

Psychotherapeuten journal

- Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge – zur Diskussion um selbstbestimmtes Sterben und Suizid
- Internet-Memes in der Psychotherapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- Neue Störungsbilder der ICD-11:
Die Olfaktorische Referenzstörung und die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung
- Giganten der Psychologie und der Psychotherapie:
Zum Gedenken an Aaron T. Beck und Albert Bandura

Corrigenda

Auf S. 54 ist in einer früheren Fassung die Leserbrief-Verfasserin Frau Meyer-Enders vonseiten der Redaktion fälschlicherweise mit dem akademischen Grad „Dipl.-Psych.“ angegeben worden. Wir bitten, diesen Fehler zu entschuldigen.

Geschlechtersensible Sprache

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

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die neue Bundesregierung hat ihre Arbeit aufgenommen. Der Koalitionsvertrag umfasst 178 Seiten – vollgepackt mit ambitionierten Vorhaben für die nächsten vier Jahre. Die Belange unserer Profession werden dabei in vielfacher Hinsicht thematisiert:

Eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen soll initiiert werden. Die psychotherapeutische Bedarfsplanung soll reformiert werden, um Wartezeiten für einen Behandlungsplatz – insbesondere für Kinder und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten – deutlich zu reduzieren. Das wäre nun wirklich überaus erfreulich.

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung soll insbesondere für Patient*innen mit schweren und komplexen Erkrankungen sichergestellt werden. Auf die Entwicklung der Richtlinie zur Komplexversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dürfen wir gespannt sein. Denn wie so oft sind die Herausforderungen bei den kleinen Patient*innen deutlich komplexer. Im stationären Bereich will die Koalition für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung sorgen. Das würde sowohl für die Patient*innen als auch für die stationär tätigen Psychotherapeut*innen eine wesentliche Verbesserung darstellen, für die sich sowohl die BPTK als auch unsere Landeskammern seit Jahren intensiv einsetzen. Diese Vorhaben kann unsere Profession sicher frohen Herzens unterschreiben.

Das nächste Vorhaben löst da schon eher ein leichtes Ziehen in der Magengegend aus: In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sollen die Kapazitäten bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert ausgebaut



werden ... Droht nun zum wiederholten Male „gestuft und gesteuert“? Wir werden intervenieren, sobald die Freiheit unseres Berufsstands eingeschränkt zu werden droht.

Zu ausgeprägten Bauchschmerzen kann sich das Ziehen in der Magengegend jedoch vor allem durch die nicht adressierten Themen auswachsen. Das Ziel der Ausbildungsreform war es, den Rahmen für eine qualitativ hochwertige und moderne Aus- und Weiterbildung von Fachpsychotherapeut*innen zu schaffen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist nun eine auskömmliche Finanzierung der Weiterbildung unserer künftigen Kolleg*innen als logischer nächster Schritt unumgänglich. Es muss hier also dringend nachgearbeitet werden.

Positiv hervorzuheben ist, dass ein besonderes Augenmerk auf den Kinderschutz und die Auswirkungen sexueller Gewalt gelegt wird. Mit Modellprojekten soll die Entwicklung von Schutzkonzepten unterstützt werden. Ebenso sollen die länderübergreifende Zusammenarbeit in Kinderschutzfällen verbessert und einheitliche Standards für das fachliche Vorgehen entwickelt werden. Wir fordern dies schon seit Jahren und es ist erfreulich, dass unser Anliegen nun Gehör bei der aktuellen Regierung gefunden hat. Denn der Kinderschutz gehört zu den elementaren Aufgaben unserer Profession. Wir sind nun gefragt, unsere Expertise einzubringen und darauf hinzuwirken, dass Kinder vor sexueller Gewalt, Miss-



handlungen und Vernachlässigung besser geschützt werden und regulär eine entsprechende psychotherapeutische Versorgung angeboten bekommen.

Ein weiteres Thema wird auch im Jahr 2022 die Bewältigung der fortwirkenden Pandemiefolgen sein. Diese Feststellung im Koalitionsvertrag bezieht sich eher auf die wirtschaftlichen Auswirkungen. Die psychischen Folgen der Pandemie, insbesondere bei Kindern, Jugendlichen und deren Familien, sind wissenschaftlich sehr gut belegt und täglich im ambulanten und stationären Therapiealltag zu beobachten. Die Pandemie hat einerseits bei Kindern und Jugendlichen bereits vorhandene emotionale und soziale Schwierigkeiten wie ein Katalysator verstärkt und andererseits wirkt die pandemische Lage wie ein Brennglas auf die Probleme und Defizite im Versorgungssystem. Auch diese Themen gehören zu den Folgeproblematiken der Pandemie, die unbedingt angegangen werden müssen. Dies erfordert den Mut, neue Wege zu gehen und innovative Ideen zu entwickeln. Lassen Sie uns dies gemeinsam in Angriff nehmen, mit der Kreativität, Flexibilität, Ausdauer und dem Grundoptimismus, der uns als Profession ausmacht. In diesem Sinne bleibt uns nur noch, Ihnen unser aktuelles Heft – mit interessanten Originalia, Interviews und Rezensionen sowie der Fortsetzung des Jubiläumsteils zum 20-jährigen Bestehen unserer Zeitschrift – zur Lektüre ans Herz zu legen.

*Sabine Ahrens-Eipper &
Andrea Walter (OPK)
Mitglieder des Redaktionsbeirates*

Inhalt

Originalia

5

Jan Glasenapp & Tobias Teismann

Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Ein Diskussionsbeitrag zum Thema selbstbestimmtes Sterben und Suizid

Neben der Beschreibung aktueller Entwicklungen werden die Aspekte Fürsorge und Selbstbestimmung bei Sterbewünschen vorgestellt. Während es bei dem Aspekt der Fürsorge um die kontinuierliche Weiterentwicklung von Suizidprävention und geeigneten Interventionen geht, fordert der Aspekt der Selbstbestimmung die Schaffung von Rahmenbedingungen und eine professionelle Haltung, die bei gegebener Urteilsfähigkeit auch die respektvolle psychotherapeutische Begleitung von Menschen mit Sterbewünschen ermöglicht.

12

Michael Wöste

Memes in der Psychotherapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Memes sind bekannt als aktuelles Internetphänomen, vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Artikel wird eine theoretische Annäherung an das Phänomen vorgenommen und der Aufbau klassischer Memes erläutert. Weiterhin wird dargelegt, welchen Mehrwert ein Einbezug in die Psychotherapie haben kann und wie die Nutzung praktisch umsetzbar ist.

Serie

18

Anja Grocholewski

Die Olfaktorische Referenzstörung. Eine „neue“ Störung des Zwangsspektrums

Durch die Aufnahme der Olfaktorischen Referenzstörung in die ICD-11 wird der Eigenständigkeit dieses Störungsbildes zum ersten Mal Rechnung getragen. Im Artikel werden phänomenologische und epidemiologische Aspekte sowie die Geschichte der Diagnose ebenso vorgestellt wie Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen, Überlegungen zu einem Störungsmodell sowie Möglichkeiten zu Diagnostik und Behandlung.

24

Charlotte Markert, Sarah Golder & Rudolf Stark

Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung als neue ICD-11-Diagnose: Diagnostik und Psychotherapie

Der Artikel gibt einen Überblick über die neue ICD-11-Diagnose der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung. Das Erscheinungsbild der Störung, wissenschaftliche Diskurse und das I-PACE-Modell werden dargestellt und epidemiologische Befunde sowie Komorbiditäten zusammengefasst. Anschließend werden diagnostische Verfahren und empfehlenswerte verhaltenstherapeutische Interventionen beschrieben.

Nachrufe

31 *Georg W. Alpers*
Nachruf auf Albert Bandura (1925–2021): Gigant der Psychologie – Gigant der Psychotherapie

32 *Martin Hautzinger*
Zum Gedenken an Aaron T. Beck (1921–2021)

20 Jahre Psychotherapeuten- journal: Bilanz und Ausblick

33 *Heiner Vogel im Gespräch mit Ellen Bruckmayer*
„Eine hochwertige Versorgung sichern, die Vielfalt der Psychotherapie erhalten – das war und bleibt das Ziel“

40 *Manfred Thielen im Gespräch mit Mareke de Brito Santos-Dodt*
„Das Psychotherapeutenjournal soll den Blick über den Tellerrand des eigenen Verfahrens und Berufsfelds eröffnen“

44 **„Wie Sie uns sehen“. Eine Leser*innenbefragung zum 20-jährigen PTJ-Jubiläum (Teil 2)**

Interview

47 *Sabine Ahrens-Eipper im Gespräch mit Heike Rabe*
Wann und wie können Betroffene beim Fonds Sexueller Missbrauch Mittel für Psychotherapie beantragen?

Rezensionen

50 **Ein Zeugnis der Vielfalt und Dynamik einer neuen Bewegung**
Eine Rezension von Josef Berghold zu: Dohm, L., Peter, F. & van Bronswijk, K. (Hrsg.). (2021). Climate Action – Psychologie der Klimakrise. Handlungshemmnisse und Handlungsmöglichkeiten.

51 **Ein echtes Arbeitsbuch**
Eine Rezension von Jörg Hermann zu: Lenz, A. (2021). Ressourcen fördern. Mentalisierungsbasierte Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien (2., vollständig überarbeitete Auflage; Erstauflage: 2010).

52 **Ein Kompendium der Antidepressiva-Forschung**
Eine Rezension von Thorsten Padberg zu: Hengartner, M. (2021). Evidence-biased Antidepressant Prescription. Overmedicalisation, Flawed Research, and Conflicts of Interest.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

55	Bundespsychotherapeutenkammer	79	Hessen
59	Baden-Württemberg	83	Niedersachsen
63	Bayern	87	Nordrhein-Westfalen
68	Berlin	91	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
72	Bremen	94	Rheinland-Pfalz
75	Hamburg	98	Saarland
		102	Schleswig-Holstein
1	Editorial		
54	Leserbriefe		
105	Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern		
106	Impressum Psychotherapeutenjournal		
A1	Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages		
A14	Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages		

Hinweise:

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

Eine Teilaufgabe enthält einen Einhefter mit Amtlichen Verlautbarungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge

Ein Diskussionsbeitrag zum Thema selbstbestimmtes Sterben und Suizid

Jan Glasenapp & Tobias Teismann

*Es gibt nur ein wirklich ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord.
Die Entscheidung, ob das Leben sich lohne oder nicht,
beantwortet die Grundfrage der Philosophie.*
Albert Camus

*Nur wer frei ist und immer auch anders agieren könnte,
kann verantwortlich handeln.*
Heinz von Förster

Zusammenfassung: Psychotherapeut*innen befinden sich beim Thema selbstbestimmtes Sterben und Suizid in einem Spannungsfeld. Während bislang im Vordergrund der Behandlung der Aspekt der Fürsorge stand und demzufolge Sterbewünsche in aller Regel als Ausdruck von Suizidalität gesehen wurden, ist nicht erst seit dem entsprechenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts auch der Aspekt der Selbstbestimmung zu betonen und damit das Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Während es beim Aspekt der Fürsorge um eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Maßnahmen der Suizidprävention und geeigneter Interventionen für den Umgang mit Suizidalität geht, gilt es unter dem Aspekt der Selbstbestimmung geeignete Wege zur Überprüfung der Urteilsfähigkeit zu entwickeln, Rahmenbedingungen zu schaffen und eine professionelle Haltung einzunehmen, die eine respektvolle Begleitung von Menschen mit Sterbewünschen ermöglichen.

Ausgangspunkt: Zwei aktuelle Entwicklungen

Weltweit sterben jährlich 800.000 Menschen durch Suizid (Yip et al., 2021), alleine 2020 waren es in Deutschland 9.206 Menschen, durchschnittlich mehr als 25 Menschen am Tag (Statistisches Bundesamt, 2021). Erweiterte Zugangsmöglichkeiten zur Psychotherapie im ambulanten und stationären Bereich und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten haben zwar dazu beigetragen, Menschenleben zu retten und in den letzten Jahren und Jahrzehnten einen deutlichen Rückgang der Zahl der Suizide zu bewirken. Und doch sterben gegenwärtig mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen, Mord und Totschlag zusammen (vgl. *Teismann & Dorrman, 2021*).¹ Jeder Suizid berührt neben fachspezifischen Aspekten grundlegende ethische, juristische, spirituelle und philosophische Aspekte, woran das einleitende Zitat von Albert Camus erinnern soll.

Von jeher ist der Wunsch des Menschen, über den Zeitpunkt des eigenen Todes – aus ganz unterschiedlichen Gründen – selbst zu bestimmen, Gegenstand und Inhalt psychothera-

peutischer Behandlungen. Das Thema Suizidalität ist fester Bestandteil der Aus- und Weiterbildung, sowohl hinsichtlich des Erkennens als auch hinsichtlich angemessener Behandlungsmöglichkeiten.

Ausgangspunkt dieses Diskussionsbeitrages sind zwei gesellschaftliche Entwicklungen, die unsere Arbeit als Psychotherapeut*innen herausfordern und eine intensivierte Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid und selbstbestimmtes Sterben sowohl als Berufsgruppe als auch auf der individuellen Ebene erfordern. So werden Sterbewünsche nicht nur als mögliches Symptom einer psychischen Erkrankung angesehen, sondern sie können Ausdruck von Selbstbestimmung und Autonomie sein. In der Folge öffnet sich Psychotherapie und wird zu einem Raum, in dem auch Menschen mit Sterbewünschen in respektvoller Weise begleitet werden.

Die erste Entwicklung kann an einer aktuellen Initiative der European Society for the Study of Personality Disorders

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.

