betonten, dass die konzeptionelle Einheit von Theorie, Selbsterfahrung, Supervision und Behandlungspraxis unverzichtbar sei. Dies sei aber mit der künftigen Weiterbildung weit schwieriger sicherzustellen. In der MWBO solle man deshalb regeln, wer für die erforderliche Koordinierung zuständig sei und mit welchen Mitteln sich dies gewährleisten lasse. Zu klären sei auch, welche Rolle hier Weiterbildungsinstitute spielen könnten und ob es notwendig sei, sie mit einem spezifischen Aufgabenprofil in der MWBO zu verankern. Der Vorstand griff die Diskussion auf und sagte zu, im Rahmen des Projekts MWBO eine Arbeitsgruppe einzurichten, in der das Thema Koordinierung vertieft diskutiert werden könne.

■ Weiterbildung in Teilzeit

In allen Heilberufen wächst die Nachfrage nach Teilzeittätigkeit. Deshalb ist im Paragrafenteil der MWBO derzeit vorgesehen, dass auch eine Weiterbildung in Teilzeit regelhaft möglich sein soll. Dies müsse, erläuterte BPTK-Präsident Munz, aber noch in allen Heilberufegesetzen nachvollzogen werden.

■ Weiterbildung für das Transitionsalter

Ein stark diskutiertes Thema sei, erläuterte Vorstandsmitglied Michaela Willhauck-Fojkar, wie die Gebiete Erwachsene und Kinder und Jugendliche voneinander abgegrenzt werden sollen. Fachlich sei man sich einig gewesen, dass es einen Überlappungsbereich geben müsse. Diskutiert wurde, ob das Transitionsalter bis zum 27. oder 24. Lebensjahr reichen solle oder ob ein Überlappungsbereich bis zum 21. Lebensjahr ausreichend sei.

■ Weiterbildung und Flexibilität

Im „Besonderen Teil“ sei auch die Dauer der Weiterbildung zu regeln, so

BPTK-Vorständin Willhauck-Fojkar. Dabei gehe man im Projekt beim aktuellen Planungsstand von insgesamt 60 Monaten Weiterbildung in Vollzeit aus, wobei mindestens 24 Monate auf den ambulanten Bereich und gleichfalls mindestens 24 Monate auf die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik einschließlich der Suchtrehabilitation entfallen sollen. Weitere zwölf Monate könnten optional im institutionellen Bereich, wie zum Beispiel Erziehungsberatung, oder in der Anwendungsforschung in einer klinischen Einrichtung absolviert werden.

Bis zum nächsten DPT müssten im Projekt MWBO noch die Kompetenzen definiert werden, die für den Facharztstandard notwendig seien. Dabei sei auch zu regeln, bei welchen Kompetenzen vorgegeben werden müsse, in welchem Tätigkeitsfeld sie zu erwerben seien, und bei welchen dies den Psychotherapeutinnen in Weiterbildung überlassen werden könne, sich optional eine Weiterbildungsstätte im ambulanten, stationären oder institutionellen Bereich zu suchen. Die Anforderungen des Facharztstandards sollten mit größtmöglicher Flexibilität kombiniert werden können.

In der Diskussion wurde angeregt, über die fünfjährige Dauer der Weiterbildung nachzudenken. Dagegen wurde zu bedenken gegeben, dass eine Qualifizierung in der ambulanten Versorgung in weniger als zwei Jahren nicht möglich sei. Auch für den stationären Bereich seien zwei Jahre notwendig, um für die unterschiedlichen Aufgaben ausreichend zu qualifizieren. Außerdem würden Kliniken die erforderlichen Stellen wahrscheinlich nur dann einrichten, wenn sie damit rechnen können, dass die sich Weiterbildenden ausreichend lange zur Verfügung stehen. Dieses Argument wurde auch für den institutionellen Bereich gesehen.

■ Weiterbildung und wissenschaftliche Qualifizierung

In einer Weiterbildung gehe es um den Erwerb obligatorischer Kompetenzen, die bundeseinheitlich den Fachpsychotherapeutenstandard definieren

und sichern, so Willhauck-Fojkar. Dies müsse auch das Kriterium bei der Anerkennung wissenschaftlicher Tätigkeiten sein. Eine Qualifizierung im wissenschaftlichen Bereich müsse also zum Erwerb von Kompetenzen dienen, die obligatorischer Bestandteil der Weiterbildung aller angehenden Fachpsychotherapeutinnen sind. Es sei zu prüfen, wie der bestehende Spielraum genutzt werden könne, zur Sicherung der Zukunft des akademischen Faches und es Psychotherapeutinnen grundsätzlich zu ermöglichen, neben einer Weiterbildung auch eine wissenschaftliche Karriere aussichtsreich zu beginnen.

■ Neuropsychologische Psychotherapie

BPTK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Bencke berichtete zu den Überlegungen für ein künftiges Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie in der neuen MWBO. Die Klinische Neuropsychologie sei eine wissenschaftlich anerkannte Methode und kein Verfahren. Sie erfordere spezifische Diagnostik und Behandlung, die sich deutlich von der Richtlinienpsychotherapie unterscheide. Es gehe um einen spezifischen Kompetenzerwerb, der nicht zu den Inhalten der Weiterbildung für ein Psychotherapieverfahren gehöre. Bei den Indikationen gebe es eine klare Abgrenzung, da die Neuropsychologische Psychotherapie auf organische psychische Störungen nach Schlaganfällen und Schädel-Hirn-Traumata beschränkt sei. Sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen gebe es einen erheblichen ambulanten und stationären Versorgungsbedarf, der zurzeit nicht gedeckt werden kann. Damit sich eine Gebietsweiterbildung ökonomisch rechtfertige, sei eine altersübergreifende Qualifizierung notwendig. Bisher ist eine Qualifizierungsmöglichkeit im Rahmen einer Bereichsweiterbildung möglich, die allerdings nicht im nötigen Umfang nachgefragt wird. So sei seit einigen Jahren ein Deckeneffekt bei der Anerkennung der Weiterbildung zu beobachten. Es werde befürchtet, dass dies so bleibe, wenn auch für die zukünftigen Fachpsychotherapeutinnen nur eine Bereichsweiterbildung möglich wäre. Dr. Bencke betonte, dass über

eine Gebietsweiterbildung künftig auch Psychologinnen gewonnen werden könnten, die sich schon im Studium für Neurowissenschaften und Neuropsychologie begeistern und keine Richtlinienpsychotherapie erlernen möchten. Nach intensiver Debatte stimmten die Delegierten mit großer Mehrheit dafür, ein Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie auszuarbeiten. Über die Aufnahme in die MWBO müsse der 38. DPT im April entscheiden.

■ Situation der Psychotherapeutinnen in Ausbildung

Die Bundeskonferenz der Psychotherapeutinnen in Ausbildung (PiA) legte dem DPT einen differenzierten Bericht zur aktuellen Situation der PiA und ihren Positionen zum Projekt Musterweiterbildungsordnung vor. Die PiA machten noch einmal deutlich, wie schwierig ihre finanzielle Situation in der praktischen Tätigkeit und der praktischen Ausbildung in den Ambulanzen sei. Der DPT verabschiedete mit großer Mehrheit die Resolution „Angemessene Vergütung für PiA sicherstellen“.

Dokumentation und Qualitätssicherung

Ein weiteres Schwerpunktthema des DPTs waren Dokumentationsempfehlungen für die Psychotherapie sowie das Thema Qualitätssicherung.

■ Empfehlungen für die Dokumentation

BPtK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop stellte Empfehlungen für die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen vor. Die Empfehlungen sollen, so Melcop, einen orientierenden Rahmen für die verschiedenen Versorgungsbereiche bilden. Es bleibe die Aufgabe der behandelnden Psychotherapeutinnen, diese Empfehlungen je nach Patientin, Setting oder Verfahren zu spezifizieren, anzupassen oder auch zu ergänzen. Die Empfehlungen beruhen auf den bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Verpflichtungen der Psychotherapeutinnen zur Dokumentation. In großer Einhelligkeit begrüßten die Delegierten die vorgelegten Empfehlungen zur Dokumentation. Mit

ihnen könnten die Psychotherapeutenkammern ihre genuinen gesetzlichen Aufgaben erfüllen und ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Berufspflichten unterstützen. Der 37. DPT stimmte mit großer Mehrheit den vorgelegten Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen zu.

■ Datengestützte Qualitätssicherung

Im Bericht des Vorstandes wies BPtK-Präsident Munz darauf hin, dass Qualitätssicherung für Psychotherapeutinnen eine Selbstverständlichkeit sei. Sie engagierten sich in Qualitätszirkeln, nahmen Supervision und Intervention wahr, verfügten über ein Qualitätsmanagement, bildeten sich rege fort und nutzten nicht zuletzt das, wenn auch gescholtene, Gutachterverfahren. Eine Qualitätssicherungskonferenz hatte im Herbst herausgearbeitet, dass eine datengestützte Qualitätssicherung und Patientinnenbefragungen gute Ergänzungen dieser vielfältigen Bemühungen sein könnten. Deutlich wurde aber auch, betonte Munz, dass solche datengeschützten Instrumente mit der fachlichen Expertise der Profession zu entwickeln seien und dass man methodische Probleme nicht einfach ignorieren dürfe. Um hilfreich zu sein, müssten sie auch die Komplexität und Varianz psychotherapeutischer Behandlungen angemessen erfassen. All diese Forderungen erfülle der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Qualitätssicherung derzeit nicht. Man werde dies gegenüber G-BA und Politik deutlich machen und hoffe auf neue Wege in Richtung Evidenzbasierung der Qualitätssicherung. Der DPT verabschiedete mit großer Mehrheit die Resolution „Qualitätssicherung im ambulanten Bereich nur mit Nutzen für die Versorgung und vertretbarem Aufwand!“.

Digitalisierung und Telematik

■ Elektronischer Psychotherapeutenausweis

Im Bericht des Vorstandes schilderte Munz die vielfältigen Arbeiten der BPtK im Kontext der Digitalisierung. Gemeinsam mit allen Landespsychotherapeu-

tenkammern bereite man die Ausgabe des elektronischen Psychotherapeutenausweises (ePtA) vor. Dies sei für alle Beteiligten ein steiniger Weg. Wie ein ePtA spätestens zu Beginn 2021 zu beantragen sei, könne bereits in einer BPtK-Praxis-Info nachgelesen werden (www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/bptk_praxisinfo_Digitale-Gesundheitsanwendungen-1.pdf).

■ Elektronische Patientenakte

Die elektronische Patientenakte (ePA) betrachte er grundlegend skeptisch, so Munz. Gewiss würde von allen Seiten das getan, was notwendig sei, um die Sicherheit so hoch wie möglich zu garantieren. Risiken werde es aber immer geben, und das bei hochsensiblen Informationen, die in den Patientenakten gespeichert werden sollen. Letztlich entscheide jedoch die Patientin darüber, ob sie die ePA nutzen wolle.

■ Digitale Anwendungen

Die BPtK habe auch eine Praxis-Info zu digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) herausgegeben (www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/11/bptk_praxisinfo_ePtA.pdf). Damit sei es Psychotherapeutinnen möglich, sinnvolle und geeignete DiGA aus dem Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auszuwählen. Zum Gesamtkomplex Digitalisierung verabschiedete der DPT mit großer Mehrheit die Resolution „Digitale Gesundheitsanwendungen nur mit Wirksamkeitsnachweis, fachlich abgesichertem Ordnungsverfahren und überprüfem Datenschutz in die Versorgung bringen“.

■ Studie zur Videobehandlung

Psychotherapeutinnen nutzten während der Corona-Pandemie deutlich häufiger die Videobehandlung, um die Versorgung psychisch kranker Menschen aufrechtzuerhalten. Durch die Pandemie sei es zu einem Innovationschub gekommen, so Munz. Wichtig bleibe aber, dass die Behandlung im unmittelbaren persönlichen Kontakt der Goldstandard der Psychotherapie sei. Psychotherapie müsse außerdem, wenn sie kombiniert aus Präsenz und Video bestehe, aus einer Hand erfolgen.

Ganz grundsätzlich setze Videobehandlung zudem ein störungsfreies Internet voraus. Dies sei aber weder auf dem Land noch in der Stadt flächendeckend vorhanden (www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/11/20201105_BPtK-Studie_Videobehandlung.pdf). Der DPT verabschiedete einstimmig mit wenigen Enthaltungen die Resolution „Auch bei Videobehandlung: Psychotherapie aus einer Hand“.

Rechte von Kindern und Jugendlichen stärken

Durch mehrere aktuelle Gesetzesinitiativen sollen die Rechte von Kindern und Jugendlichen gestärkt werden, berichtete BPtK-Präsident Munz. Neben einer Reform des SGB VIII gehe es dabei um mehr Schutz für intergeschlechtliche Kinder, ein Beschleunigungsgebot für Strafverfahren, bei denen Kinder, die Opfer sexualisierter Gewalt geworden sind, Zeuginnen sind und eine Klarstellung, dass eine Psychotherapie begonnen und weitergeführt werden muss und darf, unabhängig von laufenden Strafverfahren. Jugendschutz sei auch das Thema eines spezifischen Gesetzes, das Kinder und Jugendliche besser vor den Gefahren im Internet schützen soll.

Besonders wichtig sei dem Vorstand, so Munz, die Forderung nach einer ambulanten Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche

mit intensivem Versorgungsbedarf. Um hier in absehbarer Zeit zu einer Richtlinie des G-BA zu kommen, müsse dieser dafür einen expliziten gesetzlichen Auftrag erhalten. Damit Kinder und Jugendliche, die eine vorrangig psychotherapeutische Versorgung brauchen, ein multiprofessionelles Angebot erhalten können, müssten sie einen Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen haben, also insbesondere auf heilpädagogische, sozialarbeiterische und psychologische Maßnahmen.

Projekt wirtschaftliche und berufliche Situation im ambulanten Bereich

BPtK-Vizepräsident Melcop präsentierte den Abschlussbericht des Projektes „Wirtschaftliche und berufliche Situation der im ambulanten Bereich tätigen Berufsangehörigen“. Das Projekt war das Ergebnis intensiver Arbeit eines Begleitgremiums, unterstützt durch Psychotherapeutinnen der Landeskammern und in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die in Round-Table-Gesprächen ihre Expertise miteinbrachten. Zur Bestandsaufnahme des Projektes habe die Feststellung gehört, dass Psychotherapeutinnen immer noch kein professionsgerechtes Honorar erhalten. Immer noch müsse man sich auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verlassen, die aber letztlich nur die absolute Untergrenze des Honorars für psychotherapeutische Leistungen

pro Zeiteinheiten markiere. Aber zur Tatbestandsbeschreibung gehöre auch, dass man in den letzten Jahren an vielen Punkten Erfolge erzielt habe, insbesondere auch durch die Einführung neuer Leistungen wie die Sprechstunde und die Akutbehandlung, die Höherbewertung von Probatorik und psychotherapeutischem Gespräch, sowie – wenn auch zum Teil kritisch gewürdigt – die Zuschläge für die ersten zehn Sitzungen der Kurzzeittherapie. Im Projekt sei man sich einig gewesen, an diesen Punkten weiterarbeiten zu müssen, denn Psychotherapie in einer Einzelpraxis sei ein Modell, das die Mehrheit der Psychotherapeutinnen weiterhin präferiere, auch und gerade weil ihre Patientinnen sich in diesem überschaubaren und persönlichen Setting besonders sicher fühlen. Tatsache sei aber auch, dass es Änderungstendenzen und neue, von außen gesetzte Herausforderungen für die Profession gebe, denen man sich stellen wolle.

■ Unterschiedliche Lebens- und Lernphasen

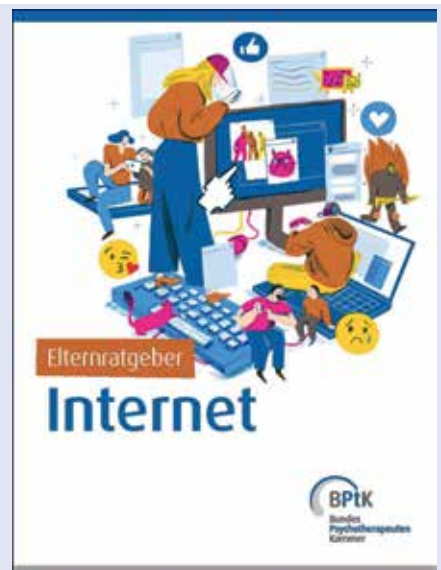
Die Profession sei, so Melcop, in den letzten 20 Jahren gewachsen und unterliege in vielerlei Hinsicht einem Wandel. Sie habe trotz stark reglementierter Rahmenbedingungen und einer bis heute in vielerlei Hinsicht unzureichenden Vergütung, Wege gefunden, für die Patientinnen da zu sein und ihre wirtschaftlichen, aber auch persönlichen Belange adäquat zu regeln. Wobei ein

BPtK veröffentlicht Elternratgeber „Internet“

Die große weite Welt des Internets ist heute allgegenwärtig. Auch bei Kindern und Jugendlichen. So gut wie alle Jugendlichen besitzen ein Smartphone. Über 80 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen sind täglich im Netz unterwegs. Viele Eltern beobachten mit Sorge, wie viel Zeit ihre Kinder im Netz und mit ihrem Smartphone verbringen. Sie fragen sich: Wie viel Internet ist okay und was kann ich tun, wenn mein Kind zu viel Zeit online verbringt?

Um Eltern bei diesen und anderen Fragen zu beraten, hat die BPtK einen Elternratgeber „Internet“ veröffentlicht. Mit dem Ratgeber möchte die BPtK Eltern Orientierung geben, worauf es bei der Internetnutzung je nach Alter der Kinder ankommt und wie Eltern gemeinsam mit ihrem Kind Regeln und Absprachen zur Mediennutzung treffen können. Der Ratgeber hilft auch bei heiklen Themen wie Porno- und Gewaltvideos im Internet weiter und zeigt auf, wie Eltern reagieren können, wenn ihre Kinder mehr Zeit online verbringen als im realen Leben.

Printexemplare des Ratgebers können kostenfrei über die BPtK-Geschäftsstelle bestellt werden (bestellungen@bptk.de). Der Ratgeber steht auch als PDF-Version auf der BPtK-Homepage zum Herunterladen zur Verfügung (www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/bptk-elternratgeber-internet.pdf).



wichtiger Ausgangspunkt der Analyse gewesen sei, dass die Herausforderungen in jeder Lebensphase andere seien. Lebensziele und Lebensaufgaben unterlägen einem Wandel genauso wie berufliche Erfahrungen und Kompetenzen und Interessen. Es sei ein legitimes Anliegen der Profession, entsprechend unterschiedlicher Lebens- und Lernphasen, ihre Praxistätigkeit zu gestalten.

■ Zunahme angestellter Psychotherapeutinnen

Die Profession stehe vor einem Generationenwechsel. Circa ein Drittel der Psychotherapeutinnen sei 60 Jahre und älter. Gleichzeitig könne man sehen, dass der Anteil der Psychotherapeutinnen, der als Angestellte oder im Rahmen des Jobsharings arbeite, zunehme. Dafür müsse man die adäquaten Rahmenbedingungen schaffen, sowohl für die angestellten als auch für die anstellenden Psychotherapeutinnen.

■ Teilung der Versorgungsaufträge

Melcop beschrieb den konstanten Trend zur Teilung der Versorgungsaufträge. Mittlerweile habe die Mehrheit der Vertragspsychotherapeutinnen einen hälftigen Versorgungsauftrag. Dies habe die positive Konsequenz, dass die Versorgungskapazitäten damit zunehmen, denn Psychotherapeutinnen mit halben Versorgungsauftrag arbeiten durchschnittlich 30 Stunden. Variationen im Leistungsspektrum und neue Optionen bei der Praxisstruktur

müssten für Psychotherapeutinnen mit halbem Versorgungsauftrag genauso realisierbar sein, wie für diejenigen mit einem ganzem. Dafür müsse es ausreichend Unterstützung bei Vernetzung und innovativen Praxisstrukturen geben. Das für die ambulante Versorgung beschworene Modell einer mindestens 50-Stunden-Praxis über die gesamte Lebensspanne sei für Männer wie für Frauen veraltet.

■ Innovationen fördern

Der Beruf der Psychotherapeutin sei vielfältig und werde künftig noch vielfältiger werden. Bisher seien aber längst nicht alle Möglichkeiten genutzt, das Leistungsspektrum weiterzuentwickeln und neue Praxisstrukturen auszuprobieren. Die Digitalisierung, die Komplexversorgung für schwer psychisch kranke Menschen, Spezialisierungen z. B. im Kontext der Schmerztherapie oder der Psychodiabetologie, aber auch der Aufbau von Praxisstrukturen, die den besonderen Herausforderungen einer Versorgung im ländlichen Raum besser gerecht werden, seien Themen, denen die Profession sich stellen wolle. Im Anschlussprojekt sollen nun Unterstützungsangebote für interessierte Psychotherapeutinnen entwickelt werden.

Erweiterung der MWBO um den Bereich Sozialmedizin

Dr. Bruno Waldvogel informierte den DPT für die Kommission Zusatzqualifi-

zierung über den Vorschlag, die MWBO um den Bereich Sozialmedizin zu ergänzen. Hintergrund sei das MDK-Reformgesetz, das seit dem 1. Januar 2020 Tätigkeiten der sozialmedizinischen Begutachtung für andere Heilberufe als Ärztinnen, also auch Psychotherapeutinnen, eröffne. Aber auch in der Rentenversicherung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst würden zunehmend entsprechend qualifizierte Psychotherapeutinnen gesucht. Der DPT beschloss mit großer Mehrheit den Antrag zur Erweiterung der MWBO um den Bereich Sozialmedizin.

Haushalt

Der DPT nahm einstimmig den Jahresabschluss der BPtK für 2019 an, entlastete für das Haushaltsjahr 2019 einstimmig den Vorstand der BPtK und billigte einstimmig den Haushaltsplan für das Jahr 2021. Außerdem beschloss der DPT eine Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der BPtK, in dem er die Regelung zur Nutzung der Deutschen Bahn klarstellt.

Den ausführlichen DPT-Bericht finden Sie auf der Homepage der BPtK unter www.bptk.de/digital-und-innovativ/.

Intensive Gremienarbeit in der zweiten Jahreshälfte

Im November 2019 startete das BPtK-Projekt „Reform der MWBO“. Über die Ergebnisse einer ersten Gremienschleife mit Vertreterinnen der Landespsychotherapeutenkammern, der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände, der heutigen Ausbildungsstätten und Ausbildungsteilnehmerinnen sowie der Hochschulen und Studierenden wurde im Juni in der neuen Publikationsreihe „BPtK-Weiterbildung“ berichtet (www.bptk.de/publikationen/bptk-weiterbildung). In der zweiten Jahreshälfte stand die Entwicklung von Entwürfen zum Paragrafenteil der MWBO und zu den

Gebieten „Kinder und Jugendliche“ und „Erwachsene“ für die nach neuem Recht Approbierten im Mittelpunkt der Gremienarbeit. In die Beratungen der Gremien flossen auch die Diskussionen von drei Delegiertenworkshops und Antworten einer ersten Onlinebefragung der Landeskammern und Psychotherapeutenverbände ein. Die Freitextantworten dieser Befragung können auf der Homepage der BPtK abgerufen werden unter: www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/09/Antworten-Onlinebefragung-Freitext-MWBO.pdf. Beide Papiere wurden auf dem 37. DPT diskutiert.

Nächste Gremienschleife

Die Entwürfe zum Paragrafenteil und zum besonderen Teil Gebiete werden in einer dritten Gremienschleife zu Beschlussvorlagen weiterentwickelt. Dazu führt die BPtK erneut eine Online-Befragung der Landeskammern und Verbände und eine gemeinsame Fachtagung aller Gremienmitglieder sowie einen weiteren Delegiertenworkshop durch. In der laufenden Projektphase werden auch die Kompetenzen und Richtzahlen der Weiterbildungsgebiete final definiert. Dabei wird geklärt, wel-

che Kompetenzen zwingend zum Erreichen eines Fachpsychotherapeutenstandards erworben werden müssen und dazu nur in der ambulanten Weiterbildung, nur in der stationären Weiterbildung oder optional in einem der beiden oder in anderen institutionellen Bereichen erworben werden können. Das Ergebnis beschreibt den Spielraum für die Flexibilität bei der Absolvierung der Weiterbildung in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern. Darüber hinaus wird nach dem Beschluss des 37. DPT zur Neuropsychologischen Psychotherapie eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die einen Vorschlag zur Regelung dieses Gebietes im besonderen Teil der MWBO erarbeitet.

Verabschiedung im April 2021

Einige private Universitäten bieten bereits zum angelaufenen Wintersemester das neue Masterstudium an, die meisten staatlichen Universitäten werden im

Wintersemester 2021/22 nachziehen. Nur mit der rechtzeitig verabschiedeten MWBO kann sichergestellt werden, dass es in zwei Jahren, wenn die ersten Absolventinnen des neuen Masterstudiengangs eine Weiterbildungsstelle suchen, bundesweit vergleichbare und genehmigte Weiterbildungsordnungen in den Landeskammern gibt sowie ermächtigte Weiterbildungsstätten und zugelassene Weiterbildungsbefugte. Ziel ist deshalb die Verabschiedung der reformierten MWBO auf dem 38. DPT im April 2021. Damit die reformierte Aus- und Weiterbildung zügig und weitgehend bundeseinheitlich umgesetzt werden kann, starteten Anfang November regelmäßige Gespräche der Landeskammern und der BPtK mit der Arbeitsgruppe „Berufe des Gesundheitswesens“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG).

Weiterer Ausblick

Parallel werden Detailregelungen unterhalb der Ebene der MWBO entwickelt, zum Beispiel zur Anerkennung von Stätten und Befugten, zum (E-)Logbuch oder zur Prüfungsdurchführung. Die Detailarbeit an solchen Aus- und Durchführungsbestimmungen soll nach dem 38. DPT erfolgen zusammen mit der Planung der administrativen Umsetzung der Weiterbildung. Daneben werden Regelungen für die Bereichsweiterbildungen der nach neuem Recht approbierten Psychotherapeutinnen getroffen. Auch für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sind notwendige Weiterentwicklungen der „Bereiche“ zu prüfen. Mit der Entscheidung des DPT für einen Bereich „Sozialmedizin“ gibt es hier aktuell schon eine Ergänzung (siehe www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/11/Muster-Weiterbildungsordnung-der-BPtK.pdf).

Neue Verordnungsbefugnisse von Psychotherapeutinnen

Mit der Psychotherapeutenausbildungsgesetzreform haben Psychotherapeutinnen gesetzlich die Befugnis erhalten, psychiatrische häusliche Krankenpflege und Ergotherapie zu verordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nun in zwei Beschlüssen im September bzw. Oktober die neuen Befugnisse der Psychotherapeutinnen in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) bzw. der Heilmittel-Richtlinie umgesetzt. Psychotherapeutinnen sind damit Fachärztinnen auch bei der Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und Ergotherapie gleichgestellt.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege richtet sich an erwachsene Patientinnen, die schwer psychisch erkrankt sind und unter erheblichen Beeinträchtigungen der Aktivitäten leiden. Die Schwere der Beeinträchtigung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen wird dabei über die „Global Assessment of Functioning Scale“ (GAF-Skala) erfasst. Bei den Regelindikationen wie zum Beispiel Schizophrenie, rezidivie-

renden depressiven Störungen mit gegenwärtig schwerer und mittelgradiger Episode oder Borderline-Persönlichkeitsstörung kann psychiatrische häusliche Krankenpflege erst verordnet werden, wenn ein GAF-Wert ≤ 50 vorliegt. Für eine Verordnung aufgrund einer psychischen Erkrankung, die nicht zu den Regelindikationen zählt, muss ein GAF-Wert ≤ 40 vorliegen.

Mit der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sollen Patientinnen dabei unterstützt werden, ihren Alltag möglichst selbstständig zu bewältigen. Die relevanten Bezugspersonen der Patientinnen sollen einbezogen und im Umgang mit der Erkrankung angeleitet werden, soweit dies im Einzelfall notwendig und von den Patientinnen gewünscht ist.

Nach Prüfung der Richtlinienänderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), muss der Bewertungsausschuss noch innerhalb von sechs Monaten den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) anpassen. Somit

werden Vertragspsychotherapeutinnen aber auch Krankenhauspsychotherapeutinnen diese Leistung voraussichtlich ab dem 2. Quartal 2021 verordnen und die Leistungen der Erst- und Folgeverordnung (GOP 01422 und 01424) abrechnen können. Detaillierte Informationen zum Diagnosespektrum und zu weiteren Leistungsvoraussetzungen finden sich in der HKP-Richtlinie und werden in der entsprechenden Praxis-Info der BPtK ausführlicher erläutert.

Die Änderung der Heilmittel-Richtlinie wird nach Genehmigung durch das BMG voraussichtlich zum 1. Januar 2021 in Kraft treten. Da in diesem Fall keine Änderung des EBM erforderlich ist, werden Psychotherapeutinnen ab diesem Zeitpunkt Ergotherapie in der Versorgung verordnen können. Ergotherapie kann von Psychotherapeutinnen insbesondere bei den Indikationen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie sowie bei Erkrankungen verordnet werden, bei denen neuropsychologische Therapie angewendet werden kann. So kann beispielsweise eine psychisch-

funktionelle Behandlung zur Verbesserung der Tagesstrukturierung und Verbesserung der Belastungsfähigkeit bei substanzbezogenen Störungen oder depressiven Störungen verordnet werden. Im Rahmen einer neuropsychologischen Therapie kann als therapieergänzende Maßnahme ein Hirnleistungstraining durch eine Ergotherapeutin veranlasst werden. Aber auch bei Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des

Sozialverhaltens oder anderen psychischen Erkrankungen ist beispielsweise die Verordnung einer psychisch funktionellen Behandlung möglich, um hierdurch etwa zur Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens und der Verbesserung der Beziehungsfähigkeit beizutragen. Der Verordnungsvorbehalt im Heilmittelkatalog für die entsprechenden ergotherapeutischen Leistungen bei den jeweiligen psychischen Indika-

tionsbereichen wurde durch den G-BA entsprechend der Vorschläge der BPtK dahingehend korrigiert, dass zusätzlich auch bei Vorliegen einer psychotherapeutischen bzw. neuropsychologischen Eingangsdiagnostik die Verordnung von Ergotherapie zulässig ist. Zur Unterstützung der Psychotherapeutinnen bei der Verordnung von Ergotherapie bereitet die BPtK eine Praxis-Info vor.

Corona-Sonderregelungen (GKV/PKV)

Bei gesetzlich Versicherten sind Videobehandlungen aktuell befristet bis zum 31. Dezember unbegrenzt möglich. Die Beschränkung auf maximal 20 Prozent der Patientinnen ist während der Corona-Pandemie ausgesetzt. Auch psychotherapeutische Sprechstunde und probatorische Gespräche sind während der Corona-Pandemie in Einzelfällen per Video möglich. Zudem können Psychotherapeutinnen in begrenztem Umfang ihre Bestandspatientinnen telefonisch beraten und behandeln. Das haben Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband beschlossen, nachdem sich BPtK und Verbände intensiv dafür eingesetzt hatten. Auch für Gruppentherapien wurden Erleichterungen geschaffen.

Die BPtK fordert darüber hinaus, dass auch psychisch kranke Menschen, die neu erkrankt sind, telefonisch beraten und behandelt werden können, wenn

sie während der Corona-Krise nicht anders versorgt werden können. Zudem sollten nach Auffassung der BPtK Akutbehandlungen per Video durchgeführt werden können.

Auch Versicherte der privaten Krankenversicherung können während der Corona-Pandemie unbürokratischer per Video psychotherapeutisch behandelt werden. Darauf haben sich Bundesärztekammer (BÄK), BPtK, Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und Beihilfe in einer gemeinsamen Abrechnungsempfehlung verständigt. Diese Sonderregelung ist aktuell bis zum 31. Dezember 2020 befristet. Psychotherapeutinnen können zudem die Erfüllung aufwändiger Hygienemaßnahmen während der Corona-Pandemie abrechnen. Seit dem 1. Oktober 2020 und zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2020 kann diese Hygienepauschale noch zum reduzierten 1,0-fachen Satz

abgerechnet werden. Darüber hinaus wurde auch eine Regelung für längere telefonische Beratungen als Gemeinsame Abrechnungsempfehlung von BPtK, BÄK, PKV-Verband und Beihilfe wieder aufgelegt. Wenn die psychotherapeutische Versorgung anderweitig nicht sichergestellt werden kann, können Patientinnen seit dem 17. November 2020 zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2020 bis zu vier telefonische Beratungen pro Monat mit einer Dauer von jeweils bis zu 40 Minuten erhalten.

Um Psychotherapeutinnen fortlaufend über aktuelle Sonderregelungen zu informieren, hat die BPtK eine „Praxis-Info Coronavirus“ herausgegeben, in der relevante Informationen für Psychotherapeutinnen zusammengefasst sind. Die Praxis-Info kann auf der Homepage der BPtK unter www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/06/BPtK-Praxis-Info-Coronavirus.pdf abgerufen werden.

BPtK-Studie „Videobehandlung – Eine Umfrage zu den Erfahrungen von Psychotherapeut*innen“

Um die gesundheitspolitische Diskussion über Videobehandlung nach der Corona-Pandemie mit den Erfahrungen der Praktikerinnen fundiert führen zu können, hat die BPtK zwischen Juni und August eine Befragung zum Thema Videobehandlungen durchgeführt. Insgesamt haben fast 3.500 Psychotherapeutinnen an der Online-Befragung teilgenommen.

Innovationsschub durch Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat zu einem massiven Innovationsschub bei Videobehandlungen geführt. Fast alle Psychotherapeutinnen haben bereits Behandlungen per Video durchgeführt (87,9 Prozent) und fast alle haben dies erstmals seit Beginn der Corona-Pandemie gemacht (91,4 Prozent). Neun von zehn Psychotherapeutinnen (88,5 Pro-

zent) können sich zudem vorstellen, auch nach Ende der Pandemie Videobehandlungen durchzuführen. Allerdings will dies die Hälfte nicht mehr so häufig tun wie während der Corona-Pandemie.

Mangelnde Internetqualität größtes Hindernis

Das größte Hindernis bei Videobehandlungen sind instabile Internetverbindungen. Aufgrund technischer Störungen



*BPTK-Studie Videobehandlung – Eine Umfrage zu den Erfahrungen von Psychotherapeut*innen*

brachen Behandlungen ab, waren Gesprächspartnerinnen nicht zu verstehen oder flackerte das Bild. Dies war auf dem Land fast doppelt so häufig der Fall wie in Großstädten. Auf dem Land war die Internetverbindung bei rund 40 Prozent der Patientinnen nicht ausreichend, in Großstädten immerhin noch bei 25 Prozent.

Wichtige Ergänzung aber kein Ersatz

Nach den Erfahrungen der Psychotherapeutinnen sind Videobehandlungen

eine wichtige Ergänzung, aber kein Ersatz für Behandlungen im unmittelbaren Kontakt. Bei Videobehandlungen ist die nonverbale Wahrnehmung eingeschränkt und es können nicht alle psychotherapeutischen Interventionen durchgeführt werden. Die meisten Psychotherapeutinnen (56,8 Prozent) haben deshalb Präsenz- und Videobehandlung schon während der ersten Corona-Welle kombiniert. Am häufigsten wurde per Video behandelt, um das Infektionsrisiko von Patientinnen und deren Angehörigen zu senken. Mit Videobehandlungen lassen sich nicht alle Patientinnen erreichen. Schlecht zu erreichen sind kleine Kinder, ältere Menschen, aber auch Menschen, die nicht über die notwendige technische Ausstattung oder einen ungestörten Raum für die Videobehandlung verfügen.

