

Psychotherapeuten journal

++ Jubiläumsausgabe 20 Jahre PTJ ++

- Von A wie Angst bis Z wie Zwang – Störungsspezifische Messinstrumente zur Evaluation von Psychotherapie (Erwachsene)
- Was bedeutet Genderkompetenz in der psychotherapeutischen Praxis?
- Depressive Störungen in der ICD-11: Was bleibt, was ist neu?
- Paul Watzlawick und Reinhard Tausch: Eine Würdigung zum 100. Geburtstag

PTJ 4/2021
(S. 309–426)



Liebe Leserinnen und Leser,

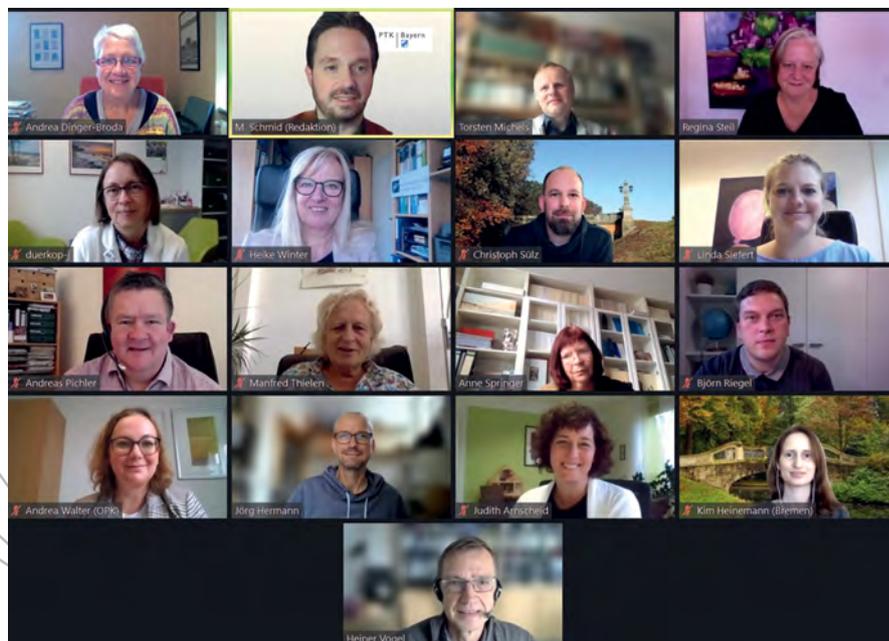
**wir wünschen Ihnen eine friedliche Weihnachtszeit und ein
besinnliches Fest – kommen Sie gesund und zuversichtlich
in das neue Jahr!**

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

Editorial

Liebe Kolleg*innen,

wir möchten in diesem Vorwort auf zweierlei hinweisen: Zunächst haben wir eine Neuerung bereits in der Anrede untergebracht. Diese Anrede – mit Sternchenschreibweise – ist für viele noch gewöhnungsbedürftig. Dennoch haben wir uns im Redaktionsbeirat – nach vielen Diskussionen – dazu entschlossen, die Art der geschlechtersensiblen Schreibweise im PTJ, die wir bisher verwendet hatten, weiterzuentwickeln. Vor vier Jahren hatten wir einen ersten Schritt in Richtung einer geschlechtergerechten Schreibweise gewagt. Sprache formt das Denken – das weiß jede*r, der*die Psychotherapie gelernt hat. Deshalb hatten wir uns damals entschieden, die PTJ-Ausgaben abwechselnd jeweils in einer männlichen oder einer weiblichen Form zu halten (siehe das Editorial von Heft 4/2017). Das stieß bei Ihnen, liebe Leser*innen, auf viel Zustimmung, aber auch hier und da auf Ablehnung. Zwischenzeitlich hat sich die Gesellschaft weiterentwickelt; selbst der DUDEN als Hüter des Guten und Wahren in der deutschen Sprache akzeptiert entsprechende neue Schreibweisen. Die binäre Schreibweise spiegelt die Realität der Geschlechter nicht ausreichend wider, das auch vom Bundesverfassungsgericht verlangte Anerkennen des dritten Geschlechts ist damit nicht möglich – das ist der wesentliche Grund für eine integrierende Schreibweise. Um aber dem häufig geäußerten Wunsch nach übersichtlicher bzw. einfacher Schreibweise entgegenzukommen, werden wir ab diesem Heft für jeden Beitrag zwei Varianten zur Wahl stellen: Für geschlechtsunspezifische Gruppen- und Personenbezeichnungen empfehlen wir, sofern keine sprachlich etablierte geschlechtsneutrale Formulierung (wie z. B. „Studierende“) gefunden werden kann, den Gebrauch des sog. Gender-Sternchens (z. B. „Psychotherapeut*innen“, „der*die Psychotherapeut*in“). Alternativ kann



Redaktionskonferenz 2.0: Mitglieder von Redaktionsbeirat und Redaktion im digitalen Austausch

auch texteinheitlich die Paarschreibweise mit der männlichen und weiblichen Form (z. B. „Psychotherapeutinnen und -therapeuten“, „eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut“) herangezogen werden. Wir sind gespannt auf Ihre Rückmeldungen!

Das andere wichtige Thema betrifft unseren eigenen Geburtstag! Das Psychotherapeutenjournal erscheint in diesem Jahr im 20. Jahrgang und das erwies sich uns als guter Anlass für einen Rückblick: Das PTJ hat in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten versucht, die Entwicklung des Berufsfeldes zu begleiten, den gesundheitspolitischen Rahmen zu beleuchten und aktuelle Fachdiskussionen abzubilden. Dabei sollten über berufliche Spezialisierungen und Verfahrensorientierungen hinweg Bezüge hergestellt und der Diskurs innerhalb der gemeinsamen Profession gefördert werden. Doch wie weit ist das gelungen? Wir haben Kammermitglieder angesprochen, die möglichst nicht durch Funktionärs- oder Verbandstätigkeit eingebunden sind (Auswahl nicht repräsentativ – aber breit gestreut). Und wir haben sie gefragt, welche Erfahrungen sie mit dem PTJ gemacht haben und welche Anregungen und Ideen sie für die Zukunft des PTJ haben. Zudem haben wir einige Kolleg*innen aus der Anfangszeit des

PTJ, auch die Autor*innen der Artikel im allerersten Heft (damals noch bescheiden „Null-Nummer“ genannt: 0/2002), um eine Bilanz gebeten, wie sie die Entwicklung seit damals einschätzen. Die Antworten, die wir erhalten haben, waren umfangreicher als der Platz, den wir in diesem Heft zur Verfügung haben. Deshalb werden wir auch in der nächsten Ausgabe einige dieser sehr lesenswerten und durchaus ermutigenden Beiträge abdrucken.

20 Jahre nach der Gründung des PTJ befindet sich die Profession erneut in einer durchaus spannenden Umbruchsituation: Der Deutsche Psychotherapeutentag am 19./20. November hat die letzten Teile der Musterweiterbildungsordnung verabschiedet und damit die Grundlage für die zweite Stufe der Reform des Psychotherapeutenberufes gelegt, die Struktur der Fachpsychotherapeutenweiterbildung.

Bei Erscheinen dieses Heftes wird vermutlich bereits die neue Bundesregierung feststehen; mit dem neuen Koalitionsvertrag werden wichtige Weichen für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und vielleicht auch für die Klärung offener Fragen aus der Reform des Psychotherapeutenberufes gestellt werden. Das PTJ wird die politischen Entwicklungen auch weiterhin kritisch begleiten.

Ihr Redaktionsbeirat

Inhalt

Originalia 312

Edgar Geissner & Stefan Koch

Von A wie Angst bis Z wie Zwang – Störungsspezifische Messinstrumente zur Evaluation von Psychotherapie (Erwachsene)

Die Auswertung durchgeführter Psychotherapien (Outcome-Messung, Qualitätssicherung) wird zunehmend Standard. Wir stellen für eine Bandbreite verschiedener Diagnosen störungsspezifische und veränderungssensitive Untersuchungsinstrumente vor, die für die Evaluation eine gute Eignung besitzen.

323

Brigitte Schigl

Doing Gender im therapeutischen Prozess – Genderkompetenz in der Praxis (Teil 2)

Der Beitrag führt die Überlegungen von Doing Gender (Heft 2/2021) fort und setzt diese in Bezug zu psychotherapeutischer Haltung und Handeln in der Praxis. Dabei folgen die Darstellungen dem Prozess der Psychotherapie, gehen auf Doing Gender als Risikofaktor ein und werfen einen Blick auf Schwierigkeiten in der Behandlung von Patient*innen mit queerer und non-binärer Genderidentität.

Serie

330

Christine Kühner, Isabelle F. Schrickler & Sibel Nayman

Depressive Störungen in der ICD-11: Was bleibt, was ist neu?

Die ICD-11 bringt gegenüber der ICD-10 im Bereich der Depressiven Störungen einige Änderungen, die mit einer Annäherung an das DSM-5 einhergehen. Andere depressive Diagnosen und Subklassifikationen aus ICD-10 bleiben erhalten, werden jedoch nun klarer definiert. Der vorliegende Beitrag stellt die wichtigsten Neuerungen der ICD-11 vor und diskutiert entsprechende Folgerungen für Praxis und Forschung.

339

Matthias Ochs

„A ‚true‘ artist may draw mountainous seas!“ – Eine Würdigung von Paul Watzlawick zu seinem 100. Geburtstag

341

Helmuth Beutel

Zum 100. Geburtstag – Erinnerungen an Reinhard Tausch (1921–2013)

342

Lothar Wittmann

Zwanzig Jahre Psychotherapeutenjournal: Mission accomplished – und wie weiter?

345

Dieter Best

Das Psychotherapeutengesetz und die Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Was wir gemeinsam erreichen konnten

352

Heiner Vogel im Gespräch mit Rainer Richter

„Das Psychotherapeutenjournal hatte von Anfang an eine identitätsstiftende Funktion“

356

„Wie Sie uns sehen“. Eine Leser*innenbefragung zum 20-jährigen PTJ-Jubiläum

20 Jahre Psychotherapeuten- journal: Bilanz und Ausblick

Rezensionen

362 Eine wertvolle Unterstützung für die psychodynamische Psychotherapie mit Jugendlichen

Eine Rezension von Helene Timmermann: Seiffge-Krenke, I. (2007/2020). Jugendliche in der psychodynamischen Psychotherapie. Kompetenzen für Diagnostik, Behandlungstechnik, Konzepte und Qualitätssicherung.

363 Zur Wirkung von Systemaufstellungen in Veränderungsprozessen persönlicher und professioneller Entwicklung

Eine Rezension von Matthias Ochs: Beermann, A. (2020). Systemaufstellungen – ein Quantensprung in der Weiterbildung?

364 Sinnfragen – die Existenzanalyse hat Antworten

Eine Rezension von Manfred Thielen: Kolbe, C. & Dorra, H. (2020). Selbstsein und Mitsein. Existenzanalytische Grundlagen für Psychotherapie und Beratung.

365 Ein hilfreicher „Kartentrick“ für die Arbeit mit Jugendlichen

Eine Rezension von Martina Weiss: Bergmann, F. (2021). Kreatives Problemlösen mit Jugendlichen. 75 Therapiekarten.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

371 Bundespsychotherapeutenkammer

378 Baden-Württemberg

383 Bayern

387 Berlin

391 Bremen

394 Hamburg

398 Hessen

402 Niedersachsen

407 Nordrhein-Westfalen

413 Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

415 Rheinland-Pfalz

419 Saarland

422 Schleswig-Holstein

309 Editorial

367 Leserbrief

369 Artikelverzeichnis 2021

426 Impressum Psychotherapeutenjournal

A1 Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

A26 Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages

Hinweise:

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

Von A wie Angst bis Z wie Zwang – Störungsspezifische Messinstrumente zur Evaluation von Psychotherapie (Erwachsene)

Edgar Geissner & Stefan Koch

Zusammenfassung: Psychometrische Verfahren zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen werden immer mehr zum Standard und sichern die Bestimmung des Erfolgs eigener Maßnahmen ab – neben Patientenbericht und klinischem Urteil. Sie werden überdies vom Gesetzgeber zunehmend verlangt; und Kammern sowie Gremien haben diesbezüglich Empfehlungen vorgelegt. Nach einem Kriterienkatalog haben wir die Landschaft klinischer Verfahren, die die Bedingung „störungsspezifisch“ und „veränderungssensitiv“ erfüllen, gesichtet, eine Charakterisierung und Bewertung durchgeführt und möchten für die folgenden neunzehn ICD-F-Diagnosen Vorschläge zum praktischen Einsatz (Erwachsenenbereich) machen: Agoraphobie/Panikstörung, Alkohol, ADHS im Erwachsenenalter, Bipolare Störung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Computerspielabhängigkeit, Depression, Dissoziative Störungen, Essstörungen, Hypochondrie, Posttraumatische Belastungsstörung, Psychosen, Schlafstörungen, Schmerz, Sexuelle Funktionsstörungen, Somatoforme Störungen, Soziale Phobie, (Anhaltende) Trauerstörung und Zwangserkrankungen. Anmerkungen zu geeigneten Messzeitpunkten, zur Honorierung und zu künftigen Entwicklungen runden den Beitrag ab.

Einleitung

Die Evaluation durchgeführter Psychotherapien mittels psychometrischer Verfahren ist nicht nur sinnvoll und lohnenswert, sondern wird auch zunehmend geradezu verbindlich gefordert (Kasten 1). Über alle durchgeführten Behandlungen eines Jahres hinweg bildet sie eine Bilanzierung der eigenen Maßnahmen ab – i. S. von Qualitätssicherung. Ergebnisse dienen auch als individuelles (Zwischen-)Fazit in der Besprechung mit Patient*innen, sind insofern Bestandteil der Psychotherapie. Darüber hinaus haben sie ihren Stellenwert in der Objektivierung des Behandlungsverlaufs an der Schnittstelle beispielsweise von ambulanter und stationärer Versorgung bzw. weiterführender Maßnahmen.

Hier mag manch eine*r einwenden, dass Veränderungen im Verlauf einer Therapie auch so sichtbar sein sollten – eine Wertung, die nicht immer richtig sein muss, denn (auch) Psychotherapeut*innen können Fehleinschätzungen unterliegen: So stuften sie beispielsweise in einer Studie die Therapiezielerreichung ihrer Patient*innen am Behandlungsende zu 45 % höher ein als diese selbst (Geissner et al., 2010) oder missdeuteten – in einer anderen Untersuchung – zu 40 % eine eigentliche Verschlechterung als Symptomverbesserung (Lutz et al., 2019).¹

Eine Einschätzung durch die Patient*innen ist also empfehlenswert, kann ein wichtiges Korrektiv sein, einen zu positiven globalen Eindruck zurechtzurücken und sichert die Aussagekraft eigener Therapieerfolge.

Glücklicherweise verfügt die Psychologie über ein Arsenal an Instrumenten, um Erfolg(erhaltung) messbar zu machen. Weniger sind hierbei reine Screening-Instrumente zu Beginn der Therapie gemeint, vielmehr Messverfahren, mit deren Hilfe Vergleiche zwischen zwei oder mehr Zeitpunkten möglich sind, die also Veränderungsaussagen erlauben. Solche Verfahren dürfen somit nicht traitorientiert konzipiert sein, sondern benötigen einen umgrenzten Zeitrahmen (für Psychotherapie geeignete Einheiten wie z. B. „letzte Woche“ oder „im letzten Monat“). Lutz et al. (2019) unterscheiden hierbei direkte und indirekte Verfahren. Die direkten Verfahren thematisieren Veränderung explizit und erfragen z. B. „im Vergleich zu früher sehe ich meine Probleme heute in einem anderen Licht“. Sie sind den Autoren zufolge nicht mehr aktuell, denn die Gefahr der Überschätzung eigener Bemühungen liegt dort nahe: Welche*r Patient*in sieht nach Wochen der Behandlung die Probleme nicht „in einem anderen Licht“? Indirekte Verfahren thematisieren dagegen Veränderung nicht explizit. Die Untersuchung besteht hier aus der zwei- oder mehrmaligen Vorgabe des gleichen Instruments und dem Vergleich der dabei erhaltenen Resultate. Sie entsprechen dem gegenwärtigen methodischen Stand besser und bieten sich insofern für die Outcome-Bestimmung an. Eine kleine Zusammenstellung der oben erwähnten offiziellen Regelungen und Empfehlungen bezüglich Dokumentation und Evaluation findet sich in Kasten 1.

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

- Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019: In § 7 Absatz 3 Ziffer 3 wird ausgeführt, dass bei der Erteilung der Approbation eine Befähigung gegeben sein muss, eigene oder von anderen durchgeführte Maßnahmen der psychotherapeutischen Versorgung zu dokumentieren und zu evaluieren (Bundesgesetzblatt 2019, S. 1604 ff.).
- Approbationsordnung, Bundesministerium für Gesundheit am 4. März 2020, Anlage 2, Ziffer 5: „Bei der Zulassung zur psychotherapeutischen Prüfung sind Kenntnisse in Dokumentation, Evaluierung und Organisation psychotherapeutischer Behandlungen nachzuweisen“ (Bundesgesetzblatt 2020, S. 474)
- Berufsordnung, insbesondere § 9 Absatz 2: „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ... wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen insbesondere Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen...“ (PTK Bayern, 2014, S. 12).
- Musterweiterbildungsordnung, Abschnitt „Tätigkeitsprofile als Ziele der Weiterbildung“: „Fachpsychotherapeut*innen sind an ... Maßnahmen zu Therapieverlaufs- und -erfolgskontrolle beteiligt“ (38. Deutscher Psychotherapeutentag 24. April 2021, Dokument „Tätigkeitsprofile“, S. 4).
- Im Einklang hierzu Empfehlungen am 37. Deutschen Psychotherapeutentag 2020, Stichworte: „Untersuchungsergebnisse“ (S. 3), „eingesetzte Testverfahren“ (S. 6) bzw. „Besprechung erreichter Veränderungen am Therapieende gemeinsam mit dem/der Patient/in“ (S. 9).
- Einzelne Kammern: Z. B. PTK Bayern – Mitgliederrundschreiben 1, 2021, S. 8–9; PTK Berlin – Psychotherapeutenjournal 3/2020, S. 292; PTK Hessen – Psychotherapeutenjournal 3/2020, S. 303 f.
- Deutscher Ethikrat in „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“: Betonung der Notwendigkeit von Prozessqualität, Ergebnisqualität und Qualitätsmessung im Sinne sowohl subjektiver als auch objektiver Indikatoren im Behandlungsverlauf (Deutscher Ethikrat 2016, S. 51–53).

Kasten 1: Auswahl offizieller Regelungen bzw. Empfehlungen zu Dokumentation und Evaluation

Evaluation regulärer Psychotherapien ist noch nicht lange Thema jenseits von forschungsbezogenen Studien (zur praxisgeeigneten Auswertung solcher „naturalistischen Settings“: Hiller et al., 2009, 2011). Dabei geht es weniger um unspezifische, oft nur formale Zufriedenheitsindizes einer klinischen Behandlung (Schmidt et al., 1989; Schmidt, 2008) als vielmehr um die Feststellung des Therapieergebnisses orientiert an der jeweiligen Störung. Vertreter*innen der Richtlinienverfahren haben diesen Gedanken – auch konkret in Beiträgen im Psychotherapeutenjournal – aufgegriffen und sich ihrerseits für diese Art der Dokumentation ausgesprochen, etwa Stangier (2019; VT), Strauß (2019; TP) oder Schiepek et al. (2019; systemisch).

Das Routine Outcome Monitoring i. S. einer Sitzung-für-Sitzung-Erhebung (Lutz et al., 2019, S. 38), stößt in der Versorgungspraxis sicher noch an Grenzen, aber Erhebungen vor

Beginn und nach Abschluss (bei längeren Behandlungen auch zwischendurch) scheinen machbar und für Patient*innen zumutbar, siehe hierzu auch den Abschnitt „Untersuchungszeitpunkte“ im Diskussionsteil. Zumutbar insbesondere auch dann, wenn nicht ganze Fragebogen-Batterien verabreicht werden, sondern gezielt nur dasjenige Verfahren zum Einsatz kommt, welches inhaltlich sinnvolle quantitative Kennwerte zum Vorher-Nachher-Störungsausmaß ermöglicht. Damit ist für die gute Evaluationspraxis ein wesentlicher Schritt getan, ohne dass eine Anzahl „auch interessanter“, aber letztlich weniger zentraler Merkmale miterhoben würde.

Wir möchten im Folgenden zu den wichtigen psychischen Störungen „von A wie Angst bis Z wie Zwang“ jeweils ein typisches, wissenschaftlich bewährtes und für die klinische Anwendung gut geeignetes Verfahren zur Evaluation von Psychotherapie – Erwachsenenbereich – vorschlagen (vgl. Tabelle auf S. 319). Wir decken damit die ICD-Gruppen F1 bis F5 ab und stellen aus der Gruppe F6 ein Messinstrument – zum Thema Borderline-Persönlichkeitsstörung – vor. Dazu haben wir einige Beurteilungsgesichtspunkte formuliert (siehe Kasten 2) und diese der Auswahl und Beschreibung zugrunde gelegt. Wesentlich waren zusammengefasst vor allem drei Punkte: 1. Die Passung des jeweiligen Untersuchungsinstrumentes spezifisch auf die betreffende Störung musste gegeben sein – was sich bei der Sichtung manchmal als nicht selbstverständlich erwies. 2. Auch musste eine Eignung im Sinne der Beurteilung von Therapiefortschritt, der Reduktion im Ausmaß der Symptomatik, bestehen (Veränderungssensitivität). 3. Schließlich sollten die Messinstrumente (in Bezug auf die grundlegenden Psychotherapie-Verfahren) schulübergreifend einsetzbar sein.²

Unsere Recherchen ergaben für die gesichteten Verfahren hinsichtlich Entwicklungs-, Untersuchungs- und Analyseaufwand eine große Bandbreite – von methodisch hochsophistiziert und mit guter Stichprobenbasis bis hin zu reinen Übersetzungen aus dem Englischen und/oder mit noch relativ geringer Datenbasis. Dessen ungeachtet sind die vorgestellten Messinstrumente in ihrem jeweiligen Bereich nach derzeitigem Stand fachlich als „first choice“ einzustufen und für die Psychotherapieevaluation zu empfehlen.

Für viele Untersuchungsinstrumente besteht darüber hinaus eine konsensuelle Verständigungsgrundlage aus Fachgesellschaften/Arbeitsgruppen, die sich inhaltlich der jeweiligen Störung widmen; teils existieren auch Empfehlungen der WHO, Nennungen in den AWMF-Leitlinien oder gesicherte Erfahrungswerte aus publizierten Therapievergleichsstudien.

² Die Autoren weisen darauf hin, dass handlungsleitend bei der Texterstellung der (internationale) wissenschaftsbasierte Erkenntnisstand klinisch-psychologischer Diagnostik/Testentwicklung war. Eine Verknüpfung mit etwaigen Themen aktueller berufspolitischer Diskussion stand daher nicht im Vordergrund, darüber hinaus auch keine Wertung der vorgestellten Verfahren zu wirtschaftlichen, lizenzrechtlichen oder honorierungsbezogenen Aspekten.

- Enger inhaltlicher Bezug zur Störung. Erfahrungswerte im Einsatz bei *Psychotherapiepatient*innen* vorhanden – nicht bei (studentischen) Freiwilligen aus Analogstudien.
- Eignung für Wiederholungsmessungen. Kein reines Screening-Instrument. Umgrenzter Zeitrahmen für die Beurteilung eingetretener Veränderungen in/nach Psychotherapie. Keine Trait-Instrumente (Persönlichkeitstests).
- Dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechend, keine Aufnahme allein aufgrund historischer Verdienste.
- Relevante Verbreitung des Verfahrens bei der jeweiligen Störung. In der Praxis bewährt. In Publikationen als anerkannt erwähnt.
- In der Anwendung: Gute Einsetzbarkeit, fair, transparent, übersichtlich, kurz genug, die allgemeinen Praxisabläufe nicht zu sehr beeinträchtigend.
- Selbstrating-Verfahren (Anm.: In einem Fall nicht gegeben, s. u.). Items von den Patientinnen als prinzipiell nachvollziehbar und erkennbar mit der Störung im Zusammenhang stehend verstanden.
- Aus psychometrisch-testtheoretischer Sicht (dimensionaler Aufbau, Item- und Skaleneigenschaften) vertretbar. Validitätsbefunde gegeben, ebenso Hinweise zur Veränderungsbeurteilung.
- Unaufwändige Auswertung, klare Ergebnisinterpretation.
- Normen bzw. klinische Richtwerte vorhanden. Referenzwerte aus Kriteriumsgruppen, evtl. auch Vergleichswerte von Personen ohne die Störung.
- Kompatibilität mit der klinischen Klassifikationssystematik der Gesundheitsversorgung.
- Übergreifende Eignung für die PT-Richtlinienverfahren.
- Ein charakteristischer Vertreter für den jeweiligen Bereich – nicht „alles, was es hierzu gibt“.

Kasten 2: Gesichtspunkte bei der Auswahl störungsbezogener Verfahren zur Evaluation

Hinzuweisen ist an dieser Stelle, dass ergänzend zum Text des Beitrags ein ausführliches elektronisches Supplement erstellt wurde, in welchem alle Angaben zu den nachfolgenden Messverfahren aufgeführt sind (siehe Hinweis am Ende des Artikels).

Die störungsspezifischen Messinstrumente „von A bis Z“

Agoraphobie/Panikstörung

Das Messverfahren AKV – *Aengste, Kognitionen, Vermeidung* (Ehlers et al., 2001) besteht aus den drei Fragebogenteilen Körperliche Symptome der Angst (*BSQ – Body Sensations Questionnaire*, die englische Bezeichnung ist im Deutschen so beibehalten), Angstbezogene Kognitionen (*ACQ – Anxiety*

Cognitions Questionnaire) und Mobilitätseinschränkung aufgrund der Ängste (*MI – Mobility Index*). Es umfasst 18 bzw. 15 bzw. 28 Aussagen. Der Fragebogen *MI* soll in zwei Varianten bearbeitet werden: Mobilitätseinschränkung „wenn allein“ und „wenn in Begleitung“. Die Angstkognitionen ließen sich in Skalenanalysen nochmals in „körperliche Krise“ und „Kontrollverlust“ gliedern, in der Praxis werden sie jedoch aufsummiert. Einsatzbereich sind die ICD-Diagnosen F40.0, F40.2 und F41.0. Zahlreiche Studien belegen die drei Komponenten des AKV als valide und veränderungssensitiv. Auch die Differenziertheit bei gleichzeitig guter Handhabbarkeit spricht für das Instrumentarium. Das Manual bietet sämtliche datenbezogenen Hinweise zu Skalen und Items. Die Eignung zur Outcome-Messung in der Praxis wird gezeigt. Normen (Stanine mit $M = 5$ und $SD = 2$; auch Prozentränge) basieren auf über 1.200 Agoraphobie-/Panikstörungspatient*innen, überdies auch vergleichend auf 400 anderen Angstpatient*innen. Die Bearbeitungszeit beträgt beim ersten Mal ca. 20 Min. (später deutlich kürzer).

Alkohol

Aus den Empfehlungen der WHO zu alkoholbezogenen Störungen (Barbor et al., 2001) und basierend auf Übersichtsarbeiten (Reinert & Allen, 2007) resultiert ein deutliches Votum zugunsten des *AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test*³. Ungeachtet etablierter Verfahren hat sich dieses zunächst für Screening konzipierte 10-Item-Instrument (Bearbeitungsdauer: 1–2 Minuten) heute durchgesetzt. Die zwei faktorenanalytisch ermittelten Dimensionen lauten „consumption“ und „adverse consequences“, in der Praxis wird aber ein einfacher Gesamtsummenwert gebildet. Reliabilitäts- und Validitätsbefunde liegen in großer Zahl vor. Die Sensitivität/Spezifität beträgt 90 % bzw. 80 %. Auf die Eignung als Evaluationsmaß in Präventionsprogrammen wird hingewiesen (Babor et al., 2001, S. 27). Für die ICD-Diagnosen F10.1 und F10.2 gilt als relevanter Outcome aber nicht allein der *AUDIT*-Wert, sondern eine Merkmalsmatrix aus Abstinenz, etwaiger Rückfallrate pro Zeit (z. B. nach einem Jahr) und gesellschaftlicher und beruflicher Wiederteilhabe (DGPPN/DG-SUCHT, 2020, S. 356). Der *AUDIT* bietet die Möglichkeit eines raschen Überblicks, unter anderem auch in all jenen Fällen, in welchen eine andere Primärdiagnose als F10.1 vorliegt. Eine Anzahl weiterer Kennwerte berichtet Dybek (2008, S. 93). International gilt ein Cut-off-Wert von 8 Punkten (Summe über die 10 Items; min. = 0, max. = 40) als Kriterium für bedenklichen Konsum. In Deutschland wird eine Reduktion auf 5 Punkte z. Zt. diskutiert.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Erwachsenenalter

Zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS; F90) im Erwachsenenalter wird ein mehr-

³ Verfügbar unter: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/AlkAuditFragebogen.pdf (17.10.2021).

schrittiges Vorgehen empfohlen (AWMF, 2017). Hierfür bieten die *Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE; Rösler et al., 2021)* das am weitesten verbreitete Instrumentarium. Zur Verbesserung der Differenzialdiagnostik der ADHS im Erwachsenenalter kann die Kombination von *WURS-k* und *ADHS-SB* als Bestandteile des *HASE* empfohlen werden (Paucke et al., 2018).

Die deutsche Kurzform der *Wender Utah Rating Scale (WURS-k)* erfasst die retrospektive Selbstbeurteilung von Symptomen der ADHS im Kindesalter (8.–10. Lebensjahr, 21 Items plus 4 Items zur Bewertung einer Antworttendenz). Bei gesicherter Reliabilität kann ein Gesamtwert bestimmt und anhand eines gut validierten Cut-offs (≥ 30 ; Wertespanne: 0–84) interpretiert werden. Der retrospektiven Zielsetzung des Instruments entsprechend ist keine Veränderungsmessung anhand der *WURS-k* sinnvoll.

Die *ADHS-Selbstbeurteilung (ADHS-SB)* erlaubt sodann die Bestimmung der Schwere der aktuellen ADHS-Symptomatik. Zur Auswertung können ein Gesamtwert (0–18 Kriterien) sowie Summenwerte für die Teilbereiche Unaufmerksamkeit (9 Kriterien), Überaktivität (5 Kriterien) und Impulsivität (4 Kriterien) bestimmt werden, deren Reliabilität Mindestanforderungen erfüllt. Als Belege der Validität werden beispielsweise signifikante Zusammenhänge mit anderen Selbst- und Fremdeinschätzungsmaßen berichtet. In der aktualisierten Version liegen Prozentrang- und Stanine-Normen für den Gesamtwert und Normwerte für die Subskalen vor. Außerdem werden Empfehlungen zu Cut-off-Werten gegeben. Die Instruktion („innerhalb der letzten 7 Tage“) legt eine Eignung der *ADHS-SB* zur Veränderungsmessung nahe (Rösler et al., 2006).

Bipolare Störungen

Die bipolaren Erkrankungen F30.0, F30.1 und F31.x mit einer Lebenszeitprävalenz von etwas mehr als 1 % kommen – etwa in Relation zu Depression und Ängsten – in der Psychotherapiepraxis vergleichsweise selten vor (Überblick Meyer, 2021a). Das Selbstbeurteilungsinstrument der Wahl für Verlauf und Outcome ist die *Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM; Altman et al., 1979; Meyer, 2021b; Meyer et al., 2020)*. Wenngleich wegen der mitunter geringeren Einsichtsfähigkeit dieser Patient*innen ein reines Fragebogen-prozedere gelegentlich angezweifelt wurde, konnte sich die *ASRM* dennoch überraschend gut bewähren und erwies ihre Eignung als Outcomemaß in der Praxis. Eine Beschreibung findet sich bei Bernhard und Meyer (2012; dort auch vollständiger Skalenabdruck). Es handelt sich dabei um fünf Fragengruppen zu jeweils fünf in der Intensität zunehmenden Beschreibungen (max. fünf Minuten). Cut-off ist ein Wert von 6 (min. = 0, max. = 20), dies deutet auf einen hypomanen

respektive manischen Zustand hin. Sinnvoll ist ein wöchentliches oder monatliches Bearbeitungsintervall (Bernhard & Meyer, 2012). Altman et al. (1979) berichten eine gute Skalenhomogenität und eine Diskriminationsfähigkeit „Bipolar vs. Nichtpatient*innen“ von 87 %.

Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Ziel der *Borderline Symptom List (BSL-23; Bohus et al., 2009)* ist die Bestimmung des Schweregrades der spezifischen Symptomatik von Borderline Persönlichkeitsstörungen (F60.3). Die *BSL-23* wurde als ökonomische Kurzform (23 Items) der *BSL-95* entwickelt, welche die Selbsteinschätzung von sieben Merkmalen/Subskalen der Borderline-Störung erlaubt: Selbstwahrnehmung, Affektregulation, Autoaggressivität, Dysthymie, soziale Isolation, Intrusionen, Feindseligkeit (Bohus et al., 2001). Ergänzend werden eine allgemeine Befindlichkeitseinschätzung (von 0 bis 100 %) sowie Fragen zu selbstschädigendem Verhalten vorgelegt. Das Verfahren inklusive Auswertungsbogen, Auswertungshinweisen und Prozentrang-Normen ist in Deutsch und 18 (!) weiteren Sprachen online über die Website des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim verfügbar. Zur Bewertung der

— Auf Basis der Empfehlungen der WHO und von Übersichtsarbeiten hat sich der *AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test* bei alkoholbezogenen Störungen als maßgebliches Messinstrument durchgesetzt. —

Gütekriterien liegen unter anderem Angaben zur Reliabilität, zur Differenzierung von Patient*innen mit anderen Störungen und zur Veränderungssensitivität vor (Bohus et al., 2009). Anwendung der *BSL-23* wie auch deren Auswertung sind sehr einfach. Normwerte liegen auf Basis von 560 Borderline-Patient*innen vor. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Schwere der Borderline-Symptomatik in Bezug auf eine klinische Vergleichsgruppe bestimmt wird. Das Messverfahren hat sich in einer Reihe von Evaluationsstudien zur dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) als veränderungssensitiv erwiesen.

Computerspielabhängigkeit

Die Computerspielabhängigkeit (Internet Gaming Disorder) umfasst abhängiges Verhalten von Online-Computerspielen ohne Geld (d. h. kein pathologisches Glückspiel) als neue Diagnose des DSM-5 (in der ICD-11 künftig: 6C51; vgl. Müller, 2021). Die *Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS; Rehbein et al., 2015)* erlaubt die Erfassung der diagnostischen Kriterien als Selbst- wie auch Fremdbeurteilungsinstrument. Mit dem Verfahren liegen spezifische Versionen für die Altersbereiche Erwachsene (*CSAS-E*; bzw. Fremdeinschätzung durch Partner*innen: *CSAS-FP*) und Jugendliche (*CSAS-J*; bzw. Fremdeinschätzung durch Eltern: *CSAS-FE*) vor. Anhand von

jeweils 18 Items werden hierin u. a. die gedankliche Vereinnahmung durch das Computerspielen, Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust und negative psychosoziale Folgen erfragt. Zur Auswertung wird ein Gesamtwert bzgl. Erfüllung der diagnostischen Kriterien bestimmt. Zur Interpretation werden alters- und geschlechtsspezifische Normwerte angeboten (Stanine und Prozentrangwerte). Ferner liegen gute Reliabilitätskennwerte vor sowie Validitätsbelege z. B. zur Übereinstimmung mit der Dauer der Computerspielnutzung. Zwar werden kritische Differenzen berichtet, aufgrund des langen Beurteilungszeitraums („innerhalb der letzten 12 Monate“) ist bei Verwendung des Instrumentes zur Veränderungsmessung gegebenenfalls die Instruktion anzupassen.

Depression

Für Depression (ICD-Gruppen F32.x/F33.x) – sicherlich derzeit häufigster Anlass zur Aufnahme einer Psychotherapie – geht kein Weg am *Beck-Depressions-Inventar II* vorbei (*BDI-II*; Beck et al., 1996; Hautzinger et al., 2009). Dieses etablierte Untersuchungsinstrument erfüllt im Prinzip alle Kriterien, es misst inhaltlich valide die relevanten Depressionsmerkmale (von Version I zu II nochmals verbessert), ist für Evaluation geeignet, verfügt über eine umfangreiche Datenbasis und ist international anerkannt in klinisch-psychologischer und psychiatrischer Behandlungspraxis sowie in der Forschung. Differenzierte Richtwerte, Prozentrangnormen und kritische Unterschiedswerte sind angegeben (klinisch bedeutsam ist eine Messzeitpunkte-Differenz von 8 Punkten; Gesamtränge 0 bis 63). Informationen zu den verschiedenen Stichproben, zur Teststatistik, zur Validität (auch bzgl. Fremdratingverfahren), zur Retest-Zuverlässigkeit und zur Eignung für Veränderungsmessung finden sich im Manual (Hautzinger et al., 2009). Die Entdeckungsgenauigkeit (Sensitivität) und die daraus abgeleitete Stufeneinteilung von „keine“ bis „schwere“ Depression ist aus dem Amerikanischen übernommen. Dimensionsanalysen ergaben korrelierte Faktoren, so dass der Summenwert über den Gesamtfragebogen verwendet wird.

Dissoziative Störungen

Der *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen – Kurzform (FDS-20)*; Spitzer et al., 2021) ist eine deutschsprachige Adaptation der *Dissociative Experiences Scale (DES)*; Bernstein & Putnam, 1986). Das Verfahren erlaubt die Bestimmung der Schwere dissoziativer Symptome, wie sie im Rahmen dissoziativer Störungen (ICD-Gruppe F44.x) wie auch als Begleitsymptomatik bei vielen anderen psychischen Störungen, auftreten können (Lyssenko et al., 2018). Die 20-Item-Kurzform wurde zum Screening und als veränderungssensitives Instrument zur Verlaufsmessung entwickelt. Hierfür wurde ein Bewertungszeitraum „in den letzten zwei Wochen“ vorgeschlagen. Die Durchführung und die Auswertung mit Berechnung eines Gesamtwertmittels sind einfach möglich. Für das Verfahren wird eine hohe Reliabilität sowie Angaben zur konvergenten Validität, divergenten Validität und Verän-

derungssensitivität berichtet. Zur Interpretation des *FDS-20* und Bewertung von Veränderungseffekten werden kritische Werte des Erreichens nicht-pathologischer Werte sowie Kriterien einer statistisch signifikanten Veränderung angeboten, z. B. Cut-off 7 für Erreichen eines nicht-pathologischen Wertes bzw. Veränderungen um mindestens 11,6 im Gesamtwert (Wertespanne: 0–100; Spitzer et al., 2021).

Essstörungen

Im Bereich Essstörungen (ICD-Gruppe F50.x) liegt als ausgereiftes und international in Praxis und Forschung bewährtes Instrument das *Eating Disorder Inventory – Version II* vor (*EDI-II*; Garner, 1991; Paul & Thiel, 2005). Das Messverfahren gibt es in einer 64-Item-Standardform sowie erweitert um 30 Items. Die Autoren betonen die gute Eignung in der Veränderungsmessung bei der Magersucht- und Bulimiebehandlung. Alle Störungs-Charakteristika sind abgebildet, sie stehen im Einklang mit den Konzepten der einflussreichen deutsch-amerikanischen Psychoanalytikerin Hilde Bruch: Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, Interozeptive (Fehl-)Wahrnehmung sowie Angst vor dem Erwachsenwerden. Auswertung und Interpretation sind skalenbezogen. Der *Version II* des *EDI* liegen Daten von 500 Magersucht- und Bulimiepatient*innen zugrunde, ferner Daten aus *Version I* auch zur Binge Eating Disorder und atypischen Essstörungen. Studien zur Zuverlässigkeit des Fragebogens und seiner inhaltlichen Eignung untermauern die Einsatzmöglichkeiten im klinischen Feld. Prozentränge liegen für restriktive Magersucht und Magersucht/purging Type, für Bulimie und für männliche und weibliche Kontrollpersonen vor (dadurch Cut-off-Bestimmung möglich).

Hypochondrie

Für die Messung der beharrlichen Beschäftigung mit einer möglichen Krankheit oder der Überzeugung, eine solche zu haben (F45.2), existieren die Hypochondriefragebögen *Whiteley-Index* und *Illness Attitude Scales (WI, IAS)*; im gemeinsamen Manual: Hiller & Rief, 2004). Beide Messinstrumente sind gründlich untersucht und in ihrer Nützlichkeit international wie auch im deutschsprachigen Raum durch Studien belegt. Aus der vergleichenden Schlussbetrachtung (Hiller & Rief, 2004, S. 61–62) für die beiden relativ ähnlichen Instrumente (*WI*, Pilowsky, 1997; *IAS*, Kellner, 1986) resultiert eine leichte Überlegenheit des *Whiteley-Index*: Praxisrelevant sind z. B. Kürze (*WI* 14 Items; *IAS* 29 Items), einfacheres Vorgebformat und schnellere Auswertung. Beide Verfahren sind nicht im strengen Sinne eindimensional, allerdings sind die Faktoren Krankheitsängste, somatische Beschwerden und Krankheitsüberzeugungen im *WI* inhaltlich stark aufeinander bezogen und lassen die Bildung eines Gesamtsummenwerts als Indikator für Hypochondrie zu. Für die deutsche Fassung wurden 800 Patient*innen rekrutiert, überdies auch eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe (N = 2.000). Reichhaltige Reliabilitäts- und Validitätsbefunde liegen vor (die Veränderungssensitivität ist an 260 Psychosomatikpatient*innen

belegt), und es werden Angaben zu Sensibilität und Spezifität, zum Cut-off und zu Klassifikationspunktwerten berichtet (Prozentrangnormen).

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5; deutsch: Krüger-Gottschalk et al., 2017 – Appendix)* erlaubt die Bestimmung der Schwere einer posttraumatischen Belastungsstörung auf Basis der aktuellen Diagnosekriterien nach DSM-5. Anhand von 20 Selbsteinschätzungen kann die Schwere von Intrusionen (Items 1–5), Vermeidungen (Items 6–7), negativen Kognitionen und Emotionen (Items 8–14) und Hyperarousal (Items 15–20) sowie ein Gesamtwert (Wertespanne: 0–80) bestimmt werden. Für die deutsche Version wird eine hohe Homogenität beschrieben. Der Cut-off liegt bei 33. Als Validitätsbelege liegen u. a. Übereinstimmungen mit Ergebnissen strukturierter Interviews vor. Ferner sind bislang vor allem für die englische Originalversion (Weathers et al., 2013) weitere Belege für Validität und Veränderungssensitivität verfügbar (Blevins et al., 2015; Wortmann et al., 2016).

Ergänzend ist anzumerken, dass sich zur Erfassung der in der ICD-11 neu etablierten Diagnose einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS)⁴ derzeit das *International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018)* als Standard entwickelt. Dieses 18-Item-Instrument liegt in 28 Sprachen vor (deutsch: Lueger-Schuster et al., 2018). Eine KPTBS kann anhand von je zwei Kriterien der drei Symptombereiche Wiedererleben im Hier und Jetzt, Vermeidung und Gefühl einer aktuellen Bedrohung (bezogen auf den letzten Monat) bestimmt werden. Ferner müssen Kriterien einer Störung der Selbstorganisation (z. B. negatives Selbstkonzept) und der funktionellen Beeinträchtigung (z. B. in sozialen Kontakten) erfüllt sein.

Psychosen

Für die Outcome-Messung steht bei ICD-Gruppe F2 (Schizophrenie – Wahnhafte Störungen) ein *Fremdratingverfahren* zur Verfügung, die *Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS* (Moritz et al., 2017), welche als Untersuchungsinstrument dort breite Anerkennung findet. Sie wurde zur typologischen Beschreibung wie auch für die dimensionale Beurteilung schizophrener Erscheinungsbilder entwickelt, „ihre Änderungssensitivität macht sie zum Goldstandard in Interventionsstudien“ (Moritz et al., 2017, S. 150). Die Skala besteht aus 30 Items, die auf die Bereiche Positivsymptomatik, Negativsymptomatik und Globale Symptomatik aufgeteilt sind (Items bei Moritz et al., 2017, S. 149). Von den PANSS-Originalautoren Kay et al. (2000) wird geraten, zur Stützung mit den Patient*innen auch das strukturierte klinische Interview

SCI-PANSS durchzuführen: Dabei sollen die Verhaltensbeobachtungen während des Interviews und die entsprechenden Antworten in der *PANSS* eingetragen werden (Opler et al., 1999). Erfahrene Kliniker*innen kommen jedoch auch ohne dieses Tool aus (Moritz, 2021). Angaben zu Reliabilität und Validität finden sich bei Kay et al. (2000) und Van der Gaag et al. (2006). Für den von min. = 30 bis max. = 210 variierenden Punktwertbereich liegt eine Schweregradeinteilung vor („leicht – mittelgradig – deutlich – schwer“). Studien der Hamburger Arbeitsgruppe an fast 6.000 Patient*innen dienen als fundierte Datenbasis (auch zur Beurteilung hinsichtlich Besserung bzw. Remission; Moritz et al., 2017).

Schlafstörungen

Der *Insomnia Severity Index (ISI; Dieck et al., 2018; Morin, 1993)* ist eine kurze und leicht auswertbare Skala zur Bestimmung der Schwere von Schlafstörungen, wie sie sowohl als eigene Symptomatik (nicht-organische Insomnie, ICD-Gruppe F51.x) als auch als Begleitsymptomatik anderer psychischer Störungen sehr verbreitet sind. Anhand von sieben Items wird bezogen auf die vergangenen zwei Wochen das Ausmaß von Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Früherwachen, Zufriedenheit mit dem Schlaf sowie subjektiver Folgen der Schlafstörungen beurteilt. Das Messverfahren wurde unter anderem anhand von 700 Patient*innen mit primärer Insomnie sowie einer nichtklinischen Stichprobe validiert (Cut-off Gesamtwert > 10; Wertespanne: 0–28). Darüber hi-

— Für das Störungsbild der Depression geht kein Weg am Beck-Depressions-Inventar II vorbei. —

naus werden aus der englischen Version Cut-off-Werte für vier Schweregrade angeboten (vgl. Dieck et al., 2018, S. 29). Insgesamt werden eine gute Reliabilität, Übereinstimmungen mit anderen Schlafstörungs-Instrumenten und Hinweise auf die diskriminative Fähigkeit berichtet (Dieck et al., 2018; Gerber et al., 2017), sodass das Untersuchungsinstrument als Standard zur Veränderungsmessung empfohlen werden kann (Riemann et al., 2017).

Schmerz

Schmerzmessung erfolgt in bewährter Weise mittels des Systems *Schmerzempfindungsskala* und *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (SES, FESV; Geissner, 1996, 2001; Martin & Henningsen, 2021)*. Mit Hilfe des Verfahrens *SES* wird zunächst die Stärke des *affektiven* und des *sensorischen* Schmerzerlebens festgestellt. In einem weiteren Schritt wird untersucht, über welches Ausmaß an schmerzbezogenen Bewältigungsstrategien Patient*innen

⁴ Durch die Kombination dieser beiden Verfahren wird dem Einbezug der komplexen PTBS in der ICD-11 und ihrer hohen Bedeutung in der klinischen Praxis entsprochen.

Die ICD-Diagnosen F45.4 und F45.41 bieten die Grundlage für die psychotherapeutische Behandlung von Patient*innen mit chronischen Schmerzen, worunter in Deutschland 12 Millionen Menschen – dauerhaft fortbestehend oder in Abständen wiederkehrend – leiden (Nobis et al., 2020). Eine Erleichterung für die psychotherapeutische Behandlung ist die erst unlängst erfolgte Etablierung der ICD-Ziffer F45.41, wodurch eine – ohnehin fragliche – Psychogenitätsannahme die Schmerzproblematik betreffend nicht mehr Voraussetzung sein muss. Hier wird im Übrigen eine Brücke zwischen den F-Diagnosen und mehreren somatischen ICD-Kapiteln geschlagen, was Nilges et al. (2021) als „klare schmerzpsychologische Erfolgsgeschichte“ werten.

Anmerkung zu F-Diagnosen bei Schmerz

verfügen. Dies gliedert sich in handlungs- und in kognitiv orientierte Komponenten. Drei Faktoren der schmerzbedingten psychischen Beeinträchtigung komplettieren die Untersuchung der psychischen Seite des Schmerzgeschehens. Nach methodisch aufwändigen Dimensions- und Skalenanalysen resultieren für die Praxis sehr kurze Skalen (10 und 14 Aussagen für SES; je vier bzw. fünf Aussagen für die einzelnen FESV-Bereiche) mit schneller Bearbeitbarkeit. Zahlreiche Validierungsbefunde liegen manualisiert zusammengefasst vor. Die Veränderungssensitivität (Zeitraumen „in den letzten Tagen“; für die SES sind zusätzlich auch die Varianten „jetzt“ und „in den letzten 3 Monaten“ wählbar) konnte in Therapiestudien belegt werden. Die T-Wert- und Prozentrang-Normen basieren auf Eichstichproben von insgesamt fast 1.500 Patient*innen für eine Bandbreite an Schmerzlokalisationsgebieten und -diagnosen. Klinisch signifikante Mindestdifferenzwerte zwischen zwei Messzeitpunkten sind vorgegeben und werden darüber hinaus an Beispielen erläutert.

Sexuelle Funktionsstörungen

Sexualstörungen finden sich im ICD an verschiedenen Stellen – die Diagnosegruppe, die hier zur Diskussion steht, ist die ICD-Gruppe F52.x (Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit). Das Vorgehen besteht aus einer sorgfältigen Exploration im angstfreien Raum, für welches Interview-Leitfäden vorliegen (Hoynsdorf et al., 1995; Strauß et al., 2013; vgl. auch Reiniger & Briken, 2021, S. 308–309). Der Fragebogen der Wahl ist das *Sexual Behaviour Questionnaire – deutsch (SBO-G)*, Müller, 2016; im elektronischen Testarchiv des Leibniz-Instituts für Psychologie verfügbar). Eine Kurzbeschreibung findet sich ebenfalls dort unter PubPsych. Die Skaleneigenschaften beschrieb der Autor andernorts (Müller, 2007). Für Männer gibt es elf Fragengruppen, für Frauen zehn, mit jeweils abgestuften Unteraussagen. Der Beurteilungszeitraum ist „die letzten 3 bis 6 Monate“; insofern besteht ab einer gewissen Psychotherapiedauer die prinzipielle Eignung für Outcome-Messung. Die Skala ist faktoriell eindimensional und weist zufriedenstellende Reliabilitäten auf. Richtwerte für kleine Stichproben (USA und Deutschland) sind angegeben.

Somatoforme Störungen

Der Fragebogen *SOMS – Screening für Somatoforme Störungen* (F45.0, 45.1, 45.3; Martin & Henningsen, 2021; Rief & Hiller, 2019) beinhaltet ungeachtet der Bezeichnung „Screening“ eine für Veränderungsmessung gut geeignete Variante *SOMS-7T*, in welcher gefragt wird, wie sehr die Person „in den vergangenen 7 Tagen“ unter den Beschwerden litt. Die Bearbeitung nimmt wenige Minuten in Anspruch, es werden 52 Items zu den verschiedensten körperlichen Beschwerden und Einschränkungen vorgelegt, bei welchen das Ausmaß des subjektiven Leidens anzugeben ist. Mehrere Maße können zur Auswertung verwendet werden, am wichtigsten für unsere Zwecke ist der *Somatisierungsindex ICD-10*. Für die Testgütebestimmung standen Daten von 500 Patient*innen zur Verfügung. Der Fragebogen trennt gut zwischen Gesunden und Patient*innen, erlaubt die Klassifikation nach Unterkriterien und liefert aussagekräftige Belege zur Änderungssensitivität („7-Tage-Version“; N = 325). Prozentrangnormen sowohl für Patient*innen als auch aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (N = 1.300 Frauen, 1.200 Männer) sind aufgeführt.

Soziale Phobie

Die *Liebowitz-Soziale-Angst-Skala (LSAS)* (Liebowitz, 1987; Stangier & Heidenreich, 2015) wurde zunächst als Fremdbewertungsinstrument zur Erfassung von Angst und Vermeidung in sozialen Situationen entwickelt, jedoch wird heute auch die Verwendung als Selbstbewertungsinstrument empfohlen (vgl. Bandelow et al., 2021, S. 59). Die LSAS ist als Bestandteil des Skalen-Sets *Soziale Angststörung (SOZAS)* (Consbruch et al., 2016) verfügbar. In der Durchführung werden 24 Situationen (13 Leistungssituationen und 11 soziale Interaktionssituationen) sowohl in Bezug auf das Ausmaß von Angst/Furcht als auch das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens eingeschätzt. In der Auswertung können getrennt für diese beiden Bereiche Summenwerte bestimmt werden, aber auch ein Gesamtwert. Die Interpretation ist anhand von Cutoff-Werten möglich (> 30; Wertespanne: 0–144), ermittelt in der englischen Version. Als Gütekriterien werden eine hohe Reliabilität und eine hohe Übereinstimmung mit anderen Skalen des SOZAS berichtet. Das Verfahren hat sich zur Veränderungsmessung sozialer Ängste bewährt, zum Erreichen einer signifikanten Veränderung ist eine kritische Differenz von 29 erforderlich (Gesamtwert; Consbruch et al., 2016, S. 41). Das Verfahren ist als Selbsteinschätzungsinstrument schnell und einfach durchzuführen, leicht auszuwerten und liefert im übrigen nützliche Informationen z. B. im Rahmen der Expositionsbehandlung.

Trauer

In der ICD-11 wird Langanhaltende Trauer als eigenständiges – also von Depression, Anpassungsstörung etc. verschiedenes – Krankheitsbild aufgenommen (Wagner, 2016; ICD-11-Codenummer 6B42). Das meistverbreitete Instrument ist

Störung und ICD-Code	Messinstrument (Abkürzung)	Bearbeitungs- dauer (Min.)	V: Eignung für Veränderungs- messung? Z: Zeitrahmen der Beurteilung */**	Normen Richtwerte	Beschreibung (B) und konkreter Publi- kationsort (P) des Verfahrens ***
Agoraphobie und Panikstörung F40.0, F40.2, F41.0	Fragebogen Ängste, Kognitionen und Vermeidung (AKV)	15-20'	V: Ja Z: Situativ „wenn Angst da“ **	Stanine-Normen Prozentrang-Normen	B: Manual P: Beltz Test GmbH
Alkohol (Abhängigkeit bzw. schädlicher Gebrauch) F10.1, F10.2	Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	2'	V: Prinzipiell möglich Z: Prinzipiell „gegenwärtige Lage“ **	Richtwerte, Cut-off, Konsensangaben	B: WHO-Manual online; Referenzartikel P: online
Aufmerksamkeitsstörung im Erwach- senenalter F90	ADHS-Selbstbeurteilung (ADHS-SB) und Wender Utah Rating Scale (WURS-k)	10' + 10'	V: ADHS-SB ja, WURS-k nein Z: ADHS-SB „letzte 7 Tage“ **	Cut-off, Prozentrang-Normen, Stanine-Normen	B: Manual P: Hogrefe
Bipolare Störung F30.0, F30.1, F31.x	Altman Self-Rating Mania Scale (ASMR)	3-4'	V: Ja Z: Prinzipiell „gegenwärtige Lage“ **	Richtwerte, Cut-off	B: diverse Referenzartikel P: Buchkapitel
Borderline-Persönlichkeitsstörung F60.3	Borderline Symptom List (BSL 23)	10'	V: Ja Z: „In der letzten Woche“ **	Prozentrang-Normen	B: online P: online
Computerspiel- und Online- Abhängigkeit ICD-11 – 6C51	Computerspiel- und Onlineabhängigkeit (CSAS)	10'	V: Bedingt, ggf. zu adaptieren Z: „letzte 12 Monate?“ **	Stanine und Prozentrang-Normen	B: Manual P: Hogrefe
Depression F32.x, F33.x, F34.1	Beck Depressions-Inventar II (BDI II)	7-8'	V: Ja Z: „In den letzten 2 Wochen“ **	Prozentrang-Normen, Richtwerte, Schwe- regrade	B: Manual P: Pearson Assessment Deutschland
Dissoziative Störungen F44.x	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen – Kurzform (FDS-20)	10'	V: Ja Z: „In den letzten 2 Wochen“ **	Kritische Werte, Reliable Change Index, Cut-off, Quartile	B: Manual P: Hogrefe
Essstörungen F50.x	Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)	15-20'	V: Prinzipiell Ja Z: Prinzipiell „gegenwärtige Lage“ **	Prozentrang-Normen für Magersucht, Bulimie, gesunde Personen	B: Manual P: Hogrefe
Hypochondrie F45.2	Whiteley-Index und Illness Attitude Scale (WI / IAS)	3' bzw. 5'	V: Ja Z: Prinzipiell „gegenwärtige Lage“ **	Prozentrang-Normen Patient*innen, gesunde Personen, 2 Altersgruppen	B: Manual P: Huber
Posttraumatische Belastungsstörung F43.1	Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) und International Trauma Questionnaire (ITQ)	10' + 12'	V: Ja Z: „im letzten Monat“ **	PCL-5: Cut-off; ITQ: Anzahl erfüllter Kriterien	B: online und Referenzartikel P: online und Referenzartikel
Psychosen F20, F22	Positive and negative Syndrome Scale (PANSS); beachte: Fremdratingverfahren	30' incl. Interview	V: Ja Z: Prinzipiell „gegenwärtige Lage“ **	4 Schweregrade, plus Werte für „Besse- rungsrate“	B: diverse Referenzartikel u. -kapitel P: Buchkapitel
Schlafstörungen F51.x	Insomnia Severity Index (ISI)	3'	V: Ja Z: „In den letzten beiden Wochen“ **	Cut-off	B: Referenzartikel P: Referenzartikel
Schmerz F45.4, F45.41	Schmerzempfindungsskala und Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (SES / FESV)	3' + 7'	V: Ja. Z: „In den letzten Tagen“ **	T-Wertnormen, Prozentrang-Normen; allgem. und gruppenweise	B: Manual P: Hogrefe
Sexuelle Funktionsstörungen F52.x	Sexual Behaviour Questionnaire (SBO-Q)	5'	V: Prinzipiell möglich Z: Prinzipiell „gegenwärtige Lage“ **	Einfache Richtwerte US und D; M und SD für kleine Gruppen	B: Referenzartikel P: Leibniz Inst. Psych. Online Testarchiv
Somatoforme Störungen F45.0, F45.1, F45.3	Screening für Somatoforme Störungen, Variante „7T“ (SOMS)	5-10'	V: Ja Z: „In den letzten 7 Tagen“ **	Prozentrangnormen, Patient*innen und gesunde Personen	B: Manual P: Hogrefe
Soziale Phobie F40.1	Liebowitz Soziale Angst Skala (LSAS)	15'	V: Ja Z: „In der letzten Woche“ **	Cut-off, Referenzwerte	B: Manual P: Hogrefe
Trauer (Anhaltende Trauerstörung) ICD-11 – 6B42	Inventory of complicated Grief (ICG-D)	3'	V: Ja Z: Prinzipiell „gegenwärtige Lage“ **	Richtwerte, Cut-off	B: Referenzartikel und -kapitel P: Buchkapitel Therapieanleitung
Zwang F42.x	Yale-Brown Obsessive Compulsive Inventory (YBOCS-SR) Selbstrating-Version – (YBOCS-SR)	10-15'	V: Ja Z: „Innerhalb der letzten 7 Tage“ **	Cut-off, Richtwerte Schweregrad	B: Referenzartikel P: Buchkapitel, Behandlungsmanual

Tabelle: Von A wie Angst bis Z wie Zwang – Übersicht zu den störungsspezifischen und veränderungssensitiven Messverfahren für die Psychotherapieevaluation
Anmerkungen: * Erhebungsintervall: in größeren Zeitabständen (etwa 3- oder 6-monatlich) sinnvoll. ** Erhebungsintervall: Wöchentlich/monatlich laut Autoren empfohlen bzw. möglich.
*** Genaue Quellenangaben nach Verfahren geordnet im elektronischen Supplement zur gedruckten Version des Beitrags.

das *Inventory of Complicated Grief – ICG* (Prigerson et al., 1995), welches Lumbeck et al. (2012) in einer deutschen Version vorgelegt haben. Der 19-Item-Fragebogen erwies sich als faktorenanalytisch eindimensional, so dass ein Summenwert (min. = 0 bis max. = 76) zu bilden ist. Reliabilitätsbefunde und Angaben zur Validität sprechen für die gute Einsatzmöglichkeit des Verfahrens. Es kann klar zwischen Betroffenenengruppen unterscheiden (Cut-off = 25) und erwies sich in Therapiestudien als veränderungssensitiv (Rosner et al., 2011). Das Verfahren ist Bestandteil des Behandlungsmanuels „Anhaltende Trauerstörung“ (Rosner et al., 2015; Kapitel 3: Fragebogenbeschreibung; Anhang: Abdruck der Skala).

Zwangsstörungen

Die *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Selbstrating* (*YBOCS-SR*; Hand & Büttner-Westphal, 1991; verfügbar in Büttner-Westphal & Hand, 1991; Lakatos & Reinecker, 1999; Ertle, 2012) bildet das international am weitesten verbreitete Selbsteinschätzungsinstrument zur ökonomischen Bestimmung der Schwere einer Zwangserkrankung (ICD-Gruppe F42.x). Anhand von jeweils fünf Items können die zwei Teilbereiche Zwangsgedanken und Zwangshandlungen erhoben sowie ein Gesamtwert bestimmt werden. Reliabilität und Validität des Verfahrens werden als gut bewertet (Jacobsen et al., 2003). Ein Gesamtwert von 16 (Wertespanne: 0–40) gilt als etablierter kritischer Wert. Die *YBOCS-SR* hat sich sowohl zur Evaluation individueller Therapieverläufe wie auch in Forschungsstudien als sehr gut veränderungssensitiv bewährt.

Die Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Selbstrating bildet das international am weitesten verbreitete Selbsteinschätzungsinstrument zur Bestimmung der Schwere einer Zwangserkrankung.

Kriterien für die Bewertung der Therapieresponse liegen darüber hinaus vor (Kordon et al., 2013, S. 105).

Bei der Anwendung der *YBOCS-SR* ist zu berücksichtigen, dass im Vergleich zum halbstandardisierten *YBOCS-Interview* das Ausmaß der Zwänge vor allem im Bereich der Zwangsgedanken tendenziell unterschätzt wird (Federeci et al., 2010). Daher ist bei Bedarf die ergänzende Anwendung des standardisierten Interviews zu empfehlen, ebenso wie die darüber hinaus verfügbare Checkliste (*YBOCS-CL*; in Büttner-Westphal & Hand, 1991), welche gezielt ein breites Spektrum möglicher Zwangsgedanken und Zwangshandlungen erfragt.

Diskussion

Moritz et al. (2017) apostrophierten das Untersuchungsinstrument *PANSS* (Kay et al., 2020) als „Goldstandard“ in der Veränderungsmessung der Psychosen. Wir greifen dies einmal auf und hoffen, dass auch die anderen vorgestellten

Instrumente ein Goldstandard-Potential in der Outcome-Bestimmung von Psychotherapie entwickeln können. Ausschlaggebend dafür ist sicher die Bewährung in der Praxis und die Rückkopplung der gewonnenen Erfahrungswerte an die Autor*innen der einzelnen Messverfahren. Dies schließt stellenweise auch eine weitere Verbesserung der Datenbasis mit ein. Zudem wäre eine Vereinheitlichung der Qualitätskriterien hinsichtlich Mindeststandards – auch in der Weiterentwicklung der Instrumentarien – von Vorteil, wozu die Normierung und klare Effekt-Beurteilungsmöglichkeit gehören.

Untersuchungszeitpunkte: Ausgehend von der interessanten Beobachtung, dass Messwerte unmittelbar am Therapiebeginn im Vergleich zu Messwerten bei der davor stattgefundenen ersten Anmeldung/Kontaktaufnahme gar nicht mehr so negativ ausfielen, analysierten Geissner et al. (2021a, b) Gründe hierfür, etwa Hoffnung auf Erfolg, erwartete Sicherheit im geschützten Therapiekontext etc. und postulierten ein System multipler Untersuchungszeitpunkte, um den Erfolg der eigenen psychotherapeutischen Maßnahmen sowohl methodisch sauber als auch fair, dabei praxisgeeignet zu bestimmen. Ein Plädoyer für die Messung *bereits zum Anmeldezeitpunkt* wird dort ausgesprochen, und konkrete Umsetzungshinweise und Beispiele finden sich an Ort und Stelle.

Ein Seitenblick: Wie eingangs dargestellt, ist es nicht zwingend notwendig, weitere Fragebögen, die „auch noch interessant“ wären, einzusetzen, um die Compliance der Patient*innen und den Therapieverlauf nicht über Gebühr zu beanspruchen. Nimmt man dennoch zusätzliche Facetten in den Blick und verlässt die Kategorie der störungsspezifischen Instrumente, so bieten sich etwa präliminar oder im Verlauf einige Maße an,

die den (Miss-)Erfolg moderieren können: begünstigende bzw. hinderliche motivationale Faktoren (Geissner & Ivert, 2019, 2021; Grosse-Holtforth & Grawe, 2002; Schulte, 2015), ebenso wie bei den Zielgrößen Merkmale zum lebensweltlichen Kontext. Die Auswahl zusätzlicher Instrumente zur Erfassung therapeutischer Wirkfaktoren oder Moderatoren des Behandlungserfolgs wird sich jedoch, so ist zu erwarten, im Unterschied zu den störungsspezifischen Instrumenten mehr am gewählten therapeutischen Ansatz orientieren.

Honorierung innerhalb der Psychotherapie: Lutz et al. (2019, S. 69f.) schildern den nicht ganz unwichtigen Gesichtspunkt der finanziellen Erlösseite. Der Einsatz der hier vorgestellten störungsspezifischen Instrumente für Diagnostik und Evaluation gilt als Bestandteil von Psychotherapie und rechtfertigt die Abrechenbarkeit – ausschlaggebend ist dabei der Zeitaufwand, den der*die Psychotherapeut*in hat. Es sind stets mehrere Messungen genehmigungsfähig, sodass – im Einklang mit dem zuvor erwähnten System an multiplen Untersuchungszeitpunkten – in Summe störungsspezifisch

mit 40 bis 150 €/Pat. gerechnet werden kann (vgl. auch KBV, 2020; Lutz & Weinmann-Lutz, 2021; Schulte, 2013).

Einschränkungen: Nicht zu allen psychischen Störungen oder spezifizierten Unterformen konnten Verfahren vorgestellt werden, teils auch aus Platzgründen. Der Bereich der Persönlichkeitsstörungen etwa – ICD-10-Codierung F60/F61 – gestaltete sich in der Bearbeitung schwierig: Zum einen wegen der durchweg traitartigen und damit nicht für Outcome-Messung infrage kommenden Ausrichtung der existierenden Verfahren (Beispiel: *ADP IV*; Doering et al., 2007; MedUni Wien, o. J., online), zum anderen aufgrund der Umbruchsituation hin zur ICD-11 (o. J., online; Hauser et al., 2021) mit einer gänzlich neuen Struktur.

Im Bereich der in der Praxis keineswegs selten vorkommenden Diagnose-Gruppen Z73/Z56, also mit Bezug zu Burnout, Stress und Arbeitswelt, führte die Inspizierung verfügbarer Instrumente nicht zu überzeugenden Empfehlungen. In Bereichen wie etwa Angst wiederum liegen mehrere Messverfahren vor, so dass dort aus Gründen der Übersichtlichkeit, vor allem auch der Gleichbehandlung mit anderen Störungen, nur eines ausgewählt werden konnte. Nochmals anders gelagert ist die Situation im Bereich Alkohol: Durch eine deutliche Empfehlung der WHO zugunsten des Fragebogens *AUDIT* werden bestehende Instrumente trotz einer Bewährung im Feld etwas in den Hintergrund rücken.

Aber auch dies ergaben die Recherchen: Bei nicht wenigen Störungen lag nur ein einziges für Therapieevaluation diskutables Verfahren vor: Beispiel bipolare Störung, Beispiel sexuelle Funktionsstörungen. Die Breite und Tiefe dortiger Entwicklungsarbeiten kommt noch nicht an jene ausgereifter, manualisierter Instrumente heran, trotz klarer künftiger Perspektiven.

Hinzuweisen ist schließlich auf Spezialfälle wie etwa die Autismusspektrumstörung F84.5 (Erwachsene), der zurzeit eine recht intensive Forschungsaktivität zu attestieren ist: Der diagnostische Prozess ist nicht unaufwändig und verlangt Detailkenntnisse, die eher an Spezialambulanzen gegeben sind (vgl. Dziobek & Tebartz van Elst, 2021).