(ESSPD) festgemacht werden. In einer europaweiten Kampagne (ESSPD, 2021; Mehlum et al., 2020) wird darauf hingewiesen, dass infolge der zunehmenden Legalisierung des im englischsprachigen Raum sogenannten „euthanasia and physician-assisted suicide“ (EAS) in den entsprechenden europäischen Ländern assistierte Suizide zugenommen haben. Wurden diese Suizide ursprünglich mit unheilbaren somatischen Erkrankungen in Verbindung gebracht, nimmt die Zahl der Fälle zu, die in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen stehen, insbesondere Persönlichkeitsstörungen. Mehlum et al. stellen fest: „Wir würden behaupten, dass die Vorstellung von Persönlichkeitsstörungen als ‚unbehandelbare‘ Erkrankungen und ‚ohne Aussicht auf Besserung‘ auf veralteten Erkenntnissen über den Stand der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen beruht“ (2020, S. 6; Übersetzung durch die Autoren). Denn heute stehen eine Reihe von effektiven psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung (vgl. für die Borderline Persönlichkeitsstörung z. B. *Stoffers-Winterling et al., 2021*), auch und gerade in Ländern, die EAS legalisiert haben.

Die zweite Entwicklung kann an einem Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts festgemacht werden. Am 26. Februar 2020 hat der Zweite Senat in seiner wegweisenden Entscheidung das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck persönlicher Autonomie bestätigt. Dieses Recht sei vom Staat und der Gesellschaft zu respektieren. Es umfasse die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Dabei kann sich ein Spannungsfeld zu anderen verfassungsrechtlichen Schutzaspekten ergeben wie dem Schutz des Rechtsguts Leben. So wird herausgestellt, dass niemand verpflichtet werden kann, Suizidhilfe zu leisten. Auch wenn es in diesem Urteil insbesondere um die Verfassungswidrigkeit des in § 217 Abs. 1 StGB geregelten Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ging, hat es doch Auswirkung auf alle Gesundheitsberufe. In der Folge ist es zu einer breit angelegten Diskussion gekommen, die jedoch im Schatten der Corona-Pandemie stand (vgl. z. B. die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, DGPT, 2020). Verschiedene überparteiliche Gesetzgebungsiniciativen wurden Anfang 2021 eingebracht, um den § 217 neu zu regeln, jedoch in der alten Legislaturperiode nicht mehr zur Abstimmung gestellt. Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung vom 24. November 2021 wird begrüßt, „wenn durch zeitnahe fraktionsübergreifende Anträge das Thema Sterbehilfe einer Entscheidung zugeführt wird“ (SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN & FDP, 2021, S. 113).

Die ärztliche Berufsgruppe hat auf dem 124. Ärztetag im Mai 2021 den Satz „[Ärzte] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ aus dem Artikel 16 ihrer Musterberufsordnung gestrichen. Am 24. Juni 2021 hat die Bundesärztekammer (BÄK) in der Folge Hinweise zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen veröffentlicht (BÄK, 2021). Darin wird ausdrücklich die ärztliche Aufgabe betont, Leben zu erhal-

ten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Dann werden die sich in der Diskussion überschneidenden Begriffe geklärt: Für den angemessenen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen wird zunächst zwischen der erlaubten Behandlungsbegrenzung (früher: indirekte Sterbehilfe) und der weiterhin verbotenen Tötung auf Verlangen (früher: aktive Sterbehilfe) unterschieden. Bei der davon abzugrenzenden Hilfe zum Suizid als ärztlich assistiertem Suizid wird der rechtliche Handlungsrahmen von der Freiverantwortlichkeit des*der Suizidwilligen bestimmt. Liegt dem Suizidwunsch nicht Freiverantwortlichkeit zugrunde, z. B. bei mangelnder Einsichts- und Urteilsfähigkeit, in Folge von Zwang, Drohungen, Täuschung, oder besteht mangelnde innere Festigkeit und Zielstrebigkeit hinsichtlich des Suizidwunsches, bleibt das Zulassen des Suizides oder gar die Hilfe dabei strafbar. Die bloße „Hilfe bei einem freiverantwortlichen Suizid“ (ebd., S. A1430; Hervorhebung im Original) ist hingegen nicht zu belangen. Es ist ärztliche Aufgabe, Suizidalität und Todeswünsche zu besprechen, dies allein stellt keine Mithilfe beim Suizid dar. Als Tätigkeiten der Mitwirkung bei der Selbsttötung werden die „Unterstützung eines Suizidwilligen bei der konkreten Durchführung seiner Selbsttötung“ (ebd., S. A1431; Hervorhebung im Original) benannt, darunter konkrete Anleitung, Vermittlung von Organisationen zur Suizidhilfe, die Verordnung oder Überlassung eines Medikamentes oder die zielgerichtete Erstellung von Gutachten für Sterbehilfevereine. Schließlich wird betont, dass es sich in jedem Falle der ärztlichen Mitwirkung an einer Selbsttötung um individuelle Entscheidungen eines*einer einzelnen Ärzt*in handelt und keine Verpflichtung darauf bestehen darf.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat für die Hospizarbeit und palliative Versorgung Empfehlungen für den Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid erstellt (DGP, 2021), in denen differenziert die Hintergründe von Sterbewünschen dargestellt und weitergehende Hinweise gegeben werden.

Auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2021) hat sich des Themas angenommen. Vor dem Hintergrund der Neuregelungen zum assistierten Suizid wurden am 29. Juni 2021 in einem Round-Table-Gespräch die vielfältigen ethischen und berufsrechtlichen Aspekte diskutiert. Ein entsprechendes Positionspapier der BPtK ist in Vorbereitung.

Das Spannungsfeld von Fürsorge und Selbstbestimmung

Die beschriebenen Entwicklungen offenbaren ein grundsätzliches ethisches Spannungsfeld bei Sterbewünschen von Patient*innen, das das psychotherapeutische Handeln durchzieht. In der Muster-Berufsordnung der BPtK (2018) wird in § 3 Abs. 2 auf das aus dem medizinischen Bereich bekannte Georgetown-Mantra Bezug genommen. Beauchamp und Childress (2019) beschreiben darin vier ethische Grundprin-

zipien: a) das Prinzip der Autonomie und Selbstbestimmung, b) das Prinzip der Schadensvermeidung, c) das Prinzip des Patient*innenwohls und der Fürsorge sowie d) das Prinzip der (sozialen) Gerechtigkeit. Diese sind im individuell gegebenen psychotherapeutischen Handeln auszubalancieren.

Entsprechend dieser ethischen Grundprinzipien geht es beim Thema selbstbestimmtes Sterben und Suizid auf der einen Seite darum, das Leiden sterbewilliger Menschen zu reduzieren, verlorengegangene Verbundenheit wieder herzustellen und die Gefahr destruktiver Verhaltensweisen abzubauen, um Leben zu erhalten. Dafür ist es erforderlich, sich des Themas immer wieder anzunehmen und eine professionelle Haltung zu finden, wie *Teismann und Dormann* beschreiben: „Um der Ohnmachts- und der Allmachtsfalle zu entkommen bzw. Ängste und Hemmungen im Umgang mit suizidalen Personen abzubauen, ist es notwendig, die eigene Haltung suizidalem Verhalten gegenüber zu klären und sich mit diagnostischen und therapeutischen Methoden im Umgang mit Selbsttötungsabsichten vertraut zu machen“ (2021, S. 2).

Auf der anderen Seite des Spannungsfeldes geht es darum, in respektvoller Weise die Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen in Einklang mit ihren Grundrechten zu achten. Auch dies wird Teil der zu klärenden professionellen Haltung dem Thema gegenüber.

Die BPtK spricht bei dem Thema von dem Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Schutz. Die BÄK beschreibt es folgendermaßen: „Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Suizidwilligen ist dabei ebenso wichtig wie die Fürsorge für den suizidgefährdeten Menschen“ (2021, S. A1429). Für dieses Spannungsfeld gibt es keine einfachen Lösungen geschweige ein Rezept, die DGP stellt hierzu fest: „Für ethische Konflikte, die sich um die Suizidhilfe ergeben, wird es nicht immer eine Lösung geben, die für alle Beteiligten zufriedenstellend ist. Deshalb ist es (...) umso wichtiger, eine offene Diskussion zu fördern“ (2021, S. 14).

Fürsorge bei Sterbewünschen

Fürsorge ist eine der zentralen Berufsaufgaben von Psychotherapeut*innen. Demnach ist in § 1 Abs. 1 der Muster-Berufsordnung (BPtK, 2018) das Ziel festgeschrieben, „Krankheit vorzubeugen und zu heilen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten sowie Leiden zu lindern“.

Patient*innen, die sich in eine Psychotherapie begeben, haben dafür in aller Regel entsprechende Behandlungswünsche. Wenn sie gleichzeitig Suizid als Handlungsoption

wählen, stößt die beschriebene Fürsorge an ihre Grenzen. Sterbewünsche können wiederum viele, jeweils individuell zu prüfende Gründe haben, darunter schwere körperliche und als unheilbar geltende Krankheiten, die mit unerträglichen Schmerzen einhergehen, aber auch psychische Erkrankungen wie Demenz, die in ihrem Fortschreiten die Lebensqualität und selbstbestimmte Lebensführung mehr als einschränken, Suchterkrankungen, chronische schwere Depression, aber auch aktuelle Krisen und Verletzungen, in deren Licht das Leben unerträglich und aussichtslos erscheint. Ohne hier in die

— **Auf der einen Seite geht es darum, das Leiden sterbewilliger Menschen zu reduzieren, verlorengegangene Verbundenheit wieder herzustellen und die Gefahr destruktiver Verhaltensweisen abzubauen, auf der anderen Seite darum, in respektvoller Weise die Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen in Einklang mit ihren Grundrechten zu achten.** —

Tiefe gehen zu wollen, reichen die Gründe von einem psychotischen Erleben über impulsive und von hochgradiger Emotionalität gekennzeichnete bis hin zu rationalen, reflektierten und bilanzierten Gründen. Dementsprechend zeigt sich Suizidalität auch ganz unterschiedlich, in Form einer distanzierten Beschäftigung mit dem Tod und dem eigenen Lebensende, in Form vorübergehender Ruhewünsche, in Form von suizidaler Handlungsabsicht und der Planung, Vorbereitung und Durchführung suizidaler Handlungen.

Die Begegnung mit Menschen mit Sterbewünschen stellt für Psychotherapeut*innen eine große Herausforderung dar. Sie berühren uns in ihrer Not und Verzweiflung und erschrecken uns manchmal in ihrer Radikalität. Grundsätzlich wird dem Thema hohe Bedeutung beigemessen und das Erheben von akuter Suizidalität ist fester Bestandteil der Anamnese wie auch vorausgehender Suizidversuche oder Lernerfahrung im Zusammenhang mit Suiziden im sozialen oder medialen Umfeld. Häufig wird Suizidalität zur Indikation für eine stationäre Behandlung.

Eine mögliche psychotherapeutische Grundhaltung im Umgang mit Suizidalität kann in dem beispielhaften Zitat von Marsha Linehan (1996, S. 95) zusammengefasst werden, „dass die DBT alle suizidalen Verhaltensweisen als unangemessenes Problemlöseverhalten interpretiert. Im Gegensatz zum Therapeuten, für den dieses Verhalten das zu lösende Problem darstellt, sieht die Patientin suizidales Verhalten häufig nicht als Problem an, sondern als Lösung.“

Aus psychotherapeutischer Sicht kann Suizid keine adäquate Lösung psychischer Probleme sein. Für eine adäquate Bearbeitung dieser Probleme ist es vielmehr erforderlich, Patient*innen abzuverlangen, auf die Möglichkeit ihres Suizides, zumindest zeitlich befristet, zu verzichten.

Nicht nur die psychischen Erkrankungen, die mit suizidalen Gedanken und Suizidabsichten einhergehen, lassen sich auf vielfältige Weise effektiv behandeln, mittlerweile gibt es umfassende psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten für die Suizidalität als solche (vgl. zum Überblick *Teismann & Gysin-Maillart, 2022*), darunter spezifische Ansätze wie die auf suizidales Verhalten zugeschnittene Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1996), die kognitiv-verhaltenstherapeutische Kurzbehandlung (*Bryan & Rudd, 2018*) oder das Kurzprogramm nach Suizidversuchen (ASSIP; *Gysin-Maillart, 2021*).

Dabei können spezifische Interventionen das akute Suizidrisiko reduzieren helfen, darunter Krisenintervention, die Begrenzung des Zugangs zu letalen Mitteln, Notfallpläne oder Non-Suizid-Verträge. In einem psychotherapeutischen Prozess können darüber hinaus ungünstige Annahmen und Überzeugungen bearbeitet und reduziert werden, wie die mit Suizidalität einhergehende Hoffnungslosigkeit, die Einschätzung, für andere Menschen eine Belastung zu sein, sowie der erlebte Verlust von Zugehörigkeit und Verbundenheit. Ziel in diesem Prozess ist, in Anlehnung an das Motivational Interviewing, die mit Sterbewünschen einhergehende Ambivalenz aufzude-

— Trotz guter Vorbereitung in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung verlangt das Thema Suizidalität von allen Psychotherapeut*innen eine regelmäßige Aktualisierung des Wissens und der Behandlungsmöglichkeiten.

cken und in Richtung einer Entscheidung für das Leben aufzulösen (vgl. *Teismann et al., 2016*).

Trotz guter Vorbereitung in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung verlangt das Thema Suizidalität von allen Psychotherapeut*innen eine regelmäßige Aktualisierung des Wissens und der Behandlungsmöglichkeiten. Aktuell wird eine S3-Leitlinie zum Umgang mit Suizidalität unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), gefördert durch den Innovationsfonds und unter Beteiligung der BPTK entwickelt.

Die Fürsorge verpflichtet uns Psychotherapeut*innen, sowohl auf Ebene der Berufsgruppe als auch auf individueller Ebene, alle gebotenen Maßnahmen zu ergreifen, Suizide von Patient*innen zu verhindern. In § 8 Abs. 4 der Muster-Berufsordnung (BPTK, 2018) heißt es hierzu: „Gefährdet eine Patientin oder ein Patient sich selbst oder andere oder wird sie oder er gefährdet, so haben Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischen Schweigepflicht, Schutz der Patientin oder des Patienten, Schutz von Dritten und dem Allgemeinwohl abzuwägen und gegebenenfalls Maßnahmen zum Schutz der Patientin oder des Patienten oder Dritter zu

ergreifen“. Dies beinhaltet u. a. die Aufklärung über Möglichkeiten von Psychotherapie zur Behandlung von der Suizidalität zugrunde liegenden psychischen Erkrankungen, die Beteiligung an Maßnahmen zur Suizidprävention und die an Leitlinien orientierte Bearbeitung von Suizidalität. Sofern nicht bereits geschehen, sollte die Kooperation mit (Fach-)Ärzt*innen zur Einleitung weitergehender Behandlungsoptionen gesucht werden. Zur Not muss hier auch eine gegebenenfalls unfreiwillige Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) in Erwägung gezogen werden.