Gleichzeitig können Videobehandlungen dazu beitragen, dass die psychotherapeutische Versorgung und die Behandlungskontinuität verbessert werden. Für Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder Menschen, die aufgrund ihrer Arbeit viel reisen müssen, ersparen sie Wege zur Praxis oder machen es möglich, überhaupt Behandlungstermine wahrzunehmen.

BPTK-Forderungen

Die BPTK fordert, dass Psychotherapeutinnen je nach Patientin eigenverantwortlich entscheiden können, ob

und wie oft eine Videobehandlung angemessen ist. Dabei sollte eine Psychotherapie aus einer Hand gewährleistet werden, unabhängig davon, ob sie als Präsenz- oder Videobehandlung durchgeführt wird. Menschen müssen bei Krisen ihre Psychotherapeutin kurzfristig in ihrer Praxis aufsuchen können. Dafür ist eine räumliche Nähe zwischen Psychotherapeutin und Patientin notwendig. Videobehandlungen müssen deshalb regional verankert werden. Psychotherapeutische Behandlungen sollten zudem aus Sicht der BPTK künftig deutlich flexibilisiert auch per Video erbracht und abgerechnet werden können. Die von den Psychotherapeutinnen in ihren Berufsordnungen definierten Sorgfaltspflichten sichern die Qualität der Behandlungen. Es müssen außerdem dringend die ausreichenden technischen Voraussetzungen für eine störungsfreie Behandlung per Video geschaffen werden. Der fehlende Ausbau des Internets ist das größte Hindernis für eine Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Digitalisierung kann sozial benachteiligte Patientinnen von der psychotherapeutischen Versorgung ausschließen. Die BPTK fordert daher, dass für Menschen mit wenigen sozioökonomischen Ressourcen in ihren Wohnvierteln vermehrt Beratungs- und Behandlungsangebote geschaffen werden. Für ältere Menschen ist eine systematische Förderung aufsuchender Psychotherapie in deren Wohnungen und in Altenheimen notwendig.

Neue BPTK-Studie „Der Innovationsfonds und die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“

Seit seiner Einrichtung im Jahre 2016 entwickelte sich der Innovationsfonds zum zentralen Treiber für Innovationen im Gesundheitswesen. Umso entscheidender ist, dass der Innovationsfonds Projekte fördert, die tatsächlich das Potenzial haben, die Versorgung zu verbessern. Die BPTK hat deshalb die Innovationsfondsprojekte untersucht, mit denen die Versorgung von Menschen mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen durch neue Versorgungsformen gefördert wird.

Psychotherapeutische Versorgung gezielter weiterentwickeln

Positiv ist, dass eine Vielzahl der Innovationsfondsprojekte die Versorgung psychischer Erkrankungen verbessern soll (vgl. Abbildung). Die geförderten Projekte sind allerdings sehr heterogen. Zum einen fördert der Innovationsfonds für Kinder und Jugendliche Projekte zur Versorgung und Prävention psychischer Erkrankungen, die das Potenzial für eine positive Weiterentwicklung haben. Die

psychotherapeutische Versorgung von Menschen, die in ländlichen Regionen leben, wird dagegen zu wenig oder in problematischer Art und Weise gefördert. Damit solche Versorgungslücken langfristig behoben werden können, sollten diese künftig durch spezifischere Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses aufgegriffen werden.

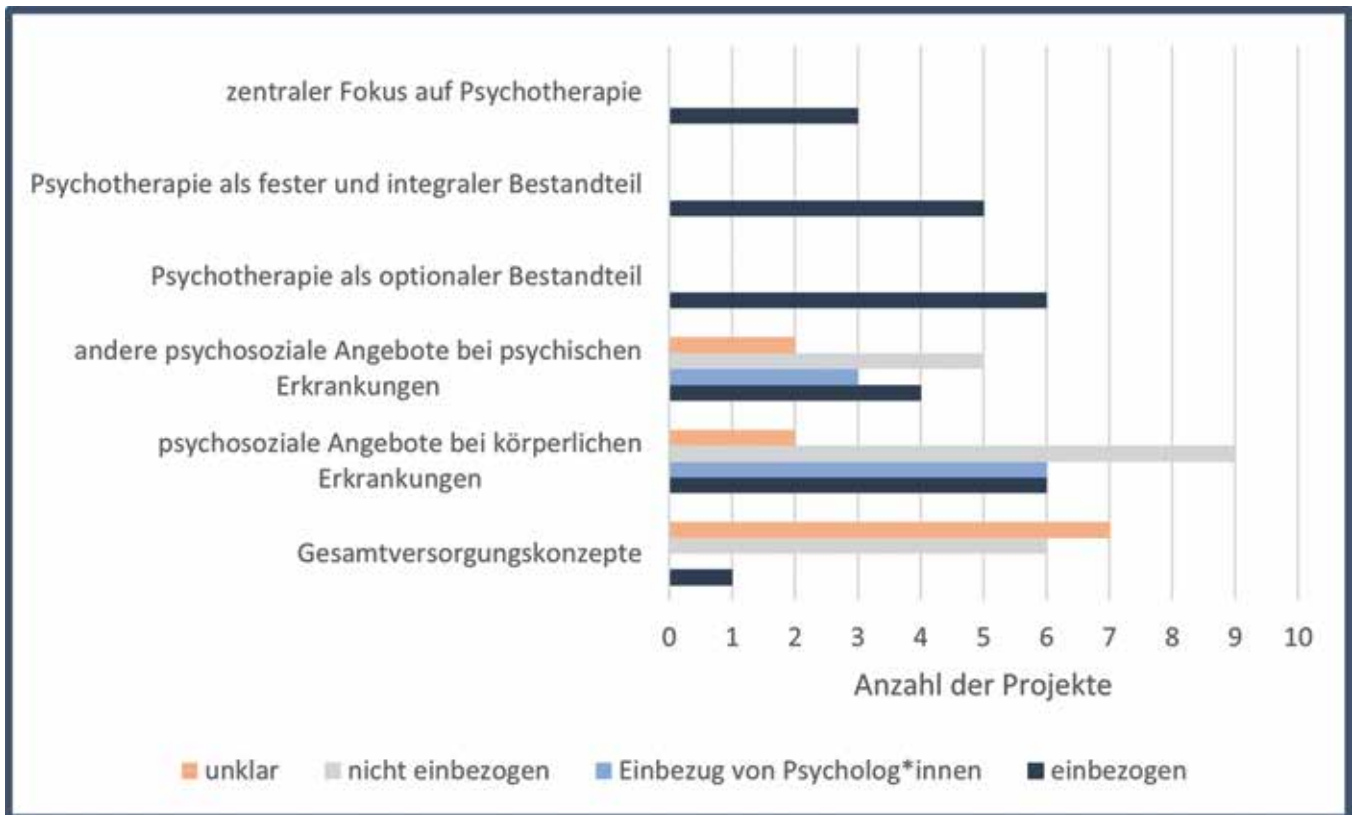


Abbildung: Einbezug von Psychotherapeutinnen in Projekte aus dem Bereich „Neue Versorgungsformen“; Quelle: BPtK, 2020

Hürden in der psychotherapeutischen Versorgung abbauen

Die Hälfte der Projekte, die explizit die psychotherapeutische Versorgung verbessern sollen, verfolgt gestufte Versorgungsansätze. Dabei soll Psychotherapie meist als eine der letzten Behandlungsoptionen oder erst bei einem besonderen Schweregrad der psychischen Erkrankung zum Einsatz kommen. Die BPtK kritisiert, dass dadurch der direkte Zugang zur Psychotherapeutin fehlt, der seit dem Psychotherapeutengesetz die jahrzehntelange Unterversorgung psychisch kranker Menschen wesentlich verbessert hat. Dieser Fortschritt darf nicht durch neue Hürden in der Versorgung psychisch kranker Menschen gefährdet werden. Bei der Auswahl der Projekte sollte daher sichergestellt werden, dass der Direktzugang zur psychotherapeutischen Versorgung nicht eingeschränkt wird.

Digitalisierung für psychisch kranke Menschen nutzen

Insgesamt zeichnen sich die Innovationsfondsprojekte für psychisch kranke Menschen durch ein hohes Maß an Digitalisierung aus. Dabei sind die Ziele sehr heterogen. Neben digitalen Anwendungen, mit denen psychotherapeutische Behandlungen intensiviert oder unterstützt werden sollen, führt eine Reihe an Projekten auch dazu, dass digitale Anwendungen den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erschweren. Die BPtK fordert, psychotherapeutische Behandlungsstandards nicht zu untergraben. Dazu gehört, dass insbesondere Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung im unmittelbaren persönlichen Kontakt erfolgen müssen. Das gelingt nur, wenn digitale Angebote regional verankert werden.

Struktur- und Prozessqualität darlegen

Ein Schlüsselproblem vieler Innovationsfondsprojekte ist, dass sie oft keine ausreichenden Informationen zur Struktur- und Prozessqualität bereitstellen (vgl. Abbildung). Dabei ist unbedingt sicherzustellen, dass bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als berufliche Qualifikation der Standard einer approbierten Psychotherapeutin oder Ärztin gewährleistet wird. Bei Innovationsfondsprojekten sollte es deshalb verpflichtend sein, bestehende Standards der Struktur- und Prozessqualität sicherzustellen.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

+++ Bitte beachten: für die Mitglieder der LPK BW liegt dieser Ausgabe ein Einhefter mit Satzungsänderungen etc. bei +++

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

noch immer ändern sich die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie und ein Ende ist trotz der Hoffnung auf Impfmöglichkeiten noch schwer absehbar. Wir werden Sie weiterhin auf der Homepage kontinuierlich über die unsere Berufsausübung betreffenden spezifischen Maßnahmen auf dem aktuellen Stand halten.

Auch wenn die Notwendigkeit des elektronischen Heilberufsausweises für unsere Berufsgruppe immer wieder infrage gestellt wird, ist er für die niedergelassenen Kolleginnen aufgrund verschiedener rechtlicher Regelungen erforderlich. Kurzfristige gesetzliche Änderungen und spezifische Anforderungen an die Hersteller haben bedauerlicherweise die Herausgabe stärker verzögert als geplant. Nach umfangreichen und komplexen Vorarbeiten können wir jedoch zusichern, dass die Antragstellung und Auslieferung des elektronischen Psychotherapeutenausweises Anfang nächsten Jahres möglich sein werden. Wir werden Sie über den Ausgabeprozess ausführlich informieren, um diesen möglichst störungsfrei zu gestalten.

Nach dem erfolgreichen KJP-Fachtag sind wir mit dem Sozialministerium im Gespräch, nächstes Jahr einen Fachtag zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung durchzuführen. Das Ziel der Behandlung ist dann nicht unbedingt die Heilung, sondern eine Therapie, die ihnen eine möglichst breite Teilhabe an den täglichen Aktivitäten erhält oder ermöglicht. Hier sehen wir vonseiten der Kammer eine wichtige Aufgabe für uns Psychotherapeutinnen. Diese Veranstaltung soll ein Auftakt sein, um uns sowohl fachlich auf die dafür erforderlichen Maßnahmen und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen vorzubereiten, aber auch um die erforderlichen politischen Weichenstellungen zu erreichen.

Wir verbleiben mit den besten Wünschen für die bevorstehenden Weihnachtstage und den Jahreswechsel und wünschen Ihnen alles Gute für das kommende Jahr!

Ihr Kammervorstand

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

LPK-Vertreterversammlung – erstmals coronabedingt als Videokonferenz

Bedingt durch die Corona-Pandemie konnten sich die Delegierten der Vertreterversammlung (VV) nicht persönlich, sondern nur im Rahmen einer Videokonferenz treffen. Dank der hervorragenden Vorbereitung und Betreuung durch die Kammergeschäftsstelle konnte die Veranstaltung, die für die Beteiligten in dieser Form Neuland war, erfolgreich durchgeführt werden.

Am ersten Tag der VV standen die Diskussionen und Beschlüsse zum Haushaltsabschluss 2019 und dem Haushaltsplan 2020 auf der Tagesordnung sowie durch die Verschiebung der VV noch unerledigte „Aufträge“. So wurde der Antrag eingebracht, in der bereits seit Jahresbeginn laufenden neuen

Kammerperiode die Arbeit im Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“ fortzusetzen. Hierzu präsentierte Vorstandsmitglied Roland Straub als Behindertenbeauftragter und Koordinator des Arbeitskreises einen kurzen Überblick zum aktuellen Stand sowie zu geplanten Arbeitsschwerpunkten und stellte die aktiven Mitglieder kurz vor. Bedingt durch gesetzliche Änderungen wie das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und neu geschaffene psychosoziale Einrichtungen bei Kommunen und Trägern hätten telefonische Anfragen bzgl. Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung deutlich zugenommen, Nachfragende seien nicht mehr nur die Angehörigen selbst, sondern zunehmend Mitarbei-

tende von Trägern sozialer Einrichtungen und Kommunen, Klinikambulanzen, Beratungsteams, Wohnbegleiter usw., weswegen der Adressenpool einer dringenden Erweiterung bedürfe. Neben der fortlaufenden Aktualisierung der Info-Materialien, auf die bei Anfragen verwiesen werde, sollen deshalb auch erneut regionale Aktivitäten wie Qualitätszirkel und Fortbildungen initiiert oder unterstützt sowie zusätzlich wegen der stärkeren Vernetzung auch interprofessionell geplant werden. Die VV stimmte der Fortsetzung der Arbeit des Arbeitskreises ohne Gegenstimmen zu.

Bei der weiteren Präsentation des Haushalts und den Diskussionen wurde

immer wieder deutlich, dass die Pandemie und die Maßnahmen zu deren Bekämpfung auch erhebliche Auswirkungen auf den Kammerhaushalt haben. Aufwendungen für Reisekosten und Veranstaltungen werden angesichts der Absage von Veranstaltungen und der Ersetzung von Präsenzterminen durch Videokonferenzen zwar deutlich niedriger ausfallen als im Haushaltsansatz. Dafür würden aber die Kosten für die EDV höher zu beziffern sein als vorgesehen, denn die Umstellung der Präsenzsitzungen und Veranstaltungen auf webbasierte Konferenzen und auch die Umstellung der Arbeitsplätze der Kammermitarbeitenden auf Homeoffice führte zu höheren EDV-Ausgaben. Nach ausführlicher Diskussion wurde der Haushaltsplan 2021 verabschiedet und die Rechnungsführerin und der gesamte Vorstand entlastet.

Der zweite Tag der VV begann mit der Verabschiedung des langjährigen Leiters des Ressorts Aus-, Fort- und Weiterbildung und Qualitätssicherung, Dr. Jürgen Schmidt. In der Würdigung seiner Verdienste für die Kammer betonten Vizepräsident Martin Klett und

auch die langjährige Vorsitzende des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung, Mareke de Brito Santos-Dodt das enorme Engagement von Jürgen Schmidt für die Kammer, insbesondere bei der Schaffung und ständigen Weiterentwicklung der Fort- bzw. Weiterbildungsordnung, der Akkreditierungsverfahren und vielem mehr (siehe auch den separaten Beitrag unten). Jürgen Schmidt bedankte sich in seiner Abschiedsrede für die Würdigungen seiner Arbeit und sprach sich bezüglich der Fort- und auch der Weiterbildungsordnung für eine größere Akzeptanz von Methoden-/Verfahrensvielfalt aus. Er wird dem Ressort erfreulicherweise als Berater für die Zeit des Übergangs auf seine Nachfolge zur Verfügung stehen.

Im anschließenden Vorstandsbericht informierte Kammerpräsident Dr. Munz zum Stand des elektronischen Heilberufsausweises, mit dessen Ausgabe im Frühjahr 2021 zu rechnen ist. Anschließend referierte Herr Munz den Stand der Musterweiterbildungsordnung, welche zur ersten Lesung auf dem Deutschen Psychotherapeutentag am 13./14.11.2020 ansteht.

Aufgrund von Hinweisen von Ermittlungsbehörden verdeutlichte Präsident Munz, dass die Kammer keine Ausstellung von Gefälligkeitsgutachten von Psychotherapeutinnen zur Befreiung von der Maskenpflicht dulden dürfe, die Ahndung rechtswidriger Gutachten unterstütze und ggf. auch Berufsordnungsverfahren einleite.

Zur psychotherapeutischen Versorgung während der Corona-Pandemie verabschiedete die VV eine Resolution, in der die Politik aufgefordert wird, in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung und anderen für die Versorgung Verantwortlichen die Rahmenbedingungen weiterhin so zu gestalten, dass die Arbeit in Praxen, Kliniken und anderen Versorgungseinrichtungen im notwendigen Umfang auch bei steigenden Fallzahlen fortgesetzt werden kann. Die Resolution sowie weitere Infos zur VV, u. a. auch die Abschiedsrede von Jürgen Schmidt, können auf der Homepage der LPK BW nachgelesen werden unter www.lpk-bw.de/node/1434.

Trennung und Scheidung – KJP-Fachtag am 10. Oktober 2020 in Stuttgart

Am Samstag, 10. Oktober 2020 – zugleich Welttag der Psychischen Gesundheit 2020 – fand der vom Ausschuss für die Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen lange geplante Fachtag zum Thema „Psychotherapie im Kontext von Trennung und Scheidung“ als Präsenzveranstaltung im Hospitalhof in Stuttgart statt. Die Teilnehmerzahl musste coronabedingt auf 100 Personen begrenzt werden.



Eröffnung des Fachtags durch Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz

Für den Fachtag konnten fünf Referentinnen aus Forschung und Praxis gewonnen werden, die das komplexe Thema unter verschiedenen Aspekten behandelten. **Prof. Dr. Heinz Kindler** vom Deutschen Jugendinstitut e.V. München stellte anhand verschiedener Studien dar, dass sich der Blick von der durch Elterntrennung entstandenen Belastung der Kinder weg von der Pathologie hin zu Bewältigungsanstrengungen verschiebt. Er referierte zu vier Trends der Forschung: Neubewertung der Langzeitfolgen von Trennung und Scheidung, ein genaueres Verständnis der Kindesperspektive, die Analyse von Wirkmechanismen und die Untersuchung hochgradig konflikthafter Familien. **Prof. Dr. Karl-Heinz Brisch**, em. Professor der LMU München und der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) Salzburg, Bindungsforscher, beschrieb anhand eines Fallbei-



KJP-Ausschussmitglied Dr. Judith Arnscheid und Vorstandsmitglied Dorothea Groschwitz

spiels die intrapsychische Konfliktlage eines Kindes in einer hochstrittigen Elternkonstellation und die Möglichkeiten psychotherapeutischer Interventionen im Setting einer psychosomatischen Klinik. **Prof. Dr. Reinmar du Bois** von der Gutachtenstelle Stuttgart (GA-ST GmbH) stellte aus Sicht eines Gutachters in Sorgerechts- und Umgangsverfahren dar, wie dem Willen und Wohl



Auditorium

des Kindes in strittigen Fällen entsprechen werden kann. In hochstrittigen Fällen soll nicht nach den Vorzügen eines Elternteils entschieden werden. Stattdessen sollen die Risiken der von den Eltern jeweils präferierten Lösungen für das Kind verglichen werden, um Nachteile für das Kind zu minimieren. Jeder Fall sei ein Einzelfall, ideologische Vorstellungen werden den Kindern nicht gerecht. **Dr. Ute Wiedemann**, Erziehungswissenschaftlerin und Verfahrensbeistand, stellte das Kursprogramm für Mütter und Väter „Kind im Blick“ vor, das Eltern für die Bedürfnis-

se ihrer Kinder in der Trennungssituation sensibilisieren soll. **Stefanie Hoffmann**, Dipl.-Soz.päd. und Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Leiterin der Beratungsstelle des Caritasverbands Heidelberg für Kinder, Jugendliche und Eltern, rückte die Kinder in den Blick und schloss mit einem Bericht über ein Gruppenangebot für Kinder „Meine Eltern leben getrennt...“ den Fachtag ab.



Fr. Kosutic, Fr. Clauss und Hr. Kempf beim Empfang der Teilnehmerinnen unter Hygienebedingungen



Prof. Dr. Karl-Heinz Brisch

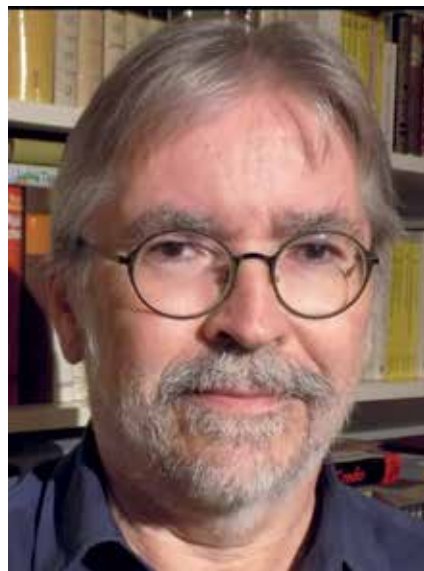
Der Fachtag konnte nur durch die Realisierung eines aufwendigen Hygienekonzepts als Präsenzveranstaltung durchgeführt werden, das durch Mitarbeiter der LPK-Geschäftsstelle entsprechend vorbereitet und vor Ort umgesetzt wurde. Auch den Teilnehmenden sei herzlich gedankt, dass die Hygienebedingungen auch alle eingehalten werden konnten.

Die Vortagsfolien sowie von den Referenten empfohlene Literatur finden Sie auf www.lpk-bw.de/node/1423.

AFW/QS-Ressortleiter Dr. Jürgen Schmidt in den Ruhestand verabschiedet

Zum Ende des Jahres 2020 geht der langjährige Leiter des Ressorts Aus-, Fort- und Weiterbildung der LPK Baden-Württemberg, Dr. Jürgen Schmidt, in den Ruhestand. Er kam im Frühsommer 2004 zur LPK, die damals, kurz nach ihrer Gründung 2001 noch im Aufbau war. Der damalige Vorstand unter Führung des ersten Kammerpräsidenten Detlev Kommer hatte ihn für das neu geschaffene Ressort AFW verpflichtet.

Dr. Jürgen Schmidt war davor langjährig Abteilungsleiter und später Vorstand eines großen Reha-Klinikträgers sowie danach Leiter des Karlsruher eqs-Instituts. In diesen Positionen hatte er sich primär mit Evaluation und Qualitätssicherung vor allem in der psychosomatischen Rehabilitation beschäftigt, ein Thema über das er auch promoviert hat. Diese Arbeit kann heute als Meilenstein der Evaluation psychosomatischer Rehabilitation bezeichnet werden [1] (eine ausführliche Literaturliste finden Sie auf der Website des Psychotherapeutenjournals). Insgesamt hat er über



Dr. Jürgen Schmidt

150 weitere Arbeiten publiziert, unter anderem z. B. zu Möglichkeiten der Qualitätssicherung/des Qualitätsmanagements in der ambulanten und stationären Psychotherapie [2–8] bzw. zur Basisdokumentation psychotherapeutischer Behandlungen [9], zur Evaluation

und Outcome-Messung [10–16] und zu verschiedenen psychometrischen Messinstrumenten [17–21], die er meist selbst bzw. mit seinen Arbeitsgruppen entwickelt hatte. Ebenfalls ein Meilenstein ist hier v. a. der Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF8, Erstveröffentlichung: [17]), der bis heute in unzähligen Evaluations- und Psychotherapiestudien eingesetzt wurde. Alles Themen, die auch derzeit wieder sehr intensiv in der Diskussion sind.

Von der LPK wurde Jürgen Schmidt mit dem Aufbau des Ressorts betraut, das er in seiner Amtszeit von 0 auf 100 gebracht hat. Basis war die neue im März 2004 in der Vertreterversammlung beschlossene Fortbildungsordnung.

Auch für die LPK hat Dr. Jürgen Schmidt Pionierarbeit geleistet und ein heute qualitativ hochwertiges und ausgesprochen gut funktionierendes Referat aufgebaut. Hierzu hatte er ab Mitte 2005 mit Karin Kosutic sowie später mit Ulrike Claus und Dominik Kempf enga-

gierte Mitarbeiter ausgewählt und ein schlagkräftiges Team daraus geformt, das sich durch Teamgeist, fachliche und menschliche Kompetenzen und Qualifikationen auszeichnet.

Eine sehr enge Zusammenarbeit verband ihn vor allem mit dem Ausschuss für Aus-, Fort-, und Weiterbildung (AFW), dessen Ausschusssitzungen er stets begleitete und meist fachlich vorbereitete. Hier waren insbesondere die langjährige und heutige Ausschussvorsitzende Mareke de Brito Santos-Dodt sowie vorstandsseitig Vizepräsident Martin Klett seine Hauptansprechpersonen. Zusammen mit dem Ausschuss wurden die wesentlichen Grundlagen gelegt für eine Vielzahl von Regelungen im Rahmen der Fortbildungsordnung sowie auch für die Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen bzw. deren Akkreditierung. Zu nennen sind hier unter anderem die Weiterbildungsordnungen für die Klinische Neuropsychologie (2007), Systemische Therapie (2012), Gesprächspsychotherapie (2016), Spezielle Psychotherapie bei Diabetes (2018) und Spezielle Schmerzpsychotherapie (2019). Dr. Jürgen Schmidt war darüber hinaus viele Jahre auch Mitglied der länderübergreifenden AFW-Arbeitsgruppe und vertrat dort zusam-

men mit Ausschuss und Vorstand die in Baden-Württemberg erarbeiteten Positionen.

Ebenfalls seit Beginn seiner Tätigkeit begleitete er den Ausschuss Qualitätssicherung und versuchte auch dort auf der Basis seiner umfangreichen Expertise zu diesem Thema Impulse für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Psychotherapie zu geben.

Ein wesentlicher Schwerpunkt seiner Arbeit bzw. der des Ressorts war die Akkreditierung von Fortbildungen, die Anerkennung von Supervisionen, Selbsterfahrungsleiterinnen etc. sowie die Ausstellung von Fortbildungszertifikaten. Die Akkreditierungen und Anerkennungen, die 2004 mit etwa 300 Prüfungen begannen, haben heute einen Umfang von über 2000 pro Jahr. Die Fortbildungszertifikate, die vor allem für die LPK-Mitglieder mit Kassenzulassung relevant sind und für jedes Mitglied alle fünf Jahre ausgestellt werden müssen, bewegen sich zwischenzeitlich um die 1000 bis 1500 pro Jahr, Tendenz steigend.

Zuletzt befasste sich Dr. Jürgen Schmidt intensiv mit der Entwicklung eines Internet-Fortbildungs-Portals für

Mitglieder, bei dem absolvierte Fortbildungen selbst eingegeben, alle erforderlichen Unterlagen elektronisch hochgeladen und Zertifikate beantragt werden können. Diese Arbeit steht Ende 2020 vor dem Abschluss.

Darüber hinaus hat er auch bei der LPK immer wieder seine wissenschaftlichen Qualifikationen eingebracht, unter anderem in der Qualitätssicherungsstudie (2005), der Befragung der Ausbildungsinstitute (2007) oder der Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland (2012, mit R. Nübling) [22, 23].

Wir danken Dr. Schmidt sehr für die vielen Jahre der für die LPK geleisteten Arbeit, für die wichtigen und nachhaltigen Impulse vor allem für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Psychotherapie. Er übergibt ein gut funktionierendes und aufgestelltes Ressort an seine Nachfolgerinnen. Wir wünschen ihm alles Gute für die ihm nun bevorstehende Zeit des (Un-)Ruhestands, vor allem Gesundheit und ein langes Leben (vgl. hierzu auch den Bericht zur VV oben).

Die zitierte Literatur finden Sie in der Online-Version unter: www.psychotherapeutenjournal.de.

COVID19 – ständige Aktualisierung wichtiger Infos auf der LPK-Homepage

Seit Beginn der Corona-Pandemie werden die Infos für die Mitglieder kontinuierlich aktualisiert und auf die Kammer-Homepage gestellt – zu finden unter: www.lpk-bw.de/news/2020/corona. Auf dieser Seite werden von den Juristinnen des Rechtsreferats jeweils angepasst an die Entwicklungen bzw. politischen Maßgaben für LPK-Mitglie-

der wichtige Punkte zusammengefasst. Wie man an der Anzahl der Downloads der ebenfalls verfügbaren älteren Versionen sehen kann, stehen die verantwortlichen LPK-Mitarbeiterinnen hier vor mitunter hoher zusätzlicher Arbeitsbelastung, die trotz nicht einfacher Büroräume (Homeoffice etc.) zu leisten sind.

Geschäftsstelle

Jägerstraße 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

Unabhängige Beratung ist unverzichtbar – PTK Bayern begrüßt Vorstoß des Landtags zur Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands

Die PTK Bayern begrüßt den fraktionsübergreifenden Vorstoß des Bayerischen Landtags für eine Neuvergabe und -organisation der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Die Unabhängige Patientenberatung ist eine gemeinnützige Einrichtung und handelt im gesetzlichen Auftrag (§ 65b SGB V). Dieser lautet, Verbraucherinnen und Patientinnen in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen qualitätsgesichert und kostenfrei zu informieren und zu beraten. Ziel ist es, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen. Seit 2015 ist das Unternehmen Sanvartis GmbH mit der Patientenberatung beauftragt. Die Sanvartis GmbH ist auch als Dienstleisterin für verschiedene Krankenkassen und die Pharmaindustrie tätig. Schon bei der Beauftra-

gung von Sanvartis hat die PTK Bayern dies kritisch kommentiert – ebenso wie viele andere. In den vergangenen Jahren verlagerten sich – wohl auch aus Kostengründen – die Angebote mehr und mehr auf telefonische Beratungen, die den Bedürfnissen der Patientinnen nicht immer gerecht werden können. Die Zahl der persönlichen Beratungen ist deutlich zurückgegangen. Ende 2022 läuft die Beauftragung der Sanvartis GmbH aus. Daher sollen bereits jetzt die Weichen für die Nachfolgeregelung gestellt werden.

Im Bayerischen Landtag liegt nun der Antrag vor, die UPD neu aufzustellen, bekannter zu machen und das Beratungsangebot auf Landesebene durch regionale persönliche und telefonische Angebote in die Fläche zu bringen. Es soll eine Patientenberatung ermöglicht

werden, die unabhängig von kommerziellen und sonstigen Interessen agiert.

Auch die PTK Bayern fordert: Die UPD muss ihrem gesetzlichen Auftrag gerecht werden und, wie ihr Name sagt, unabhängig von finanziellen Interessen agieren. Da die UPD auch zur Konfliktlösung zwischen Patientinnen und Behandelnden beratend in Anspruch genommen werden kann, ist zur Lösungsfindung eine Unabhängigkeit von finanziellen und ideellen Interessen eine wichtige Voraussetzung. Die persönliche Beratung ist dabei unverzichtbar, um den Anliegen der Ratsuchenden bestmöglich gerecht zu werden. Die PTK Bayern würde es sehr begrüßen, wenn wieder ein unabhängiger Anbieter Träger der gemeinnützigen Beratungs-, Informations- und Kommunikationszentren werden würde.

Austausch mit Kammermitgliedern mit Beeinträchtigungen

Der Vorstand der PTK Bayern möchte die besonderen Belange von Kammermitgliedern mit körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen stärker beachten und berücksichtigen. Auf eine entsprechende Anregung hin hat der Vorstand erörtert, ob die Einrichtung einer Behindertenbeauftragten sinnvoll ist. Um dies und weitere Alternativen der Unterstützung zu diskutieren, fand ein Gespräch mit Kammermitgliedern mit Beeinträchtigungen statt, um zu erfahren, welche Bedürfnisse, Wünsche

und Anregungen sie haben, welchen Bedarf sie sehen und welche Unterstützung sie sich von der PTK Bayern wünschen. Ein ursprünglich als Präsenztermin geplantes Gespräch im Frühjahr musste aufgrund der Coronapandemie verschoben werden. Mitte Oktober fand nun ein Gespräch per Videokonferenz statt. Bei dem Termin berichteten Kammermitglieder den Vorstandsmitgliedern Birgit Gorgas und Bruno Waldvogel, welche Erfahrungen sie in ihrem Berufsleben bzw. bereits

während der Ausbildung aufgrund ihrer Beeinträchtigung(en) gemacht haben. Die Teilnehmenden begrüßten die Gelegenheit zum Austausch untereinander, da die eigenen Erfahrungen wertvoll sein können für Kolleginnen in ähnlichen Situationen.

Außerdem formulierten die Teilnehmenden Wünsche an die PTK Bayern, wie z. B. die Erleichterung der Teilnahme an (Fortbildungs-)Veranstaltungen, die Sensibilisierung der Ausbildungsinstitu-

te für die Bedürfnisse der Ausbildungsteilnehmenden (z. B. Barrierefreiheit) oder eine Ansprechperson bei der PTK

Bayern für Mitglieder mit Beeinträchtigung. Der Vorstand der PTK Bayern wird sich nun weiter mit dem Thema

befassen. Ein nächstes Online-Treffen mit betroffenen Kammermitgliedern ist für Anfang 2021 geplant.

Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Psychotherapie in Bayern

Selbsthilfegruppen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten als wesentliche Ergänzung zu professionellen psychotherapeutischen Angeboten etabliert. In Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen auf Augenhöhe, um Gemeinschaft zu erfahren, Informationen auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen. Dabei sind sowohl die Themen wie auch die Organisationsformen der Gruppen sehr vielfältig. Mit der Einrichtung der psychotherapeutischen Sprechstunde wurde die Lotsenfunktion der Psychotherapeutinnen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter gestärkt. Der Kooperation von Psycho-

therapeutinnen mit der Selbsthilfe und den Selbsthilfekontaktstellen kommt damit eine wichtige Bedeutung zu. Die PTK Bayern veranstaltet daher regelmäßig regionale und überregionale Austauschrunden und Informationstage gemeinsam mit der Selbsthilfekoordination Bayern (SeKo): So tauschten sich Anfang Oktober Vertreterinnen der Selbsthilfe und Psychotherapeutinnen aus dem Gebiet Traunstein/Rosenheim/Berchtesgadener Land per Videokonferenz aus. Nach Kurzvorträgen über die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Psychotherapie, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sowie einer Studie zur

Sicht niedergelassener Psychotherapeutinnen auf die Selbsthilfe, fand ein reger Austausch mit dem Fokus auf die regionale Vernetzung statt. Anfang Dezember 2020 fanden zwei weitere bayernweite Online-Veranstaltungen statt: Bei der Veranstaltung „Selbsthilfe informiert Psychotherapie“ stellten Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen ihre konkrete Arbeit vor. Bei der Veranstaltung „Psychotherapie informiert Selbsthilfe“ wurden von Psychotherapeutinnen Einblicke in die psychotherapeutische Arbeit gegeben wie auch Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit erörtert.

Der elektronische Psychotherapeutenausweis

Der elektronische Psychotherapeutenausweis (ePtA) ist der Heilberufsausweis (HBA) für Psychologische Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und die künftigen Psychotherapeutinnen nach dem novellierten Psychotherapeutengesetz. Mit dem ePtA werden sich Psychotherapeutinnen im Netzwerk der Telematik-Infrastruktur (TI) identifizieren. Sie werden damit Zugang zu bestimmten Anwendungen der TI erhalten, für die eine qualifizierte elektronische Signatur erforderlich ist. Mitglieder der PTK Bayern werden den elektronischen Psychotherapeutenausweis (ePtA) beantragen können, wenn das Antragsportal online gehen kann. Hierzu wird intensiv an letzten notwendigen Vorbereitungen gearbeitet. Aufgrund häufiger Änderungen der gesetzlichen Vorgaben, zusätzlicher technischer Anforderungen, fehlenden Einbezugs der

Psychotherapeutenkammern in den Kreis der Gesellschafter der Gematik, fehlender Testläufe und nicht zuletzt immer komplexer werdender Abläufe sind ungeplante Anforderungen entstanden und erhebliche Anstrengungen sowohl auf Seiten der Landeskammern als auch der Bundespsychotherapeutenkammer erforderlich geworden.