Ausblick: Für die Zukunft ist sicher auch im Bereich der psychodiagnostischen Verfahren zunehmend mit digitalen Lösungen zu rechnen – mit entsprechenden Vorteilen wie der Vermeidung von Auswertungsfehlern und dem zeitlichen Aufwand zur Auswertung klassischer „analoger“ Paper-pencil-Fragebögen. Beispiele hierfür sind das Hogrefe Testsystem HTS, Klenico oder TestOS. Grenzen dieser Systeme liegen aktuell unter anderem darin, dass sie jeweils nur eine Auswahl der für die Praxis relevanten Fragebogeninstrumente abbilden. Für die Zukunft entscheidend wird ferner sein, welche Schnittstellen diese Systeme zu Abrechnungssystemen, zu einer direkten Übernahme der Testergebnisse, z. B. in Be-

fundberichte, oder zur Rückmeldung der Testergebnisse an Patient*innen angeboten werden.

Für das wohl wichtigste Kriterium, die Validität des zu messenden Gegenstands, gilt realistischerweise generell, wenn gleich etwas banal: Praxis der Evaluation von Psychotherapie kann nur auf tatsächlich Vorhandenes, sprich auf bestehende Untersuchungsverfahren zurückgreifen. Oft erweist sich die inhaltlich intendierte Zielgröße auf der Messebene jedoch als unscharf umgesetzt, d. h. das Konstrukt ist für die Untersuchung nicht optimal getroffen (Flake & Fried, 2020). Auf der anderen Seite ist das Feld der klinischen Symptome, Syndrome und Diagnosen auch Gegenstand von Wertungen und Einigungen in Wissenschaft und Praxis, es unterliegt Wandlungen über die Zeit. Die Validitätsfrage mag also immer ein wenig vorläufig sein. Dass es sich hierbei um einen Prozess und eine immer wieder erforderliche neue Konsensfindung handelt, sehen wir derzeit beispielsweise wie erwähnt bei der Neufassung der Systematik von Persönlichkeitsstörungen (Hauser et al., 2021). Aber auch komplett neue Strukturierungsvorschläge für das Gesamtsystem psychischer Störungen stehen im Raum, etwa die Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – HiTOP (Conway et al., 2021), die in der nordamerikanischen klinischen Psychologie gegenwärtig stark diskutiert wird und in vielerlei Hinsicht ein ausgesprochen spannendes Entwicklungspotenzial bietet.

Praxisempfehlungen

Für Psychotherapie nach Richtlinienverfahren steht mehr und mehr die verbindliche Verwendung standardisierter Instrumente für Individualdiagnostik und Qualitätssicherung zur Diskussion. Für die Patient*innen sollten dabei störungsspezifische Verfahren zur Objektivierung und Verlaufsdagnostik bezogen auf die Behandlungsdiagnose(n) genutzt werden. Diese Messungen sollten aussagekräftige Beurteilungen der erzielten Veränderung (Verbesserung) ermöglichen, also zwischen **einerseits** Anmeldung bzw. Behandlungsaufnahme und **andererseits** Abschluss bzw. Katamnese.

Zusätzlich kann der Einsatz von Zwischenmessungen hilfreiche Anregungen bei therapeutischen Entscheidungen oder auch in der Supervision liefern. Als gute Praxis wäre hier vorzuschlagen, die Ergebnisse transparent mit dem*der Patient*in zu besprechen und Therapiefortschritte zu thematisieren bzw. weiteren Behandlungsbedarf zu klären.

Hinweis

Ein ausführliches Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag mit allen Angaben zu den besprochenen Messverfahren sowie zu Einleitung und Diskussion findet sich als kostenloser Download im elektronischen Supplement des Psychotherapeutenjournals. Gehen Sie hierzu bitte auf www.psychotherapeutenjournal.de, dort auf „Aktuelle Ausgabe“ (späterhin auf „Archiv“ – mit der Heftangabe 4/2021) und klicken Sie „Literaturverzeichnis Artikel Geissner & Koch“ an.

Literatur

Geissner, E., Ivert, P. & Schmitt, M. (2021a). Geeignete Messzeitpunkte in der Psychotherapieevaluation – Ein Vorschlag. *Verhaltenstherapie – Serie Expertendiskussion*, 31 (3), 248–254.

Geissner, E., Ivert, P. & Schmitt, M. (2021b). Proposal of Measurement Occasions for Unbiased Evaluation of Psychotherapy. *Verhaltenstherapie – Expert Discussion*. Online March, 11, 2021, DOI 10.1159 / 0005145; english fulltext version of Geissner et al. 2021a; free Access (PDF).

Lutz, W., Neu, R. & Rubel, J. (2019). *Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Rief, W., Schramm, E. & Strauß, B. (Hrsg.). (2021). *Psychotherapie – Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*. München: Elsevier (mehrere Kapitel aus diesem Werk werden im vorliegenden Beitrag zitiert, siehe ausführlich im elektronischen Supplement).



Prof. Dr. Edgar Geissner

Department Psychologie
Abt. Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität
München, Leopoldstr. 13
80802 München
edgar.geissner@campus.lmu.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Edgar Geissner ist Psychologischer Psychotherapeut und als Dozent und Supervisor in der postgradualen Aus-, Fort- und Weiterbildung wie auch als Supervisor*innenausbilder tätig; er gibt Seminare für (angehende) klinische Führungskräfte. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Diagnostik, Outcome-Messung und in der Erfassung differentiell-psychologischer Effekte von Psychotherapie.



Dr. Stefan Koch

Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee
skoch@schoen-klinik.de

Dr. Dipl.-Psych. Stefan Koch, ist Psychologischer Psychotherapeut; er arbeitet als Leitender Psychologe an der Schön Klinik Roseneck sowie als Supervisor und als Dozent in der Psychotherapieausbildung. In der Forschung beschäftigt er sich mit beruflichem Stress und psychischen Erkrankungen, mit Zwangsstörungen und mit Psychotherapieevaluation.

Doing Gender im therapeutischen Prozess – Genderkompetenz in der Praxis (Teil 2)

Brigitte Schigl

Zusammenfassung: Der Beitrag beschäftigt sich mit den praktischen Aspekten von Genderkompetenz in der Psychotherapie und setzt dabei die im Heft 2/2021 begonnenen Überlegungen für die Praxis fort. Nach einer Skizzierung wesentlicher Komponenten von Genderkompetenz werden, dem Prozess der Psychotherapie folgend, Fragen und Hinweise zu genderkompetenter Haltung und Handeln in der Praxis gegeben und Gender als Risikofaktor benannt. Neben dem Beachten der traditionellen binären Genderidentitäten widmet sich der Beitrag auch den spezifischen Anforderungen an eine genderkompetente Behandlung von LGBTIQ*-Personen. Genderthemen sollten zudem fest in die Psychotherapieausbildung integriert werden.

Vorbemerkung: Dieser Beitrag entstand in Auseinandersetzung mit den Anmerkungen der Reviewer*innen, die meinen Gender Beitrag im Heft 2/2021 kommentierten. Dabei fanden sich Fragen nach Beispielen zu den theoretischen Ausführungen und nach weiterführenden Hinweisen für die therapeutische Praxis. Diesen Wünschen komme ich nun mit einem zweiten Text nach. Die theoretischen Hintergründe für das hier Gesagte finden sich im Artikel „Doing Gender im therapeutischen Prozess – eine Grundlage für Genderkompetenz in der Psychotherapie“.

Genderkompetenz in der Psychotherapie

Wie am Ende des Beitrags „Doing Gender im therapeutischen Prozess – eine Grundlage für Genderkompetenz in der Psychotherapie“ im Psychotherapeutenjournal 2/2021 beschrieben, entsteht Genderkompetenz aus drei Elementen: Zuerst einmal dem Wollen, sich überhaupt mit Geschlechtszugehörigkeit als Kategorie auseinanderzusetzen und sie als wesentlich zu begreifen. Dies wird bei Psychotherapeut*innen wohl der Fall sein, lehren uns doch epidemiologische und soziologische Daten sowie die klinische Erfahrung der eigenen Praxis immer wieder, wie ungleich gesundheitsgefährdende und gesundheitsfördernde Faktoren entlang der Geschlechter verteilt sind (Kolip & Hurrelmann, 2016). Als zweites Element muss Wissen hinzutreten, d. h. diese unterschiedlichen Lebensbedingungen mit ihren unterschiedlichen Qualitäten und deren Implikationen müssen bekannt sein. Wir benötigen Informationen zu den jeweiligen Lebenswelten – die auch von Alter, Ethnie oder Bildung mitgeprägt werden – und dürfen uns nicht auf persönliche Alltags-Heuristiken verlassen. Dies mündet dann in die konkrete Praxis von gendersensibler Diagnostik und genderkompetentem Handeln in der Psychotherapie, etwa spezifisch für bestimmte stark gender-definierte Zielgruppen (Mädchen und Frauen mit Essstörungen, von

Partnergewalt betroffene Frauen, Täterarbeit, Drogenabhängigkeit, Spielsucht etc.) bzw. als generelle Haltung des Einbeziehens der spezifischen Situation beider bzw. aller möglichen Geschlechter. Surur Abdul-Hussain (2011, S. 56)¹ beschreibt Genderkompetenz als „bewusste und theoriegeleitete Analyse und systematische Reflexion von Praxissituationen, Strukturen, Denksystemen, Organisationen und Institutionen aus Genderperspektive, um daraus adäquates und gendergerechtes Handeln zu entwickeln und bei der Umsetzung dieses Handelns Unterstützung zu bieten“; sie weist damit auf die beiden nötigen Aspekte von Reflexion und Analyse sowie deren handlungsmäßiger Umsetzung hin.

In einem hermeneutischen Verstehen von den Phänomenen hin zu den Strukturen (Petzold, 2003a, S. 404 f.) bedeutet Genderkompetenz, über das Wahrnehmen von gendergefärbten Szenen und Dynamiken und das Erfassen der dahinterliegenden Muster hin zu einem (durch Wissen ermöglichten) vertieften Verständnis für die jeweilige Genderidentität ins genderkompetente therapeutische Handeln zu kommen.

Die weiteren Ausführungen sollen dazu praxisnahe Anregungen geben. Sie folgen dabei dem Prozess der Therapie und sind in Form von Fragen formuliert, die die Psychotherapeut*innen selbst für sich, in Intervention und Supervision reflektieren können und ggf. auch mit ihren Patient*innen besprechen.

Genderkompetenz im Prozess

Wenn wir den Prozess einer Psychotherapie nachzeichnen, steht am Beginn der eigene Wunsch oder die Empfehlung zur Behandlung.

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.

Am Beginn der Psychotherapie: Selbstwahl

Die meisten Patient*innen ziehen zur Wahl ihres*ihres Psychotherapeut*in v. a. deren Homepage, ggf. Folder oder andere Selbstbeschreibungen heran. Es scheint, als ob Geschlecht und Erreichbarkeit wesentliche Parameter für die Wahl eines*einer bestimmten Psychotherapeut*in wären und dass eine vorgefasste Vorstellung vom erwünschten Geschlecht des*der Psychotherapeut*in andere Parameter schlägt (Birnstein, 2015). Bezeichnenderweise wird bei jüngeren Psychotherapeut*innen (< 40 Jahre) das Aussehen als wichtig betrachtet, hier v. a. bei weiblichen Therapeutinnen, und zwar von ihren weiblichen wie männlichen Patient*innen (ebd.).

Genderkompetenz bedeutet bezüglich eines Anfragens nach einer Psychotherapie aus eigener Wahl der Patient*innen, dass Psychotherapeut*innen sich Gedanken machen, warum

— Neben der Erreichbarkeit scheint bei der Wahl eines*einer bestimmten Psychotherapeut*in eine vorgefasste Vorstellung von dessen*deren erwünschtem Geschlecht ausschlaggebend zu sein. —

die Wahl des*der Patient*in auf sie fiel. Dazu können etwa folgende Fragen erläutert werden: Hat der*die Patient*in eine Präferenz für ein bestimmtes Geschlecht seines*seiner bzw. ihres*ihres künftigen Psychotherapeut*in? Entspricht die angefragte Psychotherapeut*in dieser Präferenz – und was bedeutet es, wenn nicht? Welche Vorstellungen und Erwartungen knüpft der*die Patient*in an die Geschlechterpräsentation des*der Psychotherapeut*in? Was soll mit einer Person dieser Geschlechtszugehörigkeit (leichter) möglich sein? Geht es hier etwa um Kompensationen (von einer Person eines anderen Geschlechts verstanden zu werden, etwas aus deren Sicht erklärt zu bekommen?) oder um Similarität und darum, sich durch (phantasierte) Ähnlichkeit profunder erkannt zu fühlen? Gab es schon andere Therapieerfahrungen – mit dem gleichen/einem anderen Geschlecht? Was soll da wieder oder eben nicht mehr stattfinden?

Wichtig ist v. a. dann nachzufragen, wenn es dem*der Patient*in eben nicht möglich war, den*die Psychotherapeut*in frei zu wählen; weil die örtliche Erreichbarkeit oder das Vorhandensein freier kassenrefundierter Therapieplätze oder die Zuweisung im Rahmen stationärer Behandlung den Ausschlag gab. Hier kann es wichtig sein, einer Diskrepanz zwischen dem Wunschgeschlecht der*der Behandler*in und der tatsächlichen Geschlechterpräsentation nachzugehen. Besonders interessant ist es dabei zu eruieren, welche Phantasien der*die Patient*in hierzu mitbringt. Manchmal gibt es auch nur eine Diskrepanz zwischen einer erwarteten und der tatsächlichen Geschlechterrepräsentation des*der Psychotherapeut*in: Wie „weiblich“, „männlich“, androgyne, genderrol-

len-überschreitend oder konterkarierend erscheint der*die Psychotherapeut*in in den Augen des*der Patient*in? Wie sehr trifft oder enttäuscht das die Erwartung?

Am Beginn der Psychotherapie: Empfehlung/Zuweisung

Hat nicht der*die Patient*in, sondern eine andere Person direkt oder indirekt die Wahl des*der Psychotherapeut*in getroffen, stehen auch oft gender-konnotierte Rollenmuster dahinter. Hausärzt*innen empfehlen etwa von ihnen als besonders anspruchlich empfundene Patient*innen gerne an als „geduldig“ phantasierte weibliche Psychotherapeutinnen. Hier kann es interessant sein, sich Gedanken zu machen, warum ein*e Überweiser*in immer wieder Patient*innen empfiehlt und welche Vorstellungen er*sie damit verbindet. Ein kollegiales Nachfragen kann hier erhellend sein. Denn oft haben Patient*innen von diesen Überweiser*innen schon Vorinformationen mitbekommen, bei denen auch Gender eine Rolle spielen kann. Die Frage, welche Botschaften hier vermittelt wurden und deren Überprüfung auf Zusammenhänge mit der Geschlechterkonstellation machen Genderkompetenz aus. Wenn ein*e Psychotherapeut*in

die Vorannahmen, Wünsche und Delegationen des*der Überweiser*in kennt, kann er*sie das dann besser mit in den Prozess einbeziehen.

Auch hier sind Diskrepanzen zu den Vorinformationen und dem tatsächlich wahrgenommenen, eigenen ersten Eindruck des*der Patient*in aufschlussreich. Ebenso ist eine kritische Selbstbefragung, ob ich als Psychotherapeut*in in meiner Arbeit eine Genderpräferenz habe, mich bei einem Gender wohler fühle oder mich besser auszukennen glaube, hilfreich. Das Miteinbeziehen all dieser Aspekte in die diagnostischen und anamnestischen Fragen in den ersten Sitzungen einer Therapie kann wertvolle Hinweise für den Aufbau der therapeutischen Allianz und die Therapieplanung geben.

Die erste Begegnung

In den ersten Sekunden einer Begegnung ordnen wir unser Gegenüber ein und spüren, wie sympathisch diese Person auf uns wirkt. Viele Parameter dieser Einordnung laufen unbewusst und automatisiert, Gender kann dabei eine Rolle spielen. Genderkompetente Psychotherapeut*innen nutzen die spontanen Eindrücke in den ersten Minuten des Kontakts und beobachten, welche Elemente dieses Eindrucks (besonders) von der Geschlechtszugehörigkeit des*der Patient*in geprägt sind. Psychotherapeut*innen können sich dazu folgende Fragen stellen: Als welche/r Frau/Mann erschien mir der*die Patient*in, als ich ihr/ihm die Tür öffnete? Welche Genderrepräsentation verkörpert der*die Patient*in? Gibt es Abweichungen von den mir geläufigen Geschlechterbildern?

Hat etwas an ihrer/seiner Genderrepräsentanz mich verwirrt, angenehm oder unangenehm berührt? Inwieweit spielt das mit eine Rolle, eine*n anfragende*n Patient*in abzulehnen oder anzunehmen?

In der ersten Sitzung, wenn anamnestische Daten erhoben und Ziele formuliert (s. u.) werden, hilft es zu beobachten, ob der*die Patient*in von sich aus ihre/seine Geschlechtszugehörigkeit anspricht oder in Verbindung mit ihrem/seinem Leiden bringt. Sprechen Patient*innen ihre Sexualität an, in welcher Form? Genderkompetenz bedeutet auch, nicht ungefragt Heterosexualität zu unterstellen (Schigl & Gilli, 2020).

Generell ist es auch wichtig, sich selbst als Psychotherapeut*in in Bezug auf Gender in den Blick zu nehmen: Welches Frau-/Mann-Sein verkörpert der*die Behandler*in? Die Genderperformanz drückt sich etwa in verbaler wie nonverbaler Sprache, Kleidung oder auch der Einrichtung der Praxisräumlichkeiten aus (Duttweiler, 2013). Hilfreich ist hier als Psychotherapeut*in Rückmeldungen und eine Außensicht über die eigene Genderrepräsentation von anderen einzuholen, da man selbst oft hier einen blinden Fleck hat.

Diagnostik und Zielvereinbarung

Psychiatrische Diagnosen verteilen sich vielfach unterschiedlich entlang der Geschlechtszugehörigkeit. Frauen, Männer sowie Personen mit darüberhinausgehenden Genderidentitäten haben unterschiedliche Risiken, an Depressionen, Essstörungen, Süchten zu erkranken oder forensisch auffällig zu werden (Möller-Leimkühler, 2019). Genderkompetenz bedeutet, sich bewusst zu sein, dass die Symptome von Frauen und Männern bei derselben Problematik unterschiedlich sein können und dass es „gendertypische“ Häufungen von Diagnosen bei einem Geschlecht gibt, in denen sich gesellschaftliche Strukturen widerspiegeln. Hier ist es für Psychotherapeut*innen hilfreich, die eigenen Vorstellungen von psychischer Gesundheit und Krankheit bei den unterschiedlichen Geschlechtern zu reflektieren – denn diese Kriterien fließen implizit in die Zielvereinbarungen mit Patient*innen ein. Viele Belege deuten darauf hin, dass auch psychosoziale Fachleute Gendervorurteile reproduzieren (Kuhlmann, 2016).

In die Wünsche und Vorstellungen der Patient*innen über ein geglücktes Leben fließen ebenso Idealvorstellungen von Frau-/Mann-Sein mit ein. Wichtig ist es abzugleichen, inwieweit diese mit den Vorstellungen der Behandler*innen übereinstimmen oder diese konterkarieren. Oft sind diesbezügliche Ideen stark milieuspezifisch geprägt, auch andere Diversity-Faktoren wie Alter spielen dabei eine wesentliche Rolle. Die Reflexion, wie genderstereotyp Therapieziele angelegt sind, und solche Zusammenhänge ggf. auch mit den Patient*innen anzusprechen, kennzeichnet genderkompetente Psychotherapie. Ebenso sollte besprochen werden, welche Vorstellungen von psychotherapeutischer Behandlung ein*e Patient*in hat: Geht es darum, Verständnis zu finden und sich dadurch zu stabilisieren, aufgrund der eigenen Geschichte

und Vergangenheit Zusammenhänge zu erkennen oder mehr durch Aufgaben und zielgerichtete Bausteine Veränderung zu bewirken? Weibliche und männliche Patient*innen unterscheiden sich oft in ihren diesbezüglichen Vorlieben (BSP, 2017). Hier einen gemeinsamen Nenner zu finden (der auch mit den eigenen Methoden harmoniert), ist ein Element genderkompetenten psychotherapeutischen Vorgehens.

Genderkonnotierte Themen in der Psychotherapie

Genderkompetente Psychotherapeut*innen sind bei Themen, die unmittelbar mit Konstrukten von Weiblichkeit, Männlichkeit oder weiteren Genderidentitäten verbunden sind, besonders aufmerksam: Dies sind etwa Fragen der Geschlechtsidentität oder besonders leibnahe, mit Attraktivität, Sexualität, Begehren und Reproduktion verbundene Themen; ebenso durch Menschen verursachte traumatische Erlebnisse. Aber auch Themen, an denen sich gesellschaftliche Arbeitsteilung widerspiegelt, wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Karriereplanung, Care-Arbeit etc., sind solche „Gender-Hot-Spots“.

Genderkompetenz bedeutet diesbezüglich, sich bewusst zu sein, was die eigene Geschlechtszugehörigkeit als behandelnde*r Psychotherapeut*in für die Bearbeitung dieses Themas bedeuten kann. Dazu sind Fragen wie folgende hilfreich: Bei welchen Themen fällt die Genderzusammensetzung der therapeutischen Dyade besonders ins Auge oder wird sogar explizit Thema? Gibt es Themen, die (aufgrund einer mit der Zusammensetzung verbundenen Scheu oder Unsicherheit) vermieden werden? Ist es möglich, dies in der Sitzung mit dem*der Patient*in anzusprechen? Welche Übertragungsdynamiken sind in Bezug auf Gender beobachtbar? Welche Reaktionen löst dies bei dem*der Psychotherapeut*in aus?

In einer geschlechtshomogenen Zusammensetzung der therapeutischen Dyade kann durch die geteilte Genderzugehörigkeit und einem damit oft einhergehenden größeren Vorschussvertrauen möglicherweise weniger Vorsicht und empfundene Peinlichkeit bei solchen stark mit Geschlechtszugehörigkeit verbundenen Themen aufkommen.

Genderkompetente Psychotherapeut*innen sind sich dessen bewusst und reflektieren die Implikationen der Zusammensetzung der jeweiligen therapeutischen Dyade. Besonders bei oben genannten Themen (weitere mehr vgl. Schigl, 2018) sprechen sie die Geschlechterkonstellation und ihre Bedeutung für den Prozess und die Themenbearbeitung aktiv mit ihren Patient*innen an. Das kann im Extremfall bedeuten, dass – falls beide zum Schluss kommen, die Genderkonstellation mache eine Bearbeitung besonders schwierig – die Therapie auch mit einem*einer Psychotherapeut*in eines besser passenden Genders fortgesetzt wird – z. B. bei erst im Lauf einer Psychotherapie erinnerten sexuellen Übergriffen und Missbrauchserfahrungen.

Spezielle Dynamiken und besonders herausfordernde Situationen im Prozess

Psychotherapeut*innen kennen besonders herausfordernde Momente in therapeutischen Prozessen, etwa wenn die Therapie und deren Fortführung in Frage gestellt wird. Das kann sich in einem Dissens über wesentliche Therapiethemen und -ziele, in „Widerstand“, mangelnder Kooperation bis hin zu aggressiven Dynamiken äußern. Aber auch die (scheinbar) gegenteiligen Wünsche nach intensiver Nähe und Freundschaft, verschmelzende oder erotische Atmosphären benötigten höchste Beachtung des Doing Gender aufseiten der Patient*innen wie der Psychotherapeut*innen.

Hilfreich und Genderkompetenz fördernd können hier kritische Analysen wie folgt sein: Wie war die Inszenierung der schwierigen Situation seitens des*der Patient*in? In welcher Weise hat der*die Psychotherapeut*in darauf reagiert? Wurde die Situation dadurch mehr angeheizt, d. h. hat sich Doing Gender gegenseitig verstärkt und zu Blockaden oder zu schnellem Konsens geführt? Welche Emotionen waren dabei bei Patient*in und Psychotherapeut*in im Spiel bzw. wurden sichtbar (vgl. Schigl, 2018b)? Inwieweit bilden sich gendergebundene Verhaltensweisen darin ab?

Genderkompetente Psychotherapeut*innen sind sich ihrer internalisierten Geschlechterperformanz bewusst. Sie haben sich in Selbsterfahrung und kritischer Reflexion damit auseinandergesetzt, welche subtilen Unterschiede sie in ihren Re-

Genderkompetente Psychotherapeut*innen sind sensibel dafür, dass unterschiedliche Kommunikations- bzw. Beziehungsstile bei Frauen und Männern auch in der aktuellen Psychotherapie zum Tragen kommen, je nachdem, auf welcher Genderkombination die therapeutische Beziehung fußt.

sonanzen auf verschiedene Ausformungen von Weiblichkeiten und Männlichkeiten haben. Dazu können Fragen wie folgt helfen: Als welche Art Frau/Mann oder sonstige Genderidentität nimmt der*die Psychotherapeut*in den*die Patient*in wahr? Welche unmittelbaren Gefühle von Sympathie oder Abneigung löst das aus? Wie sehr nimmt der*die Psychotherapeut*in bei seinem*seiner bzw. ihrem*ihrer Patient*in Ähnlichkeit und Verbundenheit oder Fremdheit und Anderssein wahr? Wie wird mit dem*der Patient*in gearbeitet: Werden emotionale Szenen evoziert und Gefühle bearbeitet, oder bleibt man eher auf kognitiver Ebene in der Reflexion? Gibt es Atmosphären von erotischer Anziehung? Gibt es Konkurrenz und Aggression? Wie gut kann mit dem*der Patient*in über die therapeutische Beziehung gesprochen werden?

Genderkompetente Psychotherapeut*innen sind sensibel dafür, dass sich Kommunikations- bzw. Beziehungsstile auf-

grund der Sozialisation als Frauen oder Männer geformt haben und auch in der aktuellen Psychotherapie zum Tragen kommen, je nachdem, auf welcher Genderkombination die therapeutische Beziehung fußt (Schigl, 2020).

Geschlecht als Risikofaktor?

Wenn Gender in der Psychotherapie nicht beachtet wird, kann das zur Fortschreibung dysfunktionaler Verhaltensmuster bis hin zu Verwerfungen im Prozess führen. Solche therapeutischen Fehler lassen sich in vier Kategorien, geordnet nach dem Grad ihrer Problematik unterteilen (Schigl & Gahleitner, 2013). Neben Alltagsfehlern, die auch hinreichend kompetenten Psychotherapeut*innen hin und wieder passieren, sind dies Fehler in schwierigen Situationen (siehe „Spezielle Dynamiken und besonders herausfordernde Situationen im Prozess“): Hier wäre in Bezug auf Doing Gender etwa eine unpassende Reaktion auf Verliebtheit und Flirtversuche von Patient*innen zu sehen, die je nach Gender des*der Behandelnden von handlungseinschränkender Verunsicherung bis zu narzisstischer Aufwertung im Persönlich-Nehmen reichen kann. Auch der Umgang mit aggressiven Patient*innen kann je nach Gender unterschiedliche Herausforderungen mit sich bringen. Als nächst(schwerwiegende) Fehlerkategorie zählen Kunstfehler, die nicht nur punktuell in einzelnen schwierigen Situationen vorkommen, sondern systematisch durch mangelnde Kompetenz bedingt sind. Dies sind im Bereich von Gender etwa gendertypisierende Interpretationen des

Verhaltens der Patient*innen und unreflektierte eigene Gendervorurteile: Beispiele sind etwa das unhinterfragte Übernehmen von genderspezifischen Wünschen in Bezug auf Körperlichkeit, das Nicht-Erkennen (subtiler) partnerschaftlicher Gewalt oder Festhalten an gendertypisierenden Verhaltensweisen. Aber auch sich selbst als ganz „neutral“ zu sehen

und eigenes Doing Gender nicht zu hinterfragen und die Genderperspektive gänzlich auszublenden, fällt ebenfalls in diese Kategorie. Die schwerwiegendste Fehlerkategorie ist Handeln wider berufliche Ethik, wie es etwa in der Aufnahme sexuell-erotischer bzw. narzisstisch-ausbeuterischer Beziehungen mit Patient*innen oder Aggression gegen Patient*innen der Fall ist. Hier sind die Gefahren entlang der Gender unterschiedlich verteilt: Über 80 % der von Abstinenzverletzungen Betroffenen sind einer Studie des Ethikvereins zufolge weibliche Patient*innen: Sexuelle Übergriffe werden dabei zu 80 % von männlichen Psychotherapeuten verübt (von denen 90 % über 60 Jahre alt sind) (Bühning, 2019). Über sexuelle Übergriffe jenseits heterosexueller Orientierung ist die Datenlage prekär (Wolf, 2008). Weibliche Therapeutinnen entwickeln eher nicht-sexuelle Varianten unangebrachter Nähe wie soziale und finanzielle Verstrickungen (Leitner et al., 2012; Bühning, 2019). In diesen Formen ethischer Grenzverletzungen zeich-

nen sich die genderspezifischen Tönungen der therapeutischen Dyaden deutlich ab (Schigl, 2018b).

Eine Studie der Donau-Universität Krems zu Schäden, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie (Leitner et al., 2014) weist anhand der quantitativen Umfragedaten von über 2.000 Patient*innen ein erhöhtes Risiko in der Dyade männlicher Therapeut/weibliche Patientin aus. In dieser Zusammensetzung war das Risiko für Nebenwirkungen wie Belastungsempfinden durch die Psychotherapie, Isolation oder emotionale Labilisierung signifikant höher als in den anderen drei Gender-Kombinationen. (Dabei war aber die erwünschte Wirkung der Psychotherapie statistisch über alle Dyaden gleich verteilt, d. h. weibliche und männliche Psychotherapeut*innen behandelten im Schnitt gleich erfolgreich). Das Risiko zeigt auch die Zunahme an Lebenszufriedenheit im Rahmen der Therapie: Diese ist bei der Dyade weibliche Patientin und männlicher Therapeut insgesamt am geringsten (bzw. kann in einzelnen Lebensbereichen während der Therapie sogar abnehmen), den höchsten Zufriedenheitsgewinn erzielen männliche Patienten bei männlichen Therapeuten, gefolgt von weiblichen Patientinnen bei weiblichen Therapeutinnen (alle Daten in Schigl, 2014).

Will man genderbedingte Risiken und Fehler vermeiden, ist am besten die Reflexion dieser Dynamiken mit genderkompetenten Kolleg*innen und Supervisor*innen geeignet. Immer dann, wenn ein Ansprechen „peinlich“ oder „unsagbar“ wird, ist es umso nötiger, sich hier mit einer Außensicht in Verbindung zu setzen. Generell hilft es, wenn Psychotherapeut*innen sich mit ihren Patient*innen ins Einvernehmen darüber setzen, wie sie ihren Prozess einschätzen, welche Emotionen in bestimmten Situationen aufgekommen sind. Notwendig ist dazu, dass Psychotherapeut*innen ihr Handeln zur Diskussion stellen und sich selbst als Teil des (Beziehungs-)Prozesses verstehen.

Herausforderungen bei LGBTIQ*-Patient*innen

Genderidentitäten sind in den letzten Jahren in Fluss gekommen und gehen immer mehr über das herrschende „heteronormative“ binäre System der Zweigeschlechtlichkeit hinaus (Kleiner, 2016). Die ersten wesentlichen Aufweitungen fanden im Bereich der sexuellen Orientierung statt. Nachdem lange Zeit nicht-heterosexuell Begehrende als abnormal diagnostiziert wurden, beginnt sich dieses Bild in der Gesellschaft zu ändern, was auch Niederschlag in der Rechtsprechung und psychiatrischen Diagnostik findet. Wir gehen heute davon aus, dass sexuelle Orientierungen und Genderidentität nichts mit psychischer Gesundheit oder Krankheit zu tun haben, und Menschen unterschiedlichster sexueller Orientierungen und Identitäten psychische Krankheiten entwickeln können – beides sollte aber unterschieden werden (Rauchfleisch, 2016). Neben homosexueller Orientierung werden weitere Genderidentitäten sichtbar: Transidente Personen fühlen sich im fal-

schen Geschlechtskörper geboren und verorten sich selbst im anderen Gender (in einer binären Nomenklatur). Intersexuelle Menschen sind biologisch uneindeutig geboren und haben ein Recht darauf, als eine weitere Kategorie von Genderidentität zu leben und sich nicht für eines der beiden Geschlechter entscheiden zu müssen. Weitere Genderidentitäten sind im Entstehen und bilden sich in immer differenzierter werdenden Communitys aus: LGBTIQ*-Personen (für Lesbisch-Gay-Bisexuell-Trans-Inter-Queer) machen inzwischen ca. 5 % der erwachsenen Bevölkerung aus, genderfluide und non-binäre Identitäten stellen Zweigeschlechtlichkeit ganz grundlegend in Frage.

Ein relativ hoher Prozentsatz dieser Personen (v. a. der mittleren und höheren Bildungsschicht) nimmt Psychotherapie in Anspruch (Wolf, 2016). Dies kann auf den sog. Minority Stress und Mikroaggressionen zurückgeführt werden, denen diese Personengruppen ausgesetzt sind (Lerch, 2019). Sie versuchen in der Psychotherapie ihre sexuelle Identität, Orientierung des Begehrens sowie die daraus resultierenden Erfahrungen in der Mehrheitsgesellschaft zu bearbeiten. Sie erwarten sich dabei Unterstützung, wie sie auch in evidenzbasierten Leitlinien etwa der APA (2011) als state of the art für Genderkompetenz gefordert wird.

Die Gruppe der Menschen mit über Heterosexualität hinausgehenden Erfahrungen und Anliegen ist größer, als von Psychotherapeut*innen angenommen. Viele Kolleg*innen geben an, noch keine lesbischen, schwulen und bisexuellen Patient*innen behandelt zu haben. Dies mag auch in einer durch Tabuisierung begründeten Wahrnehmungsabwendung liegen, wie Gisela Wolf (2016) konstatiert. Denn ohne eine deutlich gezeigte Offenheit seitens der Psychotherapeut*innen verschweigen Patient*innen aktiv und bewusst solche Erfahrungen.

Was bedeutet das nun für genderkompetente Psychotherapeut*innen in der Praxis? Wie bei allen Aspekten von Genderkompetenz ist die wichtigste Komponente, sich der eigenen Haltung zu diesem Thema bewusst zu werden und diese idealiter in Selbsterfahrung und Supervision zu erleben und zu reflektieren. Psychotherapeut*innen sollten sich kritisch hinterfragen, ob sie Homosexualitäten und queere Gender als Varianten der Norm ansehen oder für sich doch eher pathologisch einordnen. Nur wenn eine wirkliche Offenheit besteht, haben LGBTIQ*-Patient*innen die Chance, in ihrer Therapie korrigierende Erfahrungen von Angenommen-Werden zu machen. Dies ist umso wichtiger, da die Mehrzahl von ihnen diesbezüglich Schwierigkeiten erlebt haben: Eltern, Angehörige und Freunde tun sich oft schwer, nicht-heterosexuelle Orientierungen und queere Identitäten wertzuschätzen und Psychotherapeut*innen sollen ja nicht zu Repräsentant*innen früherer Ablehnungen werden.

In der Psychotherapie gibt es verschiedene Fallstricke entlang der Resonanzen und Übertragungen bzw. Gegenübertragungen, die LGBTIQ*-Patient*innen in ihren Psychotherapeut*in-

nen auslösen können (Rauchfleisch, 2019). Sollten negative Übertragungen seitens der Behandler*innen auftauchen, müssen diese sofort als solche erkannt und z. B. in Supervisionen bearbeitet werden, da sie sich sonst behindernd auf den weiteren therapeutischen Prozess auswirken. Umgekehrt können auch Patient*innen jederzeit solche negativen Übertragungen selbst mit den wohlmeinendsten Behandler*innen produzieren, die dann in Zusammenhang mit früheren schmerzvollen Erfahrungen gebracht werden müssen. Negative Gegenübertragungen können als Widerspiegelung der homophoben oder transphoben gesellschaftlichen Haltung gegenüber Lesben, Schwulen und Bisexuellen oder Transidenten verstanden werden. Genderkompetente Bearbeitung kann dann verinnerlichte homo- oder/und transphobe Anteile bei den Patient*innen identifizieren.

Ebenso gilt es auch bei idealisierenden Übertragungen und einem Sich-Verbünden vorsichtig zu sein. Dies tritt oft dann auf, wenn lesbische oder schwule Patient*innen von einem*einer ebenso orientierten Psychotherapeut*in behandelt werden. Groß ist die Versuchung, alles „Böse“ nach außen zu projizieren und sich zu verbrütern bzw. verschwestern. Denn Genderkompetenz kann nicht automatisch bei homosexuell orientierten Psychotherapeut*innen angenommen werden – wenn gleich diese sich leichter tun, vieles aus eigener Erfahrung zu verstehen – so wie in genderhomogenen Dyaden.

Bei idealisierenden Übertragungen und einem Sich-Verbünden zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in aufgrund gleicher sexueller Orientierung ist Vorsicht geboten.

Genderkompetente Psychotherapeut*innen helfen ihren LGBTIQ*-Patient*innen auch, sich bewusst zu machen, welche Ressourcen und Resilienzen sie sich schon angeeignet haben. Denn ein Coming-out-Prozess bedarf einer Vielzahl gesunder Ich-Funktionen: Sich als abweichend zu erkennen und zu präsentieren, auch auf die Gefahr von Ablehnung hin, zeugt von Zivilcourage und dem Mut, sich selbst anzunehmen. Diese Perspektive wird in der Therapie als sehr stärkend erlebt (Rauchfleisch, 2016).

Genderkompetenz bedeutet auch, bei aufkommender Befangenheit oder Unsicherheit diese offen anzusprechen und klarzulegen, dass etwa bestimmte Sachverhalte queerer Communitys unbekannt sind. Befangenheiten äußern sich häufig in Zusammenhang mit Trans*- oder non-binären Personen und spiegeln unsere Verwirrung und Verunsicherung wider, die durch die Überschreitungen binärer gesellschaftlicher Gendervorstellungen hervorgerufen wird. Allerdings bedarf es für die Begleitung von Trans-Personen guter Kenntnisse über die Prozesse der Transition – es reicht nicht mehr wie noch vor zehn Jahren, sich alles von den Patient*innen selbst erklären zu lassen. Es kann auch genderkompetente Psychotherapeut*innen unangenehm berühren, wenn et-

wa bei einer Transition jenes Geschlecht, dem auch der*die Psychotherapeut*in angehört, abgelegt wird und dabei zu ebendiesem Gender abwertende Gefühle geäußert bzw. das angestrebte opposite Gender sehr idealisiert wird. Es kann auch gerade für genderkompetente Psychotherapeut*innen schwierig sein, wenn Trans*-Personen eine sehr traditionelle Auffassung des angestrebten Geschlechts leben wollen.

Besondere Kompetenz und Aufmerksamkeit ist geboten, wenn Menschen mit homosexueller Orientierung oder queerer Identität nicht nur das Leiden präsentieren, das sie als solche durch gesellschaftliche Ausgrenzungsprozesse erfahren haben. Denn manche psychische Krankheitsbilder, wie Borderline oder narzisstische Störungen, verstärken sich mit Phänomenen dieser gesellschaftlichen Schwierigkeiten. Es ist dann gar nicht so leicht zu unterscheiden, ob empfundene soziale Ablehnung, Beziehungsabbrüche und Konflikte der Reaktion auf die jeweilige Genderidentität geschuldet oder Ausdruck einer zusätzlich vorhandenen Pathologie sind (Rauchfleisch, 2016).

Aussagen wie „Ich schaue individuell auf jeden Menschen, die sexuelle Orientierung oder Genderidentität spielt für mich keine Rolle“ oder „Ich habe kein Problem mit schwulen Patient*innen“ scheint zwar unvoreingenommene Offenheit zu signalisieren, ist aber nicht genderkompetent. Sie blendet

eigene Gegenübertragungsreaktionen, in die gesellschaftliche Prozesse eingehen, aus und wird der Realität von lesbischen, schwulen oder queeren Patient*innen nicht gerecht. Sie folgt damit der gesellschaftlichen Tabuisierung und Ausgrenzung. Genderkompetenz

bedeutet auch, sich mit gesellschaftlichen Machtpositionen auseinanderzusetzen und Diskriminierungen nicht fortzuschreiben. Vor allem aber sich als Psychotherapeut*in mit den Patient*innen über die therapeutische Beziehung in Bezug auf Gender auszutauschen und, wenn es durch Irrtümer oder Fehler zu Verwerfungen kommt, diese gemeinsam zu lösen – sich ggf. auch zu entschuldigen.

Ausbildung von Genderkompetenzen

Genderkompetenz sollte schon in der psychotherapeutischen Basisausbildung grundlegend vermittelt werden. Leider sind Gender und Sexualität noch immer weitgehend Leerstelle in der Theoriebildung und in Ausbildungsgängen psychotherapeutischer Verfahren (Beltz & Riecher-Rössler, 2017). Wenn Gender überhaupt thematisiert wird, dann nur auf der Patient*innenseite und nicht als geteilte soziale Realität, die sich in der therapeutischen Interaktion niederschlägt (Schigl, 2021). Hier wäre ein gendersensibler Blick auf Lehrende wie Curricula für eine Verbreiterung der Genderkompetenz dringend vonnöten (Bundesministerium für Gesundheit, 2010; Schigl, 2016), um genderkompetentes Handeln auch in der

Psychotherapie zum selbstverständlichen Standard zu machen. Fortbildungen v. a. zu LGBTIQ*-Themen sollten mit der Zunahme derartiger Anfragen in den psychotherapeutischen Praxen ebenso Selbstverständlichkeit für praktizierende Psychotherapeut*innen werden. Hilfreich ist auf jeden Fall, sich mit den unterschiedlichen Theorien zu Gender auseinanderzusetzen – sie erhellen eigene stereotypisierende Vorannahmen und helfen die auch widersprüchlichen Aussagen und Paradigmen zum Thema Gender besser einzuordnen (Schigl, 2011). Auch die Perspektiven zur Vermeidung des gender bias können hier hilfreich sein (Eichler et al., 2000).

Gelungene Psychotherapie weist über Genderstereotypen hinaus

In unserer primären Sozialisation werden die Schemata von Weiblichkeit und Männlichkeit kognitiv, emotional und leiblich in uns verankert. Je bewusster sich Psychotherapeut*innen dieser sind und je besser sie ihre eigenen diesbezüglichen Erfahrungen zur Verfügung haben, umso besser können sie förderliche und krankmachende Aspekte von Gender erkennen. Aus der Resilienzforschung wissen wir, dass eher androgyne bzw. gender-opposite Verhaltensweisen resiliente Personen kennzeichnen (Bröckling, 2012). D. h. Patient*innen könnten von sanftern, zugewandten und beziehungsstiftenden männlichen Psychotherapeuten und kraftvollen, für sich einstehenden selbstbewussten weiblichen Psychotherapeutinnen profitieren (Zehetner, 2020). Gute Psychotherapeut*innen (beiderlei Geschlechts) haben beides, Kompetenz und Warmherzigkeit. Im therapeutischen Prozess ist die bewusste Ausgestaltung der jeweiligen Geschlechtsrolle für gelebte Genderkompetenz und erfolgreiche Psychotherapie bedeutsam. „Die Pole Weiblichkeit und Männlichkeit in Bewegung zu bringen und die Vielfalt des Seins zuzulassen, kann einen Freiheits- und Gesundheitsgewinn für alle bedeuten“ (Zehetner, 2020, S. 20). Sie beinhaltet dabei eine kritische Position, die Machtverhältnisse in den Blick nimmt und auch soziale Problemlagen in individuellen Leidenszuständen erkennt.

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.

Abdul-Hussain, S. (2011). Genderkompetenz in Supervision und Coaching. Wiesbaden: VS-Verlag.

American Psychological Association (APA). (2011). Practice Guidelines for LGB Clients. Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay and Bisexual Clients. Verfügbar unter: www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines (17.10.2021).

Belz, M. & Riecher-Rössler, A. (2017). Geschlechtsspezifische Aspekte in der Psychotherapie. Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen – mit Zugang zur Medizinwelt. München: Beltz.

Eichler, M., Fuchs, J. & Maschewsky-Schneider, U. (2000). Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Zeitschrift f. Gesundheitswissenschaften, 8, 293.

Lerch, L. (2019). Psychotherapie im Kontext von Differenz, (Macht)Ungleichheit und globaler Verantwortung. Diversity & Intersectionality als hilfreiche Perspektiven für eine gesellschaftskritische Psychotherapie. Psychotherapie Forum, 23 (1–2), 51–58.

Rauchsfleisch, U. (2019). Sexuelle Identitäten im therapeutischen Prozess. Zur Bedeutung von Orientierung und Gender. Stuttgart: Kohlhammer.

Schigl, B. (2010). Feministische + Gendertheorie – Diskurse und ihre Bedeutung für das psychosoziale Feld. Journal für Psychologie, 18 (3). Verfügbar unter: www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/32/190 (17.10.2021).

Schigl, B. (2014). Gendered Risk: Risikofaktor Geschlecht? In A. Leitner, B. Schigl & M. Märtens (2014). Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen (S. 51–65). Wien: facultas.

Schigl, B. (2018a). Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis (2., erw. und überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

Wolf, G. (2016). Psychotherapeutische Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung. Psychotherapie-Wissenschaft, 6 (2), 100–108.



Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Schigl, MSc

Rembrandtstraße 4/11
1020 Wien
brigitte.schigl@aon.at

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Schigl, MSc, ist klinische und Gesundheitspsychologin und Psychotherapeutin (Integrative Therapie) und ist tätig als Dozentin in der Ausbildung von Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften in Krems. Sie forscht seit 15 Jahren zum Thema Gender und arbeitet in freier Praxis.

Depressive Störungen in der ICD-11: Was bleibt, was ist neu?

Christine Kühner, Isabelle F. Schrickler & Sibel Nayman

Zusammenfassung: Dieser Beitrag stellt die wichtigsten Neuerungen im Bereich Depressiver Störungen von der ICD-10 zur ICD-11 dar. In den ICD-11-Leitlinien werden nun deutlich systematischer Bestimmungsmerkmale, Differenzialdiagnosen, Schwellenwerte sowie kulturelle, entwicklungspsychologische und genderbezogene Aspekte beschrieben, die eine zuverlässigere Diagnostik ermöglichen. Depressive und Bipolare Störungen sind nun klar getrennt, und die Kriterien Depressiver Episoden sind dem DSM-5 stärker angeglichen. Zusatzkodierungen kennzeichnen Subgruppen mit Besonderheiten hinsichtlich Symptomatik, Verlauf und Behandlungsoptionen. Auch zyklusbezogene Besonderheiten Depressiver Störungen bei Frauen werden berücksichtigt. Die Dysthyme Störung bleibt von anderen Formen chronischer Depressionen abgegrenzt, sie können nun jedoch gemeinsam kodiert werden. Die ICD-11 ist für die Depressiven Störungen weiterhin der kategorialen Diagnostik verpflichtet. Ein erster Schritt zur transdiagnostischen Betrachtung ist die stärkere Berücksichtigung komorbider Depressions- und Angstsymptomatik unterschiedlicher Schweregrade. Folgerungen für Praxis und Forschung werden diskutiert.

Einleitung

Depressive Störungen, gefolgt von Angststörungen, stellen die häufigsten psychischen Erkrankungen dar, die aus Bevölkerungsstudien, Hausärzt*innenpraxen sowie spezialisierten Settings berichtet werden (Andrade & Wang, 2012).¹ Sie zählen damit zu den wichtigsten psychiatrischen Diagnosen, die auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zur globalen Krankheitslast beitragen (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2017). Reliable und valide Depressionsdiagnosen, aber auch die klinische Nützlichkeit der zugrundeliegenden Klassifikationssysteme sind deshalb sowohl unter Behandlungs- als auch unter Public Health Aspekten von großer Bedeutung (Stein et al., 2021).

Die Einführung der ICD-11 als Nachfolgerin der ICD-10 wird eine substanzielle Bedeutung für den Versorgungsalltag der praktisch tätigen Psychotherapeut*innen haben. Die ICD-11 ist seit 2018 auf der Homepage der WHO publiziert (WHO, 2018) und soll ab 2022 in einem fünfjährigen Übergangszeitraum die ICD-10 als klinisches Diagnoseinstrument ablösen. Damit handelt es sich nicht nur um ein wissenschaftlich relevantes Diagnosesystem, sondern um einen nach dieser Übergangsfrist bindenden Maßstab zur Dokumentation und Abrechnung, der somit alle Bereiche der Gesundheitsversorgung erfasst. Erstmals wird neben einer Festversion („frozen version“) auf der WHO-Homepage eine offene Version („maintenance platform“) zur möglichen Aufnahme weiterer Änderungen präsentiert, welche dann in bestimmten Abständen in die Festversion überführt werden können. Damit soll die Berücksichtigung neuer Forschungserkenntnisse gewährleistet werden.

Die WHO hat bei der Entwicklung der ICD-11 wie schon in der ICD-10 der klinischen Nützlichkeit und weltweiten Anwendbarkeit des Diagnosesystems höchste Priorität zugesprochen. Während das DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) einen durchweg *operationalisierten* Ansatz verfolgt (z. B. „x Symptome müssen über einen Zeitraum von y Tagen auftreten, ... davon müssen mindestens z Symptome aus den Bereichen A, B oder C vorliegen“) und damit insbesondere im – auch europäischen – Forschungskontext verstärkt Anwendung findet, verfolgt die ICD-11 weiterhin einen weitgehend *prototypischen* Ansatz (z. B. „es müssen mehrere Symptome einer depressiven Episode in ausgeprägter Form vorliegen oder zahlreiche Symptome von geringerer Schwere“). Gegenüber der ICD-10 wurden jedoch auch Änderungen vorgenommen, die in verschiedenen Bereichen zu einer stärkeren Operationalisierung und damit zu einer Annäherung an das DSM-5 geführt haben. Eine grundlegende Veränderung des zugrundeliegenden Konzepts gegenüber der ICD-10, die ja bereits den Wechsel von einem nosologischen hin zu einem deskriptiven Modell vollzogen hat, besteht jedoch im Bereich der Depressiven Störungen nicht (im Gegensatz zu den Persönlichkeitsstörungen, bei denen der klassifikatorische Ansatz in der ICD-11 durch eine dimensionale Einordnung mit Schweregradabstufungen ersetzt wurde).

Aktuell sind die konkreten klinischen Beschreibungen und diagnostischen Leitlinien (Clinical Descriptions & Diagnostic Guidelines [CDDG]; <https://gcp.network/de/icd-11-guidelines/>) noch in Überarbeitung; sie sollen im Laufe des Jahres 2021

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.

publiziert werden. Für die Affektiven Störungen soll es jedoch bis auf mögliche minimale Formulierungsanpassungen keine Änderungen mehr geben (G. Reed, persönliche Kommunikation, 06.08.2021), sodass wir uns heute auf diese in der vorliegenden Form beziehen.²

Eine wichtige Neuerung der ICD-11 ist, dass in den CDDG erstmals eine ausführliche Beschreibung der klinischen Leitlinien für alle Störungsbilder, so auch für die Depressiven Störungen, nach **essenziellen (erforderlichen) Merkmalen** der Störung und **zusätzlichen klinischen Merkmalen** vorgelegt wird. Zudem werden deutlich ausführlicher als in der ICD-10 **Differenzialdiagnosen und Abgrenzungen zu klinisch unauffälligen Ausprägungen** („thresholds“) beschrieben wie auch **entwicklungsbezogene, kulturelle und genderbezogene Aspekte** (Annäherung an das DSM-5).

Einordnung der Depressiven Störungen in der ICD-11

Das Kapitel „Affektive Störungen“ (Mood Disorders) wird in der ICD-11 unterteilt in Depressive Störungen (6A7, vgl. Tabelle 1) und Bipolare und Verwandte Störungen (6A6). Das Kapitel „Anhaltende affektive Störungen“ der ICD-10 (F34) wurde komplett aufgegeben. Die Dysthyme Störung ist nun in die Depressiven Störungen integriert (6A72), die Zylothyme Störung in die Bipolaren und Verwandten Störungen (6A62). Auch die gemischte affektive Episode (ICD-10: F38.0) ist nun der Bipolar-I-Störung zugeordnet (6A60).

ICD-10	Beschreibung	ICD-11
	Depressive Störungen	6A7
F32	Einzelne Depressive Episode	6A70
F33	Rezidivierende Depressive Störung	6A71
F34.1	Dysthyme Störung	6A72
F41.2	Gemischte Depressive und Angststörung	6A73
-	Prämenstruelle Dysphorische Störung	GA34.41
F32.8, F33.8	Sonstige Depressive Störungen	6A7Y
F32.9, F33.9	Nicht näher bezeichnete Depressive Störungen	6A7Z

Tabelle 1: Kodierung Depressiver Störungen: ICD-10 und ICD-11

Im Folgenden beschreiben wir Neuerungen der ICD-11 gegenüber der ICD-10 im Kapitel *Depressive Störungen* und gehen dabei auch auf Überschneidungen und Unterschiede zum DSM-5 ein, soweit relevant. Dies betrifft die Kriterien der Depressiven Episode, Zusatzkodierungen für Depressive Episoden sowie Kriterien für weitere Depressive Störungen in der ICD-11.

Kriterien der Depressiven Episode in der ICD-11

In der ICD-11 müssen für eine Depressive Episode (6A70 Einzelne Episode, 6A71 Rezidivierende Störung) folgende Kriterien erfüllt sein:

- 1) Es müssen mindestens fünf von zehn Symptomen über mindestens zwei Wochen fast den ganzen Tag, fast jeden Tag vorhanden sein (ICD-10: mindestens vier von zehn).

Die ICD-11 unterscheidet bei den zehn Kriteriensymptomen erstmals in: a) ein affektives Cluster (depressive Verstimmung – bei Kindern und Jugendlichen auch Reizbarkeit –, deutlicher Verlust von Interesse oder Freude an Alltagsaktivitäten – kann auch Libidoverlust beinhalten –), b) ein kognitiv-verhaltensmäßiges Cluster (verminderte Konzentration oder verringerte Entscheidungsfähigkeit, Verlust des Selbstwertgefühls oder exzessive oder unangemessene Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit gegenüber der Zukunft, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken oder Suizidversuch) und c) ein neurovegetatives Cluster (deutliche Schlafstörungen jeder Art, deutliche Appetit- oder Gewichtsveränderung, psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung und reduzierte Energie oder Erschöpfung).

- Mindestens eines dieser Symptome muss depressive Verstimmung oder deutlicher Verlust an Freude oder Interesse an Alltagsaktivitäten sein (Leitsymptome wie im DSM-5).
- Antriebslosigkeit/Energieverlust zählt in der ICD-11 zu den Begleitsymptomen (ICD-10: Leitsymptom).
- Hoffnungslosigkeit wurde in der ICD-11 neu als Begleitsymptom aufgenommen aufgrund der Beobachtung, dass dieses Symptom besser zwischen depressiven und nichtdepressiven psychiatrischen Patient*innen differenziert als die Mehrzahl anderer Depressionssymptome (vgl. *Reed et al., 2019*).
- Verlust von Selbstwert und Schuldgefühle werden nicht mehr als getrennte Kriteriensymptome verrechnet.

- 2) Die Symptome sind nicht besser durch eine Trauerreaktion erklärbar (s. u.).
- 3) Die Störung ist nicht Folge eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Gehirntumor, Störung der Schilddrüsenfunktion) oder physiologische Auswirkung einer Substanz (einschließlich Medikamente) oder des Entzugs von Substanzen (z. B. Alkohol, Benzodiazepine, wie im DSM-5).

² Die Diagnosekriterien nach der ICD-11 sollen laut Auskunft des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (Stand 11.10.2021) zum 01.01.2022 auch in Deutschland veröffentlicht werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegt dazu, ebenso wie zu den klinischen Leitlinien, jedoch noch keine verbindliche Übersetzung vor, sodass die im Beitrag vorgenommenen Bezeichnungen oder Textauszüge noch geringfügigen Änderungen unterliegen können.

4) Die Symptomatik verursacht bedeutsame Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (ähnlich wie im DSM-5; dort ist jedoch auch bedeutsames Leiden als „oder“-Bedingung aufgeführt). Als Zusatz findet sich in der ICD-11: „Wenn die Funktionsfähigkeit erhalten ist, ist dies nur unter bedeutsamer Zusatzanstrengung möglich.“

Bei der Depressiven Episode in der ICD-11 handelt es sich um eine der wenigen Diagnosen, die einen expliziten Cut-off-Wert bezüglich Symptomanzahl (mindestens fünf von zehn, davon mindestens ein Leitsymptom) und Symptombdauer (mindestens zwei Wochen) erfordert, wodurch eine Übereinstimmung mit dem DSM-5 erfolgt. Die weitere Einstufung der Episodenschwere (leicht, moderat, schwer; vgl. Tabelle 2) erfolgt in der ICD-11 allerdings nicht, wie in der ICD-10, anhand einer konkreten Anzahl von Symptomen, sondern berücksichtigt gleichwertig Anzahl und Intensität der Symptomatik sowie Grad der Funktionseinschränkung (wie im DSM-5).

Von einer Trauerreaktion werden Depressive Episoden in der ICD-11 wie folgt abgegrenzt:

- *Normale Trauersymptome* einschließlich eines gewissen Niveaus depressiver Symptome *innerhalb der letzten sechs Monate* nach dem Verlust einer nahestehenden Person sollten nach der ICD-11 **nicht** als Ausdruck einer Depression betrachtet werden
- Jedoch kann nach der ICD-11 eine Depressive Episode die Trauerreaktion überlagern. Dies wird angenommen, wenn konstante depressive Symptome länger als einen Monat nach dem Verlust anhalten und schwere depressive Symptome wie extremer Selbstwertverlust oder ausgeprägte Schuldgefühle vorliegen, die sich nicht auf die verlorene Person beziehen, oder psychotische Symptome, Suizidgedanken oder ausgeprägte psychomotorische Hemmung identifizierbar sind.

Hingegen werden in der ICD-11 kritische Lebensereignisse und Probleme (wie Scheidung, Arbeitsplatzverlust etc.) als mögliche Auslöser depressiver Episoden betrachtet. Die Diagnose einer Depressiven Episode soll in diesem Fall kodiert werden, wenn die entsprechenden Diagnosekriterien erfüllt sind.

Weitere Besonderheiten der Kriterien für Depressive Episoden in der ICD-11:

- Beim Auftreten psychotischer Symptome wird nicht, wie noch in der ICD-10, automatisch eine schwere Episode diagnostiziert, sondern diese können nun auch bei einer mittelschweren Episode kodiert werden (**6A70/71.1 ohne, 6A70/71.2 mit psychotischen Symptomen**). Psychotische Symptome schließen dagegen eine leichte Episode aus. Psychotische Symptome im Rahmen Depressiver Episoden beschränken sich auf Wahn und Halluzinationen,

ICD-10	Beschreibung	ICD-11
F32	Depressive Störung, Einzelne Depressive Episode ¹	6A70
F32.0	Leichte Depressive Episode	6A70.0
F32.1	Mittelgradige Depressive Episode ohne psychotische Symptome	6A70.1
-	Mittelgradige Depressive Episode mit psychotischen Symptomen	6A70.2
F32.2	Schwere Depressive Episode ohne psychotische Symptome	6A70.3
F32.3	Schwere Depressive Episode mit psychotischen Symptomen	6A70.4
-	Einzelne Depressive Episode, Schweregrad nicht spezifiziert	6A70.5
-	Einzelne Depressive Episode, gegenwärtig teilweise remittiert	6A70.6
-	Einzelne Depressive Episode, gegenwärtig voll remittiert	6A70.7
F32.8	Sonstige Depressive Episoden	6A70.Y
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	6A70.Z
F33	Rezidivierende Depressive Störung ^{1,2}	6A71
F33.0	Rezidivierende Depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	6A71.0
F33.1	Rezidivierende Depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne psychotische Symptome	6A71.1
-	Rezidivierende Depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit psychotischen Symptomen	6A71.2
F33.2	Rezidivierende Depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	6A71.3
F33.3	Rezidivierende Depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	6A71.4
-	Rezidivierende Depressive Störung, Schweregrad nicht spezifiziert	6A71.5
-	Rezidivierende Depressive Störung, gegenwärtig teilweise remittiert	6A71.6
F33.4 (gegenwärtig remittiert)	Rezidivierende Depressive Störung, gegenwärtig voll remittiert	6A71.7
F33.8	Sonstige Rezidivierende Depressive Störung	6A71.Y
F33.9	Rezidivierende Depressive Störung, nicht näher bezeichnet	6A71.Z

Tabelle 2: Kodierungen für Einzelne Depressive Episode und Rezidivierende Depressive Störung: ICD-10 und ICD-11

¹ Keine Manischen, Gemischten oder Hypomanischen Episoden in der Vorgeschichte.

² Mindestens zwei Depressive Episoden, zwischen den Episoden müssen mindestens mehrere Monate (nicht weiter spezifiziert) ohne signifikante depressive Symptome liegen.

während das Katatonie-Kriterium (depressiver Stupor) eliminiert wurde. Die Leitlinien verweisen darauf, dass die Abgrenzung psychotischer Symptome von anhaltendem depressiven Grübeln oder überwertigen Ideen schwierig sein kann.

- Eine Kategorie „**Depressive Episode, Schweregrad nicht spezifiziert**“ (6A70/71.5) wurde hinzugefügt, falls der Schweregrad nicht spezifizierbar ist.
- Für Einzelne und Rezidivierende Episoden existieren nun zwei Kategorien für den derzeitigen Remissionsgrad, falls die Kriterien einer Episode nicht mehr erfüllt sind (6A70/71.6 **derzeit partielle**, 6A70/71.7 **derzeit volle Remission**). Eine partielle Remission wird diagnostiziert, wenn die Kriterien einer Depressiven Episode nicht mehr erfüllt sind, jedoch einige signifikante depressive Symptome (nicht weiter spezifiziert) noch vorliegen.

Zusatzkodierungen für Depressive Episoden

Für Depressive Episoden (Erstepisoden und Rezidivierende Depressive Störung) und für Depressive Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung wurden in der ICD-11 Zusatzkodierungen zur besonderen Kennzeichnung von Symptomatik und Verlauf eingeführt, hauptsächlich, um der Heterogenität Depressiver Episoden gerecht zu werden und spezielle Verlaufs- und Behandlungsaspekte zu berücksichtigen (Stein et al., 2020). Diese sind in Tabelle 3 aufgeführt. Es können auch mehrere Zusatzkodierungen vergeben werden.

Die Zusatzkodierung „**mit markanten Angstsymptomen**“ (6A80.0) kann vergeben werden, wenn prominente und klinisch signifikante Angstsymptome (z. B. Nervosität; Ängstlichkeit; Unfähigkeit, Sorgen zu kontrollieren; Furcht, dass etwas Schreckliches passieren wird; Entspannungsprobleme; Muskelanspannung; vegetative Symptome) im Rahmen einer Depressiven Episode auftreten und über die meiste Zeit während der Episode anhalten. Wenn die diagnostischen Kriterien sowohl für die Depressive Episode als auch zusätzlich für eine Angststörung erfüllt sind, sollen auch beide Diagnosen vergeben werden.

Die Aufnahme der Zusatzkodierung „**mit markanten Angstsymptomen**“ und die Möglichkeit der Kodierung von Komorbiditätsdiagnosen soll die hohe Prävalenz von Angstsymptomen während Depressiver Episoden angemessener berücksichtigen, als dies in der ICD-10 der Fall war. Dies ist auch klinisch relevant, da Angstsymptome und Angststörungen bei Depressiven Störungen mit höheren Raten weiterer Komorbiditätsdiagnosen einhergehen (Zimmerman & Chelminski, 2003) und einen schlechteren Verlauf der Depressiven Störung sowie schlechteres Ansprechen auf antidepressive Therapie vorhersagen (Gaspersz et al., 2018; Uher et al., 2014).

Die Zusatzkodierung „**mit Panikattacken**“ (6A80.1) kann vergeben werden, wenn Panikattacken speziell als Reaktion

auf depressives Grübeln oder andere angstprovozierende Gedanken im Kontext der Depressiven Episode auftreten. In diesem Fall soll nicht zusätzlich die Diagnose einer Panikstörung vergeben werden. Dagegen soll bei Panikattacken, die sich nicht ausschließlich auf depressive und Angstsymptome im Rahmen der Depressiven Episode beziehen, die Komorbiditätsdiagnose einer Panikstörung gestellt werden.

Die Zusatzkodierung „**derzeitige persistierende Depressive Episode**“ (6A80.2) kann vergeben werden, wenn die derzeitige Depressive Episode seit mindestens zwei Jahren kontinuierlich anhält. Im Unterschied zum DSM-5 erfolgt keine Zusammenfassung chronischer Subtypen einschließlich der Dysthymen Störung und rezidivierenden Depression mit partieller Remission, sondern diese Kennzeichnung gilt ausschließlich für Depressive Episoden ohne Remission.

Die Zusatzkodierung „**mit Melancholie**“ (6A80.3) löst die Bezeichnung „Somatisches Syndrom“ aus der ICD-10 ab und kann vergeben werden, wenn während der schlimmsten Phase der derzeitigen Episode mehrere der folgenden Symptome vorhanden sind/waren: deutlicher Interessensverlust oder Verlust von Freude, mangelnde Fähigkeit zu emotionaler Reagibilität, Früherwachen, Morgentief, ausgeprägte psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, ausgeprägter Appetit- oder Gewichtsverlust. Im Gegensatz zur ICD-10 werden in der ICD-11 Appetit- und Gewichtsverlust hier zu einem Kriterium zusammengefasst. Libidoverlust ist nicht mehr als Melancholiesymptom aufgeführt.

Der Zusatz „**mit saisonalem Muster**“ war bereits in der ICD-10 enthalten, erhält in der ICD-11 jedoch erstmals einen nummerierten Code (6A80.4).

Zusatzkodierungen im Zusammenhang mit der **Peripartalzeit**. Für einzelne Depressive Episoden oder eine Rezidivierende Depressive Störung mit Beginn in der Peripartalzeit (Schwangerschaft bis ca. sechs Wochen nach Entbindung) können Zusatzkodierungen vergeben werden, in Abhängigkeit vom Fehlen (6E20) oder Vorhandensein (6E21) psychotischer Symptome. Diese werden ebenfalls zusätzlich zur entsprechenden Depressiven Störung kodiert. Milde und

Mit dieser Zusatzkodierung wird erstmals die Peripartalphase als relevanter Verlaufsaspekt Depressiver Episoden berücksichtigt. Dies ist deshalb wichtig, da sich zum einen bei affektiven Episoden im Kontext von Schwangerschaft und Geburt spezielle Fragen zur Therapie, insbesondere zur medikamentösen Behandlung, stellen. Zum anderen sind peripartale Episoden auch prädiktiv für den weiteren Verlauf der Erkrankung. So ist bei erstmaligem Auftreten Depressiver Episoden während der Peripartalzeit das Risiko für Rezidive innerhalb und außerhalb späterer Peripartalphasen deutlich erhöht. Zudem besteht – insbesondere bei Episoden mit frühem postpartalen Beginn – auch ein erhöhtes Risiko für den Wechsel zu einer Bipolaren Störung. Vor allem beim Vorliegen psychotischer Symptomatik muss auch eine erhöhte Suizid- und Infantizidgefahr berücksichtigt werden (zsf. Kühner, 2016).

transiente Stimmungsverschlechterungen kurz nach der Entbindung (Babyblues) werden hier nicht kodiert.

ICD-11	
6A80	Zusatzkodierungen für Symptomatik und Verlauf ¹
6A80.0	Depressive Episode mit markanten Angstsymptomen
6A80.1	Depressive Episode mit Panikattacken
6A80.2	Persistierende (chronische) Depressive Episode
6A80.3	Depressive Episode mit Melancholie ²
6A80.4	Depressive Episode mit saisonalem Muster
6E20/21	Zusatzkodierungen im Zusammenhang mit der Peripartalzeit ¹
6E20	Psychische oder Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Entbindung oder Postpartalphase ohne psychotische Symptome
6E21	Psychische oder Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Entbindung oder Postpartalphase mit psychotischen Symptomen

Tabelle 3: Zusatzkodierungen für derzeitige Depressive Episoden (Einfach, Rezidivierend) nach der ICD-11

¹Dieselben Zusatzkodierungen können auch für Depressive Episoden im Rahmen einer Bipolar-I- oder Bipolar-II-Störung verwendet werden.

²Entspricht dem Somatischen Syndrom in der ICD-10.

Weitere Depressive Störungen in der ICD-11

Allen nachfolgend aufgeführten weiteren Depressiven Störungen ist gemein, dass sie folgende Kriterien erfüllen müssen:

- Die Störung ist nicht Folge eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Gehirntumor, Störung der Schilddrüsenfunktion), einer Substanz oder eines Medikaments oder Folge eines Entzugs von Substanzen (z. B. Alkohol, Benzodiazepine).
- Die Symptomatik verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder bedeutsame Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (wie im DSM-5). Zusatz: Wenn die Funktionsfähigkeit erhalten ist, ist dies nur unter bedeutender Zusatzanstrengung möglich.