Es ist zu wünschen, dass die vielfältigen Kompetenzen von Psychotherapeut*innen in den zu verabschiedenden Gesetzentwürfen zur Sterbehilfe Berücksichtigung finden, vor allen Dingen mit ihrer Kompetenz in der Behandlung psychischer Erkrankungen und damit der Reduzierung eines der wesentlichen Gründe für Suizid.

Selbstbestimmung bei Sterbewünschen

Nicht nur die Fürsorge, auch der Respekt vor der Selbstbestimmung und Autonomie von Patient*innen ist ein zentrales ethisches Prinzip, das psychotherapeutisches Handeln leitet und in der Muster-Berufsordnung festgehalten ist. So sehr wir im Alltag vielleicht auch ins Zweifeln kommen mögen: es gibt keine richtige oder falsche Selbstbestimmung. Sicherlich mag es Zweifel daran geben, auf welcher Informationsgrundlage Menschen

ihre Entscheidungen fällen, doch der Grundsatz der Selbstbestimmung ist untrennbar mit dem in liberalen Gesellschaften besonders bedeutenden Wert personeller Freiheit verknüpft. Nur in der Ausübung dieser Freiheit findet Verantwortungsübernahme statt, woran das einleitende Zitat von Heinz von Förster erinnern soll. Daher ist es bedeutsam, wenn das Bundesverfassungsgericht daran erinnert, dass das Recht auf Selbstbestimmung zwar neben anderen Rechtsgütern steht und dennoch die Achtung verlangt „vor dem grundlegenden, auch das eigene Lebensende umfassenden Selbstbestimmungsrecht desjenigen, der sich in eigener Verantwortung dazu entscheidet, sein Leben selbst zu beenden, und hierfür Unterstützung sucht“ (BVerfG, 2020, Leitsatz 3 b).

Das Bundesverfassungsgericht bindet dieses Selbstbestimmungsrecht jedoch an das Kriterium der Freiverantwortlichkeit. Diese beinhaltet a) die Fähigkeit des Sterbewilligen, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können, b) die Kenntnis von allen entscheidungserheblichen Gesichtspunkten, insbesondere der Handlungsalternativen zum Suizid und der Folgen seiner möglichen Handlungen, c) die Abwesenheit von Zwang, Drohung oder Täuschung oder einer anderen Form der unzulässigen Einflussnahme

und d) die Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches, die sich in einer „gewissen Dauerhaftigkeit“ und „inneren Festigkeit“ dieses Wunsches ausdrückt (vgl. BÄK, 2021, S. A1429 f.).

Wesentlich dabei ist, ausschließen zu können, dass der Entschluss zum Suizid auf einer vorübergehenden Lebenskrise oder aktuellen Stimmungslage beruht oder vorschnell und unüberlegt getroffen bzw. von Ambivalenz begleitet wird. Aus psychologischer Sicht sind also wichtige Kriterien die Stabilität und Internalität des Sterbewunsches.

Der Fokus auf akute psychische Störungen weist darauf hin, dass nicht grundsätzlich das Vorhandensein einer psychischen Störung die Entscheidungsfreiheit einschränkt, sondern spezifische (vorübergehende) Symptome, wie beispielsweise psychotisches Erleben oder Reaktionen auf akute Krisen. Rengier (2021, S. 213) stellt hierzu fest: „Die psychische Erkrankung als solche schließt freiverantwortliches Handeln nicht aus. Vielmehr muss sie die Einsichts- und Urteilsfähigkeit so stark beeinträchtigen, dass der Suizidwillige die Tragweite seiner Entscheidungen nicht mehr erfasst“. Vielmehr stellt für Menschen mit psychischen Erkrankungen das Verwehren des Rechts auf Sterbehilfe eine Diskriminierung dar (Richter, 2021).

Implikationen für psychotherapeutisches Handeln

Selbst wenn deutlich betont wird, dass niemand zur Sterbehilfe verpflichtet werden kann, hat die Berücksichtigung der Selbstbestimmung auch bei Sterbewünschen doch grundsätzliche Folgen für das psychotherapeutische Selbstverständnis einerseits und das psychotherapeutische Handeln andererseits.

Für psychotherapeutische Behandlungen folgt daraus die Notwendigkeit, die Frage zu beantworten, wann selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck persönlicher Autonomie endet und Suizidalität als Symptom einer akuten und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung beginnt, bzw. die sich aus der Schnittmenge beider Aspekte ergebende Unsicherheit zu reduzieren.

Dafür sind die genannten Kriterien von Freiverantwortlichkeit und Urteilsfähigkeit in der psychotherapeutischen Behandlung sorgfältig abzuklären und zu dokumentieren, was nicht erst für festzustellende Sterbewünsche gilt. Gerade im Verlauf psychotherapeutischer Behandlungen besteht gute Einsicht in biografische Aspekte, familiäre Verstrickungen, aber auch Schuld- und Belastungserleben, was helfen kann, die Begrenzung von Freiverantwortlichkeit durch eine psychische Erkrankung einzuschätzen.

Darüber hinaus können standardisierte Hilfsmittel genutzt werden, beispielsweise das von Thomas-Hund (2021) vorgestellte „U-Doc-Formular zur Evaluation und Dokumentation

der Urteilsfähigkeit“, das von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften entwickelt wurde. Thomas-Hund (ebd.) beschreibt in hilfreicher Weise Besonderheiten der Beurteilung von bestimmten Personengruppen wie Kindern und Jugendlichen oder Menschen mit geistiger Behinderung. Grundsätzlich, so ihre Feststellung, ist jedoch von gegebener Urteilsfähigkeit auszugehen und nur bei begründeten Zweifeln diese dann vertieft zu überprüfen.

Da die Einschätzung der Urteilsfähigkeit bei existentiellen Fragen für Einzelne zu einer Herausforderung an der Grenze zur Überforderung werden kann, sind als weitere Hilfsmittel der Evaluation kollegiale Intervention und Supervision zu nennen. Aufgrund der Tragweite entsprechender Entscheidungen können auch Ethik-Kommissionen eine Unterstützung darstellen.

Die Freiheit und die Achtung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben kann dann im weiteren Verlauf der therapeutischen Auseinandersetzung mit Sterbewünschen freiverantwortlicher Menschen dazu führen, die Umsetzung des Sterbewunsches mit den jeweiligen Konsequenzen zu erörtern und unter Rückgriff auf Strategien des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2015) zu klären. Es kann beinhalten, offen zu sein für Gespräche mit (ärztlichen) Mitbehandler*innen und gegebenenfalls Angehörigen. Es kann beinhalten, Hinweise über unterschiedliche Sterbemethoden zu geben, z. B. den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (Sterbefasten, vgl. die Empfehlungen der DGP, 2021), oder Hinweise auf freiverkäufliche Selbsthilfeleratur und Sterbehilfevereine. „Schlichte Hinweise“ (BÄK, 2021, S. A1431) stellen dabei entsprechend den Aussagen der Bundesärztekammer keine Mitwirkung am Suizid dar, solange sie nicht zur konkreten Anleitung bzw. Vermittlung werden.

Die psychotherapeutische Fürsorge kann schließlich in sorgfältig geprüften Einzelfällen beinhalten, freiverantwortliche Menschen mit Sterbewünschen mit psychotherapeutischen Methoden auf ihrem Weg zum selbstbestimmten Sterben zu begleiten und ihnen bei Bedarf erforderliche Befunde auszustellen. Dies bedeutet, sie als Menschen nicht aufzugeben, solange sie am Leben sind.

Ausblick

Es ist zu wünschen, dass Psychotherapie allen Menschen offensteht, auch und gerade Menschen mit Sterbewünschen. Es ist wichtig, Patient*innen mitsamt ihren gegebenen Sterbewünschen willkommen zu heißen, um diese bearbeiten zu können.

Dies erfordert im erweiterten Sinne eine barrierefreie Psychotherapie, bei der Sterbewünsche nicht zu Barrieren werden, sei es aus Angst der Patient*innen, sich im Angesicht unkontrollierbarer Konsequenzen zu öffnen, sei es aus Angst der Psychotherapeut*innen vor unkontrollierbaren Konsequenzen ihrer Behandlung. Ein Anflug von Tabuisierung oder

Verurteilung kann dazu führen, dass Menschen ihre Sterbewünsche mit sich selbst ausmachen oder sich anderen, weniger vertrauenswürdigen Informationsquellen zuwenden. Der Respekt vor der Freiheit und Selbstbestimmung eines Menschen wird dann zu einem Band der Verbundenheit, das wir Psychotherapeut*innen nicht vorschnell trennen sollten. Denn der Verlust an Verbundenheit wird schließlich das Risiko für suizidale und andere destruktive Handlungen erhöhen.

Respekt und Anerkennung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben begünstigen einen Raum, entsprechende Wünsche und ihre Gründe offen zu besprechen, so wie dies von der Bundesärztekammer (BÄK, 2021) gefordert und von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, 2021) empfohlen wird. Das Explorieren der Gründe ermöglicht Entscheidungen über Freiverantwortlichkeit und gegebenenfalls vorhandene Einschränkungen der Urteilsfähigkeit. Dieser Prozess ist daher, wie beschrieben, sorgfältig zu dokumentieren und durch entsprechende Hilfsmittel zu evaluieren. Abklärung

— In einer wahrhaft barrierefreien Psychotherapie sollten Sterbewünsche nicht zu Barrieren werden, sei es aus Angst der Patient*innen, sich im Angesicht unkontrollierbarer Konsequenzen zu öffnen, sei es aus Angst der Psychotherapeut*innen vor unkontrollierbaren Konsequenzen ihrer Behandlung.

von Suizidalität im Rahmen der Anamnese wird zukünftig mehr als gegenwärtig die Abklärung der Urteilsfähigkeit beinhalten. Dies erfordert neben der Weiterentwicklung geeigneter Hilfsmittel eine entsprechende Berücksichtigung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Wir handeln in der (ambulanten) Psychotherapie unethisch, wenn die Behandlung an die Negierung des Sterbewunsches gekoppelt wird oder Patient*innen mit Sterbewünschen grundsätzlich in die stationäre Behandlung überwiesen werden. Genauso wenig handeln wir ethisch, wenn wir Sterbewünsche und destruktive Exit-Strategien dysfunktional verstärken (vgl. Linehan, 1996, S. 367 f.).

Die Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld von Fürsorge und Selbstbestimmung verstärkt dabei nicht Unsicherheit, sondern schafft vielmehr die erforderliche Flexibilität, um die mit Sterbewünschen einhergehende Ambivalenz nachhaltig begleiten und sie gegebenenfalls sogar fördern zu können. Nur auf der Basis eines Spannungsfeldes können individuelle Entscheidungen im Grenzbereich von Normen gefällt werden, beispielsweise bei Sterbewünschen von Jugendlichen oder bei Sterbewünschen von chronisch psychisch erkrankten Menschen, die sich beispielsweise gegen spezielle Behandlungsmaßnahmen wie die Elektrokrampftherapie (EKT) entscheiden. Die Praxis ethischen Handelns bei Sterbewünschen kann nur innerhalb der therapeutischen Beziehung und

innerhalb der Dynamik des beschriebenen Spannungsfeldes stattfinden. Dies beinhaltet Respekt und Aufklärung wie auch Hinterfragen und klare Positionierung, in den Worten von *Böhning* (2021, S. 163) wäre es „ein ‚Würde- und Autonomieverbrechen‘, würden wir diese Art der Resonanz verweigern und uns dieser Beziehung völlig entziehen“.

Doch auch in Spannungsfeldern werden Grenzen erreicht. Es bleibt abzuwarten, wie die Gesetzgeber das Thema Sterbehilfe regeln werden, doch unabhängig davon werden Psychotherapeut*innen generell mit ethischen Fragen konfrontiert, die sich trotz Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Intervention und Supervision nicht klären lassen. In diesen Fällen können Ethik-Kommissionen in den Kammern unterstützend wirken.

Zum Abschluss noch ein Exkurs: Im Feld der Behindertenhilfe wurde das Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge in der Vergangenheit bereits intensiv diskutiert. In grober Zusammenfassung dieser Diskussion kann festgehalten werden, dass die Fürsorge für behinderte Menschen systematisch zu einer Einschränkung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten geführt hatte, Keupp sprach in diesem Zusammenhang von einer „fürsorglichen Belagerung“ (1992), die nur durch die Stärkung von Empowerment und Selbstbestimmung abgebaut werden kann. Die Fürsorge kann dabei so

stark mit dem Selbstverständnis von Helfenden verbunden sein, dass sie zu ihrem Habitus wird (vgl. Gröschke, 2004). Das mit der impliziten Fürsorge einhergehende Handeln kann in der therapeutischen Beziehung zu einer Einschränkung von Freiheitsrechten führen und damit zu einer Beschränkung von Verantwortungsübernahme. Vielleicht bietet gerade das Thema selbstbestimmtes Sterben für das Feld der Psychotherapie die Chance, die ethischen Prinzipien von Fürsorge und Autonomie neu zu justieren.

Es ist zu hoffen, dass in Zukunft Psychotherapeut*innen weiterhin Patient*innen mit Suizidalität fachlich fundiert und angemessen begleiten und gemeinsam mit ihnen daran arbeiten, Suizidalität zu reduzieren.

Außerdem ist zu hoffen, dass in Zukunft Psychotherapeut*innen auch Patient*innen mit Sterbewünschen auf ihrem Weg zum selbstbestimmten Sterben begleiten können im Bewusstsein, dass freiverantwortliche Menschen auch mit psychischen Erkrankungen unseren Respekt, unsere Fürsorge und Anteilnahme verdienen, solange sie am Leben sind.