Die Kernaufgabe der PTK Bayern bei der Herausgabe des ePtA ist die Bestätigung, dass die antragstellende Person Mitglied der PTK Bayern und damit Psychotherapeutin ist. Die Antragstellung für den elektronische Psychotherapeutenausweis wird von den bayerischen Kammermitgliedern über den Mitgliederbereich auf der Homepage der PTK Bayern begonnen werden können. Die Antragstellenden werden dann Schritt für Schritt durch das Antragsportal der PTK Bayern geleitet. Zunächst sind

dort die hinterlegten personenbezogenen Daten zu überprüfen und ggfls. zu aktualisieren. Nach der Auswahl des Anbieters, der den ePtA produzieren wird, werden die Antragstellenden zu diesen weitergeleitet um den Antragsvorgang zu vervollständigen. Noch ist das Antragsportal nicht freigeschaltet. Kammermitglieder werden umgehend benachrichtigt, sobald eine Antragstellung möglich ist.

Ausführliche Informationen, Antworten auf häufig gestellte Fragen und den Link zur Praxis-Info „Elektronischer Psychotherapeutenausweis“ der BPtK finden Sie unter www.ptk-bayern.de → Für **Mitglieder** → Elektronischer Psychotherapeutenausweis.



Psychotherapie und Corona: Die Pandemie bestimmt weiterhin den Alltag der Psychotherapeutinnen

Die im Herbst stark gestiegenen Infektionszahlen, die daraufhin ergriffenen Infektionsschutzmaßnahmen und die eher geringen Aussichten auf eine rasche und deutliche Besserung der Lage hat für viele Menschen auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Menschen können vermehrt mit Angstzuständen, Anspannung, Erschöpfungssymptomen, Schlafstörungen, depressiven Symptomen oder auch der Zunahme von Suchtverhalten zu kämpfen haben. Mit einer längerfristig hohen Nachfrage an psychotherapeutischer Behandlung ist zu rechnen. Psychotherapeutinnen werden dabei auch weiterhin teilweise Videobehandlungen anbieten müssen, da Patientinnen aufgrund eventueller Quarantäne-Anordnungen oder dem Wunsch nach Reduzierung

von Kontakten zurückhaltender gegenüber Präsenzsitzungen sind. Bei Präsenzsitzungen sind die Hygiene- und Abstandsregelungen weiterhin eine zusätzliche Herausforderung für die alltägliche Ausführung der psychotherapeutischen Behandlungen.

Aber nicht nur in der psychotherapeutischen Praxis gibt es aufgrund der Pandemie eine Menge Veränderungen und Herausforderungen. So sind auch berufliche Zusammenkünfte stark eingeschränkt bzw. nach den Corona-Regelungen teilweise gar nicht möglich. Hierfür wurde bereits im Frühjahr nach Alternativen gesucht und eine Verlagerung ins Internet gewählt: Fortbildungsveranstaltungen finden mehr und mehr als Web-Seminare statt. Der Vorstand

der PTK Bayern hat zum Schutz der Teilnehmenden sowie zur besseren Planungssicherheit beschlossen, dass Veranstaltungen der Kammer bis einschließlich Sommer 2021 als Online-Seminare geplant werden.

Sitzungen der Kammern, seien es Vorstandssitzungen oder Ausschuss- und Kommissionssitzungen, werden seit Beginn der Pandemie als Videokonferenzen abgehalten. Ein besonderes Novum in diesem Jahr: Der Deutsche Psychotherapeutentag konnte am 13./14. November 2020 erfolgreich als Web-Konferenz abgehalten werden. Auch die Delegiertenversammlung wird 2020 nicht physisch zusammentreten. Die diesjährige DV findet ebenfalls als Videokonferenz statt.

Vorbereitung und Umsetzung der neuen Weiterbildung in Bayern

Aufgrund der Reform der Psychotherapeutenausbildung wird auch die Weiterbildung neu strukturiert und erarbeitet. Künftig können Berufsanwärterinnen nach dem Bachelor- und Masterstudiengang *Psychotherapie* die Approbation als *Psychotherapeutin* erlangen. Anschließend ist eine Weiterbildung vorgesehen, die für die Bezeichnung *Fachpsychotherapeutin* qualifiziert. Die nach neuem Recht approbierten Psychotherapeutinnen können dann zwischen den Fachgebieten Psychotherapie mit Erwachsenen, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen oder Neuropsychologischer Psychotherapie wählen. Mit der Weiterbildung in Erwachsenen- oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist auch die Wahl eines oder mehrerer psychotherapeutischer Verfahren verbunden.

Die zukünftige Weiterbildung wird in einer von der Delegiertenversammlung der PTK Bayern zu beschließenden Weiterbildungsordnung geregelt sein. Um einen bundeseinheitlichen Standard zu gewährleisten, werden zuerst die erforderlichen Regelungen in der Musterweiterbildungsordnung entwickelt.

Vorstandsmitglieder der PTK Bayern und der Kammer-Justiziar wirken an dem Projekt „Reform der Musterweiterbildungsordnung (MWBO)“ mit. In verschiedenen Gremien werden dabei die Teile der MWBO behandelt und ausführlich diskutiert. Die Anforderungen der Weiterbildung betreffen die Weiterbildungsgebiete, Umfänge, Inhalte und Kompetenzziele sowie die Anforderungen der Weiterbildungsstätten. Zur

Kooperation und Koordination mit den Aufsichtsbehörden wurde ein regelmäßiger Austausch mit der Arbeitsgruppe „Berufe im Gesundheitswesen“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) vereinbart. Auch hier wirkt die PTK Bayern mit ihren Vertreterinnen mit. Für die Kammer selbst birgt die neue Weiterbildung in Zukunft einen zusätzlichen Arbeitsaufwand. Hierfür werden daher neue Personalressourcen für die Verwaltung der neuen Aufgaben geplant.

Bereits ab Herbst 2022 könnten die ersten Absolventinnen des neuen Studiums mit einer Weiterbildung beginnen. Die reformierte MWBO soll daher auf dem Frühjahrs-DPT 2021 verabschiedet werden.

Gespräche zu Aus- und Weiterbildung im institutionellen Kontext in der Jugendhilfe

Die neue Weiterbildung ist nach derzeitigen Plänen in der ambulanten und stationären Versorgung zu absolvieren sowie optional im institutionellen Bereich wie z. B. der Jugendhilfe. Der Vorstand der PTK Bayern hat daher intensive Gespräche geführt, um über die neue Weiterbildung und die Weiterbildungsstation im institutionellen Bereich zu informieren und offene Fragen zu klären. Hierfür fand eine Austauschrunde mit

Vertreterinnen des Bayerischen Sozialministeriums, des Bayerischen Gesundheitsministeriums und Akteurinnen der Kinder- und Jugendhilfe statt. Fokus der Gesprächsrunde lag auf den zu schaffenden Rahmenbedingungen für Weiterbildungsplätze in der Jugendhilfe. Die Teilnehmenden der Austauschrunde bilden nun eine Arbeitsgruppe für die inhaltliche Ausgestaltung sowie für die Klärung der strukturellen und finan-

ziellen Voraussetzungen der Weiterbildung in diesem Bereich.

Außerdem fand auf Initiative der Vorstandsmitglieder der PTK Bayern ein Austausch mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutinnen in der Jugendhilfe (BAGPJ) und Vertreterinnen der Bundespsychotherapeutenkammer statt.

Neue Studiengänge in Bayern

Am 1. September 2020 ist die Reform der Psychotherapeutenausbildung und der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen in Kraft getreten. Ab dem Wintersemester 2020/21 können nun die neuen Bachelor- und Masterstudiengänge, die zur Approbation als Psychotherapeutin führen können, von den Universitäten angeboten werden.

Diese müssen sich vor ihrer Zulassung einem Akkreditierungs- und Zulassungsverfahren unterziehen. Damit wird zum einen die Qualität des Studiengangs, aber auch die Gleichwertigkeit der Abschlüsse an verschiedenen Universitäten sichergestellt und insbesondere geprüft, ob die berufsrechtlichen An-

forderungen des Psychotherapeutengesetzes und der Approbationsordnung erfüllt sind. In der Gutachtergruppe der Akkreditierung müssen Vertreterinnen der Berufspraxis mitwirken. Für die zunächst zu erteilende Akkreditierung der Bachelor-Studiengänge wurden von der zuständigen Landesbehörde Vorstandsmitglieder der PTK Bayern als Vertreterinnen der Berufspraxis berufen. In Bayern haben die Hochschulen in Bamberg, Eichstätt-Ingolstadt, Erlangen-Nürnberg, München (LMU und Bundeswehr), Regensburg und Würzburg das Akkreditierungsverfahren für die neuen Bachelor-Studiengänge erfolgreich durchlaufen.

Die Vorbereitungen für die zukünftigen Master-Studiengänge laufen auf Hochtouren. Auch hier werden voraussichtlich Mitglieder des Vorstands der PTK Bayern als Vertreterinnen der Berufspraxis mitwirken.

Da es in Bayern bisher leider nur unverbindliche Zusagen des Freistaates in Bezug auf die zukünftige Finanzierung der neuen Studiengänge gibt, hat sich die PTK Bayern gemeinsam mit den bayerischen Universitäten und den Studierendenvertreterinnen an die bayerische Staatsregierung gewandt und auf die Dringlichkeit dieses Anliegens hingewiesen.

Kurznachrichten

Kurz und Knapp – Aktivitäten der Kammer

Mit dem **Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz** (BayPsychKHG) wurde eine **Psychiatrieberaterstattung** beschlossen, die alle drei Jahre zu erstellen und dem Landtag zu übergeben ist. Der Bericht wird vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) erarbeitet. Die Schwerpunktsetzung für den Bericht 2021 liegt auf den Themengebieten Psychische Gesundheit und Arbeit sowie Psychische Gesundheit und

Corona. Vorstandsmitglied Birgit Gorgas wurde in den ehrenamtlichen Beirat berufen und berät bei der Erstellung der Psychiatrieberaterstattung.

Bevorstehende Veranstaltungen

Veranstaltungen der PTK Bayern werden aufgrund der Corona-Pandemie bis August 2021 als Online-Veranstaltungen geplant. Für aktuelle Informationen zu Veranstaltungen besuchen Sie bitte unsere Homepage unter: www.ptk-bayern.de. Danke!

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern

Geschäftsstelle

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

Fokus auf das Transitionsalter!?

In der aktuellen Ausgabe des „Kommentar Psychotherapierichtlinien“ (11. Auflage 2018, Hrsg.: M. Dieckmann, A. Dahm, M. Neher) findet sich im Register der Begriff „Transitionsalter“ nicht. Ein Symptom dafür, dass die Frage, wie ein guter Übergang unserer Patientinnen vom Kinder- und Jugendlichenbereich in den Erwachsenenbereich gelingen kann, keine besondere Aufmerksamkeit erhält?

Nach den Psychotherapierichtlinien können aktuell PP (deren Approbation für die gesamte Altersspanne gilt) im Rahmen des Sozialrechtes Patientinnen ab Lebensalter 18 behandeln. KJP behandeln aktuell Patientinnen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (und im begründeten Einzelfall bei einer bereits begonnenen Langzeitpsychotherapie auch darüber hinaus, um diese abzuschließen).

Der durch die Ausbildungsreform neu geschaffene Beruf der „Psychotherapeutin“ mit einer Approbation für alle Altersgruppen nach dem Psychotherapiestudium wirft die Frage auf, für

welche Altersbereiche eine Fachpsychotherapeutin für „Kinder und Jugendliche“ und für „Erwachsene“ zuständig sein soll. Diese beiden „Gebiete“ werden weitergebildet werden; das ist beschlossen. Und vor allem: Wie kann die „Transition“, also der Übergang der Patientinnen vom Jugend- in den Erwachsenenbereich besser bewältigt werden, als dies heute noch der Fall ist? Wie flexibel muss das „Transitionsfenster“ sein, um den verschiedenen Bedarfen der Patientinnen gerecht zu werden? Nach (nicht nur) meiner Erfahrung fallen gerade schwierige Patientinnen im aktuellen Transitionsfenster (18 bis 21 Jahre) aus der Versorgung heraus. Hier versuchen mittlerweile psychiatrische/psychotherapeutische Kliniken gegenzusteuern, indem sie eigene Transitionsstationen für Jugendliche und Heranwachsende eröffnen, wie z. B. das DRK-Klinikum Berlin Westend. Im Bereich des SGB VIII können junge Menschen im Alter von bis zu 27 Jahren Hilfen aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) erhalten.

Verbessert sich die Versorgung (das muss das zentrale Kriterium sein!) die-

ser Altersgruppe durch eine Vergrößerung/Flexibilisierung des Transitionsfensters?

Die Erweiterung des Transitionsalters erfordert eine neue inhaltliche Ausrichtung in der Weiterbildung der Fachpsychotherapeutinnen für Kinder und Jugendliche im Vergleich zur Ausbildung heutiger KJP. Ginge diese dann auf Kosten der Konzentration auf Themen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? Müssten dann Kinder und Jugendliche mit jungen Erwachsenen um die Behandlungsplätze konkurrieren und kämen so noch schwerer in die Versorgung, als es heute ohnehin schon der Fall ist?

Die Berliner Redaktion wird diese Kontroverse aufgreifen. In dieser Ausgabe finden Sie als Erstes das Statement von Dr. Lea Sarrar, Dr. Katrin Spiegler und Dr. Betteke Maria van Noort.

Die Redaktion hofft auf reges Interesse und ggf. auf Leserbriefe.

Christoph Stößlein, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Attraktivität der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Kommentar zur Weiterbildung

Die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) zur Fachpsychotherapeutin, die aktuell ausgearbeitet wird, bringt für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie deutliche Herausforderungen in der Umsetzung mit sich, die im Folgenden aus klinischer, universitärer und wissenschaftlicher Sicht skizziert werden.

Attraktivität des KJP-Berufes

Die bereits prekäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird dadurch verschärft, dass eine Spezialisierung in diesem Gebiet aufgrund struktureller Unterschiede als unattraktiver im Vergleich zum Weiterbildungsgebiet Erwachsene eingestuft wird (Pressemitteilung des Berufsverbands der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeu-

ten e.V., 01.10.2019). Seit Jahrzehnten betrifft dies u. a. die alterseingeschränkte versus altersuneingeschränkte Approbation, die angehende Psychotherapeutinnen dazu verleitet, sich für die Möglichkeit einer späteren Zusatzqualifikation und damit gegen eine grundständige Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin zu entscheiden (siehe Deutscher Bundestag, Protokoll-Nr. 19/49). Dieser strukturelle

Unterschied wird mit dem neuen Studium und der anschließenden Weiterbildung langsam verschwinden. Weitere Beispiele struktureller Unterschiede sind die höheren Ausfallstunden durch patientinnenseitige Absagen oder Versäumnisse (Nübling et al., 2014) und die höheren finanziellen Kosten u. a. bedingt durch Materialanschaffung. Darüber hinaus gibt es aktuell noch Unterschiede in der sozialrechtlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren wie der systemischen Psychotherapie, wodurch eine Abrechnung mit der Krankenkasse nicht möglich ist.

Der Beruf der KJP ist zudem deutlich komplexer als der der PP. KJP behandeln psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unter Einbezug der Eltern bzw. eines Elternteils sowie in Absprache und mittels Kooperation innerhalb eines Hilfenetzwerks. Dafür sind neben der psychotherapeutischen Kompetenz in Bezug auf die Altersgruppe auch Kenntnisse psychiatrischer Auffälligkeiten bei Erwachsenen notwendig, um ggf. mit den bzw. dem ebenfalls erkrankten (jedoch häufig nicht psychotherapeutisch versorgten) Eltern(teil) zu arbeiten und die Behandlung des Kindes bzw. Jugendlichen erfolgreich durchführen zu können (Sonnenmoser, 2012). Diese hochkomplexe Systemarbeit wird aktuell noch nicht ausreichend honoriert, da die erweiterte Netzwerkarbeit in nur geringem Ausmaß abgerechnet werden kann (Kassenärztliche Bundesvereinigung & GKV-Spitzenverband, 2020).

Auch fordern die unterschiedlichen Entwicklungsstadien der Patientinnen ein hohes Maß an Diagnosekompetenz vom Säuglings- bis zum jungen Erwachsenenalter und nicht zuletzt Kenntnisse zu geeigneten Behandlungsmethoden über alle Entwicklungsstadien hinweg, welche in der Weiterbildung und im Studium genügend Berücksichtigung finden müssen.

Die Attraktivität des KJP-Berufes muss im Studium geschaffen werden

Die Bedeutsamkeit, Komplexität und Breite des Berufs der KJP muss daher

bereits im Studium und von ausgebildeten KJP vermittelt werden, um so dessen Attraktivität zu steigern. Im bisherigen Studium wird dies jedoch nicht grundständig und an allen Universitäten gelehrt. Zudem sind die Lehrinhalte an den staatlichen Universitäten stark verhaltenstherapeutisch orientiert: „Abgesehen von der Uni Kassel sind alle Professuren für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie alle Professuren für Klinische Kinderpsychologie und -psychotherapie in den Instituten für Psychologie an staatlichen Universitäten in Deutschland mit Verhaltenstherapeutinnen besetzt [Anmerkung: 59 von 60 Lehrstühlen]“ (Zitat aus der Stellungnahme zur Implementierung des PsychThG und der PsychTh-ApprO in den Universitäten, 2020).

Somit haben Studierende der (klinischen) Psychologie bzw. Psychotherapie bisher kaum die Gelegenheit, mit der psychodynamischen und systemischen Praxis und Wissenschaft, speziell im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, in Berührung zu kommen und sich einen vollständigen Überblick über die verschiedenen anerkannten Psychotherapieverfahren für Kinder und Jugendliche zu verschaffen (s. Schäfer, 2020). Dies wäre allerdings ein integraler und notwendiger Bestandteil für die reflektierte Wahl des entsprechenden Weiterbildungsbereiches und -gebietes. Nun ist zu begrüßen, dass im Rahmen des neuen Psychotherapeutengesetzes und der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen die Vermittlung von Kompetenzen in allen wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren explizit und eindeutig vorgesehen ist. Es ist aktuell jedoch zu befürchten, dass dieser Forderung nicht adäquat Rechnung getragen wird. Dementsprechend muss erneut nachdrücklich darauf bestanden werden, dass den gesetzlichen Vorgaben bezüglich einer Berücksichtigung aller wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren im universitären Kontext entsprochen wird. Konsequenterweise muss zweifellos „eine personelle Verankerung der Qualifikation in den unterschiedlichen wissenschaftlich anerkannten Verfahren in den jeweiligen Universitätsinsti-

tuten“ (Zitat aus der Stellungnahme zur Implementierung des PsychThG und der PsychTh-ApprO in den Universitäten, 2020) sichergestellt werden.

Die Attraktivität des KJP-Berufes muss in der Weiterbildung aufrechterhalten werden

Entsprechende Voraussetzungen für Dozentinnen, Supervisorinnen und weitere Anleiterinnen sind während der Weiterbildungsphase ebenso wünschenswert und könnten in der MWBO festgehalten werden. Darüber hinaus sind bei der Entwicklung der MWBO selbstverständlich wissenschaftliche Erkenntnisse in Hinblick auf das Gebiet der KJP zu berücksichtigen. Diese zeigen klar, dass die arbiträre, rechtliche Altersgrenze von 18 Jahren als Definition des Erwachsenseins schon längst überholt ist (u. a. Arnett, 2000). Ein Fakt, der in den neueren Psychotherapierichtlinien immer mehr Berücksichtigung gefunden hat. Die komplette Transition vom Jugend- bis zum Erwachsenenalter dauert bis etwa zum Alter von 30 Jahren an (u. a. Kroger et al., 2010; Seiffge-Krenke, 2017). Entsprechende Kenntnisse haben auch bereits im SGB VIII Rücksicht gefunden, in dem ein junger Mensch als „... wer noch nicht 27 Jahre alt ist“ definiert wird (SGB VIII § 7 Absatz 1 Satz 4.). Eine entsprechende Berücksichtigung wurde bisher verpasst und stünde in der MWBO nun dringlich an.

Zusammenfassung

Insgesamt ist unbedingt darauf zu achten, dass die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Berlin, und in Deutschland, in den nächsten Jahrzehnten gesichert ist. Hierfür besteht die dringende Notwendigkeit, die Attraktivität des Gebietes zu erhöhen und die strukturellen Unterschiede zum Weiterbildungsgebiet Erwachsene zu verringern. Um den einzigartigen Qualifikationen des Berufes gerecht zu werden, müssen die notwendigen Kenntnisse bereits im Studium und zweifelsohne über alle Psychotherapieverfahren hinweg eine ausreichende Vermittlung erfahren. Nur

eine inhaltlich fundierte Repräsentation im Studium kann die Weiterbildung in diesem Gebiet sicherstellen. Darüber hinaus ist in der Weiterbildung die Vermittlung der Komplexität, wie sie aktuell in der Ausbildung zur KJP bereits integriert ist, innerhalb des Gebietes zu beachten. Ferner muss in diesem Rahmen eine genügende Berücksichtigung sämtlicher Entwicklungsstadien gewährleistet werden. Nicht zuletzt wird eine Erweiterung der Gebietsdefinition der aktuellen wissenschaftlichen Kenntnislage sowie der (klinischen) Realität, und somit unseren Patientinnen, gerecht.

Dr. Lea Sarrar, Dr. Katrin Spiegler,
Dr. Betteke Maria van Noort

Quellenverzeichnis

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469–480.
- Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Protokoll-Nr. 19/49. Wortprotokoll der 49. Sitzung, Berlin, den 15. Mai 2019.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung & GKV-Spitzenverband (2020). Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) vom 2. Februar 2017 zuletzt geändert 27.02.2020. Verfügbar unter: www.kbv.de/media/sp/01_Psychotherapie_Aerzte.pdf [20.11.2020].
- Kroger, J., Martinussen, M., Marcia, J. E. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: a meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 33(5), 683–98.
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Stuttgart.

Pressemitteilung des Berufsverbands der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (01.10.2019). Verfügbar unter: www.bkj-ev.de/allgemein/bkj-pressemitteilung-der-aktuelle-beschluss-zur-reform-des-psychotherapeutengesetzes-laesst-den-drohenden-versorgungseingpassender-kinder-und-jugendlichenpsychotherapie-voellig-ausser-acht_01-10-2019/ [20.11.2020]

Schäfer, G. (2020). Gegen eine Verdrängung der Psychoanalyse!. *Forum Psychoanalyse*, 36, 105–108.

Seiffge-Krenke, I. (2017). Studierende als Prototyp der „emerging adults“. *Psychotherapeut*, 62, 403–409.

Sonnenmoser, M. (2012). Psychotherapie im frühen Kindesalter: Möglichkeiten und Grenzen. *Deutsches Ärzteblatt*, 11, 558 ff.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. et al. (29.07.2020). Implementierung des PsychThG und der PsychTh-ApprO in den Universitäten. Verfügbar unter: https://dgpt.de/fileadmin/downloads/1-news/SN_2020-07-24_Implementierung-des-PsychThG-und-der-PsychTh-ApprO-in-den-Universitaet%3A4ten.pdf [20.11.2020]

Runder Tisch Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt in Berlin

Sexualisierte Gewalt und Gewalt in Partnerschaften gehören weltweit zu den größten Gesundheitsrisiken für Frauen, zwei Drittel der Gewalttaten geschehen im sozialen Nahbereich, in der Ehe und Partnerschaft, jede vierte Frau in Deutschland berichtet über mindestens eine körperliche Gewalterfahrung durch einen aktuellen oder früheren Beziehungspartner. Körperliche, psychische und sexuelle Gewalterfahrungen können die Gesundheit und die Gesundheitschancen der Betroffenen nachhaltig schädigen und beeinträchtigen – neben den betroffenen Erwachsenen sind in Familien auch immer Kinder oder Jugendliche zu berücksichtigen.

Um die Versorgung von Menschen mit körperlichen und psychischen Folgen erlittener Gewalterfahrungen zu verbessern, veröffentlichte die WHO 2013 evidenzbasierte Empfehlungen für die Gesundheitliche Versorgung von Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft oder sexuelle Gewalt erfahren haben, mit der Aufforderung, diesen in den Mitgliedsländern umzusetzen: 2019 wurde in Berlin von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

der „Runde Tisch Gesundheitsversorgung nach häuslicher und sexualisierter Gewalt“ eingerichtet, an dem 32 Organisationen und Verbände vertreten sind – Erstversorger wie die Berliner Feuerwehr, die Berliner Krankenhausesellschaft, Abteilungen des Landeskriminalamtes, Berufsverbände, Hilfenetz Gewalt gegen Frauen, Heilberufekammern sowie die Psychotherapeutenkammer Berlin. Es wurden bisher Expertinnengespräche veranstaltet mit den Schwerpunkten „Männer als Betroffene häuslicher und sexualisierter Gewalt“, „Schnittstelle Kinderschutz“, „Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung von gewaltbetroffenen Menschen mit Behinderung“, „Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrations- und/oder Fluchtgeschichte nach häuslicher bzw. sexualisierter Gewalt“.

In den Gesprächen wurde unter anderem die psychotherapeutische Versorgung unter der Fragestellung, ob die Angebote, insbesondere die (ambulante) Regelversorgung für die Versorgung Betroffener häuslicher und sexualisierter Gewalt ausreicht, kritisch betrachtet. Im Ergebnis wird z. B. zu der Grup-

pe der Menschen mit Behinderungen/kognitiven Beeinträchtigungen angemerkt, dass „psychotherapeutische Richtlinienverfahren [...] nur bedingt [...] geeignet sind [...] es sollten Empfehlungen aufgenommen werden, bei Bedarf auch andere geeignete (z. B. nonverbale) Therapieverfahren einzusetzen“. In Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung wurde Handlungsbedarf u. a. bei Sprach- und Kulturmittlung festgestellt.

Aktuell befassen sich vier Fachgruppen (FG) mit der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation bzw. der Verankerung der WHO-Empfehlungen. In den „Fachgruppen Versorgungsrealitäten“ und „Kinder/Jugendliche“ werden u. a. idealtypische Abläufe für den Umgang mit häuslicher und sexueller Gewalt für Geburtshilfe, Zentrale Notaufnahmen, Rettungsdienst, Kinder- und Jugendmedizin u. a. Settings erarbeitet und die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestärkt. In der FG „Datenerhebung/Forschung“ geht es darum, Erkenntnisse zum Versorgungsgeschehen und zu Interventionsmöglichkeit in den einzelnen Versorgungsbereichen zu

gewinnen. Sensibilisierung, Wissensvermittlung und die Präsentation von Ergebnissen der Arbeit des Runden Tisches stehen im Mittelpunkt der FG „Öffentlichkeitsarbeit“. Für die Vermittlung von Informationen über die Arbeit des Runden Tisches hat die Geschäftsstelle des RTB eine Website eingerichtet: www.signal-intervention.de/geschaeftsstelle-des-runden-tisches-berlin.

Ganz konkrete Empfehlungen der WHO für Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit sind:

- das Angebot sofortiger Ersthilfe, wenn Frauen von häuslicher oder sexualisierter Gewalt berichten. Ersthilfe umfasst das wertfreie, unterstützende Zuhören, das Aufklären und Informieren, die Erhöhung von Sicherheit und Schutz auch für mitbetroffene Kinder,
- das Ansprechen möglicher Gewalterfahrungen bei einem Verdacht und das regelhafte Ansprechen möglicher Gewalterfahrungen gegenüber schwangeren Frauen und nach Geburt,
- die Versorgung durch Fachleute, die mit den Auswirkungen von Gewalterfahrungen vertraut und für die Behandlung/Versorgung Betroffener qualifiziert sind sowie
- das Angebot psychotherapeutischer Interventionen für Kinder, die zu Hause häusliche Gewalt (mit-)erleben. Diese Sitzungen sollten altersspezifisch und mit und ohne die Mutter angeboten werden.
- In Fällen sexualisierter Gewalt empfiehlt die WHO zunächst ein begleitendes (weitere Maßnahmen abwartendes) Beobachten bis drei Monate nach dem traumatischen Ereignis. Gibt es Anzeichen für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung wird eine gezielte therapeutische Unterstützung mit anerkannten Therapieverfahren empfohlen.

Um diese Empfehlungen in Berlin umzusetzen, sehen wir es als eine unserer



Arbeitssitzung 2019 in der Senatsverwaltung

Aufgaben an, durch spezifische Fort- und Weiterbildungsangebote unsere Mitglieder stärker auf die psychischen Auswirkungen und Risiken von Gewalterfahrungen hinzuweisen und Fortbildungsangebote in Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Institutionen zu organisieren. Dies planen wir sowohl für die psychotherapeutische Versorgung betroffener Erwachsener wie auch speziell unter Kinderschutzaspekten. Darüber hinaus setzen wir uns dafür ein, dass bei der Umsetzung der zukünftigen Weiterbildungsordnung das Thema psychische Auswirkungen von Gewalterfahrungen ein Pflichtmodul wird – wie dies schon in der ärztlichen Weiterbildungsordnung festgeschrieben ist.

Der Verein S. I. G. N. A. L. e. V. ist Träger der Geschäftsstelle des Runden Tisches. Den drei Mitarbeiterinnen obliegt vor allem die Koordination und Organisation von Maßnahmen und die fachliche Beratung der Mitglieder. In Trägerschaft des S. I. G. N. A. L. wird seit 2018 auch das „Traumanetz Berlin“ aufgebaut – ein Zusammenschluss von Einzelpersonen, Verbänden, Vereinen, Initiativen und Organisationen zur Verbesserung der psychischen und psychiatrischen Versorgung für gewaltbetroffene Frauen mit komplexen Traumafolgestörungen und ihre Kinder. Angestrebt ist u. a. die Einrichtung stationärer und teilstationärer frauenspezifischer traumatherapeutischer Angebote in drei Berliner Kliniken (Alexianer St. Joseph Krankenhaus Weißensee, Vivantes Klinik Neukölln, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe). Haben Frauen Kinder, soll deren Situation und Versorgungsbedarf integriert werden. Um die Vernetzung mit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu stärken und zu verbessern, haben wir als Psychotherapeutenkammer unsere Mitglieder mehrmals angeregt, sich mit ihren Be-

handlungsangeboten in die Datenbank der Fachstelle Traumanetz aufnehmen zu lassen.

Die Psychotherapeutenkammer Berlin steht ihren Mitgliedern mit Informationen und Materialien zum Thema „Versorgung von Menschen, die häusliche oder sexualisierte Gewalt erfahren oder erfahren haben“ zur Verfügung. Es ist uns wichtig, Ihre Erfahrungen in der psychotherapeutischen Begleitung Betroffener und Ihre fachlichen Anliegen in die Arbeit des Runden Tisches Berlin – Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt einzubringen. Ihre Ansprechpartnerin in der PTK ist dafür Frau Hillenbrand.

Weitere Informationen zum RTB erhalten Sie auch über die Geschäftsstelle des RTB, Sprengelstraße 15, 13353 Berlin, RunderTisch@signal-intervention.de; Tel: 030/24630579

www.signal-intervention.de/geschaeftsstelle-des-runden-tisches-berlin

Die Empfehlungen der WHO und ein begleitendes Handbuch stehen als PDF auf der Homepage des S. I. G. N. A. L. e. V. zur Verfügung oder können als Printunterlagen bei der Geschäftsstelle des Runden Tisches angefordert werden.

www.signal-intervention.de/leitlinien-und-handbuecher-internationaler-organisationen

Dorothee Hillenbrand,
Vizepräsidentin der PTK Berlin,
Karin Wieners, Politikwissenschaftlerin, MA Public Health, Referentin bei
S. I. G. N. A. L. e. V.,
Stefan Beckmann, Dipl.-Soz.päd.,
Referent bei S. I. G. N. A. L. e. V.

Geschäftsstelle

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

20 Jahre Psychotherapeutenkammer Bremen

Die Kammer Bremen blickt auf eine Geschichte voller Veränderungen und Entwicklungen zurück. Selbst wenn die Gründung der Psychotherapeutenkammer vor seiner Zeit geschah, ist der aktuelle Vorstand immer noch stolz darauf, dass die Bremer Kammer die erste in Deutschland gegründete Psychotherapeutenkammer ist. Das ist den vielen an der Gründung beteiligten Kolleginnen, besonders aber dem Gründungsausschuss zu verdanken.



Der erste Vorstand der Kammer Bremen

Am 18. Oktober 2000 wurde die Psychotherapeutenkammer Bremen offiziell gegründet. Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PThG) 1999 war dieser Prozess möglich geworden. Damals hatten viele der Kolleginnen, die zuvor z. B. im Delegations- und Kostenerstattungsverfahren psychotherapeutisch tätig waren, Approbation und Zulassung gerade erkämpft.

Die Kammer hatte in ihrem Gründungsjahr 376 Mitglieder, davon 309 Psycho-

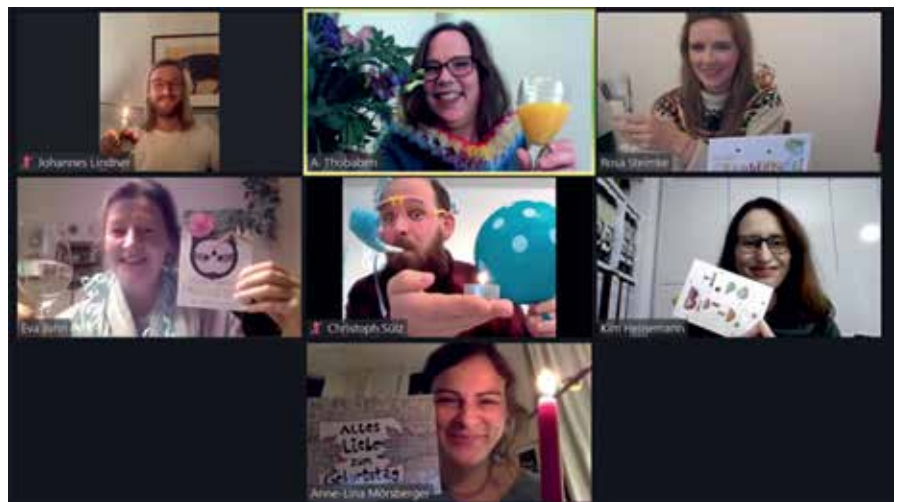
logische Psychotherapeutinnen, 52 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und 15 Doppelapprobierte. Die ersten Kolleginnen mit einer Ausbildung nach dem PThG von 1999 kamen erst einige Jahre später hinzu.

Mittlerweile ist die Kammer auf 769 Mitglieder gewachsen: 588 Psychologische Psychotherapeutinnen, 131 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, 18 Doppelapprobierte und 32 PiA. Die Kolleginnen in Ausbildung dürfen seit 2006 freiwillig in die Kammer eintreten und können dadurch von den Vorteilen der Kammerzugehörigkeit profitieren.

Die Entwicklung der Profession mit der Reform der Psychotherapeuten-

ausbildung und der Entwicklung einer Musterweiterbildungsordnung wirkt sich auch in der Kammergeschäftsstelle aus. Wir bekommen neue Aufgaben und die zunehmende Digitalisierung stellt uns vor besondere Herausforderungen. Um den gestiegenen Anforderungen gerecht werden zu können, verfügt die Geschäftsstelle mittlerweile über vier Mitarbeiterinnen.

Aufgrund der Corona-Pandemie konnte das 20-jährige Kammerjubiläum bedauerlicherweise nicht wie gehofft mit einem persönlichen Zusammenkommen der Mitglieder und einem Austausch untereinander stattfinden. Der Vorstand stieß stellvertretend für alle Mitglieder virtuell auf das Jubiläum an.



Der aktuelle Kammervorstand gratuliert allen Mitgliedern zu 20 Jahren Psychotherapeutenkammer Bremen.

Online-Informationsveranstaltung des Vorstands fand großen Anklang

Am 4. November fand die erste virtuelle Informationsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Bremen statt. Über 90 Mitglieder nahmen an

der Abendveranstaltung teil, bei der der Vorstand über seine vielfältigen Tätigkeitsfelder sowie wichtige Entwicklungen für die Mitglieder informierte.