Die **Dysthyme Störung (6A72)** wird in der ICD-11 den Depressiven Störungen zugeordnet und synonym verwandte Begriffe aus der ICD-10 wie „depressive Persönlichkeitsstörung“ oder „depressive Neurose“ wurden gestrichen. Die Dysthyme Störung wird in der ICD-11 weiterhin als eigenständige Kategorie aufgeführt und nicht wie im DSM-5 mit anderen Formen chronischer Depression (dort: Persistierende Depressive Störung) kombiniert. Für die Diagnose muss anhaltende depressive Verstimmung gekoppelt sein mit weiteren depressiven Symptomen über die meiste Zeit des Ta-

ges, an mehr als der Hälfte der Tage, über einen mindestens zweijährigen Zeitraum.

- Während der ersten zwei Jahre reicht die Symptomatik nicht aus, um die Kriterien einer Depressiven Episode zu erfüllen (Unterschied zum DSM-5).
- Manische, gemischte, oder hypomanische Phasen fehlen in der Vorgeschichte.
- Sofern symptomfreie Intervalle vorhanden sind, müssen diese jeweils kürzer als zwei Monate andauern.
- Wenn nach Ablauf der ersten beiden Jahre im weiteren Verlauf die Kriterien einer Depressiven Episode erfüllt sind, wird diese Diagnose zusätzlich gestellt (Komorbiditätsdiagnose).
- Die Zusatzkodierung „derzeitige persistierende Depressive Episode“ kann vergeben werden, wenn sowohl die Kriterien für die Dysthyme Störung als auch für die chronisch Depressive Episode erfüllt sind (Komorbiditätsdiagnose).

Mit der Diagnose „**Gemischte Depressive und Angststörung (6A73)**“ wurden in der ICD-11 komorbide subklinische depressive und subklinische Angstsymptome aus dem Kapitel „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ in der ICD-10 (dort: F41.2) in das Kapitel der Depressiven Störungen überführt, da angenommen wird, dass eine größere Überschneidung mit affektiven als mit Angstsymptomen vorliegt (Ziebold et al., 2019).

- Depressive Symptome schließen depressive Stimmung oder deutlichen Interessensverlust oder Verlust von Freude ein (Spezifizierung neu).
- Es können verschiedenste Angstsymptome vorliegen (z. B. Nervosität; Ängstlichkeit; Unfähigkeit, Sorgen zu kontrollieren; Furcht, dass etwas Schreckliches passieren wird; Entspannungsprobleme; Muskelanspannung; vegetative Symptome; Spezifizierung neu).
- Weder die depressiven noch Angstsymptome erfüllen für sich gesehen die Kriterien einer depressiven oder Angststörung (wie in der ICD-10).
- Die Störung muss für die meiste Zeit für mindestens zwei Wochen vorliegen (neu).

Während diese Diagnose aus dem DSM-5 aufgrund unklarer Reliabilitätswerte und zeitlicher Instabilität eliminiert wurde, entschied sich die ICD-11 zur Aufnahme aufgrund der hohen Prävalenz in der Bevölkerung und vor allem in den Allgemeinärzt*innenpraxen. Zudem steht ein nicht unerheblicher Teil dieser Patient*innen im Risiko, eine vollausgeprägte Depressions- und/oder Angststörung zu entwickeln (Möller et al., 2016).

Die **Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS, GA34.41)** ist gekennzeichnet durch verschiedene affektive, somatische und/oder kognitive Symptome, die mehrere Tage

vor der Menstruation beginnen und innerhalb einer Woche nach Beginn der Menstruation remittiert oder nur noch minimal ausgeprägt sind. Der Zusammenhang mit der Luteal- und Menstruationsphase sollte idealerweise durch ein prospektives Tagebuch mit mindestens zwei symptomatischen Zyklen bestätigt werden.

- Mindestens eines der Symptome muss ein affektives Symptom sein (Stimmungs labilität, Gereiztheit, depressive Verstimmung oder Angst).
- Zusätzliche Symptome beinhalten kognitive Symptome, wie Konzentrationsstörungen und/oder Vergesslichkeit, und körperliche Symptome, wie Lethargie, Gelenkschmerzen, Heißhunger, übermäßiger Schlaf, Spannung in den Brüsten und/oder Schwellung der Extremitäten.
- Über die konkrete Mindestanzahl an Symptomen macht die ICD-11 im Gegensatz zum DSM-5 (dort: mindestens fünf von elf Symptomen) keine Aussage.
- Die PMDS muss von milderen prämenstruellen Stimmungsveränderungen abgegrenzt werden. Diese sind weniger intensiv und gehen üblicherweise nicht mit signifikantem Leidensdruck oder deutlichen Alltagseinschränkungen einher.
- Ähnliches gilt für die Abgrenzung zum prämenstruellen Syndrom („premenstrual tension syndrome“).
- Die PMDS muss auch von prämenstruellen Exazerbationen anderer psychischer Störungen, wie depressiver Störungen, abgegrenzt werden, die relativ häufig sind (vgl. *Kühner & Nayman, 2021*). Im Gegensatz zu solchen Exazerbationen ist die PMDS durch das Fehlen präovulatorischer Symptomatik gekennzeichnet.
- Die PMDS muss weiterhin von der Dysmenorrhoe und Effekten hormoneller Kontrazeptiva abgegrenzt werden.

Die PMDS war in der ICD-10 unter der unspezifischen Kategorie „Prämenstruelle Beschwerden“ (N94.3) aufgeführt; im DSM-5 wurde sie als eigenständige Diagnose neu in das Kapitel „Depressive Störungen“ aufgenommen. In der ICD-11 wird sie primär den gynäkologischen Störungen im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus (GA) zugeordnet. Aufgrund der zentralen Bedeutung affektiver Symptome bei der PMDS gibt es jedoch einen Querverweis auf die Depressiven Störungen (siehe Tabelle 1). Zur ausführlichen Beschreibung der PMDS als neues Störungsbild in der ICD-11 ist ein eigener Beitrag im *Psychotherapeutenjournal* geplant.

Die Diagnose „**Sonstige Depressive Störungen**“ (6A7Y) ist charakterisiert durch ähnliche depressive Symptome wie andere Depressive Störungen; diese sind jedoch nicht ausgeprägt genug, um die Kriterien einer anderen Depressiven Störung zu erfüllen. Sie lassen sich nicht besser durch eine andere psychische oder Verhaltensstörung erklären.

Die Diagnose „**Nicht näher bezeichnete Depressive Störung**“ (6A7Z) ist eine nicht näher definierte Restkategorie und entspricht in der ICD-10 F32.9 bzw. F33.9.

Die Diagnose „**Sonstige Affektive Störungen**“ (6A8Y) kennzeichnet schließlich affektive Symptome, die nicht klar als unipolar oder bipolar bezeichnet werden können, z. B. deutliche und anhaltende Reizbarkeit ohne sonstige klar depressive oder manische Symptomatik. Sie lassen sich nicht besser durch eine andere psychische oder Verhaltensstörung erklären.

Substanz- bzw. Medikamenteninduzierte Affektive Störungen und Sekundäre Affektive Syndrome als direkte pathophysiologische Folgen einer nichtpsychischen Grunderkrankung, welche Ausschlusskriterien für die hier beschriebenen Depressiven Störungen darstellen, sind in anderen Kapiteln der ICD-11 beschrieben (6C40-6C49, 6C4B-6C4D und 6E62).

Diskussion

Für die WHO waren bei der Überarbeitung der ICD klinische Nützlichkeit sowie globale Anwendbarkeit und Akzeptanz des Klassifikationssystems, aber auch eine weiterreichende Harmonisierung mit dem DSM-5 von zentraler Bedeutung. Weiterhin besteht ein grundsätzlicher Unterschied beider Diagnosesysteme darin, dass sich das DSM-5 nur auf psychische Störungen bezieht, die ICD-11 dagegen auch auf somatische Krankheitsbilder. Gegenüber der ICD-10 sind in der ICD-11 die Diagnostischen Leitlinien und Kriterien bezüglich der Abfolge und Inhalte deutlich klarer strukturiert. Es ist zu hoffen, dass die differenzierte Ausarbeitung von notwendigen und weiteren klinischen Merkmalen sowie Differenzialdiagnosen, Abgrenzungen zu klinisch-unauffälligen Ausprägungen und die Beschreibung entwicklungsbezogener, kultureller und genderbezogener Aspekte für alle Störungen, so auch die Depressiven Störungen, zu einer weiteren Vereinheitlichung bei der Vergabe von Diagnosen beitragen werden. Die ausführlichen diagnostischen Leitlinien der ICD-11 dürften in den nächsten Jahren ein zentrales Instrument in der Aus- und Weiterbildung von Praktizierenden im Bereich psychischer Störungen werden.

Die Autor*innen der ICD-11 betonen den Vorteil ihres prototypischen Ansatzes gegenüber dem weitgehend operationalisierten Ansatz des DSM-5 mit rigiden Einschlusskriterien und teilweise künstlichen Schwellenwerten. In einer großen naturalistischen ICD-11-Feldstudie in 28 weltweiten Zentren waren die Interrater-Reliabilitäten (Kappa-Werte) für die depressiven Diagnosen zufriedenstellend bis gut und ähnlich hoch wie solche aus Studien mit zeitlich umfangreicheren strukturierten klinischen Interviews (*Reed et al., 2018*). Dennoch dürfte der operationalisierte Ansatz des DSM-5 im Forschungskontext weiterhin bevorzugt werden.

Eine klarere Trennung erfolgt in der ICD-11 nun zwischen Bipolaren und Depressiven Störungen. Die Zuordnung der Gemischten Episode zur Bipolar-I-Störung steht im Gegensatz zum DSM-5. Dort kann für Manische, Hypomane und Depressive Episoden im Rahmen einer Bipolaren Störung und einer unipolaren Depressiven Episode als Zusatzmerkmal „mit gemischten Merkmalen“ angegeben werden, wenn die Kriterien für die jeweilige Hauptepisode voll erfüllt sind. Die ICD-11 (wie die ICD-10) fordert dagegen lediglich prominente Symptome aus beiden Bereichen, die zeitgleich bestehen oder im schnellen Wechsel auftreten. Die in der ICD-11 nun vorgenommene Zuordnung zur Bipolar-I-Störung erscheint plausibel, da solche Symptome bereits spezifische Verlaufsmerkmale und Behandlungsoptionen aufweisen, die zur Bipolaren Störung passen (Stein et al., 2020).

Mit den geforderten Haupt- und Nebenmerkmalen für eine Depressive Episode nach der ICD-11 besteht nun eine annähernde, jedoch nicht vollständige, Übereinstimmung mit dem DSM-5. Die explizite Zuordnung von Symptomen zum affektiven, kognitiven und neurovegetativen Cluster erscheint von Vorteil; sie soll den Blick der Anwendenden für die Heterogenität der depressiven Symptomatik schulen (Stein et al.,

Die ausführlichen diagnostischen Leitlinien der ICD-11 dürften in den nächsten Jahren ein zentrales Instrument in der Aus- und Weiterbildung von Praktizierenden im Bereich psychischer Störungen werden.

2020). Das notwendige Kriterium der „signifikanten Rolleneinschränkung“ für Depressive Episoden macht ebenfalls Sinn; es wird angenommen, dass diese besser als die reine Intensität der Symptomatik geeignet ist, den Schwellenwert für klinisch relevante Symptomatik zu bestimmen. Das DSM-5 verlangt dagegen signifikante Rolleneinschränkung oder starkes subjektives Leiden. Beiden Systemen fehlt eine klare Einteilung der Schweregrade Depressiver Episoden, wobei die ICD-11 hier explizit die gleichzeitige Berücksichtigung von Intensität und Zahl der Symptome wie auch den Grad der Funktionseinschränkung betont. Obwohl nun eine höhere Übereinstimmung mit dem DSM-5 vorliegt, werden sich aufgrund der o. g. Unterschiede z. B. Prävalenzschätzungen oder die Bestimmung der Behandlungsbedürftigkeit nach beiden diagnostischen Systemen auch weiterhin etwas unterscheiden.

Bei den psychotischen Symptomen werden nach der ICD-11 nur noch Wahn und Halluzinationen berücksichtigt, nicht aber katatone Symptome (Stupor). Zudem können psychotische Symptome bereits für mittelschwere Episoden kodiert werden, d. h. es findet eine gewisse Entkopplung zwischen Schwere und psychotischer Symptomatik statt. Damit orientiert sich die ICD-11 an Studien, die nahelegen, dass beide Merkmale getrennte Dimensionen repräsentieren (Chakrabarti, 2012).

Die Aufhebung eines Trauerfalls als Ausschlusskriterium für eine Depressive Episode im DSM-5 hatte zahlreiche Debatten bezüglich einer möglichen Pathologisierung „normaler“ psychischer Reaktionen ausgelöst. In der ICD-11 darf nun eine Depressive Episode kodiert werden, wenn eine persistierende depressive Symptomatik mindestens *einen Monat* über das schwere Verlustereignis hinaus anhält und spezifische Symptome auftreten, die bei einer normalen Trauerreaktion unwahrscheinlich sind (schwere depressive Symptome wie extreme Schuld- oder Wertlosigkeitsgefühle, die sich nicht auf den Verlust beziehen, psychotische Symptome, Suizidgedanken oder psychomotorische Hemmung). D. h. auch hier wird angenommen, dass ein Trauerfall eine Depressive Episode triggern kann. Ansonsten soll zumindest in den ersten sechs Monaten nach einem Trauerfall keine Diagnose gestellt werden. Dies entspricht den Befunden längsschnittlicher Studien, wonach Personen mit trauerassoziiertes depressiver Erstepisode kein erhöhtes Risiko für nachfolgende Episoden hatten (Stein et al., 2020; Wakefield & Smith, 2012). Grundsätzlich besteht jedoch auch bei der ICD-11 das Risiko, dass relativ früh im Trauerprozess eine depressive Diagnose vergeben wird, was die Gefahr einer falsch positiven Diagnose und eine möglicherweise inadäquate medizinische

Behandlung mit Antidepressiva birgt, welche bei Trauersymptomatik kaum Wirksamkeitsbelege aufweisen (Wagner, 2016). Ein neues Störungsbild in der ICD-11 ist die Anhaltende Trauerstörung, deren Symptomatik sich im Inhalt und der erlebten emotionalen Qualität jedoch deutlich von einer

Depressiven Störung unterscheidet. Eine ausführlichere Abgrenzung beider Störungsbilder ist von Wagner (2016) beschrieben und soll auch in einem weiteren geplanten Beitrag zur Anhaltenden Trauerstörung im Psychotherapeutenjournal erörtert werden.

Die Einführung *spezieller Kodierungen und Zusatzkodierungen* für Depressive Episoden in der ICD-11 lenkt den Blick auf bestimmte Subgruppen. Von Praktiker*innen könnte der Trend zu einer feingliedrigeren Ausdifferenzierung in der Diagnostik einerseits als Hürde bei der praktischen Implementierung und Anwendung neuer Kategorien empfunden werden, insbesondere mit Blick auf die wachsenden Anforderungen zur Dokumentation im Sinne der Qualitätssicherung. Andererseits ist festzustellen, dass diese Zusatzkodierungen unter dem Aspekt der klinischen Nützlichkeit Subgruppen beschreiben sollen, die wichtige Besonderheiten in Symptomatik und Verlauf aufweisen, aus denen sich auch spezielle Implikationen für die Therapie ableiten lassen. Für die gewählten Kategorien (partielle und vollständige Remission, psychotische Symptome, Melancholie, saisonales Muster, peripartaler Beginn, prominente Angstsymptomatik) liegen entsprechende Befunde vor, die zeigen, dass die Berücksichtigung dieser Merkmale auch behandlungsrelevant ist.

Als nachteilig betrachten wir, dass die Zusatzkodierung „mit atypischen Merkmalen“ (im DSM-5 enthalten) in der ICD-11 nicht berücksichtigt ist. Neuere Forschung zeigt, dass sich atypische von melancholischen Depressionen bezüglich biologischer Parameter unterscheiden (sie weisen z. B. eher inflammatorische als Auffälligkeiten der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse auf; vgl. *Vinkers et al., 2021*) und häufiger mit metabolischem Syndrom, einschließlich Übergewicht und Leptinresistenz, einhergehen. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für den Übergang in eine Bipolare Depression (Lojko & Rybakowski, 2017). Während dies überwiegend für die medikamentöse Behandlung der atypischen Depression relevant ist, scheinen atypische und melancholische Depressionen jedoch ähnlich gut von Psychotherapie (hier: Kognitive Verhaltenstherapie) zu profitieren (Cuijpers et al., 2017).

Ebenso wäre es von Vorteil gewesen, die ursprünglich geplante Zusatzkodierung „Alter bei Ersterkrankung“ (z. B. Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) aufzunehmen, die sowohl verlaufs- als auch behandlungsrelevant ist (z. B. höhere Chronifizierungsneigung und stärkere funktionale Beeinträchtigung bei früher Ersterkrankung oder erhöhtes Risiko des Wechsels zu einer bipolaren Episode bei einem*iner erwachsenen depressiven Patient*in mit bipolaren Symptomen im Jugendalter (vgl. *Miklowitz & First, 2012*).

Die Auflösung der Kategorie „Anhaltende Affektive Störungen“ und die Transferierung der Diagnose „Dysthyme Störung“ in das Kapitel der Depressiven Störungen in der ICD-11 erleichtert die Unterscheidung unipolarer von bipolaren Verläufen. Die ICD-11 erlaubt nun auch die Doppelkodierung Dysthyme Störung mit Depressiver Episode, sofern letztere frühestens nach zwei Jahren eingesetzt hat („Double Depression“). Die im DSM-5 vollzogene komplette Zusammenfassung der Dysthymen Störung mit Formen chronisch Depressiver Episoden zur „Persistierenden Depressiven Störung“ wird dagegen abgelehnt (*Stein et al., 2020*). Zukünftige Forschung sollte klären, inwieweit die Trennung chronischer Unterformen von Depressionen prognostischen Wert hat und behandlungsrelevant ist. Tatsächlich weist die S3-Leitlinie/NVL-Leitlinie Unipolare Depression (*DGPPN et al., 2017*) darauf hin, dass bei Patient*innen, die ausschließlich an einer Dysthymie leiden, eine Pharmakotherapie wahrscheinlich wirksamer ist als eine alleinige Psychotherapie. Jedoch liegen insgesamt nur wenige Studien zur psychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen mit reiner Dysthymie vor.

Durch die Unterstützung der Vergabe von *Doppeldiagnosen* aus Depressions- und Angststörungen, die Aufnahme der Diagnose „Gemischte Depressive und Angststörung“ in das Kapitel der Depressiven Störungen und die Zusatzkodierung „mit prominenten Angstsymptomen“ bei Depressiven Episoden geht die ICD-11 einen wichtigen Schritt in Richtung transdiagnostischer Betrachtung beider Störungsbilder. Dies ist auch der empirischen Studienlage geschuldet, die zeigt, dass depressive Patient*innen mit komorbider Angstsymptomatik einen schlechteren klinischen Verlauf mit niedrigeren Remissionsraten, häu-

figeren stationären Wiederaufnahmen, höherer Suizidalität, schlechterem Ansprechen auf antidepressive Behandlung und stärkere Nebenwirkungen auf Antidepressiva zeigen (*Gaspersz et al., 2018*). Für die Psychotherapieforschung wird es wichtig sein, aufzuzeigen, inwieweit diese Patient*innen insbesondere von *transdiagnostischen Therapieansätzen* profitieren.

Zahlreiche empirische Studien bestätigen die Reliabilität und Validität der Diagnose „Prämenstruelle Dysphorische Störung“ mit affektiven Leitsymptomen, die mit hoher Chronizität und erhöhter Suizidalität einhergeht (Übersicht bei *Beddig & Kühner, 2017*). Bezüglich Pathogenese und Risikofaktoren besteht weitgehend Konsens über die Rolle individueller Vulnerabilität gegenüber normalen Fluktuationen von Geschlechtshormonen über den Zyklus, während die Rolle psychischer Faktoren bislang weniger erforscht ist (Yonkers & Simoni, 2018). Es ist zu hoffen, dass die Aufnahme der PMDS-Diagnose in die ICD-11 mehr Grundlagen- und Interventionsforschung zu diesem bislang nur unzureichend erforschten Krankheitsbild initiieren wird.

Grundsätzlich bleibt die ICD-11 im Bereich der Depressiven Störungen der *kategorialen Diagnostik* verpflichtet. Zusätzliche dimensionale Betrachtungen, die auch einen Brückenschlag zu eher grundlagenorientierten dimensional Systemen wie den *Research Domain Criteria* (RDoC, Insel et al., 2010) oder der *hierarchischen Taxonomie der Psychopathologie* (HiTOP, z. B. Kotov et al., 2017) darstellen würden, bleiben in diesem Kapitel weitgehend unberücksichtigt. Dies ist einer der größeren Kritikpunkte an der ICD-11.

Zusammengefasst bringt die ICD-11 im Bereich Depressiver Störungen einige Neuerungen, die mit einer Annäherung an das DSM-5 einhergehen. Andere Diagnosen bzw. Subkategorien aus der ICD-10 wurden beibehalten, häufig aufgrund des Kriteriums der klinischen Nützlichkeit. Diagnosen und Subklassifizierungen sind nun für alle Störungen gleichermaßen ausführlich bezüglich relevanter Bestimmungsmerkmale, Abgrenzungen, kultureller sowie entwicklungs- und genderbezogener Besonderheiten beschrieben, was eine klare Verbesserung gegenüber der ICD-10 darstellt. Eine dimensionale und transdiagnostische Betrachtung fehlt im Wesentlichen weiterhin. Einen ersten Schritt in diese Richtung stellt jedoch die stärkere Berücksichtigung komorbider Depressions- und Angstsymptomatik unterschiedlicher Schweregrade dar. Die ICD-11 wird 2022 eingeführt werden und soll dann im Laufe der nächsten fünf Jahre die ICD-10 ablösen. Für Psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen, Kolleg*innen in Aus- und Weiterbildung sowie Student*innen der Klinischen Psychologie und Psychotherapie lohnt es sich jetzt schon, sich mit dem neuen Diagnosesystem vertraut zu machen.

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.

Andrade, L. H. & Wang, Y. P. (2012). How global epidemiological evidence can inform the revision of ICD-10 classification of depression and anxiety disorders. *World Psychiatry*, 11 (Suppl 1), 6–10.

Beddig, T. & Kuehner, C. (2017). Aktuelle Aspekte zur Prämenstruellen Dysphorischen Störung – Ein Überblick. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 67, 504–513.

Chakrabarti, S. (2012). Psychotic and catatonic presentations in bipolar and depressive disorders. *World Psychiatry*, 11 (Suppl 1), 59–64.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK et al. (Hrsg.). (2017). S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. Verfügbar unter: www.depression.versorgungsleitlinien.de [17.10.2021].

Gaspersz, R., Nawijn, L., Lamers, F. & Penninx, B.W. (2018). Patients with anxious depression: overview of prevalence, pathophysiology and impact on course and treatment outcome. *Current Opinion in Psychiatry*, 31, 17–25.

Kühner, C. (2016). Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. *Der Nervenarzt*, 87, 926–936.

Kuehner, C. & Nayman, S. (2021). Premenstrual exacerbations of mood disorders: findings and knowledge gaps. *Current Psychiatry Reports*, 23 (11), 78.

Lojko, D. & Rybakowski, J.K. (2017). Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2447–2456.

Miklowitz, D.J. & First, M.B. (2012). Specifiers as aids to treatment selection and clinical management in the ICD classification of mood disorders. *World Psychiatry*, 11 (Suppl 1), 11–16.

Reed, G.M., First, M.B., Kogan, C.S., Hyman, S.E., Gureje, O., Gaebel, W. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18, 3–19.

Reed, G.M., Sharan, P., Rebello, T.J., Keeley, J.W., Elena Medina-Mora, M., Gureje, O. et al. (2018). The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*, 17, 174–186.

Stein, D.J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M. et al. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Medicine*, 18, 1–24.

Vinkers, C.H., Kuzminskaite, E., Lamers, F., Giltay, E.J. & Penninx, B.W. (2021). An integrated approach to understand biological stress system dysregulation across depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 283, 139–146.

World Health Organization (WHO). (2018). ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018 version. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [17.10.2021].

Ziebold, C., Mari, J.J., Goldberg, D.P., Minhas, F., Razzaque, B., Fortes, S. et al. (2019). Diagnostic consequences of a new category of anxious depression and a reduced duration requirement for anxiety symptoms in the ICD-11 PHC. *Journal of Affective Disorders*, 245, 120–125.



Prof. Dr. Christine Kühner

AG Verlaufs- und Interventionsforschung
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
christine.kuehner@zi-mannheim.de

Prof. Dr. Christine Kühner (Dipl.-Psych.) ist außerplanmäßige Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und Psychologische Psychotherapeutin (VT). Am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim leitet sie die Arbeitsgruppe „Verlaufs- und Interventionsforschung“. Ihre Forschungsschwerpunkte sind kognitive, psychobiologische und soziale Risikofaktoren und Interventionsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, Ambulantes Assessment von psychischen Prozessen im Alltag und die Entwicklung und Evaluation psychodiagnostischer Verfahren. Sie ist Autorin zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und Mitglied der Steuergruppe für die Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression.



Isabelle F. Schrickler (M. Sc.)

Isabelle F. Schrickler (M. Sc.) arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe „Verlaufs- und Interventionsforschung“ am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Sie untersucht Zusammenhänge zwischen exekutiven Kontrollfunktionen mit kognitiven, affektiven und stressbezogenen endokrinen Prozessen im Alltag bei Patient*innen mit Rezidivierender Depression.



Sibel Nayman (M. Sc.)

Sibel Nayman (M. Sc.) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe „Verlaufs- und Interventionsforschung“ am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. In ihrem Promotionsprojekt forscht sie zu menstruationszyklusbezogenen Variationen von psychologischen und endokrinen Prozessen bei Frauen mit und ohne Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS). Sie ist zudem in fortgeschrittener Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin am Zentrum für Psychologische Psychotherapie in Mannheim (ZPP).

„A ‚true‘ artist may draw mountainous seas!“ – Eine Würdigung von Paul Watzlawick zu seinem 100. Geburtstag

Da ich Paul Watzlawick nicht habe persönlich kennenlernen dürfen, mag sich die Frage stellen, ob ich als Autor einer Würdigung anlässlich des 100. Geburtstags für einen der maßgeblichen theoretischen Wegbereiter Systemischer Therapie mit einer Second-Hand-Perspektive überhaupt eine geeignete Person darstelle. Aber Moment, stimmt das denn so?! Denke ich an Paul Watzlawick, dann taucht bei mir nämlich sofort ein Moment im Rahmen des großen Hamburger Kongresses „Evolution of Psychotherapy“ 1994, den ich als Student besuchte, auf: In einem ruhigeren Seitentreppenhaus des CCHs sitzt der große Mann Paul Watzlawick allein in einem Fenstervorsprung, ernst, stolz, still, und scheint sich auszuruhen. Wir sehen uns kurz an, während ich an ihm vorbeilaufe, er hat bemerkt, dass ich ihn erkannt habe – und ist, so mein Eindruck, heilfroh, dass ich ihn nicht anspreche. Wir wechseln kein Wort miteinander – dennoch ist dieser Moment assoziativ derart gebahnt, quasi eingebrannt, dass er regelhaft als erstes bei mir auftaucht im Zusammenhang mit dem Namen Paul Watzlawick: Man kann eben, wie es in dem berühmten Watzlawick’schen Kommunikationsaxiom, das inzwischen zum Allgemeinwissen gehört, heißt, eben nicht *nicht* kommunizieren (oder, wie es im englischsprachigen Original etwas weniger paradox formuliert lautet: „In the presence of another, all behavior is communication“.)

Die biografischen Eckdaten des 1921 in Villach/Kärnten geborenen Paul Watzlawick lassen sich im Internet schnell recherchieren und so die Spuren seines Lebens, über Studienjahre und Promotion in Philosophie (1949) an der Universität in Venedig, einer Ausbildung zum jungianischen Analytiker (1952–1954) in Zürich, danach ein Aufenthalt in Indien, wo er Jiddu Krishnamurti und Yoga (das er bis zum Ende seines Lebens praktizierte) kennenlernte, sein Ruf 1957 an die Universität El Salvador auf einen Lehrstuhl für Psychotherapie und 1960 sein Engagement als Forschungsbeauftragter am Mental Research Institute der Palo-Alto-Gruppe (eine sowohl theoretische als auch methodische ‚Brutstätte‘ der systemischen Familientherapie), bewundernd, respekt- und vielleicht auch etwas neidvoll leicht nachverfolgen; weniger leicht lassen sich hingegen Infos zum Privatleben recherchieren, denn er hielt, wie es eine langjährige Freundin von ihm ausdrückte, „eisern Distanz, wenn’s ans Lebendige, sprich: an ihn selber geht“ (Köhler-Ludescher & Geyerhofer, 2017, S. 11) – was dann auch hier respektiert werden soll.

Betont werden soll hier hingegen nochmals die nicht hoch genug einzuschätzende Bedeutsamkeit seiner Kommunikationstheorie (nicht nur) für die Systemische Therapie. Denn sie bedeutete eine Abkehr von der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie insofern, als dass die Wurzel einer Störung nicht im Individuum selbst zu suchen ist, sondern in einer „gestörten“ Beziehung; es geht dann nicht mehr um das Aufarbeiten von ungelösten Konflikten in der Vergangenheit, sondern um Gegenwarts- und konkrete Zielorientierung in der Therapie. Eine der wesentlichen Essenzen dieser Kommunikationstheorie formuliert er in einem Artikel, der die zentralen Thesen seines gemeinsam mit Janet Beavin und Don D. Jackson verfassten Hauptwerks „Pragmatics of Human Communication“ (auf Deutsch: „Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien“) von 1967 zusammenfasst, folgendermaßen (Watzlawick & Beavin, 1967, S. 5): „There are many levels of information in every communication, and one always pertains to the relationship in which the communication occurs“. Watzlawick lenkt hiermit den Blick darauf, dass Kommunikation immer in Beziehungskontexten stattfindet – und diese letztlich die Wirkung und Bedeutung von Kommunikation nicht nur mitbestimmen, sondern regelrecht determinieren. Wobei er verschiedene Aspekte dieser Beziehungsebene anspricht, nämlich etwa die analoge (im Gegensatz zur rein digitalen) Ebene, oder, wie das der Anthropologe Raymond L. Birdwhistell (1970) ausdrückt: „Man is a multi-sensorial being. Occasionally he verbalizes [...] and we must seriously examine the implications of the fact that man does not communicate by word alone.“

Ein weiterer Aspekt der Beziehungsebene, den Watzlawick anspricht, richtet sich auf Erkenntnisse des Anthropologen und Kybernetikers Gregory Bateson, einer der Inspiratoren der erwähnten Palo-Alto-Gruppe, der auf der Basis von ethnologischen Forschungen in Neuguinea formulierte, dass sich Kommunikationsabläufe entweder symmetrisch oder komplementär gestalten – also die Beziehungen zwischen den Partnern entweder auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit basieren: Symmetrische Verhaltensweisen werden in stabilen Beziehungsgefügen immer wieder durch komplementäre „ausbalanciert“, das heißt, Symmetrie und Komplementarität lösen einander ab, das Auftrumpfen der Männer der latmul (eine ethnische Gruppe in Neuguinea) wird durch versöhnliche Angebote ihrer Frauen abgelöst und umgekehrt. Nur ein einseitiges Festhalten an einem der Interaktionsmodi führt über die Eskalation schlussendlich zum Bruch, zum

„Schisma“, dem Auseinanderbrechen des Systems (vgl. von Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 96 f.). Tatsächlich lässt sich in Familientherapien beobachten, wie diese symmetrischen bzw. komplementären Kommunikationsstrukturen und -dynamiken, quasi wie durch Zauberhand, ständig emergieren; ein Beispiel hierfür sind ko-therapeutische Settings, wo sich nolens volens Komplementaritäten zwischen den beiden Therapeut*innen ausbilden hinsichtlich solcher Gegensatzpaare wie aktiv/passiv, verständnisvoll/konfrontierend, die digital-verbale bzw. die analog-nonverbale Ebene im Blick habend (z. B. Hornová, 2021). In symmetrischen, also gleichwertigen Beziehungen besteht hingegen schnell Konfliktpotential in Abhängigkeit davon, wie gleich die Gleichwertigkeit („gleicher als gleich“) von Positionen ausgestaltet wird: Denn wenn keine*r ein wenig nachgibt, also komplementäre Momente im Beziehungsgeschehen realisiert, dann „knallt es“ schnell.

Doch nicht nur ein vertieftes, systemisch-kybernetisches Verständnis der Beziehungsebene steht im Mittelpunkt der Kommunikationstheorie von Paul Watzlawick, ein weiteres Essential dieser ist (Watzlawick & Beavon, 1967, S. 6): „A stream of communicational events consists in a series of overlapping stimulus-response-reinforcement triads“. Damit betont Watzlawick einerseits die Interpunktion, also subjektiv empfundene Startpunkte innerhalb eines ununterbrochenen Austausches von Kommunikationsabläufen, und andererseits die zirkuläre Reziprozität bzw. Rekursivität selbiger. Die Probleme, die Menschen zu Psychotherapeut*innen führen, werden in dieser Lesart durch kommunikative Rekursivität bzw. durch kontinuierliches Verhalten des*der Patient*in in Interaktionen im sozialen Bezugssystem aufrechterhalten werden. Watzlawick legte somit wesentliche theoretische Grundlagen für viele Spielarten systemischer Fragen, die gleichzeitig irritierend-stimulierend sowie explorierend im Kontext solcher problemassozierten kommunikativen Rekursivitäten wirksam werden sollen – wie etwa den zirkulären Fragen, Fragen, die Unterschiede verdeutlichen, oder Fragen zur therapeutischen Beziehung (vgl. von Schlippe & Schweitzer, 2012, S. 249 ff.) oder auch paradoxe Interventionen (Watzlawick, 1965).

Erwähnt werden soll noch, dass Watzlawick stark vom radikalen Konstruktivismus beeinflusst war. Derselbe ist ein wenig in Verruf geraten, etwa aufgrund einiger theoriebautechnischer Inkonsistenzen, wie z. B. sein „Selbstanwendungsproblem“ (vgl. hierzu Ochs & Kriz, 2021), und es wird teils argumentiert, er sei durch einen sog. „gemäßigten Konstruktivismus“ zu ersetzen (von Sydow, 2018, S. 54). Nichtsdestoweniger war er für die Entwicklung systemischer Praxis enorm bedeutsam und fruchtbar – und er bleibt ein wesentlicher Baustein der erkenntnistheoretischen Grundlagen Systemischer Therapie, die sich dann in einer systemischen Praxeologie mittels konkreter Methoden und Techniken sowie „systemischer Haltungen“ ausgestalten (Ochs, 2020): Denn Systemische

Therapeut*innen sind im Sinne des Postulats von Arist von Schlippe, dass Systemische Therapie praktizierte Erkenntnistheorie ist (von Schlippe & Schweitzer, 2019), eben „praktizierende Erkenntnistheoretiker*innen“! Deshalb hier nochmals Paul Watzlawicks Perspektive auf den radikalen Konstruktivismus, in welcher er zunächst Ernst von Glaserfeld, einen der Väter des radikalen Konstruktivismus, zu Wort kommen lässt (Watzlawick, 1984, S. 518):

„The ‚real‘ world manifests itself exclusively there where our constructions break down. But since we can describe and explain these breakdowns only in the very concepts that we have used to build the failing structures, this process can never yield a picture of the world which we could hold responsible for their failure.“ Watzlawick führt darauf aufbauend weiter aus: „Thus, the ‚real‘ world of families likewise reveals itself only when the families‘ own constructions break down. The task of therapy, then, is to replace that construction with one that fits better – not with one that is ‚truer‘, or even ‚therefore‘ truer. And finally, is it ‚true‘ that ‚when we are looking at the sea, we do not draw a mountain‘? A ‚true‘ artist may draw mountainous seas!“

Genau dies ist, ganz im Sinne Paul Watzlawicks, eine wesentliche Kompetenz systemischer Psychotherapeut*innen.

Matthias Ochs
Fulda

Literatur

- Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and Context: Essays on Body Motion Communication*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hornová, L. (2021). Dialogical co-therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 41 (4), 325–341
- Köhler-Ludescher, A. & Geyerhofer, S. (2017). Paul Watzlawick – Person, Leben und Werk Anlässlich des 10-jährigen Todestages eines systemischen Pioniers. *Systemische Notizen*, 03/17, 4–13.
- Ochs, M. (2020) Die erkenntnistheoretischen Säulen und praxeologischen Grundorientierungen systemischen Arbeitens. In P. Bauer & M. Weinhardt (eds) *Systemische Kompetenzen entwickeln: Grundlagen, Lernprozesse und Didaktik* (S. 134–157). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ochs, M. & Kriz, J. (2021). Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Grundlagen I: Konstruktivismus. In R. Hanswille (Hrsg.), *Basiswissen Systemische Therapie: Gut vorbereitet in die Prüfung* (Kapitel 2). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2012). *Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (2019). *Gewusst wie, gewusst warum. Die Logik systemischer Interventionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Von Sydow, K. (2018). Was ist Systemische Therapie? In K. von Sydow & U. Borst (Hrsg.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 47–69). Weinheim: Beltz.
- Watzlawick, P. (1965). *Paradoxial Predictions*. *Psychiatry* 38 (4), 368–374.
- Watzlawick, P. & Beavin, J. (1967). *Some Formal Aspects of Communication*. *American Behavioral Scientist*, 10 (8), 4–8.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.
- Watzlawick, P. (1984). *But What About Mountainous Seas – Comment*. *Family Process*, 23 (4), 517–518.

Zum 100. Geburtstag – Erinnerungen an Reinhard Tausch (1921–2013)

Über 45 Jahre haben mich mit Reinhard Tausch verbunden: zunächst als Student und Mitarbeiter, später als enger Freund. Dabei waren sein wissenschaftliches Forschen und seine persönliche Lebensgestaltung nicht nur für mich, sondern auch für seine große Anzahl an Schüler*innen und Wegbegleiter*innen eine immer wieder förderliche Erfahrung. Sie war auf die einzelne Person ausgerichtet, kam gleichzeitig aber auch unserer Profession und Gesellschaft als Ganzes zugute. So will ich meine Würdigung mit den Worten beginnen, dass Reinhard Tausch ein großartiger Mensch war. Zugleich darf er uns als ein wegweisender Pionier der Psychotherapie gelten, der unserem Berufsstand Zugänge jenseits der eingetretenen Pfade erschlossen hat.

Dabei bilden seine Hamburger Jahre, die mehr als zwei Jahrzehnte nach seiner Berufung auf einen Lehrstuhl für Psychologie an der Universität Hamburg 1965, zwar unbestritten seine wissenschaftlich ertragreichste Phase. Doch auch nach seiner Emeritierung 1987 blieben seine Hingabe und sein Gestaltungswille ungebrochen: Bis ins sehr hohe Alter suchte er fast täglich seinen Schreibtisch auf und konnte mit Veröffentlichungen, Vorträgen und Seminaren ein breites Publikum begeistern. In dem Anspruch, dass seine theoretischen Erkenntnisse praktische Hilfestellungen für den Alltag leisten und auch über den akademischen Fachkreis hinaus verständlich vermittelt werden sollten, ging er teils auch medial neue Wege: Ende der 1970er-Jahre, als psychotherapiebezogene Formate ein absolutes Novum im deutschen Fernsehen darstellten, versuchte Tausch in mehreren TV-Sendungen mit aufgezeichneten gruppentherapeutischen Gesprächen dieses Setting einer größeren Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Die von ihm verfolgten Themen waren dabei stets rückgekoppelt an die Selbsterkundung eigener Lebenserfahrungen: Seine spätere Beschäftigung mit möglichen Quellen von Akzeptanz und Resilienz beim Umgang mit besonderen Belastungs- und Grenzsituationen (damals noch kein Modethema des Faches) brachte Tausch etwa mit seinen Erlebnissen als junger Soldat im Zweiten Weltkrieg in Verbindung. Den in seiner Ausbildung zum Volksschullehrer in den frühen Nachkriegsjahren vermittelten autoritären Erziehungsstil versuchte er später – gestützt auf sein angeschlossenes Psychologiestudium – zu hinterfragen und in seinen Arbeiten zur Pädagogischen Psychologie Alternativen im Sinne einer „nicht-direktiven“ Persönlichkeitsbildung auszuloten.

Sein bedeutendster Beitrag wird gemeinhin in der Verbreitung der von ihm so betitelten Gesprächspsychotherapie (auch als person-/klientenzentrierter Ansatz beschrieben) im

deutschsprachigen Raum gesehen: Entscheidende Einflüsse hatte Tausch bei einer USA-Reise Anfang der 1960er-Jahre in der persönlichen Begegnung mit Carl Rogers mitgenommen, mit dem ihn eine langjährige Freundschaft verbinden sollte. Bereits der Untertitel des mit seiner Frau Anne-Marie verfassten Standardwerks „Erziehungspsychologie“ – „Begegnung von Person zu Person“ – wies zentrale Begriffe Rogers' auf. Er bildete zugleich das programmatische Kernstück von Tauschs therapeutischem Herangehen. Wie ein gelingendes Verhältnis von Lehrer*in zu Schüler*in auf „einfühlerischem Verstehen“ und „förderlichem Verhalten“ beruhen sollte, so sollte die Beziehungsachse zwischen Therapeut*in und Patient*in von bedingungsloser persönlicher Anerkennung sowie von Offenheit gegenüber der Erlebniswelt des anderen geprägt sein. „[J]ede menschliche Begegnung kann eine therapeutische, helfende Wirkung zeigen, wenn sie durch Wertschätzung, Empathie, Achtsamkeit, Interesse an dem Menschen sich erkennbar macht.“ Die postulierte „therapeutische Wirkung“ einer an solchen Grundhaltungen orientierten psychologischen Beratung und Gesprächsführung hatte sich dabei durchaus in messbaren Effekten zu erweisen. Die in diesem Sinne von Tausch veranlassten Untersuchungen zu den Therapieergebnissen an der von ihm eingerichteten Beratungsstelle waren zu ihrer Zeit (1969–1974), also lange bevor klinische Wirksamkeitsstudien zum Standardrepertoire in der deutschen Psychotherapie gehörten, ein richtungsweisendes Unterfangen.

Was bleibt von Reinhard Tausch, der in diesem Jahr 100 Jahre alt geworden wäre? Unabhängig davon, wie es mit der heiklen Frage der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Vertiefungsverfahren in der Psychotherapieausbildung (durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie) weitergeht, kann man resümieren, dass Tausch mit der Ausarbeitung und Verankerung von deren Grundideen wichtige Anregungen für die Gestaltung von therapeutischer Beziehung und Gesprächsführung gegeben hat, von denen die Psychotherapie verfahrensübergreifend profitieren kann.

Einem oben so bezeichneten „Pionier“ erweist man die beste Ehrerbietung, indem man nicht bloß staunend vor seiner Persönlichkeit und seinen Leistungen verharrt. Vielmehr soll es mir, sollte es uns Aufgabe sein, seinem Vorbild zu folgen und mit Offenheit, Mut und Tatkraft im Dienste unserer Profession und unserer Patient*innen voranzuschreiten – wenn nötig, auch auf unkonventionellen Wegen.

Helmuth Beutel
Esslingen

20 Jahre Psychotherapeutenjournal: Bilanz und Ausblick

Zwanzig Jahre Psychotherapeutenjournal: Mission accomplished – und wie weiter?

Lothar Wittmann

Zusammenfassung: Das 2002 gegründete Psychotherapeutenjournal (PTJ) diente nicht nur einigen Psychotherapeutenkammern als Veröffentlichungsorgan für amtliche Verlautbarungen, sondern leistete darüber hinaus und vor allem einen wichtigen Beitrag zur Identitätsbildung der mit dem Psychotherapeutengesetz rechtlich definierten Profession. Die dem Berufsstand eingeschriebene Vielfalt verschiedener Psychotherapieverfahren und Tätigkeitsfelder in einem zudem multiprofessionellen gesundheitspolitischen Umfeld trugen zur Ausprägung eines breit ausgefächerten Spektrums der im Journal zu verhandelnden Themen bei. Erfolgreich konnte die Zielsetzung verfolgt werden, in einer heterogenen Profession durch Informationsaustausch und Transparenz gegenseitiges Verständnis und Vertrauen für eine gelingende Zusammenarbeit zu schaffen. Die politischen, rechtlichen und ökonomischen Professionalisierungsschritte wurden im Journal stets kritisch begleitet. Im Zuge der Neuausrichtung von Aus- und Weiterbildung wird dem PTJ auch weiterhin eine bedeutende Rolle als grenzüberschreitendes Diskussionsforum der Profession zukommen.

Vor 20 Jahren erschien die Premierenummer des Psychotherapeutenjournals (PTJ). Im ersten Editorial hat die Gründungspräsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, Monika Konitzer, im Namen der anderen Gründerkammern des PTJ (Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz) beschrieben, was die infolge des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) neu geschaffenen Landeskammern mit einem gemeinsamen Publikationsorgan anstreben:

- gesundheits- und gesellschaftspolitische Fragen, die die Profession betreffen, zu thematisieren,
- Berufsausübungs- und psychosoziale Versorgungsfragen zu erörtern,
- rechtliche und wirtschaftliche Veränderungen zu berichten sowie
- die Tätigkeit der einzelnen Kammern transparent zu machen und ihre amtlichen Mitteilungen in einem Publikationsorgan zusammenzufassen.

Auch wenn es für einen aus der Gründergeneration vielleicht ein bisschen nach Selbstlob klingt: Dieser Zielsetzung ist das PTJ von Anfang sehr gut gerecht geworden. Auch der Name „Psychotherapeutenjournal“ klingt heute noch modern und inhaltsstark.

Das maßgebliche Gremium für die Diskussion und Entscheidung über Artikel stellt der Redaktionsbeirat dar, dessen Mit-

glieder von den beteiligten Landeskammern entsandt wurden. Durch diese Rückkopplung an die Landeskammern übten diese manchmal deutlichen Einfluss aus, was die Arbeit nicht immer einfach machte. Es ging in den ersten Jahren z. B. um heikle Finanzierungsfragen, denn das Organ der Kammern sollte für alle Mitglieder ohne Zusatzkosten sein, und Freixemplare für Angehörige der Nachbardisziplinen und -berufe, Aufsichtsbehörden etc. verstanden sich von selbst. Die Frage nach dem Redaktionsort ergab sich automatisch, als neue Landeskammern hinzustießen. Die Kooperation mit dem Verlag und Gestaltungsfragen haben manchmal viel Zeit in Anspruch genommen – zuweilen mehr als die eigentliche Redaktionsarbeit, die darin bestand, Themen zu entwickeln, Hefte inhaltlich zu strukturieren, Autor*innen zu gewinnen und im Schreib- bzw. Überarbeitungsprozess zu betreuen sowie die vorgelegten Texte zu redigieren. Die kollegiale Zusammenarbeit der Vertreter*innen der einzelnen Landeskammern und später dann noch der Bundeskammer war das prägende Merkmal der Redaktionsarbeit. Auch die neu hinzustoßenden Landeskammern hatten keine Integrationsprobleme. Allen Mitgliedern muss man rückblickend eine hohe Einsatzbereitschaft testieren. Wenn auch der Verlag ein professionelles Grundgerüst anbot, war die Arbeit im Einzelnen, die Autorenbetreuung und die Sichtung von Artikeln, deswegen schwierig, weil verschiedene Dinge „unter einen Hut“ kommen mussten. Das PTJ war und ist ein Projekt des Ausgleichs zwischen wissenschaftlichen und Popularisierungsansprüchen sowie zwischen Partikularinteressen (von Landeskammern, Verfahren und Verbänden) und gemein-

samer Agenda. Alle haben kontinuierlich dazugelernt und gelegentliche Unstimmigkeiten, z. B. über „Artikel-Recycling“ (Zweit- und Drittverwertung) im PTJ, nicht gehaltene Terminvorgaben oder über „schon wieder das ...“, konnten immer überwunden werden. Auch der zur Verfügung stehende Seitenumfang der Landeskammern für ihre Mitteilungen konnte einvernehmlich geregelt werden. Es ist nach wie vor ein wichtiges Transparenzmoment für die Mitglieder, dass durch das Nebeneinander der Tätigkeitsberichte auf den sog. Länderseiten das Vergleichen der Landeskammern in ihren Leistungen und Schwerpunktsetzungen möglich ist. Auch wenn das kein eigentliches Benchmarking ist: Konkurrenz belebt in dem Falle wirklich ein bisschen.

Unterschiedliche Verfahren, verschiedene Tätigkeitsfelder, vielfältige berufliche Erfahrungen sollten in Hinsicht auf die Herausbildung einer gemeinsamen beruflichen Identität im PTJ einen Platz finden. Der Ton, in dem dies schon im Editorial angesprochen wird, ist fast beschwörend – geprägt von den Erfahrungen zur Entstehung des PsychThG. Das eigentliche Wunder an dem Zustandekommen des Gesetzes war der Einigungswille der Profession. Auch wenn die Briefköpfe der „Vorkammerzeit“ mit den zahllosen Untergruppierungen, Berufs- und Fachverbänden schon mal den Spott der politischen Adressaten ausgelöst haben, ist das bisweilen von Kompromissen getragene Einigungswerk gelungen, und mit der Gründung der Kammern kann die Profession nach außen auch mit einer Stimme auftreten.

Angemessen Gehör zu finden bei Politik, Kostenträger*innen und Vertreter*innen der Nachbarberufe, ist bis heute ein wichtiges Anliegen der Kammern und ihres Publikationsorgans PTJ. Auch dies scheint mir gelungen, wenngleich stets viele neue Widerstände zu überwinden sind. Professionalisierung, Etablierung und Sprachfindung eines Berufsstandes ist ein Prozess und kein fertiges Produkt. Der Weg zu einer gefestigten gemeinsamen professionellen Identität in der psychosozialen Versorgung erstreckt sich über einen langen, Jahrzehnte andauernden Zeitraum. Die berufliche Identitätsbildung ist die eine Seite der Medaille, die andere Seite ist die rechtliche Etablierung und finanzielle Sicherung der Profession. Beides erfolgt in vielen Schritten und ist bis heute noch nicht abgeschlossen. Da es sich um historische Prozesse handelt, spielen Narrative eine enorme Rolle. Die widersprüchlichen Gründer- und Pioniernarrative sind dabei nicht das Wichtigste: Wer damals in welcher Nacht 1998 den Gesundheitsminister Seehofer vom Sinn des PsychThG endgültig überzeugt hat, wer die SPD-geführten Länder zum Einlenken motiviert hat, wer sein Landesparlament dazu gebracht hat, mit der Kammergründung „in die Puschen“ zu kommen, Revisionen am neuen Gesetz in Omnibusgesetzen unterzubringen etc., ist Stoff für Held*innengeschichten. Auch die müssen erzählt werden. Die eigentlich wortmächtige Zunft der Psychotherapeut*innen ist bedauerlicherweise noch zu wenig damit beschäftigt, aufzuschreiben und festzuhalten, was den großen historischen Bogen und die strukturellen Bedingungen der Professionsentwicklung ausmacht, und sollte manchmal auch den Blick weg von operativen Fragestellun-

gen hin zu den die Profession ausmachenden Charakteristika lenken. Die Zeitzeug*innen leben leider nicht mehr alle. Jetzt besteht noch Gelegenheit, sie zu befragen.

Wenn Kommer und Wittmann in der Premierenausgabe des PTJ die Historie der Profession in ihren wichtigsten Entwicklungsschritten darstellen, so versuchen sie damit zugleich, eine Agenda, Erfordernisse und Zielvorgaben der zukünftigen Entwicklung aufzuzeigen. Für die Kammern wird dort als Daueraufgabe die Interessenvertretung der Profession genannt, und zugleich sollen diese Fürsprecher*innen der leidenden Menschen sein und immer wieder in Bedarfsanalysen die Diskrepanz zwischen vorhandenem Bedarf und Angebot aufzeigen. Darüber hinaus sind die Kammern v. a. zu hoheitlichen Aufgaben verpflichtet, im Rahmen der Berufsaufsicht und der Qualitätssicherung und zu konsultativem Wirken im Rahmen der fachlichen Beratung des Gesetzgebers. Auch das war alles im PsychThG angelegt und ist in den (Heilberufe-)Kammergesetzen der Bundesländer ausformuliert.

Die Psychotherapie war immer ein zukunftsweisendes Feld, geprägt von den gesellschaftlich-ökonomischen Entwicklungen und wissenschaftlichen Innovationen und eignet sich per se nicht gut für einen Konservatismus des „Weiter so“. Das PTJ hat seine Aufgabe, diese Veränderungen darzustellen, gut erfüllt und die Psychotherapeut*innen dürfen stolz auf ihre zwei Jahrzehnte bestehende Zeitschrift sein. Dennoch gibt es keinen Grund, sich selbstzufrieden auszuruhen, dazu sind die Geschwindigkeit und Beschleunigungskräfte durch Digitalisierung und gesellschaftliche Umbrüche einfach zu hoch. Das PTJ wird in den nächsten Jahren viele Aufgaben haben, die anzugehen für die Profession unerlässlich ist, weil die gesellschaftlichen Anforderungen wachsen. Rapide Modernisierung, wachsende gesellschaftliche Desintegration machen Psychotherapie immer mehr zu einem relevanten Produktivfaktor. Die Psychotherapie hat hier eine zunehmend wichtige Aufgabe in der psychosozialen Versorgung bei der Stabilisierung der Produktivität, und dies haben allmählich auch Politik und Wirtschaft verstanden.

Die Psychotherapie ist eine von kulturellen Strömungen und empirisch-wissenschaftlichen Entwicklungen geprägte Disziplin. In beide Richtungen darf der Bezug nicht abreißen, hin zum „Zeitgeist“ und hin zur Evidenzbasierung. Das eine sind die gesellschaftlichen Narrative und Alltagsmythen, die im therapeutischen Dialog eine Verständigung (und damit eine Selbst-Verständigung der Patient*innen) ermöglichen. Das andere ist die gesellschaftliche Legitimation, die nur wissenschaftlich und rational erfolgen kann. Ich wünsche mir, dass auch das PTJ hier wieder mehr Luft schöpfen kann, da der Dialog jahrelang von Verfahrens-Überlebensfragen dominiert war. Vor allem der Umgang der Gremien der Selbstverwaltung (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, Gemeinsamer Bundesausschuss/G-BA etc.) mit den humanistischen Verfahren hat hier offene Wunden hinterlassen. Nun ist es an der Zeit, wieder mehr über die Forschung über das Gemeinsame und gemeinsam Besondere der Verfahren zu sprechen.

Es ist auch an der Zeit, über mögliche Verwerfungen infolge des reformierten Psychotherapeutengesetzes aus dem Jahr 2019 nachzudenken. Als ein Beispiel seien nur die Sorgen der Universitätsinstitute dazu genannt, wie sie den Umbau zum neuen Studium schaffen sollen und wie sie es hinbekommen können, ihren wissenschaftlichen Nachwuchs nicht an die Komplikationen und Zeiterfordernisse der neuen Aus- und Weiterbildung zu verlieren.

Die professionellen Integrationsprozesse sind noch entwicklungsfähig: Zwischen den verschiedenen Versorgungsformen (ambulant vs. stationär, kurativ/rehabilitativ vs. präventiv) bedarf es verstärkter Integration – draußen in der Wirklichkeit der Gesundheitsversorgung und drinnen im Denken der Professionsangehörigen. Komplexe multiprofessionelle Angebote (insbesondere für Schwerkranken) sind die nächste Herausforderung, die Psychotherapeut*innen nicht der somatischen Medizin überlassen können. Hinsichtlich der Verfahrenskonkurrenz in der Versorgung (z. B. in den Profilen von Kliniken und Beratungseinrichtungen) sind auch noch wichtige Schritte zu mehr Kooperation zu tun. Die Unterschiede zwischen den Versorgungsformen wie auch institutionelle Schranken werden durch komplexere Versorgungsformen überbaut werden. Damit können auch alte Konfliktlinien, wie z. B. angestellt vs. selbständig, Psychiatrie vs. Psychosomatik, Beratungseinrichtungen vs. Praxen, obsolet werden. Das PTJ wird, denke ich, mit seiner Themensetzung dranbleiben und weiterhin einen wichtigen Beitrag leisten.

Erwachsenenpsychotherapie und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie werden durch das neue Berufsgesetz aus dem Jahr 2019 näher zueinander gebracht, so kann anstelle der alten Bruchlinie ein Geflecht von Fortbildungskompetenzen entstehen (z. B. Adolescententherapie, Therapie im höheren Lebensalter etc.), die übergreifend und zugleich spezialisierend wirken können. Das PTJ sollte weiterhin zu kritischen Beiträgen motivieren, die sich mit Spezialisierungen auseinandersetzen, die für das Berufsbild als Ganzes desintegrierend wirken können.

Die sehr weiblich gewordene Profession kann und darf sich nicht heraushalten bei der wachsenden Diskussion um die Defizite der Stellung der Frauen im Berufsstand und in ihren Gremien. Um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird weiterhin gekämpft werden müssen und auch Fragen der Diversität sind an der Tagesordnung.

Ebenfalls bleibt ein wichtiges Thema die Privatisierung von Krankenhäusern und die profitgesteuerte Strukturentwicklung im Gesundheitswesen. Dies schließt ein, weise mit den Fragen der Qualitätssicherung umzugehen. Eine vermutlich noch Jahrzehnte weitergehende Diskussion wird um die Digitalisierung geführt werden. Fortschrittsverweigerung im lauten Twitter-Ton, wie man sie in den sozialen Medien finden kann, ist keine sinnvolle Betätigung, wenn die politische Durchsetzung fehlt. Mitzureden und professionsspezifische Anliegen unterzubringen, ist besser, als sich maulend in die Fluchtgedanken vom baldigen Ruhestand zu retten. Das PTJ

hat hier eine große Aufgabe, die Gesprächsfähigkeit zwischen den Generationen des Berufsstandes zu gewährleisten.

Da alle Entwicklungen auch wirtschaftliche Aspekte haben, hat das PTJ auch hierin eine andauernde Verpflichtung zur Aufklärung und zur Diskussion. Die Bedeutung dieser Fragen wird eher noch zunehmen und wird eine in Teilen noch ökonomisch naive Profession fordern, wenn es – postpandemisch – zu verstärkten Verteilungskämpfen im Gesundheitswesen kommt. Die drängenden (und gerne unterschätzten) Fragen der Altersversorgung werden zukünftig über die Errungenschaft der Versorgungswerke hinaus nach Lösungen verlangen.

Bei Kommer und Wittmann heißt es als Ausblick, dass der erste Bundeskammervorstand ein politischer sein muss. Der leider zu früh verstorbene Detlev Kommer hat als Gründungspräsident der Bundeskammer mit seinen Mitstreiter*innen für dezidiert politische Akzentsetzungen gesorgt. An dieser Agenda hat sich nichts geändert, denn die Profession muss weiterhin politisch gut vertreten werden, muss Kontakte zu Kooperationspartner*innen pflegen und sich noch viel mehr als bisher in den öffentlichen Diskurs einbringen. Das darf aber nie dazu führen, dass die im politischen Raum Angesprochenen an der Professionalität oder gar am Verstand der Psychotherapie-Lobbyist*innen zweifeln müssen. In der Hinsicht sollte man manchen lautstark auftretenden Vertreter*innen und Weltuntergangsprophet*innen der akademischen Altprofessionen nicht unbedingt nacheifern. Gute Interessenvertretung braucht allerdings auch viel ökonomische, publizistische und juristische Man- und Womanpower, erweiterte Ressourcen durch ökonomisches Wachstum und die Bereitschaft vieler, sich einzubringen. Eine Schlüsselstellung nimmt dabei eine gute Nachwuchspflege durch die alterfahrenen Gremienmitglieder ein. Das PTJ kann hier als Ermutigungsorgan auch gegen eine gewisse Funktionärshermetik und -spezialisierung wirken.

Das Resümee von Kommer und Wittmann in der ersten Ausgabe des PTJ im Jahr 2002 gilt unverändert fort: Alles soll dem Ziel dienen, dass der wunderbare Beruf weiterhin Freude machen kann.



Prof. Dr. Lothar Wittmann

wittmann-otterndorf@t-online.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lothar Wittmann ist Psychologischer Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT). Er ist als Honorarprofessor an der Universität Hildesheim tätig, arbeitet als Supervisor und ist zudem niedergelassen in einer Privatpraxis in Otterndorf. Bis 2010 war er Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen.

Das Psychotherapeutengesetz und die Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Was wir gemeinsam erreichen konnten

Dieter Best

Zusammenfassung: Aus Anlass des 20-jährigen Bestehens des Psychotherapeutenjournals blickt der Autor zurück auf die Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz. Dabei werden vier wesentliche Entwicklungslinien identifiziert, die zum heutigen Stand eines – zwar noch nicht ausreichenden – dennoch, auch im internationalen Vergleich, guten Versorgungsangebots geführt haben. Eine Grundvoraussetzung war die Bündelung der Interessenvertretung einer einstmals zerstrittenen und zersplitterten Psychotherapeutenschaft. Eine zweite Bedingung war der Ausbau der Behandlungskapazitäten durch eine Steigerung der Anzahl der Psychotherapeutenplätze und der Möglichkeiten der Teilung von Sitzen. Als Drittes werden die Reformen der Psychotherapie-Richtlinie genannt, insbesondere diejenige von 2017. Dadurch erhalten gesetzlich Versicherte einen erleichterten Zugang zur Psychotherapie und ein flexibleres Behandlungsangebot. Als vierte Voraussetzung wird der Einsatz für ein objektiveres Bild der Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen genannt. Denn hier gab und gibt es nach wie vor vielfältige – oft bewusst gestreute – Vorurteile. Schließlich waren die letzten 20 Jahre immer auch geprägt von der Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Praxen, das heißt der Sorge um auskömmliche Honorare. Obwohl deutliche Fortschritte erzielt werden konnten, wird Psychotherapie immer noch deutlich schlechter honoriert als die Leistungen der somatischen Medizin. Insgesamt – so das Fazit – haben sich die psychotherapeutische Versorgung und die Situation der Praxen in den letzten 20 Jahren wesentlich verbessert.

Vorbemerkung

Das Psychotherapeutenjournal feiert sein 20-jähriges Jubiläum. In einem Protokoll der damaligen „Arbeitsgemeinschaft der Länderkammern und Errichtungsausschüsse“ vom September 2002 stand kurz und knapp: „Dieses (Organ) wird im Dezember unter dem Titel Psychotherapeutenjournal erscheinen und in einen allgemeinen Teil und einen länderbezogenen Teil aufgliedert sein.“

Bis dahin waren noch nicht alle Kammern gegründet, die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gab es noch nicht. Für die Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz war ich Mitglied des ersten Redaktionsbeirats und außerdem Autor eines im Heft „0/2002“ erschienenen Artikels zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). In den ersten Jahren nach dem Psychotherapeutengesetz wurden die Gründungen der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK vorangetrieben. Für die niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten¹, aus deren Perspektive ich diesen Beitrag schreibe, war es die Zeit der Orientierung im für uns neuartigen System der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Berufsrechtlich standen in erster Linie der Aufbau der Selbstverwaltungsstrukturen der Kammern und die Entwicklung der Regelwerke, wie z. B. der Berufsordnungen, auf der Agenda. In der ambulanten Versorgung für gesetzlich Versicherte war die Situation eine andere: Die Selbstverwaltungsstrukturen für die Niedergelassenen existierten schon, nämlich die Kassenärztlichen Vereinigungen. In diese wurden wir nach den Vorgaben von Artikel 2 des Psychotherapeutengesetzes „integriert“. Deren Abstoßungskräfte gegen die neuen Mitglieder waren allerdings anfangs stark ausgeprägt, besonders wenn es ums Geld ging und wir den uns zustehenden Teil forderten. Zwar hatte der Gesetzgeber dafür ein bestimmtes, aus dem früheren Umfang psychotherapeutischer Behandlungen errechnetes Volumen bereitgestellt, es erwies sich aber als nicht ausreichend. Hinzu kam, dass das Bundessozialgericht den Psychotherapeutinnen und -therapeuten hohe Honorarnachzahlungen aus den 1990er-Jahren zugesprochen hatte, die aus den Honorartöpfen der somatisch tätigen Ärztinnen und Ärzte bezahlt werden mussten. Der Unmut der Ärzteschaft gegenüber uns „Eindringlingen“ war nicht nur in

¹ Es wird darauf hingewiesen, dass bei der Verwendung dieser Schreibweise im gesamten Text ausdrücklich auch Personen mit nicht-binären Geschlechteridentitäten mitgemeint sind.

den Gremien, sondern nicht selten auch im direkten Kontakt zu den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen spürbar.

Seither hat sich sehr viel geändert. Der Beruf ist etabliert, Psychotherapie ist fester und anerkannter Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens, psychische Krankheiten werden viel stärker beachtet als früher, die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen hat deutlich abgenommen und

— **Es gab vor dem Psychotherapeutengesetz zwei Möglichkeiten zur Finanzierung einer Psychotherapie durch die Krankenkasse: entweder mittels Delegation durch eine Ärztin oder einen Arzt oder über den Weg der Kostenerstattung auf Grundlage einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung.** —

das psychotherapeutische Versorgungsangebot ist wesentlich differenzierter als noch vor 20 Jahren. Die Psychotherapie hat sich auch fachlich stark weiterentwickelt. Für chronische und komplexe Krankheitsbilder gibt es spezifische Behandlungsmöglichkeiten. Ein großer Schritt für die Konsolidierung und Zukunftssicherung des Berufs ist die 2019 beschlossene Revision des Psychotherapeutengesetzes mit deren Kernstück, einer grundlegenden Reform der Psychotherapeutenausbildung. Die in diesem Jahr (2021) beschlossene Muster-Weiterbildungsordnung mit der Möglichkeit von Bereichsweiterbildungen wird zukünftig den Einsatz psychotherapeutischer Kompetenzen bei somatischen Erkrankungen fördern können.

Im Folgenden beschreibe ich die mir wesentlich erscheinenden Entwicklungslinien, die zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und der Lage der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in den letzten Jahrzehnten geführt haben.¹

Stärkung der Interessenvertretung

Der fehlende ordnungspolitische Rahmen in den 20 Jahren vom ersten Entwurf 1978 bis zur Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998 hatte zu einer vielfältigen, teilweise völlig zerstrittenen Verbändelandschaft geführt. Gemeinsame Interessenvertretung war kaum möglich und musste mühsam erarbeitet werden. Unter den Niedergelassenen gab es zwei Hauptlager, nämlich die AGR (Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände), in der die Verbände organisiert waren, deren Mitglieder im Delegationsverfahren arbeiteten, und die AGPT (Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie), in der vorrangig die Verbände vertreten waren, deren Mitglieder im Kostenerstattungsverfahren arbeiteten. Was hatte zu dieser Spaltung geführt?

Mit der Anerkennung der Psychotherapie als Krankenkassenleistung 1967 konnten auch „Nicht-Ärzte“ – so nannte man

uns damals – Psychotherapie als Kassenleistung abrechnen. Es gab zwei Wege zur Finanzierung einer Psychotherapie durch die Krankenkasse: Zum einen konnte dies auf Basis der Delegation durch eine Ärztin oder einen Arzt in einem Verfahren erfolgen, das in den (damals so genannten) „Psychotherapierichtlinien“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverbände der Krankenkassen geregelt war. Darin festgelegt waren auch die Struktur und die Inhalte der Zusatzqualifikation, die an zugelassenen Instituten erworben werden musste.³ Zum anderen war eine Finanzierung über den Weg der Kostenerstattung auf Grundlage einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung möglich. Je nachdem, in welchem Umfeld man sich bewegte und wie man die eigene Rolle in diesem Abhängigkeitsverhältnis von

einem/einer psychotherapeutisch tätigen Arzt oder Ärztin definierte, entschied man sich entweder für den einen oder den anderen Weg. Die Entscheidung war für viele nicht nur eine private Entscheidung, sondern sie kam einem ideologischen Bekenntnis gleich. Dementsprechend formierten sich zwei Hauptlager.

In der Endstrecke zum Gesetzgebungsverfahren Ende der 1990er-Jahre musste eine Entscheidung fallen. Der damalige Gesundheitsminister Seehofer machte in einem Gespräch mit den Verbänden im April 1996 klar, dass eine eigenständige „Psychotherapeutische Vereinigung“ außerhalb der kassenärztlichen Versorgung nicht in Frage käme. Entweder die Psychotherapeutenvereinigung einigte sich auf das „Integrationsmodell“ oder das Gesetz werde scheitern. Unter diesem Druck stimmten schließlich alle Psychotherapeutenverbände dieser Bedingung zu. Das Gesetzesvorhaben sollte nicht noch einmal scheitern wie einst 1978.