Schlussfolgerungen

Für die Berufsgruppe und ihre berufspolitischen Vertreter*innen sollte das weitere Bestreben darauf gerichtet sein,

- sich weiterhin aktiv dafür einsetzen, auf die Behandelbarkeit psychischer Erkrankungen hinzuweisen und Wege in die Psychotherapie aufzuzeigen,
- sich aktiv an Maßnahmen zur Suizidprävention in der Gesellschaft zu beteiligen,
- sich aktiv in die Gesetzgebungsverfahren um die Sterbehilfe einzubringen und beispielsweise auf psychotherapeutische Kompetenzen in zukünftig zu schaffenden Beratungsstellen für Sterbewillige hinzuwirken,
- Ethik-Kommissionen in den Kammern einzurichten, die bei Bedarf Kolleg*innen in ihren Entscheidungen unterstützen, und
- die aktuellen Regelungen der Berufsordnung dahingehend zu überprüfen, ob sie sich im Einklang mit der höchststrichterlichen Rechtsprechung befinden und das beschriebene Spannungsfeld hinreichend berücksichtigen.

Für Psychotherapeut*innen im Speziellen ergibt sich in Konsequenz die Aufgabe,

- sich in den fachlichen Möglichkeiten fort- und weiterzubilden, Suizidalität und ihre Hintergründe zu erkennen, zu behandeln, konkrete Suizidrisiken einzuschätzen und Suizidprävention zu leisten,
- die eigene Haltung gegenüber Sterbewünschen zu klären und hierfür auch auf Möglichkeiten der Selbsterfahrung zurückzugreifen,
- sich offen der Sterbewünsche ihrer Patient*innen anzunehmen und deren Gründe in einer vertrauens- und respektvollen Weise zu erörtern, im Falle gegebener Sterbewünsche von Patient*innen sorgfältig zwischen Suizidalität als Symptom einer akuten psychischen Erkrankung und selbstbestimmtem Sterbewunsch als Ausdruck persönlicher Autonomie abzuwägen und hierfür in geeigneter Weise die Urteilsfähigkeit und Freiverantwortlichkeit einschätzen zu können, ohne dass es zu einer verfassungswidrigen Beschneidung von Grundrechten ihrer Patient*innen kommt,
- relevante Entscheidungen sorgfältig zu dokumentieren und mit geeigneten Hilfsmitteln inklusive kollegialer Intervention, Supervision und gegebenenfalls dem Einbezug einer Ethik-Kommission zu evaluieren sowie
- im Falle freiverantwortlicher Sterbewünsche von Patient*innen – ohne dahingehend verpflichtet werden zu können – im Spannungsfeld von Fürsorge und Selbstbestimmung diese auf ihrem Weg zum selbstbestimmten Sterben zu begleiten.

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.

Böhning, A. (Hrsg.) (2021). Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Bryan, C. J. & Rudd, M. D. (2018). Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention. Guilford Press.

European Society for the Study of Personality Disorders (ESSPD) (2021). Euthanasia and assisted suicide for people with personality disorders in Europe – what is our current knowledge? Webinar, veranstaltet am 26.01.2021. Verfügbar unter www.esspd.eu/webinars/ und <https://youtu.be/jlVldK0ANg0> (31.01.2021).

Gysin-Maillart, A. (2021). ASSIP – Kurztherapie nach Suizidversuch (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Mehlum, L., Schmahl, C., Berens, A., Doering, S., Hutsebaut, J., Kaera, A. et al. (2020). Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of current practice and challenges. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7:15.

Stoffers-Winterling, J., Krause-Utz, A., Lieb, K. & Bohus, M. (2021). Was wissen wir heute über die Borderline-Persönlichkeitsstörung? *Aktuelles zu Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Nervenarzt*, 92, 643–652.

Teismann, T. & Dorrman, W. (2021). Suizidalität (2., aktualisierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Teismann, T. & Gysin-Maillart, A. (2022). Psychotherapie nach einem Suizidversuch – Evidenzlage und Bewertung, *Bundesgesundheitsblatt*, 65, 40–46.

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



Dr. Jan Glasenapp

Korrespondenzanschrift:

Praxis für Psychotherapie
Schwerzerallee 22
73525 Schwäbisch Gmünd
dr.glasenapp@therapie-und-beratung.de

Dr. Jan Glasenapp ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Er arbeitet in eigener Praxis, ist KBV-Gutachter und Delegierter der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Er beschäftigt sich v. a. mit Achtsamkeit und Schwierigkeiten der Emotionsregulation und bemüht sich um die Verbesserung psychotherapeutischer Angebote für Menschen mit Intelligenzminderung.



PD Dr. Tobias Teismann

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

Memes in der Psychotherapie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Michael Wöste

Zusammenfassung: Memes sind als modernes Internetphänomen vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bekannt. Sie beinhalten zumeist humoristische, sarkastische oder satirische Inhalte und werden auf unterschiedlichen Internetplattformen erstellt und geteilt. Aus einer evolutionär-pädagogischen und -soziologischen Perspektive können Memes als Evolutionseinheit auf soziokultureller Ebene betrachtet werden, die durch kommunikative Prozesse verbreitet werden. Memes können in der Psychotherapie eingesetzt werden, indem sie einen lebensweltnahen und kreativen Ansatz bieten, den besonderen Herausforderungen der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu begegnen. Sie können in der Psychoedukation genutzt werden, um komplexe Befindlichkeiten pointiert auszudrücken und somit den Gesprächseinstieg zu erleichtern. Weiterhin können sie zur Selbstreflexion anregen und die Compliance stärken. Für die Nutzung wenig moderierter Meme-Webseiten ist Medienkompetenz jedoch unabdingbare Voraussetzung.

Einführung

Medien können seit jeher eine Bereicherung für den psychotherapeutischen Prozess darstellen. Klassischerweise werden hierzu etwa Geschichten und Romane genutzt (Berthoud et al., 2017), aber auch Filme bieten unterschiedlichste Anknüpfungspunkte (siehe etwa Hamburger, 2018). Darüber hinaus bieten auch aktuelle, moderne Medienphänomene und popkulturelle Referenzen die Chance, einen kreativen und individuellen Zugang zu persönlichen Themen von Patient*innen zu schaffen (Gebele, 2019). Zusätzlich ist es für Psychotherapeut*innen unabdingbar, eine Idee von den aktuellen Lebenswelten der (jungen) Patient*innen zu haben, zu denen insbesondere soziale Online-Netzwerke zählen, die neben problematischen Aspekten auch Chancen für die Psychotherapie beinhalten (Borg-Laufs, 2015).

Die Kommunikation in diesen mehr oder weniger anonymen Online-Netzwerken findet dabei häufig über sogenannte „Memes“ (hier englisch gesprochen) statt. Memes sind vor allem Jugendlichen und jungen Erwachsenen bekannt als aktuelles Internet- und Kulturphänomen, werden aus psychotherapeutischer Perspektive jedoch kaum wissenschaftlich betrachtet. Vereinzelt Forschungsarbeiten nutzen Memes zur Untersuchung explorativer Fragestellungen, ohne den Begriff selbst dezidiert einzuordnen (Akram et al., 2020).¹ Memes beinhalten zumeist humoristische, satirische oder auch gesellschaftskritische Aspekte. Sie können hierbei kreativ in den Therapieprozess einbezogen werden, etwa im Rahmen der Psychoedukation oder als lebensweltnaher Gesprächseinstieg bei Patient*innen, die nicht aus eigenem Antrieb in die Psychotherapie gelangen und zunächst wenig Therapie- und Änderungsmotivation zeigen. Die kreative Arbeit mit Memes kann somit einen kleinen Beitrag leisten, den Herausforderungen

in der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu begegnen.

Doch was genau kann unter einem Meme verstanden werden und wie kann ein Einbezug in die Therapie gelingen? In diesem Artikel wird dazu zunächst eine kurze Begriffsbestimmung und eine Vorstellung der Konstruktion „klassischer“ Internet-Memes vorgenommen, um anschließend auf das Rational hinter der Einbeziehung einzugehen. Abschließend werden Anregungen für einen möglichen Einsatz in der eigenen praktischen Arbeit gegeben.

Theoretische Annäherung

Die aktuelle Verwendung von „Memes“ ist primär geprägt von der medialen Verbreitung humorvoller Inhalte. Neben dieser popkulturellen Verwendung lässt sich die Begriffseinheit jedoch auch wissenschaftlich betrachten. Der Begriff „Meme“ wurde hierbei ursprünglich geprägt von Richard Dawkins als Evolutionseinheit für soziale und kulturelle Phänomene (Dawkins, 2007). Dawkins selbst sieht in der neuartigen Verwendung im Übrigen keine Probleme, diese Nutzung sei zudem nicht sehr weit entfernt von der ursprünglichen Konzeption dieses Begriffes (Interview mit Richard Dawkins; Solon, 2013).

Aus einer evolutionär-pädagogischen und -soziologischen Perspektive ist ein Meme (in dieser Konzeptionalisierung deutsch gesprochen, während die bekannten Internet-Memes, wie beschrieben, englisch ausgesprochen werden) wie-

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.

derum zu verstehen als eine eigene evolutionäre Einheit auf Ebene einer soziokulturellen Evolution (Trembl, 2004).

Die Einheit „Meme“ nutzt hierbei die Speicherform der Kulturtechniken, wird also manifestiert in Form von Ideen, Geschichten, Bildern oder Traditionen. Durch diesen Prozess wird die Speicherung vom Individuum (Gedächtnis) ausgelagert, hierdurch vergrößert und zeitstabiler (denn Gedächtnisinhalte können vergessen werden). Zudem wird die Lebensdauer der Einheit Meme stark verlängert, da Bücher und Geschichten die Zeiten überdauern können, während das Individuum selbst schon längst vergangen ist. Die Meme „konkurrieren“ hierbei untereinander, besonders mächtige und eindrucksvolle Meme setzen sich durch und finden Verbreitung auf der Umwelt- und Zeitachse, indem sie über regionale Grenzen hinaus und über Generationen hinweg bestehen bleiben. Diese „Konkurrenz“ ist jedoch als passiver Prozess zu verstehen, da die „Auswahl“ der erfolgreichen Meme von Personen und Gesellschaften vorgenommen wird, welche die Ideen und Geschichten weitertragen und dadurch verbreiten.

Unter dieser soziokulturellen Perspektive sind etwa die Bibel oder das Nibelungenlied als besonders erfolgreiche Meme zu betrachten, da sie sich gegenüber anderen Erzählungen und Geschichten behauptet haben und auch nach Jahrhunderten noch bekannt sind, die Schöpfer dieser Ideen und Erzählungen folglich lange überdauert haben (Trembl, 2000, 2004, 2005).

Charakteristika klassischer Internet-Memes

Internet-Memes wurden zunächst erstellt und geteilt auf zum Teil wenig moderierten Webseiten und Imageboards (anonyme Internet-Foren zum Austausch von Texten und Bildern) wie Reddit oder 4chan. Der Aufbau eines „klassischen“ Internet-Memes folgt dabei verschiedenen charakteristischen Merkmalen, die im Sinne eines Bottom-Up Prozesses von der Internet-Gemeinschaft (der „Community“) selbst festgelegt und im kommunikativen Prozess verhandelt werden (Julien, 2015). Die einzelnen Mitglieder der Community bleiben in diesem Kontext jedoch zumeist nach außen anonym und auch untereinander unbekannt. Abbildung 1 zeigt ein für diesen Artikel selbst erstelltes Meme aus einem Internet Meme-Generator (<https://imgflip.com/memegenerator>).

Basis ist hier zunächst das Hintergrundbild, welches im Beispiel den „Socially Awkward Penguin“ darstellt. Unter diesem Bild werden Memes dargestellt, die sich auf soziale Unsicherheiten und geringen Selbstwert beziehen. Somit ist der potentielle Inhalt bereits auf einer Meta-Ebene durch die Auswahl des Bildes festgelegt und den anderen Nutzern bekannt. Ein außerkontextlicher Gebrauch ist nicht vorgesehen und wird durch die Community häufig mit einem „wrong use of meme“ kommentiert. Auf dem Bild werden dann typischerweise oben und unten die Sätze in Großbuchstaben geschrieben,



Abbildung 1: Beispiel eines Socially-Awkward-Penguin-Memes



Abbildung 2: Beispiel eines Socially-Awesome-Awkward-Penguin-Memes

wobei der erste Satz für das Beispielbild zumeist die angebahnte Situation beschreibt, der zweite dann die sozial unbeholfene Reaktion (siehe auch Julien, 2015).

Durch die Gemeinschaft werden fortlaufend neue Bilder entworfen, die sich im kommunikativen Prozess gegen andere Bilder „durchsetzen“ und zu neuen Memes werden können. Dieser Prozess deckt sich gut mit der bereits skizzierten soziokulturellen Evolution. Während jedoch bei den zuvor genannten „klassischen“ Beispielen ein Zeithorizont von Jahren bis Jahrhunderten vorliegt, laufen die Auswahlprozesse

der Internet-Memes ungleich schneller ab und überdauern häufig auch keine langen Zeitperioden.

Als Gegenentwurf zum „Socially Awkward Penguin“ findet sich etwa der „Socially Awesome Penguin“, der auf dasselbe Bild rekurriert, jedoch mit anderer Blickrichtung und Hintergrundfarbe und sozial sichere und erfolgreiche Charakteristika beschreibt. Durch weitere „Evolutionsprozesse“ gibt es eine Fusion der beiden Memes zum „Socially Awesome Awkward Penguin“ (oder vice versa), hierbei wird zunächst eine sozial sichere Verhaltensweise bzw. eine solche Absicht beschrieben, die dann auf dem unteren Bereich wechselt in eine erneute soziale Unsicherheit. Abbildung 2 zeigt ein solches Beispiel, welches ebenfalls für diesen Artikel erstellt wurde.