Üblicherweise findet dies bei den Kammerversammlungen statt. Aufgrund der Corona-Pandemie hatte sich der Vorstand entschlossen, die Inhalte auf



Teilnehmende bei der virtuellen Informationsveranstaltung

der nächsten in Präsenz stattfindenden Kammerversammlung am 17. November auf das Wichtigste zu reduzieren, um die Kontakt- und Verweilzeiten möglichst gering zu halten. Da die Information der Mitglieder eine wichtige Aufgabe der Kammer und des Vorstands darstellt, wurde diese zusätzliche virtuelle Informationsveranstaltung ins Leben gerufen.

Amelie Thobaben berichtete zunächst von der vielfältigen Arbeit des Kammervorstands in diesem Jahr mit den verschiedenen Treffen auf politischer und institutioneller Ebene zu wichtigen berufspolitischen Themen wie der Änderung des Bremer Krankenhausgesetzes, dass sowohl beim Treffen mit der Senatorin Frau Bernhard zu Beginn dieses Jahres als auch beim Treffen der Gesundheitsdeputation (siehe unten) zentrales Thema war.

Als Neuerungen in der Geschäftsstelle wurde auf die Umstellung auf digitale Kommunikation zur Reduktion von Papier und Kosten, auf die stärkere Präsenz der Kammer in den sozialen Medien (Stichwort: Twitter) und den Ausbau der Homepage als zentrale Informationsquelle verwiesen. Die neueste Veränderung in der Geschäftsstelle besteht in der Gewinnung einer vierten Mitarbeiterin. Frau Rabea Keil stellte

sich auf der Infoveranstaltung erstmals den Mitgliedern vor.

Frau Keil ist seit dem 1. November neue Geschäftsstellenmitarbeiterin und unterstützt die bisherigen Mitarbeiterinnen mit 20 Wochenstunden. Bis zu ihrer Elternzeit war Frau Keil als Verwaltungsassistentin der Schulleitung in einer Gesamtschule in Nordrhein-Westfalen tätig. Der Vorstand freut sich sehr, eine weitere kompetente Mitarbeiterin gewinnen zu können und hieß Frau Keil auf der Infoveranstaltung noch einmal offiziell herzlich willkommen.



Die neue Geschäftsstellenmitarbeiterin Rabea Keil

Weitere Themen am Abend waren u. a. die Einführung des elektronischen Psychotherapeutenausweises (Vortragende: Kim Sarah Heinemann), die Vorstellung des Projekts „Bremen ambulant vor Ort – Bravo“, eine stationersetzende Regelversorgung für Patientinnen mit schweren psychischen Erkrankungen (Vortragende: Eva John), und die Arbeit des Prüfungsausschusses Systemische Therapie (Vortragende: Anne-Lina Mörsberger).

Johannes Lindner informierte die Mitglieder über eine Änderung im Zusammenhang mit der PiA-Nachwuchsförderung. Ab sofort ist eine Mitgliedschaft in der Bremer Kammer für PiA auch dann möglich, wenn sie in Bremen beruflich tätig oder wohnhaft sind, ihre Ausbildung aber in einem anderen Bundesland absolvieren. Bremen gehört damit zu einem der wenigen Bundesländer, in denen eine kostenfreie freiwillige Mitgliedschaft mit Wahlrecht für PiA möglich ist.

Rosa Steimke berichtete u. a. vom Relaunch des Psychotherapeutensuchdienstes PsychInfo und warb für ein Testen der neuen Funktionen seitens der Mitglieder und eine Rückmeldung über evtl. auftretende Schwierigkeiten.

Christoph Sülz informierte abschließend über die Verlängerung der sogenannten Corona-Sprechstunde, ein gemeinsames Projekt der Senatorin für Gesundheit, der PK Bremen, der KV Bremen und der BG Ambulanz Bremen mit dem Ziel, Mitarbeiterinnen aus medizinischen und sozialen Berufsgruppen, die in besonderer Weise durch die Coronapandemie belastet sind, einen erleichterten Zugang zur psychotherapeutischen Sprechstunde zu ermöglichen. Die mitwirkenden Psychotherapeutinnen stellen ihre Sprechstundenkapazitäten dabei freiwillig zur Verfügung.

Die virtuelle Informationsveranstaltung wurde von den teilnehmenden Mitgliedern gut angenommen, was auch die vielen positiven Rückmeldungen zum Ende der Videokonferenz zeigten. Interessierte können die vollständige Präsentation auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer herunterladen (https://www2.pk-hb.de/uploads/20_11_kammer_online_veranstaltung.pdf).

Kammervorstand setzt sich für Stärkung der Psychotherapie bei Novellierung des Bremer Krankenhausgesetzes ein

Am 27. August 2020 tagte die Bremische Gesundheitsdeputation zur Novellierung des Bremer Krankenhausgesetzes (BremKrhG). Dr. Christoph Sülz und Amelie Thobaben nahmen an der Versammlung teil. Frau Thobaben hatte die Gelegenheit, sich persönlich für die Berücksichtigung von Psychotherapie und Psychotherapeutinnen im Gesetz einzusetzen. In Vorbereitung auf die Sitzung hatte der Vorstand nicht nur eine umfangreiche Stellungnahme (siehe Homepage) eingereicht, sondern mehrere persönliche Gespräche mit Stefanie Dehne (SPD), Ilona Osterkamp-Weber (Grüne) sowie Magnus Buhler und Hauke Hiltz (beide FDP) geführt.

In der Deputationssitzung wurde viel Unterstützung deutlich, die Reform der Psychotherapieausbildung in den Kliniken gut umzusetzen. Ein Diskussionspunkt war die Frage eines Deputationsmitglieds, wieso eine Regelung zur Verpflichtung von Weiterbildungsbefugten nötig sei und was es mit Strukturqualität an Kliniken zu tun habe. Amelie Thobaben wies darauf hin, dass Wei-



Amelie Thobaben (Mitte) und Dr. Christoph Sülz (rechts) mit Hauke Hiltz (links), FDP, vor der Sitzung der Gesundheitsdeputation (Foto: Cora Kroll)

terbildungsbefugte nicht nur die Qualität der Weiterbildung sicherstellen, sondern auch gewährleisten, dass eine ausreichende Zahl gut ausgebildeter und erfahrener Psychotherapeutinnen

in den Kliniken arbeiten. Die Verankerung im Gesetz lässt sich somit auch als ein Instrument zur Sicherung von Strukturqualität verstehen.

Treffen mit angestellten Psychotherapeutinnen des Klinikums Bremen-Ost

Am 11. August 2020 folgte Eva John, stellvertretende Kammerpräsidentin und im Vorstand u. a. zuständig für den stationären psychiatrischen Aufgabenbereich, einer Einladung der leitenden Psychotherapeutin, Brigitte Anders, ins Klinikum Bremen-Ost. Das landeseigene Klinikum verfügt über 319 Betten im Bereich Psychiatrie und bietet hier ein vielfältiges Behandlungsangebot, das sich zunehmend im Rahmen der Bremer Psychiatriereform zugunsten einer noch besseren Patientenversorgung umgestaltet. Es ist Lehrkrankenhaus der Universität Ham-

burg und bietet seit jeher zahlreichen PiA und auch Psychologiestudentinnen die Möglichkeit zur praktischen Erfahrung in Psychiatrie und Psychosomatik. Derzeit befinden sich dort 14 angehende Psychotherapeutinnen im Praktikum, daneben sind 14 angehende Psychotherapeutinnen angestellt, die sich in fortgeschrittener Ausbildung befinden. Ferner arbeiten hier 16 approbierte Kolleginnen in Festanstellung.

In der dort stattfindenden Teamsitzung der Psychotherapeutinnen informierte

Frau John u. a. über die zukünftige psychotherapeutische Weiterbildung, die Kammerarbeit und beantwortete die Fragen der angestellten Kolleginnen.

Im Anschluss an die Teamsitzung kam es zu einem ersten Treffen mit dem neuen Chefarzt der Psychiatrie, Dr. Martin Lison, der seit 1. April 2020 im Klinikum tätig ist. Das Gespräch wurde in einer freundlichen Atmosphäre geführt und als positiv im Hinblick auf eine gute Kooperation wahrgenommen.

Forum Frauengesundheit

Am 2. September 2020 nahm Rosa Steimke am Bremer Forum Frauengesundheit teil, das diesmal zur Einhaltung

coronabedingter Regelungen nicht wie üblich in der Zentrale für die Verwirklichung der Gleichstellung der Frau, son-

dern im alten Fundamt in Bremen stattfand. Mareike Sander-Drews ist Projektkoordinatorin bei Frauengesundheit

Tenever und referierte zu ihrem derzeitigen Projekt „Neue Wege in der Gesundheitsförderung für Alleinerziehende“, in dem sie Daten zu Bedürfnissen und Hindernissen von Gesundheitsförderung für Alleinerziehende im Bremer Stadtteil Tenever berichtete und erste Daten zu erarbeiteten gesundheitsfördernden Maßnahmen präsentierte. Dies beinhaltete niedrigschwellige Sport- und Entspannungsangebote.

Das Frauengesundheitsforum besteht seit über 15 Jahren und wurde bisher koordiniert durch Angelika Zollmann, die Gesundheitsreferentin der Zentrale der Gleichstellung der Frau in Bremen. Das Forum zeichnet sich dadurch aus, dass hier Akteurinnen aus vielen verschiedenen Berufsgruppen rund um das Thema Frauengesundheit zusammenkommen. Nachdem Frau Zollmann zu Beginn 2020 berentet wurde, war unklar, ob weiter-

hin Mittel für eine Gesundheitsreferentin zur Verfügung stünden. Nach vielen Bemühungen des Forums durch Korrespondenz und Gespräche mit der Landesbeauftragten und der Senatorin und Unterstützung durch die Mitgliederinstitutionen, an der sich auch die Psychotherapeutenkammer Bremen beteiligte, ist nun die Stelle neu ausgeschrieben, so dass es dem Forum möglich ist, die konstruktive Zusammenarbeit fortzusetzen.

Bremer Kammer wird digitaler: Neu bei Twitter

Die Psychotherapeutenkammer Bremen hat jetzt auch einen Twitteraccount. Soziale Medien ermöglichen uns, die Kammer und ihre Vertreterinnen bei politischen Playern in Erinnerung zu rufen.

Gerade jetzt in der Pandemie, wo es keine großen Veranstaltungen gibt, ist das sehr wertvoll. Aber auch sonst

stellt es eine geeignete Möglichkeit dar, sich bekannt zu machen und politische Anliegen zu platzieren.

Außerdem ist es dadurch möglich, unsere Anliegen gemeinsam mit Kolleginnen, Patientinnen und Bürgerinnen an die Bundespolitik heranzutragen und Nachdruck zu verleihen.

Falls Sie gerne zeitnah über Neuigkeiten in der Kammer und unsere politischen Aktionen informiert sein wollen, folgen Sie uns doch einfach unter @PK_Bremen_ oder schauen einfach mal rein unter https://twitter.com/PK_Bremen_.

Informelles Treffen des Vorstands in Zeiten von Corona

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Konsequenzen der Corona-Pandemie haben auch zur Folge, dass seit März dieses Jahres keine persönliche Sitzung des Vorstandes mehr stattgefunden hat. Auch wenn per Videokonferenz Tagesordnungspunkte diskutiert und erledigt werden können, fehlt durch das Ausbleiben der persönlichen Begegnung der Raum für Seitengespräche, Persönliches und Privates sowie die Möglichkeit, auch spontanen Einfällen und Ideen Aufmerksamkeit zu schenken.

Häufig sind es diese Nebensächlichkeiten, die neuen Schwung in einen Themenbereich bringen, frische Motivation, sich einem eher zähen Sachverhalt zu nähern, wecken oder wertvolle Erkenntnisse im Umgang mit bestimmten Themen bringen.

Damit, wenn es regelhaft nicht geht, dennoch zumindest für einen Moment „Normalität“ einkehren konnte, hat sich



Fünf der sieben Vorstandsmitglieder in entspannter Runde im Bremer Bürgerpark

der Vorstand daher spontan auf einen Spaziergang im Bremer Bürgerpark getroffen. Zwischen präsidialen Törtchen, warmen und kalten Getränken wie auch einem liegenden und schlafenden Teilnehmer im Kinderwagen wurde viel gelacht, über aktuelle Entwicklungen geplaudert und somit spürbar, dass

sich dieser Vorstand auch jenseits von Tagesordnungspunkten und Geschäftlichem etwas zu sagen hat.

Wir wünschen Ihnen allen, dass es auch Ihnen gelingt, im Herstellen solcher Begegnungen kreative Lösungen zu finden. Es gibt kein schlechtes Wetter. Nur falsche Kleidung.

Redaktion

Dr. Kim Sarah Heinemann, Dr. Christoph Sülz

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/277200-0
Fax: 0421/277200-2
verwaltung@pk-hb.de
www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo., Di., Do., Fr.: 10.00–12.00 Uhr
Mi.: 13.00–15.00 Uhr

Forum: Weiterbildung – Online-Workshops am 18. August 2020 und 3. September 2020

Da aufgrund der Corona-Pandemie die für das Frühjahr 2020 geplante Auftaktveranstaltung des FORUM: Weiterbildung nicht stattfinden konnte, bot die Kammer interessierten Kammermitgliedern zwei Online-Workshops an, in denen über den Stand der Entwicklung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) sowie über die Diskussions-schwerpunkte informiert und diskutiert werden konnte.

Im ersten Workshop am 18. August 2020 stellte Kammerpräsidentin Heike Peper den Zeitplan und die Gremienstruktur auf Bundesebene zur Erarbeitung der neuen MWBO vor. Sie berichtete anschließend über die Diskussion zur Abgrenzung der Weiterbildungsgebiete „Fachpsychotherapeut*in für Erwachsene“ und „Fachpsychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche“ im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung junger Patientinnen im sog. Transitionsalter. Hier bestehen kontroverse Vorstellungen in Bezug auf die Über-

lappung der Altersgrenzen zwischen den Weiterbildungsgebieten, die auch in den Wortbeiträgen während des Online-Workshops deutlich wurden.

Als weiteren Diskussionspunkt schilderte Heike Peper den Erwerb der Fachkunde in einem Psychotherapieverfahren und die Frage, ob eine weitere Fachkunde bereits in der Gebietsweiterbildung erworben werden könne. Dieses Thema wurde von den analytischen Ausbildungsinstituten in die Beratungen eingebracht, die sich für die Möglichkeit einer verklammerten/integrierten Weiterbildung in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie aussprechen, wie sie in der bisherigen Systematik besteht. Auch in diesem Punkt gibt es kontroverse Vorstellungen, u. a. wird die Forderung erhoben, dass auch alle anderen Verfahren beim Erwerb der Fachkunde kombinierbar sein sollen. Schließlich wurden noch die Dauer der Weiterbildungsabschnitte (stationär, ambulant, institutio-

nell) sowie die Voraussetzungen für eine koordinierte Weiterbildung bzw. eine Weiterbildung im Verbund erläutert und diskutiert.

Schwerpunktthema des zweiten Workshops am 3. September 2020 war die Information und Diskussion zum Weiterbildungsgebiet „Klinische Neuropsychologie“ bzw. „Neuropsychologische Psychotherapie“. PD Dr. Sebastian Bodenbun, Psychologischer Psychotherapeut und niedergelassen in einer neuropsychologischen Praxis in Hamburg, stellte in einem informativen Vortrag das breite Feld der neuropsychologischen Therapie sowie die diesbezüglichen Versorgungsbedarfe dar und warb vor diesem Hintergrund für die Aufnahme eines eigenständigen Weiterbildungsgebietes in die MWBO. Sein Vortrag stieß auf breite Resonanz, weil vielen Teilnehmenden die Tätigkeiten neuropsychologischer Behandlungen und deren Gebiet nicht vertraut waren.

HP

Bericht zur 79. Delegiertenversammlung

Am 9. September 2020 tagte die Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hamburg ein weiteres Mal unter „Corona-Bedingungen“ im großen Saal der Handwerkskammer Hamburg. Nach Begrüßung und Eröff-

nung durch Präsidentin Heike Peper würdigte Gitta Tormin als Vorstandsmitglied und Verbandskollegin unseren Delegierten Yvo Kühn in einer emotionalen Rede, der plötzlich und unerwartet am 2. August 2020 verstorben war.



Gitta Tormin

Nach einer Schweigeminute zum Gedenken an Yvo Kühn wandten sich die bewegten Delegierten den Inhalten des Abends zu.

Als Erstes standen die zukünftigen Anfangszeiten der Sitzungen der DV zur Abstimmung, die nach langen Ar-

beitstagen hohe Anforderungen an die Konzentration stellen. Bisher hatten die Sitzungen mittwochs um 19.30 Uhr stattgefunden. Über das Verfahren des „Systemischen Konsensierens“, sollte der Vorschlag mit dem größtmöglichen Konsens und dem geringsten Konfliktpotenzial als Lösung aus den verschiedenen Ideen herausgearbeitet werden. Im Ergebnis des von Ricarda Müller erklärten und moderierten Prozesses entschied sich die Delegiertenversammlung zu aller Überraschung und unter großem Gelächter erneut für Mittwochabend, aber mit einem früheren Beginn

und einem klar definierten Schluss um 22.00 Uhr.

Als weitere Tagesordnungspunkte standen ein Nachtragshaushalt zum Haushaltsplan 2020 aufgrund einiger Ausgabenverschiebungen und die Nachbesetzung der Ethikkommission auf der Tagesordnung. Dem Nachtragshaushalt wurde nach Erläuterung durch Geschäftsführer Dr. Christoph Düring und dem Bericht des Vorsitzenden des Haushaltsausschusses Dr. Michael Rei-



Torsten Michels und Heike Peper

ninger einstimmig zugestimmt. Für die Ethikkommission waren Dr. Judith Peth als Nachfolgerin von Dr. Claudia Gorba und diese für die Position einer Stellvertreterin vom Vorstand vorgeschlagen worden. Beide wurden einstimmig bestätigt.

Anschließend leitete Vizepräsident Torsten Michels mit einführenden Bemerkungen in die Fortsetzung der Diskussion zur Berufsordnung (BO) ein. Bereits in der Diskussion der letzten DV waren die Überarbeitung begrüßt und einige Anregungen zur Erweiterung entwickelt worden. Als hierbei zentral

zu diskutieren regten Torsten Michels und die Kammerjuristin Nadine Tuscher die Veränderungen durch die neue Ausbildung an, um die bereits nach dem Studium approbierten Mitglieder und den Rahmen der BO auch für diese ins Auge zu fassen. Im Zuge der Reform der Ausbildung wäre ein breites Berufsbild der Psychotherapeutin entwickelt worden, auf das sich auch die Musterberufsordnung (MBO) beziehe. An den Beispielen Abstinenz sowie Aufklärungs- und Informationspflicht wurde dies beispielhaft auch für außerhalb der Heilkunde liegende Tätigkeiten diskutiert. Nach Auffassung von Nadine Tuscher und Torsten Michels müssten Begriffe wie diese auch für Approbierte ohne Weiterbildung gedacht werden. Abschließend wurde aus den Reihen der DV angeregt, zu prüfen, ob die sich auf Datenschutz beziehenden Paragraphen aktuell noch ausreichend seien. Torsten Michels und Nadine Tuscher sicherten zu, die Anregungen der Delegierten in den nächsten Entwurf einzu beziehen.

Als letzte Punkte standen die Entwicklung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) und die Berichte des Vorstandes auf dem Programm. Heike Peper stellte dazu Ergebnisse der Online-Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer zur MWBO und den aktuellen Stand der Diskussion vor. Auch hier entspannte sich eine lebhafteste Debatte. Heike Peper dankte den Delegierten und versprach, dass der Vorstand die verschiedenen Aspekte in die Diskus-

sionen auf Bundesebene und den DPT einbringen werde. Zum Abschluss folgten kürzere Berichte von Vorstandsmitgliedern. Kerstin Sude berichtete von einem Treffen der AG Angestellte in Hamburg sowie zum Stand des Krankenhauszukunftsgesetzes.



Dr. Thomas Bonnekamp und Kerstin Sude

Dr. Thomas Bonnekamp berichtete zum Thema Qualitätssicherung, die durch die Abschaffung des Gutachterverfahrens eine stärkere Bedeutung bekommen wird. Weitere Berichte aus dem Vorstand und den anderen Gremien wurden aufgrund der fortgeschrittenen Zeit verschoben. Maria Prkno, Mitglied des Arbeitskreises PiA, wies in aller Kürze darauf hin, dass die Finanzierung der zukünftigen Weiterbildung noch nicht geklärt und gesichert sei. Sie bat deshalb darum, dass sich der Vorstand dafür einsetzen möge. Heike Peper bestätigte diese Sorge und wies auf bereits mit Politikerinnen in Hamburg geführte Gespräche hin. Dort würden auch weitere Forderungen mit einfließen. Abschließend dankte sie den Delegierten für die engagierte Diskussion und Anregungen für die berufspolitische Arbeit.

KS

Bericht von der Allgemeinen Versammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Am 21. Oktober 2020 fand die 19. Allgemeine Kammerversammlung der PTK Hamburg im Zeichen der COVID-19-Pandemie statt. Wegen der Abstandsregeln konnten nicht alle angemeldeten Mitglieder der Kammer an dieser Präsenzveranstaltung teilnehmen. Deshalb finden Sie die Präsentation der Berichte des Kammervor-

standes im Mitgliederbereich der PTK-Website.

Nach Begrüßung aller Mitglieder und Erläuterung der der Corona-Pandemie geschuldeten Rahmenbedingungen führte Präsidentin Heike Peper kurz in den Ablauf des Abends ein. Anschließend stellte sie die aktuellen Entwicklungen

im Prozess der Erarbeitung der MWBO wie auch den Zeitplan der Beratungen und Beschlüsse auf Bundesebene vor.

Vizepräsident Torsten Michels schloss sich mit einem Bericht über den Stand der Überarbeitung der BO an. Diese stelle den Kern der Überzeugungen eines berufswürdigen Umganges des

Berufsstandes dar. Die Überarbeitung der BO war notwendig geworden, weil Bundesgesetze verändert worden waren, die Einfluss auf das Berufsrecht haben. Außerdem hatte sich in Beschwerdefällen gezeigt, dass einige Formulierungen der bisherigen BO nicht klar genug gefasst waren. Im Rahmen der Überarbeitung soll die BO so weit als möglich der Musterberufsordnung (MBO) angepasst werden, um zu einer Vereinheitlichung mit den anderen Landeskammern zu kommen.

Dr. Thomas Bonnekamp referierte anschließend über Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie, der gerade durch die Abschaffung des Gutachterverfahrens zum Jahr 2022 eine besondere Bedeutung zukommt. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte den G-BA beauftragt, alternative Instrumente der Qualitätssicherung und -kontrolle zu entwickeln. Dabei werde ohne Not ein etabliertes Vorgehen aufgegeben, ohne bereits ein alternatives Verfahren entwickelt zu haben. Völlig unklar sei bisher, was mit den Kontingenten im Rahmen der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung geschehen werde und mit welcher Sicherheit Patientinnen und Psychotherapeutinnen zukünftig arbeiten könnten.

Kerstin Sude berichtete danach über „Neues zur Digitalisierung in der Psychotherapie“. Innerhalb dieses weiten Themenbereichs konzentrierte sie sich in ihrer Darstellung auf „Digitale Gesundheitsanwendungen“ (DiGA) und

Telematik-Anwendungen. Im Fokus stand besonders der Datenschutz, zu dem von der BPtK ein Gutachten zur IT-Sicherheit von DiGA eingeholt worden war. Kritisch werde der „Fast Track“ gesehen, d. h. dass DiGA ohne vorherige Prüfung ihrer Wirksamkeit vorläufig für zwölf Monate zugelassen würden und erst danach ihre Evidenz nachgewiesen werden müsste. Außerdem sei die Installation von DiGA auf mobilen Geräten via kommerzieller App-Stores zu kritisieren, weil sie Rückschlüsse auf die psychischen Leiden der Anwenderinnen zuließen. Dazu hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Broschüre für Psychotherapeutinnen herausgegeben. Von der BPtK gibt es eine Praxis-Info „Digitale Gesundheitsanwendungen“, in der wichtige rechtliche und fachliche Empfehlungen gegeben werden.

Als Letzte aus dem Vorstand sprach Gitta Tormin über die Herausforderung für KJP unter Corona-Bedingungen. Die Auswirkungen der Corona-Krise trafen Kinder und Jugendliche im besonderen Maße. Erhöhte psychische Belastungen durch Schutzmaßnahmen wie z. B. die Schließung von Schulen und Kindertagesstätten, Sportanlagen und Spielplätzen sowie Einschränkungen bei Treffen mit Gleichaltrigen würden erhebliche psychische Belastungen darstellen. Dazu können häusliche Schwierigkeiten kommen. So wurde der Einsatz von Videobehandlungen mit besonderer Aufmerksamkeit auf häusli-

che Spannungen in KJP-Behandlungen immer wichtiger.

Abschließend gab Dr. Christoph Düring einen Überblick über die Arbeit in der Geschäftsstelle (GS) unter den Einschränkungen der Coronapandemie. Dabei stand das Aufrechterhalten der Arbeitsfähigkeit der GS bei gleichzeitigem Schutz der Mitarbeiterschaft im Vordergrund. Telearbeit und Begrenzungen des Publikumsverkehrs haben sich dabei als schutzwirksam erwiesen. Inhaltlich sei die GS mit der Überarbeitung von Ordnungen, der Weiterentwicklung von psych-info sowie der Vorbereitung und Einführung des elektronischen Psychotherapeutenausweises (ePtA) voll ausgelastet.



Dr. Christoph Düring

Alle Berichte waren von lebendigen Diskussionen und Nachfragen begleitet, sodass Heike Peper die Versammlung nach zwei Stunden mit dem Dank an die Anwesenden für ihr Engagement beenden konnte.

GT

Gespräch mit Sozialsenatorin Dr. Leonhard und Staatsrätin Schlotzhauer

Am 4. November 2020 fand ein Kennenlerngespräch der Kammerpräsidentin Heike Peper mit Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard statt, in deren Behörde das Gesundheitsressort in der neuen Legislaturperiode eingegliedert wurde. An dem Gespräch nahm ebenfalls Melanie Schlotzhauer, Staatsrätin für Gesundheit, teil. Der mit langem Vorlauf geplante Termin musste aufgrund der coronabedingten Einschränkungen in Form einer Videokonferenz stattfinden und war leider mit einigen technischen Schwierigkeiten behaftet, die von allen

Beteiligten aber mit Humor und Gelassenheit getragen wurden.

Die vorab von der PTK vorgebrachten Gesprächsthemen wurden von der Senatorin und der Staatsrätin mit großem Interesse aufgenommen. Vertieft wurde über die Themen Ausbildungsreform (u. a. Anpassungsbedarf beim Hamburger Kammergesetz, Master-Studiengang an der Universität Hamburg, Weiterbildungsstellen in den Hamburger Kliniken, Weiterbildung im institutionellen Bereich), psychotherapeutische

Versorgung besonderer Bevölkerungsgruppen (u. a. im Zusammenhang mit dem Sprachmittlerinnenpool) sowie über die Personalausstattung in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik gesprochen.

Heike Peper ging außerdem auf die im Koalitionsvertrag festgelegten Vorhaben im Bereich der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung ein. Das Angebot einer fachlichen Begleitung und Einbeziehung der Expertise der PTK z. B. bei der Weiterentwicklung

einer sektorübergreifenden Versorgung und ressortübergreifenden Zusammenarbeit (z. B. zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) sowie bei der

Konzeption eines Krisentelefon für Menschen in psychischen Krisensituationen wurden von der Senatorin und der Staatsrätin positiv aufgenommen. Als ersten Anknüpfungspunkt einer Zusam-

menarbeit benannte Melanie Schlotzhauer das geplante Krisentelefon und sagte zu, dass sie nach Klärung des aktuellen Sachstandes wieder auf die PTK zukommen werde. **HP**

Interview mit Ricarda Müller, Vorsitzende des Rechnungsprüfungsausschusses

Welche Aufgaben hat der Ausschuss?

Die Aufgabe besteht darin, Rechnungen und Belege des abgelaufenen Jahres daraufhin zu prüfen, ob der Haushaltsplan eingehalten wurde, Einnahmen und Ausgaben begründet und Buchungen korrekt sind. Gleiches gilt für Nachweise zur Liquidität und zum wirtschaftlich sparsamen Umgang mit Mitgliedsbeiträgen. Dafür ist die Vorbereitung der Unterlagen und die Anwesenheit der Mitarbeiterin der Buchhaltung und des Geschäftsführers notwendig. Diese stehen dem Rechnungsprüfungsausschuss für Fragen und Erläuterungen zur Verfügung. Auf Grundlage dieser Prüfung erstellt der Ausschuss ein Protokoll, das alle wesentlichen Angaben der Prüfung enthält. Auch Verbesserungsvorschläge haben hier ihren Platz. Nach Feststellung einer ordnungsgemäßen Haushalts- und Kassenführung beantragt der Rechnungsprüfungsausschuss die Entlastung des Vorstandes in der Delegiertenversammlung.

Wie viele Mitglieder hat der Ausschuss, wie ist die Zusammensetzung? Wie oft tagt der Ausschuss?

Der Ausschuss besteht aus drei Mitgliedern sowie Stellvertreterinnen aus den verschiedenen Fraktionen, um eine größtmögliche Transparenz zu gewährleisten. Da der Ausschuss nur einmal im Jahr zur Rechnungsprüfung zusammenkommt, haben sich Stellvertretungen bewährt.

Wieso haben Sie sich für die ehrenamtliche Arbeit im Ausschuss entschieden?

Die übergeordnete Frage ist, warum ich mich überhaupt für ein Ehrenamt entschieden habe. Begonnen habe ich 1998 in einem Projekt „da sein – Lebensbegleitung bis zum Tode“ in Frankfurt. Fragen von Leben, Sterben und Tod waren dabei ausschlaggebend. Ich hoffe sehr, dass meine Tätigkeit in den Altenheimen

für die Bewohnerinnen genauso bereichernd war wie für mich selbst.

Als Psychotherapeutin in Ausbildung bin ich zur Berufspolitik gekommen, fand Mitstreiterinnen für die Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen. Als Traumatherapeutin bevorzuge ich, mich selbst zu ermächtigen und Verhältnisse mitzugestalten. Das braucht einen langen Atem. Aber wir konnten viel für die zukünftigen Kolleginnen bewegen, und ich habe einen kleinen Beitrag dazu geleistet.

Was motiviert Sie? Welche positiven und negativen Aspekte stecken in einem solchen Ehrenamt?

Das gestalterische Element der Arbeit, sowie die Möglichkeit gut informiert zu sein und sich auszutauschen. Nicht zu unterschätzen ist auch die Freude an der Zusammenarbeit mit Kolleginnen in Gremien und Ausschüssen, die sich auch zu privaten Freundschaften entwickelt haben. Das Kritischste in allen Ehrenämtern ist die Zeit. Wo knapse ich ab, wer oder was bleibt auf der Strecke? Es gibt schon viele Abende oder Wochenenden, die ich am Schreibtisch oder in Sitzungen verbringe und nicht gemütlich am Esstisch oder beim Sport.

Gibt es nachwuchsrelevante Fragen und Aspekte in dem Ausschuss, die eine Rolle spielen?

Die Frage des Nachwuchses ist überall relevant. Ich denke, es bedarf eines persönlichen Engagements, Personen für bestimmte ehrenamtliche Tätigkeiten zu interessieren, Mitglieder direkt anzusprechen, einzuladen und hineinschnuppern zu lassen. Mir hat das Mentoring aus dem Kollegenkreis sehr geholfen.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den Hauptamtlichen und den Ehrenamtlichen?

Die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle erlebe ich als außerordentlich unterstützend, professionell und freundlich. Die ehrenamtliche Kammerarbeit ist komplex, fordert Präzision sowie Verständnis verschiedenster Bereiche. Die Auf- und Vorbereitung durch die Geschäftsstellenmitarbeiterinnen ist dabei sehr hilfreich und eine große Entlastung.

Wie beeinflusst die Corona-Krise die Ausschussarbeit? Haben sich dadurch Arbeitsabläufe verändert?

Der Rechnungsprüfungsausschuss kommt nur einmal jährlich zusammen. Dieses allerdings zwingend notwendig als Präsenztermin, da die Kassenbücher und Kontoauszüge im Original geprüft werden müssen. Jedoch sind auch in solch einem Setting entsprechende Schutzmaßnahmen möglich.

Und zum Abschluss welches Buch lesen Sie gerade?

Meine 15-jährige Tochter und ich lesen oder hören gerne zusammen (Hör-)Bücher aus dem Fantasy-Genre. Wir hören gerade „Der letzte Elf“ von Silvana De Mari nun wohl schon in der dritten Runde – wir lieben diesen Humor, der sich auch aus den Missverständnissen zwischen Menschen, Elfen und Drachen, einer Art Interkulturalität, speist. **TM**

Redaktion:

Heike Peper, Torsten Michels, Kerstin Sude, Gitta Tormin, Kathrin Zander

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel.: 040/2262260–60
Fax: 040/2262260–89
www.ptk-hamburg.de
info@ptk-hamburg.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

das Jahr 2020 biegt auf die Zielgerade ein, die Herausforderungen werden dabei nicht kleiner. Im Gegenteil, nachdem die Sommermonate zumindest geringfügig Entspannung brachten, befinden wir uns in einem neuerlichen „Lockdown“. Die Arbeit als Psychotherapeutin läuft also weiterhin unter besonderen Bedingungen ab. Sie ist aber immerhin möglich, und mittlerweile sind viele Kolleginnen im Umgang mit Videotherapie sehr routiniert. Neun von zehn Psychotherapeutinnen nutzen die Videotherapie, so die letzten Ergebnisse einer Umfrage der BPTK. Dabei ist auch klar, dass eine Face-to-face-Behandlung der Videotherapie eindeutig vorgezogen wird, wenn die Verhältnisse dies erlauben. Die Therapie via Telefon wurde im vergangenen Quartal aufgrund der steigenden Infektionszahlen ebenfalls wieder von KBV und GKV-Spitzenverband bewilligt, wobei mehr als die maximal gestatteten 200 Minuten pro Patientin im Monat sicher wünschenswert gewesen wären. Insgesamt können wir nicht hoch genug schätzen, was die Kolleginnen in diesem Jahr für die Versorgung von psychisch kranken Menschen alles geleistet haben.

In Hessen haben wir eine sehr erfreuliche Entwicklung hinter uns, was die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufen angeht. Der wechselseitige Austausch, die bewusste Änderung des Blickwinkels und die gemeinsame Durchführung von Projekten bedeutet stets einen Erkenntnisgewinn, eine Erweiterung des eigenen Horizonts und die Eröffnung neuer Perspektiven für die eigene Arbeit – immer zum Wohl der jeweiligen Zielgruppen. Zwei Kooperationen stechen im zweiten Halbjahr besonders hervor: Zum einen die gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Hessen mit der Landes Zahnärztekammer zum Thema: Zahnbehandlungsphobie. Richtig gerne geht wohl niemand

zur Zahnärztin, rund 80 Prozent der Menschen in Deutschland verspüren dabei ein Angstgefühl. Fünf bis zehn Prozent leiden unter einer Phobie mit fatalen Folgen, sowohl für die physische als auch für die psychische Gesundheit. Das Problembewusstsein bei den Zahnärztinnen ist mittlerweile groß – und in gleichem Maße ist auch das Interesse gewachsen, gemeinsam mit Psychotherapeutinnen an Lösungsansätzen zu arbeiten. Und die Zahnbehandlungsphobie ist gut therapierbar. 350 Teilnehmerinnen aus beiden Kammerbereichen sahen das genauso und bewerteten die Veranstaltung, die im Videokonferenzformat durchgeführt wurde, überwiegend mit einem „sehr gut“.