Der Vollständigkeit halber muss erwähnt werden, dass das Integrationsmodell auch in der Ärzteschaft höchst umstritten war. Noch 1997 hatte sich eine KBV-Vertreterversammlung in einer emotional geführten, aufreibenden Debatte gegen die Integration ausgesprochen. Das Deutsche Ärzteblatt berichtete: „Die Kassenärzte wollen mit den Psychologen nun doch nicht mehr unter ein gemeinsames Dach. Das Angebot zur Integration gilt nicht mehr. Das ist das Fazit der rund sechsstündigen kontroversen Diskussion einer außerordentlichen Vertreterversammlung der KBV am 20. September in Düsseldorf“.⁴ Im darauffolgenden Jahr stimmte die KBV dann aber doch zu. Denn nur so – so das rationale Argument – könne

² Die Anregung für diesen Beitrag kam vom Sprecher des Redaktionsbeirats Heiner Vogel, dem ich an dieser Stelle, auch für seine inhaltlichen Anregungen, herzlich danken möchte.

³ Die Struktur und Inhalte der Qualifikationsvoraussetzungen zur Delegationsberechtigung bildeten den wesentlichen Kern der späteren Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz von 1998.

⁴ Deutsches Ärzteblatt, Heft 40/1997, S. A-2537.

das Monopol der KVen als Vertretung aller Niedergelassenen gesichert werden. Die Vertreterinnen und Vertreter der psychotherapeutisch tätigen Arztgruppen stimmten damals, aus denselben Überlegungen, ebenfalls zu. Die Gegnerschaft der beiden Lager der Psychotherapeutinnen und -therapeuten war mit dem Psychotherapeutengesetz noch nicht beseitigt, sie setzte sich in den Jahren nach dessen Inkrafttreten, in einer fünfjährigen Übergangsphase zunächst fort. In dieser Zeit ging es u. a. darum, wer von denjenigen, die nicht am Delegationsverfahren teilgenommen hatten, eine sozialrechtliche Zulassung erhalten sollten. Als nicht gerade günstig für eine Befriedung der Gegensätze erwies sich der Umstand, dass in den Zulassungsausschüssen die eine Gruppierung über die Zulassung der anderen mitbestimmte.

Davon abgesehen zeigte es sich aber als ein großer Vorteil, dass mit dem Psychotherapeutengesetz und der Gründung der Kammern Gremien geschaffen wurden, in denen die Konflikte strukturiert und transparent ausgetragen werden konnten.

Zunehmend ließ die Notwendigkeit, konkrete Probleme pragmatisch zu lösen, die Verteidigung fest umrissener ideologischer Standpunkte in den Hintergrund treten. Im KV-System mussten die Psychotherapeutinnen und -therapeuten ihren Platz schließlich erst finden und ihre Interessen im bisher rein ärztlichen System formulieren.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen im Speziellen und das Gesundheitswesen im Allgemeinen waren damals „somatisch fixiert“. So sah es auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ von 2003: „Der gesamte Bereich der sozialen und psychologischen Einflussfaktoren und Folgen chronischer Krankheiten wird weitgehend vernachlässigt. Der Rat spricht daher von einer ‚somatischen Fixierung‘ des Systems. Eigene gesundheitliche Ressourcen des Patienten bleiben so weitgehend ungenutzt; es herrscht eine auf Passivierung des Kranken gerichtete Leistungserbringung vor.“ Und weiter: „Unverkennbar ist die enorme Resistenz insbesondere der ‚Organfächer‘, überhaupt psychische Fragen in ihre Konzepte nicht nur rhetorisch bzw. nicht nur abwertend oder abwartend zu integrieren.“

Im KV-System hatten wir mit vielerlei Widerständen zu kämpfen, auch mit den Widerständen der ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Lange wurde darum gerungen, welches Leistungs- bzw. Abrechnungsspektrum den PP und KJP im Unterschied zu den psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten, v. a. den Fachärztinnen und -ärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, zugestanden werden soll. Es sollte nach deren Auffassung ein möglichst kleines Spektrum sein. In meinem damaligen Artikel (PTJ, Heft 0/2002) zum EBM beschrieb ich diese Auseinandersetzungen.

Das Psychotherapeutengesetz war die notwendige Grundlage für eine gebündelte Interessenvertretung. Während und

nach der Gründung der Kammern wie auch im Rahmen der Gremienarbeit in den KVen konnten alte Gräben allmählich zugeschüttet werden. Hier erwiesen sich die gesetzlich vorgeschriebenen Beratenden Fachausschüsse für Psychotherapie in den KVen und der KBV als zentrale, außerdem demokratisch legitimierte Gremien, in denen sich alle psychotherapeutischen Gruppierungen einschließlich der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen auf gemeinsame Positionen verständigen konnten und mussten.

Musste man anfangs noch um jeden Sitz in den Gremien kämpfen, ist die Mitarbeit in allen relevanten Gremien der KVen und der KBV inzwischen selbstverständlich. Bei entsprechender Konstellation und günstigen Machtverhältnissen war und ist es gelegentlich sogar möglich, PP oder KJP in die Vorstände zu wählen. In der KBV konnte ein Psychologischer Psychotherapeut – Hans-Jochen Weidhaas – Vorsitzender der Vertreterversammlung werden. Jürgen Doebert und ich, obwohl aus verschiedenen Verbänden kommend, arbeiteten in den Honorargremien eng zusammen und vertraten dort die honorarbezogenen Interessen aller niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Auch die Zusammenarbeit mit den Verbänden, in denen ausschließlich ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten organisiert waren, gelang zunehmend besser – obwohl diese in der Anfangsphase nach dem Psychotherapeutengesetz bestrebt waren, sich von den PP und KJP abzugrenzen. Eine ausgleichende Rolle spielten dabei die „gemischten“ Verbände mit ärztlichen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Mitgliedern. Viele Projekte wurden gemeinsam vorangetrieben, so z. B. ein interdisziplinäres Versorgungskonzept für schwer psychisch Kranke. Daraus wurde später der NPPV-Vertrag für den Bereich Nordrhein. Dieser wiederum war die Vorlage für die kürzlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verabschiedete Richtlinie über eine „Komplexversorgung“.

Zunahme der Behandlungskapazitäten

Schon lange vor dem Psychotherapeutengesetz hatte die Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten stetig zugenommen. Wer einen Therapieplatz finden wollte, musste oft weite Wege und lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Neben den eher wenigen ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten deckten einen Teil des Bedarfs die Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Delegationsverfahren ab, einen weiteren Teil diejenigen, die in der „Kostenerstattung“ arbeiteten. Psychotherapie im Wege der Kostenerstattung erreichte nach den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen in der Spitze ein Volumen von 107 Mio. Euro im Jahre 1999⁵.

⁵ Bundesministerium für Gesundheit: Gesetzliche Krankenversicherung – vorläufige Rechenergebnisse 1999 (KV45-Statistik).

Mitte 1999 waren etwa 8.500 PP und KJP KV-zugelassen oder ermächtigt, 2007 waren es 12.800 und 2020 nach den Angaben des Bundesarztregisters 29.700. Dieser große Zuwachs geht zu einem geringeren Teil auf zwei Reformen der Bedarfsplanung mit zusätzlichen Psychotherapeutenstellen zurück. So führte z. B. das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) von 2011 mit ca. 1.100 zusätzlichen Sitzen zu einem Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung in ländlichen Gebieten.

Der Zuwachs bei der Anzahl der psychotherapeutischen Praxen im Bundesgebiet war aber vor allem auf die Möglichkeit der Teilung von Sitzen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) von 2007 zurückzuführen. Zunächst eher zögerlich, in den letzten Jahren vermehrt, ergreifen die Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit, einen halben Sitz abzugeben und sich auf die andere Hälfte zu beschränken.

— Der Vorschlag des Verbands der Ersatzkassen zur Einrichtung von sog. „intelligenten Koordinierungsstellen“ wäre einer Wiedereinführung des Delegationsverfahrens gleichgekommen. —

Ende 2020 arbeitete die Hälfte der PP- und KJP-Praxen, insgesamt 14.800 an der Zahl, auf der Grundlage eines halben Versorgungsauftrags. Damit verbunden ist effektiv eine Zunahme der Behandlungskapazitäten, weil die beiden hälftigen Versorgungsaufträge zusammengenommen stärker ausgefüllt werden als der ursprüngliche volle Versorgungsauftrag. Auch an anderen Stellen der Bedarfsplanung wurde nachgesteuert. Dazu zählt die 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beschlossene Regelung, dass beim Jobsharing psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang nicht an ihr zurückliegendes Leistungsvolumen gebunden sind, sondern dieses über den Fachgruppendurchschnitt hinaus erweitern können.

Niedrigschwelliger Zugang zur Psychotherapie und flexiblere Behandlungsmöglichkeiten

Vor dem Psychotherapeutengesetz und auch noch in den Jahren nach dessen Inkrafttreten war die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung auf die damaligen drei Richtlinienverfahren begrenzt. Für die Abklärung des Behandlungsbedarfs standen nur die probatorischen Sitzungen zur Verfügung. So war es ein zwar kleiner, aber doch wichtiger Fortschritt, dass im Zusammenhang mit der Reform des EBM zum 1. April 2005 eine abrechenbare zehnminütige Gesprächsleistung eingeführt wurde. Diese ist in vielfältiger Weise nutzbar und ergänzt die Richtlinienverfahren. Die damaligen Verhandlungen zu dieser Gesprächsleistung waren übrigens alles andere als einfach, denn die im Beratenden Fach-

ausschuss für Psychotherapie vertretenen Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sahen die große Chance, ihrem Fachgebiet mit dem EBM endlich ein eigenes Gepräge zu geben und sich damit von den PP und KJP abzugrenzen. Der Kompromiss war schließlich: Alle erhielten das begrenzte Kontingent des zehnminütigen Gesprächs, die Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie darüber hinaus das nicht limitierte, antrags- und genehmigungsfreie „psychosomatische Gespräch“ und eine ebenfalls unbegrenzte „psychosomatisch-medizinische Gruppenbehandlung“. Viel genützt hat es nicht, denn die Vergütungen waren deutlich schlechter als die der richtlinientherapeutischen Leistungen.

Nach der Einführung des „EBM 2000plus“ im Jahr 2005 blieben die Strukturen zunächst einmal lange unverändert, obwohl der Bedarf zunahm. Dieser konnte nur zum Teil durch Psychotherapien per Kostenerstattung ausgeglichen werden, obwohl deren Volumen von 7,7 Mio. Euro im Jahr 2002 auf 41,2 Mio. Euro im Jahr 2012 gestiegen war⁶. Leider konnte die Ausgabenentwicklung in diesem Segment nicht mehr weiterver-

folgt werden, weil das Bundesministerium für Gesundheit ab 2013 den Krankenkassen nicht mehr vorschreiben wollte, die Daten weiter zu veröffentlichen.⁷ Sollte ein „Systemversagen“ verschleiert werden?

Der Druck auf KVen und Krankenkassen nahm zu, die Politik forderte konkrete Maßnahmen ein. Ein erster Schritt war eine, v. a. auch von der BPtK massiv geforderte Reform der Bedarfsplanung. Sie brachte im Ergebnis etwa 1.100 zusätzliche Psychotherapeutenstellen. Der GKV-Spitzenverband hatte dem zusätzlichen Finanzvolumen unter der Voraussetzung zugestimmt, dass „die Psychotherapierichtlinien und das Gutachterverfahren weiterzuentwickeln“ seien, so in einer vertraulichen Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband von 2013.

Im Sinne dieser Vereinbarung machte der Verband der Ersatzkassen mit einem Positionspapier einen ersten Aufschlag. Eine zentrale Forderung dieses Papiers bezog sich auf die Einrichtung von sog. „intelligenten Koordinierungsstellen“. Damit waren ärztlich geleitete Diagnostikzentren gemeint, die jede bzw. jeder psychotherapiesuchende Versicherte hätte durchlaufen müssen und von deren Einschätzung und Empfehlung die Entscheidung für oder gegen den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung abhängig war. Im Grun-

⁶ Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit, GKV – endgültige Rechenergebnisse 2003 – 2011, vorläufige Rechenergebnisse 2012, tabellarische Darstellung der BPtK.

⁷ In einer Antwort des BMG auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion „Bündnis 90 / Die Grünen“ wurde dies damit begründet, dass „aus fachlicher Sicht“ keine Notwendigkeit bestehe, die Zahlen getrennt von anderen Kostenerstattungsausgaben weiter zu erheben.

de kam dieser Vorschlag der Wiedereinführung des Delegationsverfahrens gleich. Begründet wurde das Vorhaben mit der Notwendigkeit einer besseren Steuerung, denn Psychotherapeutinnen und -therapeuten würden sich – so das bei den Kassen verbreitete Vorurteil – ohne gezielte bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung vorzugsweise um einfacher erscheinende Fälle kümmern; außerdem würden Psychotherapien zu lange dauern.

Nach dem Vorstoß der Krankenkassen war es umso dringender für uns Psychotherapeutinnen und -therapeuten, eigene Reformüberlegungen voranzutreiben. Diese mündeten 2013 im Vorschlag einer „gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“. Dieser Vorschlag wurde zunächst mit den in der KBV vertretenen psychotherapeutischen Verbänden, dann mit den Kammern und im Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie der KBV diskutiert. Nach anfänglich heftigem Widerstand des KBV-Vorstandes schloss sich dieser letztendlich dem Konzept an und übernahm es in ein Positionspapier zum Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung nach der Bundestagswahl 2013. Gefordert wurde die Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden, einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung, einer Akutbehandlung und einer Rezidivprophylaxe.

Die Einflussmöglichkeiten der KBV in der Politik waren damals noch stärker ausgeprägt und so gelang es tatsächlich, die zentralen Reformvorstellungen zu einem niederschweligen und flexiblen Versorgungsangebot im Versorgungstärkungsgesetz (GKV-VSG, 2015) zu platzieren. Dem G-BA wurde auferlegt, bis Mitte 2016 in der Psychotherapie-Richtlinie „Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens“ vorzusehen.

Nach zähen Verhandlungen im G-BA zur Psychotherapie-Richtlinie und den entsprechenden Anpassungen der Psychotherapie-Vereinbarung und des EBM konnte die grundlegende Reform der Psychotherapie-Richtlinie am 1. April 2017 in Kraft treten.

Anfänglich waren viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit der Reform nicht einverstanden, v. a. nicht mit der Verpflichtung zur persönlichen telefonischen Erreichbarkeit und zur Bereithaltung psychotherapeutischer Sprechstunden. In vielen Veröffentlichungen und Veranstaltungen, z. T. mit Krankenkassenvertreterinnen und -vertretern, warben die in der KBV repräsentierten Verbände der PP und KJP für die Reform und stellten die Vorzüge nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für die Praxen heraus. Denn: Das Behandlungsspektrum war dadurch erweitert worden, zudem gestalteten sich die Abläufe fortan flexibler und weniger bürokratisch (ein Bewilligungsschritt war entfallen, das Gutachterverfahren wurde vereinfacht, Gruppentherapien wurden erleichtert) und schließlich konnte insgesamt ein durchschnittlich höheres Honorar erzielt werden.

Mit der Reform war nicht nur ein fast schon jahrzehntelang bestehender Reformstau beendet, es begann auch eine ganz neue Dynamik weiterer Reformschritte, woran Gesundheitsminister Spahn seinen Anteil hatte. Nicht alle Vorstöße („Ras-terpsychotherapie“) waren in unserem Sinne, wohl aber die meisten. Die wichtigsten waren:

- das GKV-Versorgungstärkungsgesetz (GKV-VSG) von 2015 mit einer Erweiterung der Verordnungsbefugnisse der PP und KJP,
- das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz, das zugleich auch die verstärkte Förderung der Gruppentherapie und die Befugnis zur Verordnung von Ergotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege beinhaltetete,
- das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMDG) von 2021 (mit der Maßgabe, die Akutbehandlung und die Gruppentherapie auch im Rahmen einer Videosprechstunde zu ermöglichen),
- die Erweiterung der Richtlinienverfahren um die Systemische Therapie per G-BA-Beschluss 2020 sowie
- das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWVG) mit der Möglichkeit, probatorische Sitzungen während einer Krankenhausbehandlung durchführen zu können.

Mit der im Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz zusätzlich verankerten gesetzlichen Forderung nach einer „berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ und der Umsetzung in einer neuen Richtlinie des G-BA im September 2021 war der Schlusspunkt unter das Bündel der Maßnahmen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in der vergangenen Legislaturperiode gesetzt.

Weil der psychotherapeutische Behandlungsbedarf weiter steigt, können wir sicher davon ausgehen, dass auch die neue Bundesregierung Änderungen der Rahmenbedingungen vornehmen wird. Schaut man sich die Wahlprogramme der Parteien an, sind sich alle für eine Regierung in Frage kommenden Parteien darin einig, dass zumindest eine Erweiterung der Behandlungskapazitäten notwendig ist, v. a. im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Mythen und Fakten zur Psychotherapie

Vor dem Psychotherapeutengesetz waren Vorurteile und Skepsis gegenüber Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Ärzteschaft verbreitet. Oft war es mühsam, Ärztinnen und Ärzte für die Ausstellung von Notwendigkeitsbescheinigungen oder für die Übernahme von Delegationen zu gewinnen. Patientinnen und Patienten nahmen oft weite Wege auf sich, um nicht an ihrem Wohnort gesehen zu werden, wenn sie eine psychotherapeutische Praxis betreten. Während

wir damals mit großer Aufmerksamkeit jeden Artikel, jede Fernsehsendung, bei denen es um psychische Krankheiten ging, mit Freude begrüßten, sind Berichte und Reportagen zu psychischen Krankheiten inzwischen alltäglich geworden. Insgesamt hat sich die Sicht auf psychische Krankheiten und Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten also sehr zum Positiven gewendet und die Stigmatisierung psychisch Kranker hat stark abgenommen.

Dem stehen bis heute Vorurteile bzw. bewusst gestreute Fake News gesundheitspolitischer Entscheidungsträger gegenüber: „Psychotherapeuten arbeiten zu wenig, füllen ihre Sitze nur zur Hälfte aus“, „Psychotherapeuten behandeln überwiegend leichte Störungen“, „Psychotherapeuten lassen sich am liebsten an attraktiven Standorten nieder und nicht dort, wo man sie braucht“ oder auch „Psychotherapeuten behandeln bevorzugt Privatpatienten.“ Noch 2018 behauptete Gesundheitsminister Spahn in einer Bundestagsdebatte: „Die Stadt mit dem höchsten Versorgungsgrad im psychothe-

Unsachliche Angriffe und Vorurteile gegenüber der Psychotherapeuten-schaft sind auch deswegen zurückgegangen, weil die psychotherapeutischen Verbände und die Kammern gelernt haben, sich gut abzustimmen und gemeinsam gegen Provokationen zur Wehr zu setzen.

reapeutischen Bereich in Deutschland ist: Freiburg. Die Stadt mit den längsten Wartezeiten ist: Freiburg“. Die Behauptung war nicht nur falsch (die Wartezeiten in Freiburg sind nicht überdurchschnittlich lang und Freiburg weist zudem einen hohen Mitversorgeranteil aus dem Umland auf), sondern auch polemisch, weil sie nahelegt, dass der psychotherapeutische Bedarf im Grunde unbegrenzt ist und die Psychotherapeutinnen und -therapeuten sich die Nachfrage selbst schaffen.

Die Behauptung, Psychotherapeuten arbeiteten zu wenig, geht auf die sog. „Vollauslastungsthese“ des Bundessozialgerichts (BSG) zurück. Das BSG hatte 1999 in einem wegweisenden Urteil aufgrund der Klage eines ärztlichen Psychotherapeuten und in mehreren späteren Urteilen festgelegt, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit einer Auslastung von durchschnittlich 36 genehmigungspflichtigen Sitzungen pro Woche, ohne Berücksichtigung weiterer Leistungen, „voll“ ausgelastet seien. Mit „Vollauslastung“ meinte das BSG aber nicht eine Ganztagsbeschäftigung, sondern explizit eine „persönliche Belastungsgrenze“⁸, also eine maximale Auslastung. Solchen Praxen – so das BSG – werde ein Sitzungshonorar zugestanden, bei dem die Kosten für eine medizinische Fachkraft mit einer Halbtagsanstellung enthalten sein müssen. Ohne auf die Details und die Auswirkungen der Urteile eingehen zu wollen: Eine der Auswirkungen war die bewusste Fehlinterpretation, dass gemessen an dem, was das BSG mit „Vollauslastung“ gemeint hatte, die meisten

Psychotherapeutinnen und -therapeuten nur in Teilzeit tätig seien.

War alle Aufklärung vergebens? Ich glaube nicht. Die unsachlichen Angriffe sind deutlich weniger geworden, nicht zuletzt auch deshalb, weil die psychotherapeutischen Verbände und die Kammern gelernt haben, sich gut abzustimmen und auf jede Provokation unverzüglich mit aller Entschiedenheit zu reagieren.

Das Honorar – ein schwieriges Kapitel

Gesundheitsreformgesetze der Siebziger-, Achtziger- und Neunziger-Jahre waren mit einiger Regelmäßigkeit Kostendämpfungsgesetze. Mit einem dieser Gesetze („Gesundheitsstrukturgesetz – GSG“) wurde ab 1993 die budgetierte Vergütung eingeführt, mit gravierenden Auswirkungen auf die Honorare. Die Absicht war, den stetig steigenden Leistungsbedarf mit einem Verfall der Punktwerte aufzufangen. Während aber Ärztinnen und Ärzte der somatischen Medizin Einkommensverluste mit einer Steigerung der abgerechneten Leistungsmenge kompensieren konnten, war den im damaligen Delegationsverfahren tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und den ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten diese Möglichkeit verbaut. Denn ihre Leistungen sind mit Mindestzeiten versehen. Eine „Leistungsverdichtung“ je Zeiteinheit ist nicht möglich.

Gegen die unfairen Bedingungen wurden Klagen vor Sozialgerichten geführt. Das erste einschlägige Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) im Jahr 1999 verfügte, dass den Psychotherapeutinnen und -therapeuten ein Mindesthonorar zustehe. Es würde den Rahmen sprengen, die Wege und Umwege zur „angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit“ – so die seit mehr als 20 Jahren bestehende, mehrfach modifizierte gesetzliche Regelung in § 87 Abs. 2c SGB V – im Einzelnen nachzuvollziehen.

Die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen ist im Verhältnis zu den Leistungen der somatisch tätigen Arztgruppen nach wie vor völlig unbefriedigend. Der pro Stunde erwirtschaftete Praxisüberschuss beträgt mit etwa 40 Euro weniger als die Hälfte des Überschusses der Arztpraxen des grundversorgenden fachärztlichen Bereichs.⁹ Leider sind die sozialgerichtlichen Mittel mit einem Urteil des BSG vom Ok-

⁸ BSG-Urteil vom 20.01.1999, B 6 KA 46/97.

⁹ S. Praxispanel des Zentralinstituts (ZI) der kassenärztlichen Versorgung, Jahresbericht 2018.

¹⁰ Diese Zahlen wurden unter Berücksichtigung eines durchschnittlichen Strukturzuschlages ermittelt.

tober 2017 ausgeschöpft. Weil das Urteil aus unserer Sicht aber verfassungsrechtlich angreifbar ist, läuft derzeit eine Verfassungsbeschwerde.

Betrachtet man die Entwicklung der Sitzungshonorare, sieht es besser aus. Von 1996 an stieg der Umsatz je psychotherapeutischer Sitzung von durchschnittlich 57 Euro auf etwa 107 Euro¹⁰ im Jahr 2020, d. h. es gab eine Steigerung von etwa 88 %. Die Inflationsrate in diesem Zeitraum betrug kumuliert etwa 40 % und die Nominallöhne sind etwa um 64 % gestiegen. Im Verhältnis zur Inflationsrate und zur allgemeinen Lohnentwicklung haben unsere Honorare also deutlich zugelegt.

Demgegenüber verharren die Honorare für die Privatbehandlung immer noch auf dem Stand von 1996. Die EBM-Honorare für GKV-Versicherte sind bei der Psychotherapie an den Privathonoraren vorbeigezogen. Bundesärztekammer und Private Krankenversicherungen (PKVen) haben in den letzten Jahren zwar intensiv auf die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hingearbeitet; es liegt nun aber an der Politik, die Reform auf den Weg zu bringen. Ob der Koalitionsvertrag eine Aussage zur Reform der GOÄ enthalten wird, war bei Redaktionsschluss noch unklar. Den Wahlprogrammen der Parteien nach zu urteilen, kann die Motivation nicht allzu groß sein, denn keine Partei hat sich eine solche Reform der GOÄ auf die Fahnen geschrieben. Inzwischen haben wir im Bereich der Privatbehandlung in der Psychotherapie eine „Zweiklassenmedizin“ in der Weise, dass Privatbehandlungen schlechter vergütet werden als „Kassenbehandlungen“.

Viele Privatpatientinnen und -patienten sind Beihilfeberechtigte. Leider sind die formalen Voraussetzungen für Psychotherapie nach dem Beihilferecht weiterhin unnötig kompliziert und sie hinken den Fortschritten der Psychotherapie-Richtlinie hinterher. Zwar hat die Bundesbeihilfe zum 1. Januar 2021 ihre Bedingungen angepasst (die Länderbeihilfen zum Teil), so richtig gelungen ist die Reform aber nicht. So wurde zum Beispiel versäumt, eine psychotherapeutische Sprechstunde einzuführen und für die neue Akutbehandlung eine entsprechende Abrechnungsposition in der GOÄ/GOP zu hinterlegen. Hätte man nicht den Sachverstand der BPtK zurate ziehen können?

Schlussbemerkung

Dass wir damals – vor dem Psychotherapeutengesetz – unbedingt ein solches Gesetz brauchten, um aus einer im Verhältnis zur Ärztin bzw. zum Arzt untergeordneten Position herauszukommen und um unseren Beruf als akademischen

Heilberuf langfristig zu etablieren, war allen klar – gleichgültig, welchem „Lager“ man sich zuordnete. Nicht klar war mir und wahrscheinlich vielen anderen aber, welche Bedeutung der Beruf im deutschen Gesundheitswesen in den folgenden 20 Jahren schließlich erreichen würde. Die Politik hat den zunehmenden Bedarf an Psychotherapie erkannt und in einer ganzen Reihe von Reformschritten dazu beigetragen, dass die psychotherapeutische Versorgung stetig ausgebaut wurde.

Das 2002 gegründete Psychotherapeutenjournal war nicht nur ein Forum für die fachliche Weiterentwicklung der Psychotherapie, sondern auch das von allen Psychotherapeutinnen und -therapeuten anerkannte zentrale Forum, in dem die unterschiedlichen berufspolitischen Standpunkte dargestellt und diskutiert werden konnten.

Die jahrzehntelangen Bemühungen haben sich gelohnt. Das Psychotherapeutengesetz bewirkte, dass jeder und jedem gesetzlich Versicherten in Deutschland, bei entsprechender Indikation, das Recht auf eine Psychotherapie mit einem ausreichenden, gesicherten und zuzahlungsfreien Behandlungskontingent zusteht. Im internationalen Vergleich ist diese Stellung der Psychotherapie und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Gesundheitswesen einmalig. Auch wenn noch an vielen Ecken und Enden Handlungsbedarf besteht und die Rahmenbedingungen der stetigen Weiterentwicklung bedürfen: Mit dem, was in den letzten 20 Jahren erreicht wurde, können die Psychotherapeutinnen und -therapeuten zufrieden sein und zuversichtlich in die Zukunft schauen.



Dipl.-Psych. Dieter Best

Berthold-Schwarz-Str. 26
67063 Ludwigshafen
best.dieter@t-online.de

Dipl.-Psych. Dieter Best ist als Psychologischer Psychotherapeut niedergelassen in eigener Praxis (VT) in Ludwigshafen/Rhein. Dieter Best ist Gebührenordnungsbeauftragter der BPtK. Er war in verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung tätig, u. a. als Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV-VV) und als alternierender Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV. Von 2007 bis 2013 fungierte er als Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV).

Interview

„Das Psychotherapeutenjournal hatte von Anfang an eine identitätsstiftende Funktion“

Heiner Vogel im Gespräch mit Rainer Richter

Heiner Vogel (PTJ): Sie haben sich als einer der maßgeblichen Autoren des „Forschungsgutachtens zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ (Meyer et al., 1991) schon sehr früh mit dem fachlichen Bedarf, mit den Voraussetzungen und den Rahmenbedingungen eines Psychotherapeutenberufs beschäftigt. In dem Gutachten fanden sich ja schon einige konkrete Empfehlungen zur Umsetzung des Gesetzes. Leider hatte es noch viele Jahre gedauert, bis dann im Jahr 1998 das erste Psychotherapeutengesetz von Bundestag und Bundesrat endgültig beschlossen wurde. Hatten Sie damals die Widerstände unterschätzt, oder fehlte mit dem baldigen Ausscheiden von Frau Lehr aus dem Ministerium dort eine treibende Kraft bzw. ein wirkliches Interesse?

Rainer Richter: Gutachten werden von der Politik häufig in Auftrag gegeben, um eine bereits bestehende politische Meinung mit wissenschaftlich fundierten Argumenten zu untermauern. So war es auch in diesem Fall: Die Gesundheitsministerin, selber Psychologin, befürwortete eine gesetzliche Regelung der psychotherapeutischen Tätigkeit von Psycholog*innen, „nicht-ärztlichen“ Psychotherapeut*innen, wie wir damals noch genannt wurden, sehr offen, die Leiterin der zuständigen Fachabteilung im Ministerium, die sich eher als Interessensvertreterin der KBV und Bundesärztekammer verstand, erwartete belastbare Argumente, um ihre Ablehnung eines eigenen Heilberufs für die Psychotherapie gegenüber dem damaligen politischen Druck – auch seitens der Krankenkassen – zu begründen. Ich konnte meinen damaligen Chef, Adolf-Ernst Meyer, davon überzeugen, uns um den Auftrag als Expertenteam zu bewerben: A.-E. Meyer, Psychiater und Psychosomatiker und als ärztlicher Psychoanalytiker zur damaligen Zeit einer der wenigen empirischen Psychotherapieforscher im Bereich der psychoanalytischen Verfahren und als solcher bestens international vernetzt; Klaus Grawe, Prof. für Klinische Psychologie an der Universität Bern und Verhaltenstherapeut, der damals gerade sein Mammut-Projekt begonnen hatte, *alle* jemals publizierten Psychotherapiestudien zu sichten, um die Frage nach der Wirksamkeit der verschiedenen Verfahren evidenzbasiert (und nicht wie bis dahin überwiegend *eminenz*basiert) zu beantworten (was wirkt, bei wem und warum?) und die Ergebnisse im Gutachten darzu-

stellen; Bernd Schulte, Sozialrechtler am Max-Planck-Institut für Internationales Sozialrecht, der die berufs- und sozialrechtlichen Implikationen eines neuen Heilberufs bearbeiten sollte (was ist juristisch möglich und was nicht?) und J.-Matthias Graf von der Schulenburg von der Universität Hannover, ein auch von den Krankenkassen sehr geachteter Gesundheitsökonom, der sich schon damals mit Kosten-Nutzen-Analysen auch in den psychosozialen Bereichen der Gesundheitsversorgung wissenschaftlich befasst hatte und unsere fachwissenschaftlichen Analysen und Vorschläge aus Sicht ihrer gesundheitsökonomischen Implikationen diskutieren sollte (welche Kosten entstehen für die Gesellschaft durch psychische Erkrankungen?).

Meine Rechnung, dass sich die Fachebene des Ministeriums auch angesichts von (mit mir) zwei psychologischen Gutachtern und einem weiteren psychologischen Mitarbeiter (J. Schwedler) dem Angebot eines ärztlich geleiteten Forschungsgutachtens nicht verwehren könnte, ging auf und wir bekamen den Auftrag für das Gutachten. Auch A.-E. Meyers Voraussage, als ich ihm erstmals den Vorschlag unterbreitete, traf ein: „Viel Feind' – viel Ehr'“. Um nur ein Beispiel zu nennen: Schon bei Vorbereitung war uns klar, dass wir unsere Argumentation auf belastbare Daten zur psychotherapeutischen Versorgung stellen mussten. Derartige Zahlen waren damals allenfalls nur für fachlich oder geografisch umschriebene Bereiche zugänglich. Die KBV, die über diese Daten zumindest für die GKV in der BRD verfügte, verweigerte die Herausgabe mit Hinweis auf unlösbare EDV-Probleme. Erst nachdem uns die Ausdrücke über die pro Jahr abgerechneten Psychotherapie-Leistungen getrennt nach EBM-Ziffern von einzelnen Krankenkassen zugespielt wurden, wurden uns die Leistungsstatistiken für die gesamte BRD auch von der KBV als Datei zu Verfügung gestellt – und erstmals vollständig im Gutachten publiziert.

Es ist richtig, dass Frau Lehr sich sehr für eine gesetzliche Regelung eingesetzt hat. Aber auch ihre Nachfolger machten sich das Gesetzesvorhaben zu eigen. So nahm Horst Seehofer als langjähriger Gesundheitsminister wiederholt an den Sitzungen eines Beirats teil, der mit der Umsetzung der Empfehlungen des Gutachtens und damit der Vorbereitung eines Psychotherapeutengesetzes betraut war und aus etwa

30 Vertretern aller einschlägigen Interessensvertreter (Fachgesellschaften, Ärztekammern, KBV, Krankenkassen, Universitäten, Berufsverbände) bestand.

Welche der Empfehlungen aus der damaligen Expertise wurden im Gesetz später wirklich umgesetzt? Welche nicht?

Allen voran die Empfehlung eines Gesetzes, mit dem ein neuer eigenständiger Heilberuf des „Fachpsychologen für Psychotherapie“ geschaffen werden sollte. Bereits damals, also lange vor dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, schlugen wir vor, die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren aufgrund ihrer Wirksamkeitsnachweise vorzunehmen und dabei auch für neue Entwicklungen offen zu sein. Explizit erwähnten wir hierbei die Systemische Therapie. Auf Anregung der Kassen fügten wir ein eigenes Kapitel zur Qualitätssicherung in das Gutachten ein – ein damals für uns Psychotherapeut*innen noch eher ungewohntes Thema.

Das eigentlich Neue aber war die Frage, inwieweit eine neue gesetzliche Regelung der Psychotherapie zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen kann. Hierzu stellten die Gutachter als Erstes die verfügbaren Daten zur Psychotherapie-Versorgung dar. Bei der detaillierten Beschreibung des Bedarfs und des Angebots von Psychotherapie wurde ein gravierendes Defizit der damals bestehenden ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung erstmals datenbasiert beschrieben: eine Kombination von Unterversorgung im ambulanten Bereich (wenn überhaupt, dann meist zu spät) mit einer Fehlversorgung (zu spät und dann meist stationär), die wir mit dem Schlagwort „Chronifizierung bis zur Erwägung einer Rente“ kennzeichneten und als deren Folge wir eine „erhebliche Fehlallokation öffentlicher Mittel“ anmahnten. Als eine der Ursachen erkannten wir das sog. Delegationsverfahren, das u. a. zu regionaler Unterversorgung und zu unnötigen Mehrfachuntersuchungen führte.

Der Gesetzgeber trug dieser gutachterlichen Stellungnahme dann Rechnung, als er 1998 mit dem Psychotherapeutengesetz den neuen approbierten Heilberuf des „Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ schuf; unseren Vorschlag einer wechselseitigen Konsultationspflicht von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zur Verringerung der Fehlversorgung übernahm er leider nicht.

Die Gutachter beklagten wiederholt die Unzugänglichkeit von schon damals bei den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen gesammelten Versorgungsdaten und forderten, diese der staatlichen Gesundheitsberichterstattung verfügbar zu machen – ein weiterer Vorschlag, der bis heute leider nicht umgesetzt wurde. Gesundheitsberichterstattung kann insoweit wichtige Informationen zur Beurteilung der Strukturqualität liefern und ermöglicht es, strukturelle Veränderungen des psychotherapeutischen Versorgungsangebots immer

auch darauf zu überprüfen, ob sie die Versorgung verbessern können oder auch nicht, was übrigens für berufs- und sozialrechtliche Veränderungen gleichermaßen gilt. Obwohl ein solches versorgungspolitisches Verständnis inzwischen bei allen gesundheitspolitischen Akteuren angekommen ist, wurde eine transparente, interessenunabhängige Gesundheitsberichterstattung, wie im Gutachten etwa durch einen „Sachverständigenrat Psychotherapie“ vorgeschlagen, bis heute nicht realisiert.

Mit der Einführung der beiden neuen Gesundheitsberufe Psychologische*r Psychotherapeut*in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in als akademische Heilberufe wurde ein gewisser Automatismus ausgelöst, der die Gründung von Landeskammern und später auch der Bundespsychotherapeutenkammer nach sich zog. Welche Rolle spielte hier das Psychotherapeutenjournal, das ja noch vor der BPTK ins Leben gerufen worden ist?

Das Psychotherapeutenjournal war von Anfang an als identitätsstiftendes Publikationsorgan für die beiden neuen Heilberufe konzipiert und stieß gerade deswegen erstmal auf z. T. heftigen Widerstand der Fach- und Berufsverbände, von denen die meisten ja eigene Zeitschriften herausgaben und die um ihren Einfluss auf die eigenen Mitglieder fürchteten.

Dahinter verbarg sich meiner Meinung nach ein Identitätskonflikt, von dem zahlreiche Kolleg*innen und damit auch ihre jeweiligen Berufs- und Fachverbände, ja irgendwie auch die beiden neuen Heilberufe, also die gesamte Profession betroffen war: Bis 1999 verstanden sich die allermeisten „nicht-ärztlichen Psychotherapeuten“ (ein Begriff, der sich aufgrund seiner zumindest geduldeten impliziten Wertung nicht als identitätsstiftende Berufsbezeichnung hat durchsetzen können) als XY-Therapeut*in, wobei XY für eine der zahlreichen, unterschiedlich bedeutsamen Psychotherapie-„Schulen“ stand. Die psychotherapeutische Identität war schulenspezifisch, heute würde wir sie als verfahrensspezifisch bezeichnen. Der Konflikt entstand durch die Schaffung der neuen berufsrechtlich verankerten Identität, die allenfalls noch zwischen zwei Anwendungsbereichen (Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche) und den dafür erforderlichen Kompetenzen und das auch nur solange unterschied, wie die gesellschaftliche Akzeptanz der Approbation als gemeinsames und einziges gesetzliches Qualitätskriterium und in der Folge der politische Einfluss der inzwischen gegründeten Psychotherapeutenkammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts noch gering waren. Manch einem*einer Kolleg*in fiel dieser Identitätskonflikt erst auf, als er*sie als XY-Therapeut*in die (nach den Übergangsregelungen verliehene) Approbationsurkunde in den Händen hielt, auf der als Berufsbezeichnung „Psychologische/r Psychotherapeut/in“ angegeben war. Andere werden sich an die z. T. heftigen Diskussionen in den neu eingesetzten Kammergremien (von den Errichtungsausschüssen auf Länderebene bis zu den ersten Redaktions-sitzungen des PTJ auf Bundesebene) erinnern. Ich erinnere

mich gut an einen der ersten Deutschen Psychotherapeutenstage, auf dem ein Symptom für diesen Identitätskonflikt, nämlich die Kontroverse über die Sitzordnung auf dem DPT (nach Landespsychotherapeutenkammer oder nach Fachgesellschaft, also XY-Verfahren) nur durch Abstimmung, allerdings nachhaltig behoben werden konnte.

Wenn man sich an die Gründungsphase des Psychotherapeutenjournals erinnert, dann gab es damals bei den Beteiligten sehr viel Einigkeit über den Auftrag und die

— **Die Arbeit des Redaktionsbeirats war für seine Mitglieder auch ein Bildungsprozess, in dem sich die Entwicklungsaufgabe des gesamten Berufsstands widerspiegelte: die Findung und Schaffung einer professionellen psychotherapeutischen Identität.** —

Ziele der Zeitschrift. Jahre später gab es doch einigen Diskussionsbedarf zwischen den verantwortlichen Kammern über die Konzeption der Herausgabe. Wie bewerten Sie im Rückblick den damit verbundenen Diskurs und auch diese Entwicklung?

Ja, ich erinnere mich gut an die Kontroverse, ob das PTJ ein „Organ“ der Landespsychotherapeutenkammern oder der Bundespsychotherapeutenkammer sein sollte, wobei im Hintergrund die Sorge bzw. der Wunsch stand, es könnte/sollte mit dem PTJ auf die berufspolitische und gesundheitspolitische Meinungsbildung Einfluss genommen werden, eine verbreitete generelle Überschätzung des Einflusses von Printmedien. Dabei muss man bedenken, dass die politische Beziehung zwischen Bundeskammervorstand und den Vorständen der Landeskammern in diesen Anfangsjahren noch keineswegs so geklärt und belastbar war, wie sie es heute ist.

Der Gründungspräsident der BPtK, Detlev Kommer, war zu recht davon überzeugt, dass die gesundheitspolitischen Positionen der Psychotherapeuten auf der Bundesebene nur dann erfolgreich vertreten werden könnten, wenn sie mit einer Stimme vorgetragen würden. Aus dieser Position ließ sich der Anspruch auf Herausgeberschaft und Redaktion durch die BPtK ableiten, ein Anspruch, der verständlicherweise auf den Widerspruch mehrerer Landeskammerpräsidenten stieß („wer die Kapelle bezahlt, bestimmt die Musik“), die sich in der Wahrnehmung ihres (landes-)politischen, gesetzlichen Auftrages beschnitten sahen. In Bezug auf das PTJ sah ein Kompromiss dann vor, dass das PTJ von den beteiligten Landeskammern herausgegeben wurde, jede Landeskammer im Redaktionsbeirat vertreten war und der BPtK-Präsident zur Teilnahme an den Sitzungen berechtigt war.

Nach meiner Wahl zum Nachfolger des überraschend verstorbenen Präsidenten Kommer wurde ich alsbald Mitglied

im Redaktionsbeirat und verstand diese Mitgliedschaft als Möglichkeit, die Positionen des Bundesvorstands im Redaktionsbeirat zu vertreten, aber nicht durchzusetzen. So konnte der nach wie vor bestehende (Macht-)Konflikt zwischen Bundesvorstand und Landeskammervorständen zwar nicht gelöst, aber immerhin ausreichend befriedet werden, um eine konstruktive redaktionelle Arbeit im Redaktionsbeirat zu ermöglichen. Außerdem wurde der Konflikt dorthin verlagert, wo er gemäß Satzung der BPtK hingehörte: in den Länderrat.

Der Konflikt zwischen Landespsychotherapeutenkammern und Bundeskammervorstand flammte dann nach einigen Jahren noch einmal auf, als bekannt wurde, dass es zum PTJ für die Beziehungen zwischen Landeskammern und Bundeskammer und selbst mit dem Verlag keine zureichenden vertraglichen Rege-

lungen gab. Als dann noch einzelne Landeskammern meinten, dass die bisherige Konstruktion selbst mit ihren eigenen Landesgesetzen unvereinbar sei, wurde unter dem Druck des Scheiterns die bayerische Landeskammer von den anderen Landeskammern vertraglich mit der Herausgabe des PTJ beauftragt und die hauptamtliche Redaktion bei ihr angesiedelt. Der Redaktionsbeirat behielt als von den Landeskammern besetztes Gremium seine politische und redaktionelle Funktion.

Sie haben als Präsident der hamburgischen Landeskammer und auch der Bundespsychotherapeutenkammer über viele Jahre hinweg das PTJ begleitet und das PTJ hat Ihre Arbeit begleitet. Wie haben Sie die Rolle des PTJ in diesem Zusammenhang erlebt? Was hätten Sie sich anders gewünscht, was lief gut? Wie sollte es in Zukunft sein?

Rückblickend hat sich die strukturelle Konzeption des Psychotherapeutenjournals, wie wir sie heute haben, bewährt. Ebenso erwies es sich in retrospektiver Betrachtung als hilfreich, den Gründungsprozess wenig zu strukturieren. Vielleicht war es anfangs sogar von Nutzen, dem (notwendigen und erwartbaren) Machtkampf zwischen Bundes- und Länderebene ein Objekt, um das es sich gut streiten ließ, (das PTJ) und damit eine politische Bühne zu geben. Bemerkenswert ist für mich im Nachhinein, dass die Diskussionen im Redaktionsbeirat, soweit ich sie miterlebt habe, trotzdem von großer Sachlichkeit und fachlicher Kompetenz geprägt waren.

Natürlich gibt es in einer Gruppe aus mehr als zwölf ehrenamtlich tätigen berufspolitischen Funktionären immer auch Rivalitäten, und selbstverständlich waren Diskussionen auch von persönlichen Eitelkeiten und Interessen bestimmt. Aber im Redaktionsbeirat habe ich diese nie als lähmend oder gar destruktiv erlebt. Man kannte sich ja und konnte ziemlich gut vorhersagen, an welcher Stelle welches Mitglied auf welche Weise aus der Perspektive oder dem partikularen Interesse

seiner Landeskammer oder seines XY-Verfahrens argumentierte. Und auch die Antworten hätten bei diesen interessengeleiteten Beiträgen eigentlich durchnummeriert werden können, d. h. sie hatten ihre aufstachelnde Wirkung längst verloren. Mit anderen Worten: Der Redaktionsbeirat funktionierte als Gruppe – und das ohne vorherige explizite Absprache, ohne Gruppenleiter*in, ohne verfahrensspezifische Technik. In meiner Erinnerung trugen dazu vor allem zwei Mitglieder in unterschiedlicher Weise bei: Jürgen Hardt (Vertreter der hessischen Landeskammer) mit seiner Fähigkeit, kontroverse Diskussionen emotional einzuhegen und auf diese Weise ihre konstruktive Potenz nutzbar zu machen, – und Sie, lieber Herr Vogel, mit Ihrer verlässlichen Art, in Diskussionen immer wieder deren sachlich-fachlichen Kern freizulegen. Meist boten Sie dabei eine Zusammenfassung an, die häufig die Antwort auf die anstehende Frage beinhaltete. Sie hatten auch kein Problem damit, wenn ein anderes Mitglied die von Ihnen angebotene Antwort dann übernahm und gar als seine eigene präsentierte.

Ich bin überzeugt davon, dass diese Arbeitsatmosphäre die Grundlage für den medialen Erfolg des PTJ war und – wenn man die geringe Fluktuation bei den Mitgliedern des Redaktionsbeirats betrachtet – wohl auch immer noch ist. Die Arbeit des Redaktionsbeirats war zugleich ein Bildungsprozess seiner Mitglieder, in dem dieser wie unter einer Lupe die Entwicklungsaufgabe darstellte, mit deren Lösung unsere gesamte Profession betraut war und immer noch ist: der Findung und Schaffung einer professionellen psychotherapeutischen Identität. Das PTJ hat als „Organ“ der Psychotherapeuten-schaft zu dieser Identitätsfindung nicht nur durch seine Beiträge, sondern auch durch diesen Bildungsprozess seiner Redaktionsmitglieder maßgeblich beigetragen.

Berufspolitisches Engagement sollte auch Spaß machen, summa summarum mindestens zur Hälfte aller Aktivitäten. Die Mitarbeit am PTJ und die Teilnahme an diesem Bildungsprozess gehörten für mich eindeutig dazu.

20 Jahre PTJ – da hat sich vermutlich auch manche Routine eingeschlichen. Auch wenn Sie inzwischen nur noch „einfaches Kammermitglied“ sind: Was, denken Sie, sollte sich vielleicht ändern beim PTJ?

Die Revision des Psychotherapeutengesetzes stellt alle Psychotherapeut*innen erneut vor eine berufspolitische Entwicklungsaufgabe: die Findung einer veränderten professionellen Identität, die durch eine bereits bei Abschluss eines Hochschulstudiums erworbene und für alle Berufsangehörigen einheitliche Approbation gekennzeichnet ist. Alle anderen bisherigen Kompetenzen, und damit die Kriterien für die Identitätsbildung (Altersbereiche, Vertiefungsverfahren, Anwendungsbereiche u. a.), sind in die Weiterbildung verlagert. Gerade weil die psychotherapeutische Identität damit der ärztlichen strukturell ähnlicher wird als bisher, wird ihre

fachlich-inhaltliche Spezifizierung noch wichtiger. Hieraus ergeben sich für die Zukunft Aufgaben an das PTJ, da es – nach meiner Überzeugung – seine identitätsstiftende Aufgabe und Funktion aufrechterhalten muss. Ich würde mir wünschen, dass sich die inhaltliche Gestaltung zukünftig auch an dieser Aufgabe ausrichtet.

Literatur

Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Graf v. d. Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.



Prof. Dr. Rainer Richter

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

Univ.-Prof. i. R. Dr. Rainer Richter ist Psychologischer Psychotherapeut und war ehemals Präsident der BPtK und der PTK Hamburg sowie Leiter des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg (TP). Zuletzt war er Professor für Psychosomatik und Medizinische Psychologie am Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, zuvor Prof. für Methodik der Psychoanalyse (Ulm) und Gastprofessor u. a. in Österreich und Japan. Er ist Gründungsmitglied der DPtV und war in zahlreichen Verbänden (u. a. BDP, DGPs, DPV, DGPT, DKPM) aktiv. Seine Forschungsschwerpunkte lagen in der Psychophysiologie und Psychodynamik der Psychosomatischen Erkrankungen sowie in der Psychotherapieforschung.



Prof. Dr. Heiner Vogel

Universität Würzburg
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie
Klinikstr. 3
97070 Würzburg
h.vogel@uni-wuerzburg.de

Prof. Dr. Heiner Vogel, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, leitet den Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie von Universität und Universitätsklinikum Würzburg. Zudem steht er der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. vor. Er ist Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bayern sowie Sprecher des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) der Bundespsychotherapeutenkammer und des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals.

„Wie Sie uns sehen“

Eine Leser*innenbefragung zum 20-jährigen PTJ-Jubiläum

Redaktionelle Vorbemerkung

Liebe Kolleg*innen,

was wäre das Psychotherapeutenjournal (PTJ) ohne Ihr reges Fachinteresse, Ihre engagierte Lektüre und Ihre Reaktionen auf unsere Artikel und Diskussionsbeiträge? In den zurückliegenden zwanzig Jahren haben wir mit dem PTJ die Entwicklung unserer Profession fachlich begleitet, wollten sie voranbringen und Sie, unsere Leser*innen, gleichzeitig über Neues aus der Forschung informieren.

Das PTJ ist in erster Linie für seine Leser*innen da. Deshalb sollen zu diesem Jubiläum nicht nur Persönlichkeiten und Gremien gewürdigt werden, die die redaktionelle Arbeit in den vergangenen zwei Jahrzehnten geprägt haben, sondern auch Sie als unsere Leserschaft direkt zu Wort kommen.

Schließlich wollen wir zu diesem Anlass nicht bloß in Rückschau verharren, sondern gerade in Zeiten eines berufspolitischen Auf- und Umbruchs zugleich auch Impulse für die Weiterentwicklung des PTJ aufnehmen. Daher ist uns Ihre offene persönliche Einschätzung wichtig: Welche Bedeutung hat das Psychotherapeutenjournal für Sie in Ihrer alltäglichen Praxis? Inwieweit finden Sie sich im angebotenen Themenspektrum des Journals wieder? Welche Themengebiete sollten Ihrer Ansicht nach noch stärker Berücksichtigung finden? Konnten Sie aus konkreten Fachartikeln auch Gewinn für Ihre berufliche Tätigkeit ziehen? Welche Schwerpunkte soll das PTJ in seiner Ausrichtung für die kommenden Jahre setzen?

Um aus Sicht der Leser*innen Antworten auf diese und weitere Fragen zu erhalten, haben wir mit der überaus freundlichen Unterstützung der Landeskammern einzelne, aus der Mitgliedschaft ausgewählte Leser*innen motiviert, uns ein Feedback in Form eines Fragebogens zuzusenden. Einen Großteil der eingegangenen Rückmeldungen dieser

Leser*innenbefragung wollen wir in dieser und der folgenden PTJ-Ausgabe abdrucken.

Angesichts der Tatsache, dass das Psychotherapeutenjournal derzeit jedes Quartal knapp 60.000 Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen im gesamten Bundesgebiet erreicht, wäre es ein schier unmöglicher Anspruch, mit einem solchen Vorgehen die Meinung der Leserschaft im Facettenreichtum ihrer Berufsprofile und Spezialisierungen auch nur annähernd „repräsentativ“ abbilden zu können. Zugleich haben wir uns im Rahmen unserer Möglichkeiten darum bemüht, die beiden Berufsgruppen in der Breite ihrer therapeutischen Ausrichtungen und Tätigkeitsfelder zu berücksichtigen. So finden sich unter den Befragten neben Vertreter*innen der „klassischen“ Richtlinienverfahren auch solche der Systemischen Therapie, der humanistischen Grundorientierung (HPT) oder der Neuropsychologischen Psychotherapie (NPT). Neben den Einschätzungen der in eigener Praxis niedergelassenen Kolleg*innen war es uns auch ein Anliegen, den Perspektiven der Angestellten im ambulanten, stationären oder institutionellen Bereich hier angemessen Raum zu geben.

Das hier abgedruckte Feedback soll uns und Ihnen nicht nur schlaglichtartige Einblicke vermitteln, wie Sie als Leser*innen das PTJ wahrnehmen und ob bzw. inwiefern Sie es als nützlichen Begleiter in Ihre psychotherapeutische Arbeit integrieren können. Es soll uns zudem vor Augen führen, was Sie sich von einer zugleich fachlich wie auch berufspolitisch orientierten Zeitschrift erwarten und was wir in diesem Sinne beibehalten sollten bzw. wo Sie sich andere Akzentsetzungen wünschen würden.

Doch lesen Sie am besten selbst, wie das interessante Stimmungsbild unserer Leserschaft ausgefallen ist.

Heiner Vogel
im Namen des Redaktionsbeirats

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

Durch die Rezensionen bekomme ich z. B. Anregungen für weiterführende Literatur, die für meine berufliche Tätigkeit relevant sein könnte. Häufig werden im Bereich der Originalia diagnostische und therapeutische Themen aus der Berufspraxis diskutiert, die mir neue Denkanstöße geben. Außerdem finde ich in den Artikeln auch immer wieder sehr viele hilfreiche berufspolitische Informationen.

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

In der Regel lese ich wirklich nur Artikel aus den Bereichen Verhaltenstherapie und Neuropsychologische Psychothera-

pie. Es hat eigentlich nur pragmatische Gründe, dass ich mich angesichts knapper Zeitressourcen und sonstiger Kapazitäten auf meine Fachkunde beschränke. Das Interesse für andere Fachkundebereiche wäre durchaus da, aber wie so häufig im Leben, ist es hilfreich, Prioritäten zu setzen, um sich in der Informationsflut nicht zu verlieren.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Systemische Therapie – auf dem Weg zur sozialrechtlichen Anerkennung (PTJ 4/2017). Der Artikel hat mich angesprochen, weil wir in der Neuropsychologischen Psychotherapie vielleicht stärker als in anderen Psychotherapie-Bereichen auch das familiäre Umfeld des Klienten/der Klientin miteinbe-

ziehen – so ist es z. B. auch in der Richtlinie zur Neuropsychologischen Therapie gefordert – und deshalb sind Inhalte der Systemischen Therapie sehr anregend für meine berufliche Tätigkeit in der Praxis.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Das PTJ hat schon einen hohen Stellenwert für mich, da es viele wichtige Informationen für die inhaltliche und formale klinische Arbeit, Versorgungsthemen, berufspolitische Inhalte und auch Literaturempfehlungen beinhaltet. Da das PTJ inhaltlich so breit angelegt ist, finde ich immer wieder interessante Artikel.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Die Mitteilungen der einzelnen Psychotherapeutenkammern könnte man stärker komprimieren, da die Leserin/der Leser bei weiterem Interesse sich die Informationen auch über die Homepage der jeweiligen PTK besorgen kann.

Dipl.-Psych. Renate Kroll
PP (VT; NPT)
niedergelassen in eigener Praxis
Köln

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

Ich bekomme neue Impulse und Inspirationen dazu, was mich interessieren könnte oder was ich nochmal gerne weiter vertiefen möchte. Allgemeiner kann ich es nicht formulieren, ich finde, es hängt von einzelnen Artikeln ab.

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Meistens lese ich das Abstract und überfliege den Artikel dann. Es entspricht einfach nicht meiner Arbeitsweise, daher reicht es häufig aus, querzulesen und sich von einzelnen Punkten inspirieren zu lassen. Bei großem Interesse vertiefe ich dann die Lektüre.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Ja. Meiner Erinnerung nach war es ein Thema, das mir in meinem Arbeitsalltag öfters begegnet, sprich: ein Thema des Jugendalters.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Für mich ist das PTJ eine gute Möglichkeit, um über den Horizont der eigenen Alltagspraxis hinauszusehen und sich über

aktuelle Entwicklungen der Psychotherapie und Berufspolitik zu informieren.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Hier fällt mir spontan nichts ein.

Dipl.-Psych. Katrin Brodbeck-Gast
PP (TP)
Angestellte im stationären Bereich
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik,
Psychotherapie / Klinikum Christophsbad

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

Die Lektüre des PTJ ermöglicht einen Blick über den Teller rand und hilft mir, auf dem Laufenden zu bleiben. Ich finde darin Anregungen, die eigene Praxis weiterzuentwickeln, wie auch Impulse für die eigene Fortbildung und weitergehende Lektüre.

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Als Angestellter im institutionellen Bereich würde ich den Begriff Fachkunde eher „tätigkeitsspezifisch“ und nicht „verfahrensspezifisch“ definieren. Daher macht es Sinn, die eigene Tätigkeit unter Zuhilfenahme von Impulsen aus unterschiedlichen Verfahren zu reflektieren. Dabei ist ein erfreulicher Aspekt dieses Arbeitsbereichs, nicht dem einengenden Korsett der Richtlinien-Psychotherapie unterliegen zu müssen, ohne dabei den Boden der Wissenschaftlichkeit unter den Füßen zu verlieren.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Ich erinnere mich an verschiedene Artikel, die durch gut nachvollziehbare Fallschilderungen sehr anschaulich die Wirkweise der Verfahren sozusagen „in vivo“ andeuten konnten. Interessant sind auch die Artikel, die die Grenzen der Verfahren reflektieren und Möglichkeiten der Weiterentwicklung beschreiben, anstatt bei der Bestätigung bekannter Wirkweisen stehen zu bleiben. Oder habe ich die im PTJ gar nicht gelesen?

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Ich sehe im PTJ ein schönes Angebot, das immer wieder Chancen auf Anregungen mit sich bringt, das natürlich nicht immer gleichermaßen interessant ist und das mitunter eine Herausforderung darstellt, wenn ich den Anspruch habe, alles lesen zu wollen.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Weiterhin eine gute Mischung aus wissenschaftlicher Perspektive einerseits und fachlicher Darstellung der Praxis andererseits. Gern darf es aus meiner Sicht mehr Raum für die verschiedenen Anwendungsfelder der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Tätigkeit außerhalb der klassischen Settings der ambulanten und stationären Psychotherapie im Bereich des SGB V geben.

Dipl.-Psych. Jörg Lewerenz

PP (VT; Gesprächspsychotherapie)

Angestellter im institutionellen Bereich

Leiter der Braunschweiger Beratungsstellen des BEJ

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

... weniger in der Praxis als im Hinblick auf das berufspolitische Engagement (Reform der Psychotherapeutenausbildung u. a.).

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Meine Lektüre richtet sich auf Artikel, die mich thematisch interessieren (ganz unabhängig von der Fachkunde).

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Ich lese immer wieder gerne Beiträge, die konkrete Themen aus dem Praxisalltag aufgreifen, wie u. a. den Artikel von Michael Macht zu emotionalem Essverhalten (PTJ 3/2021).

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Das PTJ ist für mich ein Journal, das ich durchblättere und in dem ich bei Interesse einzelne Artikel vertiefend lese.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Beispielsweise einen kritischen Artikel zum Thema Diagnostik (vgl. Levold, T. (2021). Diagnostik als soziale Konstruktion. Zur Geschichte des DSM als hegemonialer Bezugsrahmen für die psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik. Kontext: Zeitschrift für Systemische Therapie, 52 (2)).

Dipl.-Psych. Anne-Lina Mörsberger

KJP (Systemische Therapie)

niedergelassen in eigener Praxis
Bremen

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

Im PTJ erscheinen regelmäßig Artikel die sich inhaltlich mit meiner psychotherapeutischen Arbeit im Bundeswehrkrankenhaus überschneiden. Ganz aktuell konnten wir von Fachartikeln zu den Veränderungen unter der Corona-Pandemie sowie zur Digitalisierung in der Psychotherapie als interdisziplinäres Behandlungsteam unserer neu eingerichteten Post-COVID-Ambulanz für Soldatinnen und Soldaten profitieren.

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Neben Artikeln mit direktem Bezug auf meine Fachkunde der Verhaltenstherapie lese ich gerne Artikel anderer Fachkunden, da mir ein integrativer therapeutischer Ansatz wichtig ist. Insbesondere Erklärungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sowie mögliche Behandlungsansätze aus der Perspektive einer anderen Fachrichtung zu betrachten, erlebe ich als hilfreich für meine eigene therapeutische Haltung und Arbeit.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Es handelt sich nicht direkt um einen Artikel eines anderen Verfahrens, jedoch möchte ich an dieser Stelle gerne den interessanten Artikel über die Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie von Ulrich Stangier (PTJ 3/2019) anbringen. Die Integration verschiedener Verfahren der dritten Welle in die Behandlung der Patientin/des Patienten in Bezug auf das individuelle Erklärungsmodell und die zugrunde liegenden funktionalen Bedingungen erscheint mir in der psychotherapeutischen Arbeit sehr wichtig.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Durch die Vielfältigkeit der Beiträge im PTJ kann ich mich interdisziplinär über den aktuellen Stand der Forschung in den verschiedenen Fachkunden und auch über aktuell gesellschaftlich psychologisch wichtige Themen informieren. Neben den publizierten wissenschaftlichen Artikeln sind für mich auch Informationen zu den gegenwärtigen berufspolitischen Reformen von Bedeutung.

Regierungsrätin Leonie Issels M.Sc.

PP (VT)

Angestellte im stationären Bereich

Stellv. Leitende Psychologin

Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

Durch das PTJ werde ich auf neue Verfahren und Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht.

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Ja, wenn sich die Beiträge auf den Themenkomplex der Traumabehandlung oder auf gegenwärtig diskutierte Fragen (z. B. Psychotherapie mit Flüchtlingen, Corona) beziehen.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Ich ziehe es vorwiegend zur Information über aktuelle Themen heran.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Ich würde mir wünschen, dass das PTJ mehr über Neuromodulation (Neurofeedback, tCDS, rTMS) berichten würde.

Anonym
PP/KJP (VT; NPT)
niedergelassen in eigener Praxis

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

Kaum.

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Leider finde ich dort nur selten interessante Artikel aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Nein.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Für mich ist das PTJ in erster Linie ein Informationsmedium.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Im PTJ würde ich gern häufiger lesen: (a) Informationen für den KJP-Bereich (sowohl ambulant als auch teil-/stationär), (b) Informationen über neue Diagnostik-Leitlinien, (c) Informationen über neue Test- und Diagnostikverfahren, (d) Informationen darüber, wie eine Beteiligung in den Praktika der PIA aussehen kann (inkl. Anerkennung für den Prüfungsaus-

schuss) sowie (e) Informationen aus dem teil-/stationären Bereich oder zur Arbeit in Institutsambulanzen.

Dipl.-Psych. Kerstin Theisen
KJP (VT)

Angestellte im ambulanten und institutionellen Bereich
Institutsambulanz der DRK Tagesklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie Daun

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

Manche Artikel helfen mir, eine differenziertere Diagnose zu stellen, weil neue Aspekte einer Störung wertvoll erscheinen. Wichtig sind mir auch oft Abrechnungsfragen, weil es hier m. E. zu wenig Aufklärung seitens der KV gibt. Weiterhin bin ich interessiert daran, wie Wissenschaftler und Therapeuten aus anderen Verfahren denken und handeln.

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Wie eben angesprochen, arbeiten wir ja alle zu einem gewissen Grade eklektisch, insofern beschäftige ich mich auch mit einer anderen Fachkunde. In unserer Supervisionsgruppe sind auch Therapeuten anderer Verfahren, insofern arbeiten wir methodenübergreifend. Auch wenn es von den Kassen bekanntlich nicht anerkannt ist, arbeite ich auch in der Tiefenpsychologie überwiegend beziehungsfokussiert und personenzentriert. Das wirkt nachhaltiger und effektiver.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

„Die geistige Dimension der sinnorientierten Psychotherapie“ von Eric Pfeifer im PTJ 2/2021. Mich hat die Nähe zur Gesprächspsychotherapie fasziniert. Zugleich haben mich auch die Unterschiede zwischen therapeutischen Ansätzen interessiert, die sich am gleichen humanistischen Menschenbild orientieren.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Die Lektüre des PTJ übt einen großen Reiz auf mich aus, aber aus Zeitmangel kann ich nur ausgesuchte Artikel lesen. Ich hebe die Hefte auf, um im Urlaub manches noch zu lesen. Für mich sollte das PTJ auf jeden Fall weitergeführt werden, aber eine Ausgabe pro Jahr würde reichen.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Ich würde mir mehr Hintergrundwissen zu berufspolitischen Fragen wünschen. Z. B.: Welche Maßnahmen werden angesichts

des Mangels an Therapieplätzen ergriffen? Welche Anstrengungen werden unternommen, um das Nachwuchs-Problem des Berufsstands zu lösen? Wie weit sind Konzeption und Umsetzung des neuen Psychotherapie-Studiums gediehen?

Dipl.-Psych. Dipl.-Soz.päd. Dorothee Katz

PP (TP; Systemische Therapie; Gesprächspsychotherapie)
niedergelassen in eigener Praxis
Lübeck

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

Die Artikel im PTJ bedienen komplexe Themengebiete, die dem jeweils aktuellen Zeitgeist entsprechen. Dadurch werden mir neue Einblicke und Einsichten gewährt, die mir Impulse für meine tägliche Arbeit in der Praxis offerieren. Des Weiteren erfreuen mich die Ausblicke auf die ICD-11. Immer öfter stoße ich in der ICD-10 an meine persönliche Grenze, eine geeignete Diagnose, insbesondere in Bezug auf gegenwärtige Störungsbilder, zu finden – zu nennen wären hier beispielsweise die Gaming Disorder (PTJ 1/2021) oder das pathologische Horten und die Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme (PTJ 2/2021).

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Artikel aus den Bereichen einer anderen Fachkunde geben mir Gelegenheit, mich über Sachgebiete außerhalb der eigenen „Komfortzone“ zu informieren. Insbesondere in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist es erforderlich, gezielt Inhalte aus der psychotherapeutischen Forschung aufzugreifen, um mit den oftmals ebenfalls psychisch kranken Eltern ins Arbeiten zu kommen.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Es gibt mehrere Artikel, die für mich auf Anhieb nennenswert sind. Ich erinnere mich an einen Artikel über pferdegestützte Therapie (PTJ 2/2019), der mich vor etwa einem halben Jahr veranlasst hat, einer Wohngruppe die Empfehlung auszusprechen, einem Kind nach traumatischer Inobhutnahme therapeutisches Reiten anzubieten, um ein weiteres nonverbales Setting und konstantes Beziehungsangebot zu installieren. Aber auch den Artikel über Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (PTJ 4/2019) fand ich ansprechend. Man kann hier nur immer wieder betonen, dass Elternarbeit einen entscheidenden Anteil an unserer täglichen Arbeit einnimmt und dass die Kinder durch das Verhalten ihrer psychisch kranken Eltern entscheidend geprägt werden. Diese beiden Artikel stehen stellvertretend für viele Artikel, die anregend und vielleicht auch beeinflussend agieren.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Ich kann nicht definieren, welchen Stellenwert das PTJ für mich einnimmt. Ich kann aber guten Gewissens sagen, dass ich mich freue, wenn ein neues Journal in meinem Briefkasten liegt. Ich genieße es, in meiner Mittagspause entspannt mit einem Kaffee auf dem Sofa zu sitzen und zu schmökern. So wie ich die Artikel des PTJ interessant und anregend empfinde, mahnt das Editorial aber auch immer wieder an die Verantwortung, die jede(r) Einzelne in unserem Beruf bzw. unserer Berufung trägt. So etwa in der Corona-Krise, die uns in unserer Arbeit nach wie vor Hürden auferlegt und noch sehr komplexe soziale Folgen nach sich ziehen wird: Welche psychischen Auswirkungen werden sich erst im Laufe der nächsten Jahre zeigen? Welche Konsequenzen wird die zunehmende Radikalisierung der politischen Auseinandersetzungen für uns und unsere Kinder haben? Auch das aktuelle Editorial, das sich mit der Klimakrise und deren Folgen auseinandersetzt, bewegt mich nachhaltig, weil es daran erinnert, dass jede(r) ihren/seinen Anteil an der weiteren Entwicklung zu tragen hat. Vielleicht könnte man in den nächsten Ausgaben näher darauf eingehen, welche Möglichkeiten sich für jede(n) Einzelne(n) nicht nur im privaten, sondern auch im beruflichen Umfeld eröffnen könnten.