Neben diesen klassischen Memes gibt es noch zahlreiche weitere moderne Medienformate, die auf Internet Meme-Seiten (z. B. 9GAG) immer stärker geteilt werden. Hierzu zählen etwa Mini-Comics, GIFs (Mini-Animationen, in der Regel ohne Tonspur) oder Screenshots anderer Seiten. Durch up- oder downvotes (positive bzw. negative Bewertungen) der Community werden die Bilder, die besonders viele upvotes erhalten, auf bevorzugten Seiten angezeigt. Im Beispiel von 9GAG zunächst auf der Trending-Page, anschließend auf der Hot- bzw. Front-Page, welche gleichzeitig die Startseite darstellt (siehe auch *Wagener, 2014*). Hier setzen sich also, ebenfalls im Sinne sozio-kultureller Evolutionsprozesse (wenngleich in sehr begrenzten Umfang), erfolgreiche Formate gegen weniger erfolgreiche durch.

In diesem Artikel werden daher alle bildbasierten Formate, die in modernen Medien kursieren, unter dem Begriff „Meme“ subsumiert und ihre Nutzungsmöglichkeiten für die Psychotherapie erläutert.

Gründe für die Einbeziehung von Memes in die Psychotherapie

Welche Gründe sprechen nun für die Einbeziehung moderner Memes in die Psychotherapie, welche Möglichkeiten ergeben sich aus ihrer Nutzung? Memes erscheinen, wie eingangs erwähnt, besonders aufgrund der Herausforderungen psychotherapeutischer Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen als gewinnbringend.

In dieser Altersspanne liegen häufig hohe Abbruchquoten vor, die mit schlechten weiteren Verläufen einhergehen (Maur, 2017). Ein zentrales Ziel in der Arbeit liegt daher zunächst auf der Etablierung einer positiven therapeutischen Beziehung sowie der Schaffung von Änderungsmotivation (Borg-Laufs, 2018). Da Kinder zumeist nicht auf eigene Initiative hin in eine Psychotherapie kommen und Jugendliche häufig Vorbehalte haben, über ihre Gefühle und Probleme zu sprechen, ist ein deutlich proaktiveres und kreativeres Vorgehen für den Beziehungsaufbau wichtig, als es in der Therapie mit Erwachsenen der Fall ist (Crenshaw, 2008). Darüber hinaus ist neben ge-

nuin psychotherapeutischer Expertise auch Kenntnis kontextueller Rahmenbedingungen der Lebenswelten jugendlicher Patient*innen unabdingbar (Michels & Borg-Laufs, 2003). Dies beinhaltet unter anderem das Wissen über moderne Medien und soziale Netzwerke (Borg-Laufs, 2015), zu denen eben auch Memes gehören.

Auch im weiteren Therapieprozess liegen Herausforderungen vor, so stellen therapeutische „Hausaufgaben“ einen wichtigen Baustein in einem verhaltenstherapeutischen Setting dar. Gleichzeitig werden diese Hausaufgaben häufig nicht umgesetzt, Probleme sind hierbei eher die Regel als die Ausnahme (Helbig-Lang & Fehm, 2017). Memes können die Motivation zur Umsetzung steigern, hierzu werden im letzten Abschnitt Anregungen für die Praxis formuliert.

Mit der Verwendung von Memes liegt die Möglichkeit vor, direkt an die Lebensrealität vieler Jugendlicher anzuknüpfen und hierüber einen Startpunkt und Zugang zu weiterführenden Gesprächsinhalten und Interventionen zu schaffen. Abbildung 3 und 4 zeigen beispielhafte Mini-Comics, die sich gut für den Einsatz eignen.

Memes im hier verwendeten, erweiterten Verständnis können in ihrem Einsatz als Zugangsmöglichkeit verglichen werden mit der Nutzung von Metaphern (siehe etwa *Schmitt & Heidenreich, 2020*). Metaphern können in der Therapie unterschiedliche Funktionalitäten erfüllen und dadurch den Therapieprozess unterstützen, beispielsweise im Beziehungsaufbau, der Symbolisierung von Emotionen, der Verdeutlichung nicht verbalisierter Annahmen und der Erschließung neuer Bezugssysteme (Oberlechner, 2005). Durch den engen Le-



Abbildung 3: Mini-Comic zu emotionaler Stabilität (Instagram: @smudgedup, mit freundlicher Genehmigung)



Abbildung 4: Mini-Comic zu sozialer Ängstlichkeit (Instagram: @sandserifcomics, mit freundlicher Genehmigung)

bensweltbezug bieten Memes jedoch deutlich höheren Anreiz und mehr Identifikationspotenzial auf Peer-Ebene, auch im Vergleich zu Vorlagen aus Therapiemanualen. Durch die Bildebene werden zusätzlich weit mehr Inhalte transportiert, als es durch bloßen Text möglich ist. Auf dieser Ebene kann ein Meme ähnlich wie in der klassischen Bildbetrachtung vorikonografisch beschrieben (was ist „objektiv“ zu sehen?), ikonografisch analysiert (welche Symbolik wird verwendet?) und letztlich ikonologisch interpretiert (welche Botschaft wird damit transportiert?) werden (vgl. etwa Lindemann, 2016). Somit ist die Aussagekraft eines Memes (siehe Abbildung 1 und 2) durch die Meta-Information des jeweils verwendeten Bildes deutlich wirkungsvoller, Gleiches gilt für die Bildsprache der Comic-Strips. So werden komplexe Sachverhalte (beispielsweise das Konstrukt einer sozialen Unsicherheit und Ängstlichkeit) inklusive mitschwingender Emotionen und Bedeutungskategorien über das Bild vermittelt und dadurch für die Patient*innen deutlich besser

„greifbar“, als wenn derselbe Inhalt lediglich in Fachtermini referiert werden würde.

Auch die Image-Boards bzw. Meme-Seiten selbst können therapeutisch genutzt werden. In der Anfangsphase einer Therapie denken Kinder und Jugendliche häufig, sie seien allein mit ihren „negativen“ Emotionen und andere Personen hätten solche Gefühle nicht. Dieser „Exklusivitätsgedanke“ wird häufig entkräftet, indem Prävalenzraten visualisiert werden (siehe etwa Traub & In-Albon, 2017) oder direkt informiert wird, dass es anderen Kindern und Jugendlichen ähnlich geht (z. B. über die Seite gefuehle-fetzen.net der *Bundespsychotherapeutenkammer*). Durch das Gespräch über den Aufbau von Meme-Seiten und des dahinterliegenden Algorithmus kann ebenfalls meta-perspektivisch erarbeitet werden, dass bestimmte Memes (siehe Abbildung 3 und 4) genau deswegen auf der Startseite angezeigt werden, weil sich viele andere Jugendliche ebenfalls in ihnen wiederfinden und sie upvoten. Ein solches geleitetes Entdecken kann für Jugendliche entlastender und eindrücklicher sein als die alleinige psychoedukative Arbeit mit Prävalenzraten.

Anregungen für die eigene therapeutische Arbeit

Memes können ganz unterschiedlich und kreativ in den Therapieprozess einbezogen werden, ähnlich wie auch Alltagsgegenstände genutzt werden können (siehe etwa Beaulieu, 2013; Bergmann & Bergmann, 2017). Ihr Einsatz schließt zudem an eine ressourcenorientierte Betrachtung lebensnaher Beschäftigungen an, wie es zum Beispiel auch für kommerzielle Computerspiele möglich ist (Granic et al., 2014).

Konkret werden zwei Möglichkeiten der Verwendung vorgeschlagen: zum einen die Sammlung von Memes als „Werkzeugkoffer“ zur Unterstützung therapeutischer Arbeit, zum anderen die Arbeit an und mit Memes, die von den Jugendlichen selbst mitgebracht bzw. erstellt werden.

— Hier werden zwei Verwendungsmöglichkeiten vorgeschlagen: zum einen die Sammlung von Memes als „Werkzeugkoffer“ zur Unterstützung therapeutischer Arbeit, zum anderen die Arbeit an und mit Memes, die von den Jugendlichen selbst mitgebracht bzw. erstellt werden.

Für die erste Möglichkeit ist es zunächst notwendig, einen individuellen Fundus zu erstellen. Die Tabelle gibt einige Anregungen für Internetadressen, die sich als Einstieg und für den Aufbau einer eigenen Sammlung eignen. Zusätzlich kann das Buch des „Shen Comix“-Creators empfohlen werden (Tsyaston, 2018), in denen viele gut nutzbare Comics zum Thema Emotionen zusammengefasst sind.

In der tabellarischen Übersicht wurden bewusst Seiten angegeben, die „harmlosen“ Inhalt bieten. Weitere Adressen, wie etwa 9GAG.com, eignen sich ebenfalls als potenzielle Anlaufpunkte für die Suche nach passenden Memes. Hier muss jedoch dringend darauf hingewiesen werden, dass auf solch wenig moderierten Seiten überwiegend Inhalte vorzufinden sind, die weit außerhalb therapeutischer Verwendungsmöglichkeiten liegen. Die dort geteilten Inhalte sind zudem bestenfalls schwarzhumorig, schlimmstenfalls können hier auch vielfältige sexistische, rassistische und ableistische Memes vorgefunden werden (Wagner, 2014). Für die Nutzung solcher Seiten ist eine Medienkompetenz folglich unabdingbar, dies gilt für Psychotherapeut*innen und Patient*innen. Thematisch noch offenere Imageboards wie 4chan werden nicht empfohlen.

Plattform	Account / Adresse	Hinweise
Twitter	Wholesome Memes (@WholesomeMeme)	gut geeignete Accounts für den thematischen Einstieg.
	Respectful Memes (@RespectfulMemes)	
Instagram	@Optipesscomic	insbesondere Beitrag vom 10.10.2020
	@Shencomix	insbesondere Beiträge vor Januar 2018
Internet	https://knowyourmeme.com	Sammlung, Dokumentation und Information zu modernen Internetphänomenen
	https://imgflip.com/memegenerator	Generator zur eigenen Erstellung von Memes

Tabelle: Kleine Auswahl von Webseiten zur Recherche unterschiedlicher Memes

Hinweis: Viele der Seiten haben Accounts auf anderen Plattformen, diese sind zumeist untereinander verlinkt.

Wer einen eigenen Fundus erstellen möchte, dem kann aus eigener Erfahrung eine cloudbasierte Speicherung empfohlen werden. Damit können passende Memes schnell von verschiedenen Endgeräten gespeichert und genutzt werden. In der Anfangsphase einer Therapie können die Bilder dann als altersentsprechender Gesprächseinstieg genutzt werden, indem über die Memes gesprochen wird und eigene, vergleichbare Emotionen und Situationen erarbeitet werden. Ein solcher Einstieg bietet sich ebenfalls an, wenn Jugendliche nicht aus eigenem Antrieb in die Therapie kommen und zunächst nicht über ihre Probleme reden wollen. Und wenn ein*eine Patient*in hilflos ist und glaubt, allein mit seinen*ihren Gefühlen zu sein, kann ein passendes Bild herausgesucht und vermittelt werden, dass er*sie nicht alleine damit ist. In der Psychoedukation können Memes somit verschiedene Inhalte und komplexe Gefühlszustände vermitteln, die eine tiefergehende Auseinandersetzung ermöglichen und Ambivalenzen verdeutlichen können (siehe auch Akram et al., 2020).

Einzelne Memes können im weiteren Verlauf zusätzlich individuell adaptiert werden. So könnte beispielsweise das Bild

aus Abbildung 4 zunächst als Startpunkt gewählt werden. Anschließend kann in einem nächsten Schritt die Kugel (Social Anxiety) mit den konkreten Ängsten, Gedanken oder Erfahrungen gefüllt werden, um aus dem allgemeinen ein individuelles Bild zu schaffen. Weiterhin kann kreativ erfragt werden, wie groß die Kugel des*der Patient*in wäre, wie es sich anfühlen würde, die Kette abzulegen usw. Hier zeigen sich die Analogien zur bereits dargestellten Arbeit mit Metaphern.

Die zweite vorgeschlagene Möglichkeit des Einsatzes beinhaltet eine aktivere Einbindung der Patient*innen. Hierbei sollte allerdings eine Voraussetzung sein, dass den Patient*innen die Thematik Memes bereits bekannt ist und entsprechende Webseiten regelmäßig besucht werden. Jugendliche, die hiermit noch keinerlei Berührungspunkte gehabt haben, sollten nicht aktiv auf die kaum moderierten Internetseiten gelenkt werden. Wenn Jugendliche jedoch thematisch affin sind und für sie interessante Memes mit in die Therapie bringen, sollte vermieden werden, mit einem moralisch erhobenen Zeigefinger auf eventuell politisch unkorrekte Bilder zu reagieren. Vielmehr sollte unvoreingenommen und neugierig erfragt werden, was sie damit verbinden. Dies wäre Ausgangspunkt für einen sokratischen Dialog im wirklichen Sinne, in dem eben nicht eine objektiv korrekte oder erstrebenswerte Antwort existiert, sondern im Diskurs die Grundhaltungen und Normen der Patient*innen mäeutisch erarbeitet und reflektiert werden (vgl. auch Stavemann, 2015; Trembl, 2005).