Fast 800 Teilnehmerinnen konnten wir zum Auftakt einer Veranstaltungsreihe gemeinsam mit dem Hessischen Kultusministerium begrüßen. Wir haben gemeinsam für Lehrerinnen eine Fortbildung zu psychischen Störungen bei Schülerinnen konzipiert. Diese sind immer noch häufig ein unbemerktes Phänomen. Je früher sie erkannt und gegebenenfalls therapiert werden, desto besser sind die Heilungschancen. Und ein zentraler Ort für die Früherkennung ist die Schule – Lehrkräften kommt eine wichtige Rolle zu. Die hohe Teilnehmerzahl zeigt, wie groß Interesse und Engagement beim Lehrpersonal ist. Entscheidend für sie ist, dass sie Sicherheit im Umgang mit Betroffenen bekommen, Symptome erkennen und auf dieser Basis die richtigen Maßnahmen einleiten – und den Weg in die Psychotherapie eröffnen.

Wir sehen, dass wir gemeinsam viel erreichen können und damit die Gesundheitsversorgung weiter verbessern: Durch fundierte Informationen und durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit können mehr Patientinnen erreicht werden. Den eingeschlagenen Weg werden wir auch 2021 fortsetzen.

Allen Kolleginnen wünsche ich auf diesem Wege ein glückliches und hoffentlich gesundes neues Jahr und freue mich auf persönliche Begegnungen wie auch einen Alltag ohne Corona-Einschränkungen.

Herzliche Grüße

Ihre Dr. Heike Winter
Präsidentin

Bericht zur 9. Delegiertenversammlung der IV. Wahlperiode

Ursprünglich war die Herbst-Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer am 23. und 24. Oktober als Präsenzveranstaltung in einem Frankfurter Hotel geplant – inklusive umsichtiger und umfassender Hygiene-Maß-

nahmen zum Schutz der Delegierten vor einer möglichen Infektion mit dem Coronavirus. Angesichts der dramatischen Zuspitzung bei den Neuinfektionen, insbesondere in der Region Frankfurt-Rhein-Main, musste der Vorstand

handeln: Am 21. Oktober beschloss dieser einstimmig, die Versammlung digital durchzuführen.

„Wir haben wirklich alles versucht, um die Delegierten live vor Ort begrüßen

zu können. Aber wir Psychotherapeutinnen tragen eine sehr hohe Verantwortung in der Gesundheitsversorgung und im Umgang mit Patientinnen. Das Risiko, dass sich jemand infiziert oder dass alle Delegierten in Quarantäne gehen müssen, war zu hoch. Abgesehen davon, welchen Imageschaden unser Berufsbild und die Kammer davongetragen hätten, wenn etwas passiert wäre“, führt Präsidentin Dr. Heike Winter aus. Dem Beschluss des Vorstands entsprechend wurden die Delegierten mit Datum 22. Oktober zu einer Video-Konferenz geladen.

Satzungskonformität?

Dr. Heike Winter begrüßte die Delegierten, PiA-Sprecherinnen und die teilnehmenden Kammermitglieder zur 9. Delegiertenversammlung und stellte die ordnungsgemäße Einberufung sowie die Beschlussfähigkeit fest. Was in normalen Zeiten eine reine Formalie ist, sorgte unter den aktuellen Umständen für Diskussionsbedarf. Handelt es sich in der digitalen Form wirklich um eine Delegiertenversammlung im Sinne der Satzung? Das heute fast zwanzig Jahre alte Dokument erwähnt digitale Formate nicht, verbietet sie aber auch nicht. In Hessen hatten sich alle Landeskammern bemüht, eine Klarstellung seitens des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI) zu erreichen, die die Durchführung digitaler Delegiertenversammlungen der Körperschaften unterstützt. Dies konnte bis zur Durchführung der DV nicht gelingen. Eine Situation, in der es dem Kammervorstand vorrangig erschien, dass die Delegierten ihr Mandat ausüben können. Alternativ hätte die DV ausfallen müssen. Diskussionen, Abstimmungen und auch offene Wahlen sind in einer Video-Konferenz sehr gut möglich; das hatten umfangreiche Erfahrungen mit Video-Konferenzen seit dem Frühjahr gezeigt. Ein weiterer wesentlicher Punkt war die Handlungsfähigkeit der Kammer – da es ohne Verabschiedung weder einen Nachtragshaushalt für das laufende noch einen regulären für das kommende Jahr gegeben hätte. Unterstützend für die Position des Vorstands konnte auch das Gesetz zur Abmilderung der

Folgen der COVID-19-Pandemie herangezogen werden. Dieses Bundesgesetz sieht für Aktien- und Kommanditgesellschaften sowie Vereine und Genossenschaften vor, dass der Vorstand auch ohne Satzungsermächtigung die Teilnahme an einer Hauptversammlung in digitaler Form ermöglichen kann.

Weiterbildungsordnung

Ein wesentlicher Tagesordnungspunkt der Versammlung war die Abstimmung zur Änderung der Weiterbildungsordnung. Bereits auf der Video-Konferenz der Delegierten im Frühjahr hatte sich eine breite Mehrheit für die Erweiterung der Weiterbildungsordnung um die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ ausgesprochen. Dem waren umfangreiche Vorarbeiten und Diskussionen im Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung vorausgegangen und dieser hatte der Delegiertenversammlung die Annahme empfohlen. Mit einer sehr großen Mehrheit haben die Delegierten nun für diese Erweiterung gestimmt. Ein überaus gutes Ergebnis für alle betroffenen Patientinnen, das der Verbesserung der Versorgung in diesem Bereich dienen wird.

Über 6.000 Mitglieder

Die Diskussion des Tagesordnungspunktes „Haushalt 2019“, über den im Frühjahr nicht abgestimmt werden konnte, führte ebenfalls zu einer breiten Zustimmung. Auch der anschließend aufgerufene Nachtragshaushalt wurde von Delegierten eindeutig bestätigt. Der Nachtragshaushalt war notwendig geworden, da die erforderlichen Programmierarbeiten für die Schnittstellen für den elektronischen Psychotherapeutenausweis (ePTA) deutlich kostenintensiver ausfielen als geplant. Zuletzt wurde der Haushalt 2021 beschlossen. Der Finanzbericht zum Haushalt weist einen Anstieg der Mitgliederzahl um 200 gegenüber dem Vorjahr aus, deutlich zugenommen hat die Zahl der Psychotherapeutinnen in Ausbildung. Insgesamt hat die Psychotherapeutenkammer Hessen aktuell 6.019 Mitglieder.

Ebenso deutlich sprach sich die Delegiertenversammlung für die Änderung der Wahlsatzung aus. Deren § 8 (Wahlbekanntmachung) ist per Beschluss dahingehend geändert worden, dass die Wahlbekanntmachung aufgrund der EU-DGSVO statt bisher 53 Tage wieder 90 Tage vor Beginn der Wahlzeit erfolgen muss. Diese Änderung erlaubt es, die bisherigen bewährten Wahlzeiten bei bestehender EU-Datenschutzgrundverordnung beizubehalten.

Wahlen

Es mussten Nachwahlen für ausgeschiedene Ausschussmitglieder durchgeführt werden. Kerstin Kubesch wurde in den Ausschuss PT Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewählt. Anatoli Pimenidou wurde als Nachfolgerin von Tobias Günther in den Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung und als stellvertretendes Mitglied im Gemeinsamen Beirat gewählt. Anatoli Pimenidou ist außerdem Kandidatin für die Wahl zur stellvertretenden Bundesdelegierten – diese wird nachträglich als Briefwahl durchgeführt. Präsidentin Dr. Winter bedankte sich nochmals für das Engagement und die Mitwirkung von Tobias Günther, der aus privaten Gründen vorzeitig zurücktreten musste und wünschte den neuen ehrenamtlichen Kolleginnen viel Freude und Erfolg für ihre Arbeit. Beschlossen wurde zudem die Vorschlagsliste ehrenamtlicher Richterinnen am Landesberufsgericht Hessen – die Liste wird dorthin überstellt.

„Wir haben nun alle Beschlüsse fassen können und auch Lösungen für alle Wahlen gefunden“, berichtet Else Döring, Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen. „Auch geheime Abstimmungen wären möglich gewesen, wenn sie gewünscht worden wären.“ Damit konnte die Delegiertenversammlung allen Anforderungen der Satzung genügen, inklusive der Teilnahme von Kammermitgliedern, die von dieser Möglichkeit stärker Gebrauch machten als in herkömmlichen Versammlungen in Präsenzform. Mit Schreiben vom 12. November 2020 genehmigte das Hessische Ministerium

für Soziales und Integration alle in der Delegiertenversammlung getroffenen Beschlüsse.

„Es war eine außergewöhnliche Sitzung in außergewöhnlichen Zeiten“, so das Fazit von Dr. Heike Winter. „Wir haben

aber gesehen, dass es funktioniert und dass die digitale Form eine echte Alternative darstellt, wenn die Umstände es erfordern.“ Else Döring ergänzt: „Bei allen Diskussionen im Vorfeld können wir konstatieren, dass die Delegierten sich auf das Format eingelassen haben

und wir sehr fruchtbare Diskussionen führen konnten. Per Videokonferenz ist doch mehr möglich, als man denkt, aber wir hoffen darauf, dass wir uns bald wieder live treffen können. Das ist allen digitalen Formaten eindeutig vorzuziehen.“

Alexander Pradka

Einsatz für die Einrichtung einer Landesclearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen



Die Psychotherapeutenkammer Hessen setzt sich für mehr Versicherungsschutz ein.

„Staat und Gesellschaft müssen geeignete Versorgungsmodelle für nicht krankenversicherte Menschen entwickeln. Viele leiden unter schweren psychischen und körperlichen Erkrankungen“, sagt Dr. Heike Winter, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen, in einer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf zum Hessischen Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen und einem Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Eingebracht hat den Gesetzesentwurf die Fraktion DIE LINKE. „Eine große Patientengruppe hat keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung – und somit auch nicht zu einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung“, so Winter.

Offizielle Zahlen der Bundesregierung gibt es zum Thema Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland nicht. Laut statistischem Bundesamt ist die Zahl von 80.000 im Jahr 2015 auf 143.000 im Jahr 2019 gestiegen. Das betrifft unter bestimmten Umständen EU-Bürger, Personen mit unklarem Aufenthaltsstatus, Geflüchtete, Wohnungslose und ehemals privat Krankenversicherte, die die Beiträge nicht mehr leisten können. Allein der Blick auf die Gruppe der Wohnungslosen verdeutlicht die Schwierigkeit im Umgang mit der Problematik: Laut Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe steigt deren Zahl kontinuierlich an. Für 2018 wird sie auf über eine halbe Million geschätzt. „Die Diskrepanz zu den 143.000 zeigt uns, dass es eine hohe Dunkelziffer geben muss, beziehungsweise bei vielen der Status ungeklärt ist.“ Sicher ist, dass die Gruppe obdachloser Menschen nicht in der Statistik enthalten ist und daher hinzugerechnet werden muss. Auch hier gibt es aktuell nur Schätzungen: Zwischen 50.000 und 80.000 Menschen in der Bundesrepublik sollen kein Dach über dem Kopf haben – und verfügen ebenfalls nicht über eine Krankenversicherung.

Clearingstelle und Behandlungsfonds

„Die Einrichtung einer Clearingstelle erscheint als wirksames Mittel, um kompetent die zuständigen Kostenträger für somatische wie psychische Behandlungsdienstleistungen zu ermitteln und nicht krankenversicherte Patienten und Patientinnen wieder dauerhaft in Versicherungsverhältnisse zu führen“, sagt Winter. Sie verweist auf das im Nachbarbundesland Rheinland-Pfalz bereits mit Erfolg eingerichtete Modell mit der durch das Bundesland geförderten Clearingstelle in Mainz. Um die medizinische und psychotherapeutische Versorgung der genannten Patientengruppe gewährleisten zu können, tritt die Psychotherapeutenkammer auch für die Einrichtung eines so genannten Behandlungsfonds ein. Dieser übernehme die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen – auch psychotherapeutische –, solange die Kostenträgerschaft nicht geklärt ist.

Alexander Pradka

Transgender und Psychotherapie: Erst am Anfang der Entwicklung

Große Resonanz erfuhr die Veranstaltung „Transgender und Psychotherapie“ der Psychotherapeutenkammer Hessen. Gut 300 Psychotherapeutinnen wählten sich in das Online-Seminar ein. Über 90 Prozent von ihnen sind der Ansicht, dass dem Thema in der

Psychotherapie noch nicht genügend Beachtung gewidmet wird. 56 Prozent sagen, dass „wir erst am Anfang der Entwicklung stehen“, 37 Prozent meinen, dass es zwar nicht generell an der Aufmerksamkeit mangle, aber noch viel Aufklärungsarbeit erforderlich

ist. Mehr als die Hälfte fühlt sich noch unsicher im Umgang mit dem Thema, 29 Prozent sehen sich theoretisch gut vorbereitet, es fehle aber an der praktischen Erfahrung. Folgerichtig wünschen sich neun von zehn Psychotherapeutinnen zusätzliche Fortbildungs-



Viel Aufklärungsbedarf sehen Psychotherapeutinnen beim Thema Transsexualität.

veranstaltungen. „Unsere Gesellschaft ist heteronormativ und cisnormativ, das steht uns beim Thema ‚Transgender‘ im Weg“, sagte Dr. Timo Nieder, Leitung Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Das kann zu Diskriminierung und Ablehnung führen.

Kulturelles und psychosoziales Bedingungsgefüge

„Folge ist ein großer Leidensdruck bei den Betroffenen, der sich allerdings mit Psychotherapie gut behandeln lässt.“ Insgesamt verlange die Transgender-Entwicklung sehr viel Mut und ein funktionierendes kulturelles und psychosoziales Bedingungsgefüge. Die Abkehr von strengen Normen, vom „TÜV-Nadelöhr“, forderte Prof. Dr. Georg Romer, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am Universitätsklinikum Münster. Er möchte eine Behandlung „auf Augenhöhe“ erreichen und das Konzept des „Shared Decision Making“ umgesetzt wissen. „Entscheidend ist, was der konkret vor mir sitzenden Person am meisten nützt.“ Für die Psychotherapie bei Transgender-Kindern und -Jugendlichen empfiehlt er ein vorurteilsfreies Akzeptieren der subjektiven Identität und der

Nichtbeeinflussbarkeit. Bezüglich der möglichen somatomedizinischen Behandlung sieht er eine getrennte Reflexion des „Ob“ und „Wann“ vor.

Mari Günther, systemische Therapeutin, Familientherapeutin und Dipl.-Gemeindepädagogin GPA Potsdam, betonte, dass Eltern und Angehörige von Transgender-Jugendlichen meistens aus ihrer Komfortzone entführt werden. Das Spannungsverhältnis sei sehr schwierig. Sie wies aber etwas provokativ darauf hin, dass ein Coming-Out immer auch ein „Beziehungsangebot“ darstellt. Ein wichtiger Satz eines Transelternteils an Kinder: „Ich werde voll anders, aber ich werde nicht weniger!“ Kinder brauchen die elterliche Präsenz, viel Nähe, eine respektvolle Sprache, um den Prozess mitgehen zu können. „Das Problem mit dem Transsein an sich ist gar nicht so groß.“

Alexander Pradka

Änderung der Satzung für die Wahlen zur Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen hat am 24. Oktober 2020 folgende Änderungen an der Wahlsatzung (zuletzt geändert am 25.05.2012) beschlossen:

§ 7 Wählerverzeichnis wird in Abs. 11 folgendermaßen neu gefasst:

„Das Wählerverzeichnis wird den Wahlbererberinnen und Wahlbewerbern (Liste-

führerinnen oder Listenführern) von der Wahlleiterin / vom Wahlleiter zum Zweck der Wahlinformation für die Wahlzeit zur Verfügung gestellt, soweit die Wahlberechtigten nicht widersprochen haben. Auf das Widerspruchsrecht ist in der Wahlbekanntmachung gem. § 8 hinzuweisen. Die Empfänger der Mitgliederadressen haben diese unverzüglich nach Ablauf der Wahl zu löschen. Die Bestimmungen des Hessischen Daten-

schutz- und Informationsfreiheitsgesetzes bleiben unberührt.“

§ 8 Wahlbekanntmachung wird

- in Satz 1 geändert und die Zahl „53“ durch die Zahl „90“ ersetzt.
 - um die Nummer 7 ergänzt:
7. das Widerspruchsrecht (§ 7 Abs. 11)“

Änderung Kostenordnung

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen hat am 24. Oktober 2020 folgende Änderungen der Kostenordnung (zuletzt geändert am 02.11.2018) beschlossen und Nr. 6.3 wie folgt neu gefasst:

„6.3. Für die Bearbeitung von Anträgen werden im Übrigen die folgenden Gebührensätze erhoben:

b. Supervision oder Selbsterfahrung jeweils je Akkreditierungszeitraum 125 Euro

c. Verlängerung der Supervision oder Selbsterfahrung je Akkreditierungszeitraum 25 Euro“

Nach Punkt c wird folgender Satz eingefügt:

„Die maximale Gebühr je Veranstaltung beträgt 250 Euro.“

Änderung Weiterbildungsordnung

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen hat am 24. Oktober 2020 gemäß Beschluss die Weiterbildungsordnung im Abschnitt B Bereiche um den Bereich „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ ergänzt:

Abschnitt B Bereiche

V. Spezielle Schmerzpsychotherapie

1. Definition: Die spezielle Schmerzpsychotherapie beinhaltet die Diagnostik psychischer Merkmale, Ursachen und Auswirkungen von Schmerzempfindungen sowie die speziell auf Schmerz und seine neuroplastisch begründbaren Chronifizierungsprozesse ausgerichteten psychotherapeutischen Behandlungen.

2. Weiterbildungsziel: Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“. Die Weiterbildung soll Kenntnisse und Kompetenzen für eine wissenschaftlich fundierte psychologische Diagnostik und Therapie bei Patienten (Erwachsene und Kinder/Jugendliche) mit Schmerzen vermitteln. Weiter soll damit die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kommunikation und Kooperation mit anderen in der Versorgung tätigen Berufsgruppen (z. B. Ärzten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern) gefördert werden.

3. Bestandteile der Weiterbildung und Weiterbildungszeit: Die Weiterbildung ist in einem der beiden Altersbereiche „Kinder und Jugendliche“ oder „Erwachsene“ oder in beiden Altersbereichen durchzuführen. Die Weiterbildung erstreckt sich über einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten in zugelassenen Weiterbildungsstätten für Spezielle Schmerzpsychotherapie unter Anleitung eines in diesem Bereich weitergebildeten Weiterbildungsbefugten. Die Weiterbildung in einem Altersbereich umfasst folgende Bestandteile:

- Mindestens 80 Stunden theoretische Weiterbildung
- Mindestens 160 Stunden praktische Weiterbildung
- Mindestens 20 Stunden Supervision
- Mindestens 40 Stunden Hospitation
- Mindestens 6 supervidierte Falldarstellungen
- Teilnahme an mindestens 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel.

Wird die Weiterbildung in beiden Altersbereichen absolviert, umfasst sie folgende Bestandteile:

- Mindestens 112 Stunden theoretische Weiterbildung
- Mindestens 240 Stunden praktische Weiterbildung, davon jeweils mindestens 80 Stunden im jeweiligen Altersbereich
- Mindestens 30 Stunden Supervision
- Mindestens 40 Stunden Hospitation
- je 4 supervidierte Falldarstellungen pro Altersbereich
- Teilnahme an mindestens 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel

4. Weiterbildungsinhalte

4.1. Theoretische Weiterbildung

4.1.1 Allgemeine Grundlagen (mind. 44 Stunden)

Biopsychosoziales Konzept (mind. 8 Stunden):

akute und chronische Schmerzen; psychologische Funktionen des Schmerzes, Einstellungen und Haltungen zum Schmerz; psychologische Risikofaktoren und Chronifizierungsmechanismen; Befund und Befinden; Epidemiologie von Schmerz; Wirksamkeit von Schmerzpsychotherapie

Medizinische Grundlagen (mind. 8 Stunden):

einschließlich der funktionellen Anatomie von Schmerz und Schmerzverarbeitung; physiologische Chronifizierungsmechanismen; medizinische Diagnostik und medizinische Interventionsverfahren (invasive und nicht-invasive) von Schmerzkrankungen; Pharmakotherapie des Schmerzes; spezielle Risiken der Opioide

Krankheitsbilder und psychotherapeutische Interventionen (mind. 24 Stunden):

- Akuter und chronischer Rückenschmerz: Symptomatik der Krankheitsbilder; störungsspezifische Krankheitsmodelle; Edukation interdisziplinäre Therapie; Pacing, quotenorientierte Belastungssteigerung und Abbau von Angst-Vermeidungsverhalten
- Kopfschmerzen: Symptomatik der Krankheitsbilder; störungsspezifische Krankheitsmodelle;

Edukation; interdisziplinäre Therapie; Triggermanagement; Biofeedback; Stressbewältigung;

Rückfallprophylaxe bei medikamenteninduziertem Kopfschmerz

- Neuropathischer Schmerz: Symptomatik der Krankheitsbilder; störungsspezifische Krankheitsmodelle; Edukation; interdisziplinäre Therapie; Stabilisierung und Aufbau von Akzeptanz; Bearbeitung des Körperbildes und Körperschemas; Spiegeltherapie; Resozialisierung
- Tumorschmerz: Symptomatik der Krankheitsbilder; störungsspezifische Krankheitsmodelle;

Edukation; interdisziplinäre Therapie; Trauerarbeit; Krankheitsverarbeitung; Einbezug der Angehörigen

- Rheuma und Fibromyalgiesyndrom: Symptomatik der Krankheitsbilder; störungsspezifische Krankheitsmodelle; Edukation; interdisziplinäre Therapie; Visualisierungen; Aufbau von Akzeptanz und Achtsamkeit

- chronischer Bauchschmerz, Reizdarmsyndrom

Psychotherapeutische Methoden (4 Stunden):

Untersuchungsbefund; Edukation; Funktionsverbesserung über Ausdauertraining und Krafttraining; Mobilisationstechniken; Dehnungen; physikalische Maßnahmen; unterschiedliche Techniken wie Brunkow, PNF, manuelle Therapie

4.1.2 Weiterbildungsinhalte spezifisch für den Altersbereich „Erwachsene“ (mind. 36 Stunden)

Interdisziplinarität (mind. 8 Stunden):

Beteiligte Berufsgruppen und Besonderheiten; Ziele in unterschiedlichen Settings; Rolle des Schmerzpsychotherapeuten im interdisziplinären Kontext; Organisationsformen; latrogene und patientenbezogene Risikofaktoren; Medikamentenabhängigkeit; Epidemiologie; stationärer und ambulanter Medikamentenentzug; Rückfallprophylaxe.

Anamnese, Diagnostik und Therapieplanung (mind. 8 Stunden):

Schmerzpsychologische Exploration; Differentialdiagnose und differentielle Indikationsstellung; schmerzspezifische Fragebögen; MASK-P und schmerzrelevante F-Diagnosen; ICF; Fallkonzeption; Einbezug von Angehörigen; Therapieplanung und -evaluation; Besonderheiten in der Schmerztherapie bei komorbiden psychischen und somatischen Störungen wie z. B. Depression und Angststörungen

Verfahrensspezifische Ansätze (mind. 20 Stunden) – wahlweise je nach vorhandener Fachkunde, vertieftem Verfahren:

- Verhaltenstherapeutische Konzepte und Methoden: edukative, kognitive, verhaltensbezogene sowie emotionsbezogene Interventionen; Entspannung; Imagination
- Psychodynamische Konzepte chronischer Schmerzen und ihrer Behandlung; Besonderheiten der Behandlungstechnik
- Familiendynamische und systemische Ansätze zum Schmerzverständnis und Behandlung
- Konzepte weiterer wissenschaftlich anerkannter Verfahren

4.1.3 Weiterbildungsinhalte spezifisch für den Altersbereich „Kinder und Jugendliche“ (mind. 36 Stunden)

Definition, Ätiologie, Diagnostik und Klassifikation (mind. 8 Stunden):

Psychosoziale auslösende und aufrechterhaltende Faktoren des chronischen Schmerzes, Entwicklungsbezogene Aspekte im Verständnis von Schmerzen, u. a. zur Schmerzwahrnehmung und zu elterlichen Reaktionen; Kennenlernen und Anwenden altersgerechter multimodaler Messmethoden zur Erfassung des chronischen Schmerzes; altersgerechte Klassifikationsmöglichkeiten:

- aktueller Kenntnisstand zur Schmerzwahrnehmung, -erfassung und -verarbeitung und elterlichen Reaktionen von der frühen Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter; Ätiologie chronischer Schmerzen im Kindes- und Jugendalter und altersgerechte Psychoedukation
- multimodale Diagnostik anhand von Interviews, Fragebögen (Kind, Eltern) und Verhaltensbeobachtungen, szenisches Verstehen, Spielbeobachtung
- Erfassung der Schmerzgeschichte
- Differenzialdiagnose u. differenzielle Indikationsstellung; Differenzierung zu depressiven, Angststörungen und zu Selbstverletzungen, Abgrenzung von traumabedingten Schmerzerscheinungen, Deprivation, Vernachlässigung, Eruiieren evtl. Missbrauchs,
- Diagnostik von komorbiden psychischen Erkrankungen (Diagnosechecklisten und/oder strukturierten klinischen Interviews und/oder Gespräch)
- Störungsspezifische Klassifikationssysteme
- Fallbasierte Anwendung des biopsychosozialen Modells, der diagnostischen Instrumente und der Klassifikation

Psychotherapeutische Interventionen (mind. 28 Stunden) – wahlweise gewichtet nach Fachkunde, vertieftem Verfahren

Psychotherapeutische Interventionen entwicklungsbezogen für folgende Bereiche:

- Verhaltenstherapeutische Konzepte: Modifikation der Störungskonzepte (z. B. Psychoedukation), der Schmerzwahrnehmung (Schmerzablenkung, Imaginationen, Schmerzdistanzierung), dysfunktionaler Kognitionen (z. B. Methoden der kognitiven Umstrukturierung), dysfunktionaler emotionaler Reaktionen (z. B. expositionsbasierte Verfahren); schmerzbezogenen Verhaltens (z. B. Aktivierung); altersgerechte kognitive und schmerzakzeptanzbasierte Strategien;
- Psychodynamische Konzepte chronischer Schmerzen und ihrer Behandlung, Besonderheiten der Behandlungstechnik
- Familiendynamische und systemische Ansätze zum Schmerzverständnis und Behandlung
- Konzepte weiterer wissenschaftlich anerkannter Verfahren
- Besonderheiten der Anwendung von Entspannungstechniken
- Besonderheiten in der Schmerztherapie bei komorbiden psychischen und somatischen Störungen wie z. B. Depression und Angststörungen
- Möglichkeiten der Kooperation und Delegation (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rehabilitation, Jugendamt).
- Psychotherapeutische Interventionen für die Bezugspersonen für folgende Bereiche: Besonderheiten der Eltern-Patient Interaktion bei chronischen Schmerzen; Modifikation der elterlichen Störungskonzepte (z. B. Psychoedukation) und der dysfunktionalen elterlichen Reaktionen (z. B. spezifische Elterntrainings im Rahmen der kindlichen Therapie), Verstehen der interpersonellen familiären Interaktionsmuster und Kommunikationsstile/Familiendynamik; Schmerz in seiner kommunikativen und beziehungsregulierenden Funktion

Wissenschaftliche Evidenz der psychotherapeutischen Interventionen und Implementierung

4.2. Praktische Weiterbildung

Die praktische Weiterbildung dauert mindestens 18 Monate an zugelassenen Weiterbildungsstätten. Es ist zu gewährleisten, dass die Weiterbildungsteilnehmer für die Behandlung von Patienten mit Schmerzen über ein breites Spektrum von krankheitswertigen Störungen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, eingehende Kenntnisse und Erfahrungen erwerben.

Es ist das gesamte Behandlungskonzept einer auf schmerztherapeutische Behandlung spezialisierten Einrichtung in Theorie und täglicher Praxis kennenzulernen, über insgesamt mindestens 40 Stunden nach Möglichkeit an 5 Tagen einer Arbeitswoche (Hospitation).

Für den jeweiligen Altersbereich (Kinder und Jugendliche/Erwachsene) sind insgesamt mindestens 160 supervidierte Behandlungsstunden aus dem entsprechenden Altersbereich nachzuweisen.

Wird die Weiterbildung in beiden Altersbereichen absolviert, so sind insgesamt mindestens 240 Behandlungsstunden nachzuweisen, davon in jedem Altersbereich mindestens 80 Stunden

Im Altersbereich Kinder und Jugendliche sind von den nachzuweisenden supervidierten Behandlungsstunden immer mindestens 18 Stunden für eine Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen zu verwenden.

4.3. Supervision (mind. 20 Stunden à 45 Minuten)

Mindestens 20 Stunden fallbezogene Supervision à 45 Minuten.

Ziel der Supervision ist die

- Reflexion des diagnostischen und therapeutischen Handelns im Hinblick auf die kurz- und langfristigen Behandlungsziele mit besonderem Fokus auf die schmerzpsychotherapeutischen Interventionen,
- Reflexion der eigenen therapeutischen Rolle, der Rolle des Schmerzpsychotherapeuten im interdisziplinären Team und der verwendeten Methoden und
- Reflexion eigener Lernerfahrungen in der Behandlung von Schmerzpatienten.
- Reflexion der therapeutischen Beziehung

Die fallbezogene Supervision hat mindestens jede 10. Therapiestunde zu erfolgen.

Wird die Weiterbildung in beiden Altersbereichen absolviert, so müssen insgesamt 30 Stunden Supervision nachgewiesen werden.

4.4. Falldokumentationen

Sechs supervidierte und abgeschlossene Behandlungsfälle mit Schmerzpatienten, die während der Weiterbildungszeit durchgeführt wurden, müssen nachgewiesen werden. Mindestens vier Falldokumentationen müssen sich auf Einzeltherapien beziehen. Jeder dokumentierte Behandlungsfall muss mindestens fünf Behandlungseinheiten umfassen.

Die Falldokumentationen sollen folgende Punkte beinhalten: Anamnese, Krankheitsentwicklung, psychischer Befund, relevante somatische Befunde, Verhaltensanalyse/Psychodynamik, Diagnosen, Therapieziele, Be-

handlungsplan, Prognose, Therapieverlauf und Behandlungsergebnisse, Kurzreflexion aus schmerzpsychotherapeutischer Sicht. Der Umfang einer Falldokumentation sollte 4–5 Seiten betragen und kann bei besonders komplexen Fällen den Umfang von fünf Seiten überschreiten.

Wird die Weiterbildung in beiden Altersbereichen absolviert, so sind aus jedem Altersbereich 4 Falldarstellungen zu erstellen.

4.5. Schmerzkonferenzen

Teilnahme an 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen.

Alternativ kann die Teilnahme an 12 Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel anerkannt werden. Den Qualitätszirkeln sollen mindestens drei Fachdisziplinen angehören: Arzt, Psychotherapeut, Physiotherapeut oder anderer Gesundheitsfachberuf.

5. Zeugnisse, Nachweise und Prüfungen

5.1 Dem Antrag auf Anerkennung der Weiterbildung nach § 9 sind beizufügen:

- Zeugnisse und Bescheinigungen über die abgeleitete Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte entsprechend § 8,
- Dokumentation von sechs bzw. acht Behandlungsfällen (Falldarstellungen, siehe 4.4).

5.2 Die Kammer prüft die vorgelegten Zeugnisse und Nachweise entsprechend § 11 Absatz 1. Die Falldarstellungen werden durch den Prüfungsausschuss beurteilt. Eine mündliche Prüfung ist nur dann erforderlich, wenn die vorgelegten Zeugnisse und Nachweise zur Bewertung des Erwerbs der eingehenden und besonderen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in dem Bereich nicht ausreichen. Über die Erforderlichkeit einer mündlichen Prüfung entscheidet der Prüfungsausschuss. Im Übrigen gelten die §§ 11 bis 13. Ist eine mündliche Prüfung nicht erforderlich und der Erwerb der eingehenden und besonderen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in dem Bereich nachgewiesen, stellt die Kammer dem Antragsteller die Urkunde nach § 12 Absatz 2 aus.

6. Anforderungen an Weiterbildungsstätten

Zur Weiterbildung in dem Weiterbildungsteil Praktische Weiterbildung werden gemäß § 5 Absatz 2 zugelassen: Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und/oder stationären Versorgung von Patienten mit Schmerzen, die auf den Schmerz bezogene psychotherapeutische Behandlungen durchführen und ein breites Spektrum von krankheitswertigen psychischen Störungen im Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung behandeln.

7. Übergangsbestimmungen

Zur Weiterbildung in dem Weiterbildungsteil Praktische Weiterbildung werden gemäß § 5 Absatz 2 zugelassen: Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und/oder stationären Versorgung von Patienten mit Schmerzen, die auf den Schmerz bezogene psychotherapeutische Behandlungen durchführen und ein breites Spektrum von krankheitswertigen psychischen Störungen im Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung behandeln.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen und Kollegen:

Ursula Palzer, Wiesbaden
Peter Schüler, Bad Emstal
Anne Bertsch, Marburg
Svanhild Rößler, Wiesbaden
Martin Ehlert-Balzer,
Frankfurt am Main

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

Kammertag zu den Themen der Vorstandsbeauftragten am 6. November 2020

Im Vorfeld der Kammerversammlung lud die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) alle Kammerversammlungsmitglieder ein, um gemeinsam per Videokonferenz mit ihnen und den Vorstandsbeauftragten über spezielle Handlungsfelder der Kammerarbeit zu sprechen.

Palliativversorgung



Prof. Dr. Tanja Zimmermann

Als Beauftragte für diesen Bereich konnte Prof. Dr. Tanja Zimmermann neu verpflichtet werden. Die Professorin für Psychosomatik und Psychotherapie mit Schwerpunkt Transplantationsmedizin und Onkologie von der Medizinischen Hochschule Hannover berichtete über psychotherapeutische Aspekte in der palliativen Versorgung. Ein weiteres Themenfeld war die psychoonkologische Versorgung in Niedersachsen über die verschiedenen Versorgungssektoren hinweg – ob nun im Akutkrankenhaus, der medizinischen Rehabilitation, in Krebsberatungsstellen oder auch bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen. Unter www.psychoonkologie-niedersachsen.de

finden sich weitere Informationen zu diesem Thema.

Psychosoziale Notfallversorgung



Prof. Dr. Christoph Kröger

Prof. Dr. Christoph Kröger von der Universität Hildesheim vertritt diesen Bereich nun schon seit vielen Jahren. Er sprach über die Handlungsfelder der psychosozialen Notfallversorgung – beispielsweise, als ein Autofahrer im nordhessischen Volkmarsen in einen Rosenmontagsumzug gefahren ist. Darüber hinaus berichtete er über eine Umfrage bei den Landespsychotherapeutenkammern, die voraussichtlich auch in der nächsten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals erscheinen wird.

Menschen mit geistiger Behinderung

Frauke Werther legte dar, wie sich dieses Handlungsfeld seit 2004 entwickelt hat. Als letzte Neuerung ist hier der G-BA Beschluss von 2018 zu werten, in dem die psychotherapeutische Versor-



Frauke Werther

gungslage von Menschen mit geistiger Behinderung verbessert wurde. Unter den Teilnehmerinnen entwickelte sich eine lebhaft Diskussion über den Einsatz von psychotherapeutischen Methoden aus dem Erwachsenenbereich und des Kinder- und Jugendbereichs für diese Patientinnengruppe.

Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung



Andreas Kretschmar

Andreas Kretschmar berichtete als psychotherapeutischer Vertreter des niedersächsischen Psychiatrieausschusses und der Besuchskommission über seine Handlungsfelder. Der

Ausschuss hat zur Aufgabe, sich für die Belange von psychisch kranken und behinderten Menschen sowie für deren Angehörige einzusetzen. Im Rahmen der Besuche psychiatrischer Einrichtungen sollen Missstände vor Ort erkannt und Hilfestellungen zur Beseitigung dieser Probleme gegeben werden. In gravierenden Fällen würden die Aufsichtsbehörden eingeschaltet werden.