Dipl.-Soz.päd. Simone Scülfort

KJP (TP)

niedergelassen in eigener Praxis
Merzig

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

Im PTJ werden sehr knapp und anschaulich wichtige und aktuelle Themen aufgegriffen. Wenn etwas Relevantes für mich dabei ist, dann lese ich dazu noch genauer nach und informiere mich.

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Ja, sehr gerne sogar. Die Artikel sind ohne die große Verwendung des fachkundespezifischen Jargons einfach und klar zu verstehen. So kann ich mitbekommen, was es hier für Neuerungen gibt.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Nein.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Das PTJ ermöglicht mir, mich regelmäßig über Neuerungen und berufspolitische Themen auf den aktuellen Stand zu bringen, und gleichzeitig erhalte ich auf diesem Wege auch Informationen zu den Entwicklungen und diskutierten Themen bei den anderen psychotherapeutischen Fachgruppen. Im

PTJ wird kurz, knapp und in einfacher Sprache das Wichtigste dargestellt.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Gerne könnten im PTJ noch häufiger Updates aus der Forschung für den Einsatz in der Praxis gebracht werden.

Dr. Dipl.-Psych. Denise Ginzburg-Marku
PP (VT)
niedergelassen in eigener Praxis
Offenbach

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Manchmal. Abhängig von meiner Zeit, denn es gibt nicht nur das PTJ, sondern sehr viel digital aus Kammer und Verbänden.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Da passe ich.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Das PTJ ist informativ, aber ich frage mich, ob dieses Papierformat noch zeitgemäß ist, ob nicht Papier und Kosten mit einer ausschließlich digitalen Variante deutlich zu sparen sind, was auch umweltschonend wäre.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Ich würde mir mehr Beiträge zu Themen wünschen, die den Angestelltenbereich betreffen.

Dipl.-Psych. Hans-Jürgen Papenfuß
PP (VT) i.R.

ehem. Angestellter im stationären/institutionellen Bereich
(als Beamter tätig im Strafvollzug des Landes Mecklenburg-Vorpommern in der Justizvollzugsanstalt Bützow)

Inwieweit werden Sie durch Artikel im PTJ in Ihrer Berufspraxis angeregt?

V. a. durch die im PTJ abgedruckten Erfahrungsberichte aus der psychotherapeutischen Praxis (z. B. aktuell zur digitalen Patientenakte bzw. zum Datenschutz) hole ich mir Informationen, die ich für meine eigene praktische Tätigkeit verwenden

den kann. Ebenso profitiere ich inhaltlich von der Diskussion über die verschiedenen Verfahren oder von der Vorstellung von speziellen Störungsbildern (inkl. der zugehörigen Behandlungsmöglichkeiten), die gerade besonders aktuell sind bzw. in den Fokus geraten (und somit auch in der Praxis gehäuft auftreten, z. B. Spielsucht oder die körperdysmorphe Störung in der Pandemie, PSNV während der Flutkatastrophe). Manchmal hat es mir geholfen, nochmal neue Blickweisen oder Input für die Therapien zu bekommen oder für bestimmte Themen etwas hellhöriger zu werden.

Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als Ihrer eigenen beschäftigen? Weshalb (nicht)?

Nur wenig, da ich aufgrund fehlender Zeit das Journal eher überfliege und die für mich relevanten Artikel raussuche.

Können Sie sich an einen Artikel eines anderen Verfahrens erinnern, der Sie interessiert hat? Wenn ja, was hat Ihr Interesse geweckt?

Ich erinnere mich an eine Buchrezension zu einem psychodynamischen Therapieansatz. Da ich mich inhaltlich mit Traumatherapieansätzen beschäftige, interessiert es mich sehr, wie die verschiedenen Verfahren ineinandergreifen/sich vom Grundsatz ähneln oder noch weitere Aspekte aufgreifen. Aber auch Artikel der klinischen Neuropsychologie – interessiert hat mich v. a. der Umgang mit neurologischen Defiziten bzw. die Erkennung dieser auch in der ambulanten Praxis.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Tatsächlich erlebe ich das PTJ als sehr bereichernd, da es oft sehr aktuelle Themen aufgreift und speziell für die eigene Psychotherapiepraxis oft Artikel für die praktische Umsetzung bereitstellt. Aber auch der „regionale“ Teil der LPK auf den Länderseiten führt dazu, dass ich mich angesprochen fühle (z. B. Informationen über regionale Ansprechpartner, Anlaufstellen usw.). Über das PTJ bin ich zudem auf bestimmte Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten gestoßen bzw. habe ich mich dadurch inspirieren lassen.

Was wünschen Sie sich zukünftig mehr/weniger im PTJ? Für welchen Bereich würden Sie sich Verbesserungen wünschen?

Im Grunde finde ich den Aufbau und den Inhalt des PTJ sehr gut, auch die Auswahl und Unterschiedlichkeit der Artikel.

Dipl.-Psych. Katrin Stumpfenhorst
PP (VT; Systemische Therapie)
niedergelassen in eigener Praxis
Bitburg & Trier

Rezensionen

Eine wertvolle Unterstützung für die psychodynamische Psychotherapie mit Jugendlichen

Seiffge-Krenke, I. (2007/2020). *Jugendliche in der psychodynamischen Psychotherapie. Kompetenzen für Diagnostik, Behandlungstechnik, Konzepte und Qualitätssicherung (4., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage)*. Stuttgart: Klett-Cotta, 448 S., 55,- €

Das Buch umfasst 446 Seiten einschließlich einer umfangreichen Literaturliste und eines Sachwortregisters. Es ist die Neukonzeptualisierung der Veröffentlichung „Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Jugendlichen“ von 2007, für das Seiffge-Krenke den Heigl-Preis erhielt. Ergänzt wurden vor allem die Kapitel zur Notwendigkeit kultureller Kompetenz, zu den neu entwickelten Behandlungsmethoden für strukturell beeinträchtigte Kinder und Jugendliche sowie zur Forschung.

Der Text gibt einen hervorragenden Überblick zur psychodynamisch begründeten Arbeit mit Jugendlichen in Bezug auf Diagnostik und Behandlung dieser Altersgruppe. Die Autorin bezieht sich sowohl auf klassische als auch auf aktuelle Konzepte und beschreibt darüber hinaus Auswirkungen gesellschaftlicher Veränderungen auf die Jugendlichen und das Entstehen neuer Störungsbilder wie zum Beispiel Probleme der sexuellen Präferenz und der Geschlechtsspezifität. Nicht zuletzt geht sie auf die spezifischen Anforderungen an KJP ein, die in diesem Feld tätig sind.

Die 12 Kapitel gliedern sich in Hinweise zur Entwicklungspsychologie, Diagnostik und Behandlungstechnik mit besonderer Berücksichtigung der Elternarbeit, der Notwendigkeit kultureller Sensibilität sowie dem Umgang mit traumatisierten und/oder Patienten mit strukturellen Störungen. Abschließend finden sich Hinweise auf Behandlungsformen

im ambulanten und stationären Setting sowie auf Forschungsergebnisse.

Rund 80 Seiten sind dem diagnostischen Prozess gewidmet. Wer Seiffge-Krenke kennt, weiß, dass sie der Arbeit mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-KJ) einen zentralen Platz einräumt, ohne die offene psychoanalytische Haltung im Erstgespräch zu vernachlässigen. Es wird herausgearbeitet, dass Methoden wie zum Beispiel das „Szenische Verstehen“ und die Arbeit mit den Achsen der OPD-KJ (Beziehung, Konflikt, Struktur, Behandlungsvoraussetzungen) kein Widerspruch sind, sondern dass sie sich sinnvoll ergänzen. Immer wieder wird auf die spezifische Lebens- und Entwicklungssituation von Jugendlichen hingewiesen, die es mit ihrer Skepsis gegenüber Erwachsenen sowie den entwicklungspezifischen ambivalenten Wünschen nach Anlehnung vs. Autonomie den Behandler*innen nicht einfach machen. Insofern geht sie der Frage nach, welche Anforderungen an fachliche und persönliche Kompetenz von KJP gestellt werden.

Die Kapitel zur Behandlungstechnik umfassen ca. 100 Seiten. Beginnend mit einem historischen Exkurs zur Bedeutung des Rahmens, wird auf die Arbeit mit dem Unbewussten, mit Träumen und Phantasien, mit Gegenübertragungsproblemen, spezifischen Widerstands- und Abwehrformen, dem Umgang mit Sexualität bis hin zur Beendigung der Therapie, um nur einige zu nennen, eingegangen. Es folgen Erläuterungen zu den für das Jugendalter typischen Störungsbildern.

Ein eigenes Kapitel ist der begleitenden Arbeit mit Bezugspersonen, der „Achillesferse“ der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, gewidmet. Seiffge-Krenke betont die enorme handlungstechnische Herausforderung an die Triangu-

lierungsfähigkeit der Behandler*innen angesichts der Widerstände und Übertragungen im Dreieck Eltern–Jugendliche–Therapeut*innen, die zu Verwicklungen, Enttäuschungen und Behandlungsabbrüchen führen können. Dies gilt insbesondere für Eltern in Trennungssituationen oder nach erfolgter Trennung sowie für die Arbeit mit psychisch kranken Eltern. Es werden unterschiedliche Formen der Elternarbeit beschrieben, die je nach Fallkonstellation, Flexibilität der Bezugspersonen und Alter der Patient*innen angepasst werden müssen.

Neu ist die Betonung der Notwendigkeit interkultureller Kompetenz in der psychotherapeutischen Arbeit mit Familien aus anderen Kulturkreisen. Zwar leben schon seit über 60 Jahren Familien in Deutschland, die als Gastarbeiter kamen, aber durch das Ansteigen der Einwanderungsraten in den letzten Jahren wird es zunehmend notwendig, sich mit Fragen an das Setting, an das Verständnis von Abstinenz, der spezifischen Bedeutung von Schamaffekten, aber auch der eigenen Übertragungs- und Abwehrstrategien auseinanderzusetzen.

Hinweise auf Behandlungsformen wie Einzel-, Gruppen- oder stationäre Psychotherapie sowie neuere Konzepte in der Arbeit mit traumatisierten Patient*innen und/oder solchen mit strukturellen Beeinträchtigungen runden den patientenbezogenen Teil ab. Interessierte Leser*innen finden hier Skizzierungen psychodynamischer Therapieformen wie die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP), die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), Adolescent Identity Treatment (AIT) oder die Psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM). Letztere zielen auf die Entwicklung und Stabilisierung von Mentalisierungs- und Bindungsfähigkeit, weil gerade traumatisierte und strukturell beeinträchtigte Jugendliche aufgrund der entwicklungsbedingten Labilisierung von

Ich und Über-Ich hier besonderer Unterstützung bedürfen.

Ohne Forschung geht es nicht! Seiffge-Krenke hat die Lebenssituation Jugendlicher selbst in zahlreichen Studien untersucht und international publiziert. Auch hier gibt sie einen kurzen Überblick über die aktuelle Forschung zur Wirksamkeit in Behandlungen. Die Behandlungsverfahren Analytische und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sind einem zunehmenden Druck ausgesetzt, ihre Effektivität nachweisen zu müssen. Gleichzeitig ist es enorm schwierig, gerade die Langzeittherapi-

en zu beforschen, da die Patient*innen, deren Bezugspersonen und Psychotherapeut*innen über einen langen Zeitraum zu bestimmten Messzeitpunkten die Veränderungen dokumentieren müssen. Dies ist gerade für Jugendliche eine enorme Herausforderung. Dennoch ist die Forschung für den Erhalt der Finanzierung durch die Krankenkassen existenziell. Insofern sind nicht nur die patientenbezogenen Kapitel unbedingt lesenswert, sondern auch der Forschungsteil. Leider fehlen gerade hier einige neuere Studien, in denen die psychodynamisch-psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen beforscht wird.

Fazit: Dieses neue Buch von Seiffge-Krenke eignet sich durch seine Klarheit in Aufbau und Sprache hervorragend als Arbeitsmittel sowohl für die Lehre als auch für die Arbeit mit Patient*innen und sollte in jedem Ausbildungsinstitut und jeder Praxis von psychodynamisch tätigen KJP präsent sein. Darüber hinaus ist es für Erwachsenentherapeut*innen, die im ambulanten oder stationären Setting mit Jugendlichen und Heranwachsenden arbeiten, empfehlenswert sowie auch für Psychotherapeut*innen mit systemischem oder verhaltenstherapeutischem Hintergrund, die sich für psychodynamisches Denken und Arbeiten interessieren.

Helene Timmermann
Hamburg

Zur Wirkung von Systemaufstellungen in Veränderungsprozessen persönlicher und professioneller Entwicklung

Beermann, A. (2020). Systemaufstellungen – ein Quantensprung in der Weiterbildung? (Reihe Systemische Forschung im Carl-Auer Verlag). Heidelberg: Carl Auer, 248 S., 25,95 €

Systemaufstellungen stellen neben weiteren psychotherapeutischen Methoden, wie etwa der Wunderfrage, zirkulären Fragen oder dem Genogramm, fast schon eine Art Distinktionsmerkmal des neuen sozialrechtlichen Psychotherapieverfahrens Systemische Therapie dar – auch wenn sie wesentliche Entwicklungsimpulse humanistisch-psychotherapeutischen Strömungen verdanken. Sie sind aber nicht nur quasi ein Erkennungsmerkmal Systemischer Therapie, sondern auch Gegenstand von Kontroversen. So werden sie etwa teils in Verbindung gebracht mit dem 2019 verstorbenen Priester und Psychoanalytiker Bert Hellinger und seiner autoritär-normativen Spielart von System- bzw. Familienaufstellungen – und dementsprechend mit Nebenwirkungen Systemischer Therapie (Strauss, 2018). Weniger bekannt ist, dass es inzwischen einiges an empirischer Forschung zu Systemaufstellungen gibt. Beispielhaft hierfür ist die Heidelberger

RCT-Studie zu Familienaufstellungen, bei der über 200 Teilnehmende von Aufstellungsseminaren befragt wurden (Weinhold et al., 2014).

Das vorliegende Buch der Oldenburger Soziologin Astrid Beermann, Systemische (Lehr-)Therapeutin und Supervisorin, Referentin für psychosoziale Beratung und Konfliktprävention an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg sowie tätig in der wissenschaftlichen Weiterbildung im Kontext Beratung und Therapie im dortigen Center für lebenslanges Lernen (C3L), stellt einen weiteren wesentlichen empirischen Beitrag zu Systemaufstellungen dar. Im Mittelpunkt des Werkes steht die Beschreibung einer qualitativen Fragebogenstudie, die Teil einer von der Autorin zusammen mit Joseph Rieforth durchgeführten Untersuchung mit dem Titel „Veränderungsprozesse professioneller und persönlicher Entwicklung“ (Beermann, 2000) ist, bei der 21 Teilnehmer*innen eines postgradualen systemischen Weiterbildungsstudiums an der Universität Oldenburg studienbegleitend über drei Jahre befragt wurden; zudem gibt es eine Zwei-Jahres-Katamnese. Ein

Fokus dieser Studie war, besser zu verstehen und dann kompetenztheoretisch zu konzeptualisieren, wie diverse Erfahrungen mit Systemaufstellungen im Weiterbildungskontext sich bezüglich der Qualifikationsentwicklung der Teilnehmer*innen konkret ausgestalten und darstellen. Beermann fasst zusammen (S. 211): „Die persönliche und professionelle Entwicklung der Beteiligten hat durch diese Intervention innerhalb kürzester Zeit einen entscheidenden Schub mit langanhaltender Resonanz erhalten“. Auf der Basis eines aus den Antworten der Teilnehmer*innen entwickeltem Kategoriensystem konnte sie zudem systematisch aufzeigen, dass in Systemaufstellungen einige der von Grawe (1995) beschriebenen psychotherapeutische Wirkfaktoren zum Tragen kommen, nämlich: Qualität der Beziehung/Motivationale Klärung, Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung/Entwicklungsperspektive. Damit führt Beermann, was ihr als eine nicht zu verachtende Leistung angerechnet werden kann, Systemaufstellungen über Systemische Therapie hinausreichenden breiteren, kompetenzorientierten und evidenzbasierten Psychotherapie-Diskursen zu.

Ein weiteres Verdienst des Buches ist, dass Beermann zudem die Herausforderung annimmt, sich in den teils sumpfigen Gefilden theoretischer Begründungen (z. B. Theorie der morphogenetischen Felder oder paraspiritistische Überlegungen) der Wirkung von Systemaufstellungen zu verorten. So formuliert sie, dass es bei Systemaufstellungen „um sensible Prozessarbeit mit einem hohen Ausmaß an dynamischer Komplexität (geht), mit der es sinnvoll und sprachgewandt umzugehen gilt“ (S. 205). Der hier getätigte Bezug auf die Theorie dynamischer Systeme (Schiepek, 2020), einer wesentlichen erkenntnistheoretischen Grundlage Systemischer Therapie, wird zudem weitergeführt: „Unterstellt bleibt dabei weiterhin die grundsätzliche Unvollständigkeit der Erklärung komplexer Systeme, wie sich auch Systemaufstellungen begreifen lassen.“ (S. 211)

Zu empfehlen ist dieses schöne Buch allen jenen, die den Wunsch haben, sich theoretisch fundiert und empirisch

informiert dem hochkomplexen Gegenstand der Systemaufstellungen anzunähern – einem Gegenstand, der im Rahmen der Aus- und Weiterbildung systemischer Psychotherapeut*innen auch zukünftig eine wesentliche Rolle spielen wird. Zudem werden psychodynamische und bindungstheoretische Aspekte sowie Modelle der allgemeinen Psychotherapieprozessforschung einbezogen. Das konkrete Vorgehen der Durchführung von Systemaufstellungen wird zudem komprimiert und gut nachvollziehbar dargestellt.

Abschließend vielleicht noch der Versuch der Beantwortung der im Titel des Buches angesprochenen Frage mit einem Zitat der Autorin selbst: „Können also Systemaufstellungen einen Quantensprung in Weiterbildungsprozessen bewirken? Mit diesem Buch liegt zu dieser Frage erstmals ein umfassender Einblick in das subjektive Erleben von Systemaufstellungen in Weiterbildungsprozessen vor. Ihre von den Teilnehmenden

empfundene Wirkung gleicht einem Quantensprung im umgangssprachlichen Sinne eines bemerkenswerten Fortschritts, der die persönliche und fachliche Entwicklung innerhalb kürzester Zeit ein sehr großes Stück vorangebracht hat, wobei dieser Effekt über lange Zeit bestehen bleibt und als ein erfolgreicher erinnerbarer Impulsgeber auch die weitere Entwicklung positiv stimuliert.“ (S. 214)

Matthias Ochs
Fulda

Literatur

- Strauss, B. (2018). Risiken und Nebenwirkungen. In K. von Sydow & U. Borst (Hrsg.), *Systemische Therapie in der Praxis* (S. 912–919). Weinheim: Beltz.
- Weinhold, J., Bornhäuser, A., Hunger-Schoppe, C., & Schweitzer, J. (2014). *Dreierlei Wirksamkeit – Die Heidelberger Studie zu Systemaufstellungen*. Heidelberg: Carl Auer.
- Beermann, A. (2020). *Veränderungsprozesse professioneller und persönlicher Entwicklung*. Göttingen: V & R.
- Schiepek, G. (2020). Contributions of systemic research to the development of psychotherapy. In M. Ochs, M. Borcsa, J. Schweitzer (Hrsg.), *Systemic research in individual, couple, and family therapy and counseling* (S. 11–38). Cham: Springer International.

Sinnfragen – die Existenzanalyse hat Antworten

Kolbe, C. & Dorra, H. (2020). *Selbstsein und Mitsein. Existenzanalytische Grundlagen für Psychotherapie und Beratung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 304 S., 34,95 €

Christoph Kolbe und Helmut Dorra sind zwei führende Existenzanalytiker, die die existenzanalytischen Grundlagen für Psychotherapie und Beratung auf dem aktuellen Stand darlegen. Zentrale Kategorien und Begriffe der Weiterentwicklung der Existenzanalyse durch Alfred Längle werden gut verständlich in ihrer Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis dargelegt. Themen und Fragestellungen, die das Buch aufwirft, können für Psychotherapeut*innen aller Therapierichtungen von Interesse sein.

Die Existenzanalyse/Logotherapie wurde von Viktor Frankl (1905–1997) in den 1920/30er-Jahren begründet, sie wurde auch als „dritte Wiener Schule“, im Anschluss an Freud und Adler, die

er persönlich kannte, bekannt. Philosophisch bezog er sich auf die Phänomenologie von Edmund Husserl und Max Scheler und die Existenzphilosophie. Er kritisierte das Menschenbild der Psychoanalyse, die es seines Erachtens zu stark auf „psychisch-triebhaftes Kräfte“ reduzierte, und entwickelte alternativ eine auf Werte und Sinnerfüllung orientierte Existenzanalyse. Frankl war ein renommierter Professor für Neurologie und Psychiatrie in Wien. Prägend waren für ihn seine schrecklichen Erfahrungen als KZ-Insasse (1942–1945); seine Frau, seine Eltern und sein Bruder sind im KZ von den Nazis umgebracht worden. Diese Erfahrungen sind sicherlich ein wesentlicher Grund, warum er in der Psychotherapie die existenziellen Fragen nach Sinn und ein in Freiheit und Verantwortung gestaltetes Leben in den Vordergrund rückte. „Ganz“ ist der Mensch für Frankl dann, wenn er „ganz aufgeht in einer Sache, ganz hingegeben ist an eine andere Person“ (ebd.,

S. 17). Er befasste sich von daher besonders mit dem Leiden des Menschen am Sinnverlust.

Die beiden Bezeichnungen Existenzanalyse und Logotherapie haben jeweils unterschiedliche Schwerpunkte: Die erste war für Frankl zunächst die Bezeichnung seiner Anthropologie, heute ist sie die Bezeichnung, für die psychotherapeutische Anwendung während sich die zweite auf die Behandlung bzw. Beratung bei Sinnproblemen bezieht. Die Existenzanalyse ist ein phänomenologisch-personales Psychotherapieverfahren und versteht sich heute als ein Ansatz der Humanistischen Psychotherapie.

Der Ansatz von Frankl wurde von Längle zur Personalen Existenzanalyse weiterentwickelt, der einen besonderen Fokus auf die Emotionalität und ein erlebnisbezogenes Vorgehen legt. Er stellt vier Grunddimensionen der Existenz heraus:

1. in der Welt sein und überleben können (dafür sind Schutz, Raum und Halt notwendig, damit sich Vertrauen und Können entwickeln können; bei Störungen sind Ängste die Folge); 2. Verbundenheit (dafür sind Beziehung, Zeit und Nähe notwendig, um sich Wertvollem zuwenden zu können; bei Störungen kommt es zu depressiven Stimmungen); 3. Entfaltung seines Selbstseins (Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung helfen, Ich und Selbstwert zu entwickeln; bei Störungen kommt es zu histrionischen Symptomen); 4. Kontext (wertvoll empfundene Tätigkeiten, Möglichkeiten und Zusammenhänge helfen bei einem existenziellen Sinnerleben; bei Defiziten wächst die Gefahr der Suizidalität).

Wenn es in einer dieser existenziellen Dimensionen zu größeren Problemen kommt, kann eine psychopathologische Fehlentwicklung entstehen. Die therapeutische Vorgehensweise zu deren Behandlung erfolgt phänomenologisch und ressourcenorientiert in einem Dreischritt: Zunächst wird der phänomenale Gehalt einer Situation auf der Eindrucksebene des Menschen analysiert; sodann soll es zu einer Positionierung zur Bedeutung dieses Eindrucks kommen; abschließend soll die Umsetzung dieser eingenommenen Haltung in konkretes und verantwortetes Handeln angeleitet werden.

Im von Kolbe verfassten ersten Teil des Buches wird die zentrale Bedeutung der Arbeit mit den Emotionen betont, das der vorgestellten Therapierichtung eigene Verständnis von Psychodynamik nachgezeichnet und ein Modell phänomenologischer Gesprächsführung vorgestellt. Existenzanalyse/Logotherapie werden mit ihren starken Verknüpfungen zur Humanistischen Psychotherapie in der „Therapielandschaft“ verortet und darüber hinaus zu anderen psychotherapeutischen Ansätzen in Beziehung gesetzt – insbesondere dem der strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf. Hier wird eine inhaltliche Nähe zu den vier Grundmotivationen festgestellt, denn auch Rudolf spricht von Nähe und Beziehung, von Objektbindung, von Autonomie und Identität (ebd., S. 43).

Im zweiten Teil des Buches werden von Dorra wesentliche anthropologische Theoreme, die in Philosophie und Theologie verwurzelt sind, gut verständlich erläutert und mit treffenden Beispielen unterlegt, veranschaulicht. Eigene Aufsätze widmen sich einzelnen Themenaspekten, wie sie durch Überschriften wie „Wohin gehst Du? Selbstwerden in existenzieller Begegnung“ oder „Fragend sich verbunden bleiben. Hermeneutische Haltung im existenziellen Dialog“ angedeutet werden.

Kritisch ist anzumerken, dass die Bedeutung des Körpers als therapeutischer Bezugsgröße in diesem Kontext zwar erwähnt, aber nicht inhaltlich ausgeführt wird. Obwohl die Körperpsychotherapie auch ein Ansatz der humanistischen Grundorientierung ist, tritt sie und ihre Vielfalt non-verbaler Interventionen im Buch leider kaum in Erscheinung. Ich hätte mir noch ein Kapitel gewünscht, in dem die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Existenzanalyse/Logotherapie in Bezug auf die anderen Ansätze der Humanistischen Psychotherapie differenzierter herausgearbeitet worden wären. Doch insgesamt gesehen ist es ein tiefsinniges Buch, das zum philosophisch motivierten Nachdenken anregt. Es ist spannend und hilfreich für Psychotherapeut*innen aller Psychotherapierichtungen, denn sie werden in der Regel alle mit existenziellen Fragestellungen konfrontiert. Viele Patient*innen sind sich ihres Lebenssinns nicht mehr sicher und haben den – häufig noch unbewussten – Wunsch, ihn in der Psychotherapie wiederzufinden. Für diese Fragen bietet das Buch sehr viele Anregungen, Beispiele und Lösungsansätze.

Manfred Thielen
Berlin

Ein hilfreicher „Kartentrick“ für die Arbeit mit Jugendlichen

Bergmann, F. (2021). Kreatives Problemlösen mit Jugendlichen. 75 Therapiekarten. Weinheim: Beltz, 49,95 €

Das therapeutische Gespräch mit jugendlichen Patient*innen kann eine besondere Herausforderung darstellen. Manche Jugendliche fühlen sich von den multiplen Anforderungen in dieser Entwicklungsphase überfordert. Sie sollen körperliche Veränderungen akzeptieren, sich von den Eltern emanzipieren, tragende Freundschaften suchen und finden, eine eigene Persönlichkeit entwickeln etc., das kann verwirrend sein. Wenn dann in der Therapie neben der zu behandelnden Symptomatik all

diese komplexen Themen im Raum stehen, können sie sich erneut überfordert fühlen und verstummen. Das Gespräch gerät ins Stocken oder entsteht gar nicht erst, eine konstruktive Problemlösung ist nicht mehr möglich.

In Situationen wie diesen kann das Kartenset von Felicitas Bergmann äußerst hilfreich sein bzw. kann es einen gesamten Therapieprozess begleiten, erleichtern und zu mehr Kreativität verhelfen. Die 75 Karten im großformatigen Farbdruck zeigen jugendgemäße, ansprechende Bilder aus der Lebenswelt der Zielgruppe mit dazu passenden Interventionen auf der Rückseite

zu den Themen Problemlösung, Zielsetzung und Planung, Hilfe bei Entscheidungsschwierigkeiten, Umsetzung und Reflexion von Lösungsschritten. Wenn gleich die verhaltenstherapeutischen Grundlagen immer wieder ersichtlich werden, ist der integrative Ansatz zentral. Beispielsweise finden auch hypnosystemische Methoden Platz in dieser beträchtlichen Materialsammlung. Fast alle Anregungen, Interventionen und Metaphern können schulenübergreifend genutzt werden und die Bilder sind durch ihre Mehrdeutigkeit und ihren Symbolgehalt auch flexibel einsetzbar. Die entsprechenden theoretischen Hintergründe werden gut verständlich im

Booklet und auf den jeweiligen Karten erläutert.

Darüber hinaus werden die in der Therapie symptomunspezifischen bedeutsamen Ziele, wie die Verbesserung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit oder die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen, durchgehend vermittelt. Validierte therapeutische Techniken, wie Reframing, Ressourcenaktivierung und Externalisierung, Impact-Techniken u.a., werden geschildert und können in den therapeutischen Prozess integriert werden. Im Aufbau orientieren sich die Interventionen an einem klassischen Therapieverlauf. Eindrücklich für Patient*in und Psychotherapeut*in ist beim Arbeiten mit den Karten, dass es so unterschiedliche Herangehensweisen für Problemlösungsprozesse gibt. Zudem richten sich die Karten direkt an die jugendlichen Patient*innen, was die Entwicklungsaufgaben „Autonomie“ und „Verantwortungsübernahme“ unterstützt.

Wie kann mit den Karten gearbeitet werden? Das Kartenset ist gegliedert in acht Module, angelehnt an ein Problemlösestraining. Es gibt die Möglichkeit, sich am Booklet bzw. Begleitheft mit Inhaltsverzeichnis und farblicher Zuordnung zum jeweiligen Problemlöseschritt zu orientieren und sich zunächst einen Überblick über die Karten zu verschaffen. Der gezielte Zugriff auf einzelne Karten ist dadurch leicht möglich und kann bei der Therapieplanung helfen. Neben der Erläuterung des theoretischen Hintergrunds im Begleitheft werden weitere Anregungen und Variationen für den Einsatz einzelner Übungen gegeben und die Arbeit mit einzelnen Karten kann beispielhaft vertieft werden. Zudem ermöglicht es einen „roten Faden“, angenehm für Psychotherapeut*innen, die eine klare Struktur bevorzugen und gerne mit Fachbüchern/Manualen arbeiten. Eine ausführliche Liste mit Literaturangaben befindet sich ebenfalls am Ende.

Eine andere Möglichkeit ist es, zunächst nur mit den ausdrucksstarken Bildern zu arbeiten. Die Illustrationen auf der Vorderseite wirken anregend und können, auch unabhängig von der zugrunde liegenden Intervention auf der Rückseite, als Gesprächsimpulse dienen. Der*die Jugendliche kann beispielsweise zu verschiedenen Fragestellungen, die in der Therapie gerade relevant sind, oder zur unterstützenden Beschreibung seiner aktuellen Stimmung Bilder auswählen („Welche drei bedeutsamen Dinge sind Dir in der Woche passiert?“, „Wie ist Deine Stimmung heute / letzte Woche?“ etc.). Die Bilder laden, da ohne Text, zum Brainstorming ein und es können neue Themenbereiche enttabuisiert erschlossen werden. Ergänzend können dann auch die sich auf der Rückseite befindlichen hilfreichen Beispiele für Fragen an die Jugendlichen genutzt werden, die einen Perspektivwechsel unterstützen. Einige Übungen sind auch für die gemeinsame Arbeit mit Jugendlichen und ihren Eltern geeignet und ermöglichen so auf familiärer Ebene neue Impulse zur Problemlösung. Auch in Gruppen können die Karten sehr gut eingesetzt werden.

Zu den Inhalten auf der Rückseite: Die Inhalte sind innovativ, originell, teilweise unkonventionell und laden zum kreativen Denken ein. Unterschiedliche Kulturen und Länder (Kintsugi-Technik aus Japan; Nagelhäuser in China) werden in Geschichten, Berichten, Metaphern und Imaginationen einbezogen und zeitgemäße Beispiele aus dem Lebensalltag der Jugendlichen (z. B. Smartphone, Schule, Musik, social media) gegeben, die treffen, betreffen und somit im Gedächtnis bleiben. Durch die visuelle Verknüpfung mit den Bildern auf der Vorderseite werden mehrere Sinneskanäle angesprochen und es kann ein Anker für den Alltag geschaffen werden (Transfer/Lerneffekt). Zudem werden in verschiedenen Übungen neben der kognitiven und emotionalen Ebene auch die körperliche Ebene mit einbezogen.

Welche möglichen Nachteile fallen bei der praktischen Nutzung ins Auge? Bei diesem Umfang und dieser Auswahl an Interventionen ist es nachvollziehbar, dass sich der*die Leser*in nicht von jeder Karte angesprochen fühlt. Einige Übungen sind aufgrund der aus Platzgründen gezwungenermaßen kurzen Darstellung zudem etwas schwierig nachzuvollziehen. Auf der anderen Seite ist das Kartenset eben im Großformat und somit nicht sehr „handlich“ im Gegensatz zu Kartenspielen oder Gefühlskärtchen. Manche Übungen benötigen ein hohes Vorstellungs- und Imaginationsvermögen und sind deswegen wahrscheinlich nicht für jede*n Jugendliche*n geeignet, aber dafür gibt es ja genug Auswahl. Nicht ganz so gut einsetzbar sind die Karten vermutlich, wenn eine „Blockade“ Teil der Symptomatik ist. Damit Fragen wie „Was kannst Du tun, um Deine Stimmung zu verbessern und zuversichtlicher zu werden?“ bei sehr unsicheren, wenig stabilen Patient*innen nicht zu zusätzlichen Insuffizienzerlebnissen und Frustrationen führen, wäre eine vorherige Sichtung der Karten wahrscheinlich sinnvoll.

Insgesamt handelt es sich bei diesem ansprechend und hochwertig gestalteten Kartenset um eine wertvolle Schatzkiste therapeutischer Interventionen, die im gesamten Therapieprozess flexibel einsetzbar sind. Geeignet ist es für die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen von ca. 12–18 Jahren. Aber da viele der Karten den*die Leser*in zur Selbstfürsorge anregen (z. B. Karte 75 „Bonus-Zeit“) und ja auch für Psychotherapeut*innen das Thema Psychohygiene eine wichtige Rolle spielt, könnten die Karten auch im Sinne der Selbsterfahrung und Selbstmodifikation des*der Psychotherapeut*in genutzt werden, indem man sie beispielsweise zur Vorlage eines „Journaling-Buchs“ (eine Art Tagebuch zur vertieften Selbstreflexion) verwendet.

Martina Weiss
Regensburg

Leserbriefe

Ein Plädoyer gegen den Genderstern

Zu T. Michels: Editorial, Psychotherapeutenjournal 2/2021, S. 103.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen des PTJ-Redaktionsbeirats,

offensichtlich machen Sie sich in Ihrer „Zukunftswerkstatt“ schon seit einigen Jahren Gedanken, wie Sie die Schreibung von Personenbezeichnungen möglichst ‚gerecht‘ angehen können.

Die Vorgabe, von Heft zu Heft zwischen männlichen und weiblichen Bezeichnungen zu wechseln, hat sich anscheinend als Irrweg erwiesen. [...] Denn wenn jemand z. B. ein beliebiges Heft aufschlägt oder online öffnet und darin die Rede von „Patientinnen“ und „Rehabilitandinnen“ ist, dann weiß derjenige im ersten Moment nicht, ob damit tatsächlich nur Frauen gemeint sind [...] oder ob er nur ein ‚verqueres‘ Heft vor sich hat. [...]

Man kann sich nicht auf den Standpunkt stellen, ‚mal eben‘ ein generisches Femininum in eine über Jahrhunderte gewachsene Sprache einführen zu können. Ein Abwechseln zwischen ‚männlichem‘ und ‚weiblichem‘ Heft funktioniert somit nicht. Obwohl es auf den ersten Blick als eine ‚ganz nette Idee‘ erscheint, hat dies allenfalls den Charakter eines besseren Schildbürgerstreichs.

[...] Der Genderstern soll [nun] angeblich das ‚dritte Geschlecht‘ (= non-binäre Personen, synonym: intersexuelle Personen) sichtbar machen. Aber transgeschlechtliche Personen gehören nicht zum dritten Geschlecht! Nach medizinischer Definition sind Transsexuelle mit einem eindeutigen biologischen Geschlecht versehen, fühlen sich jedoch psychisch dem anderen Geschlecht zugehörig [...]. Auch die Definition von Transsexualität nach DSM besagt, dass

das Störungsbild nicht von einem somatischen Intersex-Syndrom begleitet ist [...]. Daraus wird Folgendes klar: Der Genderstern hat mit einer sprachlichen Sichtbarmachung von Transsexuellen nichts zu tun!

Sollten Sie nun aber [...] mit dem Gedanken spielen, Intergeschlechtlichkeit (Intersexualität) mit dem Genderstern zu kennzeichnen, dann möchte ich Ihnen hiermit dringend verdeutlichen, dass der Genderstern zu mehr Benachteiligungen und Diskriminierungen führt, als er eigentlich verhindern will.

[...] Der Genderstern stört massiv den Lesefluss, [...] erschwert die Vorlesbarkeit (z. B. „ein*e andere*r“), benachteiligt Sehbehinderte, [...] Personen mit Lese-/Rechtschreibschwäche (Legasthenie), [...] Deutschlernende (Kinder, Ausländer), [...] autistische Personen, [...] erschwert die Suchbarkeit in digitalen Texten und ist undemokratisch [...].

Viele der mit Genderstern gebildeten Formen sind grammatikalisch falsch, z. B. enthält „Kolleg*innen“ nicht die männliche Form „Kollegen“, [...] diese Schreibweisen sind also alles andere als ‚geschlechtergerecht‘.

Außerdem sind Sterne im Text mehrdeutig: Fußnote, Platzhalter, Geburt, Mal-Zeichen etc. Und schlussendlich ist der Genderstern nutzlos: Als Mittel, um eine diskriminierungsfreie Gesellschaft zu erzwingen, ist er gescheitert. Alles, was er erreicht hat, ist eine Spaltung der Gesellschaft.

[...] Wenn Sie mein Plädoyer gegen den Genderstern überzeugt hat, dann bleiben Sie bitte standhaft und konzentrieren Sie sich auf weiterhin flüssig lesbare Texte, effiziente schriftliche Kommunikation und seriöse Berichterstattung. Unzählige Leserinnen und Leser werden es Ihnen danken.

Dr. Richard Fux
Tübingen

Liebe Leser*innen,

die Redaktion begrüßt es sehr, wenn Sie sich 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 17. Januar 2022 bei der Redaktion (redaktion@psychotherapeutenjournal.de) eingehen.

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

Mehr Sachlichkeit in der Gender-Debatte!

Antwort zu den Leserbriefen von S. Teuber und H. Richter, Psychotherapeutenjournal 3/2021, S. 247, sowie zu B. Schigl: Doing Gender im therapeutischen Prozess – eine Grundlage für Genderkompetenz in der Psychotherapie, Psychotherapeutenjournal 2/2021, S. 120–125.

Von den beiden Leserbriefen meiner männlichen Kollegen war ich sehr überrascht. Der erste Leserbrief befasst sich mit dem Artikel von Frau Professorin Schigl und wertet die dort skizzierte Gender-Theorie als unwissenschaftlich, ideologiesteuert und gefährlich ab. In unserem Psychologie-Studium haben wir jedoch alle gelernt: Wissenschaftliche Theorien stellen „nur“ Hypothesen über Zusammenhänge einer komplexen Welt dar – und nicht die Realität selbst. Der Autorin wird unterstellt, unwissenschaftlich zu argumentieren. Sie würde versuchen, zu beweisen, Frauen seien die besseren Therapeut:innen.

Persönlich kann ich das Erleben des männlichen Autors dieses Leserbriefes durchaus nachvollziehen. Zur Dyade männlicher Psychotherapeut und weibliche Patientin werden einige kritische Untersuchungsergebnisse erwähnt. Diese jedoch „einfach vom Tisch zu fegen“ mit den o. g. Unterstellungen, erscheint weniger sachlich motiviert zu sein. Ein Übersehen ungünstiger gendertypischer Interaktionseffekte in der Psychotherapie ist fatal. Wir alle sollten uns klar und sachlich informieren, wie sich Gender-Stereotypen ungünstig auswirken können und wie wir gegensteuern können – vielleicht auch, wie sich gendertypische Prozesse im therapeutischen Prozess nutzen lassen.

Der veröffentlichte Artikel und die darin genannten wissenschaftlichen Ergebnisse und Argumente der Autorin Schigl sollten dabei große Berücksichtigung finden. Weitere Publikationen zu diesem Thema sollten erfolgen.

Im zweiten Leserbrief wird von einem weiteren männlichen Kollegen die Praxis des Genderns in der Schrift- und Sprachform verurteilt und eine Benachteiligung von Männern antizipiert. Zu diesem Aspekt bin ich persönlich ganz entspannt: Ich gehe davon aus, dass man in 10 Jahren nicht mehr nachvollziehen kann, wieso die Repräsentanz einer ausschließlich maskulinen Schrift- und Sprachform überhaupt so lange bestehen konnte.

Dipl.-Psych. Susanne Berwanger
München

Begriff des Fütterns noch angemessen?

Zu A. S. Hartmann: Die Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme. Eine neue Diagnose in der Kategorie „Fütter- und Essstörungen“ der ICD-11, *Psychotherapeutenjournal* 2/2021, S. 134–143.

Mit Interesse habe ich über die neue Diagnose „Fütter- und Essstörungen“ der ICD-11 gelesen. Ich würde gerne den Begriff „füttern“ kritisch hinterfragen: ich komme aus dem Bereich der Krankenpflege und in diesem Bereich wurde der Begriff „Füttern“ (von alten und kranken Menschen) gestrichen: Man füttert Tiere oder Kleidungsstücke, aber keine Menschen – so lautete das Argument. Einer anderen, abhängigen Person das Essen oder ein Getränk zu reichen, stellt einen sehr engen, kommunikativen, interaktiven Prozess da, der weit ab von Routine(be)handlung liegt. Weil die Anforderungen an die Person, die das Essen reicht, hohe kommunikative und empathische Kompetenz fordert, legen Pflegefachkräfte Wert darauf, dass diese Dienstleistung nicht von Praktikant_innen oder Auszubildenden umgesetzt wird, sondern von Personen, die es gelernt haben, Mimik und Interaktion zu „sehen“ und darauf adäquat zu reagieren.

Ich denke, dass diese Kompetenz genauso bei jenen gefordert wird, wenn es sich um die Unterstützung der Nahrungsaufnahme bei Kindern und Jugendlichen handelt.

Ich würde mich freuen, wenn sich der Sprachgebrauch des Fütterns nicht dadurch wieder verfestigt, dass Psychotherapeut_innen diese Begrifflichkeit übernehmen.

Klaus-Dieter Neander
Hamburg

Unredliche Vorwürfe

Zu H. Zorzi: Ausgespielt? Ein Plädoyer für das Spiel als zentrales Medium in der Kinderpsychotherapie, *Psychotherapeutenjournal* 3/2021, S. 223–228.

In dem ansonsten sehr schönen und anschaulich geschriebenen Artikel wird an einer Stelle behauptet, dass die antiautoritäre Erziehung ursächlich für sexuellen Missbrauch gewesen sei und suggeriert, dass dies auch durch empirische Studien bewiesen worden sei.

Solche Studien kenne ich nicht und ich kann mir auch kaum vorstellen, dass sie existieren. In den Literaturangaben am Ende des Artikels ist dazu jedenfalls nichts zu finden. Ich halte diese Behauptung für an den Haaren herbei gezogenen und in dieser Form für einen Verstoß gegen die wissenschaftliche Redlichkeit.

Ohne ein Befürworter antiautoritärer Erziehung zu sein, sehe ich solche Behauptungen als Ausdruck eines politischen Diskurses, in dem progressive, gesellschaftliche Experimente entwertet und bis zur Unkenntlichkeit verzerrt wiedergegeben werden.

Dipl.-Päd. Michael von Wirth
München

Artikelverzeichnis 2021

Artikel	Ausgabe	Seiten
Ahlers, Martin / Marquass, Kristina im Gespräch mit Kerstin B. Ursachen und Risiken einer ausbleibenden oder späten Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung bei Frauen	1/2021	39–44
Best, Dieter Das Psychotherapeutengesetz und die Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Was wir gemeinsam erreichen konnten	4/2021	345–351
Beutel, Helmuth Zum 100. Geburtstag – Erinnerungen an Reinhard Tausch (1921–2013)	4/2021	341
Dose, Matthias Die Huntington-Krankheit – eine Herausforderung (auch) für Psychotherapeuten	1/2021	32–38
Drüge, Marie / Roth, Tanja / Watzke, Birgit Bericht aus der Praxis: Die Behandlung der Körperdysmorphen Störung in der COVID-19-Pandemie	3/2021	235–243
Guggel, Siegfried Probleme und Herausforderungen der Klinischen Neuropsychologie	1/2021	14–22
Geissner, Edgar / Koch, Stefan Von A wie Angst bis Z wie Zwang – Störungsspezifische Messinstrumente zur Evaluation von Psychotherapie (Erwachsene)	4/2021	312–322
Hartmann, Andrea S. Die Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme. Eine neue Diagnose in der Kategorie „Fütter- und Essstörungen“ der ICD-11	2/2021	134–143
Hautzinger, Martin Aaron T. Beck ist 100! Eine Würdigung	3/2021	244
Klucken, Tim / Roesmann, Kati Die Digitalisierung der psychotherapeutischen Praxis: Vorteile, Nachteile und erste Erfahrungen mit der digitalen Patientenakte	3/2021	208–216
Krause, Heike „Wir müssen die Masken aufsetzen, wenn wir spielen.“ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Pandemiebedingungen	2/2021	106–112
Kühner, Christine / Schrickler, Isabelle F. / Nayman, Sibel Depressive Störungen in der ICD-11: Was bleibt, was ist neu?	4/2021	330–338

Artikel	Ausgabe	Seiten
Külz, Anne Katrin Pathologisches Horten als neue Diagnose in der ICD-11: Charakteristika und Behandlung	2/2021	126–133
Leo, Katharina / Lindenberg, Katajun Gaming Disorder: Diagnostik und Psychotherapie der neuen ICD-11-Diagnose	1/2021	6–13
Macht, Michael Emotionales Essverhalten: Mechanismen, Entstehung, Behandlung	3/2021	229–234
Ochs, Matthias „A ‚true‘ artist may draw mountainous seas!“ – Eine Würdigung von Paul Watzlawick zu seinem 100. Geburtstag	4/2021	339–340
Pfeifer, Eric Die geistige Dimension in der sinnorientierten Psychotherapie	2/2021	113–119
Richter, Rainer im Gespräch mit Heiner Vogel „Das Psychotherapeutenjournal hatte von Anfang an eine identitätsstiftende Funktion“	4/2021	352–355
Schigl, Brigitte Doing Gender im therapeutischen Prozess – eine Grundlage für Genderkompetenz in der Psychotherapie (Teil 1)	2/2021	120–125
Schigl, Brigitte Doing Gender im therapeutischen Prozess – Genderkompetenz in der Praxis (Teil 2)	4/2021	323–329
Sykstus, Manuela / Rief, Winfried Landesbehörde trifft universitäre Psychologie: Ein Erfahrungsbericht zur Umsetzung der Reform der Psychotherapeutenausbildung am Beispiel Hessen	3/2021	217–222
Winter, Heike Zum Tod von Jürgen Hardt, Gründungspräsident der Psychotherapeutenkammer Hessen	1/2021	5
Wittmann, Lothar Zwanzig Jahre Psychotherapeutenjournal: Mission accomplished – und wie weiter?	4/2021	342–344
Wulfes, Nele / Rau, Sabine / Kröger, Christoph Psychosoziale Notfallversorgung. Entwicklungen und Impulse aus psychotherapeutischer Sicht	1/2021	23–31
Zorzi, Heidi Ausgespielt? Ein Plädoyer für das Spiel als zentrales Medium in der Kinderpsychotherapie	3/2021	223–228

39. Deutscher Psychotherapeutentag – Muster-Weiterbildungsordnung im Fokus

Am 19. und 20. November 2021 fand der 39. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) statt. Schwerpunkte des DPT waren neben der Positionierung zu wichtigen gesundheitspolitischen Themen und Wahlen die Fertigstellung der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen.

39. DPT digital

Birgit Gorgas begrüßte die Delegierten für die Versammlungsleitung zu einem DPT, der mit den Entscheidungen zur Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) einen Meilenstein für die Zukunft der Profession legen werde. Man könne sich glücklich schätzen, dass dank des digitalen Formats der DPT trotz der Pandemie stattfinden könne.

Bericht des Vorstandes und gesundheitspolitische Positionierungen

Im Bericht des Vorstandes erläuterte der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) Dr. Dietrich Munz die Kritik der Profession an zwei Entscheidungen des Gemeinsamen Bun-



Versammlungsleitung: Stuart Massey Skatulla, Birgit Gorgas, Juliane Sim

desausschusses (G-BA). Die Richtlinien zur Komplexbehandlung (KSV-Psych-RL) und zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) erfüllten beide die gesetzlichen Anforderungen nicht und machten deutlich, dass die Krankenkassen zu Lasten psychisch kranker Menschen sparen wollen (siehe auch Folgetexte zu KSVPsych-RL und PPP-RL). Mit zwei Resolutionen unterstrich der DPT, dass eine Kurskorrektur

durch das BMG und die künftige Bundesregierung notwendig ist. Weitere Themen waren mit Bezug auf erste Informationen zu einem möglichen Koalitionsvertrag Lehren aus der Pandemie, Bedarfsplanung, Digitalisierung, neue Versorgungsformen und Qualitätssicherung. Ausführlich wird dazu auf der Homepage der BPTK berichtet.

Michaela Willhauck-Fojkar zurückgetreten

Michaela Willhauck-Fojkar teilte den Delegierten mit, dass sie ihr Amt als Beisitzerin im Vorstand der BPTK niedergelegt habe. Sie könne aufgrund veränderter persönlicher beruflicher Rahmenbedingungen ihren eigenen Anforderungen, die sie an sich als Beisitzerin im Vorstand der BPTK stelle, nicht mehr ausreichend gerecht werden. In diesem Dilemma habe sie sich für ihre Patient*innen entschieden. Herr Dr. Munz, dankte Frau Willhauck-Fojkar für ihr Engagement. Ihr pragmatischer Blick auf zu lösende Probleme wie auch ihr umsichtiger Einsatz für die Interessen der Kinder- und



Dr. Dietrich Munz

Jugendlichenpsychotherapeut*innen und für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien habe die Vorstandsarbeit sehr bereichert.

Cornelia Metge in den BPTK-Vorstand gewählt



Cornelia Metge

Mit überwältigender Mehrheit wählte der DPT Cornelia Metge in den Vorstand der BPTK. Frau Metge berichtete dem DPT, dass sie seit 2008 als niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) im ländlichen Raum arbeite. Sie habe damals schnell erkannt, dass „guter Wille und Fleiß von Einzelnen nicht ausreicht“, deshalb habe sie sich für ein berufspolitisches Engagement entschieden. Ihre erste Bewerbungsrede auf einem DPT habe sie vor zehn Jahren gehalten, als sie sich um die Mitgliedschaft im Ausschuss „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ bewarb. Damals habe sie gesagt, dass sie ihre fehlende Erfahrung wettmachen wolle durch Enthusiasmus, Fleiß, Geduld, ein dickes Fell und die Fähigkeit, Kompromisse zu schließen. Mittlerweile habe sie viele Erfahrungen – gerade auch bei der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer – sammeln dürfen. Die Leidenschaft, etwas anzupacken, sei jedoch unverändert geblieben.

Muster-Weiterbildungsordnung beschlossen

Schwerpunkt des DPT war die Verabschiedung zweier noch ausstehen-

der Abschnitte der MWBO. Der DPT verabschiedete Abschnitt C, in dem festgehalten wird, welche Inhalte und Richtzahlen die verfahrensspezifischen Weiterbildungen im Kontext der Gebietsweiterbildung erfüllen müssen. Außerdem verabschiedete er Abschnitt D, in dem die Anforderungen an Bereichsweiterbildungen in Spezieller Psychotherapie bei Diabetes, Spezieller Schmerzpsychotherapie und Sozialmedizin festgelegt werden. Dieser Teil der MWBO soll auf dem 40. DPT ergänzt werden um die Anforderungen für die Bereichsweiterbildung in einem weiteren Psychotherapieverfahren. Unterfüttert werden soll außerdem Abschnitt C durch eine Musterrichtlinie, die die Details der verfahrensspezifischen Qualifizierung in einem Gegenstandskatalog beschreibt. Darüber hinaus ergänzte und korrigierte der DPT bereits getroffene Regelungen im Paragrafenteil A und in Teil B, der sich mit der Gebietsweiterbildung befasst (siehe auch Folgetext zur MWBO).

Mit der nun abgeschlossenen MWBO ist der Weg frei, dass die Landeskammern auf dieser Basis nun ihrerseits die Weiterbildungsordnungen in den Landesdelegiertenversammlungen verabschieden und den Aufsichten zur Genehmigung vorlegen. Alle Teile der MWBO wurden

mit einer überwältigenden Mehrheit im DPT verabschiedet. Zum Abschluss hielt BPTK-Präsident Munz fest, dass man nun nach zwei anstrengenden und sehr fordernden Tagen feststellen dürfe, dass dank einer intensiven und qualitativ hochstehenden Debatte die Profession einen wichtigen Schritt für die Gestaltung ihrer Zukunft getan habe.

Dr. Betteke van Noort in den KJP-Ausschuss gewählt

In ihrer Bewerbungsrede für die freigewordene Position im KJP-Ausschuss schickte Frau van Noort voraus, dass ihre Approbation im März nächsten Jahres anstehe. Sie wolle gern diese „frische PiA-Perspektive“ in die Arbeit des KJP-Ausschusses einbringen. Darüber hinaus arbeite sie schon seit längerem wissenschaftlich zum Thema Jugendhilfe. Auch diese Perspektive würde sie gern in die Arbeit des KJP-Ausschusses einbringen. Der DPT wählte mit großer Mehrheit Frau van Noort in den KJP-Ausschuss, nachdem zuvor geklärt war, dass kein Mann für dieses Amt kandidieren wollte. Hätte eine Bewerbung durch einen Mann vorgelegen, hätte aufgrund der Quotenregelung das nun freiwerdende Amt im KJP-Ausschuss von einem Mann besetzt werden müssen.

Resolutionen 39. Deutscher Psychotherapeutentag

Der 39. Deutsche Psychotherapeutentag hat am 20. November 2021 folgende Resolutionen verabschiedet:

- Digitalisierung braucht Sorgfalt und muss Versorgung verbessern!
- E-Evidenz-Verordnung gefährdet berufliche Schweigepflicht
- Enquête-Kommission zur Kindergesundheit einsetzen
- Keine leeren Versprechungen: Kinder schützen!
- Konsequenter Klimaschutz schützt psychische Gesundheit
- Politik für eine starke psychische Gesundheit
- Psychotherapeutische Weiterbildung finanziell sichern
- Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik: PPP-Richtlinie – Gesetzlicher Auftrag muss umgesetzt werden!
- Versorgung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen verbessern – Hindernisse beseitigen

Dr. Georg Kremer in den PTI-Ausschuss gewählt

Zudem stand beim 39. DPT eine Nachwahl für den Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) an. Für dieses Amt kandidierte Dr. Georg Kremer. Er berichtete den Delegierten, dass er 25 Jahre in der Akutpsychiatrie im Suchtbereich gearbeitet habe. Er habe eine Leitungsfunktion in einer Tagesklinik übernommen und sei auch Mitglied der Klinikleitung gewesen. Aufgrund seines beruflichen Engagements habe er vor einigen Jahren seine Mitgliedschaft im PTI-Ausschuss niedergelegt, da beides nicht mehr vereinbar gewesen sei. Nun hätten sich für ihn die Rahmenbedingungen verändert, und er



BPtK-Vorstand (v. l. n. r.): Dr. Andrea Benecke, Wolfgang Schreck, Dr. Dietrich Munz, Cornelia Metge, Dr. Nikolaus Melcop

würde sehr gerne wieder im PTI-Ausschuss mitarbeiten. Die Delegierten wählten ihn mit großer Mehrheit in den PTI-Ausschuss.

Einen ausführlichen Bericht zum Deutschen Psychotherapeutentag finden Sie auf der BPtK-Homepage: www.bptk.de

Reform der Psychotherapeutenausbildung: Fertigstellung der Muster-Weiterbildungsordnung und Umsetzung

Nachdem im Frühjahr der Paragrafenentwurf beschlossen und die Gebietsweiterbildung der künftigen Fachpsychotherapeut*innen geregelt worden war, hat der 39. DPT am 19. und 20. November die beiden übrigen Abschnitte der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) verabschiedet. Damit ist die Musterordnung vollständig und die Landespsychotherapeutenkammern können ihre Weiterbildungsordnungen auf dieser Grundlage beschließen.

Eigener Abschnitt zu Kompetenzen in Psychotherapieverfahren

Nach intensiven Vorarbeiten unter Federführung der Expert*innen der jeweiligen Fachgesellschaften wurden in Abschnitt C grobkörnige Kompetenzdefinitionen für die Vertiefung in Psychotherapieverfahren bzw. die Qualifizierung in ausgewählten Methoden und Techniken im Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie verabschiedet. Die konkreten zu erlernenden Kenntnisse und Fertigkeiten werden nun in einer (Muster-)Richtlinie zu einem Gegenstandskatalog präzisiert und nach Vorstellung auf dem 40. DPT vom Vorstand der BPtK verabschiedet. Abschnitt C enthält darüber hinaus die verfahrensspezifischen Richtzahlen. Danach unterscheiden

sich die Verfahren unter anderem in Art und Umfang der Selbsterfahrung.

Gruppenpsychotherapie gehört zum Fachpsychotherapeutenstandard

Alle Psychotherapeut*innen sollen in den Gebieten „Psychotherapie für Erwachsene“ und „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ ausreichend qualifiziert werden, um im vertieften Verfahren Gruppenpsychotherapien anbieten und abrechnen zu können. Dazu wurde Abschnitt B geändert. Identische Richtzahlen gibt es auch in Bezug auf die Supervision im vertieften Verfahren während der ambulanten Weiterbildung. Darüber hinaus werden Krankenhäuser des Maßregelvollzugs nun der stationären Weiterbildung zugerechnet.

Spezialisierungen durch Bereichsweiterbildungen

Zur Regelung von Bereichsweiterbildungen in Psychotherapieverfahren lagen dem DPT noch keine Beschlussentwürfe vor. Die Anforderungen an das Führen eines Zusatztitels in Psychotherapieverfahren, die nach der Gebietsweiterbildung erlernt werden, werden in einem nächsten Schritt unter Berücksichtigung

der Anforderungen an die Qualifizierung in der Gebietsweiterbildung, der Implikationen für die Patientenversorgung und der beruflichen Perspektiven der Profession erarbeitet. Verabschiedet hat der DPT in Abschnitt D die Bereichsweiterbildungen „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“, „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ und „Sozialmedizin“.

Überarbeitung des Paragrafenteils

Änderungen wurden auch im Paragrafenteil beschlossen. Dabei geht es unter anderem um die Präzisierung der fachlichen Anforderungen an Weiterbildungsbefugte sowie der entsprechenden Übergangsregelungen zur Anerkennung. Daraus resultierten auch Änderungen bei der Qualifikation der Supervisor*innen und Selbsterfahrungsleiter*innen. Neu sind Regelungen zu Weiterbildungsinstituten, die für andere Weiterbildungsstätten Theorie, Supervision und Selbsterfahrung durchführen.

Umsetzung der neuen Weiterbildung in den Landeskammern

Zur Umsetzung der neuen Weiterbildung starten BPtK und Landeskam-

mern ein neues Projekt. Ende des kommenden Jahres soll es für die ersten Absolvent*innen des neuen Studiums nach der Approbation als Psychotherapeut*in zugelassene Weiterbildungsstätten und anerkannte Weiterbildungsbefugte geben. Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen brauchen Klarheit, wie sie und ihre Einrichtungen mitwirken können. Dafür werden (Muster-)Richtlinien zur Anerkennung von Weiterbildungsstätten und -befugten entwickelt. Nach sukzessiver Einrichtung der neuen Studiengänge an den Universitäten werden

Mitte der 2020er-Jahre bundesweit mindestens 12.500 Weiterbildungsstellen (in Vollzeitäquivalenten) gebraucht.

Finanzierung der Weiterbildung

Weiterbildung findet in hauptberuflicher Beschäftigung statt. Theorie, Supervision und Selbsterfahrung gehören zu dieser hauptberuflichen Tätigkeit und sind deshalb nicht von den Psychotherapeut*innen in Weiterbildung zu bezahlen. Daraus resultiert ein Finanzierungsbedarf der Weiterbildung. BPtK und Landespsychotherapeutenkammern haben sich mit der Forderung

nach einer finanziellen Förderung der Weiterbildung in die Koalitionsverhandlungen der neuen Bundesregierung eingebracht und werden in Abstimmung mit den Zuständigen für die Weiterbildung in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen Lösungen entwickeln.

Die Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen ist auf der BPtK-Homepage verfügbar: www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/11/Muster-Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen-der-BPtK.pdf

Ambulante Komplexbehandlung für schwer psychisch kranke Menschen

Für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen hat der G-BA eine neue ambulant-intensive Komplexbehandlung geregelt. Die neue Richtlinie soll eine aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Behandlung und Betreuung sicherstellen. Ziel ist es, Patient*innen so zu unterstützen, dass sie ein stabileres und selbstständigeres Leben führen können und stationäre Behandlungen möglichst vermieden werden. Dafür schließen sich Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen in regionale Netzverbänden zusammen, die enge Kooperationen mit Krankenhäusern, ambulanter psychiatrischer Pflege, Soziotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen vereinbaren.

Welche Patient*innen können teilnehmen?

Das neue Versorgungsangebot richtet sich an Erwachsene mit der Diagnose einer schweren psychischen Erkrankung (F1 bis F9 nach ICD-10 und GAF-Wert ≤ 50), die durch mindestens zwei verschiedene Berufsgruppen behandelt werden müssen.

Netzverbände organisieren die Versorgung

Für einen regionalen Netzverbund müssen vor Ort mindestens zehn Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen einen Vertrag schließen, mit dem sie eine

ambulante Komplexbehandlung vereinbaren. Davon müssen jeweils mindestens vier Psychiater*innen oder Psychosomatiker*innen und vier Psychotherapeut*innen sein. Der Verbund muss außerdem Kooperationsverträge mit mindestens einem psychiatrischen Krankenhaus (mit regionaler Versorgungsverpflichtung) und mit mindestens einem* einer zugelassenen Soziotherapeut*in, Ergotherapeut*in oder ambulanten psychiatrischen Pflegekraft abschließen.

Zugang zur Versorgung

Patient*innen können sich direkt an eine*n Netz-Psychotherapeut*in oder Netz-Psychiater*in wenden oder kommen auf Überweisung bzw. Empfehlung. Innerhalb von sieben Werktagen soll in einer „Eingangssprechstunde“ abgeklärt werden, ob die Voraussetzungen für eine Komplexbehandlung vorliegen. Bei Psychotherapeut*innen geschieht dies in der regulären psychotherapeutischen Sprechstunde. Im Anschluss soll erneut eine differenzialdiagnostische Abklärung bei einem*einer Psychiater*in oder Psychosomatiker*in durchgeführt werden. Diese Engführung und Dopplung diagnostischer Leistungen wird den Kompetenzen der Psychotherapeut*innen nicht gerecht, belastet Patient*innen und schafft ein zusätzliches Nadelöhr in der Versorgung.

Bezugspsychotherapeut*in und Gesamtbehandlungsplan

Zu Beginn der Behandlung entscheidet der*die Patient*in, wer ihre zentrale Ansprechperson sein soll. Diese*r Bezugspsychotherapeut*in oder Bezugsärzt*in erstellt auf der Basis der Eingangs- und Differenzialdiagnostik einen vorläufigen „Gesamtbehandlungsplan“ und stimmt ihn mit allen Beteiligten ab. Der Plan beschreibt die erforderlichen psychotherapeutischen, ärztlichen und medikamentösen Leistungen, beinhaltet aber auch die Leistungen anderer Gesundheitsberufe und Einrichtungen, Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sowie einen Krisenplan.

In den Fallbesprechungen soll regelmäßig geprüft werden, ob die Therapieziele erreicht werden, weitere Leistungen notwendig sind oder der Gesamtbehandlungsplan angepasst werden muss.

Unterstützung der Patient*innen während der Versorgung

Die konkrete Koordination der Leistungen wird an eine „nichtärztliche Person“ delegiert. Diese soll Termine vereinbaren, den Informationsaustausch im Behandlungsteam organisieren, ein Rückmeldesystem zur Termineinhaltung einrichten, aber auch der*die Patient*in aufsuchen. Dies kann beispielsweise ein*e zugelassene*r Soziothera-

peut*in oder ambulant tätige psychiatrische Krankenpflegekraft übernehmen oder Personal, das in einer Praxis oder vom Netzwerk angestellt ist und über eine fachspezifische Qualifikation in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verfügt.

BPtK fordert Beanstandung der Richtlinie

Nach der derzeitigen Regelung können Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in nur Netzmitglieder werden, wenn sie über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen. Der Ausschluss von Psycho-

therapeut*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag ist nach Ansicht der BPtK rechtswidrig. Auch fachlich ist die Beschränkung nicht nachvollziehbar, da auch bei hälftigem Versorgungsauftrag für Krisen und Notfälle die Erreichbarkeit und Vereinbarung von kurzfristigen Terminen sichergestellt werden kann bzw. muss. Der Ausschluss droht bestehende Versorgungsprobleme zu verschärfen und gefährdet damit das wichtige Reformprojekt. Sie hat deshalb das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert, insbesondere die Regelungen zu den vollen Versorgungsaufträgen und zur differenzialdiagnostischen Abklärung zu beanstanden.

Ausblick

Nach einer Genehmigung der Richtlinie durch das BMG bzw. die Umsetzung der Auflagen hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, den EBM anzupassen und die Vergütung für die neuen Leistungen zu regeln. Danach könnten in der zweiten Jahreshälfte 2022 die ersten Netzverbände ihre Arbeit aufnehmen. Die BPtK wird sich auch gegenüber der Gesundheitspolitik für die erforderlichen Anpassungen der KSVPsych-Richtlinie einsetzen, um eine flächendeckende Umsetzung dieses Versorgungsangebots zu ermöglichen.

G-BA prüft Zulassung von Systemischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Die Anerkennung der Systemischen Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen wird nun auch bei Kindern und Jugendlichen geprüft. Der G-BA hat am 19. August 2021 beschlossen, das dafür notwendige Bewertungsverfahren einzuleiten. Der Beschluss erfolgte knapp 13 Jahre, nachdem der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) die Systemische Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen anerkannt hat.

Im Rahmen des aktuellen Bewertungsverfahrens hat der G-BA noch im August ein Einschätzungsverfahren eingeleitet, bei dem Fachgesellschaften sowie die Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer ihre Einschätzungen zur Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen abgeben konnten. Die BPtK hat in ihrer Stellungnahme das breite Spektrum an Methoden und Techniken der Systemischen Therapie erläutert und auf die Bedeu-

tung systemisch-integrativer Ansätze hingewiesen, die ebenfalls der Systemischen Therapie zuzurechnen sind. Auch die Evidenzlage der Systemischen Therapie hat sich seit der Begutachtung durch den WBP erheblich weiterentwickelt. Zusätzliche Wirksamkeitsnachweise zur Systemischen Therapie liegen unter anderem zu Anwendungsbereichen der affektiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen, Substanzkonsumstörungen und den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen vor. Im nächsten Schritt wird der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit der Nutzenbewertung beauftragen, auf dessen Basis dann der G-BA über eine Zulassung der Systemischen Therapie bei Kindern und Jugendlichen entscheiden wird.

Bislang ist die Systemische Therapie in der gesetzlichen Krankenversicherung nur für die Behandlung von Erwachse-

nen zugelassen. Das Bewertungsverfahren des G-BA, das im Jahr 2013 eingeleitet wurde, hatte sich seinerzeit ausdrücklich auf diesen Altersbereich beschränkt. Die Zulassung der Systemischen Therapie als weiteres Psychotherapieverfahren hatte der G-BA im November 2019 beschlossen. Sie kann seit dem 1. Juli 2020 in der psychotherapeutischen Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden.

Die Systemische Therapie zählt jedoch seit dem WBP-Gutachten vom 14. Dezember 2008 auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Sie ist deshalb als Vertiefungsverfahren für die Ausbildung zum* zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in zugelassen und wird künftig auch zur Anerkennung als Fachpsychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche führen.

PPP-Richtlinie um Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen ergänzt

Der G-BA hat am 16. September 2021 die Ergänzung der PPP-Richtlinie (Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik) um Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen beschlossen (§ 136a Absatz 2 SGB V).