Eine mögliche Vorgehensweise soll kurz anhand eines Fallbeispiels aus der Praxis dargestellt werden:

Eine jugendliche Patientin mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsakzentuierung (aufgrund des Alters wurde keine F60.31 vergeben, die Gesamtsymptomatik lässt sich hierdurch aber am besten verdeutlichen) zeigte sich in der Therapie sehr ambivalent in ihrer Motivation und bagatellisierend hinsichtlich der objektivierbaren psychosozialen Probleme und Funktionseinschränkungen. Ihr fiel es sehr schwer, ihre Gefühlszustände in Worte zu fassen, Hausaufgaben wurden nicht umgesetzt (zur Problematik von Hausaufgaben siehe oben). Die Therapiestunden gestalteten sich dadurch häufig sehr zäh. Da die Patientin Meme-Fan war und zu Hause eine Sammlung mit ausgedruckten Memes hatte, wurde hierzu eine neue, kreative Hausaufgabe überlegt. Sie sollte sich zwischen zwei Therapiestunden an ihre Sammlung setzen und die „Top-3-Memes“, die für sie am eindrücklichsten und passendsten waren, mit in die Stunde bringen. Diese Aufgabe wurde dann auch gut umgesetzt, die Patientin präsentierte stolz und lebhaft ihre Auswahl. Zum ersten Mal in der Therapie wurden Hausaufgaben umgesetzt, vor allem wurde sie zu einer Selbstreflexion ermutigt, da sie entscheiden musste, welche Bilder zu ihr passen und welche nicht. Die ausgewählten Memes passten interessanterweise sehr gut zur beobachteten Symptomatik. Ein Meme beschrieb die Tendenz, bei einer freundlichen Geste einer Person sofort maximale Nähe zu forcieren und sie zu idealisieren. Das zweite Meme beschrieb den Rückzug und die Abgrenzung von anderen

Personen, sobald sich jemand (vor allem der Vater) stärker um sie kümmern wollte. Das dritte Bild bezog sich auf eine starke Ängstlichkeit, welche die Patientin daran hinderte, soziale Aktivitäten aufzunehmen. Insgesamt zeigte sich in den Memes eindrücklich die Tendenz der schnellen Idealisierung und Abwertung von Personen sowie die Rolle komorbider Problematiken. Über diese lebensnahe, individuelle Auswahl konnte zudem ein Gesprächseinstieg gelingen, der so bisher nicht möglich war.

Eine letzte kurz vorgestellte Möglichkeit besteht darin, über einen Meme-Generator (siehe Tabelle) als Hausaufgabe oder in der Therapiestunde selbst eigene Memes zu entwerfen (siehe Abbildung 1 und 2). Dies kann ebenfalls die Selbstreflexion anregen, wenn zunächst entschieden werden muss, welches Basisbild mit dahinterstehender Bedeutung ausgewählt wird und welche Textblöcke auf die individuelle Situation zutreffen. Ein solches Vorgehen bietet zusätzlich eine kreative und humorvolle Möglichkeit, sich der jeweiligen Symptomatik zu nähern und einen Gesprächszugang zu schaffen.

Fazit für die Praxis

Die hier vorgestellten Einsatzmöglichkeiten sollen als Anregung dienen, wie moderne Medienphänomene kreativ in einen Behandlungsprozess integriert werden können. Die Arbeit mit Memes kann hilfreich sein, den besonderen Herausforderungen der Arbeit mit jugendlichen Patient*innen zu begegnen. Memes stellen ein Vehikel komplexer Bedeutungsinhalte in Bild- und Sprachform dar und können zur Stärkung der Motivation und therapeutischen Beziehung beitragen. Sie können ferner einen Ausgangspunkt für den Einstieg in Emotionsarbeit und Selbstreflexion darstellen. Therapeut*innen sollten hierbei jedoch immer authentisch bleiben, ohne sich anzubiedern oder Begrifflichkeiten wie eine Fremdsprache zu übernehmen. Auch wenn man selbst noch keine Berührungspunkte mit dieser Thematik hatte, lohnt es sich, neugierig zu sein, ob die Patient*innen in diesem Bereich aktiv sind. Wenn sie es sind, werden sie als Expert*innen uns als Therapeut*innen vermutlich gerne unterrichten.

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.

Akram, U., Drabble, J., Cau, G., Hershaw, F., Rajenthiran, A., Lowe, M. et al. (2020). Exploratory study on the role of emotion regulation in perceived valence, humour, and beneficial use of depressive internet memes with depression. *Scientific Reports*, 10:899.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). gefuehle-fetzen.net – ein Internetangebot der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Verfügbar unter: <https://www.gefuehle-fetzen.net/> (31.01.2022).

Granic, I., Lobel, A. & Engels, R. C. M. E. (2014). The benefits of playing video games. *The American psychologist*, 69 (1), 66–78.

Julien, C. (2015). Bourdieu, Social Capital and Online Interaction. *Sociology*, 49 (2), 356–373.

Schmitt, R. & Heidenreich, T. (2020). Metaphernreflexives Vorgehen in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 19 (2), 114–121.

— Jugendliche, die mit Memes noch keinerlei Berührungspunkte gehabt haben, sollten nicht aktiv auf die kaum moderierten Internetseiten gelenkt werden. —

Solon, O. (2013, 20. Juni), Interview mit Richard Dawkins. Verfügbar unter: <https://www.wired.co.uk/article/richard-dawkins-memes> (31.01.2022).

Tremblay, A. K. (2000). *Allgemeine Pädagogik: Grundlagen, Handlungsfelder und Perspektiven der Erziehung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Tremblay, A. K. (2004). *Evolutionäre Pädagogik: Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Tremblay, A. K. (2005). *Pädagogische Ideengeschichte: Ein Überblick*. Stuttgart: Kohlhammer.

Tsyaston, A. (2018). *Emotions explained with buff dudes*. Kansas City: Andrews McMeel Publishing.

Wagener, A. (2014). Creating identity and building bridges between cultures: The case of 9gag. *International Journal of Communication* (8), 2488–2502.



Dr. Michael Wöste

MSH Medical School Hamburg
Am Kaiserkaai 1
20457 Hamburg
michael.woeste@medicalschoo-hamburg.de

Dr. Michael Wöste ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der MSH Medical School Hamburg, hier lehrt er im Bereich Interventionen im Kindes- und Jugendalter im Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie. Zusätzlich ist er in eigener psychotherapeutischer Privatpraxis selbstständig tätig und interessiert sich für kreative Einsatzmöglichkeiten moderner Medien in der Psychotherapie.

Die Olfaktorische Referenzstörung. Eine „neue“ Störung des Zwangsspektrums

Anja Grocholewski

Zusammenfassung: Betroffene einer Olfaktorischen Referenzstörung leiden unter der Überzeugung, einen unangenehmen Körper- und/oder Mundgeruch zu verbreiten, der von außen nicht objektivierbar ist. Die Patient*innen versuchen, sich des Geruches zu entledigen oder ihn zu verändern, und kontrollieren ihn häufig, was stark ritualisierten Charakter annehmen kann und an Zwangshandlungen erinnert. In die ICD-11 ist die Störung zum ersten Mal als eigenständige Diagnose aufgenommen und der Kategorie „Zwangsstörungen und verwandte Störungen“ zugeordnet worden. Im Artikel werden phänomenologische und epidemiologische Aspekte und die Geschichte der Diagnose ebenso vorgestellt wie Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen, Überlegungen zu einem Störungsmodell sowie Möglichkeiten zu Diagnostik und Behandlung. Wegen des Mangels an Untersuchungen wissen wir allerdings noch nicht hinreichend viel über Epidemiologie, Ätiologie und Behandlungsmöglichkeiten der Olfaktorischen Referenzstörung.

Einleitung

Die Olfaktorische Referenzstörung (ORS) ist eine Störung, über die zwar bereits Ende des 19. Jahrhunderts zum ersten Mal berichtet wurde (Potts, 1891), die aber dennoch erst 1971 zum ersten Mal empirisch untersucht wurde (Pryse-Phillips, 1971).¹ Bis heute findet sich ein eklatanter Mangel an Studien (Schmidt et al., 2017), sodass wir insgesamt noch wenig über diese Störung wissen. Personen, die von einer ORS betroffen sind, haben die Befürchtung, einen unangenehmen Körper- und/oder Mundgeruch zu verbreiten, wobei andere Menschen aber diesen Geruch nicht oder nur schwach wahrnehmen (WHO, 2019) und diese Befürchtung nur schwer nachvollziehen können. Besonders häufig wird ein Verströmen von Schweiß-, Stuhl- oder Ammoniakgeruch befürchtet, der von den Achselhöhlen, dem Intimbereich, Füßen, Mund oder dem gesamten Körper ausgeht (Begum & McKenna, 2011; Greenberg et al., 2016; Phillips & Menard, 2011). Die meisten Betroffenen versuchen deshalb, den Geruch ständig zu überprüfen, zu verändern oder zu verdecken, z. B. indem sie häufig duschen oder übermäßig oft Deodorant oder Parfum benutzen (z. B. Greenberg et al., 2016; Phillips & Menard, 2011). Dieses Verhalten kann einen ritualisierten, repetitiven und zeitintensiven Charakter annehmen (z. B. Greenberg et al., 2016; Phillips & Menard, 2011). Außerdem werden oft soziale Situationen vermieden, in denen ein unangenehmer Geruch auffallen könnte (Greenberg et al., 2016). Dies kann sogar so weit führen, dass Personen sich nicht mehr in der Lage sehen, ihre Wohnung zu verlassen: Phillips und Menard (2011) berichten, dass 40 % ihrer $N = 20$ Studienteilnehmer mit ORS wegen ihrer Symptomatik mindestens eine Woche lang an ihr Zuhause gebunden waren.

Wie bereits der Name impliziert, sind Beziehungsideen bei Betroffenen sehr häufig zu finden: öffnet z. B. jemand ein Fenster, dann nehmen sie an, dass das aufgrund ihres Geruchs erfolgt (z. B. Begum & McKenna, 2011; Greenberg et al., 2016). In Fallberichten wird darüber hinaus mehrfach beschrieben, dass Personen mit ORS ihren eigenen (objektiv nicht vorhandenen) Körper- oder Mundgeruch tatsächlich riechen, sie schildern also olfaktorische Halluzinationen (z. B. Bizamcer et al., 2008; Jegede et al., 2018). Ein weiteres Merkmal der ORS ist, dass die Befürchtungen über den Eigengeruch wahnhaft anmutende Ausmaße annehmen können und Betroffene wenig bis gar nicht einsichtig sind, dass ihre Besorgnis nicht angemessen sein könnte (z. B. Begum & McKenna, 2011; Pryse-Phillips, 1971).

Ein weiteres, relevantes Thema ist Suizidalität. Pryse-Phillips (1971) fand in seiner Untersuchung bei 43 % der Befragten Suizidgedanken oder Suizidversuche in der Vergangenheit. In einer brasilianischen Studie berichten die Autor*innen Suizidgedanken bei 64,3 % der ORS-Betroffenen und Suizidversuche bei 21,4 % der Betroffenen (Prazeres et al., 2010).

Diagnose

Momentan ist die ORS weder in der ICD-10 noch im DSM-5 als eigenständige Störung klassifizierbar. Eine wahnhafte Ausprägung der Störung kann sowohl nach ICD-10 als auch

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.

nach DSM-5 als „wahnhaftige Störung“ eingeordnet werden. In den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 wird bei der wahnhaften Störung angeführt, dass es sich oft (neben anderem) um einen Wahn handelt, bei dem Betroffene die feste Überzeugung haben, dass andere Menschen denken, die Person rieche schlecht (WHO, 1992). Im DSM-5 ermöglicht ein Spezifizierer der wahnhaften Störung, einen Typ mit körperbezogenem Wahn zu klassifizieren, wenn das zentrale Wahnthema sich auf körperliche Funktionen und Empfindungen bezieht (APA, 2013). Weiter findet die ORS im DSM-5 (noch unter der Bezeichnung Olfaktorisches Referenzsyndrom) Erwähnung unter den „anderen näher bezeichneten Zwangsstörungen und verwandten Störungen“ als Beispiel der kulturgebundenen Störung „Jikoshu-kyofu“, bei der Betroffene Angst haben, einen sehr aufdringlichen Körpergeruch zu haben (APA, 2013).

Diagnosekriterien

In der ICD-11 ist die ORS den „Zwangsstörungen und verwandten Störungen“ zugeordnet worden. Die ICD-11-Kriterien (WHO, 2019) sind Tabelle 1 zu entnehmen (der endgültige Wortlaut kann Abweichungen ergeben, da noch keine verbindliche deutschsprachige Übersetzung existiert).

1) Anhaltende Beschäftigung mit der Überzeugung, einen vermeintlichen übelriechenden oder widerlichen Körper- oder Mundgeruch zu verbreiten, welcher für andere Personen nicht oder nur in geringem Ausmaß wahrnehmbar ist.
2) Die Personen erleben ein exzessives Sich-Bewusstsein über den vermeintlichen Geruch, oft einhergehend mit Beziehungsideen (z. B. die Überzeugung, dass andere Personen den unangenehmen Geruch bemerken, diesen bewerten oder darüber sprechen).
3) In Reaktion auf ihre Befürchtungen führen die Personen wiederholte und exzessive Verhaltensweisen aus (z. B. wiederholte Kontrollen des eigenen Körpergeruchs).
4) Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Olfaktorischen Referenzstörung nach der ICD-11 (6B22)

Ferner kann bestimmt werden, ob eine angemessene bis gute oder aber eine schlechte bis fehlende Einsicht vorliegt (WHO, 2019). Bei angemessener bis guter Einsicht ist die betroffene Person meistens in der Lage, die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass die störungsspezifischen Überzeugungen nicht wahr sind, und ist bereit, eine alternative Erklärung zu akzeptieren; zu bestimmten Zeiten (z. B. bei starker Angst) zeigt die Person aber möglicherweise keine Einsicht (WHO, 2019). Bei schlechter bis fehlender Einsicht ist der oder die Betroffene die meiste oder die ganze Zeit davon überzeugt, dass die störungsspezifischen Annahmen wahr sind, und kann keine alternativen Erklärungen akzeptieren; die fehlende Einsicht variiert dabei nicht als eine Funktion des Angstniveaus (WHO, 2019).

Geschichte der Diagnose und wissenschaftlicher Diskurs um die Diagnosekriterien

Die Befürchtung, unangenehm zu riechen, ohne dass von außen ein objektivierbarer Geruch wahrgenommen wird, wurde erstmals empirisch untersucht von Pryse-Phillips (1971). Sein primäres Ziel war, 137 Patient*innen mit Geruchshalluzinationen phänomenologisch zu untersuchen. Was er fand, war, dass eine Gruppe von 36 Patient*innen originär weder an einer Schizophrenie noch an einer Depression oder einer Temporallappenepilepsie litt, sondern die Geruchshalluzination dominierte und von den Patient*innen als Wurzel ihres Übels beschrieben wurde (Pryse-Phillips, 1971). Dabei entdeckte er einige klinische Charakteristika, wie z. B. olfaktorische Halluzinationen, bei einem hohen Prozentsatz der Betroffenen (86 %), exzessives Waschen und Deodorantgebrauch (82 %), häufiges Wechseln der Kleidung (68 %), eine Variation der Befürchtungen abhängig vom emotionalen Zustand (91 %), Suizidideen und -handlungen (43 %), auf den Geruch bezogene wahnhaftige Überzeugungen (91 %), Zwangssymptome (50 %) und Vermeidungsverhalten (97 %) (Pryse-Phillips, 1971). Da sich diese Gruppe von den anderen Gruppen augenfällig zu unterscheiden, aber innerhalb der Gruppe relativ homogen zu sein schien, betrachtete er diese Gruppe als eigene Störungsentität und betitelte das Phänomen aufgrund des markanten Beziehungsdenkens als Olfaktorisches Referenzsyndrom (Pryse-Phillips, 1971).