Versorgung von Flüchtlingen

Die frühere Kammerpräsidentin Gertrud Corman-Bergau hielt einen Vortrag über die Entwicklung der Versorgung der psychischen Gesundheit von Geflüchteten. Während der großen Fluchtbewegungen im Jahre 2015 ergaben sich hier vielfältige Handlungsfelder. So



Gertrud Corman-Bergau

konnte sich beispielsweise das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in

Niedersachsen etablieren. Gemeinsam mit diesem Netzwerk bot die PKN auch Fortbildungen zum Thema „Psychotherapie zu Dritt“, d. h. Psychotherapie mit einer Sprachmittlerin an.

Forensik

Für diesen Bereich wurde Joachim Lagerpets beauftragt. Er referierte zum einen über die historische Entwicklung dieses Tätigkeitsfeld für Psychotherapeutinnen und stellte zum anderen die aktuellen Aufgaben dar, wie etwa die kontinuierliche Pflege der Sachverständigenlisten.

Zwischen Vorstand, Beauftragen und Kammerversammlung bestand Einigkeit darin, diese Bereiche wieder prominenter sichtbar machen und vermehrt Fortbildungen anbieten zu wollen.

Kammerversammlung am 7. November 2020

Am 7. November fand die zweite Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Aufgrund der weiterhin bestehenden Pandemie wurde diese Kammerversammlung per Videokonferenz abgehalten. Neben 38 der 39 Delegierten waren folgende Gäste anwesend: Jendrik Vietze, Werner Reccius und Prof. Dr. Christoph Kröger. Aus der Geschäftsstelle waren Frau Peter, sowie die Herren Habermehl und Nowik anwesend.

Grußwort aus dem Ministerium

Als Vertreter des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung war Jendrik Vietze, Referent im Bereich „Rechtsangelegenheiten im Gesundheitswesen“ als Gast geladen.

Herr Vietze ging vorrangig auf die politischen Prozesse in Bezug auf die Ausbildungsreform ein. Insbesondere die Akkreditierungsverfahren der neuen Bachelorstudiengänge standen dabei im Fokus und es fand ein reger Austausch mit den Delegierten statt. Ein weiteres Thema war die damit verbundene Frage nach notwendigen Änderungen am niedersächsischen

Kammergesetz für die Heilberufe (HKG). Das Ministerium hatte keine der geplanten Satzungs- und Ordnungsänderungen zu beanstanden.

Vorstands- und Geschäftsstellenbericht

Als Präsident der Kammer berichtete Roman Rudyk eingangs über die Tätigkeiten des Vorstandes. Der Bericht wurde in drei Bereiche unterteilt:

In Bezug auf die Geschäftsstelle wurde erläutert, dass es einen Wechsel auf der Ebene der Geschäftsführung geben wird. Herr Dr. Kaufmann wird der Kammer nicht länger zur Verfügung stehen, ab dem 1. Januar 2021 wird mit Frau Sawitzky eine neue Geschäftsführerin eingestellt. Frau Sawitzky ist Juristin und war bislang in der Verbandsvertretung von Journalistinnen als Geschäftsführerin tätig. Die beiden Prüfungsausschüsse für die Weiterbildung systemische Therapie sind nun besetzt und werden von Frau Horstmann und Frau Kumm begleitet. Der in früheren Kammerversammlungen vorgestellte Plan zum Umzug in die Räumlichkeiten des Neubaus der Ärztekammer musste wieder verworfen werden.

Auf Landesebene war der Vorstand insbesondere im Austausch mit der Ärztekammer, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie mit den Hochschulen, Ausbildungsinstituten und dem niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung. Hier bestand und besteht reger Bedarf zum Austausch in Bezug auf die Ausbildungsreform. Darüber hinaus prägte natürlich die Corona-Pandemie die Tätigkeiten des Vorstandes.

Auf Bundesebene lag der Fokus des Vorstandes in der Mitarbeit in Kommissionen sowie in der Begleitung der MWBO.

Die Vorstandsmitglieder Horstmann, Hermann, Kretschmar und Schwöpe ergänzten Herrn Rudyks Bericht bei den Themen institutionelle und stationäre Weiterbildung, den Regelungen zum Transitionsalter sowie bei Überlegungen zur Konsequenz aus der Ausbildungsreform für die Kammerversammlung, Satzungen und Ordnungen.

Herr Nowik berichtete über Entwicklungen in der Geschäftsstelle. Das Umstrukturierungsprojekt laufe gut, die

Geschäftsstelle arbeite nun organisiert im Team und jede Mitarbeiterin kann nun mehr Themengebiete abdecken als zuvor. Pandemiebedingt werde derzeit ein A/B-Schichtsystem praktiziert, in dem die Mitarbeiterinnen in zwei Teams abwechselnd mobil von zuhause und im Büro arbeiten. So soll sichergestellt werden, dass die Geschäftsstelle auch im Falle einer Infektion einer Mitarbeiterin handlungsfähig bleibt. Mit Frau Kumm wurde zum Oktober eine neue Mitarbeiterin im Bereich Projektmanagement und Qualitätssicherung eingestellt.

Die Veranstalterfunktionen im internen Bereich der Kammerhomepage wurden nun freigeschaltet. Die hier entstehenden Erfahrungen seien Bestandteil eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses. Gemeinsam mit den beteiligten Firmen werde mit Hochdruck an der Umsetzung der Anforderungen in Bezug auf den elektronischen Psychotherapeutenausweis gearbeitet. Da hier bereits Vorerfahrungen mit anderen Heilberufekammern bestehen, befindet man sich schon in der Erprobung. Durch die rapide aufeinanderfolgenden Gesetzesnovellen bestehe großer Zeitdruck in diesem Bereich, jedoch seien schon mitgliederfreundliche Regelungen auf Bundesebene getroffen worden.

PsychInfo

Anschließend stellte Herr Nowik den aktuellen Stand der Psychotherapeutinnensuchplattform „PsychInfo“ vor. Neben einer Demonstration der derzeitigen technischen Umsetzung gehörte auch die Nennung von Kennzahlen. Im System seien 1.226 Einträge niedersächsischer Psychotherapeutinnen vorhanden, was weniger als einem Viertel der Mitglieder entspricht. In den Monaten Juni bis August 2020 wurden 7.932 Zugriffe aus dem niedersächsischen Gebiet verzeichnet.

Die Delegierten diskutierten sehr kontrovers über diese Plattform. Auf der einen Seite wurde positiv hervorgehoben, dass die Suche sehr komfortabel ist, detaillierte Angaben zu Tätigkeitsschwerpunkten ermöglicht werden

und auch Psychotherapeutinnen ohne Kassensitz gelistet sind. Dem entgegen stünde jedoch die niedrige Benutzerquote und die teilweise veralteten Angaben in den Konten. Bislang stehe keine gangbare Alternative zur Verfügung, der Vorstand wurde damit beauftragt, Alternativen zu eruieren und das Thema erneut einzubringen.

Ordnungs- und Satzungsänderungen

Es wurde eine Änderung beschlossen. Die Beitragsordnung wurde nach eingehender Erläuterung durch Herrn Rudyk dahingehend geändert, dass Mitglieder, die bereits im Vorjahr eine Ermäßigung wegen doppelter Pflichtmitgliedschaft erhalten haben, nicht jedes Jahr einen neuen Antrag auf Ermäßigung stellen müssen.

Die Änderungen im Detail können auf unserer Homepage eingesehen werden.

Ausschuss Finanzen

Herr Stüb stellte als Vorsitzender des Finanzausschusses den Haushaltsplan der Kammer vor. Die Kammerversammlung stimmte auf Basis der vorgestellten Daten für die Genehmigung des Haushaltsplanes 2021, mit dem die Beitragssätze stabil gehalten werden können.

Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik

Herr Reißner stellte als Ausschussvorsitzender vor, welche Handlungsfelder aktuell bearbeitet werden. Dabei stünden digitale Anwendungen, das niedrigschwellige Angebot und der Umgang mit Behandlungsfehlern auf der Agenda. Letzteres wird auch als Thema für Fortbildungsveranstaltungen oder einen Psychotherapeutentag diskutiert.

Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Ausschussvorsitzende Frau Dr. Schütz berichtete, dass der Ausschuss sich vorrangig mit der Umsetzung der

WBO systemische Therapie, der neuen WBO und der Vernetzung der Ausbildungsinstitute beschäftigt. Weitere aktuelle Felder sind die Änderung der Fortbildungsordnung in Bezug auf die Anforderungen an Anbieterinnen und den Eintrag einer zweiten Fachkunde nach Approbation.

Ausschuss Satzung und Geschäftsordnungsfragen

In ihrer Funktion als Ausschussvorsitzende referierte Frau Klich über die Änderung der Beitragsordnung und über die Integration der künftigen Fachpsychotherapeutinnen in die bestehenden Satzungen und Ordnungen.

Ausschuss Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Als Vorsitzender führte Herr Dr. Maaß aus, dass das Projekt QM-Handbuch eingestellt wurde. Es sei jedoch angedacht, Input zu diesem Thema bei den Neuapprobierten-Veranstaltungen zu integrieren.

Kommission Angestellte

Herr Hückstädt berichtete über Pläne, weitere Fortbildungen für angestellte PP/KJP anzubieten, insbesondere zu rechtlichen Fragestellungen. Ein weiteres großes Thema der Kommissionsarbeit sei die Ausbildungsreform, im Speziellen die Umsetzung der stationären und institutionellen Weiterbildung.

Kommission KJP

Frau Mildner stellte die Themen dieser Kommission vor. Darunter sammelten sich der Austausch mit den niedersächsischen KJP-Instituten sowie geplante Fortbildungen zu besonderen Themen, wie etwa Umgang mit transidentitären Jugendlichen oder kultursensitive Psychotherapie.

Kommission Nachwuchsförderung

Diese Kommission war ehemals ein Ausschuss. Dass Kommissionen mehr Flexibilität bieten, zeigt sich in der Zu-

sammensetzung: Die Mitglieder der Kommission rekrutieren sich aus der PiA-Landesvertretung, niedergelassen Psychotherapeutinnen und Institutsleitungen. Frau Klich brachte das Thema Praxisbewertung unter dem Aspekt von Generationengerechtigkeit auf die Agenda.

Gremien auf Bundesebene

Der anstehende Deutsche Psychotherapeutentag wurde vorbesprochen, in diesem Zusammenhang wurde Herr Hermann zum Stimmführer gewählt.

Inhaltlich wurde allen voran die Ausgestaltung des Gebietes „Neuropsychologie“ in der neuen WBO diskutiert. Weitere Themen waren die geplante WBO

„Sozialmedizin“ und die Bestrebungen in Richtung einer einheitlichen Basisdokumentation.

Namensgebung der Kammer

Hinsichtlich der Repräsentation der Mitglieder der Psychotherapeutenkammer wurde darüber diskutiert, ob nicht eine Umbenennung in „Psychotherapeut*innenkammer Niedersachsen“ angestrebt werden sollte. Schließlich seien 76,7 % der Mitglieder weiblich, Tendenz steigend – und auch intersexuelle Mitglieder könnten so sprachlich direkt mitgedacht werden.

Herr Reccius von der Kanzlei Rüping gab dabei zu bedenken, dass eine solche Namensänderung auch eine Än-

derung der Gesetze auf Landesebene erfordert, da die Heilberufekammern namentlich im niedersächsischen HKG aufgeführt sind. Darüber hinaus gelte die Rechtsnorm, dass geschlechtergerechte Bezeichnungen vorlesbar sein müssen. Der Vorstand erhielt von den Delegierten den Auftrag, die Möglichkeiten einer neuen Namensgebung in Abstimmung mit dem Ministerium und den anderen Kammern zu sondieren.

Herr Rudyk und Frau Horstmann bedankten sich abschließend bei allen Anwesenden für die sehr lebhaften Diskussionen und die konzentrierte und produktive Atmosphäre, die die Arbeit in der Kammerversammlung gegenwärtig und hoffentlich noch lange prägt.

Bekanntmachungen

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 07. November 2020 folgende Satzungsänderungen beschlossen:

Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Diese Satzung tritt nach Beschluss zum 01.01.2021 in Kraft. Die Satzung wird nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 13.11.2020

*Roman Rudyk
Präsident*

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850 304–30
Fax: 0511/850 304–44
info@pknds.de
www.pknds.de

Beschlüsse und Resolutionen aus der 3. Sitzung der 5. Kammerversammlung am 31. Oktober 2020

Im Zentrum der 3. Sitzung der 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) am 31. Oktober 2020 in Köln standen zahlreiche Beschlussfassungen sowie die Verabschiedung von zwei Resolutionen zu aktuellen berufspolitischen Themen.

Angesichts der aktuellen Pandemie-Situation wurde während der Veranstaltung in weitläufigen Räumlichkeiten ein strenges Hygienekonzept umgesetzt. Gewissermaßen eine zusätzliche Schutzmaßnahme war die Verabredung der Kammerversammlung, in der Präsenzsitzung zunächst über drängende, für die Erfüllung der Kammeraufgaben notwendige Themen abzustimmen und somit die Dauer der Zusammenkunft zu begrenzen. Für die Aussprache zum Bericht des Vorstands, Kammeraktivitäten und berufspolitischen Themen wurde für den 11. Dezember 2020 ein Videoratschlag der PTK NRW anberaunt.

Der Großteil der zur Beschlussfassung vorliegenden Anträge beinhaltete Überlegungen, wie die Kammerversammlung auch bei außergewöhnlichen Ereignissen wie einer Pandemie arbeitsfähig bleiben und die Kammer Angebote wie Fortbildungen für ihre Mitglieder aufrechterhalten kann. Ein zentrales Thema in diesem Zusammenhang war die Beratung und Beschlussfassung zu einer Satzungsänderung, die zukünftig in besonderen Zeiten elektronische Abstimmungsprozesse erlaubt.

Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, begrüßte die Kammerversammlungsmitglieder und bedankte sich bei der Geschäftsstelle für die gute Vorbereitung und Organisation der Sitzung. Den Fraktionsvorsitzenden sprach er seinen Dank für die konstruktive Zusammenarbeit im Vorfeld der Versammlung aus. „Ich möchte zudem die Gelegenheit nutzen und auch meinen Kolleginnen und Kollegen im Vorstand ausdrücklich für ihre en-

gagierte Arbeit danken“, hielt der Kammerpräsident fest. „Trotz verschiedener Funktionen, Rollen und Aktivitäten in unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen haben wir gut eine gemeinsame Linie gefunden. Das ist nicht selbstverständlich, aber eine wichtige Basis, um berufspolitisch etwas zu erreichen.“

Beschlussfassungen zu Satzung und Geschäftsordnung

Als erstes Thema rief der Präsident die Beschlussfassung zur Änderung der Satzung der PTK NRW auf. „Wir sind heute hier, weil die Kammerversammlung aktuell nur in persönlicher Anwesenheit ihrer Mitglieder rechtswirksam beschlussfähig ist“, erläuterte Gerd Höhner. „Seitdem absehbar war, dass die Corona-Pandemie es schwierig werden lässt, wie gewohnt Präsenzsitzungen durchzuführen, mussten wir uns damit befassen, wie wir die Arbeitsgrundlagen der Kammerversammlung erhalten können – zumal nun auch deutlich geworden ist, dass der Ausnahmezustand länger anhalten wird.“ Der dazu vorliegende Antrag von Vorstand und Ausschuss Satzung und Berufsordnung auf Änderung der Satzung sei ein Ergebnis ausführlicher Beratungen. „Mit einer Beschlussfassung hierzu wird es zukünftig möglich, die Sitzung der Kammerversammlung als Videokonferenz durchzuführen, wenn es den Kammerversammlungsmitgliedern aufgrund eines außergewöhnlichen Ereignisses nicht möglich oder nicht vertretbar ist, persönlich vor Ort zusammenzukommen. Hinsichtlich der geltenden gesetzlichen Vorgaben wäre ein solcher Beschluss ab Frühjahr 2021 umsetzbar.“

Sei aufgrund besonderer Umstände auch eine Videokonferenz nicht mög-



Sitzung der Kammerversammlung der PTK NRW am 31. Oktober 2020 in Köln

lich oder nicht vertretbar, würde eine entsprechend geänderte Satzung in Zukunft erlauben, dass die Kammerversammlung zu eilbedürftigen Angelegenheiten im schriftlichen oder elektronischen Abstimmungsverfahren Beschlüsse fassen und auch Wahlen durchführen kann. „Ob eine solche Eilbedürftigkeit oder Notlage vorliegt, muss im individuellen Fall gemeinsam mit größter Verantwortung unter Einbeziehung der Fraktionsvorsitzenden bewertet werden“, betonte der Kammerpräsident. Nach einer konstruktiven Aussprache im Plenum wurde die Satzungsänderung von der Kammerversammlung mit der erforderlichen Zweidrittelmehrheit beschlossen. Ebenso wurden die im Zusammenhang mit der geänderten Satzung notwendigen Änderungen der Geschäftsordnung sowie eine Anpassung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung beschlossen.

Jahresabschluss 2019, Haushalt 2021

Andreas Pichler, Vizepräsident der PTK NRW, informierte die Kammerversammlungsmitglieder über die Einnahmen und Ausgaben der Kammer im Jahr 2019. Insgesamt sei ein Überschuss zu verbuchen; hauptsächliche Gründe hierfür seien Vakanzen im Stellenplan, nicht durchgeführte Veranstaltungen z. B. im Rahmen der Aus- und Weiterbildungsreform, eine geringere Tagungsfrequenz von Gremien auf-



Der Vorstand der PTK NRW im Sitzungssaal

grund der Kammerwahl, Einsparungen bei sächlichen Verwaltungskosten aufgrund sparsamer Mittelverwendung sowie nicht zuletzt Mehreinnahmen durch höhere Beitragseinnahmen als erwartet. Der Überschuss solle in – teilweise zweckgebundene – Rücklagen überführt werden. Damit sei unter anderem abgesichert, dass in 2021 ausreichend Mittel für geplante Projekte zur Verfügung stünden. Die Kammerversammlung nahm den Jahresabschluss auf Empfehlung des Finanzausschusses an und entlastete den Vorstand für das Geschäftsjahr 2019. Beide Beschlussfassungen erfolgten einstimmig.

Für das Haushaltsjahr 2021 skizzierte Andreas Pichler die anzunehmenden Einnahmen und Ausgaben der Kammer auf Basis der zu erwartenden Erlöse aus Mitgliederbeiträgen, angestrebten Veränderungen im Stellenplan sowie den notwendigen Ausgaben für berufspolitische Aktivitäten und kammerinterne Projekte. Auch hier folgte die Kammerversammlung dem Votum des Finanzausschusses und nahm den Haushaltsplan 2021 an.

Beschlüsse zur Fortbildungsordnung

Die Kammerversammlung der PTK NRW fasste in ihrer Sitzung jeweils mit deutlicher Mehrheit eine Reihe weiterer Beschlüsse. In der Fortbildungsordnung wurde angesichts der anhaltenden Pandemie-Situation die Übergangsregelung zur Akkreditierung und Anerkennung von Online-Fortbildungen mit Live-Charakter bis zum 31. Dezember 2021 verlängert. In die Gebührenordnung wurde eine dem Verwaltungsaufwand angemessene Akkreditierungsgebühr zur interaktiven, strukturierten Fortbildung nach Kategorie E aufgenommen. Angenommen wurde auch der Antrag auf Änderung der Weiterbildungsordnung der Kammer hinsichtlich der Anerkennung von Theoriestunden im Bereich Klinische Neuropsychologie.



Abstimmung im Plenum der Kammerversammlung

Resolutionen der PTK NRW

Mit jeweils großer Zustimmung verabschiedete die Kammerversammlung der PTK NRW zwei Resolutionen. In ihrer Resolution „Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nur mit bestmöglichem Wirksamkeitsnachweis, fachlich abgesichertem Ordnungsverfahren und gesichertem Datenschutz in die Versorgung bringen“ kritisiert die Kammerver-

sammlung, dass der für den Einsatz im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung notwendige wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis der im DiGA-Verzeichnis gelisteten Anwendungen nicht wie erforderlich sichergestellt sei. Ebenso sei kritisch zu sehen, dass auch Krankenkassen selbst ihren Versicherten die Nutzung von DiGA ermöglichen können. Die zweite Resolution „Qualitätssicherung im ambulanten Bereich nur

mit Nutzen für die Versorgung und vertretbarem Aufwand!“ nennt eine Reihe von Aspekten, die bei der Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens unbedingt zu beachten seien. Dazu gehöre unter anderem, dass eingesetzte Qualitätsinstrumente individuelle Krankheits- und Behandlungsverläufe erfassen und den sicheren und geschützten Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen nicht infrage stellen.

„Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit“ im Fokus auf dem Jahreskongress Psychotherapie Wissenschaft Praxis 2020

Aufgrund der in der Corona-Pandemie notwendigen Schutzmaßnahmen fand der gemeinsam von Hochschulverbund Psychotherapie NRW und Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) veranstaltete Jahreskongress Psychotherapie Wissenschaft Praxis in seinem 16. Jahr erstmals als Online-Kongress statt.

Ermöglicht wurde diese Tagungsform durch die Bereitschaft des Hochschulverbundes, die dafür zur Akkreditierung durch die Psychotherapeutenkammer NRW (PTK NRW) operationalisierten Ablauf- und Anforderungskriterien umzusetzen. Am 10. Oktober 2020 eröffnete der Kongress mit drei Impulsvorträgen zu dem diesjährigen Schwerpunktthema. „Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit“. Insgesamt fanden an zwei Veranstaltungstagen 49 Online-Workshops zu verschiedenen Aspekten aus dem Spektrum der psychotherapeutischen Arbeit bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen statt. 280 Kongressbesucherinnen wählten sich in die Vorträge ein und nahmen an den Online-Seminaren teil.

Aufgaben und Kompetenzen von Psychotherapeutinnen

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Dekan der Fakultät für Psychologie und Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie Ruhr-Universität-



Begrüßung per Video: Gerd Höhner (oben), Prof. Dr. Jürgen Margraf

Bochum, begrüßte die Kongressteilnehmenden und wies den Schwerpunkt als ein Thema aus, das ihm persönlich sehr am Herzen liege. Gerd Höhner, Präsident der PTK NRW, stellte in seiner Begrüßung die enge Verknüpfung von psychischem Befinden und sozialer Lebenssituation heraus. „Hätte es noch einen massenpsychologischen Beweis dafür gebraucht, so ist das die Corona-Situation, in der wir alle gemerkt haben, was die soziale Deprivation mit uns macht.“ Allgemein sei allerdings die Tendenz spürbar, diese Verbindung zu negieren oder zu banalisieren. Der Berufsstand sei daher dafür verantwortlich, auf diese Zusammenhänge in aller Deutlichkeit aufmerksam zu machen – nicht zuletzt, um falsche Pathologisierungen zu verhindern.

Weiterhin habe die Profession die Aufgabe, in den Behandlungen die Lebenswelt der Patientinnen mitzudenken und ihnen auch in diesem Bereich Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Schließlich sollten Psychotherapeutinnen auf Ansätze zur Prävention drängen, betonte Gerd Höhner. In NRW würde angesichts der jüngsten Missbrauchsskandale wie von Lügde oder Bergisch Gladbach auch die Struktur der Jugendhilfe umfangreich diskutiert. „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können hier beispielsweise einen Beitrag zu einer fachlich qualifizierten Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Bereich leisten.“

Die soziale Seite psychischer Störungen

Prof. Dr. Jürgen Margraf stellte in seinem Vortrag „Vernachlässigt und abgehängt – die soziale Seite psychischer Störungen“ dar, dass sich im Ländervergleich und auch in unterschiedlichen sozialen Schichten innerhalb eines Landes Unterschiede in der psychischen Gesundheit der in einer Gesellschaft lebenden Menschen erkennen lassen. Angst und Depression z.B. seien in unteren sozioökonomischen Schichten weitaus häufiger verbreitet als in obo-

ren Schichten; der Grad an Resilienz sei dementsprechend geringer. Als hierbei wirkende Mechanismen definierte der Psychologische Psychotherapeut u.a. den Einfluss sozialer Beziehungen sowie einen in unteren sozialen Schichten häufig zu beobachtenden „negativen Mindset“.

Zusammenfassend zeige sich, dass sich soziale Faktoren, vermittelt durch psychologische Variablen, bedeutend auf die psychische Gesundheit auswirken. Entsprechend seien soziale Maßnahmen erfolgsversprechende Präventionsansätze. Zunächst sei es jedoch die Aufgabe, ein Problembewusstsein für diese Zusammenhänge zu schaffen und dem Negativdenken unterer sozialer Schichten entgegenzuwirken. Insbesondere für Kinder und Jugendliche gelte es, Ansätze zu finden – Benachteiligung setze früh ein und kumuliere sich über die Lebensspanne. Auch für kurzfristige Interventionen spiele die Psychotherapie eine besondere Rolle.

Unsichere Bindung als Folge sozialer Ungleichheit

PD Dr. Claudia Subic-Wrana von der Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft Köln-Düsseldorf befasste sich mit dem Thema „Unsichere Bindung als Folge sozialer Ungleichheit und Traumatisierung – Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis“. Sie erläuterte Bindungsmuster als verinnerlichtes Repertoire von Erwartungen und Verhaltensweisen in Beziehungen, die auch für den Umgang mit akuten oder chronischen Belastungs- und Krisensituationen prägend seien. Der Bindungsstil werde von primären Bindungspersonen an deren Kinder weitergegeben. Hierbei gäbe es Hinweise darauf, dass auch die soziale Schicht die individuelle Bindungskategorie beeinflusse.

Insbesondere unsicher gebundene Menschen könnten negative Affektzustände schlechter regulieren, hätten wenig soziale Unterstützung und würden dazu neigen, keine Hilfe zu suchen, so die Psychotherapeutin. Häufig kä-

men diese Menschen aufgrund körperlicher Leiden wie chronischer Schmerzen in die Therapie. Als Behandlungsoption stellte PD Dr. Claudia Subic-Wrana die psychodynamisch interaktionelle Therapie bei somatoformen Störungen (PISO) dar, die Betroffenen ein psychosomatisches Krankheitsmodell vermittelt. Ein anderer wirksamer Ansatz sei, in der Behandlung „Symptom und Beziehung“ und „Symptom und soziale Interaktion“ in einen Zusammenhang zu setzen und damit die reine Bezogenheit auf das Symptom aufzulösen.

Was macht zufrieden?

Prof. Dr. Martin Schröder von der Philipps-Universität Marburg verfolgte in dem dritten Eröffnungsvortrag die Frage „Was macht Menschen wirklich zufrieden?“. Anhand von Befragungsergebnissen des Deutschen Sozioökonomischen Panels blickte der Wirtschaftssoziologe auf Parameter wie Geld, Gesundheit und soziale Kontakte und ihren Einfluss auf die empfundene Lebensqualität. Lange sei man bei möglichen Zusammenhängen von einem „Setpoint“ eines Individuums ausgegangen. Dieser Theorie zufolge würde ein Mensch nach positiven ebenso wie nach negativen Lebensereignissen mit der Zeit zum vorherigen individuellen Zufriedenheitsniveau zurückkehren. Neuere Auswertungen ließen jedoch erkennen, dass sich die Zufriedenheit eines Menschen langfristig verändere.

Gegenwärtig ginge man dabei von einer Dreiteilung aus, erläuterte der Experte: Ein Drittel des Zufriedenheitsgrades sei genetisch festgelegt, ein Drittel durch einschneidende Lebensereignisse wie Heirat, Geburt der Kinder oder Tod eines nahestehenden Menschen kurzfristig veränderbar, ein Drittel durch langfristige Entscheidungen erklärbar. Ein Beispiel für langfristig wirksame Parameter sei Bildung. Darüber hinaus würden sich Faktoren abzeichnen, die einen Menschen dauerhaft belasten. Beispiele hierfür seien Krankheit und Arbeitslosigkeit.

Änderung der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 31.10.2020

Aufgrund des § 23 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. Juni 2020 (GV. NRW. S. 650) hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW in ihrer Sitzung am 31. Oktober 2020 folgende Änderung der Fortbildungsordnung beschlossen:

Artikel I

Die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vom 12. November 2004, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung vom 13. Dezember 2013 wird wie folgt geändert:

1. § 4 der Fortbildungsordnung wird wie folgt geändert:
 - a. Absatz 5 wird aufgehoben.
 - b. Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 5 und nach dem Wort „Fortbildungszertifikat“ werden die Wörter „und das Widerspruchsverfahren“ gestrichen.
 - c. Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 6.
2. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a. Absatz 9 wird aufgehoben.
 - b. Der bisherige Absatz 10 wird Absatz 9.
 - c. Der bisherige Absatz 11 wird Absatz 10 und nach dem Wort „Fortbildungsveranstaltern“ werden die Wörter „und für das Widerspruchsverfahren“ gestrichen.

3. Nach § 5 wird folgender § 5a eingefügt:

„§ 5a

Anforderungen an Online-Fortbildungen mit Live-Charakter

- (1) Online durchgeführte Fortbildungen, die im Wesen einer Präsenzver-

anstaltung gleichzusetzen sind, sodass keine Lernerfolgskontrolle erforderlich ist, können dann als Fortbildungsveranstaltung nach den Kategorien A-C sowie Kategorie D akkreditiert werden, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

1. Live-Veranstaltung
 2. Aktive Beteiligungsmöglichkeit der Teilnehmenden
 3. Gewährleistung einer Präsenzkontrolle
 4. Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit nach Bundesdatenschutzgesetz und Datenschutzgrundverordnung
- Die übrigen Vorgaben der Fortbildungsordnung sind einzuhalten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für über Telefon durchgeführte Fortbildungsveranstaltungen der Kategorie D.
- (2) Bei der Antragstellung muss vermerkt werden, über welches Medium die Veranstaltung erfolgen soll.
 - (3) Der Veranstalter hat eine Teilnehmerliste, aus der Vor- und Nachna-

me sowie vollständige Anschrift der jeweiligen Teilnehmenden hervorgehen, zu führen. Die Richtigkeit der Angaben wird durch die Unterschrift des Verantwortlichen bestätigt. Das eingesetzte Medium ist in der Teilnehmerliste und auf der Teilnahmebescheinigung zu vermerken.

- (4) Die Regelungen des § 5a Absätze 1 bis 3 gelten rückwirkend ab dem 12. März 2020 und vorerst bis zum 31. Dezember 2021.“

Artikel II

Die vorstehende Änderung der Fortbildungsordnung tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer NRW (Psychotherapeutenjournal) in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wird hiermit ausgefertigt.

Düsseldorf, den 3. November 2020

gez. Gerhard Höhner
Präsident der Psychotherapeutenkammer
NRW

Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW vom 31.10.2020

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat in ihrer Sitzung am 31.10.2020 aufgrund § 20 Absatz 1 des Heilberufsgesetzes vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. Juni 2020 (GV. NRW. S. 650), folgende Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW in der Fassung der Neubekanntmachung vom 24. November 2018 (Psychotherapeutenjournal vom 15. März 2019, S. 90) beschlossen:

Artikel I

Die Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW in der Fassung der Neubekanntmachung vom 24. November 2018 (Psychotherapeutenjournal vom 15. März 2019, S. 90) wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt B. II. Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend, soweit Sitzungen der Kammerversammlung, der Ausschüsse und Kommissionen der Psychotherapeutenkammer NRW als Videokonferenzen durchgeführt werden oder einzelne Teilnehmer per Video- oder Audio-Konferenzsystem an einer Ausschuss- oder Kommissionssitzung teilnehmen.“
2. Abschnitt B. II. Satz 6 wird gestrichen.

Artikel II

Diese Änderung tritt am Tag nach ihrer Bekanntgabe im Mitteilungsblatt der Kammer (Psychotherapeutenjournal) in Kraft.

Die vorstehende Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW wird hiermit ausgefertigt.

Düsseldorf, den 3. November 2020

gez. Gerhard Höhner
Präsident der Psychotherapeutenkammer
NRW

Auslage Haushaltsplan 2021

Der Haushaltsplan 2021 kann vom 11. bis 22. Januar 2021 zu den üblichen Öffnungszeiten in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/52 28 47-0
Fax: 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

OPK-Kammerversammlung tagt unter besonderen Vorzeichen

Am 9. und 10. Oktober 2020 tagte die OPK-Kammerversammlung zu ihrer 28. Sitzung – diesmal im sächsischen Wasserschloss Klaffenbach. Nachdem die Frühjahrssitzung ausgefallen war und zwischenzeitlich eine Online-Sondersitzung einberufen wurde, konnten wichtige Kammerthemen nunmehr live beraten und Wegweisendes beschlossen werden.

Kammerarbeit im Zeichen von Corona

Es passte gut, dass der Vorstand am ersten Sitzungstag seine Arbeit im Zeichen der Coronavirus-Pandemie skizzierte. Er schilderte die veranlassten Maßnahmen und Schritte im Rahmen der Coronavirus-Pandemie, die intensive Kommunikation mit Mitgliedern, den fünf Landessozialministerien und Kassenärztlichen Vereinigungen. Auf die Kammer kamen zahlreiche Fragen zu. Es galt, Antworten zu finden, in fünf Bundesländern mit den verantwortlichen Entscheidern zu beraten und Lösungen zu finden. Von der Systemrelevanz bis hin zur Maskenpflicht, von der Gruppentherapie bis hin zum Umgang mit der Kindernotbetreuung. Geschäftsstelle und Vorstand erhielten für die Arbeit in dieser Zeit überwiegend positive, aber auch einige kritische Rückmeldungen.

Weichen für die Finanzen gestellt

Im Mittelpunkt des ersten Tages standen aber auch Finanzfragen. So wurden der Rechenschaftsbericht des Jahres 2019 und der Wirtschaftsplan 2021 beraten.

Bei Enthaltung der Vorstandsmitglieder entlasteten alle weiteren 25 anwesen-

den Kammerversammlungsmitglieder den Vorstand für das abgelaufene Geschäftsjahr. Nach einer sich anschließenden, diszipliniert geführten und offenen Diskussionsrunde, wurden die Leitlinien der Wirtschaftsplanung beraten und anschließend einstimmig beschlossen. Dies sollte keineswegs als selbstverständlich angesehen werden, weist der Plan 2021 doch eine weitreichende, aber durchweg begründbare Kostenentwicklung gerade im Bereich des Personals und der Geschäftsstelle aus.

Anfang 2021 zieht die OPK um

Anlass und Hintergrund erhöhter Kosten ist unter anderem der Umzug der OPK. Ab Februar 2021 wird die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer in neuen Geschäftsräumen firmieren. Die neue Geschäftsstelle befindet sich in der Goyastraße 2d, 04105 Leipzig. Postalisch und (fern-)mündlich ist die OPK dort ab dem 1. Februar 2021 erreichbar. Im Januar kann es daher zu einer eingeschränkten Erreichbarkeit kommen.

Neue Weiterbildung und Kammerstruktur

Mit dem neuen PsychThGAusbRefG ergeben sich für die Kammer weitreichende strukturelle Veränderungen. Nun gibt es neben PP und KJP einen dritten psychotherapeutischen Beruf, die nach neuem Recht approbierten Psychotherapeutinnen. Die Kammerversammlung diskutierte über Möglichkeiten, wie die drei Berufe in den OPK-Strukturen zukünftig vertreten sein sollen. Ziel sollte es sein, neue Mitglieder vollständig einzubinden und zugleich bewährte

Strukturen zu bewahren. In der Diskussion wurde mehrheitlich gefordert, die Tätigkeitsfelder der Psychotherapie bei Erwachsenen und der bei Kindern und Jugendlichen jeweils angemessen zu repräsentieren. Wie die Wahlordnung und die Hauptsatzung der OPK dafür verändert werden sollen, wird bis zur nächsten Kammerversammlung im Frühjahr 2021 entworfen.