Bezeichnung der Berufsgruppe

Bei der Bezeichnung der Berufsgruppe konnte sich ein Kompromissvorschlag der BPtK durchsetzen. Danach wird die Berufsgruppe gemäß dem eindeutigen gesetzlichen Auftrag mit „Psychothera-

peut*innen“ bezeichnet und mit dem Klammer-Zusatz „ohne ärztliche Psychotherapeut*innen“ versehen. „Ärztliche Psychotherapeut*innen“ gehören danach in die Berufsgruppe der „Ärzt*innen“. Der Zusatz („ohne ärztliche Psychotherapeut*innen“) ist aus Sicht

des G-BA notwendig, um die Berufsgruppen „Ärzt*innen“, die ebenfalls psychotherapeutisch tätig sind, und „Psychotherapeut*innen“ eindeutig voneinander abzugrenzen. Der ursprüngliche Vorschlag, den Zusatz „nicht-ärztlich“ bei den Psychotherapeut*innen zu ergänzen, konnte damit erfolgreich, weil nicht sachgerecht, korrigiert werden.

Regelaufgaben

Die vom G-BA beschlossenen Regelaufgaben beschreiben das Kompetenzprofil der Psychotherapeut*innen nicht ausreichend. Psychotherapeut*innen haben in der vertragsärztlichen Versorgung Facharztstatus und übernehmen dort Fallverantwortung und Behandlungsführung. Die PPP-Richtlinie beschränkt ihre Regelaufgaben jedoch auf die psychotherapeutische Behandlung der Patient*innen. Die Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan oder die Durchführung von Visiten bleiben weiterhin den Ärzt*innen bzw. Oberärzt*innen vorbehalten. Damit hat sich im G-BA eine arztzentrierte Sichtweise durchgesetzt, die vielfach nichts mehr mit der Realität zu tun hat. In den Kliniken haben sich längst Organisationsstrukturen entwickelt, in den Psychotherapeut*innen in Kooperation mit Fachärzt*innen die Leitung von einzelnen Stationen oder Tageskliniken übernehmen.

Keine Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie

Entgegen dem gesetzlichen Auftrag, mit den Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen die Psychotherapie zu stärken, hat der G-BA keine Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie in Psychiatrie und Psychosomatik beschlossen. Die BPtK hatte zusammen mit der Bundesärztekammer (BÄK) und der Patientenvertretung einen Vorschlag in die Beratungen im G-BA eingebracht, nach dem – je nach Behandlungsbereich – zwischen 75 und 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Patient*in und Woche ermöglicht werden sollten. Nach der aktuellen Fassung der Richtlinie sollen die Personalvorgaben mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche und Patient*in ermöglichen. Das ist weniger, als in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung derzeit möglich ist, und nach Expertenmeinung nicht ausreichend für eine leitliniengerechte stationäre Versorgung.

Der gemeinsame Vorschlag von BPtK und BÄK wurde mit der Begründung abgelehnt, dass derzeit keine empirische Datenbasis zur Personalausstattung in den Kliniken vorliege. Ein in letzter Minute eingebrachter Kompromissvorschlag des Unparteiischen Vorsitzenden Prof. Josef Hecken soll deshalb sicherstellen, dass Anfang 2022 die Daten aus den Personalnachweisen vorliegen und auf dieser Basis eine Anpassung der Minutenwerte erfolgt. Aber auch die Daten aus den Nach-

weisen werden nicht wirklich weiterhelfen. Mit den Daten aus den Nachweisen wird nur erkennbar, mit wie viel Personal die Kliniken ihre Patient*innen im Moment versorgen. Darüber, wie viel Psychotherapie bei der einzelnen Patient*in ankommt, sagen sie jedoch nichts aus. Dazu wären Daten notwendig, welche Behandlungsleistungen mit dem vorhandenen Personal an dem*der Patient*in erbracht werden. Aber vor allem können auch empirische Daten zum Ist-Zustand der Personalausstattung keine Antwort darauf geben, wie viel Psychotherapie für eine leitlinienorientierte Versorgung erforderlich wäre. Diese Frage können nur Expert*innen beantworten.

Aus Sicht der BPtK hat der G-BA mit seiner Entscheidung den gesetzlichen Auftrag nicht erfüllt. Die alleinige „Umbenennung“ der psychologischen Berufsgruppe in „Psychotherapeut*innen“ und eine Beschreibung ihrer Regelaufgaben ohne Erhöhung der Personalressourcen für Psychotherapie war vom Gesetzgeber nicht intendiert. Die BPtK setzt sich deshalb dafür ein, dass das Bundesgesundheitsministerium den Beschluss nur mit der Auflage genehmigt, dass die Minutenwerte für Psychotherapie kurzfristig in der Richtlinie erhöht werden. Darüber hinaus fordert die BPtK, dass bei der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen Regelaufgaben für leitende Psychotherapeut*innen, zu denen gemäß einem Vorschlag der BPtK auch die Gesamtbehandlung gehört, ergänzt werden.

Neue BPtK-Publikationen

Elternratgeber „Psychotherapie“ veröffentlicht

Die BPtK hat einen Elternratgeber „Psychotherapie“ veröffentlicht. Der Ratgeber richtet sich an Eltern, die sich Sorgen um die psychische Gesundheit ihres Kindes machen. Er soll sie über die Herausforderungen informieren, die Kinder je nach Alter zu meistern haben, und sie dabei unterstützen, die Probleme ihrer Kinder besser zu verstehen. Der Ratgeber soll Eltern auch dabei helfen, profes-

sionelle Hilfe zu finden, wenn sie allein nicht mehr weiterwissen. Damit Eltern besser verstehen, was in einer Psychotherapie passiert, enthält der Ratgeber zu vielen Themen Erfahrungsberichte über eine psychotherapeutische Behandlung. Schließlich bietet er auch besondere Themenschwerpunkte, wie Trennung der Eltern, Schulschwänzen oder körperliche und sexuelle Gewalt. Der Ratgeber kann als PDF auf der Homepage der BPtK (www.bptk.de) heruntergeladen oder kostenfrei als

Printexemplar bestellt werden unter bestellungen@bptk.de.

BPtK-Leitlinien-Info „Essstörungen“

Die BPtK hat im November dieses Jahres eine Leitlinien-Info über die S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ veröffentlicht. Die Broschüre richtet sich an alle Berufsgruppen, die Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche mit Essstörungen behan-



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Im sich zu Ende neigenden Jahr hatten wir nach Wahlen in Baden-Württemberg und der Bundestagswahl Regierungsneubildungen. Hier im Bundesland verlief diese auffällig ruhig und zügig zur Einigung auf die weiterbestehende Regierungskoalition. Für eine Kontinuität in der Gesundheitspolitik spricht, dass Minister Lucha weiter sein Amt ausübt.

Auf Bundesebene gestaltete sich die Regierungsbildung etwas langwieriger, im Vergleich zu den Koalitionsverhandlungen vor fünf Jahren jedoch ausgesprochen diskret. Zum Zeitpunkt des Schreibens dieser Zeilen war das Ergebnis noch offen und somit noch nicht absehbar, wie die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre gestaltet werden wird.

Sicher ist jedoch, dass der Ausbau der Digitalisierung im Gesundheitsbereich auf der Agenda stehen wird. Auch die Landeskoalition hat hierzu vereinbart, „Baden-Württemberg zum Vorreiter der Digitalisierung im Gesundheitswesen“ zu machen. Dazu fordern wir, dass Digitalisierung künftig mehr von uns Nutzern her gedacht, geplant und so umgesetzt wird, dass sie zu Erleichterungen im Alltag in Klinik und Praxis führt. Längere und gründlichere Planung und praktische Erprobung mit Rückmeldungen für Verbesserungen sind notwendig, damit Digitalisierung nutzerfreundlich wird und auf eine breitere Akzeptanz stößt.

Ebenso soll die Versorgung von Menschen mit starken Beeinträchtigungen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung durch Vernetzung der ver-

schiedenen Leistungserbringer*innen ausgebaut werden. Beim Fachtag des Sozialministeriums mit dem Titel „Gut vernetzt ist halb gewonnen – Integrierte Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und die Bedeutung der Psychotherapie“ verdeutlichte Minister Lucha, dass vor dem Hintergrund seiner persönlichen Erfahrung nur mit einer Vernetzung aller Angebote für die Versorgung von Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen eine wirkliche Verbesserung bei deren Behandlung erreicht werden kann und diese im Land realisiert werden soll. Die Richtlinie des G-BA bietet hierzu erste gute Ansätze, wenn auch noch Mängel bei deren Umsetzung deutlich sind.

Die mit Digitalisierung und Vernetzung verbundenen Herausforderungen für die nächsten Jahre werden wir auf Landesebene mitgestalten, um so Ihre Arbeit zu erleichtern und um Patient*innen eine bessere Versorgung anbieten zu können.

Mit den besten Wünschen für die Weihnachtstage, den Jahreswechsel und das kommende Jahr verbleiben wir

Ihr Kammervorstand

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

Vertreterversammlung (VV) am 22./23. Oktober 2021 in Stuttgart

Am ersten VV-Tag wurden zunächst die durch das neue Psychotherapeutengesetz notwendig gewordenen Änderungsbedarfe in der Wahlordnung und der Hauptsatzung diskutiert. Dies betrifft Fragen wie Repräsentanz von Berufsgruppen und Psychotherapieverfahren im Vorstand und den Kammergremien, ein oder mehrere Wahlkörper, Vertretung der PiA und Übergangslösungen. Die aufgeworfenen Fragen sollen in den Kammergremien weiter diskutiert werden, um eine möglichst breite Zustimmung für eine Beschlussvorlage zu den notwendigen Satzungsänderungen sicherzustellen.

Die nächste Kammerwahl Ende 2023 soll nochmals auf Grundlage der bestehenden Wahlordnung durchgeführt werden. Da bis dahin nur wenige Mitglieder an Psychotherapeut*innen nach neuer Approbation zu erwarten sind, sollen diese wie bisher die Doppelapprobierten ein Wahlrecht erhalten, in welchem der beiden Wahlkörper der PP oder KJP sie ihre Stimme abgeben wollen. Für die übernächste Wahl 2028 muss eine große Wahlrechtsreform erarbeitet und verabschiedet werden.

Im Rahmen des zweiten Tagesordnungspunkts stellte Kammerpräsi-

dent Dr. Dietrich Munz den aktuellen Stand der Musterweiterbildungsordnung vor. Er machte deutlich, dass für die Umsetzung in den Weiterbildungsstätten noch Finanzierungsprobleme bestehen. Die BPtK schreibt diesbezüglich die an den Koalitionsverhandlungen beteiligten Gesundheitspolitiker*innen an mit der Aufforderung, dass der Gesetzgeber handeln muss, um die Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung sicherzustellen.

In der Diskussion wurden weitere offene Fragen angesprochen, wie aus-

reichende Stellenkapazitäten für Weiterbildungsteilnehmer*innen, Umgang mit nicht approbierten Supervisor*innen in den grenznahen Gebieten etc.

Die Delegierten diskutierten anschließend ein Nachhaltigkeitskonzept der Kammer. Breiter Konsens bestand dabei bezüglich der Notwendigkeit eines solchen Konzepts. Sichtbar wurde aber auch, dass in einem Flächenland wie Baden-Württemberg eine grundsätzliche Verpflichtung der Delegierten zur Benutzung des öffentlichen Verkehrs nicht umsetzbar ist. Das Konzept wird in den Gremien weiter diskutiert und auf die Tagesordnung der nächsten VV gestellt.

Am zweiten Tag befasste sich die VV mit dem Haushalt. Nach ausführlicher Diskussion wurden die Rechnungsführerin und der gesamte Vorstand



Vertreterversammlung in Präsenz

entlastet sowie der Haushalt für 2022 beschlossen. Die Diskussion um eine Nachhaltigkeitsstrategie der Kammer vom Vortag wurde weitergeführt.

Die G-BA-Richtlinien zur ambulante Komplexversorgung sowie die PPP-Richtlinie wurden diskutiert und zwei Resolutionen dazu verabschiedet. Download: <https://bit.ly/3D4DBJd>.

Erfolgreicher Start der Online-Fortbildungen des Arbeitskreises „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“

Am 28. September 2021 eröffnete Stefan Meir, Leitender Psychologe der Liebenau Kliniken, die vom AK konzipierten sieben Online-Fortbildungen mit einem Vortrag zum Thema: „Psychotherapie mit Menschen mit intellektueller Einschränkung – Grundlagen und Gestaltungsspielraum“.

Bereits bei Ankündigung war die Überraschung groß. So hatten sich schon am ersten Tag mehr als 40 Teilnehmer*innen angemeldet. Dies zeigt die hohe Aufmerksamkeit für dieses Thema und das Interesse, sich dazu zu informieren.

Zu Beginn informierte Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub die rund 70 Teilnehmer*innen zu den Aktivitäten des seit 2011 bestehenden AK sowie dessen Anliegen und Zielen. So sollen den LPK-Mitgliedern kontinuierlich praxisnahe Fortbildungen angeboten werden, die sie ermutigen, Psychotherapien für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und einer psychischen



Stephan Meir (online)

Störung durchzuführen und sich hierzu in regionalen Qualitätszirkeln auszutauschen und zu unterstützen. Solange in den Suchsystemen keine Behandlungsplätze aufgeführt seien, werde diese Lücke durch eine eigene regionale Liste der Kammer minimiert.

Danach begrüßte er Stefan Meir und hob neben dessen fachlichen Schwerpunkten und großen Erfahrung in der praktischen psychotherapeutischen Arbeit sein besonderes Engagement in landes- und bundespolitischen Gremien zur psycho-

therapeutischen Versorgung für Menschen mit Intelligenzminderung hervor. In seinem Vortrag verdeutlichte Stefan Meir an vielen anschaulichen Beispielen, welche Bedingungen bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und des Vorgehens besonderer Sorgfalt und Beachtung bedürfen, seien es einfache Sprache und langsames Tempo oder die Orientierung auf aktuelle oder zeitnahe Situationen, Bedürfnisse und Einflüsse. Diese könnten, so Meir, in „Eckpfeilern“ und zentralen Modifikationen psychotherapeutischer Techniken zusammengefasst werden. Abschließend wies er auf die Änderungen in den PT-Richtlinien hin, die Erweiterungen in der Behandlung und Einbeziehung von Bezugspersonen mit sich gebracht hätten. Dem Vortrag schlossen sich viele ergänzende Fragen zur konkreten therapeutischen Arbeit an. Der abschließende Austausch verdeutlichte nochmals das hohe Interesse an dem Thema.

Link zum Foliensatz:
<https://bit.ly/3w8FmIQ>

Expertenrunde diskutiert im ZfP Weissenau zur Weiterbildung in Kliniken

Am 12. Oktober 2021 hatte der Landesverband der Klinikpsychologen und -psychotherapeuten zu einer öffentlichen Veranstaltung zur Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) in der stationären Versorgung in das ZfP Weissenau in Ravensburg eingeladen.

Nach Vorstellung der MWBO durch Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz brachte der Geschäftsführer der Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg Dr. Dieter Grupp das große Interesse zum Ausdruck, die Weiterbildung in den Krankenhäusern der Zentren mit ca. 70 stationären und teilstationären Einrichtungen umzusetzen. Er erläuterte Überlegungen, stationäre und ambulante Weiterbildung, aufeinander bezogen als Kliniken oder in Kooperation mit Weiterbildungsinstituten anzubieten. Prof. Matthias Backenstraß (Klinikum Stuttgart) erläuterte Planungsansätze bezüglich der Konsequenzen für die Personalausstattung, wenn die PPP-Richtlinie mit Sanktionen bei nicht besetzten Stellen erfolgen wird, und damit verbundene Überlegungen zur Umsetzung der Weiterbildung. Prof. Georg Alpers (Uni Mannheim und Vertreter der Universitäten in der LPK) beschrieb die erfolgreiche Umsetzung des Studiums nach der Reform des PsychThG als



Diskussion im ZfP Weissenau

einen wichtigen Schritt zur Erweiterung der praktischen Anteile im Studium. Er betonte, dass die wissenschaftliche Weiterqualifikation in der Weiterbildung bisher wenig Beachtung gefunden habe und eine parallele klinische und wissenschaftliche Qualifizierung nur mit extremem zeitlichem Aufwand möglich wäre. Dr. Harry de Maddalena (Uni Tübingen, Mitglied in der Ver.di-Bundesausschusskommission PP/KJP) verdeutlichte die Forderung nach Eingruppierung in EG 14 und bemängelte, dass nach abgeschlossener Weiterbildung die Vergütung nach EG 15 dennoch weit unter der der Fachärzte bleibe.

Ergänzt wurde die abschließende Podiumsrunde mit den Vortragenden durch Anna Stylianopoulou (PiA-Vertreterin in der LPK BW und in der PiA-Bundeskongresskonferenz). Moderiert von Achim Dochat wurden die besonders kritischen Punkte der Reform nochmals angesprochen und lebhaft diskutiert. Die ca. 50 Teilnehmer*innen der Tagung, überwiegend erfahrene Kolleg*innen aus psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Unipsychiatrien aus dem Süden Baden-Württembergs sowie zahlreiche PiA und Student*innen, nutzten die Gelegenheit, mit den Experten des Podiums zu eigenen Fragen in Austausch zu kommen.

Komplexbehandlungen für schwer psychisch kranke Menschen – Planungen

In Fortsetzung und ergänzend zu der voraussichtlich ab Januar 2022 startenden Fortbildungsreihe zur Komplexbehandlung der BPtK plant die LPK BW regionale Veranstaltungen für Niedergelassene und – teilweise einbezogen – auch inter-

professionelle Netzwerkpartner*innen (z. B. Psychiatriekoordinator*innen) bzw. regionale Leistungserbringer*innen und Institutionen. Hierzu fanden erste Gespräche u. a. mit den beiden „Gemeindepsychiatrie-Experten“ Dr. Michael

Konrad (ehemals Referat 55 „Psychiatrie, Sucht“ des Sozialministeriums BW) und Achim Dochat (Vorsitzender des Landesverbandes Gemeindepsychiatrie BW und Mitglied im LPK-Ausschuss Ambulante PT) statt.

Dr. Munz zum Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) eingeladen

Die Initiative Psychiatrie Erfahrene Stuttgart (IPE) und der Landesverband Psychiatrie Erfahrene hatten im April in einem Brief an den Stuttgarter OB Dr. Nopper sowie an die LPK der Sorge über die langen Wartezeiten auf Psychotherapie Ausdruck verliehen. Auch

wurde darauf hingewiesen, dass für an Psychose erkrankte Menschen kaum Möglichkeiten zur psychotherapeutischen Behandlung bestünden. Dieser Brief war Anlass, Kammerpräsident Dr. Munz zum Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) Stuttgart einzuladen.

Hier wurde erläutert, dass die Stadt Stuttgart in ihrer Antwort auf die Zuständigkeit des Bundes und auf die u. a. in der KVJS-Dokumentation (www.kvjs.de) dargestellte gute Versorgung der Stadt hingewiesen habe.

Dr. Munz führte aus, dass das Thema bei der LPK ebenso auf offene Ohren stoße wie auch eine „Integration in den GPV“ ein Anliegen sei. Verantwortlich für die Sicherstellung der Versorgung sei jedoch die KV, für die Anzahl der zugelassenen Kassensitze die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassene Bedarfsplanung, deren historische Entwicklung er kurz erläuterte.

Er gab zu bedenken, dass Menschen mit psychotischen und Suchterkrankungen bis vor wenigen Jahren von der Richtlinienpsychotherapie ausgeschlossen waren. Die neue Richtlinie zur koordinierten Versorgung, sei ein wichtiger Schritt zur Verbesserung für diese Patient*innengruppe. Er kündigte an, den Sozialpsychiatrischen Dienst und die Gemeindepsychiatrie in die von

der Kammer geplanten Fortbildungen zur Komplexversorgung einzuladen. Seitens der Stadt Stuttgart wurde erklärt, dass der GPV im Rahmen dieser Fortbildungen gerne die Versorgungslandschaft im Kontext des PsychKHG erläutern würde. Es werden weitere Gespräche zu diesem wichtigen Thema folgen.

WICHTIG: Einreichungsfristen für Anträge auf Akkreditierungen von Fortbildungsveranstaltungen

Kurzfristig eingereichte Anträge auf Akkreditierungen und Anerkennungen haben deutlich zugenommen und auch der Umfang der Prüfung ist inzwischen oft deutlich intensiver geworden, so dass die Bearbeitung der Anträge zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand

führt. Um diesen bewältigen zu können, gilt ab sofort folgende Regelung:

Anträge für Veranstaltungen aller Kategorien (Ausnahme: Kategorie C2) der Fortbildungsordnung der LPK BW müssen mindestens vier Wochen vor Durch-

führung der jeweiligen Veranstaltung bei der LPK eingegangen sein. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass zu spät eingereichte Anträge nicht bearbeitet werden können. Veranstaltungen, die bereits stattgefunden haben, werden nachträglich nicht mehr akkreditiert.

Task-Force psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Wegen v. a. coronabedingt gestiegener Nachfrage nach stationären und ambulanten Behandlungsplätzen initiierte das Sozialministerium BW eine „Task Force“ zur kurzfristigen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Mitglieder der Task Force sind u. a. Vertreter*innen der KJ-Psychiatrien, der Krankenkassen, der KVBW, der Kinderärzte, der Jugendhilfe, der Patientenvertretung im G-BA, der Ärzte- und Psychotherapeutenkammer und des Sozialministeriums. Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz nahm an der Auftaktveranstaltung im August teil. Die LPK ist an den Unterarbeitsgruppen (UAG) ambulante Versorgung und Vernetzung (Dorothea Groschwitz) und stationäre Versorgung (Martin Klett) beteiligt.

Die UAG ambulante Versorgung ermittelt derzeit die Versorgungssituation und regionalen Bedarfe an Behandlungskapazitäten, die Auslastung der

Praxen und weitere Zulassungsmöglichkeiten. Auch wird ausgelotet, wie bestehende Zugangswege und Kapazitäten besser nutzbar gemacht werden können, wie etwa die Nutzung der TSS, Videobehandlungen, Ausweitung der Gruppentherapien. Um die Situation in unterversorgten Gebieten zu verbessern, spricht sich die LPK für befristete Maßnahmen aus, z. B. Ermächtigungen, regionale Aufhebung der Budgetierung von Jobsharing-Praxen und Kostenerstattung. Sonderbedarfszulassungen sind nur in Gebieten möglich, in denen ein dauerhafter Bedarf festgestellt werden kann. Dieser Frage will die Task-Force mittel- bis langfristig nachgehen.

In der UAG Vernetzung sollen v. a. bei komplexerem Behandlungsbedarf Maßnahmen zur Verbesserung der Vernetzung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung angestoßen werden. Hier geht es u. a. um die Einrichtung von Verbänden, an denen neben

den Praxen v. a. die Jugendhilfe und die Kliniken beteiligt sind. So soll die Akutversorgung an den psychiatrischen Institutsambulanzen sowie stationsäquivalente Behandlungsmöglichkeiten (StäB) ausgebaut werden. Mittel- und langfristig sollen die Bettenkapazitäten erhöht werden. Das Ministerium möchte erste Ergebnisse zur kurzfristigen Verbesserung der Versorgung im November vorstellen.

Von der KVBW erreichen uns inzwischen Signale, dass **KJP ohne Kassensitz Anträge auf Ermächtigungen und Praxen mit Leistungsbegrenzung Anträge auf Ausweitung der Kapazitäten bei den Zulassungsausschüssen stellen können.**

Alle Anträge sollten begründet werden! Hinweise auf die hohe Nachfrage, die derzeitigen Wartezeiten und die zu erwartende Fallzahlensteigerung als Pandemiefolge sind hierbei von Interesse.

Aufgrund des § 24 Abs. 1 Heilberufekammergesetz Baden-Württemberg vom 16.03.1995 (GBl. 1995, 313), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes vom 4. Februar 2021 (GBl. BW v. 15.2.2021, S. 77), hat die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am 23. Oktober 2021 die nachfolgende Beitragstabelle 2022 beschlossen:

Beitragstabelle 2022

vom 15.11.2021

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

Zur Erfüllung der Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammer im Jahr 2022 wird für alle Mitglieder eine Umlage erhoben. Der Regelbeitrag beträgt 440,- Euro. Der ermäßigte Beitrag I beträgt 264,- Euro, der ermäßigte Beitrag II 176,- Euro und der Mindestbeitrag 110,- Euro.

Freiwillige Mitglieder, die sich in der Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten oder im Masterstudium nach §§ 2 Nr. 2, 8 Nr. 2 der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (§ 3 Abs. 4 S. 1 Hauptsatzung) befinden, haben null Euro zu entrichten.

Mitglieder, die auch Pflichtmitglied einer Ärztekammer oder einer anderen Psychotherapeuten- oder Berufskammer eines anderen freien Berufs sind, haben einen Beitrag von 50 vom Hundert des jeweils nach Ziffer 1 ermittelten Beitrages zu entrichten.

Freiwillige Mitglieder (§ 3 Abs. 3 Hauptsatzung) zahlen einen Beitrag von 220,- Euro.

Die Beitragstabelle 2022 tritt am 1. Januar 2022 in Kraft, zugleich tritt die Beitragstabelle 2021 vom 10.12.2020 (Psychotherapeutenjournal 4/2020, S. 392, Einhefter S. 2) außer Kraft.

Vorstehende Beitragstabelle 2022 der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg wird nach Genehmigung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 28.10.2021, Az: 31-5415.5-001/1, hiermit ausgefertigt und ist öffentlich bekannt zu machen.

Stuttgart, den 15.11.2021

gez. Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Dietrich Munz, Präsident

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

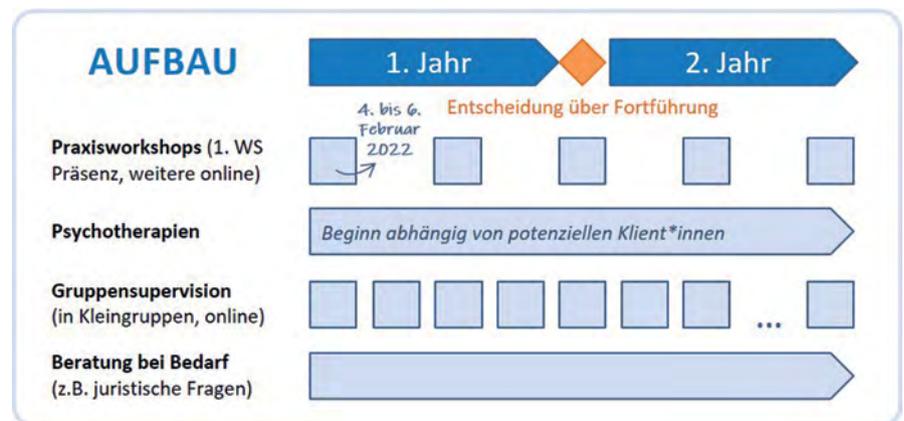
Pilotprojekt „Ambulante Psychotherapie mit Menschen, die straffällig geworden sind“

Die psychotherapeutische Versorgung von Personen, die straffällig geworden sind, ist von erheblicher gesellschaftlicher Bedeutung. Gleichwohl ist die Versorgungssituation noch immer unzureichend. Aus diesem Grund haben die Psychotherapeutischen Fachambulanzen für Sexual- und Gewaltstraftaten mit Unterstützung der PTK Bayern und des bayerischen Justizministeriums ein Modellprojekt zur Verbesserung der Versorgungssituation auf den Weg gebracht. Hierfür werden Psychologische Psychotherapeut*innen gesucht, eine Ausweitung des Projekts auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen ist geplant.

Am 27. Oktober 2021 informierten Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop, Vorstandsmitglied Prof. Heiner Vogel, Dr. Miriam Kolter von der Stadtmission Nürnberg sowie Claudia Schmidt, ehemalige Leiterin der Psychotherapeutischen Fachambulanz Nürnberg, aktuell in einer Praxis in Fürth tätig, in einer Online-Veranstaltung etwa 100 Interessierte über das Projekt an sich, das geplante Curriculum und die Rahmenbedingungen. Das Projekt startet 2022.

Das Curriculum

In einem Curriculum, organisiert von den Fachambulanzen, sollen theoretische und praktische Kenntnisse von forensisch-psychotherapeutischer Arbeit mit Menschen, die straffällig geworden sind, vermittelt und direkt in Psychotherapien



Das Curriculum ist für eine Dauer von zwei Jahren geplant. (Abb.: PTK Bayern)

mit Klient*innen angewendet werden. Das Curriculum orientiert sich dabei an den aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnissen und basiert auf schulübergreifenden Interventionen mit einem Schwerpunkt auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Insgesamt werden im Rahmen des Curriculums 36 Stunden Gruppensupervision absolviert. In Praxisworkshops (teils im Online-Format) werden die forensisch-therapeutischen Themenschwerpunkten „Risk, Need Responsivity“ näher behandelt:

- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Risikoeinschätzung und ambulantes Risikomanagement
- Motivierende Gesprächsführung und Ressourcenaktivierung
- Sexualität und sexuelle Präferenzstörungen
- Interaktionsprobleme, insbesondere Antisoziale Persönlichkeitsstörung

Die Rahmenbedingungen

Das Curriculum ist auf eine Laufzeit von zwei Jahren angelegt. Die Gebühren sind von den teilnehmenden Psychotherapeut*innen selbst zu tragen. Für die Durchführung der Behandlung werden bis zu 80 Sitzungen pro Therapie zu einem über dem üblichen Gebührensatz liegenden Honorar vergütet. Auch indirekte Klient*innenarbeit (z. B. der Austausch mit der Bewährungshilfe) wird finanziert. Bei Teilnahme an dem Projekt findet eine direkte Vermittlung von Klient*innen nach Diagnostik und Risikoeinschätzung statt. Dabei bekommen die Teilnehmenden jeweils mindestens zwei Klient*innen im Rahmen des Projekts. Die Behandlung erfolgt in eigenen Praxisräumen. Für die Praxisworkshops und die Supervision erhalten alle Teilnehmenden Fortbildungspunkte der PTK Bayern. Außer-

dem stehen Ansprechpartner*innen für juristische Fragen zur Seite. Zudem wird ein bayernweiter Austausch im Netzwerk mit forensisch-therapeutisch interessierten Kolleg*innen hergestellt.

Sie haben Interesse?

Bei weiteren Fragen oder wenn Sie Interesse an der Teilnahme an dem Projekt

haben, schreiben Sie gerne eine E-Mail an Fachambulanz-N@stadtmissionnuernberg.de.

Gesundheitsregionen^{plus}: Regionale Vernetzung unter Einbezug der Psychotherapeutenschaft

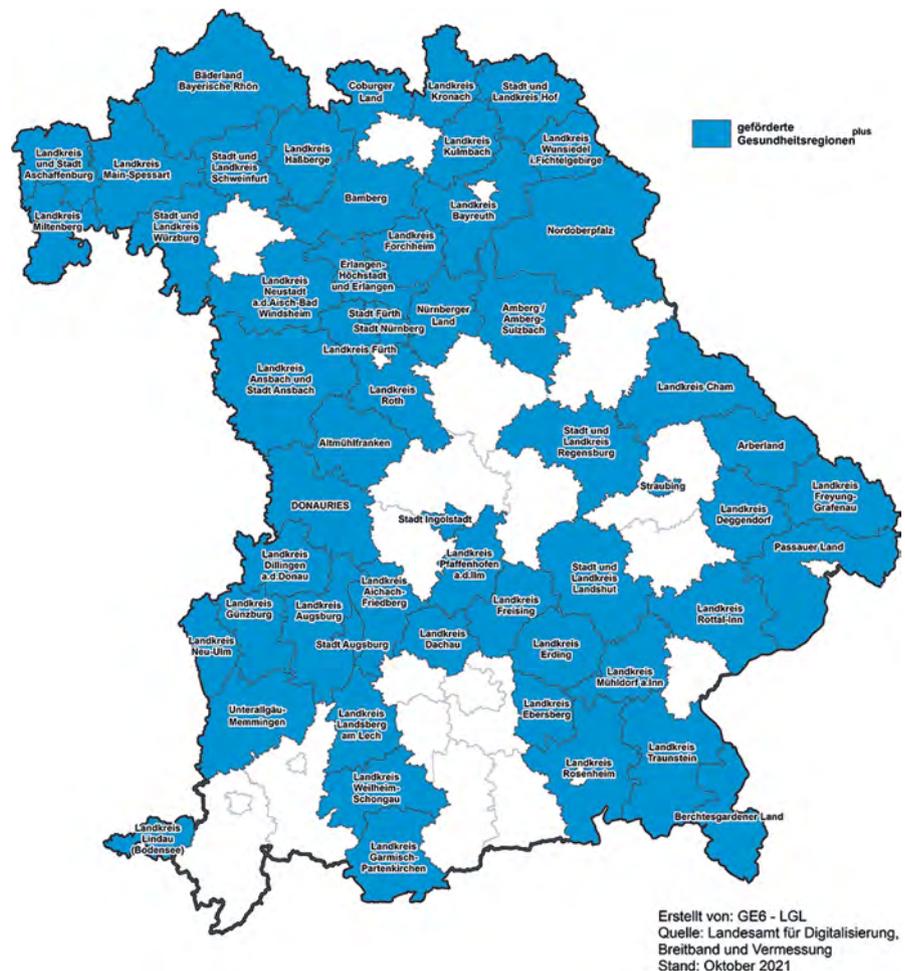
Die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, ist ein Ziel der bayerischen Gesundheitspolitik. Mit dem Konzept „Gesundheitsregionen^{plus}“ sollen sowohl die Prävention, als auch die medizinische und pflegerische Versorgung im Freistaat durch regionale Netzwerke verbessert werden. Die interdisziplinären Gremien der Gesundheitsregion^{plus} sollen dabei auf kommunaler Ebene zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Der Freistaat unterstützt die Gesundheitsregionen^{plus} durch Beratung und Fördermittel. Innerhalb Bayerns sind die lokalen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und die Präventionsangebote sehr unterschiedlich. Deswegen können die Akteur*innen vor Ort die Lage am besten beurteilen und passgenaue Maßnahmen entwickeln. Es handelt sich also um Projekte aus der Region für die Region. Das Konzept wird nun bereits seit 2015 in Bayern umgesetzt. Bayernweit gibt es mittlerweile 57 Gesundheitsregionen^{plus}. Die Kammer unterstützt die Gesundheitsregionen^{plus} dabei, Vertreter*innen aus dem Berufsstand der Psychotherapeut*innen für diese Netzwerkarbeit zu gewinnen und zu vermitteln. Rund 51 Psychotherapeut*innen engagieren sich mittlerweile in den verschiedenen Regionen.

Im Oktober haben Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop und Vorstandsmitglied Prof. Heiner Vogel die in den Gesundheitsregionen^{plus} mitwirkenden Kammermitglieder zu einem Online-Austausch geladen. Dabei zeigte sich, wie unterschiedlich die einzelnen Gesundheitsregionen^{plus} aufgestellt sind und arbeiten (können). Die Psychotherapeut*innen in den Regionen sind teilweise in ständigen Arbeitsgruppen tätig, z. B. zu den Themen

„Prävention“, „Gesund aufwachsen“, „Akquise von Fachkräften im Gesundheitswesen“, „Gesundheitsförderung“, „Gesundheitsversorgung“ oder „Seelische Gesundheit“. In anderen Regionen wurden ganz unterschiedlich gestaltete Projekte umgesetzt, die sich beispielsweise der Unterstützung regionaler Selbsthilfegruppen, der hohen Mitarbeiter*innen-Fluktuation in Kliniken, Präventionsprojekten an Schulen, z. B. Sportprojekten, den lokalen Krisendiensten, der Bekämpfung der

hohen örtlichen Suizidrate oder den Themen Schmerz, Cyber-Mobbing, Sucht, Stressbewältigung und Konfliktmanagement widmeten. Dieser bunte beispielhafte Querschnitt verdeutlicht sehr gut die breitgefächerte Vielfalt der regionalen Anliegen und behandelten Themen.

Mit den regelmäßig von der PTK Bayern organisierten Treffen wird ein Erfahrung- und Ideenaustausch zu möglichen Projekten und den Umsetzungs-



möglichkeiten geboten. Die Kammer wird die Initiativen der Kolleg*innen vor

Ort weiterhin unterstützen, etwa mit Informationen und Materialien, aber auch

durch die Fortsetzung dieses überregionalen Austauschs.

Wahl der Delegierten der PTK Bayern 2022 (5. Amtsperiode)

Die Vorbereitungen der Wahl der Delegierten der PTK Bayern 2022 laufen auf Hochtouren. Die wahlberechtigten Kammermitglieder haben bereits die 1. Wahlbekanntmachung erhalten, konnten die Listen der Wahlberechtigten einsehen und gegen die Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Listen der Wahlberechtigten Einspruch erheben.

Die Wahlleitung hat im Einvernehmen mit dem Vorstand die Wahlzeit bestimmt. Diese beginnt am **07. Februar und endet am 21. Februar 2022 um 17:00 Uhr**. Bitte beteiligen Sie sich an der Kammerwahl! Eine hohe Wahlbeteiligung unterstützt unsere Interessenvertretung.

Wir möchten Sie auf weitere wichtige Termine hinweisen:

- Zeitraum für die Einreichung von Wahlvorschlägen: 15. Dezember 2021 bis 05. Januar 2022 um 15:30 Uhr
- Versendung der 2. Wahlbekanntmachung: 17. Dezember 2021
- Für Kammermitglieder öffentliche 3. Wahlausschusssitzung: 05. Januar 2022 ab 16 Uhr im Hotel „Le Méridien München“, Bayerstraße 41, 80335 München
- Versendung der Briefwahlunterlagen: voraussichtlich am 02. Februar 2022
- Wahlzeit: 07. bis 21. Februar 2022 um 17:00 Uhr
- Konstituierende Delegiertenversammlung: 31. März 2022

Weitere Informationen zur Wahl finden Sie auf der Kammerwebsite www.ptk-bayern.de in der Rubrik „Die Kammer“, Unterrubrik „Wahl der Delegierten 2022“.



Zweites Expert*innengespräch mit dem bayerischen Gesundheitsministerium: „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten der Corona-Pandemie“

Das bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) lud im Oktober zu einer zweiten Expert*innenrunde, um sich über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten der Corona-Pandemie auszutauschen. Neben Vertreter*innen des Gesundheitsministeriums, des Ministeriums für Familie, Arbeit und Soziales sowie des Kultusministeriums nahmen Expert*innen der PTK Bayern, der bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sowie aus den Bereichen der stationären und ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Pädiatrie und der Erziehungsberatung teil. Für die PTK Bayern nahm Vizepräsident Peter Lehndorfer an der Gesprächsrunde teil. Die Expert*innenrunde wird genutzt, um sich zum aktuellen Stand der Versorgung und Nachfrage in den verschiedenen Bereichen auszutauschen und weitere Maßnahmen zu

diskutieren. Die PTK Bayern nutzt die Expert*innengespräche, um konkrete Forderungen und Anliegen an die Ministerien heran zu tragen.

Es wurde dargestellt, dass bereits vor der Corona-Pandemie und vor allem in den ländlichen Regionen Bayerns die Gesundheitsversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher nicht ausreichend war. Lange Wartezeiten in der ambulanten und stationären Versorgung waren und sind die Regel. Deutlich wurde, dass in der Corona-Pandemie die Nachfrage nach zeitnahen Terminen zur Bearbeitung von aktuellen Konflikten und Krisen gestiegen ist. Aufgrund der hohen Nachfrage nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung bei Kindern und Jugendlichen wurde ein Kapazitätenausbau im stationären und ambulanten Bereich vorwiegend in ländlichen Regionen angesprochen. Auch um Risikofamilien

besser erreichen zu können, wurde die Kooperationen und die Vernetzung der Bereiche Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen thematisiert, die durch Strukturbildung und Finanzierungsmöglichkeiten gefördert werden soll. Diese Zusammenarbeit soll deshalb auch in den gerade in Überarbeitung befindlichen Grundsätzen zu Versorgung psychisch kranker Menschen in Bayern als fester Bestandteil aufgenommen werden.

Außerdem soll der in Bayern bereits für Erwachsene bestehende Krisendienst nun auch für Kinder und Jugendliche ausgedehnt werden. Der Krisendienst soll dabei eine Lotsen- und Steuerungsfunktion haben und Anfragenden Hinweise zu weiteren Angeboten bieten. Des Weiteren sollen evaluierte Präventionsangebote zur psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche ausgebaut werden.

Am Ende stellte das bayerische Gesundheitsministerium in Aussicht,

dieses Expert*innengremium zur psychischen Gesundheit von Kindern und

Jugendlichen auf Dauer einrichten zu wollen.

Kurznachrichten

Einige der Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervorteilnehmer*innen teilgenommen haben:

+++ Die PTK Bayern beteiligt sich an der **Neufassung der Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen**. Ende September nahm Vorstandsmitglied Prof. Heiner Vogel dazu an dem vom bayerischen Gesundheitsministerium organisierten Termin teil. +++

+++ Die PTK Bayern beteiligt sich an der Lenkungsgruppe und zahlreichen Unterarbeitsgruppen zum Projekt **„Grundsätze zur Versorgung psychisch Erkrankter in Bayern“**. Die Lenkungsgruppe wird sich in größeren Abständen mit den Sprecher*innen verschiedener Arbeitsgruppen und dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) treffen, um die Arbeitsfortschritte vorzustellen, abzustimmen und offene Fragen zu klären. Ende September nahm Vorstandsmitglied Birgit Gorgas an einem Treffen der Lenkungsgruppe teil. +++

+++ Das Bayerische Gesundheitsministerium erarbeitet für das **Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfegesetz (BayPsychKHG) Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Hilfe für Minderjährige**. Vizepräsident der PTK Bayern Peter Lehndorfer nahm am Austausch mit etwa 20 weiteren Expert*innen aus den Bereichen Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Städte-/Bezirke-/Landkreistag und Schulpsychologie sowie Vertreter*innen des Gesundheitsministeriums und des Ministeriums für Familie, Arbeit und Soziales teil. +++

+++ Anfang Oktober fand erneut die Veranstaltung **„Selbsthilfe informiert Psychotherapie“** der Selbsthilfekontaktstelle Bayern (SeKo) mit Unterstützung der PTK Bayern statt. 130 Teilnehmende informierten sich bei dem Online-Termin und nutzten die Chance des Vernetzens. +++

+++ Ende November bot die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit Unterstützung der PTK Bayern die Veranstaltung **„Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen: Post-/Long-COVID“** an. +++

Bevorstehende Veranstaltungen

Informationen zum **9. Bayerischen Landespsychotherapeutentag** finden Sie im Anzeigenteil dieses Heftes.

Nähere Informationen und Programme zu unseren Veranstaltungen sowie Anmeldeformulare finden Sie außerdem immer auf unserer Homepage: www.ptk-bayern.de

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern

Geschäftsstelle

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

Die PTK Berlin hat einen neuen Vorstand

In der konstituierenden Delegiertenversammlung der VI. Legislatur (2021–2026) am 05.10.2021 wurde mit großer Mehrheit der neue Vorstand gewählt.

Präsidentinnen der VI. Legislatur sind:

Eva-Maria Schweitzer-Köhn (Berliner Forum Psychotherapie, Psychodynamische Verfahren und Psychoanalyse für Kinder, Jugendliche und Erwachsene)

Dr. Lea Gutz (Vereinigung Berliner Psychotherapeut:innen)

Beisitzer*innen der VI. Legislatur sind:

Eva Martha Frank (Vereinigung Berliner Psychotherapeut:innen)

Anna Heike Grüneke (Berliner Forum Psychotherapie)

Maria del Pilar Isaac-Candeias (Berliner Forum Psychotherapie, Psychodynamische Verfahren und Psychoanalyse für Kinder, Jugendliche und Erwachsene)

Dr. Christina Jochim (Vereinigung Berliner Psychotherapeut:innen)

Michael Krenz (Berliner Forum Psychotherapie, Psychodynamische Verfahren und Psychoanalyse für Kinder, Jugendliche und Erwachsene)

Ute Meybohm (Berliner Bündnis für psychische Gesundheit)

Dr. Hans-Peter Tossmann (Neue Wege – DGVT und Freund*innen)



Der neu gewählte Vorstand (v. l. n. r.): Dr. Peter Tossmann, Eva Martha Frank, Ute Meybohm, Pilar Isaac-Candeias, Eva-Maria Schweitzer-Köhn (Präsidentin), Michael Krenz, Dr. Lea Gutz (Vizepräsidentin), Dr. Christina Jochim, Anna Heike Grüneke (nicht anwesend)

Michael Krenz und Dorothee Hillenbrand haben nach erfolgreichen vier Legislaturen als Präsident und Vizepräsidentin für diese Ämter nicht mehr kandidiert und wurden mit Dank und großem Applaus verabschiedet. Michael Krenz wird als Beisitzer weiterhin dem Vorstand angehören.

Inhaltlich wird der neue Vorstand ein breites Spektrum an Themen in den Fokus nehmen, u. a.:

- Umsetzung der neuen Weiterbildung in der PTK Berlin
- Qualitätssicherung in der Psychotherapie
- Digitalisierung in der Psychotherapie

- Psychotherapeutische Versorgung in Berlin
- Forschung zu Psychotherapie und ihre Auswirkungen für die Versorgung
- Fremdsprachliche Psychotherapie und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund
- Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche, insbes. KJHG Therapien
- Prävention von psychischen Erkrankungen
- Psychotherapie im institutionellen Kontext
- Klimaschutz und psychische Gesundheit

Externe und Interne Qualitätssicherung – Beiträge zu einer konstruktiven Fehlerkultur – Informationsveranstaltungen in der PTK Berlin

Der **Ausschuss Qualitätssicherung, Wissenschaft, Forschung der PTK Berlin** (V. Legislaturperiode) lud am 18. August 2021 zu einer kostenfreien Infoveranstaltung mit Diskussion zu o.g. Thema ein. Mit dieser Veranstaltung setzte die Berliner Psychotherapeutenkammer eine Diskussion mit Kolleg*innen fort, in der sowohl Fragen zur externen und internen Qualität in der Psychotherapie als auch Aspekte der Umsetzung verfahrensübergreifender Maßnahmen zur Qualitätssicherung und der Entwicklung einer Fehlerkultur thematisiert wurden.

Qualitätssicherung ist selbstverständlicher Bestandteil der therapeutischen Arbeit, unsere Berufsordnung verpflichtet uns zur Qualitätssicherung (§ 16). In diesem Zusammenhang hat die Psychotherapeutenkammer die wichtige Aufgabe, Kolleg*innen bei der Einhaltung und Förderung der Qualitätsmaßstäbe psychotherapeutischer Arbeit und Versorgung in allen Praxisbereichen zu unterstützen.

Im Bemühen um ein qualitativ hochwertiges psychotherapeutisches Angebot für die Bevölkerung gibt es ausbildungs- und praxisbegleitend ein Netz qualitätssichernder Maßnahmen: Fortbildungen, Supervision, Intervision, Qualitätszirkel, interdisziplinäre Fallkonferenzen und Fallkonsultationen sowie das Gutachterverfahren werden dazu erfolgreich genutzt. Auch die fachliche Kommunikation und Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen sowie mit anderen Versorgungseinrichtungen und mit Personen aus anderen Heilberufen ist ein wichtiger Teil der Qualitätssicherung.

Neben bewährten Maßnahmen der Qualitätssicherung wurde – gültig ab dem Jahr 2005 – vom Gesetzgeber für die gesamte ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung vorgeschrieben, dass alle Praxisinhaber*innen mit KV-Zulassung ein so genanntes „praxisinternes Qualitätsmanagementsystem“ einführen und fortlaufend pflegen

müssen. QM-Systeme in der Psychotherapie sind umfassende Anleitungen und Instrumente zur Führung und fortlaufenden Optimierung psychotherapeutischer Praxen oder Einrichtungen in Bezug auf deren Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Unter anderem vor dem Hintergrund einer umfassend geplanten Digitalisierung des Gesundheitswesens inkl. KI-gestützter Psychotherapie im Sinne des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn ist nun letztgenannter Punkt umstritten.

Was zeichnet eine*n gute*n Therapeut*in aus? Was zeichnet einen guten psychotherapeutischen Prozess aus? Gibt es (verfahrenübergreifende und patient*innenübergreifende) Kriterien für Qualität in der Psychotherapie? Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer Psychotherapie?

Struktur- und Prozessqualität sind bereits weitestgehend herkömmlich geregelt. Die Ergebnisqualität ist es nicht.

Geplant sind weitreichende Befragungen und ein Monitoring zu Punkten, wie:

- Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und den Behandlungsoptionen
- Diagnostik
- Informationen zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zur Diagnose
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Therapiezielvereinbarung
- Kommunikation und Interaktion mit Patient*innen der psychotherapeutischen Versorgung

- Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- Outcome

Aber: Kann ein solches externes Qualitätsmonitoring (Standard-Indikatoren, Patient*innenbefragungen) Qualität sichern und verbessern? Führt es nicht evtl. vielmehr zu einem Meer an Daten, die nichts darüber aussagen, wie gut ein*e Psychotherapeut*in tatsächlich arbeitet. Oder anders ausgedrückt: Kann es nicht Psychotherapeut*innen geben, die all dies nicht richtig machen und dennoch gute Therapieerfolge erzielen und umgekehrt?

Anhand dreier spannender Vorträge mit unterschiedlichen Positionen wurden diese Fragen und geplante Umsetzungsmaßnahmen erörtert und diskutiert.

Feststeht: Eine erforderliche „Fehlerkultur“ wird in der Psychotherapeut*innenschaft bislang zu wenig kultiviert. Der Berufsstand reagiert sensibel auf diese Anforderung, die aus Patient*innen- und auch aus Sicht der Psychotherapie finanzierender Stellen aber nachvollziehbar ist. Die Frage nun, welche Instrumente hierbei sinnvollerweise wie zum Einsatz kommen können und müssen, bleibt vorerst umstritten.

Auf unserer Homepage bieten wir Interessierten einen Rückblick sowie die Foliensätze zu den Präsentationen der Referent*innen Frau Piechotta, Prof. Dr. Benecke und Prof. Dr. Jacobi, zum Download an:
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/medien/veranstaltungen

Daniela Allalouf, M. A., Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Psychotherapeutenkammer Berlin

Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren in Berlin – aktuelle Erfahrungen

In Berlin arbeiten viele Kolleg*innen im Kostenerstattungsverfahren. 2017 waren es bereits ungefähr 600 Kolleg*innen (Schätzung aufgrund der Angaben beim 2. Forum Kostenerstattung am 28.11.2017). Vermutlich sind seither noch einige hinzugekommen.¹ Von denjenigen Kolleg*innen, die außervertragliche Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren anbieten, arbeiten viele noch zusätzlich in anderen psychotherapeutischen oder psychologischen Arbeitsfeldern: sie bieten Fortbildungen und Supervisionen an, arbeiten zusammen mit Berufsgenossenschaften, nehmen privatzahlende Klient*innen auf, sind in Kliniken angestellt oder arbeiten in der Forschung. Einige der Kolleg*innen bewerben sich auf einen Kassensitz oder eine Sonderbedarfszulassung. Für andere ist es auch gerade deswegen reizvoll, außervertraglich arbeiten zu können, da diese Arbeitsweise eine hohe Flexibilität ermöglicht. Manche Kolleg*innen versorgen neben ihren sonstigen Tätigkeiten fünf Patient*innen im Jahr im Kostenerstattungsverfahren, andere haben 30 laufende Kostenerstattungen. Zur Gesamtanzahl der im Kostenerstattungsverfahren versorgten Klient*innen liegen für Berlin und auch bundesweit keine belastbaren Zahlen vor, weil nur wenige Krankenkassen bereit sind, die Zahlen hierzu zu veröffentlichen. Alle Berliner Kostenerstattungskolleg*innen geben anfragenden Klient*innen Rückmeldung auf Anfragen und die meisten bieten Erstgespräche an, die oft von den Klient*innen dafür genutzt werden, sich hinsichtlich der Möglichkeiten der Versorgung beraten zu lassen.

Mit dem Berliner Arbeitskreis Kostenerstattung, der 2016 auf Initiative von Dr. Zsofia Szirmak gegründet wurde, liegt eine deutschlandweit einzigartige und solidarische Vernetzungsstruktur von aktuell und auch ehemals außervertraglich tätigen Kolleg*innen vor. Im September 2021 waren bereits über 500 Kolleg*innen über die Mailingliste des Arbeitskreises Kostenerstattung miteinander verbunden. Der Austausch ist sehr intensiv und unterstützend. The-

men sind u. a. zahlreiche Fragen zum Kostenerstattungsverfahren, bei denen die Kolleg*innen das ‚Schwarmwissen‘ nutzen, Informationen über Fortbildungen teilen, freie Räume und Stellenangebote einstellen und einen solidarischen Austausch beispielsweise über das Vergabeverfahren von Kassensitzen pflegen. Kolleg*innen, die unterdessen einen Kassensitz haben, bieten an, in den Sprechstunden über Kostenerstattung zu informieren und das PTV 11 auszustellen. Zudem können Kolleg*innen freie Plätze melden, die dann an anfragende Klient*innen weitergegeben werden.

Somit unterstützt das Netzwerk aktiv die Patient*innenversorgung in Berlin. Aus dem AK Kostenerstattung haben sich darüber hinaus diverse Zusammenschlüsse entwickelt, die zu unterschiedlichen fachspezifischen und berufspolitischen Themen im Interesse der Patient*innen und Kolleg*innen arbeiten. So setzte sich die von Kolleg*innen des AK-Kostenerstattung ins Leben gerufene „Initiative Bedarfsplanung“ vor dem Hintergrund der desolaten psychotherapeutischen Versorgungslage in Berlin und Deutschland mit alternativen Versorgungsideen auseinander und regte erfolgreich eine Diskussion über die Idee einer Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für den Berufsstand an (so z. B. beim Colloquium Gerechte Psychotherapeutische Versorgung des VPP im BDP am 23.01.2021; s. a. Thünker & Siegel, 2021.). Andere Kolleg*innen engagieren sich in einem Netzwerk zu solidarischeren Praktiken bei der Weitergabe von Kassensitzen in Berlin. Zudem bestehen Vernetzungen zu Kostenerstatter*innen in anderen Bundesländern (z. B. zur Initiative Faire Kassensitzvergabe). Mindestens zweimal jährlich wird ein Treffen des AK KE angeboten. Dieses Jahr haben sich viele Kolleg*innen in einer gemeinsamen Aktion auch an das Bundesamt für soziale Sicherung mit einer Beschwerde über diejenigen Krankenkassen gewandt, die Psychotherapiestunden im Kostenerstattungsverfahren nur nach dem einfachen GOP-Satz bezahlen möchten – leider erfolglos.

In der Corona-Zeit ist der Bedarf nach Psychotherapie deutlich angestiegen. Viele Menschen leiden in dieser Zeit an Ängsten und Verlusten, an Einsamkeit, viele haben ihren Beruf und soziale Kontakte verloren. Vulnerable Gruppen leiden unter der zunehmenden Gewalt und gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit. Bei vielen Menschen verschärfen sich unter den Belastungen bestehende psychische Beeinträchtigungen. Die zunehmende Inanspruchnahme ist gut dokumentiert, ebenso die psychischen Belastungen unterschiedlicher Gruppen (Ärztenschaft, 2020, Bundesstiftung Magnus Hirschfeld, 2021, Bundespsychotherapeutenkammer, 2021a, Quittkat et al., 2020).

Die Krankenkassen zeigten sich auf diesen Anstieg der Inanspruchnahme wenig vorbereitet. Die strukturellen Versorgungsprobleme, die durch eine unzureichende Bedarfsplanung seit Jahren bestehen, erschweren die Situation von Klient*innen, die in der Corona-Pandemie einen Psychotherapiebedarf haben. Wir Kolleg*innen im Kostenerstattungsverfahren erleben eine deutlich gestiegene Nachfrage. Einige Krankenkassen, wie die TK, sind etwas kulanter und auch transparenter geworden in der Bewilligung von Kostenerstattung: Kann ein*e Klient*in zeigen, dass sie über die Terminservicestelle trotz mehrerer Versuche keine Probatorik erhält, wird in der Regel die Psychotherapie bewilligt. So setzen diese Krankenkassen die sozialrechtlichen Vorgaben um, ohne Versorgungshürden zu errichten, die kaum überwindbar sind. Diejenigen Kassen, die auch vor der Coronapandemie nach Nachweis des Systemversagens recht unkompliziert eine Psychotherapie bewilligt hatten, haben ihr Vorgehen in der Pandemie beibehalten. Diejenigen Krankenkassen (wie AOK Nordost, DAK, Securvita, Barmer u. a.), die Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren auch schon vor der Pandemie so sehr verhindert haben, dass oftmals nur durch rechtliche Schritte ein Platz erkämpft werden konnte, machen dies auch in Pandemiezeiten weiter so. Diese Krankenkassen informieren die

Klient*innen in der Regel auch nicht über die krankenkassenseitige Beratungspflicht. Wir begegnen hier auch immer wieder Krankenkassen, die behaupten, sie würden „generell keine Kostenerstattung machen“, obwohl diese eine sozialrechtlich verankerte Möglichkeit darstellt (vgl. hierzu auch: Nübling & Jeschke, 2018). Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde keine tragfähige Verbesserung des tatsächlichen psychotherapeutischen Versorgungsangebots geschaffen (Ausschuss Berufsordnung, 2021). Die Terminservicestellen haben seit vielen Monaten nicht genügend freie Probatoriken gelistet. So können sie die Klient*innen, die eine Richtlinienpsychotherapie benötigen, nicht bedarfsgerecht versorgen. Manchmal haben Klient*innen zahlreiche Sprechstunden besucht (vgl. Trösken, 2021), in denen ihnen ein zeitnaher Bedarf für eine Richtlinienpsychotherapie bestätigt wurde. Dennoch konnte die Terminservicestelle keine Probatorik anbieten und gleichzeitig lehnt die Krankenkasse die Kostenerstattung ab.

Sowohl die Kolleg*innen im Kostenerstattungsverfahren als auch diejenigen mit einem Kassensitz, die über die Sprechstunden das PTV 11 ausstellen, leisten eine umfängliche Aufklärungsarbeit über Möglichkeiten, ein psychosoziales Unterstützungsangebot zu erhalten und auch Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Es wäre schön, wenn dies durch entsprechende, niedrigschwellige Angebote der Krankenkassen ergänzt werden könnte. Zudem leisten die Kolleg*innen im Kostenerstattungsverfahren diese umfänglich beratende und sogar vermittelnde (s. o.) Tätigkeit vollkommen unentgeltlich und stopfen damit, pro bono und so gut dies in der Mangelsituation möglich ist, Lücken im KV-System.

Nach wie vor gibt es zu wenig niedrigschwellig erreichbare Psychotherapieplätze für diejenigen, die dringend eine Behandlung benötigen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2021b). Forschungsarbeiten zeigen, dass das Warten auf eine dringend benötigte

Versorgung die Symptombelastung der Klient*innen verschärfen kann (z. B. McNeil 2012). Viele Kolleg*innen wünschen sich daher in ihrem eigenen und im Sinne der Klient*innen mehr Kassensitze oder sogar eine Aufhebung von verfassungsrechtlich fraglich haltbaren Zulassungsbeschränkungen angesichts einer realen Unterversorgungssituation.

Wir erleben im Kontakt mit Klient*innen, dass psychisch stark belastete Personen nach wiederholten Misserfolgen bei der Psychotherapiesuche oder auch nach unrichtigen Informationen ihrer Krankenkasse über Kostenerstattung manches Mal nicht mehr genügend Kraft haben, um ihre Suche weiter fortzusetzen. Der Mangel an Therapieplätzen trifft im verstärkten Ausmaß diejenigen, die aufgrund ihrer Erkrankung, Diskriminierungserfahrungen, weiteren psychosozialen Belastungssituationen, mangelndem sozialen Rückhalt oder auch weil Deutsch nicht ihre Muttersprache ist, nicht die Ressourcen haben, die strukturell produzierten Versorgungshürden (Wörz, Foubister & Busse, 2016) zu überwinden. Das Defizit in der psychotherapeutischen Versorgung führt hier auch zur Verletzung der medizinethischen Forderung (Beauchamps & Childress, 2013), eine gerechte Gesundheitsversorgung anzubieten und es schadet in besonderem Ausmaß denjenigen, die aufgrund vorheriger Ausgrenzungserfahrungen nun auch im Gesundheitssystem zurückgewiesen werden.

Dr. Gisela Wolf (Sprecherin des AK Kostenerstattung Berlin)

*Viele Kolleg*innen aus dem AK Kostenerstattung haben den Text kommentiert und ergänzt. Ihnen sei an dieser Stelle ganz herzlich gedankt.*

1 Aktuell hat die Psychotherapeutenkammer Berlin insgesamt 5.463 Mitglieder, d. h. jedes 9. Kammermitglied ist auch im Kostenerstattungsverfahren tätig.

Literatur

Ärztenschaft. (2020). Coronakrise. Gefahr für Frauen in gewalttätigen Beziehungen steigt. Verfügbar unter: [www.aerzteblatt.de/nachricht-](http://www.aerzteblatt.de/nachricht)

[ten/111678/Coronakrise-Gefahr-fuer-Frauen-in-gewalttaetigen-Beziehungen-steigt](https://www.aerzteblatt.de/nachricht/111678/Coronakrise-Gefahr-fuer-Frauen-in-gewalttaetigen-Beziehungen-steigt) (Meldung vom 23.09.2021).

Ausschuss Berufsordnung. (2021). Terminservicepflicht bei der Terminservicestelle der KV Berlin bei ausgelasteter Praxis. Kammerbrief Psychotherapeutenkammer Berlin 03/ 2021, S. 1 f.

Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2013): Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press.

Bundesstiftung Magnus Hirschfeld. (2021). Auswirkungen der Coronapandemie auf lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intergeschlechtliche, queere und asexuelle Personen in Deutschland. Verfügbar unter: https://mh-stiftung.de/wp-content/uploads/BMH_Corona-Auswirkungen_Doppelseiten.pdf (Meldung vom 23.09.2021).

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk). (2021a). Psychische Belastung hat während des zweiten Lockdowns zugenommen. Verfügbar unter: www.bptk.de/psychische-belastung-hat-waehrend-des-zweiten-lockdowns-zugenommen/ (Meldung vom 23.09.2021).

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk). (2021b). Politik für Menschen mit psychischen Erkrankungen 2021–2025. Psychotherapeutenjournal 3/2021, S. 249 f.

McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S. Morton, J. & Regan, M. (2012). Trans Mental Health and Emotional Wellbeing Study. Edinburgh, UK: Scottish Transgender Alliance.

Nübling, R. & Jeschke, K. (2018). Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie Mitgliederbefragung der Landespsychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein Ergebnisbericht. Verfügbar unter: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/nuebling_jeschke_eta1_kev_ambul_pt_bericht_2018_final_16102018.pdf (Meldung vom 26.09.2021).

Quittkat, H. L., Düsing, R., Holtmann, F.-J., Buhlmann, u., Svaldi, J. & Voks, S. (2020). Perceived impact of Covid-19 across different mental disorders: A study on disorder-specific symptoms, psychosocial stress and behavior. *Frontiers in Psychology*, Nov 17;11:586246.

Trösken, A. (2021). (ohne Titel). Kammerbrief Psychotherapeutenkammer Berlin 03/2021, S. 1.

Thünker, J. & Siegel, S. (2021). Wege zu einer besseren ambulanten Versorgung. VPP aktuell, 54, September 2021.

Wörz, M., Foubister, T. & Busse, R. (2006). Access to Health Care in the EU Member States. In: *Euro Observer*, 8 (2), S. 1–4.

Geschäftsstelle

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

44. Kammerversammlung beschließt Bremer Weiterbildungsordnung

Am 12. Oktober 2021 fand die 44. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Bremen im Haus im Park auf dem Gelände des Klinikums Bremen-Ost statt. Die Kammerversammlung fand gemäß der 3G-Regelung statt, sodass auf eine Maskenpflicht verzichtet werden konnte.

Begrüßung und Bericht des Vorstands

Die stellvertretende Präsidentin Eva John begrüßte die 26 anwesenden Mitglieder und verabschiedete die Tagesordnung. Anschließend stellte die Präsidentin Amelie Thobaben den Mitgliedern die zukünftige Geschäftsführerin der Psychotherapeutenkammer, Frau Madalena Lindenthal-Schmidt vor (siehe dazu auch den weiteren Artikel auf diesen Länderseiten). Frau Lindenthal-Schmidt nutzte die Gelegenheit, sich der Kammerversammlung persönlich vorzustellen.

Dr. Kim Sarah Heinemann berichtete über die weiteren Tätigkeiten des Vorstands seit der letzten Kammerversammlung und ging u. a. auf die verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen ein. Dabei machte sie auch die berufspolitischen Dimensionen deutlich. Dank der Vorteile von Online-Fortbildungen wie dem Wegfall der Organisation und Kosten für Veranstaltungsräume und die leichtere Terminfindung konnte der Vorstand deutlich mehr Veranstaltungen für die Kammermitglieder anbieten, als dies in der Vergangenheit möglich war. Gleichzeitig zeigte sich, dass der zeitliche Aufwand für die technische Vorbereitung und Umsetzung deutlich zugenommen hat. Frau Dr. Heinemann kündigte dazu an, dass der Vorstand auf der nächsten Kammer-



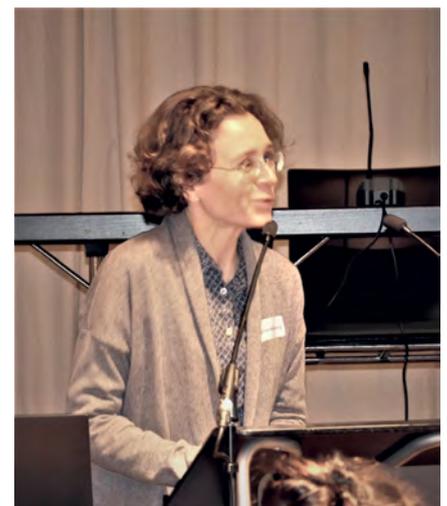
Die Kammerversammlung im Haus im Park

versammlung einen Vorschlag für eine Änderung der Ordnung über Aufwandsentschädigungen und Reisekosten vorlegen wird, da der Mehraufwand aufgrund der technischen Betreuung der Fortbildungsveranstaltungen in der jetzigen Form der Ordnung nicht entschädigt werden kann. Auf der 42. Kammerversammlung war diesbezüglich bereits ein Auftrag aus der Kammerversammlung an den Vorstand erteilt worden.

Verabschiedung der Bremer Weiterbildungsordnung

Auf dem letzten Deutschen Psychotherapeutentag im April wurden die Teile A und B der neuen Musterweiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen beschlossen. Die Musterweiterbildungsordnung muss nun in Landesrecht überführt werden, um Rechtsgültigkeit zu bekommen. Auch wenn noch nicht alle Teile der Musterweiterbildungsordnung beschlossen sind, hat sich die Psychotherapeutenkammer Bremen dazu entschieden, für die bereits

beschlossenen Teile eine Bremer Weiterbildungsordnung zu verabschieden. Hintergrund dazu ist, dass dadurch eine Rechtssicherheit geschaffen wird, die wiederum allen Akteuren und Institutionen im Bereich der Weiterbildung Planungssicherheit gibt.



Dr. Sylvia Helbig-Lang

Die Vereinbarkeit der Musterweiterbildungsordnung mit dem Bremischen Heilberufsgesetz wurde vom Fort- und Weiterbildungsausschuss der Psychotherapeutenkammer Bremen geprüft. Die Ausschussvorsitzende Dr. Sylvia Helbig-Lang informierte die Kammerversammlung und erläuterte die Anpassungen in der Bremer Weiterbildungsordnung, die aufgrund von Konflikten mit dem Bremischen Heilberufsgesetz notwendig waren.

Nach anschließender Aussprache stimmte die Kammerversammlung dem Antrag des Vorstands zu und verabschiedete die Teile A und B der Bremer Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen. Die bisherige Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen behält weiterhin ihre Gültigkeit, sodass es zwei parallele Weiterbildungsordnungen nach altem und neuem Recht geben wird.

Landesverband der Freien Berufe

Frau Dr. Heinemann stellte eine Initiative ausgehend vom Steuerberaterverband in Bremen zur Gründung eines Landesverbands der Freien Berufe vor. Das Land Bremen ist das einzige Bundesland, das bisher nicht über einen eigenen Landesverband verfügt und somit nicht im Bundesverband der Freien Berufe vertreten ist. Auf einem ersten Treffen, an dem u. a. der Steuerberaterverband, die Apothekerkammer, die Architekten- und Ingenieurkammer und der Anwaltsverein teilnahmen, wurde ein grundsätzliches Interesse der verschiedenen Berufsvertreter an einem Landesverband bekundet. Frau Dr. Heinemann informierte die Kammerversammlung über die dort diskutierten Argumente und stellte die Planstruktur sowie den Planhaushalt vor. Durch das Hinzugewinnen weiterer Verbandsmitglieder könne sich die Beitragsstruktur noch verändern. Bei der anschließenden Aussprache wurde das Interesse der Kammermitglieder an der Gründung des Landesverbands deutlich. Die Kammerversammlung stimmte mehrheitlich dafür, sich an der Gründung des Lan-



Vier der sieben Vorstandsmitglieder auf der Kammerversammlung (v. l. n. r.): Dr. Christoph Sülz, Eva John, Dr. Kim Sarah Heinemann, Amelie Thobaben

desverbands der Freien Berufe zu beteiligen.