In den folgenden Jahren wurden dann vorwiegend Fallvignetten veröffentlicht, die sich mit dieser Störung auseinandersetzten. Erste Überlegungen, ob sich die ORS ggf. unter andere Störungen subsumieren ließe, erfolgten dann noch später, und besonders die Revision des DSM-IV führte dazu, dass die Debatten Fahrt aufnahmen. Diskutiert wurde ein Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen wie Schizophrenien, Zwangsstörungen, affektiven Störungen und hirnorganischen Krankheiten (Bizamacer et al., 2008; Devinsky et al., 1998; Gattaz & Haas, 1982; Konuk et al., 2006; Suzuki et al., 2004; Warnecke et al., 2002). Tada und Kojima (2002) sowie Lochner und Stein (2003) betrachteten insbesondere die Überlappung der ORS und der Sozialen Angststörung. Danach leiden Betroffene beider Störungen an einem niedrigen Selbstwertgefühl, meiden soziale Kontakte und fühlen sich durch körperliche Dysfunktionen zu tiefst beschämt (Lochner & Stein, 2003), wobei allerdings ORS-Betroffene im Unterschied zu Menschen mit Sozialer Angststörung wahnhaft anmutende Symptome und teilweise nur wenig bis keine Einsicht in ihr exzessives, zwanghaftes und übertriebenes Vermeidungsverhalten zeigen (Tada & Kojima, 2002). Postuliert wurde aber auch, dass die ORS (wegen der ausgeprägten repetitiven Verhaltens- und Denkweisen) eine Subkategorie der Körperdysmorphen Störung (KDS) darstellen könnte, wobei das unterscheidende Kriterium lediglich die Beschaffenheit des Makels (Geruch versus Aussehen) sei, und bei der Klassifizierung der KDS lediglich

der Eigengeruchswahn als mögliches Symptom hinzugefügt zu werden bräuchte (Lochner & Stein, 2003). Feusner et al. (2010) berichten hierüber hinaus einen starken Zusammenhang der ORS-Symptomatik mit der Phänomenologie der Zwangsstörung: der Gedanke an den eigenen Körpergeruch sei deswegen als zwanghaft zu bezeichnen, weil die Mehrzahl der Patient*innen die Gedanken an ihren Körpergeruch als belastend, aufdringlich und über Stunden anhaltend beschreiben (Feusner et al., 2010). Tatsächlich wurden von der Arbeitsgruppe „Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders“ der APA-Task-Force Überlegungen getroffen, die ORS mit in die Anhänge des DSM-5 zu übernehmen, auch wurden Kriterien diskutiert (APA, 2011) – aufgrund der mangelhaften Forschungslage wurde dann aber letztendlich davon abgesehen.

Im Zuge der Überarbeitung der ICD-10 wurde schließlich vorgeschlagen, ORS als Zwangsspektrumsstörung zu konzeptualisieren und in die ICD-11 als eigene Störung zu übernehmen (Veale & Matsunaga, 2014). Von den Autoren wurde darüber hinaus vorgeschlagen, den bisherigen Namen (Olfaktorisches Referenzsyndrom) in Olfaktorische Referenzstörung zu ändern, um die Eigenständigkeit dieses Störungsbildes zu betonen (Veale & Matsunaga, 2014).

Epidemiologie

Wie häufig die Störung vorkommt, ist bis dato noch unklar: es existieren nur drei Veröffentlichungen, die Punktprävalenzen (mit)erhoben haben und die sich alle auf spezifische Settings beziehen, sodass keine Rückschlüsse auf die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung gezogen werden können. Zudem wurden nur ORS-Symptome erhoben und kein klinisches Vollbild – zumal die verbindlichen Kriterien zur Klassifikation erst 2019 festgelegt wurden (WHO, 2019). Bei japanischen Studierenden wurde eine Punktprävalenz in Höhe von 2,1 % gefunden, bei chinesischen Studierenden in Höhe von 2,0 % (Kasahara & Kenji, 1971; Zhou et al., 2018). Bei einer Erhebung in einer Londoner psychiatrischen Klinik fand sich eine Punktprävalenz von ORS-Symptomen in Höhe von 0,5 % (Marks & Mishan, 1988). Es kann allerdings dazu kommen, dass die Prävalenz der ORS unterschätzt wird, denn Betroffene berichten über Scham, die sie davon abhalten könnte, sich anzuvertrauen (Greenberg et al., 2018; Thomas et al., 2015).

In Mundgeruchssprechstunden finden sich deutlich höhere Prävalenzen von 12–27 % (Nagel et al., 2006; Quirynen et al., 2009), was nicht weiter überrascht, da die Betroffenen sich eher in Behandlungssettings begeben, von denen sie hoffen, dass die Ursache des Körper- oder Mundgeruchs behoben werden kann (z. B. Greenberg et al., 2016).

Aufgrund des Überhangs von Fallbeschreibungen in den Publikationen wissen wir noch nicht hinreichend viel über die Geschlechterverteilung. An einer Untersuchung von $N = 20$ Betroffenen von Phillips und Menard (2011) nahmen 60 %

Frauen und 40 % Männer teil, an der Untersuchung von Greenberg et al. (2016) mit $N = 253$ Betroffenen hingegen mehr Männer (67 %) als Frauen (33 %) oder Personen mit diversem Geschlecht (0,4 %). In einer eigenen Untersuchung mit $N = 38$ ORS-Teilnehmer*innen waren 75 % weiblich und 25 % männlich (Schmidt et al., 2021).

Weiter fehlt abgesichertes Wissen über den Beginn der Störung. In ihrem Review über $N = 84$ Fallstudien berichten Begum und McKenna (2011) ein mittleres Erkrankungsalter von 21 Jahren, allerdings begann bei 58 % der Betroffenen die Störung vor dem 20. Lebensjahr. In der Studie von Greenberg et al. (2016) lag das mittlere Erkrankungsalter bei 21,1 Jahren, Phillips und Menard (2011) erhoben eine Ersterkrankung in der Adoleszenz.

Überwiegend wird ein chronischer Verlauf berichtet, z. B. gaben die Betroffenen in der Studie von Phillips und Menard (2011) an, im Schnitt bereits 16,6 Jahre ($SD = 15.5$) lang an der Störung gelitten zu haben.

Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen

Häufige Komorbiditäten sind depressive Störungen, Soziale Angststörungen, Zwangsstörungen, Körperdysmorphie Störungen und Substanzstörungen (Thomas et al., 2015). Von den 84 in das Review von Begum und McKenna (2011) eingeschlossenen Fallbeschreibungen werden bei 33 Betroffenen prämorbid Persönlichkeitsmerkmale berichtet, hauptsächlich (67 %) ein oder mehrere Merkmale aus dem Cluster C (vermeidend, dependent, zwanghaft).

Differenzialdiagnostische Abgrenzungen (Begum & McKenna, 2011; Pryse-Phillips, 1971; Thomas et al., 2015; Veale & Matsunaga, 2014) lassen sich Tabelle 2 entnehmen.

Störungsmodelle

Ein Störungsmodell lässt sich in der bislang publizierten Literatur nicht finden. Eigene Überlegungen folgen einem biopsychosozialen Ansatz, der sich in einem Diathese-Stress-Modell abbilden lässt (Grochowski, 2021), auch wenn diesem Vorschlag eines Störungsmodells an einigen Stellen noch ein empirisches Fundament fehlt. Als Diathese im Sinne von Vulnerabilitäten könnten hier dann evtl. biologische Vulnerabilitäten fungieren, z. B. ein generell leicht vermehrtes Schwitzen; da sich in der Literatur häufiger auf den Geruch bezogenen Schlüsselerlebnisse, wie z. B. Hänseleien über den Geruch in der Kindheit und Jugend, finden lassen (Begum & McKenna, 2011), könnten diese als Lebensereignisse ebenfalls mögliche Vulnerabilitätsmarker darstellen, ebenso wie Persönlichkeitsmerkmale (Cluster C, s. o.) oder bestimmte Grundüberzeugungen (Grochowski, 2021).

Auslöser könnten dann unspezifische (wie z. B. ein schwer erkranktes Familienmitglied; *Begum & McKenna, 2011*) oder spezifische Stressoren (z. B. Eintritt der Menarche; Bizamcer et al., 2006) sein (Grocholewski, 2021).

Diagnose	Unterscheidende Merkmale
Körperliche Erkrankungen, die einen Körper-/Mundgeruch hervorrufen können (z. B. Hyperhidrose)	Körperliche Erkrankung klar objektivierbar
Zwangsstörung	Die repetitiven Denk- und Verhaltensweisen beziehen sich nicht primär auf Aspekte, die mit einem befürchteten Geruch in Zusammenhang stehen.
Soziale Angststörung	Exzessive Angst in sozialen Situationen (oder Vermeidung sozialer Situationen) und die Sorge, negativ beurteilt zu werden, beziehen sich nicht primär auf den eigenen Geruch, sondern das eigene Verhalten.
Körperdysmorphie Störung	Der empfundene Makel bezieht sich primär nicht auf den eigenen Geruch, sondern das Aussehen.
Wahnhafte Störungen/ Schizophrenie	Wahnhafte Denkinhalte, Beziehungsdenken und Halluzinationen beziehen sich meist auch auf andere Aspekte als den Eigengeruch; bei Schizophrenie auch Beschreibung von Gerüchen, die in der Umgebung liegen und nicht dem eigenen Körper entstammen.

Tabelle 2: Differenzialdiagnosen der Olfaktorischen Referenzstörung

Kognitive Prozesse (empirisch noch wenig erhoben) könnten im Modell zentral sein, bei denen Grundüberzeugungen als Filter dienen könnten (Grocholewski, 2021). Greenberg et al. (2016) haben spezifische Kognitionen bei ORS-Betroffenen erfragt und fanden Kognitionen wie zum Beispiel „Wenn mein Körpergeruch so widerlich ist, bin ich nicht liebenswert“, es finden sich also auch selbstabwertende Gedanken, die ggf. eine Rolle spielen könnten (Grocholewski, 2021).

Betroffene fokussieren sich auf ihren mutmaßlichen Eigengeruch (WHO, 2019) was zu selektiven Aufmerksamkeitsprozessen führen könnte (Grocholewski, 2021). Eine Pilotstudie hat bei einem selbst entwickelten Test, der selektive Gedächtnisfehler für ORS-bezogene Wörter messen soll, ungefähr dreimal so viele falsch-positive Fehler bei der Worterkennung ORS-bezogener Wörter im Vergleich zu Wörtern ohne ORS-Bezug gefunden, und Wörter mit ORS-Bezug wurden korrekter wiedererkannt als Wörter ohne ORS-Bezug (Sofko et al., 2021). Das könnte laut den Autor*innen darauf hindeuten, dass Personen mit ORS Wörtern gegenüber, die mit dem Geruch assoziiert sind, Hypervigilanz zeigen und es möglich ist, dass die Verzerrung der Erinnerung eine Funktion der selektiven Aufmerksamkeit für diese Wörter sein könnte (Sofko et al., 2021).

Was empirisch belegt ist, ist, dass negative Gefühle wie Scham (z. B. *Greenberg et al., 2016; Thomas et al., 2015*) zu dysfunktionalen Strategien wie Sicherheitsverhalten und Vermeidung führen (z. B. *Begum & McKenna, 2011; Greenberg et al., 2016; Phillips & Menard, 2011; Thomas et al., 2015*). Angenommen werden könnte, dass diese dysfunktionalen Strategien dann wiederum durch Rückkopplungsprozesse Einfluss auf die kognitiven Prozesse im Zentrum des Modells nehmen (Grocholewski, 2021).

Ein Vorschlag für ein Störungsmodell (angelehnt an das Störungsmodell der Körperdysmorphen Störung nach Wilhelm et al., 2013) zeigt die Abbildung.

Diagnostik

Für die ORS liegen derzeit nur ad hoc erstellte Instrumente vor. *Phillips und Menard (2011)* nennen zur kategorialen Diagnostik die unveröffentlichte „Body Dysmorphic Disorder Data Form Modified for ORS“ (Phillips, unpublished). Zur dimensional Diagnostik, die den Schweregrad einer ORS innerhalb der letzten Woche einzuschätzen hilft, nennen mehrere Autor*innen (u. a. *Phillips & Menard, 2011*) die für die Olfaktorische Referenzstörung modifizierte „Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale“ (ORS-YBOCS). Die ORS-YBOCS ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview mit 12 Items. Es existieren keine Veröffentlichungen über den genauen Wortlaut der Items oder hinsichtlich psychometrischer Überprüfungen. Unklar ist damit, ob die Autor*innen, die bislang die ORS-YBOCS eingesetzt haben, eine identische Version benutzt haben und wie die Gütekriterien zu beurteilen sind. Es liegt eine deutschsprachige ORS-YBOCS vor (Grocholewski, 2012), die aber auch noch nicht psychometrisch überprüft wurde. Der Grad der Einsicht in die geruchsbezogenen Befürchtungen kann mit der „Brown Assessment of Beliefs Scale“ (BABS; Eisen et al., 1998) eingeschätzt werden, ein halbstrukturiertes Interview, das für eine ganze Bandbreite von Störungen einsetzbar ist (*Thomas et al., 2015*).