Von großer praktischer Bedeutung für die nach neuem Recht approbierten Kammermitglieder wird die Weiterbildungsordnung sein. Auf Bundesebene wird gerade intensiv an der Musterweiterbildungsordnung gearbeitet. Nach gegenwärtiger Planung soll die Musterweiterbildungsordnung im Frühjahr 2021 auf Bundesebene beschlossen werden und Anfang 2022 in Kraft treten. Anschließend ist es Aufgabe der OPK, ihre Weiterbildungsordnung entsprechend neu zu fassen. Vermutlich werden schon 2022 die ersten Absolventinnen neuer Studiengänge ihre psychotherapeutische Approbation erhalten und anschließend mit der Weiterbildung beginnen.

Fortbildungsordnung angepasst

Für die derzeitigen Kammermitglieder wurde die Fortbildungsordnung überarbeitet und an aktuelle sozial- und berufsrechtliche Entwicklungen angepasst. Die Änderungssatzung kann ab sofort auf der OPK-Homepage unter der Rubrik Amtliche Bekanntmachungen abgerufen werden.

Der Vorstand und der Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung stellten gemeinsam die Inhalte dar. Nach den Erfahrungen der vergangenen Monate

und zahlreichen ausgefallenen Veranstaltungen traf die Kammerversammlung den wegweisenden Beschluss, die Nachweispflicht anzupassen und neue Möglichkeiten zu schaffen, seine Fortbildungspunktzahl zu erreichen. Nunmehr können unsere Mitglieder sich ab dem kommenden Jahr 100 statt 50 Punkte über mediengestützte Fortbildung mit Lernerfolgskontrolle anrechnen lassen. Zudem ist der individuelle Fortbildungspunktfumfang jetzt nur noch durch eigenen Antrag oder auf Verlangen der Kammer nachzuweisen.

Berufsordnung ergänzt

Zusammen mit dem Ausschuss für Berufsordnung und Berufsethik hatte der

Vorstand Änderungen der OPK-Berufsordnung vorgeschlagen. Es war ihnen ein Anliegen klarzustellen, dass Psychotherapeutinnen zum Zwecke der diagnostischen Verdachtsabklärung und zur Aufklärung den anfänglichen Patientenkontakt mit nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen auch dann vornehmen dürfen, wenn nur eine Sorgeberechtigte den Erstkontakt veranlasst hat.

Ferner ist der Einsatz moderner Kommunikationsmittel in der Behandlung als Ergänzung und im Einzelfall auch statt der bewährten Präsenztherapie von Patientinnen möglich. Die Änderungsvorschläge wurden jeweils mit großer Mehrheit angenommen.

Hoffnung auf weitere Präsenzsitzungen

Die Kammerversammlung schloss mit der Erkenntnis, dass eine Präsenzsitzung nicht eins zu eins durch eine Online-Sitzung zu ersetzen ist. Direkte Begegnungen und persönliche Gespräche ermöglichen lebendigere Interaktionen, den persönlich-kollegialen Austausch und kreativere Lösungen.

In diesem Sinne hofften alle Kammer-versammlungsmitglieder, möglichst bald zu dem üblichen OPK-Turnus mit zwei Präsenzveranstaltungen des höchsten Organs zurückkehren zu können. Planmäßig finden diese am 9./10. April 2021 in Rostock sowie am 8./9. Oktober 2021 in Neukirchen/Pleiße statt.

Gregor Peikert und Jens Metge

Welche Patientin braucht wann wie viel Psychotherapie? – OPK-Vorstand ging per Livestream mit Mitgliedern in interaktive Falldiskussion

Dienstagnachmittag im September im Riverboat in Leipzig: Scheinwerferlicht, drei Kameras suchen ihre Einstellungen, Mikrofone werden drapiert, in der Maske wird frisiert und zurechtgemacht. Die OPK-Vorstandsmitglieder haben Lampenfieber. In wenigen Minuten sind sie live auf Sendung im Livestream zu OPK internetaktiv. Jede Sequenz ist minutiös vorbereitet. Monate vorher wurden sechs Patientenfälle mit Schauspielerinnen und „echten“ Psychotherapeutinnen gedreht. Es wurde Technik ausgeklügelt, wie die OPK-Mitglieder in eine aktive Diskussion gebracht werden und über die Fälle abstimmen können. An diesem Dienstagabend findet eine nahezu einjährige Vorbereitung eines neuen Veranstaltungsformates seine Uraufführung. An die 550 Zuschauerinnen sind live dabei, chatten, geben ihre Fragen in die Diskussionsrunde, werfen ganz neue Fragen auf und sind begeistert.

Drei Patientenfälle werden in der Sendung gezeigt: ein KJP-Fall mit einem 8-jährigen Jungen, der wegen Beschimpfung seiner Lehrerin vom Unterricht suspendiert wurde. Dann der



Im Livestream aus dem Leipziger Riverboat: Patientenfälle im Video vorgestellt und diskutiert. Foto: Dr. Jens Metge

eines 28-jährigen Mannes, der mit seiner schwangeren Lebensgefährtin in einer Wohngruppe lebt, leicht intelligenzgemindert ist und wegen vermehrt aggressiven Verhaltens dort auffiel. Der „Wunsch- und Wahlfilm“ des Pu-

blikums war der Fall einer 54-jährigen Patientin, die frühverrentet seit zehn Jahren aufgrund rezidivierender depressiver Episoden in Psychotherapie ist, nun bei einer neuen Psychotherapeutin vorstellig wird und eine weitere Be-

handlung einfordert. Die Realitätsnähe und Relevanz der Fälle zeigt sich auch in den Chats der Zuschauerinnen:

Zu Fall 1: „Ich finde schon, dass bei dem Jungen eine emotionale Problematik zugrunde liegen könnte. Ich bin auch für eine ausführliche Diagnostik. Der Vater scheint ja auch häufig abwesend zu sein. Es wäre wirklich spannend, was der Junge sagen würde, sonst kann man nur mutmaßen.“; „Mutter unkonkret schambesetzt, Vater wenig an der Erziehung beteiligt. Es ist davon auszugehen, dass es gehäuft Vorfälle in der Schule gab, bevor eine Suspendierung ausgesprochen wird.“; „Nur, weil die Schule hilflos ist und nur weil die Eltern unterschiedliche Stile und Abwehrmuster haben, soll das Kind in Therapie???“; „Für mich erstmal klassischer Fall für die Erziehungsberatung. Man könnte die Schule auch viel besser einbinden.“

Zu Fall 2: „Psychotherapie bei Intelligenzminderung – ganz wenig ambulante Angebote für eine große Gruppe von Patienten.“; „Intelligenzminderung – ein Patientenkontext, auf welches man in der Ausbildung nur unzureichend vorbereitet wird, höchstens durch Erfahrungen im stationären Alltag. Aber auch

dann ist es eher learning by doing anstatt fundiertes Wissen.“; „Es besteht zwar eine krankheitswertige Störung, aber keine Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation. Deshalb würde ich eher ablehnen.“; „Kann nicht auch der Aufbau der Therapiemotivation Teil der Therapie sein?“

Zu Fall 3: „Es ist doch auffallend, wie sehr forderndes Verhalten doch allgemein Abwehr auslöst. Ich finde hier den Vorschlag von Frau Dr. Wonneberger über eine KZT die Abnabelung zu besprechen und die Endlichkeit von Therapie sehr gut. Hier konnte ganz offenbar ein wesentlicher Aspekt der Therapie nicht hinlänglich bearbeitet werden.“; „Egal wie – so eine Patientin wird sich schon ihre Psychotherapie holen. Zur Not über einen S-Versuch und dramatischste Einweisung in eine psychiatrische Abteilung. Regression pur.“; „Mich macht die fordernde Art der Patientin und ihre Ausnutzung des Systems dezent wütend, ich wäre definitiv keine geeignete Therapeutin.“

Die Sendung auch zum Nachschauen für Sie

Die drei ungezeigten Fälle wird die OPK in weiteren Fortbildungsveranstaltungen

zur Therapieindikation 2021 vorstellen und zur Diskussion in die Mitgliedschaft geben. Außerdem kann eine Aufzeichnung der Sendung auch noch im Nachgang gesehen werden. Interessierte erhalten auf Nachfrage unter der Adresse <https://opk-info.de/fortbildungen/aufzeichnung-opk-internetaktiv/> einen Link zum Herunterladen der Aufzeichnung der Sendung. Fortbildungspunkte gibt es auf das Nachschauen allerdings nicht.

Zum Schluss noch einige Zuschauermeinungen zu „OPK internetaktiv“: „Ich als Mama dreier kleiner Kinder würde mich auch freuen, häufiger so ein Format erleben zu dürfen. Vielen lieben Dank.“; „Bitte die anderen Fälle auch noch behandeln...!“; „Superspannendes und wunderbar aufbereitetes Format. Vielen Dank.“; „Bedarf an solchen Veranstaltungen ist enorm!“; „Dieses Format ist sehr schön. Das könnte man doch auch für Behandlungsverläufe nutzen, also ein Störungsbild und daran z. B. CBASP usw. durchexerzieren.“; „Gerne wieder eine Veranstaltung in diesem Format – mit den restlichen Fällen bitte!“

Regionale Workshops im virtuellen Raum – „OPK vor Ort“ in diesem Jahr ganz anders

Auch in diesem Herbst empfing der Vorstand die Mitglieder, um über allgemeine und regional-spezifische gesundheits- und berufspolitischen Entwicklungen zu informieren und zu diskutieren. Dieses Mal fanden die Veranstaltungen nicht wie gewohnt in den fünf Bundesländern statt, sondern im virtuellen Raum, als Online-Workshops. Insgesamt nahmen rund 400 Interessierte an den fünf Veranstaltungen teil.

Bei den Workshops fand ein reger Erfahrungsaustausch über die Auswirkungen

der mit der COVID19-Pandemie einhergehenden Beschränkungen und Auflagen auf die psychotherapeutische und auch berufspolitische Arbeit statt.

Thematischer Fokus waren außerdem aktuelle Themen aus der psychotherapeutischen Versorgung. Vor allem die Regelungen zur Personalausstattung im Krankenhaus wie auch die Reform der Qualitätssicherung stießen auf reges Interesse. Auch zeigte sich großer Redebedarf bezüglich der Auswirkungen und Chancen der Ausbildungs-

reform, vor allem im stationären Bereich.

Erstmals konnte die OPK durch die regionalen Workshops viele Erfahrungen in einem solchen Veranstaltungsformat sammeln. Für den bevorstehenden Winter werden wir uns vielen fachlichen Themen in Online-Fortbildungen widmen und Ihnen anbieten. Alle Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter www.opk-info.de/fortbildungen/kalender/.

Gespräche in den Wissenschaftsministerien der OPK-Länder

Im Sommer dieses Jahres hat sich die OPK schriftlich an die jeweils zuständigen Wissenschaftsministerinnen in ihren fünf Bundesländern gewandt. In den Jahren vor der Reform der Psychotherapeutenausbildung war die Zusammenarbeit mit zuständigen Ministerien für die Hochschulen nicht gegeben. Ziel ist es, dies zu ändern.

Die OPK war im Land Brandenburg zu einer Arbeitsgruppe zwischen Wissenschafts- und Sozialministerium eingeladen. Hauptbestandteil des Gespräches war die Umsetzung des neuen Studiums in Brandenburg. Brandenburg hat durch zwei private Hochschulen eine Sondersituation. Eine der privaten Hochschulen hat bereits mit diesem Wintersemester die ersten Masterstudentinnen aufgenommen, so dass es die ersten Absolventinnen im Gebiet der OPK im Jahr 2022 geben wird. Die staatliche Universität in Potsdam plant einen Start des Masterstudiengangs zum WS

2022/23. Klar wurde aber auch, dass vonseiten der OPK die qualitative Ausgestaltung der Studiengänge weiter beobachtet wird.

Noch nicht ganz so weit ist das Land Sachsen-Anhalt. Hier ist an der Universität Magdeburg zum Wintersemester der erste polyvalente Bachelorstudiengang gestartet. An keinem der beiden Universitätsstandorte gibt es einen Masterstudiengang. Neben der Qualität spielte auch die Quantität in den Gesprächen eine Rolle. Die psychotherapeutische Versorgung im Gebiet der OPK ist stark von ländlichen Räumen geprägt. Um die Versorgung zu sichern, ist es umso wichtiger, dass genügend Psychotherapeutinnen im eigenen Land ausgebildet werden. Im Land Brandenburg wurde klar, dass es genügend Studienplätze geben wird, in Sachsen-Anhalt lässt sich dies noch nicht abschließend bewerten. In beiden Gesprächen wurde vereinbart, den begonnenen Austausch fortzusetzen. Für

die anderen drei Länder sind ebenfalls Gespräche geplant.

Gremium nach §90a SGB V in Sachsen

Nach sieben Jahren des steten politischen Bemühens, als beratendes Mitglied in das Gremium nach § 90a SGB V aufgenommen zu werden, waren diese Bestrebungen im Sommer dieses Jahres von Erfolg gekrönt. Nach Brandenburg und Sachsen-Anhalt ist es gelungen, im dritten Bundesland aktiv an der medizinischen und vor allem sektorenübergreifenden Versorgung beteiligt zu sein. Mit der Aufnahme der OPK wird endlich auch in Sachsen in diesem Kontext nicht nur die ärztliche Versorgung diskutiert, sondern auch die psychotherapeutische. Das Gremium nach §90a SGB V in Sachsen treibt vor allem Projekte der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum voran. Wir freuen uns, hier mit unserer Expertise beratend zur Seite zu stehen.

Umzug der Geschäftsstelle im Januar 2021

Wir möchten Sie informieren, dass die OPK-Geschäftsstelle ab dem 1. Februar 2021 unter einer neuen Adresse zu erreichen ist. Diese wird in der Goyastaße 2d, 04105 Leipzig sein. Alle anderen Kontakte in die Geschäftsstelle über Telefon, Fax, E-Mail bleiben gleich.

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 Corona-Pandemie prägt unseren Alltag und unsere Arbeit weiterhin. Mit der zweiten Welle, der Dauer der Belastung, dem Hinzukommen von Herbst und Winter, den unklaren Aussichten, den anhaltenden sozialen Einschränkungen und den beruflichen und finanziellen Belastungen wird die Pandemie für viele Menschen auch zu einer erheblichen psychischen Belastung. Dies gilt vor allem für Menschen, die schon zuvor psychisch krank oder belastet waren, es gilt für junge Menschen, für Alleinstehende, für Menschen, die zu den Risikogruppen gehören, und auch für die diejenigen, die in den Kliniken in der Akutversorgung von COVID-19-Patientinnen arbeiten. Hinzu kommen die anhaltenden Sorgen um die eigene Gesundheit und die der eigenen Familie und Freundinnen.

Unsere Berufsgruppe hat es geschafft, durch die bemerkenswert schnelle Umstellung auf videogestützte Psychotherapie die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufrecht zu erhalten. Wir werden auch gefordert sein, wenn die psychische Belastung der Bevölkerung signifikant zunehmen sollte bzw. Langzeitfolgen von COVID-19 sich auch psychisch und neuropsychologisch zeigen. Gleichzeitig sind wir ja auch selbst von dieser Pandemie betroffen in unserem Lebensalltag, sodass eine gute Selbstfürsorge und ein guter Umgang miteinander noch wichtiger geworden sind.

Dieses eigene Betroffensein wird sich mit der Verschärfung der Klimakrise weiter fortsetzen. Es ist auch deshalb aus unserer Sicht richtig, dass sich unser Berufsstand wieder stärker als in den letzten Jahren zu gesellschaftspolitischen Entwicklungen äußert, wenn diese erheblichen Einfluss nehmen auf die psychische Gesundheit der Menschen. Nicht nur die Psychologie mit ihren Spezialgebieten wie Umwelt- und Sozialpsy-



Sabine Maur, Präsidentin der LPK RLP

chologie, sondern auch wir als Expertinnen für psychische Erkrankungen sind gefordert, nicht nur psychotherapeutisch auf individueller Ebene zu helfen, sondern auch krankmachenden sozialen Entwicklungen mit unseren Möglichkeiten vorzubeugen. Nicht umsonst gehen wir von einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis aus. Zu den wichtigen sozialen Aspekten gehören neben Corona und Klimakrise natürlich unter anderem auch Armut, Arbeitslosigkeit, Krieg, Verfolgung und Flucht, Gewalt, Diskriminierung und Minoritätenstress. Die Stimme unseres Berufsstands sollte deshalb in Politik und Gesellschaft hörbar sein, wenn es um die psychische Gesundheit geht.

Es grüßt Sie herzlich

Sabine Maur
Präsidentin der LPK RLP

Vertreterversammlung fordert: Finanzierung Masterstudiengänge sichern!

In einer Resolution fordert die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz die zuständigen Ministerien auf, zeitnah die nötigen finanziellen Mittel zuzusagen, damit die Planung und Umsetzung der Masterstudiengänge Psychotherapie rechtzeitig erfolgen können. In einer

zweiten Resolution ruft sie die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen auf, zur Unterstützung psychisch kranker Menschen auch Akutbehandlungen per Video zuzulassen. Beide Resolutionen finden Sie zum Download auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de

unter Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP. Bei ihrer Sitzung am 31. Oktober 2020 hat die Vertreterversammlung der LPK RLP nicht nur Resolutionen verabschiedet, sondern auch mehrere Satzungsänderungen sowie den Haushaltsplan 2021 und den Regelbeitrag 2021 beschlossen.

Gesundheitsministerin überreicht Bundesverdienstkreuze für Dr. Andrea Benecke und Prof. Dr. Wilma Funke

Sabine Bätzing-Lichtenthäler, die rheinland-pfälzische Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, hat am 3. September 2020 Frau Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, und Kammermitglied Frau Prof. Dr. Wilma Funke das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland überreicht. Der Bundespräsident hatte die beiden Psychotherapeutinnen auf Antrag der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz mit der Auszeichnung geehrt.

In ihrer Laudatio lobte die Ministerin das „unermüdliche ehrenamtliche und gesellschaftliche Engagement“ von Frau Dr. Benecke, durch das sie sich „herausragende Verdienste um die professionelle Versorgung für Menschen mit psychischen und somatischen Störungen erworben habe“. Frau Bätzing-Lichtenthäler hob außerdem die gute und konstruktive Zusammenarbeit in verschiedenen gesundheitspolitischen Gremien zwischen ihrem Ministerium und Frau Dr. Benecke hervor: „Meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ich haben Sie als eine Frau kennengelernt, die sich sehr engagiert für die gute psychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz einsetzt“, sagte sie.

Kammermitglied Frau Prof. Dr. Wilma Funke erhielt das Verdienstkreuz am



Dr. Andrea Benecke, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Prof. Dr. Wilma Funke (Foto: MSAGD)

Bande, weil sie sich seit vielen Jahren ehrenamtlich sowie im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in der Suchtbehandlung und Suchtforschung auf Landes- und Bundesebene engagiert. In ihrer Laudatio lobte die Ministerin das besonders hohe fachliche, aber auch staatsbürgerliche, ehrenamtliche und soziale Engagement von Frau Prof. Dr. Funke.

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz gratuliert Frau Dr. Ben-

ecke und Frau Prof. Dr. Funke sehr herzlich und freut sich mit den beiden über die Auszeichnung, die auch eine besondere Ehrung und Anerkennung des Berufsstandes der Psychologischen Psychotherapeutinnen darstellt. Mit der Auszeichnung dieser beiden Psychotherapeutinnen wird in besonderem Maße der Stellenwert des Engagements für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch den Bundespräsidenten gewürdigt.

Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychotherapie: Vernetzung zentral, um Versorgung zu verbessern

Um die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung sicherzustellen, ist die Vernetzung aller an der Behandlung dieser besonderen Patientengruppe beteiligten Akteurinnen von zentraler Bedeutung. Dies machte Ulrich Bestle, Mitglied des Vorstandes der Landespsychotherapeutenkammer RLP deutlich, als er die

Ergebnisse einer Mitgliederumfrage der Kammer vorstellte. Neben dem Aufbau vor allem regionaler Netzwerke nannte Herr Bestle die Reduzierung von Berührungängsten und dadurch mehr Inklusion und Diversität als wichtige Ziele, um die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern. Da viele der Befragten angaben, keine

Anfragen dieser Patientengruppe zu haben, erscheint es besonders wichtig, alle Akteurinnen, die mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten, über die Versorgungsstrukturen und Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung aufzuklären. Zudem müssten koordinierende Tätigkeiten und komplexe Behandlungen besser vergü-

tet werden. Wichtig sei außerdem, das Thema „Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung“ auch in Aus- und Weiterbildung zu verankern.

Im Februar dieses Jahres wurden die ambulant tätigen Kammermitglieder zum Thema „Psychotherapie und geistige Behinderung“ befragt. Gemeinsam mit der Beratungsstelle „Liebelle“ – einer Beratungs-, Forschungs- und Bildungsstätte zum Thema Sexualität und geistige Behinderung – hatte die Kammer einen Online-Fragebogen entwickelt, um einen Überblick über die aktuelle Versorgungslage zu erhalten. Für Menschen mit einer Intelligenzmindering (Lernbehinderung oder geistige Behinderung) ist aufgrund der sozialen, emotionalen und kognitiven Barrieren das Risiko, an einer psychischen Erkrank-

ung zu leiden, erhöht. Bei der Umfrage wurde unter anderem erhoben, inwiefern psychotherapeutische Behandlungen bei Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt werden und wenn nicht, warum dies bisher noch nicht vorkam. Durch die Umfrage sollten mögliche Hürden auf dem Weg zu einem Therapieplatz für diesen Personenkreis identifiziert werden. Eine Zusammenfassung der Umfrageergebnisse finden Sie auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de unter Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.

Die Ergebnisse der Umfrage stellte Herr Bestle im Rahmen eines Web-Seminar mit dem Titel „Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychotherapie“ vor, das die LPK RLP am 14. Oktober 2020 durchgeführt hat. Anschließend

gab die Referentin Katrin Schwibinger Einblicke in die psychotherapeutische Arbeit bei Menschen mit Intelligenzmindering. Die Psychologische Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche und Diplom-Pädagogin ist psychologische Beraterin in der oben bereits erwähnten Beratungs-, Forschungs- und Bildungsstätte „Liebelle“. Sie sprach über Chancen und Grenzen der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung sowie „Schranken im Kopf“, thematisierte Besonderheiten in der Psychodiagnostik und gab methodischen Input. Dass das Interesse an diesem Themenfeld groß ist, zeigte die rege Beteiligung an der Umfrage und an dem Web-Seminar, bei dem die Möglichkeit, Fragen zu stellen, gern genutzt wurde.

Gemeinsam durch die Pandemie: Landesregierung bezieht Expertise der Psychotherapeutinnen ein

Die Landespsychotherapeutenkammer setzt sich an der Seite der rheinland-pfälzischen Landesregierung und der anderen Partnerinnen des Corona-Bündnisses Rheinland-Pfalz für eine gemeinsame Strategie im Umgang mit der Pandemie und ihren Folgen ein. Das Corona-Bündnis ist ein breiter gesellschaftlicher Zusammenschluss verschiedener Verbände, Organisationen und Institutionen des Landes, das im April dieses Jahres von Ministerpräsidentin Malu Dreyer ins Leben gerufen wurde. Das Bündnis versteht sich als Gesprächsforum, das Gelegenheit zum Austausch der Partnerinnen untereinander und mit der Landesregierung bietet. Dieser stetige Austausch soll dazu dienen, sich auf einen gemeinsamen Weg durch die Krise zu verständigen. Bei der dritten Sitzung des Bündnisses am 26. Oktober unterzeichneten die Partnerinnen ein Memorandum of Understanding, in dem sie sich zu den Zielen des Bündnisses und einem gemeinsamen Vorgehen in der Pandemie bekennen. Die LPK begrüßt, dass auch die Expertise der Psychotherapeutinnen in der Krise gehört wird und steht fest hinter den im Memorandum genannten Zielen.



Signatur der Kammerpräsidentin unter dem Memorandum of Understanding

Bereits am 11. September 2020 hat Kammerpräsidentin Sabine Maur im Rahmen einer Expertenanhörung vor der Enquete-Kommission „Corona-Pandemie“ des Landtags gesprochen und dort über die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen der Menschen sowie die psychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz Auskunft gegeben. Die Enquete-Kommission hat der Landtag Rheinland-Pfalz am 27. Mai 2020 eingesetzt, um sich mit den aktuellen Entwicklungen bezüglich des Coronavirus in Rheinland-Pfalz und den aus der gegenwärtigen Pandemie zu ziehen-

den Konsequenzen zu beschäftigen. Die Sitzung der Kommission, zu der die Kammerpräsidentin geladen wurde, befasste sich mit dem Thema „Aktueller Forschungsstand der Wissenschaft“. Die Landtagsfraktionen hatten Leitfragen für die Anhörung eingebracht, beispielsweise nach drängenden Forschungsfragen, die die Corona-Pandemie für die jeweilige Profession aufwirft, welche gesellschaftlichen Veränderungen durch die Pandemie beobachtet werden und welche Erkenntnisse die wissenschaftliche Forschung zu den Auswirkungen der Pandemie bereits sammeln konnte. Die Präsentation der Präsidentin finden Sie auf unserer Homepage unter Aktuelles / Aktuelle Informationen der LPK RLP.



Der Landtag hat eine Enquete-Kommission „Corona-Pandemie“ eingesetzt (Fotolia)

Bekanntmachungen der LPK RLP: Satzungsänderungen und Beitrag 2021

Aufgrund der Änderung der Hauptsatzung werden die Satzungsänderungen sowie sonstige öffentliche Bekanntmachungen **zum letzten Mal** an dieser Stelle bekannt gegeben. Zukünftig erfolgen die Bekanntmachungen ausschließlich über unsere Homepage www.lpk-rlp.de unter Aktuelles / Bekanntmachungen der LPK RLP.

Änderung der Hauptsatzung

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 31.10.2020 eine Änderung der Hauptsatzung der Landespsychotherapeutenkammer vom 09.11.2015 beschlossen. Die Änderung ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 11.11.2020 mit Az.: 3126-0006#2020/0012-06016310.0002 genehmigt worden. Gemäß § 1 Abs. 5 S. 2 und 3 der Hauptsatzung stellt die Kammer die Änderungssatzung ab sofort auf der Internetseite bereit.

Aufhebung der Haushalts- und Kassenordnung

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 31.10.2020 die Aufhebung der Haushalts- und Kassenordnung vom 21.05.2014 beschlossen. Dies ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 11.11.2020 mit Az.: 3126-0006#2020/0010-06016310.0003 genehmigt worden. Gemäß § 1 Abs. 5 S. 2 und 3 der Hauptsatzung stellt die Kammer die Aufhebungssatzung ab sofort auf der Internetseite bereit.

Änderung der Meldeordnung

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 31.10.2020 eine Änderung der Meldeordnung der Landespsychotherapeutenkammer vom 14.12.2015 beschlossen. Die Änderung ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 11.11.2020 mit Az.: 3126-0006#2020/0008-06016310.0002 genehmigt worden. Gemäß

§ 1 Abs. 5 S. 2 und 3 der Hauptsatzung stellt die Kammer die Änderungssatzung ab sofort auf der Internetseite bereit.

Bitte beachten: Ab 01.01.2021 wird die Meldeordnung dahingehend geändert, dass Kammermitglieder **verpflichtet** sind, der LPK RLP eine gültige und personalisierte E-Mail-Adresse zu nennen, die zur Korrespondenz genutzt wird. Sollten Sie der Kammer Ihre E-Mail-Adresse noch nicht mitgeteilt haben, holen Sie dies bitte nach (per Post oder per E-Mail an: mitgliederverwaltung@lpk-rlp.de)!

Änderung der Weiterbildungsordnung

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 31.10.2020 eine zweite Änderung der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer in der Fassung vom 13.06.2018 beschlossen. Die Änderung ist vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie am 11.11.2020 mit Az.: 3126-0006#2020/0013-06016310.0002 genehmigt worden. Gemäß § 1 Abs. 5 S. 2 und 3 der Hauptsatzung stellt die Kammer die Änderungssatzung ab sofort auf der Internetseite bereit.

Beitrag 2021

Aufgrund von § 2 Abs. 4 Satz 1 der Beitragsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat die Vertreterversammlung am 31.10.2020 beschlossen, die Höhe des Regelbeitrages für das Jahr 2021 auf 540,00 Euro festzusetzen. Die Höhe des Regelbeitrages wird hiermit öffentlich bekannt gemacht.



Frohe Weihnachten!

(iStock/smileus)

Der Vorstand und die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wünschen allen Mitgliedern und Kolleginnen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr!

Geschäftsstelle

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055-0
Fax: 06131/93055-20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Erfahrungen mit Videobehandlungen

Mitglieder berichten

Die Corona-Pandemie stellte uns alle vor die Frage, wie wir die Kontakte zu unseren Patientinnen und damit deren psychotherapeutische Versorgung aufrechterhalten können. Da

viele Patientinnen sonst nicht erreichbar gewesen wären, boten Psychotherapeutinnen Videobehandlungen an. In den folgenden Berichten lesen Sie die Erfahrungen von Kammermitgliedern über Nutzen und Grenzen dieser

Fernbehandlung. Die Berichte sollen mithelfen, die gesundheitspolitische Diskussion über Videobehandlung auch nach der Corona-Pandemie fortzusetzen.

Susanne Münnich-Hessel

Interview mit Petra Engel: „Es fehlt der intime Raum“

Frau Engel, was hat Sie bewogen, sich mit Videobehandlung zu beschäftigen?

Die Videobehandlung findet im Rahmen einer bereits langjährig durchgeführten Traumatherapie statt. Der Patient ist nach ca. 3 Jahren in ein anderes Bundesland gezogen, was eine große zeitliche (auch finanzielle) Belastung mit sich brachte, da dadurch ein Fahrtweg von insgesamt mehr als 300 km entstand. Der Patient kommt 1 Mal pro Woche persönlich, 1 Mal findet die Sitzung als Videobehandlung statt, was sowohl der Patient als auch ich aus folgenden Gründen als Einbuße und auch Verlust an Qualität erleben.

Wo liegen denn die Qualitätsverluste?

Es gibt immer wieder technische Probleme wie Verzerrung von Wort und Bild,

Übertragungsabbruch und – besonders unangenehm – zeitlich versetzte Übertragung von Bild und Ton. Es fehlt der intime Raum. Obwohl der Patient alleine in seiner Wohnung ist, vermittelt sich über das Medium eine psychische Distanz, die nicht oder nur schwer zu überbrücken ist, wodurch die Sitzung an Tiefe verliert.

Was ist denn anders als in der Präsenztherapie, die unser Behandlungsstandard ist?

Durch die Bildübertragung ist der Patient viel größer im Bild, wirkt dadurch (mir) näher, was die innere Haltung des distanzierten Zuhörens und der Beschäftigung mit den durch den Patienten angeregten Phantasien und Assoziationen erschwert. Die Videoübertragung vermittelt auch Eindrücke in die

persönliche Lebenswelt des Patienten, die störend und irritierend sind.

Wie würden Sie es abschließend bewerten?

Trotzdem überwiegt die Möglichkeit der regelmäßigen Aufrechterhaltung des 2-stündigen Settings die aufgeführten Nachteile, sodass auch der Patient an dieser Form der Settingänderung festhalten möchte.

Liebe Frau Engel, vielen Dank für das Interview!

Petra Engel arbeitet seit mehr als zehn Jahren in ihrer Privatpraxis für Erwachsene als Psychoanalytikerin und Psychotherapeutin.

Das Interview führte
Susanne Münnich-Hessel

Interview mit Winfried Sutor: „Die Patientinnen machen mit ihren Themen weiter“

Herr Sutor, was hat Sie bewogen, sich mit Videobehandlung zu beschäftigen?

Es gab immer wieder Patientinnen, die im fortgeschrittenen Stadium ihrer Psychotherapie aus beruflichen oder Aus-

bildungsgründen weggezogen (Studentinnen, Arbeitnehmerinnen etc.), am neuen Wohnort keine neue Therapeutin

suchen wollten oder einfach die Wartezeit nicht in Kauf nehmen wollen.

Das hatte mich bereits 2019 bewogen, den Antrag bei der KV zu stellen. Der wurde bereits im Oktober 2019 zugeteilt, nachdem ich meinen zertifizierten Videodiensteanbieter benannt hatte. Da die saarländische Berufsordnung aber Videobehandlung damals ausschloss – in diesem Fall seltsamerweise hinter den Vorgaben der KV Saarland, der KBV und der BPtK hinterherhinkte – habe ich zunächst noch gezögert.

Damals beim ersten Lockdown war ich natürlich dann froh, dass die technische Ausstattung und die Genehmigung der KV bereits vorlagen und es „wohl begründet“ ist, mit VPT zu behandeln.

Was ist anders als in der Präsenztherapie, unserem psychotherapeutischen Goldstandard?

Ich arbeite inzwischen seit Bestehen der Pandemie ca. 30–40 % über Video mit Patientinnen im Alter von 12 bis 62. Der Kontakt über Video vor allem zu den Patientinnen, die sich bereits in Behandlung bei mir befanden – jung oder alt –, war sehr schnell wieder vertraut und intensiv.

Neu für mich war die Intimität, die sich dadurch ergab, dass ich als Therapeut ja mit meinen Patientinnen in deren räumlicher Umgebung arbeiten konnte (durfte). Das war zunächst einmal eine

bewegende Erfahrung, die mir Respekt und ein vorsichtiges und noch behutsameres Vorgehen nahelegte. Damit hatte ich zu Beginn nicht gerechnet! Natürlich vermisse ich die persönliche, leibhaftige Begegnung. Aber jetzt und in dieser Zeit der Veränderung und Bedrohung sehe ich keinen Nachteil in der Videobehandlung.

Übrigens war die Angst vor Covid-19 in kaum einer Sitzung bisher ein breites Thema. Eher die Veränderungen (Verschlechterungen, aber auch Erleichterungen), die sich z. B. durch soziale Einschränkungen ergeben. Die Patientinnen machen mit ihren Themen weiter. Auch das hat mich zunächst einmal überrascht.

Wie kann man aus Ihrer Sicht technische Probleme vermeiden?

Ich rate zu einer guten technischen Ausstattung (separate Kamera und Lautsprecherboxen) auf Therapeutenseite. Zwar kann man auch über ein Laptop mit Kamera und eingebauten Lautsprechern arbeiten, aber dabei geht meines Erachtens viel Information und Atmosphäre verloren. Dennoch, ich hab's versucht, auch das geht!

Auf Patientenseite reicht sogar Smartphone oder Tablet. Die meisten Patientinnen haben jedoch einen tragbaren PC. Sogar ein Elterngespräch funktioniert ganz gut – für meine KJP-Kolleginnen!

Was ist noch wichtig?

Ich rate dazu, sich einen Videobehandlungsanbieter auszusuchen, der sich darauf spezialisiert hat, einfach, übersichtlich und schnörkellos für Patientinnen und Therapeutinnen eine entsprechende Plattform anzubieten. Und er muss natürlich zertifiziert sein (Verschlüsselung, Datenschutz etc.). Die KV überprüft beim Antrag, ob er diese Bedingungen erfüllt und auf der Liste der KBV erscheint.

Sehr sorgfältig sollte man ein Infoblatt (Wie es funktioniert) und eine Einverständniserklärung mitschicken und sich diese unterschrieben zurückschicken lassen. Das geht gut als vorbereitetes PDF, sogar innerhalb des therapeutischen Chats.

Ich hoffe, ein paar wichtige Fragen zur Videobehandlung beantwortet und die ein oder andere Hemmung abgebaut zu haben.

Herr Sutor, vielen Dank für das Gespräch!

Viel Erfolg also und bleiben Sie gesund, bis wir uns alle miteinander wieder leibhaftig begegnen dürfen!