Jahresabschluss und Haushaltsplanung

Für den Finanzausschuss berichtete Silke von Weyhe über den Jahresabschluss 2020 und die erfolgte Prüfung durch die Wirtschaftsprüfungsfirma RSM GmbH, bei der keine Beanstandungen festgestellt wurden. Stellvertretend für den Finanzausschuss stellte Frau von Weyhe den Antrag auf Entlastung des Vorstands, dem mit großer Mehrheit durch die Kammerversammlung zugestimmt wurde.

Anschließend stellte Dr. Christoph Sülz für den Vorstand den Haushaltsplan für

das Jahr 2022 vor. Der Haushaltsplan war allen Mitgliedern im Vorfeld schriftlich zugegangen. Herr Dr. Sülz ging nochmals detailliert auf die wichtigsten Punkte ein und erläuterte die erwarteten höheren Kosten, die sich u. a. aufgrund der Einstellung einer Geschäftsführung ergeben. Die Kosten können z. T. durch Mehreinnahmen aufgrund der wachsenden Mitgliederzahl aufgefangen werden, aber nicht vollständig. Nach den Ausführungen von Herrn Dr. Sülz diskutierte die Kammerversammlung den Haushaltsplan ausführlich und es konnten alle Rückfragen beantwortet werden. Die anwesenden Mitglieder stimmten schließlich sowohl der Erhöhung des Hebesatzes als auch dem Haushaltsplan mit überwiegender Mehrheit zu. Der in der Folge notwendigen Anpassungen der entsprechenden Paragraphen in der Satzung stimmte die Kammerversammlung ebenfalls zu.

Schlussworte

Zum Ende der Kammerversammlung bedankte sich Amelie Thobaben bei allen Anwesenden für ihr Kommen und die Unterstützung. Ein besonderer Dank ging an die Mitglieder aus den Ausschüssen der Kammer, die in diesem Jahr besonders viel zu tun haben. Ohne das Engagement so vieler, sei es in den Ausschüssen oder als Vorstandsbeauftragte, in der Geschäftsstelle oder in der Kammerversammlung, wäre die so schwer erkämpfte Selbstverwaltung unseres Berufsstands nicht möglich.



Silke von Weyhe

Die Psychotherapeutenkammer Bremen begrüßt ihre neue Geschäftsführerin

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen freut sich sehr, Frau Madalena Lindenthal-Schmidt als Geschäftsführerin begrüßen zu können. Frau Lindenthal-Schmidt ist Rechtsanwältin und bringt ein großes Interesse an den vielfältigen und abwechslungsreichen Tätigkeiten als Geschäftsführerin einer Kammer mit einer kleinen Geschäftsstelle mit. Ihre juristische Expertise und Ausbildung im Medizinrecht kann die PK HB sehr gut gebrauchen. Wie vom Vorstand bereits in den letzten Kammerversammlungen vorgestellt, war dieser weitere Schritt der Professionalisierung der PK HB angesichts der zunehmenden Anforderungen an die Psychotherapeutenkammern dringend nötig.

Auch wenn das Büro der Geschäftsführerin noch nicht fertig ist, da wir trotz aller Bemühungen der Geschäftsstellenmitarbeiterinnen weiterhin auf Handwerker und Ersatzteile warten, kann Frau Lindenthal-Schmidt ihre Aufgaben als Geschäftsführerin zum 8. November 2021 dank der technischen Ausstattung zum mobilen Arbeiten problemlos wahrnehmen. Der Vorstand freut sich auf eine gute Zusammenarbeit!



Madalena Lindenthal-Schmidt, neue Geschäftsführerin der Psychotherapeutenkammer Bremen

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Dr. Kim Sarah Heinemann, Amelie Thobaben.

Geschäftsstelle

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

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

Bericht über die 84. Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg am 15. September 2021 in der Handwerkskammer Hamburg

Am 15.09.2021 tagte die 84. Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hamburg unter Einhaltung der Corona-Regeln erstmalig wieder in präsen-ter Form. Die neue Geschäftsführerin Karen Walter konnte leider aufgrund leichter Erkältungssymptome nicht teilnehmen, stellte sich der DV aber kurz über eine Online-Verbindung vor. Nach Begrüßung und Eröffnung durch Präsidentin Heike Peper folgten zahlreiche Berichte zu den Aktivitäten der Kammer, die in den letzten Delegiertenversammlungen aus Zeitgründen zu kurz gekommen seien.

Die Geschäftsstelle und der Vorstand informierten, dass sie sich mit dem Thema Nachhaltigkeit beschäftigen. Überlegungen dazu würden der DV im November vorgestellt. Auch schreite der Prozess der Digitalisierung in der Geschäftsstelle voran.

Gitta Tormin und Heike Peper berichteten aus den Arbeitsgruppen „Kinderschutz in medizinischen Einrichtungen“ und „Überblick über Hilfsangebote, Analyse von Bedarfen und Vernetzung“, die im Rahmen des neuen Schwerpunktthemas der „Sektorübergreifenden Landeskonferenz Versorgung“ (§ 90a-Gremium) zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg gebildet worden waren. Dies wird ein mehrjähriges Schwerpunktthema der Landeskonferenz sein.

In der Arbeitsgruppe „Kinderschutz in medizinischen Einrichtungen“ soll ein sektorenübergreifendes Rahmenkonzept zur Unterstützung bei der Umsetzung von Schutzkonzepten erarbeitet werden. Entwicklung und Umsetzung von Schutzkonzepten für Kinder und Jugendliche sollen dabei als Qualitätsmerkmale einer Einrichtung verstanden werden. Wesentliche Aspekte von Schutzkonzepten sind die Sensibilisierung von Mitarbeiter*innen in medizinischen Einrichtungen für die Wahrnehmung von Hinweisen und Signalen einer Kindeswohlgefährdung bei den anvertrauten Kindern und Jugendlichen, eine angemessene und fachlich fundierte Kontaktaufnahme sowie der Ausschluss von unangemessenem Verhalten gegenüber den Schutzbefohlenen.

In der Arbeitsgruppe „Überblick über Hilfsangebote, Analyse von Bedarfen und Vernetzung“ stellten Vertreterinnen des Projektes „Frühe Hilfen“ dieses als gutes Praxis-Beispiel für vernetzte Unterstützungsangebote für definierte Zielgruppen vor. In der kommenden Sitzung sollen die bezirklichen Kooperationskonferenzen von Kinder- und Jugendhilfe, Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ) Schulen, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgestellt und diskutiert werden.

Kerstin Sude berichtete über die Entwicklung des BPtK-Curriculums „Digi-

talisierung und ihre Anwendungen in der Psychotherapie“. Hierzu werden kompetente Referent*innen gesucht, die über Expertise für den Einsatz digitaler Anwendungen (DiGA etc.) sowie zu Fragen von Ethik und Digitalisierung, Telematik-Infrastruktur, Datensicherheit und Datenschutz verfügen.

An die Vorstandsberichte schlossen sich die Berichte aus Ausschüssen und Kommissionen an.

Unter dem Tagesordnungspunkt „Musterweiterbildungsordnung“ stellte Heike Peper die weiteren Schritte zur Verabschiedung der MWBO und zu den geplanten Umsetzungsschritten in Hamburg dar. Der Kammervorstand schlug die Einsetzung einer Projektgruppe zur fachlichen Begleitung des Implementierungsprozesses vor, die aus Expert*innen aus allen anerkannten Psychotherapieverfahren, den drei Weiterbildungsgebieten, den drei Weiterbildungsbereichen, den Ausbildungsinstituten und dem Vorstand bestehen soll. Die Präsentation eines Vorschlags des Vorstandes zur Besetzung der Projektgruppe wurde für die nächste Delegiertenversammlung angekündigt.

Anschließend bedankte sich die Präsidentin für die anregende Diskussion und beendete die 84. Sitzung der Delegiertenversammlung.

GT

Interview mit Geschäftsführerin Karen Walter



Karen Walter (Foto: privat)

Liebe Frau Walter, Sie sind nun ungefähr 100 Tage im Amt. Wie sind Ihre ersten Eindrücke und inwieweit unterscheidet sich aus Ihrer Sicht die Arbeit in einer Körperschaft im Vergleich zu einer Krankenhausgesellschaft?

Ich wurde sehr herzlich aufgenommen und werde seitens des Vorstandes, der Geschäftsstelle und auch von Kolleg*innen aus anderen Landeskammern gut unterstützt. Im Krankenhausbereich haben die operativen Arbeiten und die schnellen Reaktionen darauf meinen Arbeitsalltag geprägt. Das Tempo im Bereich des Kammerwesens ist geringer und gibt mir mehr Zeit, Entscheidungen zu überdenken und zu treffen.

Was hat Sie persönlich bewogen, sich auf die Stelle der Geschäftsführung bei der Psychotherapeutenkammer zu bewerben?

In meiner Auszeit habe ich mir viele Gedanken gemacht, in welchen für mich sinnstiftenden Bereichen ich zukünftig tätig sein möchte. Verstärkt in der Corona-Zeit habe ich im privaten Umfeld einen großen Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung wahrgenommen. Sich dafür mit einzusetzen zu können, dass sich die psychotherapeutische Versorgung in Hamburg verbessert, ist eine tolle sinnstiftende Aufgabe, daher die Bewerbung und nun die Freude, daran mitwirken zu dürfen.

Nach Ihren bisherigen beruflichen Erfahrungen haben Sie in sehr viel

größeren und hierarchisch strukturierten Konzernen gearbeitet. Wie erleben Sie die Tätigkeit in einer kleinen Geschäftsstelle, die dennoch eine Vielzahl an kammerrechtlich vorgeschriebenen Aufgaben erledigen muss. Wo sehen Sie Schwerpunkte für Innovationen, Verbesserung und Spielräume? Was hat Sie überrascht?

Ich hatte bereits auch in kleineren Teams zu Beginn meines Berufsweges gearbeitet und ich mag das Persönliche an kleineren Teams, auch wenn die geringere Personenzahl zeitgleich eine Herausforderung darstellt. Im Bereich der Digitalisierung haben wir noch Entwicklungspotential, positiv überrascht bin ich immer wieder von dem wertschätzenden Miteinander.

Wie haben Sie bisher die Arbeit mit den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern erlebt und wo sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Ich bin selber ehrenamtlich tätig und bin von dem Einsatz der Ehrenamtlichen in der PTK Hamburg beeindruckt. Die Attraktivität der Ausübung eines Ehrenamtes für unsere Mitglieder neben ihrem Hauptberuf z. B. durch eine gute IT-Anbindung und fachliche Unterstützung durch die Geschäftsstelle zu erleichtern und zu verbessern, ist für mich eine Aufgabe, der ich mich gern widme.

Was motiviert Sie? Was interessiert Sie an der Arbeit in einer Körperschaft? Welche positiven Aspekte und welche negativen stecken in einer solchen Art von Geschäftsführung?

Mich motivieren der Sinn der Selbstverwaltung wie auch die Möglichkeiten, dafür mein Können einzusetzen. An einer Körperschaft reizt mich das Neue und Unbekannte, aber auch diese weiterzuentwickeln und zu modernisieren. Positiv ist der schnelle und unkomplizierte Austausch mit dem Vorstand, als schwierig erlebe ich die Tatsache, dass Satzungen, Ordnungen und Verfahrensregeln nicht zeitnah angepasst werden können. Manche Prozesse erscheinen doch als sehr langwierig.

Gibt es nachwuchsrelevante Fragen und Aspekte in der Geschäftsstelle, die eine Rolle spielen? Welche Rolle spielen die Wahlämter?

Bereits seit Jahren setze ich mich mit den jüngeren Generationen und ihrem Anspruch an uns als Arbeitgeber*in und nun als Kammer auseinander. Dies wird eine interessante Aufgabe, der wir uns zukünftig stellen werden. Zwischen der Geschäftsstelle, den gewählten Delegierten und dem Vorstand besteht ein enges Arbeitsverhältnis. Eine gute Zusammenarbeit unter den Delegierten, dem Vorstand, den Ausschüssen/Kommissionen/Arbeitskreisen wirkt sich auch direkt, wie derzeit, positiv und produktiv auf uns in der Geschäftsstelle aus.

Mit welchen Themen beschäftigt sich die Geschäftsstelle aktuell?

Ein großes Thema ist die neue Musterweiterbildungsordnung. Neben der hoffentlich zeitnahen Verabschiedung der Weiterbildungsordnung in der PTK Hamburg bringt dies auch personelle Änderungen und einen anderen Raumbedarf mit sich. Daher sind wir gerade auf der Suche nach einer größeren Immobilie, da wir hier an unsere Grenzen stoßen. Die zeitnahe Digitalisierung von Arbeitsabläufen soll Arbeitserleichterungen für die Mitarbeiter*innen und Ehrenamtlichen schaffen. Daneben setze ich mich allgemein mit Modernisierungsmaßnahmen auseinander, die auch das Thema Nachhaltigkeit beinhalten. Die Überarbeitung der Gebührenordnung ist ein weiterer Punkt, um die Arbeitsorganisation zu erleichtern und benötigten Personal-Mehreinsatz zu refinanzieren. Aktuell stellt auch die Ausgabe des elektronischen Psychotherapeutenausweises einen großen Arbeitsaufwand dar und wir arbeiten an einer besseren Einbindung der CRM-Software in unsere Arbeitsabläufe.

Wie beeinflusst die Corona-Krise die Arbeit in der Geschäftsstelle? Haben sich dadurch Arbeitsabläufe verändert?

Wir arbeiten deutlich mehr im Home-Office und werden das auch anteilig beibehalten. Dies kommt den Mitarbeiter*innen für bestimmte Aufgaben sehr zu Gute. Dies bedingt jedoch, dass mehr in digitaler Form kommuniziert und gearbeitet werden muss. Das ist noch weiter ausbaufähig.

Sie waren vor der Bewerbung bei der Psychotherapeutenkammer in einer Auszeit und wirken sehr energiegelad-

den. Mögen Sie unseren Mitgliedern einen kleinen Einblick in die Person Karen Walter geben?

Geboren und aufgewachsen bin ich vor 45 Jahren in Himmelpforten und habe bis zum Abschluss des Studiums der Sportwissenschaften mit den Nebenfächern Psychologie und Öffentliches Recht in Norddeutschland gelebt. Im Jahr 2009 bin ich, nachdem ich an verschiedenen Orten quer durch Deutschland tätig war, ins schöne Hamburg

zurückgekehrt und war seitdem im medizinischen Bereich tätig. Privat bin ich gern in Bewegung und am liebsten am, auf oder unter Wasser anzutreffen. Meine Familie und Freunde sind mir sehr wichtig und ich reise sehr gern, um neue Kulturen kennenzulernen.

Und zum Abschluss, welches Buch lesen Sie gerade?

„Im Grunde gut“ von Rutger Bregman.

TM

Fortbildungsveranstaltungen zur neuen Fortbildungsordnung

Mit ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal vom 16. September 2021 gilt in Hamburg eine neue Fortbildungsordnung, die sich eng an die Musterfortbildungsordnung der BPTK anlehnt.

Zur Vorstellung der neuen Fortbildungsordnung wurden am 27. September 2021 und am 8. November 2021 Informationsveranstaltungen im Onlineformat mit bis zu 100 Teilnehmer*innen angeboten und von vielen Kammermitgliedern in Anspruch genommen.

Zeitweilig auftretende technische Probleme konnten durch kreative Improvisation begrenzt werden, sodass die Veranstaltungen erfolgreich durchgeführt werden konnten.

Nach einer Einführung von Dr. Thomas Bonnekamp in die Historie der Entwicklung der Musterfortbildungsordnung als bundesweitem Aushandlungsprozess, an dem er für die PTK Hamburg teilgenommen hatte, führten die zuständige Referentin in der Geschäftsstelle Dr. Andrea Linde sowie Dr. Helene Tim-

mermann und Dr. Sarah Dwinger für den Ausschuss für Fort- und Weiterbildung durch die Veranstaltung.

Wesentliche Neuerungen bezüglich der Kategorien und Punktevergabe wurden systematisch dargestellt und Fragen schrittweise beantwortet. Auf die bevorstehenden technischen Veränderungen in der Geschäftsstelle zur verbesserten Operationalisierung der Verwaltung des Fortbildungsbereichs wurde hingewiesen.

Informiert wurde auch über

- die vor der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde notwendig gewordene Verhältnismäßigkeitsprüfung nach Artikel 4 der EU-Richtlinie 2018/958,
- die Fortbildungspflicht für in Privatpraxen tätige Kammermitglieder sowie
- ein Umdenken in Bezug auf Weiterbildungsveranstaltungen, die nun in Hamburg als Fortbildung anerkannt werden können.

Die wesentlichen Informationen aus den Veranstaltungen sind über die Website der PTK Hamburg abrufbar:

www.ptk-hamburg.de/wp-content/uploads/2021/09/Neue-Hamburger-FBO_Infoveranstaltung.pdf

TB



Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer

§ 1 Fortbildungsinhalte

Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen. Sie beziehen sich **auf die Theorie und Praxis der Psychotherapie, einschließlich der Ergebnisse der Psychotherapie-Forschung, Prävention und Rehabilitation** und die Fachgebiete der **angrenzenden wissenschaftlichen Disziplinen**.



Kammertag am 30. Oktober 2021

Nach langer Pause aufgrund der Corona-Pandemie fand am 30.10.2021 wieder ein Kammertag statt. Der Hamburger Kammertag dient dazu, wichtige Kammerthemen im Kreis der ehrenamtlich engagierten Gremienmitglieder ausführlicher zu diskutieren. Mit diesem Format soll die Möglichkeit eröffnet werden, sowohl die verschiedenen Perspektiven und Meinungen einzubringen als auch gemeinsame Positionen zu entwickeln. Darüber hinaus bietet der Kammertag Gelegenheit zum persönlichen Kennenlernen und zum Austausch. Nach einer Abstimmung unter den Teilnehmenden hatte sich die Mehrheit für eine Präsenzveranstaltung – natürlich unter Einhaltung der vorgeschriebenen Corona-Regelungen entschieden.

Als Schwerpunktthemen hatten sich die Teilnehmenden in diesem Jahr das geplante Qualitätssicherungsverfahren (QS) für die ambulante psychotherapeutische Versorgung sowie die psychotherapeutische Arbeit in Pandemie-Zeiten vorgenommen.

Nach einer Einführung in die Historie der Diskussion zu QS-Verfahren für die Psychotherapie (der erste Beschluss im Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen dazu wurde bereits 1998 gefasst) durch Präsidentin Heike Peper folgte ein Vortrag von Prof. Cord Benecke, der per Video zugeschaltet war. Unter dem Titel „Externe und interne Qualitätssicherung – Was macht denn da eigentlich Sinn?“ setzte er sich fachkundig und kritisch mit dem vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) konzipierten QS-Verfahren auseinander. So stellte er



Heike Peper, Torsten Michels (Foto: KW)



Torsten Michels, Heike Peper, im Hintergrund Prof. Cord Benecke (Foto: KW)

zunächst dar, dass es im Mittel kein Qualitätsproblem in der Psychotherapie gibt. Die Studienlage belege deren gute Wirksamkeit. Außerdem wies er nach, dass die bisher ausgewählten QS-Indikatoren, die der für jede Behandlung zu erstellenden Dokumentation zugrunde liegen sollen, weder etwas über die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung an sich aussagen, noch dazu beitragen würden, die Qualität zu fördern. Dies träfe auch auf die in den geplanten Patientenbefragungen aufgeführten Aspekte zu. Vielmehr seien die vorgesehenen Maßnahmen auf Kontrolle, Wettbewerb und Sanktionierung ausgerichtet. Zugleich problematisierte er, dass es die Profession bislang versäumt hätte, eigene fachlich fundierte und zielführende Vorschläge zur Sicherung der Qualität psychotherapeutischen Arbeitens zu machen. Hier fokussierte er darauf, dass bereits in der Ausbildung und zukünftig in der Weiterbildung Formate entwickelt werden sollten, die eine konstruktive Feedback- und Fehlerkultur befördern.

Nach der Mittagspause begann der zweite Teil des Kammertages mit einer interaktiven Phase. Auf einem Spaziergang („Walk and Talk“) in der noch warmen Herbstsonne tauschten sich jeweils zwei Kolleg*innen zu ihren Erfahrungen während der Corona-Pandemie aus. Die viel-

fältigen Aspekte wurden anschließend im Plenum an einer Stellwand gesammelt und den Bereichen „Psychotherapie“, „Profession“ und „Gesellschaft“ zugeordnet. Das Spektrum der Themen reichte von den Erfahrungen und Einschätzungen zu psychotherapeutischen Behandlungen per Video über den Umgang mit dem Druck durch die hohe Nachfrage nach Therapieplätzen und der Notwendigkeit der Selbstfürsorge bis zur Frage, ob und wie wir uns als Profession auf zukünftige Krisen (z. B. aufgrund des Klimawandels) einstellen müssen. In einem angeregten und lebendigen Austausch wurde anschließend darüber diskutiert, welche Aufgaben und Themen daraus für die Kammerarbeit erwachsen könnten.

HP

Redaktion: An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Gitta Tormin, Torsten Michels, Heike Peper, Dr. Thomas Bonnekamp, Kathrin Zander.

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

ich freue mich, dass wir Ihnen auf den folgenden Seiten den neuen Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hessen vorstellen können, der am 18. September von der Delegiertenversammlung gewählt wurde. Die ersten 100 Tage haben wir genutzt, um in einem sehr konstruktiven Miteinander die Ziele und Arbeitsschwerpunkte für die kommende Wahlperiode zu definieren. Ich freue mich gleichermaßen über die Fortsetzung der Zusammenarbeit mit bewährten Vorstandskolleg*innen, wie auch über die beiden „Neuen“, die mit frischem Blick auf vorhandene Strukturen und guten neuen Ideen an die Arbeit gegangen sind. So bin ich zuversichtlich, dass wir gemeinsam die erfolgreiche Arbeit im Vorstand weiterführen und zugleich neue Anregungen einfließen lassen können.

Uns alle beschäftigt besonders die Umsetzung der Weiterbildungsordnung (WBO). Mit dem hessischen Ministerium für Soziales und Integration haben wir die notwendigen Anpassungen für die Weiterbildung im

Heilberufegesetz auf einen guten Weg gebracht. Auch in der Geschäftsstelle der Kammer sind wir auf den Prozess der Umsetzung der WBO vorbereitet und konnten für den Bereich Fort- und Weiterbildung sehr kompetente Mitarbeiterinnen gewinnen. So blicken wir mit Spannung und Tatkraft auf die kommenden fünf Jahre.

Noch ein kurzer Blick zurück: Hinter uns allen liegt erneut ein sehr turbulenten und anstrengendes Corona-Jahr, in dem sich wieder gezeigt hat, wie wichtig eine gute psychotherapeutische Versorgung ist. Wir alle haben oft am Rande des Machbaren gearbeitet, um für die vielen Patient*innen da zu sein. Auch zeigten sich wieder die großen strukturellen Probleme in der Versorgung und wir werden nicht nachlassen auf diese Missstände hinzuweisen und Verbesserungen einzufordern.

Jetzt aber wünsche ich Ihnen auf diesem Wege ein trotz allem glückliches Weihnachtsfest oder auch einfach ein paar entspannte und erholsame Tage und einen gelingenden Start in das neue Jahr. Passen Sie gut auf sich auf und bleiben Sie gesund.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

2021 – Wahljahr in der Psychotherapeutenkammer Hessen

Dr. Heike Winter und Else Döring bleiben Doppelspitze der Kammer/ Fokus auf Wartezeiten und Finanzierung der Weiterbildung

2021 stand in Hessen ganz im Zeichen der Wahl. Im Sommer wurde die Delegiertenversammlung neu gewählt, im Herbst dann ein neuer Vorstand sowie die Ausschüsse und ihre Mitglieder. Nach einem eindeutigen Ergebnis führt Dr. Heike Winter die Kammer als Präsidentin auch in den kommenden fünf Jahren an. „Ich freue mich sehr über das Vertrauen der Delegierten und die Wiederwahl zur Präsidentin“, betonte Dr. Winter, „Die Folgen der Pandemie haben die Schwächen unseres Gesundheitssystems aufgezeigt. Wartezeiten

für Psychotherapie haben sich deutlich erhöht. Ich möchte mich für eine bessere psychotherapeutische Versorgung stark machen – und zwar genau dann, wenn sie benötigt wird.“ Else Döring, in ihrer Funktion als Vizepräsidentin, sowie Karl-Wilhelm Höffler, Sabine Wald und Birgit Wiesemüller bleiben ebenso weitere fünf Jahre in der Kammervertretung aktiv. Nach Erweiterung um einen Sitz komplettieren Prof. Dr. Rudolf Stark und Dr. Maria Weigel den Vorstand. Robert Schmidner ist nach einer Wahlperiode aus Delegiertenversammlung und Vorstand ausgeschieden.

Gemeinsam verfolgt der neue Vorstand ein ganz klares Ziel: Die Reform der Weiterbildung. „Wir brauchen dringend



Der neue Vorstand

Nachwuchs. Das gelingt nur, wenn der Zugang zu unserem Beruf attraktiv gestaltet wird. Dazu gehört vor allem auch eine geregelte Finanzierung“, erklärt Else Döring.

Unsere neu gewählten Vorstandsmitglieder stellen sich vor



Dr. Heike Winter ist Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Beruflich ist sie als wissenschaftliche Geschäftsführerin des Ausbildungsprogramm Psychologische Psychotherapie an der Goethe Universität Frankfurt tätig und niedergelassen in eigener Praxis in Offenbach.

*„Wichtige Ziele sind die Umsetzung und ein gutes Gelingen der Aus- und Weiterbildungsreform sowie die Verbesserung der Bedingungen für niedergelassene und angestellte Kolleg*innen. Darüber hinaus soll sich die Kammer stark machen für eine bessere Versorgung psychisch erkrankter Menschen; darin eingeschlossen alle Altersgruppen, Geschlechter und verschiedene kulturelle und soziale Hintergründe.“* Dr. Heike Winter



Else Döring ist sowohl Psychologische Psychotherapeutin als auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und praktiziert in ihrer Kassenpraxis in Frankfurt. Außerdem verantwortet sie gemeinsam mit Birgit Wiesemüller die Ausbildungsleitung der HAiP (Hessische Akademie für integrative Psychotherapie). Seit 2006 ist sie Mitglied der PTK Hessen, anfangs als Delegierte und lange Zeit im Ausschuss für Qualitätssicherung. 2016 wurde sie erstmals

als Vizepräsidentin in den Vorstand gewählt.

*„Psychotherapie liegt mir am Herzen. Psychotherapeut*innen brauchen mehr Anerkennung im Gesundheitssystem, dazu gehören sichere Arbeitsbedingungen und eine angemessene Vergütung. Dafür setze ich mich in der Kammer ein.“* Else Döring



Karl-Wilhelm Höffler ist Psychologischer Psychotherapeut (VT), angestellt im Rheumazentrum Rheinland-Pfalz, Bad Kreuznach und selbständig tätig in der Region Wiesbaden. Außerdem ist er Vorsitzender einer Besuchscommission „Psychiatrie“ nach dem PsychKHG Hessen. Im Kammervorstand Hessen ist er seit 2011 tätig und zuständig für den Bereich „Psychotherapie in Institutionen“.

*„Angestellte Psychotherapeut*innen erbringen hochkompetente Leistungen in verschiedenen Arbeitszusammenhängen, nicht nur für Patient*innen sondern auch für psycho-soziale Teams, für Einrichtungen, für Wirtschaftsunternehmen und für die Politik. Ich setze mich in der Kammer dafür ein, dass die Belange dieser Gruppe Gehör finden und zudem nach außen Sichtbarkeit gewinnen.“* Karl-Wilhelm Höffler

Prof. Dr. Rudolf Stark ist Psychologischer Psychotherapeut und arbeitet als Professor für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften an der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Seit mehr als 10 Jahren ist er in verschiedenen Gremien der Psychotherapeutenkammer Hessen aktiv (Ausschuss für Beschwerde und Schlichtung,



Ausschuss für Wissenschaft und Forschung, Delegierterin der Kammerversammlung und beim Deutschen Psychotherapeutentag).

„Ich habe mich für die Kammerarbeit entschieden, da ich fest davon überzeugt bin, dass psychische Gesundheit noch nachhaltiger erhalten und wiederhergestellt werden kann, wenn Psychotherapeutenkammern enger mit Universitäten zusammenarbeiten.“ Prof. Dr. Rudolf Stark



Sabine Wald ist Diplom-Psychologin und seit 2017 niedergelassen in eigener Praxis als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Wiesbaden und Limburg. In der Kammer engagiert sie sich seit 2011, zunächst als PiA-Landessprecherin, später dann im Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ auf Landes- und Bundesebene sowie als Landes- und Bundesdelegierte und seit 2016 als Mitglied des Vorstandes in Hessen.

*„Ich vertrete insbesondere die Interessen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeut*innen. Deshalb ist es mir ein Anliegen, sowohl der Berufsgruppe als auch dem Verfahren eine starke Stimme in der Kammer zu verleihen.“* Sabine Wald



Dr. Maria Weigel ist Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde Verhaltenstherapie für Erwachsene und therapiert mit KV-Zulassung im Kreis Bergstraße. Seit 2016 ist sie berufspolitisch aktiv, in der Delegiertenversammlung sowie in Ausschüssen der PTK Hessen.

„Mit meinem berufspolitischen Engagement möchte ich die Anliegen der

*jüngeren PP/KJP voranbringen. Für finanziell gesicherte, flexible und qualitativ gute Aus- und Weiterbildungsbedingungen der PiA und zukünftigen PtW setze ich mich genauso ein wie für attraktive Arbeitsbedingungen angestellter und niedergelassener Kolleg*innen. Mir ist außerdem wichtig, das berufspolitische Interesse und Engagement zu fördern!“*
Dr. Maria Weigel

Birgit Wiesemüller ist Psychologische Psychotherapeutin und in eigener Praxis als Gesprächspsychotherapeutin und Verhaltenstherapeutin sowie im Leitungsteam eines integrativen Ausbildungsinstituts (HAIp) tätig. Seit 2006 ist sie in der Kammer aktiv, u. a. im Ausschuss „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ und im „Ausschuss Wissenschaft und Forschung“. Seit 2011 engagiert sie



sich als Delegierte der Kammer und Mitglied des DPT, seit 2016 als Mitglied des Kammervorstands. In der Kommission Zusatzqualifizierung der BPTK ist sie seit 2012 an der Ausarbeitung von Bereichsweiterbildungen beteiligt.

„Mit meiner Arbeit in der Kammer möchte ich die Verfahrens- und Methodenvielfalt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung und in der Versorgung stärken.“ Birgit Wiesemüller

Was sind unsere Pläne? Ausblick auf die V. Wahlperiode in Hessen

Kaum war die Wahl entschieden, nahm der neue Vorstand seine Arbeit auf und definierte in einer Klausurtagung die Ziele der fünften Wahlperiode. Daraus haben sich insgesamt drei thematische Schwerpunkte herauskristallisiert.

Angeführt wird die Liste durch die Umsetzung der Landes-Weiterbildungsordnung (WBO). Konkret bedeutet das die Erarbeitung einer hessischen WBO, nachdem in diesem Herbst die Musterweiterbildungsordnung auf Bundesebene beschlossen wurde. Nach der Verabschiedung der WBO durch die hessische Delegiertenversammlung müssen verschiedenste Prozesse, wie z. B. neue Antragsverfahren, etabliert und Informationsmaterial entwickelt werden. Gleichzeitig liegt der Fokus aber auch in Zukunft auf der Pflege und Weiterentwicklung der Bereichsweiterbildungen für PP und KJP, z. B. um mögliche weitere Bereiche wie spezielle Psychotherapie bei Diabetes, onkologischen oder kardiologischen Erkrankungen ohne Verfahrensweiterbildungen einzurichten.

Ebenso wichtig ist die intensive Fortsetzung der Mitgliederorientierung: Service und Angebot für die Mitglieder sollen weiter ausgebaut werden. Besonders die Bereiche Fortbildung und Digitalisierung sollen dabei vorangetrieben werden. Nicht zuletzt ist es dem neuen Vorstand eine Herzensangelegenheit, die Kammerarbeit für „Neulinge“ attraktiver zu machen.



Future (2jenn/Adobe Stock)

Ein Dauerthema bleibt die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und Prävention. Insbesondere seit Beginn der Pandemie zeigen sich ganz deutlich die Defizite in unserem Gesundheitssystem. Wartelisten und Wartezeiten für Psychotherapie sind sichtbar länger. Die Psychotherapeutenkammer Hessen wird sich dafür stark machen, diese Missstän-

de abzubauen. Psychisch kranke Menschen sollen zeitnah einen Therapieplatz bekommen und nicht monatelange Wartezeiten in Leid ertragen müssen.

Das Erfolgsrezept für die Zielerreichung liegt stärker als je zuvor in kanalübergreifender Arbeit. Weiterentwicklung von Twitter und Webseite, Ausbau der Vernetzung mit entsprechenden Entscheidungsträger*innen in Politik und Verwaltung sowie die Zusammenarbeit mit Organisationen und Bündnissen sind Schlüsselemente dafür. Neben der Interessenvertretung des eigenen Berufsstandes sieht der Vorstand sich außerdem in der Pflicht, die Kammer zu relevanten gesellschaftlichen Themen öffentlich zu positionieren, die von psychotherapeutischer Bedeutung sind.

Mit diesem Paket entscheidender und grundlegender Aufgaben setzt der Vorstand der PTK Hessen sich engagiert für den Berufsstand und den Fortbestand sowie die Weiterentwicklung einer patientenorientierten Psychotherapie ein.

Wer engagiert sich wo? Ausschüsse der V. Wahlperiode

Die Delegiertenversammlung wird im Plenum und in zehn Ausschüssen arbeiten, die insgesamt mit über 80 Plätzen besetzt wurden. Noch nie war die politische Diskussion der Delegiertenversammlung in Hessen so breit geöffnet für interessierte und engagierte Psychotherapeut*innen. Wir möchten Ihnen hier die Ausschussmitglieder vorstellen. Weitere Informationen zu den Aufgaben der Ausschüsse finden Sie auf unserer Webseite www.ptk-hessen.de.



Delegiertenversammlung 2021

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Vorsitz: Dr. Gaby Bleichardt

Mitglieder: Sven Baumbach, Janika Giesen, Dr. Nina Haible-Baer, Florian Kaiser, Fabian Kotz, Stuart Massey Skatulla, Birgit Pechmann, Anatoli Pimenidou, Dr. Charlotte Reidenbach, Prof. Dr. Julian Rubel, Mathias Schuch, Helge Sickmann, Dr. Claudia Stromberg, Susanne Walz-Pawlita

Beschwerde und Schlichtung

Vorsitz: Christina Bogdanski

Mitglieder: Sven Baumbach, Beatrix Ellerbrok, Sarah Fanter, Elisabeth Grotmann, Karina Messi Ebanda, Sandra Pachnicke, Ina Preussner, Bärbel Venema

Ethische Fragen und Berufsordnung

Vorsitz: Dr. Jona Iffland

Mitglieder: Hans Bauer, Janika Giesen, Prof. Dr. Ulrich A. Müller, Franziska Reichard, Petra Schirrmeyer-Platner, Dieter Wacker

Qualitätssicherung

Vorsitz: Jan Freudenberger

Mitglieder: Manuela Laiacker, Dr. Sandra Maxeiner, Nicla Katharina Nimführ, Helga Planz, Bettina Richter, Sofia Wiedeler, Yvonne Winter, Jörg Wollstadt

Wissenschaft und Forschung

Die Wahl des Ausschusses für Wissenschaft und Forschung wurde auf die Delegiertenversammlung vertagt. Zur Aufgabenfindung und Erörterung der Zielsetzung des Ausschusses wurde eine Arbeitsgruppe einberufen, die aus jeweils einer Person pro Liste besteht.

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Vorsitz: Dr. Sylvia Eimecke

Mitglieder: Anna-Lena Burkard, Nikolaos Dimitriadis, Kerstin Kubesch, Dr. Dagmar Nuding, Anne Schäfers, Sina Vogel

Psychotherapie in Institutionen

Vorsitz: Karen Cornils-Harries

Mitglieder: Maria-Magdalena Attenberger, Tim Bartenschlager, Lorenz Bock, Rainer Borowski, Matthias Heitmann, Dr. Ruth Hertrampf, Florian Kaiser, Christian Muhl, Dr. Jan Pauschardt

Psychotherapie in der ambulanten Versorgung

Vorsitz: Dr. Ewa Jonkisz

Mitglieder: Özlem Deutsch, Dr. Denise Ginzburg-Marku, Tanja Maria Müller, Ariadne Sartorius, Helge Sickmann, Tilo Silwedel, Yvonne Winter, Jörg Wollstadt

Finanzausschuss

Vorsitz: Tilo Silwedel

Mitglieder: Hans Bauer, Tobias Eckart, Dr. Kurt Quaschner, Alexander Schlipf, Wolfgang Schwerd

Satzungsausschuss

Vorsitz: Wilfried Schaeben

Mitglieder: Hans Bauer, Stuart Massey Skatulla, Birgit Pechmann, Dr. Claudia Stromberg

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleg*innen:

Jörg Kreysing, Edertal
Astrid Wollschlaeger, Hösbach

Redaktion

Dr. Heike Winter, Else Döring,
Laura Speinger

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/53168-0
Fax: 0611/53168-29
presse@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Vorstellung Franziska Bauermeister – Referentin für Kommunikation



Franziska Bauermeister verantwortet zukünftig die Kommunikation der PKN.
(Foto: Ina Funk)

Liebe Frau Bauermeister, herzlich willkommen bei der PKN! Stellen Sie sich doch bitte unseren Mitgliedern kurz vor.

Ich selbst würde mich als Kommunikatorin durch und durch bezeichnen. Ich liebe es, auf die Menschen zuzugehen und mit ihnen in den Austausch zu treten. Mir gefällt die Vielfältigkeit meines Berufs, dass ich mich immer wieder auf fremde Gebiete und neue Menschen einlassen darf und so auch nach fast 30 Jahren täglich Neues (kennen-)lerne.

Diese berufliche Perspektive kommt mir auch im Privaten zugute. Ich habe drei Söhne – zwei erwachsene und einen Nachzügler. Als berufstätige Mutter bin ich es von jeher gewohnt, sehr strukturiert zu arbeiten, organisiert zu sein, Prioritäten zu setzen und auch mal drei Bälle gleichzeitig in der Luft zu halten. Daher weiß ich auch, wie wichtig es ist, die Bedürfnisse der anderen im Blick zu behalten und sich selbst mal hintanzustellen. Gleichzeitig behalte ich durch meine Kinder den Kontakt zur nächsten Generation, bleibe flexibel

im Denken und bekomme Dinge mit, die sonst vielleicht an mir vorübergehen würden. Ausgleich vom manchmal stressigen beruflichen Alltag finde ich beim Spazierengehen oder auch Joggen mit unserem Hund, beim Paddeln, bei der Gartenarbeit – oder beim Kochen. Ich bin eine leidenschaftliche Gastgeberin, unsere Gartenpartys sind schon fast legendär. Wo sich wieder der Kreis zur Kommunikatorin schließt ...

Was hat Sie an Ihrer neuen Aufgabe in der PKN gereizt?

Von jeher hat mich die Arbeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fasziniert. Ich habe es in der eigenen Familie erlebt, wie wichtig in tiefen persönlichen Krisen die Begleitung sein kann. Und so freue ich mich, dass ich jetzt auch die Innensicht der Profession kennenlerne. Zudem glaube ich, dass heute niemand mehr um eine professionelle Kommunikation herumkommt – auch eine Kammer nicht. Bei der PKN fiel mir in der Außendarstellung eine Vielzahl von Herausforderungen auf. Ich war mir sicher, dass ich hier gestalten darf, und so ist es auch.

Welche beruflichen Erfahrungen und Kenntnisse bringen Sie mit, die Sie in Ihre Arbeit bei der PKN einbringen wollen?

Ursprünglich komme ich aus dem Journalismus. Aber im Laufe meines Berufslebens habe ich auf beiden Seiten des Schreibtischs gearbeitet, war nicht nur für Verlage tätig, sondern auch für Agenturen und in der Unternehmenskommunikation, hier unter anderem für ein Krankenhaus. So gelingt es mir immer wieder, auch die Außenperspektive einzunehmen. Das ist unerlässlich, denn Kommunikation ist kein Selbstzweck, sondern eine Dienstleistung.

Sie sind auch für die interne Kommunikation zuständig – was haben die Mitglieder von Ihnen zu erwarten?

Ich fände es schön, wenn wir neben dem Kammertelegramm noch einen Newsletter etablieren könnten, in dem es um „weichere“ Themen geht – was treibt die Profession um, welche Nebenwirkungen hat Corona auf die Gesellschaft, geht es den Kindern und Jugendlichen heute schlechter als früher, wie kann die Psychotherapie bei Demenzerkrankungen helfen, welche Trends gibt das Gesundheitsministerium vor – um nur einige zu nennen.

Stichwort externe Kommunikation und Vernetzung der PKN – wie gehen Sie an diese Aufgabe heran?

Ziel der externen Kommunikation sollte es sein, der Kammer ein Gesicht zu geben, den Psychotherapeutenberuf und seine Bedeutung in der Gesellschaft zu verankern. Außerdem ist es wichtig, dass Interessierte – seien es Patientinnen und Patienten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – hier gut verständlich relevante Informationen bekommen. Das alles kann beispielsweise durch einen guten Webauftritt gelingen. Auf der anderen Seite gilt es, Kontakt zu den anderen Kammern und Playern im Gesundheitsmarkt zu suchen.

Welchen Stellenwert messen Sie den sozialen Medien für die Kommunikation der PKN bei?

Zählen Sie die Webseite zu den sozialen Medien? Die ist immens wichtig. Als erste Anlaufstelle für Informationssuchende, als Portal für die Mitglieder, wo sie alles erledigen können – von Veranstaltungssuche und -buchung, Beantragung des ePtA bis hin zur Führung der Fortbildungskonten. Facebook und Instagram hingegen finde ich uninteressant für die PKN, aber Twitter sollte

man im Blick behalten. Hier finden die politischen Diskussionen statt. Allerdings sollte man beim Tweeten selbst sehr vorsichtig agieren und es nur aktiv nutzen, wenn man sich sicher ist, dass man auch die Reaktionen beherrschen kann.

Wie sind Ihre ersten Eindrücke in Ihrer neuen Tätigkeit und welche Herausforderungen sehen Sie?

Es macht Spaß, viel Spaß sogar. Meine Tage sind sehr vielfältig, es wird nie langweilig. Als wichtigste Herausforderung sehe ich es, die Kommunikation zu

professionalisieren, regelmäßig zu kommunizieren und als Kammer auch selbst Themen zu setzen.

Vielen Dank für das Gespräch und weiter einen guten Start!

Das Gespräch führte Jörg Hermann.

7. Niedersächsischer Psychotherapeutentag zum Thema „Behandlungsfehler: Kunstfehler – Fehlerkunst“

Nach einer langen Zeit der Corona-Absistenz war es endlich wieder möglich – die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen konnte eine Fortbildungsveranstaltung in Präsenz anbieten. Rund 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren am 9. Oktober 2021 beim 7. Niedersächsischen Psychotherapeutentag in Hannover dabei, als es um „Behandlungsfehler: Kunstfehler – Fehlerkunst“ ging.

Empirische Befunde zu Art und Häufigkeit unerwünschter Wirkungen zeigen klar: Keine Psychotherapie ist ohne Nebenwirkungen. Der Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik nahm das zum Anlass, um unter der Federführung ihrer Vorsitzenden Dr. Timo Reißner und Jutta Mildner eine spannende Veranstaltung mit ausgewiesenen Experten



*Jutta Mildner vom Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik
(Foto: Andreas Kretschmar)*

zu organisieren. Die Vortragenden und Publikum diskutierten folgende Fragen: Wie werden Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse, also „Kunstfehler“, beschrieben und definiert? Welche rechtlichen Aspekte müssen beachtet werden? Wie können wir psychotherapeutisch damit umgehen?

Kammerpräsident Roman Rudyk eröffnete den Tag und thematisierte dabei die große Rolle von Eingebundenheit und Psychohygiene für die Vermeidung von Behandlungsfehlern.

Prof. Dr. Bernhard Strauß führte dann fachlich in das Thema ein. Dabei ging er insbesondere auf die Konzeptualisierung von Risiken und Nebenwirkungen ein, sowie auf den aktuellen Stand der Psychotherapieforschung. Darüber hinaus wurden Messinstrumente wie der *Negative Effects Questionnaire (NEQ)* und die gegenwärtigen Bemühungen um eine systematische Erfassung von Behandlungsfehlern und -risiken bzw. *Critical Incident Reporting Systems* in der Psychotherapie diskutiert.

Matthias Vestring, Rechtsanwalt und langjähriger Beschwerdebeauftragter der PKN, stellte in seinem Vortrag den berufsrechtlichen Umgang mit problematischen Situationen in den Vordergrund. Hier ging er sowohl auf die Seite der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch auf die der

Berufsaufsicht ein. Letztere zeige sich durchaus fehlerfreundlich, vorausgesetzt, dass bei den Fehlerverursachenden Einsicht und ein kritischer Umgang mit dem eigenen Fehlverhalten bestehe und verantwortlich Konsequenzen eingeleitet würden.

Nachmittags fanden dann parallel drei praxisorientierte Workshops in kleineren Gruppen zu den Themen „Fallfragen aus der KJP-Praxis“ (RA Matthias Vestring), „Alleinige und geteilte Verantwortung in der psychotherapeutischen Praxis“ (Prof. Dr. Ralf Zwiebel) sowie „Auf dem Weg zu der zu mir passenden Fehlerkultur“ (Prof. Dr. Bernhard Strauß) statt.

Die Tagung endete mit einem Vortrag von Prof. Dr. Frank Jacobi, der über Video aus Berlin zugeschaltet wurde. Er legte ein besonderes Augenmerk auf die Person der Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten. Anhand von Praxisbeispielen erläuterte er, welche Warnsignale und Merkmale es bezüglich problematischer Therapeutinnen und Therapeuten gibt, wodurch wiederum ein Bogen zu Roman Rudyks Eröffnungspodium geschlossen wurde.

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen dankt allen Referierenden für die spannenden Vorträge und Workshops, sowie dem Publikum für die aktive Mitarbeit und Diskussionsfreude.

Kammerversammlung am 6. November 2021

Am 6. November fand die vierte Kammerversammlung dieser Wahlperiode statt. Wie bereits der Niedersächsische Psychotherapeutentag konnte auch sie – unter Einhaltung strenger Hygieneregeln – in Präsenz stattfinden: Der große Saal im Hotel Wienecke wirkte auf den ersten Blick mit seinen Einzeltischen, als ob hier Abiturprüfungen abgenommen werden sollten. Doch die Anordnung diente der Einhaltung der Abstandsregeln. Zudem fanden die Delegierten in ihren Umschlägen mit Tagesordnung, Wahl- und Redekarte eine Tüte, die sie bei Redebeiträgen über die Mikrofone ziehen konnten.

32 der 39 Delegierten kamen zur Kammerversammlung nach Hannover, außerdem waren als Gäste die PiA-Vertreterinnen sowie Rechtsanwalt Werner Reccius von der Kanzlei Rüping dabei. Von der Geschäftsstelle sorgten Geschäftsführerin Imke Sawitzky, Claudia Peter, Mara Kumm, Franziska Bauermeister, Olga Schwarz sowie Daniel Nowik für einen reibungslosen Ablauf der Versammlung.

Bericht des Vorstands

Eingangs berichtete der Kammerpräsident Roman Rudyk über den Stand der Umsetzung der Weiterbildung, die Vernetzung auf Landes- und Bundesebene, über die Weiterentwicklung der Geschäftsstelle sowie über die Beschwerdestelle und das Berufungsgericht. Es folgte eine aufrüttelnde Rede über die Bedeutung aber auch Belastung des Ehrenamts. Sein Hinweis auf den Rücktritt des Präsidenten der Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutenkammer, Heiko Borchers, löste Betroffenheit aus. Roman Rudyk verdeutlichte, dass das Arbeitspensum, das auf der Präsidentin oder dem Präsidenten einer Kammer und seiner Stellvertretung liegt, auf mehr Schultern verteilt werden müsse und unterstrich somit seinen Appell, den Vorstand zu erweitern. Um das zu ermöglichen, brachte der Vorstand eine Änderung der Kammerstatzung dahingehend ein, dass es zukünftig einen zweiten Vizepräsidenten



Die Kammerversammlung konnte in Präsenz stattfinden – unter Einhaltung der Abstands- und Hygieneregeln. (Foto: Franziska Bauermeister)

ten bzw. eine zweite Vizepräsidentin geben solle und somit die niedersächsische Kammer zukünftig von sechs Vorstandsmitgliedern repräsentiert werden würde.

Danach nahm die Diskussion über die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) großen Raum mit vielen Wortbeiträgen ein – der momentane Stand, die Überführung in die niedersächsische Ordnung sowie die Einrichtung einer Ombudsstelle wurden thematisiert. Kernanliegen der Gruppe „VT in Kooperation“ war bei diesen Diskussionen, dass die Qualität der Ausbildung auf keinen Fall leiden darf.

Bericht aus der Geschäftsstelle

Anschließend berichtete Geschäftsführerin Imke Sawitzky über die Entwicklungen der Geschäftsstelle seit der letzten Kammerversammlung. Es zeigte sich, dass nicht nur die Aufgaben für den Vorstand gewachsen sind, auch auf die Geschäftsstelle kommen immer neue Herausforderungen zu.

Eine der größten Aufgaben seit der letzten Kammerversammlung war die Ausgabe des elektronischen Psychotherapeutenausweises (ePTA). Zudem mussten

alle Satzungen und Ordnungen im Hinblick auf das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung sowie die Novelle des Heilkammergesetzes (HKG) in ihrer juristischen Systematik und Stringenz überprüft und angepasst werden.

Ein weiterer Punkt des Berichts war die noch nicht abgeschlossene EDV-Umstellung, deren Kosten über dem kalkulierten Rahmen liegen, sowie der daraus resultierende Nachtragshaushalt.

Auch die Serviceleistungen der Kammer nahmen Raum ein: Daniel Nowik berichtete über Psych-Info und Arztauskunft. Zudem stellte sich Franziska Bauermeister, neue Referentin für Kommunikation, der Kammerversammlung vor. Sie wird sich zukünftig um den wachsenden kommunikativen Bedarf nach innen und außen kümmern.

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die von der Geschäftsstelle überarbeitete Kammerstatzung sowie die angepasste Geschäftsordnung wurden

sämtlich von den Delegierten der Kammerversammlung beschlossen und einstimmig verabschiedet, ebenso wie die grundlegend überarbeitete Fortbildungsordnung (mit Anlage 1 und 2) und die Weiterbildungsordnung. Des Weiteren wurde eine Verlängerung der Übergangsregelung in der Weiterbildungsordnung Klinische Neuropsychologie beschlossen.

Weitere (einstimmig verabschiedete) Änderungen:

- Aufnahme des Beirats der freiwillig beigetretenen Personen in die Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung
- Umwandlung der Härtefallregelung der Beitragsordnung in eine Ausnahmeregelung
- Anpassung der Meldeordnung an das HKG bzw. PsychThG
- Verfahrensordnung für Fachsprachprüfungen



(Foto: Franziska Bauermeister)

Die Änderungen können im Detail auf unserer Homepage eingesehen werden.

Neuwahlen des Vorstands

Die vom Vorstand eingebrachte Änderung zur Erweiterung desselbigen auf sechs Mitglieder führte die Delegierten zu einer geheimen Abstimmung an die Wahlurne.

Für das neue Amt des zweiten Stellvertreters wurde Jörg Hermann vorgeschlagen, als neue Beisitzerin Dr. Kristina Schütz. Jörg Hermann wurde mit zwei Enthaltungen, Kristina Schütz mit nur einer Enthaltung gewählt. Beide nahmen die Wahl an.

Finanzen und Haushalt

Anschließend stellte Martin Stüb, Vorsitzender des Finanzausschusses, den Haushaltsplan der Kammer für das Jahr 2022 vor. Auch im kommenden Jahr können die Beitragssätze stabil gehalten werden. Außerdem verabschiedeten die Delegierten einen Nachtragshaushalt von 98.500 Euro, der durch die gestiegenen Kosten im Rahmen der EDV-Umstellung der Mitgliederverwaltung notwendig wurde.

Ausschüsse und Kommissionen

Zum Abschluss informierten die Ausschüsse und Kommissionen von ihrer Arbeit:

■ Ausschuss Berufsordnung und Berufsethik

Dr. Timo Reißner berichtete über den Niedersächsischen Psychotherapeutentag (siehe Bericht in dieser Ausgabe). Das Thema „Fehlerkultur“ soll durch weitere Veranstaltungen oder Podcasts vertieft werden.

■ Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung

Dr. Kristina Schütz schilderte, dass neben den schon erwähnten Ordnungsänderungen auch die Sozialmedizin Eingang in die Weiterbildungsordnung finden soll, nachdem rechtliche Detailfragen geklärt sind.

■ Ausschuss Satzung und Geschäftsordnungsfragen

In ihrer Funktion als Ausschussvorsitzende referierte Alexandra Klich über die Änderung der Beitragsordnung und über die Integration der künftigen Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten in die bestehenden Satzungen und Ordnungen.

■ Kommission Angestellte

Kristof Hückstädt berichtete über persönliche und virtuelle Treffen im Kontext der Weiterbildungsreform. Es stehen zahlreiche Aufgaben im Bereich der stationären und institutionellen Weiterbildung an, die die Kommission weiterverfolgt.

■ Kommission KJP

Jutta Mildner zog ein Resümee zu den stattgefundenen Treffen sowie zum sehr erfolgreich verlaufenen Web-Seminar zur Psychotherapie mit transidenten Kindern und Jugendlichen.

■ Kommission Nachwuchsförderung

Alexandra Klich berichtete über den Begrüßungstag für Neuapprobierte und PiA, der sehr gut angenommen wurde. Gleichzeitig besteht der Wunsch, die Gruppe der PiA mit diesem Angebot noch besser zu erreichen.

Die nächste Kammerversammlung findet am 22. Januar 2022 statt.



Die Kammerversammlung stimmte der Erweiterung des Vorstandes auf sechs Mitglieder zu. Der neue Vorstand (v. l. n. r.): Jörg Hermann (2. Vizepräsident), Andreas Kretschmar, Dr. Kristina Schütz (neue Beisitzerin), Götz Schwoppe, Roman Rudyk (Präsident), Kordula Horstmann (1. Vizepräsidentin). (Foto: Franziska Bauermeister)

Redaktion

Franziska Bauermeister,
Jörg Hermann, Daniel Nowik

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304–30
Fax: 0511/850304–44
info@pknds.de
www.pknds.de

Bekanntmachungen

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen hat in der Sitzung am 06. November 2021 folgende Satzungsänderungen beschlossen:

- Geschäftsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Kammerstatut der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Meldeordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Verfahrensgrundsätze zur Durchführung von Fachsprachprüfung
- Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Anlage 1 der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Anlage 2 der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Diese Satzungen treten am Tag nach der Veröffentlichung auf www.pknds.de in Kraft. Die Satzung wird nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 10.11.2021
Roman Rudyk
Präsident

17. Jahreskongress Psychotherapie Wissenschaft Praxis 2021

Der 17. Jahreskongress Psychotherapie Wissenschaft Praxis am 9. und 10. Oktober 2021 eröffnete mit drei Vorträgen zu dem Schwerpunktthema „Psychotherapie im 21. Jahrhundert“. Anschließend boten die beiden Veranstaltungstage 62 Online-Workshops zu Aspekten aus dem gesamten Spektrum der psychotherapeutischen Arbeit bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Wie im Vorjahr fand die gemeinsame Veranstaltung von Hochschulverbund Psychotherapie NRW und Psychotherapeutenkammer NRW angesichts der Pandemielage erneut online statt. Über 300 Kongressbesuchende hatten Seminare gebucht und tauschten sich in den Pausen in den eingerichteten Live-Chat-Räumen aus.

Prof. Dr. Silvia Schneider von der Fakultät für Psychologie, Lehrstuhl Klinische Kinder- und Jugendpsychologie an der Ruhr-Universität-Bochum, begrüßte die Teilnehmenden im Namen des Hochschulverbundes Psychotherapie Nordrhein-Westfalen und erläuterte, dass bei der Zusammenstellung des diesjährigen Kongressprogramms ein zentraler Ansatz gewesen sei, Aspekte der Psychotherapie im 21. Jahrhundert möglichst weitsichtig in Verbindung von Forschung und Praxis aufzugreifen.

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW, stellte in seinem Grußwort Bezüge zur Coronapandemie her und betonte, dass Kinder und Jugendliche durch die Krise psychisch besonders belastet seien und stärker in den Mittelpunkt gerückt werden müssten. Des Weiteren würden niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine steigende Nachfrage spüren. Damit befinde man sich über die aktuellen Probleme in der ambulanten Versorgung hinausgehend in einer besonders zugespitzten Situa-

on. Mit diesem Thema müsse man sich auf lange Sicht fachlich und inhaltlich ausführlich befassen.

PD Dr. Tobias Teismann begrüßte die Kongressteilnehmenden als Vertreter der Planungsgruppe vom Hochschulverbund Psychotherapie NRW.

Forschung und Praxis

In ihrem Vortrag „Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen im 21. Jahrhundert“ beschrieb Prof. Dr. Silvia Schneider verschiedene Studien und Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und den daraus abzuleitenden Handlungsauftrag, die jungen Menschen für eine effektive Prävention und Frühintervention in den Fokus zu stellen. Sie beleuchtete die aktuelle Psychotherapieforschung und beschrieb einen erkennbaren Verbesserungs-, aber auch Nachholbedarf, beispielsweise hinsichtlich der Berücksichtigung transgenerationaler Effekte von Psychotherapie und der Entwicklung von störungsspezifischen und altersangepassten Störungstheorien.

Prof. Dr. Stefan G. Hofmann vom Department of Psychological and Brain Sciences an der Boston University, USA, erläuterte den Ansatz, die Kernelemente und die praktische Anwendung der Prozessbasierten Therapie (PBT). Als Perspektive stellte der Psychologe und Neurowissenschaftler in Aussicht, mittels dieser Therapieform die Mauern zwischen Traditionen, Schulen und Trends einreißen und die Individualisierung der Behandlung stärken zu können.

Barbara Lubisch, niedergelassene Psychotherapeutin in Aachen und Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer NRW, beschäftigte sich mit der Frage „Komplexbehandlung – eine Chance zur besseren Versorgung schwer psychisch kranker Menschen?“. Sie skizzierte die Entwicklung der „Komplexbehandlung“, verstanden als eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung. Ausführlich stellte sie die neue Richtlinie zur ambulanten Versorgung von schwer psychisch kranken Men-



Gerd Höhner bei der Begrüßung zum Online-Kongress „Wissenschaft Praxis“

schen (KSV-Psych-RL) vor, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im September 2021 beschlossen hatte. Grundsätzlich sei die Richtlinie ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings müssten weiterhin bestehende Hürden ausgeräumt werden.

In der anschließenden Live-Diskussion vertieften rund 160 Teilnehmende mit Prof. Dr. Silvia Schneider und Prof. Dr. Stefan G. Hofmann fachliche Fragen und Praxisaspekte im Zusammenhang

mit den Vortragsthemen. Die Präsentationen zu den Referaten können über den Kongressbericht in der Rubrik „Meldungen“ auf www.ptk-nrw.de als PDF abgerufen werden.

Informationsveranstaltung zur elektronischen Patientenakte

Mit der gemeinsam mit der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz konzipierten Online-Informationsveranstaltung „Die elektronische Patientenakte (ePA) – zwischen Patientennutzen und Datenschutz“ am 27. September 2021 bot die Psychotherapeutenkammer NRW ihren Kammermitgliedern ein umfassendes Informationspaket zu der neuen Anwendung in der Telematik. Fast 600 an dem Thema Interessierte hatten sich zu der kostenfreien Veranstaltung angemeldet.

Datenschutz und Datensicherheit im Mittelpunkt

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW, wies in seiner Begrüßung darauf hin, dass mit der Veranstaltung ein Thema aufgegriffen werde, welches die Profession bereits seit einiger Zeit beschäftige und weiterhin beschäftigen werde. „Besondere Aufmerksamkeit kommt dabei dem Datenschutz und der Datensicherheit zu. Denn die Vertraulichkeit ist eine

unverzichtbare Grundlage in der psychotherapeutischen Beziehung. Darauf werden wir immer wieder deutlich hinweisen.“ Sabine Maur, Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, betonte, dass Patientinnen und Patienten über die mit der elektronischen Patientenakte verbundenen Nutzungsmöglichkeiten detailliert informiert sein müssten. Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten könne die Akte hilfreich sein, um für die Behandlung relevante medizinische Daten einzusehen und einzubeziehen. Auch sie unterstrich das notwendige „Top-Level an Datenschutz“.

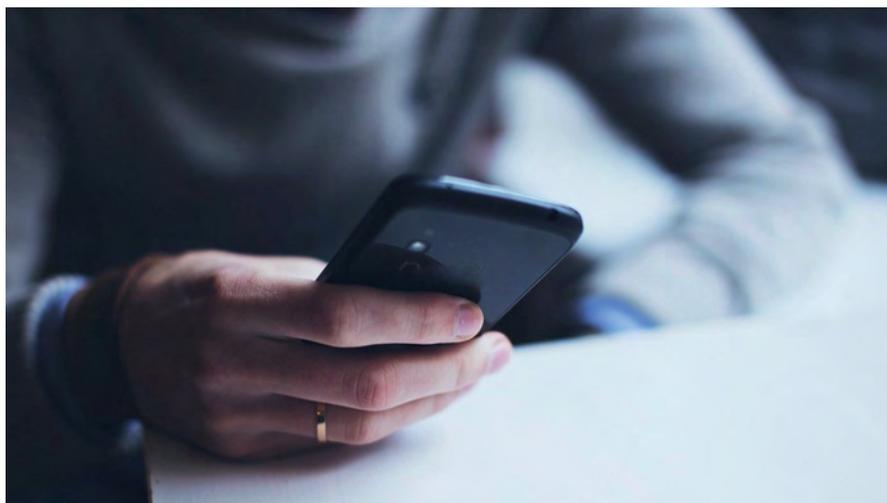
Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer NRW, moderierte die Veranstaltung. In seiner Einführung betonte er, dass die Kammer es als ihre Pflicht ansehe, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfassend zu der elektronischen Patientenakte zu informieren und ihnen Hilfestellungen an die Hand zu geben, wie sie sich hierzu in der Praxis organisieren können. „Die Band-

breite der heutigen Vorträge soll Ihnen ermöglichen, sich selbst ein Bild davon zu machen, um welche Themen wir uns im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte kümmern müssen“, hielt er fest. Dabei ginge es auch darum, Schritt zu halten. „Die Entwicklung ist schnell und die Digitalisierung auch über die Telematik hinaus äußerst facettenreich. Als Berufsstand müssen wir uns dem stellen. Auch der Ausschuss Digitalisierung der Psychotherapeutenkammer NRW wird sich weiterhin intensiv mit diesen Themen befassen.“

Breites inhaltliches Spektrum

In drei Fachvorträgen wurden verschiedene Fragestellungen in Verbindung mit der elektronischen Patientenakte aufgegriffen. Andrea Sieker, Rechtsanwältin und Leiterin der Abteilung Digitalisierung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, erläuterte sozialrechtliche Aspekte der elektronischen Akte in der psychotherapeutischen Versorgung. Über ihre Funktionen, die Bedienung und die für die kommenden Jahre geplanten Ausbaustufen informierte Charly Bunar, strategischer Produktmanager ePA bei der gematik. Götz Keilbar, Fachanwalt für Medizin-, Verkehrs- und Versicherungsrecht, ging in seinem Vortrag auf Rechts- und Haftungsfragen ein, die für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der Arbeit mit der elektronischen Patientenakte relevant sind.

Jeweils im Anschluss an die Referate nutzten die Teilnehmenden rege die Möglichkeit, Fragen an die Referierenden zu stellen. In der auf die Vorträge folgenden Podiumsdiskussion konnten weitere Aspekte in Verbindung mit der Anwendung der elektronischen Patientenakte vertieft werden. Zusätzlich



Versicherte bedienen ihre elektronische Patientenakte per App auf dem Smartphone. (Foto: Pixabay)

zu den Referierenden und den Vorstandsmitgliedern beider Kammern nahmen Beate Kalz, Referentin TI-Fachanwendungen im Geschäftsbereich IT & eHealth der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, und Dr. jur. Steffen Römheld, juristischer Referent im Geschäftsbereich Recht der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, an der Gesprächsrunde teil.

Insgesamt wurde in der lebendigen Diskussion nochmals deutlich, dass sich Theorie und Praxis rund um die elektronische Patientenakte als äußerst vielschichtig erweisen und derzeit nicht alle Fragen, die den Berufsstand umtreiben, befriedigend beantwortet werden können. Gerd Höhner hielt abschließend fest: „Die Menge der Fragen, die sich auftun, zeigt uns: Im Detail wird es

knifflig. Wir werden uns intensiv weiter mit diesen Aspekten befassen und als Kammer hierzu informieren.“

Ein ausführlicher Bericht über die Online-Informationsveranstaltung und die Präsentationen zu den Vorträgen finden sich auf www.ptk-nrw.de in der Rubrik „Meldungen“.

Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Düsseldorf

Die Regionalversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW für Kammerangehörige im Regierungsbezirk Düsseldorf am 15. September 2021 wurde aufgrund der weiterhin bestehenden Pandemiesituation als erste Veranstaltung in dieser Reihe online umgesetzt. Auf der Agenda standen aktuelle gesundheitspolitische Themen, berufspolitische Perspektiven und die Kammeraktivitäten auf Landes- und auf Bundesebene. Rund 70 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten sich der Veranstaltung zugeschaltet.

Defizite in der Versorgung

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW, hielt in seinem Vortrag „Defizite der psychotherapeutischen Versorgungsplanung in Nordrhein-Westfalen“ fest, dass die bisherigen Bestrebungen der Politik, den aus historischen Fehlern in der Be-

darfsplanung resultierenden Mangel in der psychotherapeutischen Versorgung auszugleichen, unzureichend geblieben seien. Zudem hätten sich mit der Pandemie die Anfragen nach psychotherapeutischer Unterstützung deutlich erhöht und es müsse mit einem weiter ansteigenden Bedarf gerechnet werden. Vor diesem Hintergrund sei es der Psychotherapeutenkammer NRW weiterhin ein großes Anliegen, dass die ambulante Psychotherapie durch Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausgebaut werde. „Der grundsätzliche Mangel wird damit allerdings nicht behoben“, betonte Gerd Höhner. „Wir brauchen auch mehr Kassensitze und kurzfristig zusätzliche psychotherapeutische Behandlungskapazitäten durch den Ausbau von Ermächtigungen und Anstellungen.“ Besonderes Augenmerk müsse man auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen richten.

Darüber hinaus müsse auch das Angebot psychotherapeutischer Leistungen in der stationären Versorgung ausgebaut werden.

Ausgestaltung der Weiterbildung

Barbara Lubisch, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer NRW, blickte in ihrem Vortrag „Die Verabschiedung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihre Umsetzung in Nordrhein-Westfalen“ auf die Historie, den aktuellen Stand und die noch zu bewältigenden Herausforderungen im Zusammenhang mit der Reform der Ausbildung und der Weiterbildung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Auf Basis der vom Deutschen Psychotherapeutentag im April 2021 verabschiedeten Muster-Weiterbildungsordnung sei nun die operative Umsetzung der Weiterbildung in



Gerd Höhner



Barbara Lubisch



Bernhard Moors

der Kammer eine vorrangige Aufgabe. Dabei sei die Ausgestaltung der Weiterbildungsphase gemeinsam mit der Politik, potenziellen Weiterbildungsstätten und anderen Interessensvertretungen weiter voranzutreiben. Insbesondere müsse die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung geklärt werden. Eine Förderung werde hierbei unumgänglich sein. Ziel sei, im Herbst 2022 die ersten Weiterbildungsstätten und -befugten zu akkreditieren.

Im Anschluss an ihre Erläuterungen zu den Herausforderungen beim Aufbau der stationären, der ambulanten und der institutionellen Weiterbildungsphase regte Barbara Lubisch die Teilnehmenden an, sich für die nachfolgende Generation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu engagieren und eine Tätigkeit als Weiterbildungsbeauftragte oder Weiterbildungsbeauftragter in Erwägung zu ziehen.

Digitalisierung in der psychotherapeutischen Praxis

Vorstandsmitglied Bernhard Moors skizzierte Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis. Für die Kammer würden sich drei große Themenkomplexe ergeben: erstens die Telematikinfrastruktur mit Anwendungen wie dem elektronischen Heilberufsausweis, der elektronischen Patientenakte und KIM, dem Kommunikationsdienst im Medizinwesen; zweitens die Nutzung des Internets in der Psychotherapie; drittens als Querschnittsthema der Datenschutz und die Datensicherheit. Besonders ausführlich ging Bernhard Moors auf die elektronische Patientenakte ein. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten rief er dazu auf, ihre Patientinnen und Patienten im Sinne des Datenschutzes ausführlich zur Nutzung der elektronischen Patientenakte zu beraten.

Mit Blick auf das Thema „Internet in der Psychotherapie“ stellte Bernhard Moors Studien zur Wirksamkeit der Blended Therapy vor und ging ergänzend auf Untersuchungen zum Einsatz von Videobehandlungen in der Psychotherapie ein. In seinen Erläuterungen zu Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) skizzierte er auch die zentralen Kritikpunkte der Kammer. Dazu gehöre, dass die Krankenkassen ohne Beteiligung der Profession DiGA empfehlen könnten. Auch das Anerkennungsverfahren der Anwendungen sei kritisch zu sehen. Zudem seien DiGA mit erheblichen Kosten verbunden. Insgesamt sei es aus Sicht des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer NRW unerlässlich, sich intensiv mit diesem Themenfeld auseinanderzusetzen. Abschließend fasste Bernhard Moors für die Profession relevante Aspekte im „Digitale-Versorgungs- und -Pflege-Modernisierungsgesetz“ (DVPMG) zusammen.

10. Kooperationstag Sucht und Drogen NRW

„Gemeinsam handeln – Vernetzung stärken“ lautete das Motto des 10. Kooperationstages Sucht und Drogen NRW am 1. September 2021. Angesichts der Pandemielage wurde die in der Regel alle zwei Jahre durchgeführte Veranstaltung in diesem Jahr erstmals als Online-Konferenz umgesetzt. Dabei wurde neben der Informationsvermittlung viel Wert auf Interaktion und Kontaktpflege unter den Teilnehmenden gelegt – nicht zuletzt, um berufsgruppenübergreifende Ansätze zu fördern. Die Psychotherapeutenkammer NRW hatte sich gemeinsam mit weiteren Institutionen und Organisationen aus dem Gesundheitswesen an der Vorbereitung der Veranstaltung beteiligt. Rund 170

Interessierte hatten sich zur Teilnahme angemeldet und nutzten die Gelegenheit zu Information und Austausch.

Der Vormittag bot drei Fachvorträge. Prof. Dr. Gerhard Trabert von der Hochschule RheinMain und dem Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. beschrieb Partizipationsmöglichkeiten in der Suchthilfe und betonte die Bedeutung von ausreichend Möglichkeiten zur Reflexion, Supervision und Regeneration für professionelle Helferinnen und Helfer.

Psychosoziale Folgen im Blick

PD Dr. Anne Koopmann, Oberärztin an der Klinik für Abhängiges Verhalten

und Suchtmedizin des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim, griff die Frage „Veränderungen des Konsum- und Gesundheitsverhaltens in der Pandemie – welche Nachwirkungen werden wir erleben?“ auf. In ihrem Vortrag mahnte sie an, die Diskussion über psychosoziale Folgen von coronabedingten Veränderungen im Alltag der Menschen zu intensivieren.

Im dritten Fachvortrag blickte Univ.-Prof. Dr. Dr. MHBA Paul Plener von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien auf das Thema „Jugend und Corona – Krise und Entwicklung“ und skizzierte persönliche, berufliche und gesundheitliche Konsequenzen, die aus den Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie erwachsen könnten.

In der Mittagspause nutzten die Teilnehmenden gerne die Möglichkeit, die Online-Pausenräume zu besuchen und miteinander ins Gespräch zu kommen. Am Nachmittag wurden in moderierten Projektboxen zehn Initiativen der Sucht-

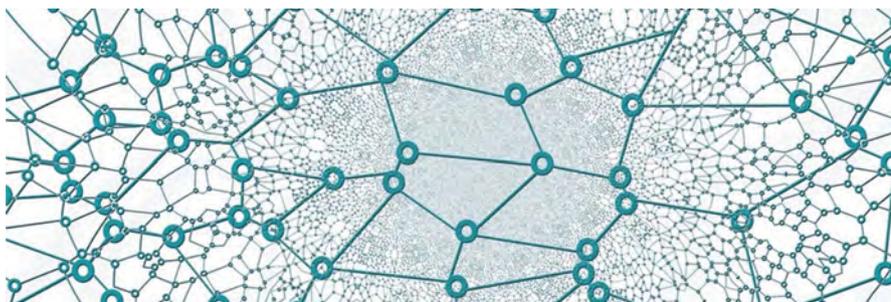


Foto: Pixabay

hilfe in NRW vorgestellt, die insgesamt ein breites inhaltliches Spektrum aufwährten. Auch in diesem Veranstaltungsteil nutzten die Teilnehmenden

vielfach die Möglichkeit, Informationen zu einzelnen Projekten einzuholen und sich untereinander auszutauschen. Insgesamt waren die Rückmeldungen zu

dem Programm und der Umsetzung des 10. Kooperationstages Sucht und Drogen NRW außerordentlich positiv.

Auslage Haushaltsplan 2022

Der Haushaltsplan 2022 kann vom 10. bis 21. Januar 2022 zu den üblichen Öffnungszeiten in der Geschäftsstelle der Psychotherapeutenkammer NRW eingesehen werden.

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/522847-0
Fax: 0211/522847-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Hinweis auf amtliche Bekanntmachungen/Satzungsänderung der Psychotherapeutenkammer NRW

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat in ihrer Sitzung am 6. November 2021 zur Änderung der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Psychotherapeutenkammer NRW sowie zur pauschalen Entschädigung von Fraktionsvorsitzenden beschlossen. Diese Beschlussfassungen sind auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer unter der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ bekannt gegeben sowie allgemein und dauerhaft zugänglich gemacht worden.

Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW hat in ihrer Sitzung am 16. April 2021 einen Beschluss zur Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW gefasst. Diese Beschlussfassung ist im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen veröffentlicht worden. Sie wurde zudem auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer NRW (www.ptk-nrw.de) in der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ bekannt gegeben sowie allgemein und dauerhaft zugänglich gemacht. Zusätzlich ist die Änderung in dieser PTJ-Ausgabe im Folgenden veröffentlicht.

Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW

vom 16. April 2021

Aufgrund des § 23 Absatz 1 des Heilberufsgesetzes vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 1. Dezember 2020 (GV. NRW. S. 1109) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW in ihrer Sitzung am 16. April 2021 folgende Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen in der Fassung vom 29. August 2014 (MBI. NRW. S. 656), die zuletzt durch Beschluss der Kammerversammlung vom 31. Oktober 2015 (MBI. NRW. 2015 S. 794) geändert worden ist, beschlossen:

Artikel I

1. § 3 der Beitragsordnung wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 2 und 3 eingefügt:

„(2) Die Selbsteinstufung ist durch Vorlage einer Kopie des Einkommensteuerbescheides aus dem Bemessungsjahr nachzuweisen, aus dem die gesamten Einkünfte aus psychotherapeutischer Tätigkeit hervorgehen. Der Einkommensteuerbescheid darf hinsichtlich der nicht beitragsrelevanten Angaben unkenntlich gemacht werden. Dabei müssen mindestens folgende Daten ersichtlich sein: Name der bzw. des Steuerpflichtigen, das Steuerjahr sowie alle Einkünfte aus selbständiger und nicht-selbständiger Arbeit. Der Vorlage des Einkommensteuerbescheides steht die Bescheinigung einer Steuerberaterin bzw. eines Steuerberaters in Form einer von dieser oder diesem erstellten Gewinn- und Verlustrechnung und/oder der Ausdruck der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung gleich.

(3) Kammerangehörige, die nicht verpflichtet sind, eine Steuererklärung beim Finanzamt einzureichen, haben dies schriftlich gegen-

über der Psychotherapeutenkammer NRW zu erklären und als Nachweis den Ausdruck der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung des vorvergangenen Jahres vorzulegen. Sofern das Kammermitglied nicht steuerlich veranlagt wird, ist dies durch eine Nichtveranlagungsbescheinigung des Finanzamtes nachzuweisen.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 4 und in Satz 1 werden nach dem Wort „vor“ die Wörter „oder wurde der entsprechende Nachweis gemäß der Absätze 2 und/oder 3 nicht erbracht“ eingefügt.

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 5 und dem Wortlaut folgender Satz vorangestellt:

„Stellt die Kammer Abweichungen zur Selbsteinstufung fest, ist sie berechtigt die Kammerangehörige bzw. den Kammerangehörigen durch Bescheid zum korrekten Beitrag zu veranlagern.“

2. In § 4 Absatz 2 wird die Angabe „2 bis 3“ durch die Angabe „4 bis 5“ ersetzt.

3. Die Anlage 1 zur Beitragsordnung wird wie folgt geändert:

a) Nach Buchstabe B Absatz 8 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Zusätzlich zur Vorlage des Einkommenssteuerbescheides ist hierüber ein Nachweis in Form einer von der Steuerberaterin bzw. dem Steuerberater erstellten Gewinn- und Verlustrechnung und/oder eines Ausdrucks der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung zu erbringen.“

b) Buchstabe C wird wie folgt gefasst:

„C. Überprüfung der Selbsteinstufung

(1) Die Kammer ist berechtigt, Selbsteinstufungen ihrer Kammerangehörigen, die vor dem 01. Januar 2022 erfolgt sind, bei begründetem Verdacht rückwirkend zu überprüfen sofern die Beitragsforderungen noch nicht verjährt sind. Zu diesem Zweck darf sie eine Kopie des entsprechenden Einkommensteuerbescheides des jeweiligen Bemessungsjahres anfordern. Der Einkommensteuerbescheid darf hinsichtlich der nicht beitragsrelevanten Angaben unkenntlich gemacht werden. Kommt die bzw. der Kammerangehörige der Aufforderung zur Übersendung dieser Unterlagen nicht nach, so wird der Höchstbeitrag festgesetzt. Dieser Höchstbeitrag wird mit dem Zugang des Beitragsbescheides fällig. Die Psychotherapeutenkammer NRW hat den Be-

scheid entsprechend zu berichtigen, wenn die bzw. der Kammerangehörige binnen Monatsfrist nach Zugang des Beitragsbescheides zum Höchstbetrag ihre bzw. seine Einkünfte durch Vorlage des Einkommensteuerbescheides oder einer schriftlichen Bestätigung einer Steuerberaterin bzw. eines Steuerberaters in Form einer von dieser bzw. diesem erstellten Gewinn- und Verlustrechnung nachweist.

(2) Kammerangehörige, die nicht verpflichtet sind eine Steuererklärung beim Finanzamt einzureichen, haben dies schriftlich gegenüber der Psychotherapeutenkammer NRW zu erklären und unaufgefordert die Kopie des Ausdrucks der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung des Bemessungsjahres vorzulegen. Sofern die bzw. der Kammerangehörige nicht steuerlich veranlagt wird, ist eine Nichtveranlagungsbescheinigung des Finanzamtes vorzulegen.

(3) Wird bei Überprüfung der noch nicht verjährten Beitragsforderungen festgestellt, dass die Selbsteinstufung fehlerhaft war, so ist die Kammer berechtigt, die bzw. den Kammerangehörigen durch Bescheid zum korrekten Kammerbeitrag zu veranlagern. Der Kammerbeitrag wird mit Zugang des Bescheides fällig und ist innerhalb eines Monats zu entrichten.

(4) Kammerangehörige, die vor dem 01. Januar 2022 den Höchstbeitrag gezahlt haben, unterliegen keiner rückwirkenden Überprüfung.“

Artikel II

Diese Änderung der Beitragsordnung wird im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen bekannt gegeben, im Mitteilungsblatt der Kammer (Psychotherapeutenjournal) veröffentlicht und tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

Ausgefertigt.

Düsseldorf, den 17. Mai 2021

Gerhard H ö h n e r
Präsident der Psychotherapeutenkammer
NRW

Genehmigt.

Düsseldorf, den 29. Juli 2021

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Az.: V A 2 93.11.03
Im Auftrag
H a m m

Die vorstehende Änderung der Beitragsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wird hiermit zur Veröffentlichung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen ausgefertigt.

Düsseldorf, den 24. August 2021

Gerhard H ö h n e r
Präsident der Psychotherapeutenkammer
NRW

– MBI. NRW. 2021 S. 686

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der PTK NRW

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. September 2013 gebe ich bekannt:

Frau Astrid Voß-Leibl, Wahlkreis Düsseldorf, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Vorschlag „Bündnis KJP“ hat am 05.10.2021 ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Frau Bernadette Willigens, Wahlkreis Düsseldorf, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Vorschlag „Bündnis KJP“.

Gez.
Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter

Strategiepapier der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer zur Bewältigung der psychischen Folgen der Pandemie für Kinder, Jugendliche und Familien



Seit fast zwei Jahren prägt die Corona-Pandemie massiv den Alltag von Kindern und Jugendlichen. Oftmals muss man eine kleine Heldin, ein kleiner Held sein, um das zu überstehen. (Foto: Adobe Stock)

Seit März 2020 prägt die Corona-Pandemie weite Teile des Lebens von Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Die zahlreichen Berichte über die Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, insbesondere psychische Folgen, die in den letzten Monaten veröffentlicht wurden, zeigen das Ausmaß der Pandemiefolgen und den dringenden Handlungsbedarf des Sozial-, Gesundheits- und Bildungssystems. Kinder und Jugendliche sind aufgrund der aktuellen Situation und mit Blick auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten deutlich betroffen. Denn Kindheit und Jugend sind Phasen im Lebenslauf mit einzigartigen Sozialisationsanforderungen und Lebensabschnitten, in denen Erfahrungen besonders prägend wirken.

Corona-Pandemie hat tiefgreifende Auswirkungen

Psychotherapeut*innen sind von Beginn der Pandemie an in ihrer täglichen Arbeit mit den kurz- und langfristigen psychischen und physischen Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf Kinder und Jugendliche befasst. Sie haben immer wieder auf die weitreichenden Auswirkungen für diese vulnerable Gruppe hingewiesen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die speziellen und neu entstandenen Bedarfe im Bereich der Erhaltung der psychischen Gesundheit und der psychotherapeutischen Behandlung neu zu bewerten und spezifisch abzustimmen. Dies erfordert den Mut, neue Wege zu gehen und innovative Ideen zu entwickeln.

Maßnahmen zur Bewältigung der Folgen entwickelt

In der Kammerversammlung der OPK im April 2021 diskutierten die Delegierten die Notwendigkeit, die Fachkenntnisse unserer Profession in die aktuelle Debatte einzubringen, es bestand Einigkeit, dass von Kammerseite ein Strategiepapier entwickelt werden soll. Der Vorstand der OPK berief ein Expert*innengremium „Corona und Familie“, welches in seiner Zusammensetzung möglichst umfassend die Versorgungsbereiche abbilden sollte. Vertreten sind sowohl niedergelassene als auch stationär tätige KJP, eine Mitarbeiterin einer Beratungsstelle, die Leiterin einer KJP-Universitätsambulanz und zwei Vorstandsmitglieder. Psychotherapeutinnen aus Forschung und Praxis und den Bereichen Prävention, Beratung und Heilbehandlung sind Teil des Gremiums. In einer sehr intensiven und effizienten Zusammenarbeit wurde der aktuelle Forschungsstand zu Pandemiefolgen bei Kindern, Jugendlichen und Familien zusammengetragen und diskutiert, mit den Ergebnissen der OPK-Blitzumfragen unter den Mitgliedern in Bezug gesetzt und die Erfahrungen der Expertinnen des Gremiums in den verschiedenen Versorgungsbereichen ausgetauscht. Auf Basis dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse, der Umfrageergebnisse und der Expertenmeinungen erfolgte die Entwicklung des Strategiepapiers und der dazugehörigen gesundheits- und sozialpolitischen Forderungen. Die Eckpunkte wurden in der Kammerversammlung im Oktober 2021 vorgestellt, von den Delegierten sehr positiv aufgenommen. In der Dis-

kussion wurden weitere Vorschläge in das Strategiepapier aufgenommen. Die Expert*innengruppe kommt zu dem Ergebnis, dass die Pandemie einerseits bei Kindern und Jugendlichen bereits vorhandene emotionale und soziale Schwierigkeiten häufig wie ein Katalysator verstärkt und dass andererseits die pandemische Lage wie ein Brennglas auf die Probleme und Defizite im gesundheitsbezogenen Versorgungssystem wirkt. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse aus Forschung und Praxis schlägt die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer folgende Maßnahmen zur Bewältigung der Folgen der Pandemie für Kinder, Jugendliche und Familien vor:

- 1) zeitnahen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche ermöglichen
- 2) Einrichtung von sozialtherapeutischen Praxen
- 3) flächendeckende Schaffung von Sozialpsychiatrischen Diensten für Kinder und Jugendliche
- 4) Gruppenpsychotherapie stärken, flächendeckende Angebote schaffen
- 5) Stärkung der Zusammenarbeit – Einbezug von Psychotherapeut*innen in die Jugendhilfeausschüsse
- 6) Stärkung von Präventionsangeboten in Kita, Schule und Kommune für ein psychisch gesundes Aufwachsen
- 7) Verbesserung der Information über stationäre Rehabilitationsangebote für Kinder, Jugendliche und Familien
- 8) bessere Finanzierung und personelle Ausstattung für Familien- und Erziehungsberatungsstellen

Brennpunkt Schule im besonderen Fokus

Außerdem bildet die Stärkung der psychotherapeutischen, psychosozialen und psychologischen Expertise in den Schulen einen besonderen Schwerpunkt unserer Empfehlungen:

Schulpsychologische Beratung: Die aktuelle Versorgung durch Schulpsychologinnen und -psychologen in Deutschland ist bei Weitem nicht ausreichend und führt zu langen Wartezeiten für Beratungs- und Diagnostiktermine. 2020 war im Durchschnitt in Deutschland eine Schulpsychologin bzw. ein Schulpsychologe für 6.302 Schülerinnen und Schüler zuständig. In den fünf ostdeutschen Bundesländern liegt der Versorgungsschlüssel noch deutlich unter dem Bundesdurchschnitt: Brandenburg: 1:9376 Schüler, Mecklenburg-Vorpommern: 1:7425, Sachsen: 1:8812, Sachsen-Anhalt: 1:10460, Thüringen: 1:7005. Im europäischen Vergleich rangiert Deutschland hiermit auf den unteren Plätzen. Im Kontext der durch die Pandemie entstandenen Belastungen wird dieses Missverhältnis nun weiter eklatant. Hier müssen dringend neue Stellen geschaffen werden.

Schulsozialarbeit: In der aktuellen Situation sollte mit der Ausweitung der Sozialarbeit an allen Schultypen und -formen ein verstärktes niederschwelliges Angebot zur Bewältigung der Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche gemacht werden.

Schulbegleitung: Begleitung von seelisch erkrankten Kindern und Jugendlichen durch gut qualifizierte Schulbeglei-

tungen erhält die Fähigkeit zum Schulbesuch. Ebenso verbessert die Stärkung der Schulbegleitung die Teilhabe der Betroffenen. Eine Voraussetzung für die Rekrutierung von ausreichend qualifizierten Schulbegleitungen ist zunächst die Verbesserung der Rahmenbedingungen für diese Tätigkeit, um sie attraktiver zu gestalten. Nur so werden perspektivisch überhaupt Schulbegleitungen in ausreichender Zahl gefunden werden können.

Nachteilausgleich: Schülerinnen und Schüler mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf Nachteilsausgleich. So erhalten sie die Unterstützung oder Hilfe, die es ihnen ermöglicht, eine Alltagssituation, eine gestellte Anforderung oder einen Leistungsnachweis selbstständig und gleichwertig zu erbringen. Der Anspruch von Kindern mit psychischen Erkrankungen auf Nachteilsausgleich im Schulsystem muss regulär ermöglicht und konsequent umgesetzt werden.

Unsere Profession verfügt über die Expertise, die Pandemiefolgen für Kinder und Jugendliche und deren Familien zu erkennen und aussichtsreiche Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Beratung und Heilbehandlung zu entwickeln. In den nächsten Monaten werden wir die von uns erarbeiteten Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträger herantragen, um uns intensiv in die anstehenden Entscheidungen zur Bewältigung der Pandemiefolgen einzubringen.

Dr. Sabine Ahrens-Eipper

Geschäftsstelle

Goyastraße 2d
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Flutkatastrophe am 14. Juli 2021 hat insbesondere im Ahrtal in Rheinland-Pfalz zu 134 Toten, vielen tausend traumatisierten Menschen und einer Zerstörung von Gebäuden, Firmen, Praxen, Kliniken und Landschaft in ungekanntem Ausmaß geführt. Die Anfragen nach psychotherapeutischer Hilfe zeugen von großer Traumatisierung und teils unfassbarem Leid. Dabei hat diese Katastrophe vor unserer Haustür zwei bisher in Deutschland nicht gekannte Besonderheiten: zum einen die sehr große Anzahl der direkt betroffenen Menschen, zum anderen die dauerhaften Zerstörungen der ganzen Infrastruktur. Mit letztem ist auch verbunden, dass die Katastrophe für die Betroffenen nicht „vorbei“ ist: viele haben keine Wohnung mehr, viele leben in einer Art Rohbau, es fehlen an manchen Stellen immer noch elementare Dinge wie Heizungen. Und nun stehen Weihnachten und Silvester vor der Tür.

Als Landespsychotherapeutenkammer haben wir der Landespolitik in Rheinland-Pfalz, insbesondere gegenüber Gesundheitsministerium und Opferbeauftragtem, von Tag 1 an sehr deutlich kommuniziert: Bei dieser Katastrophe werden nicht die körperlichen, sondern die psychischen Verletzungen im Vordergrund stehen, und zwar bei sehr vielen Menschen und über eine lange Zeit. Diese Botschaft ist in der Politik auch angekommen und entsprechend berücksichtigt worden (siehe Artikel auf der nächsten Seite).

Unser Gesundheitssystem ist auf die Bewältigung einer solchen Katastrophe nicht angelegt. Auch die üblichen Mechanismen der PSNV greifen hier natürlich zu kurz. Defizite in sektoren- und institutionenübergreifender Kommunikation und Kooperation wurden deutlich.

Unsere Vertreterversammlung hat deshalb in einer Resolution aufmerksam gemacht auf die elementaren Herausforderungen, die eine Zunah-



Sabine Maur, Präsidentin der LPK RLP

me solcher klimabedingten Extremwetterereignisse mit sich bringen: Es müssen Ressourcen und Strukturen geschaffen werden, um eine angemessene Versorgung der betroffenen Menschen unmittelbar nach einem solchen Ereignis sowie mittel- und langfristig zu sichern. Die wichtigste und vordringlichste Präventionsmaßnahme zur Eingrenzung der Wahrscheinlichkeit klimabedingter Extremereignisse und ihrer gesundheitlichen Folgen liegt jedoch in einer konsequenten Klimapolitik. Es braucht eine sofortige und ernsthafte Intensivierung aller Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels durch die Politik.

Es grüßt Sie herzlich

Sabine Maur
Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer RLP

Letzte Vertreterversammlung der 4. Amtsperiode: Zwei Resolutionen

Am 23. Oktober 2021 trat die Vertreterversammlung der LPK RLP zur letzten Sitzung der 4. Amtsperiode zusammen. Diese fünf Jahre wurden von zwei Katastrophen geprägt: der Corona-Pandemie und der Flutkatastrophe im Ahrtal. Letztere ist Thema einer Resolution mit dem Titel „Flutkatastrophe in Rheinland-Pfalz“, die die Vertreterversammlung verabschiedete. Eine weitere verabschiedete Resolution trägt die Überschrift „Zu wenig Zeit für Psychotherapie in Kliniken“. Außerdem wurde in der Vertreterversammlung der Haushaltsplan für 2022 verabschiedet und der Regelbeitrag für 2022 festgesetzt. Die Beitragshöhe bleibt das 10. Jahr in Folge unverändert. Nähere Informationen und die **Resolutionen zum Download** unter [www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Aktuelle Informationen der LPK RLP](http://www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Aktuelle%20Informationen%20der%20LPK%20RLP).

Flutkatastrophe in Rheinland-Pfalz: LPK RLP startet Projekt „Soforthilfe Psyche“ – Ministerpräsidentin übergibt Bewilligungsbescheid

Die Flutkatastrophe in Rheinland-Pfalz hat massive Auswirkungen auf die Psyche der betroffenen Menschen. Um die psychotherapeutischen Hilfsangebote vor Ort in die Fläche zu bringen und zu verstetigen, hat die Kammer in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk „Soforthilfe Psyche“ einen Antrag zur Projektförderung „Angebot von Psychoedukationsgruppen und Fortbildungsgruppen im Ahrtal“ beim Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz gestellt. Die Landespsychotherapeutenkammer freut sich sehr, dass nun die Zusage des Ministeriums über die Bewilligung des Antrags und die Finanzierung des Projekts vorliegt. Am 3. Dezember wird Ministerpräsidentin **Malu Dreyer** bei einem Ortstermin im Ahrtal vor geladenen Gästen und der Presse offiziell den Bewilligungsbescheid überreichen. Nach einem Grußwort der Ministerpräsidentin wird Kammerpräsidentin Sabine Maur in einem Vortrag das Thema Traumatisierung fachlich einordnen.

Zielgruppen des Projekts sind sowohl die Betroffenen aller Altersgruppen als auch Fachkräfte in Verwaltungen, Rettungskräfte, Unternehmen, Schulen, Kindergärten und Jugendhilfe. Um die traumatischen Erlebnisse rund um die Flutkatastrophe besser verarbeiten zu können, fehlen den Betroffenen, aber auch den Helfer*innen häufig Informationen dazu, was sich hinter einem Trauma verbirgt und wie man am besten damit klarkommt. In den Gruppen soll gezielt über Traumafolgen informiert werden, da viele Betroffene und Helfer*innen unsicher sind, welche Reaktionen „normal“ sind und wann professionelle psychotherapeutische Hilfe hinzugezogen werden muss. Ziel des Projekts ist also auch die frühzeitige Identifizierung der Menschen, die dabei sind, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Die Psychoedukationsgruppen werden ausschließlich von approbierten Psychotherapeut*innen angeboten, die Inhalte werden auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse vermittelt.



Daniela Lempertz (Netzwerk „Soforthilfe Psyche“) und LPK-Präsidentin Sabine Maur im Ahrtal

Nach der Katastrophe hatte sich schnell herausgestellt, dass die Betroffenen überwiegend nicht körperlich, sondern vor allem psychisch beeinträchtigt sind. Doch die Psychotherapiepraxen sind auch hier überlastet, die Wartezeit auf einen ersten Psychotherapie-Termin beträgt in Rheinland-Pfalz in der Regel rund 20 Wochen – die Folgen der Corona-Pandemie haben die Situation verschärft. Es stellte sich also von Anfang an die Frage, wo die Flutopfer zeitnah Hilfe finden können, vor allem wenn sich die Psychosoziale Notfallversorgung nach wenigen Wochen aus dem Katastrophengebiet zurückziehen muss. Es fehlt an Strukturen und Anlaufstellen für solch eine Vielzahl von psychisch belasteten Menschen, zumal mit einer Zunahme psychischer Beschwerden zu rechnen ist. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz sah sich von Beginn an in der Verantwortung, ihren Beitrag zu einem strukturierten psychotherapeutischen Versorgungsangebot zu leisten und ist froh, dies nun durch die Bewilligung des Projektes verstärkt umsetzen zu können.

Erstellung von Informationsflyern

Um auch außerhalb des nun bewilligten Gruppen-Projektes Informationen über

psychische Belastungsreaktionen zu verbreiten, hat die Landespsychotherapeutenkammer gemeinsam mit dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit mehrere Flyer erstellt. Sie thematisieren die psychischen Folgen der Flutkatastrophe bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, insbesondere Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen sowie Angststörungen und nennen Anlaufstellen für Betroffene. Der erste veröffentlichte Flyer trägt den Titel „Folgen der Flutkatastrophe bei Kindern und Jugendlichen. Informationen und Hilfsangebote“.

Auch auf ihrer Homepage www.lpk-rlp.de und ihren Social-Media-Kanälen hatte die Kammer zügig Informationen zu psychischen Belastungen und psychosozialen Hilfen in mehreren Sprachen und für alle Altersgruppen bereitgestellt, außerdem wichtigen Informationen wie Hotlines und Links für Betroffene gesammelt.

Vermittlung von Therapieplätzen

Weiterhin ist zudem die Hotline geschaltet, die der Opferbeauftragte des Landes Rheinland-Pfalz mit Unterstützung der Landespsychotherapeutenkammer ins Leben gerufen hat. Mit

Hilfe dieser Hotline und einer Online-Plattform konnten bereits rund 80 Hilfesuchenden Psychotherapieplätze vermittelt werden. Die Liste der rund 200 Psychotherapeut*innen, die Betroffenen sofort psychotherapeutische Hilfe zukommen lassen können, erstellte die Kammer dank großer Hilfsbereitschaft ihrer Mitglieder und zügiger Koordination unmittelbar nach der Katastrophe.

Psychotherapeutische Erste Hilfe vor Ort

Parallel waren im Krisengebiet Mitglieder der LPK RLP auch spontan psychotherapeutisch aktiv: So gründete Kammermitglied Daniela Lempertz das erwähnte Psychotherapeut*innen-Netzwerk „Soforthilfe Psyche“ mit 60 bis 70 Psychotherapeut*innen aus den betroffenen Regionen. Diese leisteten vor Ort psychotherapeutische Erste Hilfe – in den ersten Tagen ehrenamtlich. Durch den engagierten Einsatz der Landespsychotherapeutenkammer gelang es, sich schnell mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) abzustimmen, so dass be-



Informationsflyer von LPK RLP und Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz

reits nach kurzer Zeit unbürokratische Abrechnungsmöglichkeiten geschaffen wurden.

Flankierende Öffentlichkeitsarbeit

Die berufliche Expertise der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen wurde infolge der Flutkatastrophe verstärkt von Medienvertreter*innen nachgefragt: Diese wandten sich an die LPK RLP, um sich die Auswirkungen einer solchen Tragödie auf die Psyche der Menschen von Psychotherapeut*innen erläutern zu lassen. So wurde die Kammerarbeit im Rahmen der Flutkatastrophe kontinuierlich flankiert von Zeitungsinterviews, Fernseh- und Hörfunkauftritten der Kammervorstandsmitglieder sowie der Öffentlichkeitsarbeit auf der Homepage, im Newsletter und den Social-Media-Kanälen der Kammer.

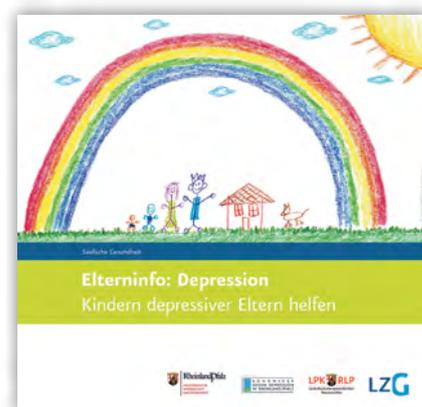
Eine Zusammenstellung der Medienbeiträge finden Sie unter www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Presse-und-Medienbeiträge.

Neue Broschüre von LPK RLP und LZG: „Elterninfo: Depression“ – Wie kann man Kindern depressiver Eltern helfen?

Etwa 500.000 Kinder in Deutschland haben ein Elternteil, das unter einer Depression leidet. Vielen Eltern fällt es schwer, mit ihren Kindern über die Erkrankung zu sprechen. Die LPK RLP und die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) haben gemeinsam – mit finanzieller Förderung des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz – eine Broschüre veröffentlicht, die Eltern darin unterstützen soll, ihre Depression nicht wie ein Tabu zu behandeln, sondern offen und einfühlsam mit ihren Kindern darüber zu reden. Die Broschüre mit dem Titel „Elterninfo: Depression. Kindern depressiver Eltern helfen“ listet außerdem viele hilfreiche Tipps und Unterstützungsangebote für Eltern mit Depressionen und ihre Kinder auf.

Denn die emotionale Belastung durch die Erkrankung der Eltern kann gravierende Auswirkungen auf die Kinder haben: Bei jüngeren Kindern kann sich die Sorge um die Eltern in Bauch- oder Kopfschmerzen ausdrücken. Manche Kinder zeigen schulische Probleme oder ziehen sich aus ihrem Freundeskreis zurück. Ein Teil der Kinder psychisch kranker Eltern entwickelt im späteren Leben ebenfalls psychische Belastungen. Die neue Broschüre möchte zeigen, wie sich das vermeiden lässt und wie Eltern ihren Kindern helfen können, mit der schwierigen Situation umzugehen.

„Kinder sind sehr feinfühlig und bekommen oft viel mehr mit, als ihre Eltern glauben. Sie spüren, dass es ihren Eltern nicht gut geht. Miteinander



Cover der neuen Broschüre von LPK RLP, LZG RLP und Ministerium

Reden hilft den Kindern, das Verhalten der Eltern einzuordnen und besser verstehen zu können. Je früher Kinder Unterstützung finden, desto größer ist ihre Chance, nicht zu stark selbst

psychisch belastet zu werden“, erklärt Sabine Maur, Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

Auf einer gemeinsamen Pressekonferenz von LPK RLP, LZG und rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium am 8. Oktober 2021 wurde die neue Broschüre vorgestellt. Die Pressekonferenz fand im Rahmen der **Woche der**

seelischen Gesundheit (8. bis 18. Oktober 2021) statt, die dieses Jahr unter dem Motto „Gemeinsam über den Berg – Seelische Gesundheit in der Familie“ steht. Die LPK RLP hat sich besonders darüber gefreut, dass auch **Dr. Denis Alt, Staatssekretär im Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit**, an der Pressekonferenz teilgenommen und einleitende Worte gesprochen hat. Die Deutsche Presseagentur **dpa** berichtete in dem Artikel „Kindern de-

pressiver Eltern helfen: Broschüre gibt Tipps“ über die neue Veröffentlichung. Der Artikel wurde am 8. Oktober 2021 von zahlreichen Medien publiziert, unter anderem von der Süddeutschen Zeitung, der ZEIT, der Saarbrücker Zeitung und dem Volksfreund.

Den Artikel finden Sie unter www.lpk-rlp.de/Aktuelles/Presse- und Medienbeiträge.

LPK RLP vertritt Interessen psychisch kranker Menschen im Vorstand der Zukunftsinitiative Rheinland-Pfalz (ZIRP)

Die LPK RLP vertritt nun die Interessen psychisch kranker Menschen auch im Vorstand der Zukunftsinitiative Rheinland-Pfalz (ZIRP). Rund 90 Persönlichkeiten, Unternehmen und Institutionen aus Wirtschaft, Politik, Wissenschaft, Kultur und Kirche sind Mitglied der ZIRP. Die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin **Malu Dreyer** ist stellvertretende Vorsitzende des Trägervereins der Initiative. Die 19. Mitgliederversammlung wählte LPK-Präsidentin **Sabine Maur** in den erweiterten Vorstand der ZIRP. Die Kammer freut sich sehr über die Wahl und schätzt sich glücklich, in diesem wichtigen Gremium den Fokus auf die psychische Gesundheit der Menschen in Rheinland-Pfalz lenken zu dürfen.



Das Mitgliederprofil der LPK RLP auf der Homepage der ZIRP

Die ZIRP ist Netzwerk, Impulsgeber und Standortinitiative. In zahlreichen Veranstaltungen werden Wissens- und Erfahrungstransfer zwischen Expert*innen, Entscheidungsträger*innen und der Öffentlichkeit gefördert. Im Dialog mit unterschiedlichen Akteur*innen werden

Strategien und Handlungsoptionen für wirtschaftliche, technische und soziale Entwicklungen erarbeitet, die für Rheinland-Pfalz prägend sein werden.

„Für eine starke, zukunftsfähige Gesellschaft ist es wesentlich, die psychische Gesundheit der Menschen in den Blick zu nehmen und zu fördern“, erläutert Sabine Maur. „Wir sind Mitglied in der ZIRP, weil wir unseren Beitrag dazu leisten wollen, gesellschaftlichen und ökologischen Risiken für psychische Erkrankungen vorzubeugen und die Versorgung für psychisch kranke Menschen in unserem Land zu verbessern. Dazu gehört auch die sinnvolle und patientenzentrierte Mitgestaltung der digitalen Transformation des Gesundheitswesens.“



(Foto: iStock/smileus)

Der Vorstand und die Geschäftsstelle der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wünschen allen Mitgliedern und Kolleg*innen eine schöne Weihnachtszeit und alles Gute für das neue Jahr!

Geschäftsstelle

Dieter-von-Isenburg-Straße 9–11
55116 Mainz
Tel.: 06131/93055–0
Fax: 06131/93055–20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de



pks

Psychotherapeutenkammer
des Saarlandes

Dankeschön für 20 Jahre Fakten und Tatsachen!

20 Jahre Psychotherapeutenjournal, was für ein schöner Anlass, ein paar kleine Streifzüge durch Gegenwart und Vergangenheit mit Hilfe der PTJ-Standordner im Regal zu machen!

Hier ein paar ausgewählte Fundsa-chen und Artikelüberschriften, die mir in der Rückschau besonders gut gefallen haben:

- „Die elektronische Gesundheitskarte und der Heilberufsausweis (engl. Health Professional Card) werden nicht so schnell ausgegeben werden, wie es sich das BMG gewünscht hat. Voraussichtlicher Start ist wahrscheinlich erst 2007.“ (PTJ 1/2006, S. 77)
- „Rettet den G-BA!“ (PTJ 4/2008, S. 357)
- „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten sich in vielen medizinethischen und sozia-ethischen Fragestellungen stärker engagieren.“ (PTJ 3/2014, S. 252)
- „In meinen Augen ist die starke Fixierung auf Verfahren ein Grundproblem oder ein Konstruktionsfehler der derzeitigen Psychotherapieausbildung in Deutschland – das ist international sicher einmalig.“ (PTJ 4/2015, S. 334)

Diese kleine Auswahl steht für Vieles, was ich am PTJ so schätze. Es bildet in fundierter Art und Weise die Breite des Diskurses und die Vielfalt der Themen ab, mit der unsere Profession sich befasst. Das PTJ verbindet seit

20 Jahren seriöse Presse- und Öffentlichkeitsarbeit mit hoher fachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz.

Und das

- von und für eine Berufsgruppe, die geprägt ist von großer Freude an kritischen und zuweilen sehr anstrengenden Diskussionen z. B. zum „richtigen Weg“ zur Approbation, zur Bedeutung von Richtlinienverfahren, zur eigenen Rolle im gesundheits-, sozial- und gesellschaftspolitischen Kontext oder auch zur Klimapolitik,
- in einer Zeit, in der psychische Erkrankungen immer häufiger werden und die Bemühungen um eine bessere Versorgung an Bedeutung gewinnen, während die seit den 1970er-Jahren geforderte Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen nur äußerst mühsam vorankommt,
- in einer medialen Landschaft, in der die bewusste Verbreitung falscher Behauptungen leichter denn je geworden ist, auch über Psychotherapie und über Psychotherapeut*innen; ganz oben auf der Liste steht z. B. seit Jahren: wir würden zu wenige oder die falschen Patient*innen behandeln.

Vielleicht kennen Sie „Brandolini’s law“, auch „Bullshit-Asymmetrie-Prinzip“ genannt? Es besagt, dass es um ein Vielfaches einfacher ist, Unsinn zu verbreiten, im Vergleich zu dem Aufwand ihn zu widerlegen (genannt nach dem gleichnamigen italienischen Informatiker, der es 2013 im Kontext einer

Fernsehdiskussion mit Silvio Berlusconi formulierte).

Ja, leider erfahren wir immer wieder, dass Unsinn ungleich überlebensfähiger ist als Fakten und Tatsachen. Was dagegen hilft, ist nur die regelmäßige und hartnäckige Verbreitung von geprüften und vertrauenswürdigen Informationen, auch wenn diese dem Bedürfnis nach schnellen und einfachen Antworten auf komplexe Fragen der Gegenwart nicht immer gerecht werden können.

Die Leugnung von Evidenz und das Negieren von Fakten gerade in unserem Bereich, der für Heilslehren und Stimmungsmache besonders anfällig zu sein scheint, ist seit 20 Jahren schwerer geworden.

Dafür danke ich ganz herzlich den Gründer*innen und kritischen Begleiter*innen des PTJ!

Irmgard Jochum
Präsidentin der Psychotherapeuten-
kammer Saarland



Irmgard Jochum

Kinderschutz in der Medizin

Die Psychotherapeutenkammer und die Ärztekammer luden am 27. Oktober 2021 gemeinsam zu einer Hybridveranstaltung „Kinderschutz in der Medizin“ in die Ärztekammer des Saarlandes ein.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm gab in seinem Vortrag Kinderschutz in der Medizin – Aufgaben, Herausforderungen und Schutz vor Gewalt in medizinischen Kontexten den Teilnehmenden einen umfassenden Überblick über den Stand der Umsetzung von Schutzkonzepten in medizinischen Institutionen und warb für eine weitere Verpflichtung zur Umsetzung von diesen in medizinischen Institutionen, auch in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen. Er ging intensiv auf die Problematik von sexueller, aber auch anderen Formen der Gewalt gegenüber Kindern in medizinischen Kontexten ein. Als Fazit hielt er fest, dass Arztpraxen, psychotherapeutische Praxen und das gesamte Gesundheitswesen eine aktive Rolle im Kinderschutz an diesen Orten spielen müssen, weil die Basisrate von Übergriffen überraschend hoch ist und weil Patient*innen besonders vulnerabel sind und in einem starken Abhängigkeitsverhältnis stehen.

Dr. Ulrike Hoffmann, Leitung der Arbeitsgruppe „Wissenstransfer, Dissemination, E-Learning“ an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm berichtete zum Forschungsstand von Online-Fortbildungsangeboten zu Themen des Kinderschutzes. Sie ging dabei speziell auf die Online-Fortbildungsangebote im Kontext der Saarland-Kinderschutzplattform ein. Aktuell wurden 17 weitere Projekte entwickelt sowie Projekte zur Verstetigung bestehender Kurse. Die Kursangebote der saarländischen Kinderschutzplattform zum Thema Kinderschutz umfassen sexuellen



V. l. n. r.: Susanne Münnich-Hessel (PKS), Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Dr. Ulrike Hoffmann, San.-Rat Dr. med. Josef Mischo (ÄKS) (Foto: aeksaar)

Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Entwicklung von Schutzkonzepten in Institutionen und Fortbildungen zum Thema Trauma, Trauma-Pädagogik und Traumatherapie. Auch Interessenten anderer Bundesländer können die Lernplattform nutzen. Für weitere Informationen darüber können Sie die Kinderschutz-Seite des Saarlandes nutzen:

www.kinderschutz-im-saarland.de.

Die Veranstaltung bedeutet einen weiteren Schritt in den vielfältigen Aktivitäten zur Prävention, Intervention und Aufarbeitung von sexueller Gewalt und Kindesmissbrauch aus dem Blickwinkel der beiden Kammern und damit auch der gemeinsamen Zusammenarbeit zum Schutz von Kindern Berufs-Geheimnisträger*innen, also auch unsere Profession, haben bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung aktiv auf die Inanspruchnahme von Hilfen bei den Eltern hinzuwirken. Sie haben dafür einen Rechtsanspruch auf Beratung durch eine sogenannte insoweit erfahrene Fachkraft. Gelingt es nicht, die Gefahr abzuwenden, sind wir befugt, das Jugendamt zu informieren.

Die Folien der Vorträge wurden freundlicherweise zur Verfügung gestellt und sind auf der Homepage der PKS abrufbar: www.ptk-saar.de/patienteninfo/kinderschutz

Susanne Münnich-Hessel
Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Saarland



Susanne Münnich-Hessel

Fortbildungsveranstaltung mit dem Kammerjustiziar zu Fragen des Berufsrechts

Die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes hat am 6. Oktober 2021 eine „Informationsveranstaltung zur Berufsordnung – (nicht nur) für Neumitglieder“ veranstaltet. Zunächst erläuterte der Justiziar der Kammer, Rechtsanwalt Manuel Schauer, die Rechtsquellen, die für die Berufsausübung der Kammermitglieder maßgebend sind: die im Saarländischen Heilberufekammergesetz und in der Berufsordnung der Kammer geregelten Berufspflichten, das im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelte Recht des Behandlungsvertrags, die Strafvorschriften zur Verschwiegenheit und zur sexualisierten Gewalt sowie die Vorschriften des Psychotherapeutengesetzes zur Erteilung der Approbation und zu ihrem Widerruf. Anschließend stellte der Referent in vier Themenbereichen – Aufklärung und Einwilligung vor allem bei der Behandlung Minder-

jähriger, Schweigepflicht, Dokumentation und Einsicht in die Patientenakte, Videosprechstunde – aktuelle Problemfälle vor, die sich auch in der Beschwerdepraxis widerspiegeln. Unter Beteiligung von Präsidentin Irmgard Jochum und Vizepräsidentin Susanne Münnich-Hessel wurden von den Teilnehmenden viele Fragen gestellt: Ist der Betrieb eines gemeinsamen Anrufbeantworters in einer Kooperationsgemeinschaft zulässig, welche Haftung trifft die Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft, muss ein Behandlungsvertrag schriftlich geschlossen werden, wie kann die Aufgabe einer Praxis angesichts der 10-jährigen Aufbewahrungspflicht der Patientenakten gestaltet werden? Am Ende waren sich alle einig: Fortbildung zu den rechtlichen Bedingungen der Berufsausübung ist sinnvoll und hilft, Sanktionen und Haftung zu vermeiden.

Die Veranstaltung soll im Frühjahr 2022 wiederholt werden.

Manuel Schauer
Justiziar der Psychotherapeuten-
kammer Saarland



Manuel Schauer

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Silke Wendels, Lisa Zender

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/954555-6
Fax: 0681/954555-8
kontakt@ptk-saar
www.ptk-saar.de

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Daniela Herbst

wie sich inzwischen gezeigt hat, ergeben sich durch die Pandemie nicht nur Einschränkungen, sondern auch Neuerungen, die wir langfristig nutzen können. So fand im August erstmals eine Fortbildungsveranstaltung der PKSH – der Norddeutsche Psychotherapeutentag – online statt. Die Resonanz für dieses Format, das es ermöglicht, zeitsparend und familienfreundlich Fortbildungspunkte zu sammeln, war positiv. Wir planen daher, auch zukünftig Veranstaltungen online durchzuführen. Wie wir außerdem

feststellen konnten, erleichtert das Online-Format auch Veranstaltungen, die der Vernetzung dienen. So konnte für September ein erstes Treffen von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen in Leitungsfunktion organisiert werden, von dem im Folgenden berichtet wird. Auch der PiA-Stammtisch soll zu-

künftig online stattfinden, um den Ausbildungsteilnehmer*innen eine zeiteffiziente Teilnahme zu ermöglichen.

Bei der Kammerversammlung im Oktober wurden u. a. der Kammerhaushalt und eine Sachverständigenordnung verabschiedet. Diese bildet die Voraussetzung für gutachterliche Tätigkeit durch Mitglieder der PKSH und soll der Qualitätssicherung in diesem Bereich, in dem viele weitreichende Entscheidungen getroffen werden, dienen. Weiteres im Bericht von Dr. Veltrup.

Mit Bedauern müssen wir außerdem berichten, dass ein Kollege und eine Kollegin, die bereits in der Gründungsphase der Kammer aktiv waren, Ämter niederlegten. Juliane Dürkop trat von ihrem Mandat in der Kammerversammlung und von allen weiteren Ämtern zurück. Lesen Sie aus diesem Anlass ein Interview zu ihrem Abschied von der Kammerarbeit. Heiko Borchers legte sein Amt als Kammerpräsident nieder, wird aber weiterhin Teil der Kammerversammlung und verschiedener Ausschüsse sein.

Der Vorstand der PKSH wünscht Ihnen ein schönes Weihnachtsfest und alles Gute für das kommende Jahr.

Daniela Herbst
 Vizepräsidentin

6. Norddeutscher Psychotherapeutentag der PKSH – Online

Den für 2020 geplanten und wegen der pandemischen Lage nicht durchgeführten Norddeutschen Psychotherapeutentag holte der neue Vorstand am 14. August 2021 nach.

Allerdings anders als in den Jahren zuvor hat sich der Vorstand für das Online-Format entschieden. Damit wollte der Vorstand den aktuellen Bedingungen gerecht werden und vielen Kolleg*innen so die Teilnahme an den Workshops mit einem sicheren Gefühl ermöglichen. Auch die relativ niedrige Teilnahmegebühr mit einem Regelbeitrag von 40,00 € und einem ermäßigten Beitrag von 15,00 € sollte an dieser Stelle erwähnt werden.

Natürlich hätte der Vorstand sehr gerne wieder einen persönlichen Austausch in einem netten Rahmen inklusive

Pausenimbiss durchführen wollen, aber leider gab es durch die Corona-Lage zu viele Ungewissheiten.

Die Themen der fünf Workshops waren breit gefächert, von „Psychotherapie von Schmerzpatienten“, „Berufsrechtliche Fallen vermeiden“ und „Vielfalt in der psychodynamischen Psychotherapie“ über „Psychotherapie mit an Schizophrenie erkrankten Menschen“ bis zu „Partnergewalt und Stalking“. Der Vorstand hat damit versucht, eine ausgewogene Mischung von Themen auszuwählen und diese durch tolle und sehr versierte Fachleute durchführen zu lassen. Das Angebot wurde sehr gut angenommen und mehrere Workshops waren ausgebucht.

An dieser Stelle möchte sich der Vorstand ganz herzlich bei den durchfüh-

renden Dozentinnen und Dozenten bedanken.

Leider gab es auch technische Probleme, die zu Beginn der Workshops zu teilweise sehr langen Verzögerungen geführt haben. Das war für alle Beteiligten mehr oder weniger nervenaufreibend. Für den Vorstand und für die Geschäftsstelle stellte es natürlich eine große Herausforderung dar, den Norddeutschen Psychotherapeutentag zum ersten Mal online durchzuführen. Es hat sich gezeigt, dass es auch mit guter Vorbereitung zu unvorhergesehenen Schwierigkeiten kommen kann.

Aber mit der Geduld der Teilnehmenden und der Professionalität der Dozentinnen und Dozenten konnten alle Workshops durchgeführt werden und die durchweg positiven Rückmeldun-

gen haben gezeigt, dass sich die Arbeit gelohnt hat.

Vorstand und Geschäftsstelle werden auch in den nächsten Jahren versu-

chen, weitere abwechslungsreiche und interessante Norddeutsche Psychotherapeutentage anzubieten, um damit ihrer Aufgabe nach dem Heilberufekammergesetz, „Fortbildungen zu fördern

und zu betreiben“ auch in Zukunft gerecht zu werden.

Haluk Mermer
Vorstandsmitglied

Standing Ovations und Sitting Silence – 57. Kammerversammlung der PKSH am 29. Oktober 2021

So etwas gibt es doch eigentlich gar nicht: In einer Sitzung zwei Präsident*innen zu verabschieden, eine ehemalige Präsidentin (Juliane Dürkop) mit Blumen und stehendem Applaus zu Beginn der Kammerversammlung und den aktuellen Präsidenten (Heiko Borchers) am Ende der Sitzung mit stiller Betroffenheit.

Im Mittelpunkt der Versammlung stand die Diskussion über den Haushaltsentwurf, der nach Vorbereitung durch den Geschäftsführer vom Vorstand eingebracht wurde. Vor dem Hintergrund der im Juni auf der Kammerversammlung verabschiedeten Beitragsgleichheit von angestellten und niedergelassenen Psychotherapeut*innen ergab sich eine leichte Reduzierung für die niedergelassenen Kolleg*innen und eine Steigerung des Beitrages für angestellte Psychotherapeut*innen von knapp 30,00 €. Zentraler Grund für die Notwendigkeit, die Einnahmen zu erhöhen, ist die geplante Einstellung einer Weiterbildungsreferentin bzw. eines Weiterbildungsreferenten (0,5 VK) ab Januar 2022. Dem Vorstand ist es wichtig, die Implementierung der mit der neuen Weiterbildungsordnung notwendigen neuen Strukturen und Prozesse durch eine

hauptamtliche Kraft zu erleichtern bzw. erst zu ermöglichen.

Der Finanzausschuss führte Einsparmöglichkeiten an und auch die KamOn Fraktion, vertreten v. a. durch den neuen Fraktionsvorsitzenden (Dr. Klaus Thomsen), plädierte engagiert für eine Reduzierung des geplanten Beitragssatzes und beschrieb die Möglichkeit, den Beitrag für 2022 durch entsprechende Reduzierung der Rücklagen auf dem aktuellen Niveau des Satzes für angestellte Mitglieder des Jahres 2021 zu halten bzw. ihn auf dieses zu senken. In diesem Zusammenhang wurde auch kontrovers diskutiert, ob die vom Vorstand vorgeschlagene Veranstaltung anlässlich des 20-jährigen Bestehens der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein im August 2022 angesichts der hohen Kosten wirklich sinnvoll bzw. notwendig sei.

Mit den Stimmen der DPtV-Fraktion und der anwesenden Vorstandsmitglieder wurde der vom Vorstand eingebrachte Haushaltsentwurf und die damit verbundene Beitragssatzung mehrheitlich befürwortet.

Einstimmig unterstützt wurde die neue Sachverständigenordnung, die nach

Inkrafttreten auf der Internetseite der PKSH eingesehen werden kann.

Herr Dr. Kraus, Vorsitzender des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes der PKSH, stellte den Geschäftsbericht 2020 des Versorgungswerkes vor. Der Beschluss über die Verwendung des Jahresüberschusses 2020 laut Gutachten des Versicherungsmathematikers ebenso wie die Entlastungen von Verwaltungsrat und Aufsichtsausschuss sowie die Wahl des Versicherungsmathematikers und Wirtschaftsprüfers für das Jahr 2021 erfolgten mehrheitlich bzw. einstimmig.

Heiko Borchers, der zu Beginn der Versammlung das Engagement von Juliane Dürkop im Rahmen des Aufbaus und der Gestaltung der PKSH, u. a. als langjährige Präsidentin, würdigte, beendete die Sitzung mit einer überraschenden persönlichen Erklärung, in der er über seine Erfahrungen in verschiedenen Funktionen in der Kammer berichtete, die nun zu der Entscheidung geführt hätten, sein aktuelles Amt als Präsident unverzüglich niederzulegen.

Dr. Clemens Veltrup
Vorstandsmitglied

Fazit des ersten Treffens Leitender Psychotherapeut*innen in Schleswig-Holstein

Sehr geehrte Kolleg*innen,

wir freuen uns sehr, dass unsere Einladung zu einem ersten Treffen „Ltd. Psychotherapeut*innen in Schleswig-Holstein“ auf so große Resonanz gestoßen ist.

Am 23. September 2021 fand das Treffen online statt. Es waren 20

Psychotherapeut*innen in Leitungsfunktion dabei. Vonseiten des PTI-Ausschusses waren Birte Ernst, Jan Albers und Dr. Claudia Overath bei der Durchführung des Treffens beteiligt. Weiterhin war als Experte für die Veränderungen im Bereich der Weiterbildung Dr. Clemens Veltrup mit einem Vortrag beteiligt.

Für uns und vermutlich auch für Sie interessant sowie positiv überraschend war, dass wir in unseren E-Mail-Verteiler bislang über 40 Ltd. Psychotherapeut*innen aus Schleswig-Holstein aufnehmen konnten.

Für Interessierte hier eine kurze inhaltliche Rückschau über das erste Treffen:

- Vorstellung des PTI-Ausschusses,
- Grußworte des Präsidenten der PKSH, Heiko Borchers,
- kurze Vorstellung aller Teilnehmer*innen,
- Vortrag von Dr. Clemens Veltrup, Mitglied des Vorstandes und des Fort- und Weiterbildungsausschusses der PKSH, zum Thema „Änderung der Weiterbildung zum PPT“ mit anschließender Fragerunde und Diskussion,
- Ausblick auf geplante Themen für kommende Treffen,
- Diskussion und Wünsche bzgl. zukünftiger Themen, wobei folgende Vorschläge eingebracht wurden: Möglichkeiten, Weiterbildungsstätte zu sein bzw. Weiterbildungsberechtigte*r, Stellenbezeichnungen, Tätigkeitsbeschreibung, MDK, MDK-Strukturprüfung, OPS-Codes, PPP-RL und Bezahlung von Leitenden Psychotherapeut*innen.

Wir planen ein weiteres Treffen voraussichtlich in 12/2021 oder 01/2022. Wir werden ein konkretes Datum und eine Tagesordnung an die uns bekannten Mailadressen schicken. Falls Sie sich angesprochen fühlen als Leitende oder Leitender Psychotherapeut*in aus Schleswig-Holstein und gerne auch auf die Mailing-Liste wollen, schicken Sie uns gerne eine Mail an: pti-ausschuss@pksh.de.

Der PTI-Ausschuss

Juliane Dürkop beendet ihre Kammertätigkeit

Juliane Dürkop ist im September von ihren Ämtern in unserer Kammer zurückgetreten. Zuletzt war sie die KamOn-Fraktionssprecherin in der Kammerversammlung. Von 2007 bis 2015 bekleidete sie das Amt der Kammerpräsidentin. Am 29. Oktober wurde sie vom Kammerpräsidenten Heiko Borchers und den Mitgliedern der Kammerversammlung ehrenvoll verabschiedet.

Juliane, im Herbst 1977, im Wintersemester 77/78 haben wir uns in Kiel das erste Mal getroffen. Das war die politisch-kulturell turbulente Zeit mit RAF, Punk, Hausbesetzungen und Anti-AKW-Bewegung. Was führte Dich damals zum Psychologiestudium?

Ich habe mich schon früh dafür interessiert, wie verschieden Menschen sein können, in welchen problematischen Situationen sie geraten und wie es dazu kommt. Deshalb habe ich mich dann für Psychologie entschlossen, weil ich die Vorstellung hatte, dass ich so anderen Menschen am besten helfen kann.

Warst Du bereits damals so gesellschaftspolitisch ambitioniert wie heute?

Ich konnte mich schon sehr früh über Ungerechtigkeit empören und habe die gesellschaftlichen Bedingungen hinterfragt. Mein Vater hat viel mit mir diskutiert und mich ermutigt, meine Meinung zu sagen. In meiner sehr konservativen Schule fiel ich dadurch etwas aus dem Rahmen, vor allem als Mädchen. Nur Meckern und Nichtstun kamen für mich



Dr. Klaus Thomsen (re.) interviewt Juliane Dürkop. (Foto: privat)

nicht infrage. Und selbstverständlich habe ich mich während des Studiums in der Fachschaft engagiert, wie Du auch.

Sahst Du seinerzeit auch schon Deine Zukunft als Psychotherapeutin?

Klar, wir haben als Studierende die Zusammenhänge gesellschaftskritisch hinterfragt, wir haben viel demonstriert und gestreikt. Die Psychotherapie haben wir in den gesellschaftlichen Kontext gestellt und z. B. diskutiert, ob die damalige klassische Verhaltenstherapie nicht die Anpassung an krankmachende Verhältnisse fördert. Aber mein berufliches Ziel war immer die Klinische Psychologie und dann auch die Psychotherapie.

Du hast Dich nach dem Studium in die Gesprächstherapie von Rogers vertieft und bist dem Ansatz bis heute treu geblieben.

Bereits im Studium konnte ich erste Kurse in klientenzentrierter Psychotherapie – wie es damals noch hieß – be-

legen. Der Person Centered Approach fasziniert und überzeugt mich bis heute: Vor allem das humanistische Menschenbild und die damit verbundene psychotherapeutische Haltung. Ich habe mich auch mit Hypnotherapie, Transaktionsanalyse und verschiedenen psychoanalytischen Verfahren befasst. Im Verlauf eines Berufslebens nimmt man sicherlich manche Methoden hinzu, aber der personenzentrierte Ansatz ist meine psychotherapeutische Heimat.

Bis heute bist Du auch dem BDP treu geblieben, der Verband, der vor dem Psychotherapeutengesetz 1998 lange die berufspolitische Dominanz innehatte und danach aber sehr viel Konkurrenz bekam.

Der BDP hatte bereits bei seiner Gründung 1946 ein Berufsgesetz als Ziel formuliert und dann diese Forderung in den siebziger Jahren mit dem Kampf um das Psychotherapeutengesetz weiterentwickelt. Der BDP ist bis heute als Berufsverband sehr sozialpolitisch und

reformerisch orientiert und kooperiert eng mit der Gewerkschaft ver.di, was mir sehr wichtig ist.

Ich bin bereits als Studentin zum BDP gekommen und habe regelmäßig die Mitgliederversammlungen besucht. Der langjährige Vorsitzende der Landesgruppe, Uli Kruse, hat einen großen Anteil daran, dass ich dabeigeblichen bin. Er hat mir ein berufliches Selbstbewusstsein vermittelt und mich ermutigt, Verantwortung zu übernehmen. Der BDP ist als Verband meine Heimat: Der fachliche Austausch, die vielen Anregungen, das bekomme ich nirgendwo anders. Als Psychologin (und Psychotherapeutin) bin ich häufig Einzelkämpfer(in), da ist der BDP mit seinen zahlreichen Angeboten beruflich unverzichtbar.

Wie siehst Du das Verhältnis von der Wissenschaft Psychologie zum neuen Studium der Psychotherapie?

Psychologie ist die Basis! Die Beteuerungen während des Reformprozesses müssen jetzt in der Praxis gehalten werden: Da ich regelmäßig Kontakt zu Studierenden habe, erlebe ich, dass das Studium weiterhin die wissenschaftlich-psychologischen Grundlagen bereits im Bachelor schafft. Und die Studierenden sind interessiert und begeisterungsfähig, das lässt mich optimistisch in die Zukunft blicken.

Nochmal einen historischen Schritt zurück: 1998 wurde nach über 20-jähriger politischer Vorarbeit das Psychotherapeutengesetz verabschiedet. Welche Wendung gab das Deinem Berufsleben?

Im Gegensatz zu vielen anderen, die damals über die Übergangsregelung die Approbation erhielten, habe ich nie eine KV-Zulassung angestrebt. Das Arbeiten im multiprofessionellen Team und einem institutionellen Rahmen liegt mir mehr. Deshalb hat sich praktisch zunächst nichts geändert.

Aber die Approbation hat mich in meinem beruflichen Selbstverständnis als Psychotherapeutin selbstbewusster gemacht. Das bis dahin auf uns psychotherapeutisch tätige PsychologInnen angewendete Heilpraktiker-Gesetz habe ich immer als Zumutung empfunden.

Von 2007 bis 2015 warst Du Präsidentin der PKSH, eine lange Zeit. Was war Dir wichtig, was bleibt?

Wir waren erfolgreich und konnten einige unserer Ziele umsetzen wie Kostenbewusstsein – die Beiträge konnten mehrfach gesenkt werden – mehr Sichtbarkeit in der Landespolitik und Repräsentanz aller Mitglieder. Wir haben die Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie skandalisiert und die bessere Vergütung der angestellten

PsychotherapeutInnen mit ver.di vorangetrieben. Und wir haben jüngere Kolleginnen und Kollegen für die aktive Kammerpolitik interessieren können.

Und es hat mir Freude gemacht, im Vorstand mit hochmotivierten Kollegen und Kollegin kollegial und loyal zusammenzuarbeiten.

Auf Bundesebene im Länderrat der BPTK gab es zunächst Gewöhnungsprobleme: die überwiegend männlich geprägte Runde des Länderrates hat es einer Präsidentin wie mir, die dem BDP angehört, nicht leicht gemacht. Umso erfreulicher war es, als wir Präsidentinnen und Vizepräsidentinnen – ja, nur die Frauen – uns verbändeübergreifend über einen respektvollen Kommunikationsstil innerhalb des Länderrates verständigen konnten und dies zu einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsatmosphäre und Versachlichung der Diskussion im Länderrat beitrug.

Du hast jetzt Deine Tätigkeit für die PKSH nach 19 Jahren beendet. Endet damit Deine (berufs-) politische Aktivität und/oder was kommt jetzt?

Ganz ohne ehrenamtliches Engagement wird es wohl nicht gehen. Ich bleibe weiter dem BDP aktiv verbunden und werde endlich mehr Musik machen. Und ich freue mich über mehr Zeit für die Familie.

Interview: Dr. Klaus Thomsen
Mitglied der Kammerversammlung

Gedenken

Wir gedenken des verstorbenen Kollegen:

Gefken, Reinhard
geb. 05.02.1958,
verst. 25.08.2021, Henstedt-Ulzburg

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/661199–0
Fax: 0431/661199–5
Mo. bis Fr.: 09.30–11.30 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), Prof. 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), apl.
Prof. 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

Matthias Schmid M. A., Redakteur (V.i.S.d.P.)
Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-26
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland,

Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

20. Jahrgang, Ausgabe 4/2021

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Bonifatius GmbH
33100 Paderborn

Manuskripte

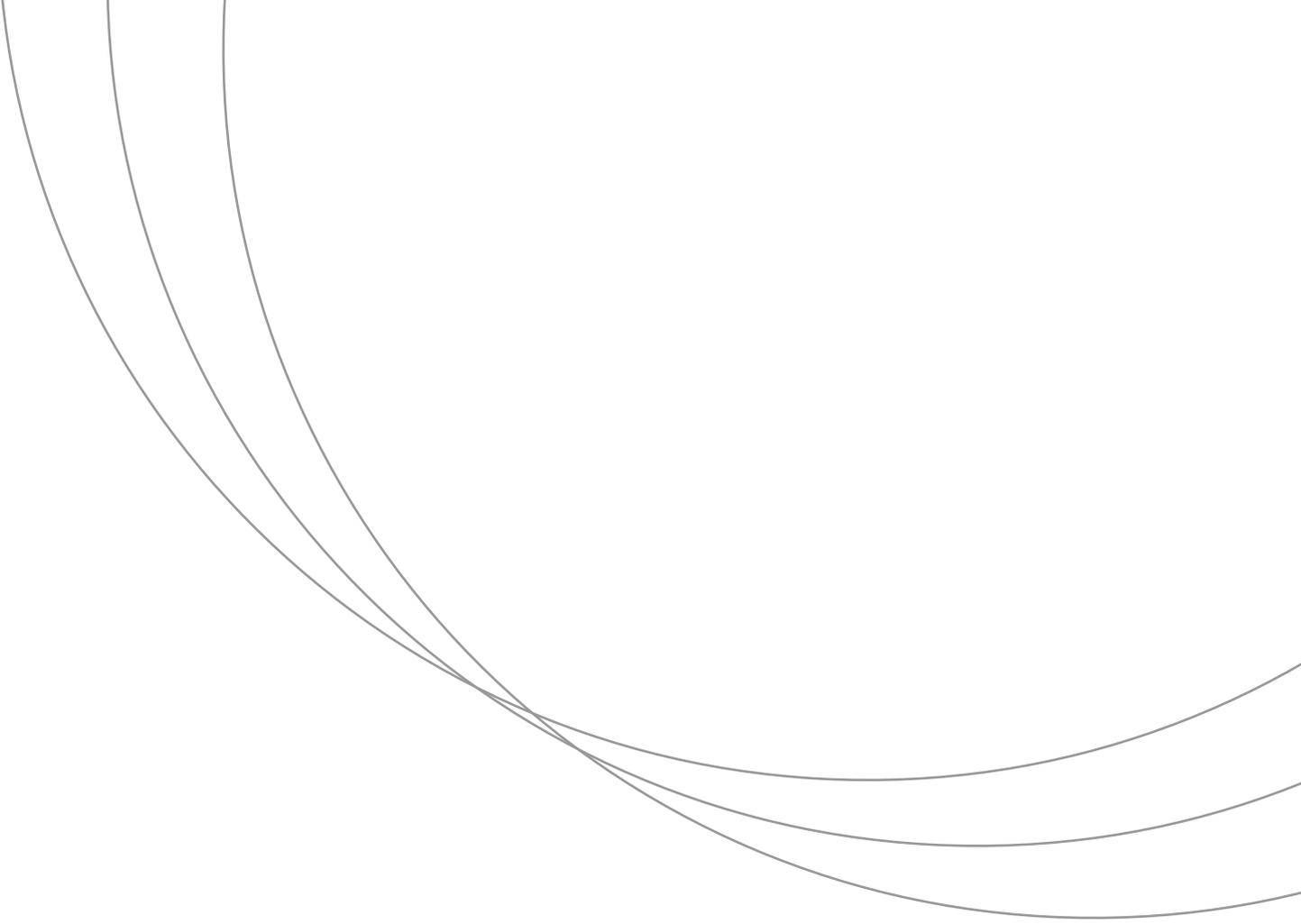
Einreichungsschluss für Ausgabe 2/2022 ist der 8. März 2022, für Ausgabe 3/2022 der 8. Juni 2022 und für Ausgabe 4/2022 der 6. September 2022. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (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.



www.psychotherapeutenjournal.de

++ Jubiläumsausgabe 20 Jahre PTJ ++