Winfried Sutor ist Psychologischer Psychotherapeut (PP und KJP) in Saarbrücken

Das Interview führte
Susanne Münnich-Hessel

Ein Erfahrungsbericht von Uwe Weiler: „Videobehandlung – Psychotherapie ... seelische Hilfe auf App-Niveau?“

Der persönliche Kontakt zwischen Patientinnen und Therapeutinnen ist durch nichts zu ersetzen. Auswirkungen der Corona-Krise auf die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, (m)ein Erfahrungsbericht aus tiefenpsychologischer Sicht eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

Die rasante Entwicklung dieser Krise geschah mit einer unglaublichen Geschwindigkeit. Anfangs noch ein etwas belächeltes Auslassen der Begrüßung

per Händedruck und wenig Sorge, dass es die uns nun allen bekannten Folgen annehmen könnte, war eine Behandlung per Videotherapie in meiner Praxis bis zu diesem Zeitpunkt nie angedacht oder notwendig, also für mich ein Thema, mit dem ich mich konkret nicht beschäftigen musste.

Als die ersten Patientinnen Termine absagten, weil sie wegen der Quarantänebestimmungen zunehmend unsicher wurden, realisierte ich erst, wie fragil

und empfindsam die Menschen, mit denen ich arbeite, auf die Informationen und Anweisungen reagierten. Nach anfänglich eher zögerlichen politischen Entscheidungen, ob und wie man eine Versorgung auch durchgehend ohne Präsenzkontakt umsetzen könne, entschied ich mich, die technischen Voraussetzungen für eine Videobehandlung zu schaffen.

Es blieben einige Wenige, die bereit waren, per Video weiter zu arbeiten.

Mit den jüngeren Kindern bis ca. neun Jahren ging das in der Regel nur begrenzt. Erforderliche Situationswechsel, wie sie in der Praxis möglich sind, um der teilweise rasch wechselnden Aufmerksamkeit der Kinder gerecht zu werden, sind nicht möglich. Therapiematerialien die oft im direkten Kontakt eine wesentliche Rolle spielen, sind nicht einsetzbar. Bei den älteren Kindern und Jugendlichen war zudem oft nicht klar, in wieweit sie sich auf schwierige Themen einlassen konnten. Ich hatte den Eindruck, dass es oft Verunsicherungen gab, ob die Eltern oder Geschwister in der Nähe sein könnten und mithören oder Ähnliches. Mir ging

es teilweise genauso und ich merkte, wie mich das im Kontakt mit den Patientinnen einschränkte. Der geschützte therapeutische Raum fehlte gänzlich, auch mir als Therapeut. Zudem schafft der Weg zur und von der Praxis eine wichtige Distanz zum Alltäglichen. Einige Jugendliche verließen zu den Terminen mit ihren Handys die Wohnung, um einen ruhigen Ort zur Videosprechstunde zu finden. Dies bedeutete allerdings teilweise technische Probleme, weil WLAN fehlte und das Datenvolumen bereits nahezu aufgebraucht war.

Alles in allem kann ich sagen, dass mir die verschiedenen Wahrnehmungsebe-

nen und Resonanzphänomene im direkten Kontakt mit den Patientinnen fehlen. Der größte Gewinn dieser Phase für meine psychotherapeutische Arbeit ist es, nochmal aufs Neue den unmittelbaren Kontakt zu den Patientinnen wertschätzen zu können. Die Veränderungen, die diese kritische Zeit für uns alle, gesellschaftlich, politisch und wirtschaftlich mit sich bringen wird, werden auch Auswirkungen auf unsere therapeutische Arbeit haben. In welchem Ausmaß, ist jetzt noch nicht abschätzbar.

Uwe Weiler,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Paartherapeut, Diplom Musiktherapeut KIP Zusatzqualifikation

Silke Wendels: Erfahrungen zur Videobehandlung in der KJ Praxis

Seit März dieses Jahrs sind wir alle mit der Situation um das Corona-Virus und die dazugehörigen Einschränkungen, Verunsicherungen und politischen Entscheidungen konfrontiert und erleben unterschiedliche Auswirkungen auf unsere Arbeit.

Anfangs – allerdings nur zwei Wochen – fanden in unserer Gemeinschaftspraxis kaum Termine statt. Nach zwei Wochen hatte sich dann die Option der Videobehandlung als Möglichkeit des In-Kontakt-Bleibens und so der weiteren therapeutischen Anbindung ohne persönliche Präsenz vor Ort ergeben.

Meine anfänglichen Erfahrungen waren geprägt von technischem Lernen mit den Patientinnen und es zeigte sich in ca. 80 % der Fälle eine gut funktionierende Technik und schnelle Umsetzbarkeit auf beiden Seiten. Für mich persönlich empfand ich es als entlastend, zu den „harten Zeiten“ des Lockdowns dieses Angebot machen zu können. Jedoch bedeutet es eine weitaus anstrengendere Arbeit für mich. Mir fehlen viele wichtige Informationen und der persönliche Kontakt. Augenkontakt kann nicht hergestellt werden und je nach Thematik ist es einfacher für die Kinder und Jugendlichen, sich „aus der Situation zu entfernen“. Für Kinder und Jugendliche aus Wohngruppen, die je nach Einrichtung keinerlei Außenkon-

takte haben durften, hat mich die Bereitschaft und Umsetzung der Videotermine sehr gefreut.

Positiv an dem Setting der Videobehandlung empfand ich die Einblicke in die häuslichen Strukturen. Die Zimmer der Patientinnen wurden präsentiert (oder auch nicht) und die Option, dass mir vieles von Zuhause „gezeigt“ werden konnte, was sonst bei den Terminen in der Praxis in der Form nicht möglich ist oder zumindest weit weniger.

Aber auch weniger „spektakuläre“ Einblicke in die Privaträume der Kinder, Jugendlichen und Familien empfand ich als informativ und manches auch erklärend für Verhaltensweisen oder manche Problematik und Symptomatik.

Wie oben erwähnt, empfand und empfinde ich noch immer diese Form des Kontaktes als anstrengender und kräftezehrender als persönliche Termine. Mein „normales Tagespensum“ von ca. sechs bis acht Therapiestunden war ungleich ermüdender.

Absprachen und Kontakte zu Eltern/Erzieherinnen gestalteten sich einfacher und schneller, sodass ich mir dies als Option für Elterngespräche oder Austausch mit Wohngruppen künftig nach Bedarf und Notwendigkeit vorstellen könnte.

Rückblickend ist/war es wichtig, das Beziehungsangebot in dieser Krisenzeit über die Videooption aufrechterhalten zu können. Der authentische Wunsch nach „echtem Kontakt“ zeigte sich zunehmend und auffallend während der Zeit, in der nur per Video Kontakt gehalten werden konnte. Ebenso die Präferenz der computeraffinen Jugendlichen zum persönlichen Kontakt zeigte für mich deutlich, dass diese („Geübten“) den qualitativen Unterschied von realer menschlicher Begegnung im Kontext therapeutischen Arbeitens differenzieren können und dem „virtuellen“ Kontakt vorziehen.

Therapien nur über dieses Medium zu gestalten, sehe ich kritisch, da mir persönlich zu viele wichtige Signale und Informationen verloren gehen. Als Option zur Aufrechterhaltung der Beziehung und Stabilisierung ist es sicherlich ein Gewinn in diesen Zeiten.

Ich sehe Entwicklungspotenzial hinsichtlich meiner eigenen und generellen Kompetenzen unserer Berufsgruppe im Umgang mit diesem Medium. Auch die Klärung des technischen Zugangs für alle Patientinnen bei u.U. auftauchenden Gegebenheiten, die Videobehandlungen notwendig machen könnten, bleibt ein weiterer wichtiger Punkt bei der Auseinandersetzung mit der Thematik.

Meine persönliche Präferenz und Ausrichtung, dass der echte menschliche Kontakt mit allen dazugehörigen Qualitäten als mein Wirkspektrum im therapeutischen Geschehen funda-

mental wichtig ist, bleibt bestehen. Es wird spannend sein, wie und ob sich dies vereinbaren lässt, und mit welchen Entwicklungen wir konfrontiert werden und wie wir damit umgehen.

Silke Wendels,
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutin

Dr. Ernst Kern: Änderungen im Arbeitsalltag durch Corona in verschiedenen Arbeitsbereichen

Im Rahmen der Covid-Pandemie waren die Kliniken schon früh gehalten, ihre belegten Betten zu reduzieren und sich auf die Behandlung von Notfällen zu konzentrieren. Diese Vorgabe betraf auch die psychiatrischen und psychosomatischen Häuser. Entsprechend musste auch die hiesige Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik die Bettenanzahl deutlich reduzieren (ca. bis zu einem Drittel der Betten blieben unbelegt).

Stationen, die überwiegend elektiv aufnehmen (Psychotherapiestation, Adoleszentenstation) wurden vorübergehend ganz geschlossen. Die Tageskliniken mussten aus Gründen des Infektionsschutzes ihren Betrieb ebenfalls einstellen. Die Aufnahmen konzentrierten sich auf Krisen und akute Fälle über die geschützte Station, elektive Aufnahmen erfolgten nur selten und in Ausnahmefällen, etwa bei akuter Erkrankung, die in absehbarer Zeit eine notfallmäßige stationäre Aufnahme erforderlich gemacht hätte. Die Institut-sambulanz beschränkte sich ebenfalls auf die Notversorgung.

Alle neu aufgenommenen stationären Patientinnen werden direkt getestet und bleiben bis zum Ergebnis in einem Einzelzimmer in Quarantäne. Aktuell (Stand Juli 2020) dürfen sie dann für die Dauer der Therapie das Klinikgelände

nicht mehr verlassen. Besuche sind seit Kurzem und unter strengen Bedingungen für maximal eine Stunde wieder möglich. In den Gebäuden und auf dem Klinikgelände ist neben dem obligatorischen Abstandhalten das Tragen einer Schutzmaske Pflicht. Therapiegruppen werden nur in kleinen Größen (drei bis vier Patientinnen) unter Wahrung des Abstandsgebotes durchgeführt.

Der Einsatz von Videosystemen zur ambulanten Therapie wurde sehr schnell und wirkungsvoll durch die EDV-Abteilung der Klinik unterstützt und wird auch im möglichen Rahmen genutzt.

Speziell für psychiatrische Patientinnen erscheinen mir bestimmte Aspekte der Ferntherapie per Video besonders schwierig. Ein großer Teil der nicht arbeitsfähigen bzw. arbeitslosen Patientinnen verfügt nicht über die für eine videogestützte Therapie erforderliche Ausrüstung (PC, Laptop, Tablet). Einige wollten es auch von vorneherein nicht, möglicherweise aus Scham oder Misstrauen, dass das eigene Zuhause für Außenstehende sichtbar wird. Da viele in sehr beengten Wohnverhältnissen leben, besteht zudem oft auch keine Möglichkeit zu ungestörten Gesprächen in geschützter Privatsphäre, Kinder toben im Hintergrund oder die Partnerin hört mit. Dennoch wurde eine Fernbehandlung eingesetzt, wo immer

es möglich war. Dabei stellte sich die telefonische therapeutische Unterstützung oft als einfacher und robuster dar als die Therapie per Video.

Gerade für sehr belastete Patientinnen (wie sie üblicherweise in der Akutpsychiatrie behandelt werden) bestehen m. E. allerdings deutliche Grenzen bei akuten Krisen, suizidalen Phasen, Traumaprozessen etc., über das Medium Video noch ausreichend für die Patientinnen da sein und sie stützen zu können. Darüber sollte man sich beim Einsetzen dieser Art der therapeutischen Kontaktaufnahme sehr bewusst sein.

Mir persönlich macht mit am meisten zu schaffen, dass es gerade in einer Zeit, in der viele Menschen zusätzlich psychisch belastet sind, so schwer möglich ist, noch mehr nötige und fachlich mögliche therapeutische Hilfe zu geben. Stattdessen erzwingt der Pandemiekontext viele Bedingungen, die den Zugang zu stationärer oder teilstationärer Psychotherapie und ihrer Anwendung erschweren. Wir alle hoffen, dass sich das in absehbarer Zeit wieder ändern wird.

Dr. Ernst Kern,
Leitender Psychologischer
Psychotherapeut
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik, SHG-Kliniken Sonnenberg, Saarbrücken

Redaktion:

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Dr. Pia von Gontard, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Lisa Zender

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/95455-56
Fax: 0681/95455-58
kontakt@ptk-saar
www.ptk-saar.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



am 6. November 2020 fand eine Kammerversammlung erstmals in Form einer Videokonferenz statt. Aufgrund der Corona-Pandemie konnten wir uns nicht in einer Präsenzveranstaltung zusammenfinden. Das wäre eindeutig persönlicher, ja menschlicher gewesen. Der Austausch, das Sich-Kennen-Lernen und so auch normaler Parlamentarismus – übrigens auch Psychotherapie – brauchen und leben von der direkten und leibhaftigen

Begegnung. So wird die Videokonferenz auch zukünftig für viele Bereiche sicherlich die Ausnahme bleiben.

Inzwischen halten wir aufgrund der außergewöhnlichen Lage auch unsere Vorstandssitzungen wieder in Form von Videokonferenzen ab. Selbstverständlich können wir auch mit diesem Format allen Aufgaben und Anforderungen gerecht werden.

Doch lesen Sie selbst. Wir berichten über die Kammerversammlung und die Vorstandsarbeit. Außerdem stellt sich Ihnen das neue PiA-Sprechersteam vor und es gibt einen Kurzbericht vom 37. DPT.

Der Vorstand der PKSH wünscht Ihnen ein schönes Weihnachtsfest und ein besseres neues Jahr!

Einen schönen Gruß

Heiko Borchers
Präsident

Bericht der 54. Kammerversammlung am 6. November 2020

Erstmals Kammerversammlung als Videokonferenz

Die Corona-Pandemie zwang die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, ihre 54. Kammerversammlung Anfang November in Form einer Videokonferenz abzuhalten. Dieses Format war für alle neu, doch es hat geklappt. Lediglich von Abstimmungen über Beschlussvorlagen wurde Abstand genommen. So ging es vornehmlich um Information, Erörterung und Diskussion. Zu Beginn der Versammlung wurde Herrn Wohlfarth gratuliert. Zum 1. Oktober 2020 beging er sein 15-jähriges Jubiläum als Geschäftsführer unserer Psychotherapeutenkammer. In all den Jahren hat er hervorragend für uns gearbeitet, er hat eine sehr gut aufgestellte Geschäftsstelle entstehen lassen und nimmt sich engagiert stets allen anstehenden Aufgaben an. Immer wieder zeigt er sein hervorragendes Können in der Geschäftsführung. Besonders seine Voraussicht auf kommende Herausforderungen schätzen wir sehr an ihm.

Vorstandsarbeit läuft gut

Auf der Kammerversammlung erfolgte zunächst der Bericht des seit Ende August im Amt befindlichen neuen Vorstandes. Nach seiner Wahl hat er die Arbeit zügig aufgenommen. Es wurden viele Termine für die Kammer wahrgenommen und an vielen Sitzungen diverser Gremien haben Vorstandsmitglieder teilgenommen. Der Vorstand arbeitet gut und an der Sache orientiert zusammen. Alle sind sich ihrer Verantwortung bewusst und es herrscht eine offene und freundliche Atmosphäre. Neben dem üblichen Aufgabenspektrum (wie z. B. Beantwortung von Anfragen, Beschwerdemanagement, Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen, Begleitung der Geschäftsstelle) stehen zurzeit die Herausgabe des elektronischen Psychotherapeutenausweises und die Gestaltung der Weiterbildung nach neuer Ausbildung zur Psychotherapeutin im Fokus der Arbeit des Vorstandes.

Versorgungswerk der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Wie meist auf der letzten Kammerversammlung eines Jahres standen auch dieses Mal auf der Tagesordnung die Vorlage und Erörterung des Geschäftsberichtes des Vorjahres sowie die Verwendung des Jahresüberschusses des Versorgungswerkes.

Das Versorgungswerk der PKSH besteht nun seit 15 Jahren und ist versicherungstechnisch gesehen eher eine junge berufsständische Institution zur Altersversorgung. Das Werk ist jedoch durchaus erfolgreich und inzwischen reich an Erfahrungen und an Know-how. Aus dem Aufsichtsausschuss wurde berichtet, dass im März dieses Jahres eine Überarbeitung der aus dem Jahre 2009 stammenden Anlagerichtlinie vollzogen wurde. Vornehmlich ging es darum, Risikoeinstufungen den aktuellen Gegebenheiten anzupassen. So wurden in die neue Anlagerichtlinie des Versorgungswerkes der PKSH weitgehend Einstufungen und Formulierungen aus der vom Bundesministerium für Finanzen erlassenen Anlageverordnung

(AnIV) und aus Mitteilungen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) übernommen. Mit der neuen Richtlinie kann nun mit größerer Flexibilität unter Beibehalt der Beachtung gesetzlich und verordnungspolitisch abgesicherter Kriterien auf den veränderten Geld- und Anlagemarkt reagiert werden.

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes, Herr Dr. Kraus, legte der Versammlung den Geschäftsbericht für das Jahr 2019 dar. Unterstützt wurde er dabei vom Wirtschaftsprüfer, Herrn Dr. Harrie. Es folgte eine erläuternde Aussprache, in der alle Fragen aus dem Kreis der Versammlung zufriedenstellend beantwortet wurden. Das Beitragsaufkommen ist gegenüber dem Vorjahr um rund 16 %

Kammerversammlung hatte der Geschäftsführer der PKSH in enger Zusammenarbeit mit dem Vorstand einen Entwurf für einen Haushalt 2021 erarbeitet. In diesen Entwurf flossen Erfahrungswerte aus vergangenen Jahren, der Ausblick auf absehbare Entwicklungen sowie genaue Kenntnisse von Einnahme- und Ausgabestrukturen der Kammer ein. Hierunter fallen auch die Würdigung von üblichen Gehaltssteigerungen für die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und des Geschäftsführers sowie die Beachtung des stetig zunehmenden Umfangs an Aufgaben, denen die Kammer gegenübersteht. Auch der Umstand allgemeiner Kostensteigerungen (bspw. bei Energie, Miete, Material) von denen, wie sollte es anders sein, auch eine Kammer nicht verschont bleibt, fand Berücksichtigung.

der Finanzausschuss plädierte dafür, Gebühren für die Herausgabebetätigkeit der Kammer bezüglich des elektronischen Psychotherapeutenausweises und für die Teilnahme von Mitgliedern an Fortbildungen der Kammer einzuführen. Im Ergebnis hätte der Vorschlag des Ausschusses durch Auflösung bzw. Verwendung quasi zweckgebundener Rücklagen und durch Einführung von Gebühren geringfügige Beitragssenkungen bewirken können. Es wurde intensiv zu diesem Tagesordnungspunkt diskutiert und argumentiert. Gerade die Einführung von weiteren Gebühren zusätzlich zum bereits jährlich von den Mitgliedern abzuführenden Beitrag war umstritten. Abgestimmt werden konnte auf dieser Versammlung aufgrund des Formates Videokonferenz nicht. Die Abstimmungen hierzu erfolgten im Nachgang im schriftlichen Verfahren.



Videokonferenz der 54. Kammerversammlung

Foto: A. Kühnelt

gestiegen. In demselben Zeitraum konnten gute Erträge aus Kapitalanlagen erwirtschaftet werden. Das Vermögensanlageergebnis liegt trotz der weiter fortdauernden Niedrigzinspolitik über den vom Versicherungsmathematiker vorgegebenen rechnermäßigen Ansätzen. Anträge auf Entlastung der Gremien des Versorgungswerkes für das Geschäftsjahr 2019 wurden gestellt und wurden im Nachgang im schriftlichen Verfahren zur Abstimmung gebracht.

Kammerhaushalt 2021

Sodann kam die Versammlung zum nächsten Tagesordnungspunkt, der Aufstellung eines Haushaltsplanes für das Jahr 2021. Im Vorwege zu der

Durch Sparsamkeit und wohl überlegte Kostenansätze konnte der Vorstand für 2021 einen zwischen Einnahmen und Ausgaben ausgeglichenen Plan vorlegen. Beitragserhöhungen waren nicht notwendig.

Auf der Kammerversammlung wurde anhand eines vom Finanzausschuss vorgelegten Haushaltsplanes diskutiert. Die Unterschiede zwischen dem Plan des Vorstandes und dem des Finanzausschusses wurden dargelegt. Es handelte sich um drei Positionen. Der Vorstand beabsichtigte, eine bereits angesparte Rücklage aus dem Bereich der Mitgliederverwaltung, die nicht mehr benötigt wird, in voller Höhe zu überführen in eine Rücklage für eine notwendige Investition in die digitale Archivierung. Und

Keine Trennung von Fort- und Weiterbildungsausschuss

Obwohl in der vorangegangenen Kammerversammlung große Einigkeit darin bestand, den Fort- und Weiterbildungsausschuss in zwei Ausschüsse aufzuteilen, stieß diese Idee in dem der Versammlung unmittelbar nachfolgenden schriftlichen Umlaufverfahren überraschenderweise auf keine ausreichende Zustimmung. Wie bereits vorab schon erwähnt, konnten auf dieser Kammerversammlung im Videoformat keine Beschlüsse gefasst werden. So muss es zunächst weiter bei einem Gesamtausschuss Fort- und Weiterbildung bleiben. Vorteile hieran sind gegenwärtig nicht mehr zu erkennen. Auch die Anlässe für die Idee einer Aufteilung sind unverändert (siehe Psychotherapeutenjournal 3/2020). Es wäre effektiver und zudem kostengünstiger geworden, wenn jeweils nur ein vierköpfiger Ausschuss zusammenkommen würde und sich dann einerseits ausschließlich und gezielt mit der Thematik Weiterbildung und andererseits effektiv und konzentriert nur mit allen Bereichen der Fortbildung beschäftigt hätte. Dem ist nun zunächst nicht so. Der Vorstand sah davon ab, dieselbe, bereits einmal gescheiterte Beschlussvorlage nun noch einmal zur Abstimmung im schriftlichen

Umlaufverfahren zu stellen. Der Antrag wird erst wieder in einer Präsenzsitzung zur Abstimmung gebracht werden.

Mit einer Vorschau auf die geplanten Termine für die Kammerversammlungen im nächsten Jahr wurde die Ver-

sammlung dann nach gut 3,5 Stunden beendet.

Heiko Borchers, Präsident

Es geht los: Fraktionsübergreifender Vorstand hat die Arbeit aufgenommen

Seit der konstituierenden Kammerversammlung am 21. August 2020 hat die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein einen neuen, erstmals fraktionsübergreifend gebildeten Vorstand.

Vor dem Hintergrund seiner jahrzehntelangen berufspolitischen Erfahrung setzt Heiko Borchers sich als Präsident für die Beachtung, Gleichberechtigung und Gleichstellung unseres Berufsstandes im Gesundheitswesen ein. Er repräsentiert die Kammer nach außen und ist auch für die Zusammenarbeit mit anderen wichtigen Partnerinnen der Gesundheitsversorgung zuständig.

Die Hauptaufgabengebiete von Daniela Herbst als Vizepräsidentin liegen neben der Vertretung des Präsidenten in der Interessensvertretung für angestellte

Kammermitglieder und für Psychotherapeutinnen in Ausbildung. Dabei geht es u. a. auch darum, angestellte Psychotherapeutinnen bei Fragen der „Kariereplanung“ zu unterstützen und die Situation der Psychotherapeutinnen in Ausbildung zu verbessern.

Haluk Mermer ist in besonderem Maße mit den Bereichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und ebenfalls mit den Belangen von (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeutinnen in Ausbildung betraut.

Dagmar Schulz wird sich im Rahmen ihrer Vorstandstätigkeit vor dem Hintergrund ihrer langjährigen beruflichen Tätigkeit als niedergelassene Psychotherapeutin mit den Themen selbstständig tätiger Kammermitglieder und mit

Gleichstellungsaspekten beschäftigen. Sie ist im Vorstand federführend für das Beschwerdewesen zuständig.

Dr. Clemens Veltrup engagiert sich besonders in den Bereichen „Reform der Psychotherapieaus- und -weiterbildung“ sowie der „Qualitätssicherung in der Psychotherapie“.

Der neue Vorstand der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein bildet somit ein breites Spektrum an beruflichen Erfahrungen, Interessen und Kompetenzen ab. Die ersten Monate zeigen, dass sehr schnell eine konstruktive, lösungsorientierte Zusammenarbeit in kollegialer Atmosphäre realisiert werden konnte.

Daniela Herbst
Vizepräsidentin

Neues PiA-Sprecherteam benannt

Die PKS SH will dazu beitragen, das berufspolitische Engagement von Psychotherapeutinnen in Ausbildung zu fördern. Seit dem Dezember 2007 ist im Heilberufekammergesetz (HBKG) die Mitgliedschaft der Kolleginnen in Ausbildung in der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein festgelegt. Die Mitgliedschaft geht einher mit einem uneingeschränkten aktiven und passiven Wahlrecht für die Kammerversammlung. Genauso wie der vorherige Vorstand benennt auch der aktuell seit August 2020 neu gewählte Vorstand ein PiA-Sprecherteam. Es soll auch in Zukunft direkter Ansprechpartner für die Ausbildungsteilnehmenden in Schleswig-Holstein sein, um deren Interessen, Fragen und Anliegen in Bezug auf Kammerangelegenheiten zu vertreten. Es dient auch dafür, der Kammerversammlung Impulse zu geben und eine Berücksichtigung der besonderen Situation der PiA zu finden.



*Ljuba Rosin, *1985, ein Sohn, Kindheitspädagogin M.A.; seit 2017 tätig in der heilpäd. Frühförderung in Kiel, seit 2018 Ausbildung zur Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) am NOKI in Kiel, seit 2020 Promotionsstudium an der EUF – Foto: privat*



*Puya Sattarzadeh, *1994, Psychologe M.Sc., tätig als Psychologe und PiA im FEK Neumünster. In Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten seit Anfang 2020 mit dem Schwerpunkt KVT am IFT Nord in Kiel – Foto: privat*

Janina Reents und Dominik Mederer bekleideten dieses Amt seit 2015 bzw. 2018 an. Beiden danken wir herzlich für ihr Engagement.

Der Aufruf des Vorstandes an die Psychotherapeutinnen in Ausbildung, sich für die Übernahme der Aufgabe als PiA-Sprecherin zu bewerben, ist auf großes Interesse gestoßen. Der Vorstand hat sich entschieden, Ljuba Rosin und Puya Sattarzadeh mit der Aufgabe zu betrau-

en. Wir danken beiden, dass sie diese Funktion übernehmen, und wünschen schon jetzt viel Erfolg.

Das PiA-Sprecherteam soll u. a. die Psychotherapeutinnen in Ausbildung aus Schleswig-Holstein auf der zweimal jährlich stattfindenden Bundeskonferenz der PiA vertreten und im Rahmen der Kamerversammlung von seiner Tätigkeit und Einschätzung zu relevanten Themen berichten. Des Weiteren dient es in be-

sonderem Maße als Ansprechpartner für die Belange der Psychotherapeutinnen in Ausbildung und kann dem Vorstand der PKSH ihre Interessen darlegen. Damit wird den PiA in Schleswig-Holstein eine sehr gute Möglichkeit gegeben, an der Arbeit der PKSH mitzuwirken und die berufspolitische Zukunft unseres Berufsstandes zu gestalten.

Daniela Herbst, Vizepräsidentin
Haluk Mermer, Vorstandsmitglied

37. Deutscher Psychotherapeutentag (DPT) im digitalen Format



37. DPT: BPTK-Vorstand und Sitzungsleitung digital

Foto: M. Wohlfarth

Nachdem der 36. DPT im Frühjahr 2020 pandemiebedingt ausgefallen war, fand nun am 13./14. November 2020 der 37. DPT erstmals rein digital statt. Im Mittelpunkt des ersten Sitzungstages stand die Diskussion über die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für die Absolventinnen des neuen Approbationsstudiengangs. Die zweite Lesung und Beschlussfassung sollen im Frühjahr 2021 erfolgen.

Weitere Themen der Versammlung waren ein Abschlussbericht zum Projekt wirtschaftliche und berufliche Situationen der Psychotherapeutinnen in der ambulanten Versorgung, der Bericht des Vorstands, Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen, der Jahresabschluss 2019 der BPTK, die Beratung und Beschlussfassung des Haushaltsplans 2021 der Bundeskammer und eine Er-

weiterung der aktuell geltenden MWBO um den Bereich „Sozialmedizin“.

Fazit nach eineinhalb Sitzungstagen: Funktionsfähiges Format, gelungener Sitzungsverlauf mit sehr konzentrierten Diskussionsbeiträgen, sehr zügige Abstimmungen mit sofortiger Ergebnisdarstellung und ein Timing, welches nahezu punktgenau die umfangreiche Tagesordnung bewältigt hat. Trotzdem vermisst man die Live-Atmosphäre und den persönlichen Kontakt.

Michael Wohlfarth
Geschäftsführer

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92 – 94
24114 Kiel
Tel.: 0431/66119–90
Fax: 0431/66119–95
Mo bis Fr: 09–12 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München

Redaktionsbeirat

Dr. Dietrich Munz (Baden-Württemberg),
Dr. Judith Arnscheid (Baden-Württemberg),
Dr. Nikolaus Melcop (Bayern), PD Dr. Heiner Vogel (Bayern; Sprecher des Redaktionsbeirats),
Anne Springer (Berlin), Dr. Manfred Thielen (Berlin),
Dr. Kim Heinemann (Bremen), Dr. Christoph Sülz (Bremen),
Torsten Michels (Hamburg), PD Dr. Regina Steil (Hessen),
Dr. Heike Winter (Hessen), Dr. Linda Siefert (Niedersachsen),
Jörg Hermann (Niedersachsen),
Andreas Pichler (Nordrhein-Westfalen),
Dr. Andrea Walter (OPK),
Dr. Sabine Ahrens-Eipper (OPK),
Dr. Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz),
Susanne Münnich-Hessel (Saarland),
Juliane Dürkop (Schleswig-Holstein),
Dr. Björn Riegel (Schleswig-Holstein).

Redaktion

Dipl.-Psych. Nina Rehbach, Redakteurin (CvD) (V.i.S.d.P.)
Matthias Schmid M. A., Redakteur
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-19 und -26
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nord-

rhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

19. Jahrgang, Ausgabe 4/2020

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Vogel Druck und Medienservice GmbH
97204 Höchberg

Manuskripte

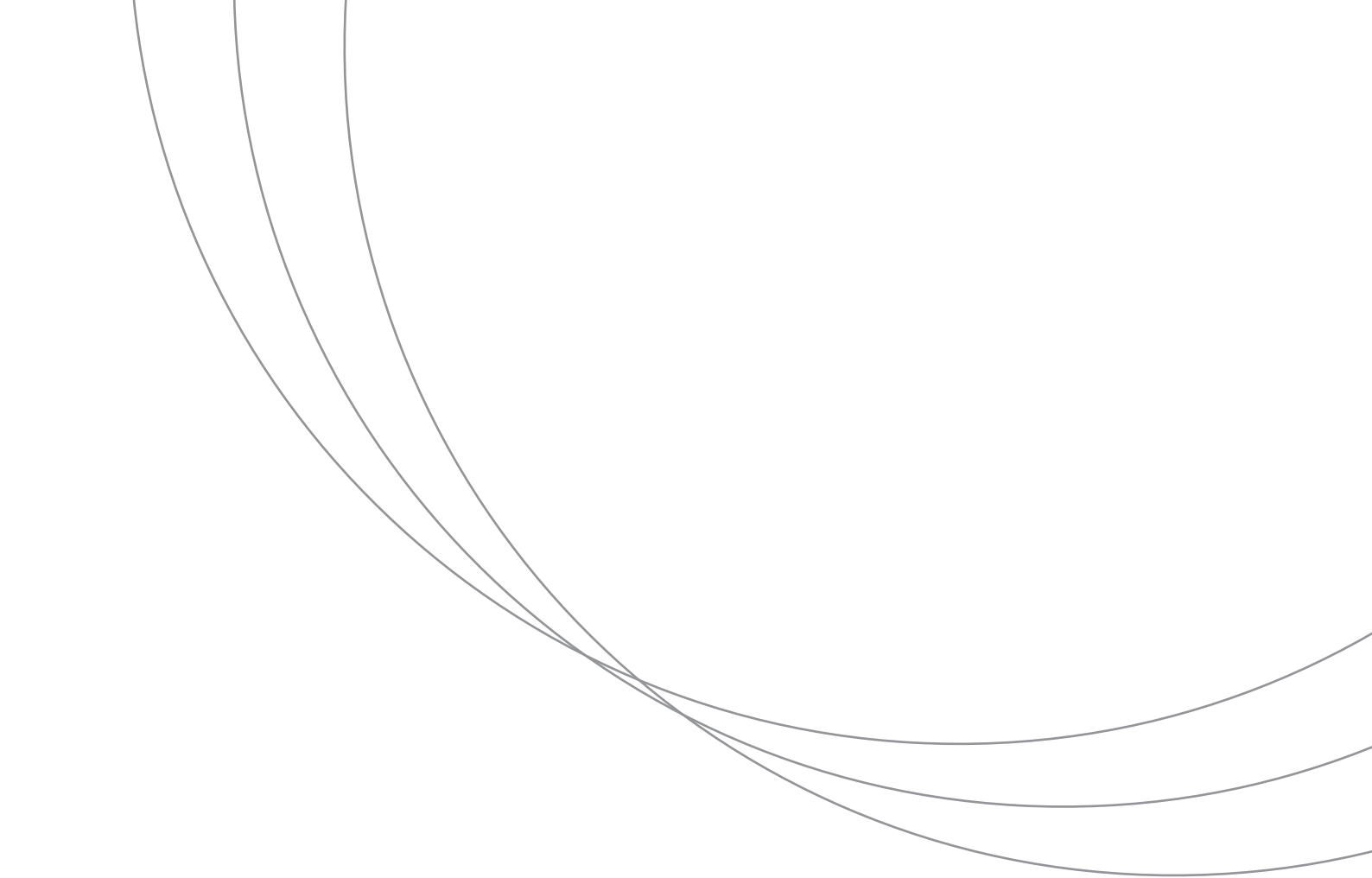
Einreichungsschluss für Ausgabe 1/2021 ist der 11. Dezember 2020, für 2/2021 der 8. März 2021, für 3/2021 der 7. Juni 2021 und für 4/2021 der 6. September 2021. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der Umfang des Manuskripts sollte im Regelfall 35.000 Zeichen nicht überschreiten, während der Titel des Beitrages nicht länger als 70 Zeichen sein sollte. Buchrezensionen sollten nicht mehr als 4.500 Zeichen betragen (jeweils inkl. Leerzeichen).

Eingereichte Manuskripte werden in einem herkömmlichen Peer-Review-Verfahren durch zwei unabhängige Fachkolleginnen und -kollegen begutachtet. Über die Annahme oder Ablehnung entscheidet der Redaktionsbeirat.

Die verwendete Literatur ist nach den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Göttingen: Hogrefe Verlag, 2007), im Text zu zitieren und am Schluss des Manuskripts zu einem Literaturverzeichnis zusammenzustellen. Die zehn bis maximal fünfzehn wichtigsten Quellen sind im Text sowie im Literaturverzeichnis farbig zu kennzeichnen. Mit jedem Manuskript ist eine Zusammenfassung von maximal 120 Wörtern, eine Kurzbeschreibung mit bis zu 50 Wörtern (für das Inhaltsverzeichnis) sowie eine Auflistung von ca. fünf thematischen Stichworten zu übermitteln. Der Titel, die Zusammenfassung und die Keywords sollten auch in englischer Übersetzung vorgelegt werden. Die Redaktion behält sich das Recht auf Kürzungen vor. Weitere Hinweise für Autorinnen und Autoren finden Sie auf www.psychotherapeutenjournal.de.

Autorinnen und Autoren erhalten jeweils zwei Belegexemplare der Ausgabe des Psychotherapeutenjournals, in der ihr Beitrag erschienen ist.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeberin wieder.



Geschlechtersensible Sprache

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



www.psychotherapeutenjournal.de