Die Diagnostik sollte im persönlichen Kontakt erfolgen, um sicherzustellen, dass nicht evtl. tatsächlich ein deutlich wahrnehmbarer Körper- und/oder Mundgeruch vorliegt, der dann die Diagnose nicht rechtfertigen würde, da der Geruch per definitionem nicht objektivierbar bzw. nur in leichter Ausprägung vorhanden sein soll.

Interventionen

Betroffene versuchen in der Regel zunächst, sich des unangenehmen Geruchs zu entledigen, und suchen von daher nicht primär, sondern erst spät im Verlauf im psychotherapeutischen/psychiatrischen Kontext Hilfe (z. B. *Greenberg et al., 2016; Greenberg et al., 2018*). Von daher erklärt sich auch gut die erhöhte Prävalenz in Mundgeruchssprechstunden (Nagel et al., 2006; Quirynen et al., 2009). Einigen Falldarstel-

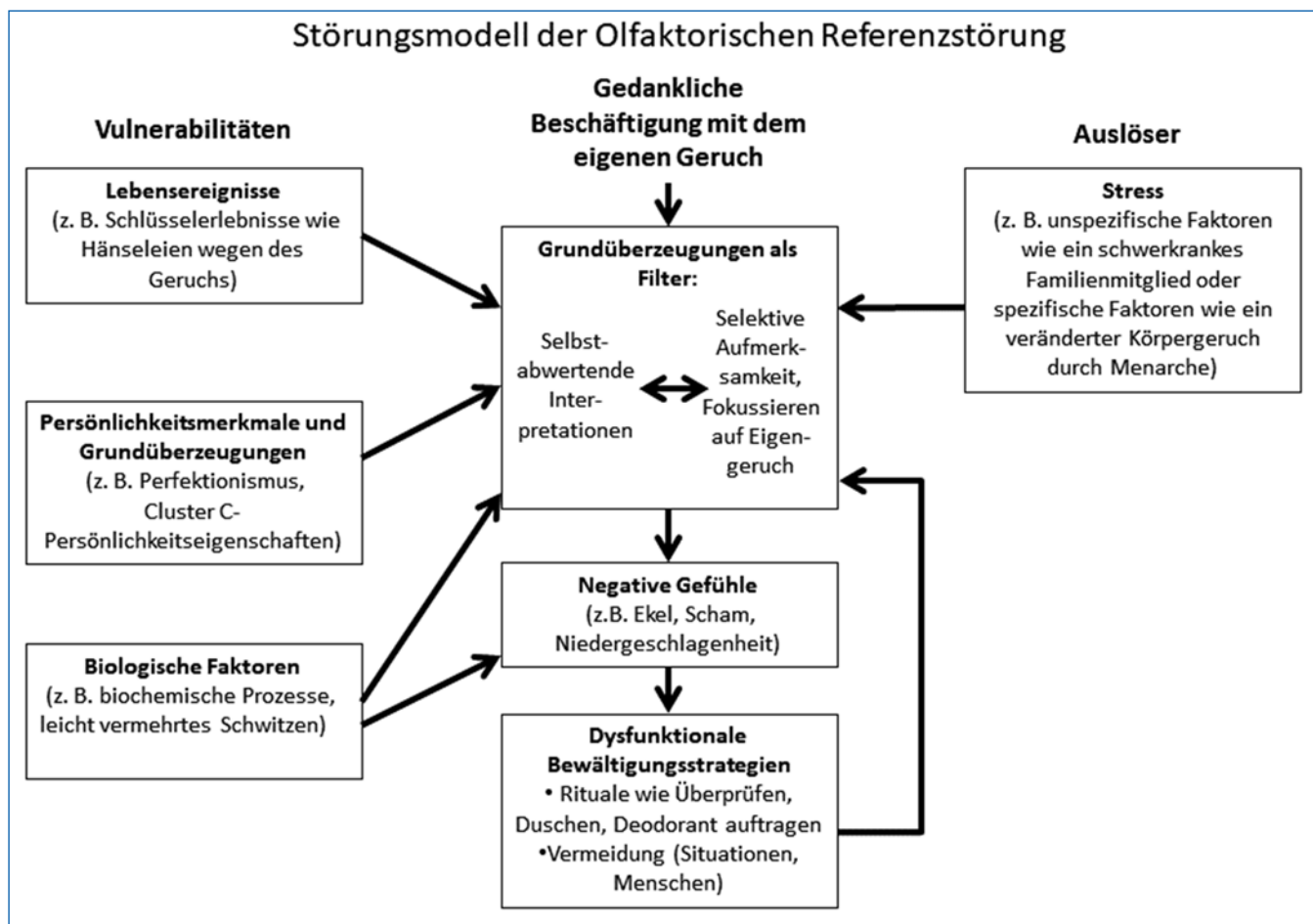


Abbildung: Ein an das Störungsmodell der Körperdysmorphen Störung von Wilhelm et al. (2013) angelehntes Diathese-Stress-Modell der ORS (Grochowski, 2021)

lungen zufolge führen diese Maßnahmen, die direkt an der Beseitigung des Geruchs ansetzen, scheinbar eher zu einer Zunahme der Symptomatik und scheinen wohl weniger sinnvoll, um die ORS-Symptome zu lindern (z. B. Miranda-Sivelo et al., 2013), auch wenn diese einzelnen Befunde empirisch als nicht gesichert gelten müssen.

Bezüglich psychopharmakologischer und/oder psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen ist die Empirie ebenfalls äußerst rar, allerdings existieren diverse Einzelfallstudien, besonders zur medikamentösen Behandlung (Begum & McKenna, 2001; Thomas et al., 2015). Das bedeutet, dass keine Kontrollbedingungen erhoben wurden; randomisierte klinische Studien stehen ebenfalls noch aus (Greenberg et al., 2018). Eventuell könnten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Neuroleptika effektiv sein, wobei jedoch Neuroleptika eventuell nicht die erste Wahl sind (Begum & McKenna, 2011; Greenberg et al., 2018; Thomas et al., 2015).

Der Übersichtsartikel von Begum und McKenna (2011) inkludierte 18 Patient*innen in psychotherapeutischer Behandlung, 14 Patient*innen (77,8 %) waren nach der Behandlung gebessert. Die Autor*innen berichten über verschiedene therapeutische Modalitäten, am häufigsten jedoch KVT (Begum

& McKenna, 2011). Verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken wie Reaktionsverhinderung und die Reduktion der zwanghaften Verhaltensweisen führten zu einem Rückgang depressiver Symptome und sozialer Vermeidung (Begum & McKenna, 2011). Das zeitlich spätere Review von Thomas et al. (2015) kommt zum selben Schluss und beanstandet die ungenügende Studienlage, die außer ersten Hinweisen noch keine gesicherten Rückschlüsse zulässt, ob Psychotherapie wirksam ist.

Es bleibt also festzuhalten: die Studienlage ist noch zu dürftig, um sichere Aussagen treffen zu können, ob psychopharmakologische und/oder psychotherapeutische Behandlungen Wirksamkeit zeigen. Es existieren weltweit auch noch keine Behandlungsmanuale.

Zusammenfassung und Ausblick

Die ORS wird zwar bereits seit über 100 Jahren beschrieben, dennoch wurde ihr bislang in Forschung und klinischer Praxis noch wenig Augenmerk geschenkt. Der überwiegende Teil der Veröffentlichungen setzt sich aus Fallberichten zusammen. Das heißt, wir haben mittlerweile hinreichend viel phä-

nomenologisches Wissen. Aber letztendlich existieren noch nicht einmal gesicherte Erkenntnisse darüber, wie häufig die Störung ist, wann sie beginnt, wie sie verläuft und wie das Geschlechterverhältnis ist. Hier fehlen dringend epidemiologische Studien.

Es fehlen außerdem deutlich Grundlagenstudien. Bislang finden sich nur wenige Studien, die versucht haben, die Grundlagen der ORS näher zu erforschen. In einer 2012/13 durchgeführten Untersuchung mit 11 Betroffenen ergab sich, dass einige Personen Defizite in den kognitiven Funktionen (z. B. in der Verarbeitungsgeschwindigkeit) und der emotionalen Verarbeitung zeigten, aber auch in den olfaktorischen Funktionen, wie Geruchserkennung und -diskrimination (Sofko et al., 2020). In einer zweiten Untersuchung mit 38 Betroffenen (und 38 Personen ohne psychische Störung) ergab sich, dass bei der Wahrnehmung schweißassoziierter Gerüche keine Unterschiede in der Geruchssensitivität zwischen der ORS- und der Kontrollgruppe vorlagen (Schmidt et al., 2021). Auch konnten ORS-Teilnehmende ihren eigenen Schweißgeruch auf getragenen Achselpads nicht besser oder schlechter erkennen als Personen ohne ORS (Schmidt et al., 2021). Interessanterweise bewerteten sie aber ihren eigenen Körpergeruch als ekelerregender als den von den Kontrollproband*innen, einer konstanten Geruchsprobe immer derselben Person und unbenutzten Achselpads – obwohl sie den eigenen Geruch nicht explizit erkannten (Schmidt et al., 2021). Personen mit ORS scheinen sich von psychisch gesunden Vergleichspersonen im Hinblick auf Ekelsensitivität, Ekelempfindlichkeit und Selbstekel zu unterscheiden (Schmidt & Grocholewski, 2019). Grundlagenstudien könnten dabei helfen, ätiologische und aufrechterhaltende Gesichtspunkte sowie Mechanismen der Störung zu beleuchten. So könnte z. B. auch das vorgeschlagene Störungsmodell hinsichtlich seiner Eignung erforscht werden.

Auch fehlen noch Untersuchungen, die gesicherte Aussagen zulassen, ob und, wenn ja, welche Behandlungsmaßnahmen Wirksamkeit zeigen, trotz veröffentlichter Fallberichte, die erste Hinweise geben, dass SSRI, vielleicht Antipsychotika und obendrein Psychotherapie (besonders Verhaltenstherapie) zu einer Verbesserung der Symptomatik führen könnten.

In der klinischen Praxis wird die ORS noch wenig identifiziert. Das mag zum einen damit zusammenhängen, dass Betroffene ihre auf den Geruch bezogenen Befürchtungen aus Scham häufig verschweigen, wenn man sie nicht explizit danach befragt (Greenberg et al., 2018; Thomas et al., 2015). Zum anderen hängt das auch damit zusammen, dass Behandelnde nur wenig Kenntnis über das Störungsbild haben und geäußerte geruchsbezogene Befürchtungen ggf. nicht korrekt einordnen können (Schmidt et al., 2017). Bis heute wird weder eine ORS-Symptomatik durch strukturierte diagnostische Interviews abgefragt noch existieren für den deutschsprachigen Raum validierte diagnostische Instrumente, wie z. B. Fragebögen (Grocholewski, 2021a).

Aber auch wenn es noch wenig Wirksamkeitsbelege für bestimmte Therapiemöglichkeiten gibt und noch keine Behandlungsmanuale existieren, die helfen, das therapeutische Handeln spezifisch an die Bedürfnisse der ORS-Betroffenen anzupassen, können Behandelnde dennoch ihr psychotherapeutisches Wissen flexibel anwenden und auf die ORS-spezifischen Themen abstimmen (Schmidt et al., 2017).

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.

Begum, M. & McKenna, P. J. (2011). Olfactory reference syndrome. A systematic review of the world literature. *Psychological Medicine*, 41 (3), 453–461.

Feusner, J. D., Phillips, K. A. & Stein, D. J. (2010). Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27 (6), 592–599.

Greenberg, J. L., Shaw, A. M., Reuman, L., Schwartz, R. & Wilhelm, S. (2016). Clinical features of olfactory reference syndrome: An internet-based study. *Journal of Psychomatic Research*, 80, 11–16.

Greenberg, J. L., Berman, N. C., Braddick, V., Schwartz, R., Mothi, S. S. & Wilhelm, S. (2018). Treatment utilization and barriers to treatment among individuals with olfactory reference syndrome (ORS). *Journal of Psychosomatic Research*, 105, 31–36.

Lochner, C. B. & Stein, D. (2003). Olfactory reference syndrome: Diagnostic criteria and differential diagnosis. *Journal of Postgraduate Medicine*, 49 (4), 328–331.

Phillips, K. A. & Menard, W. (2011). Olfactory reference syndrome. Demographic and clinical features of imagined body odor. *General Hospital Psychiatry*, 33 (4), 398–406.

Pryse-Phillips, W. (1971). An olfactory reference syndrome. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 47 (4), 484–509.

Thomas, E., du Plessis, S., Chiliza, B., Lochner, C. & Stein, D. (2015). Olfactory reference disorder: Diagnosis, epidemiology and management. *CNS Drugs*, 29, 999–1007.

Veale, D. & Matsunaga, H. (2014). Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: Proposals for ICD-11. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36, 14–20.

World Health Organization. (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04/2019). Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentify%2f731724655> (31.01.2022).



Dr. Anja Grocholewski

Technische Universität Braunschweig
Institut für Psychologie
Abt. Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Diagnostik
Humboldtstr. 33, 38126 Braunschweig
anja.grocholewski@tu-braunschweig.de

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Anja Grocholewski ist approbierte Verhaltenstherapeutin und leitet die Ausbildungs- und Hochschulambulanz (Erwachsenenbereich) der TU Braunschweig. Sie ist Initiatorin des wissenschaftlichen Netzwerkes Körperdysmorphie Störung und forscht seit 2013 auch über die Olfaktorische Referenzstörung.

Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung als neue ICD-11-Diagnose: Diagnostik und Psychotherapie

Charlotte Markert, Sarah Golder & Rudolf Stark

Zusammenfassung: Erstmals wird die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung als Diagnose in die ICD-11 aufgenommen. Die Einordnung einer Symptomatik, die bislang unter verschiedenen Überschriften kategorisiert wurde, unter einer nunmehr klar definierten Diagnose wird in Zukunft validere Prävalenzschätzungen und somit eine Klärung des Behandlungsbedarfs ermöglichen. Das Modell der Interaction-of-Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) bietet eine gute Grundlage, um die Entstehung und Aufrechterhaltung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung zu erklären. Für die Diagnostik der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung liegen inzwischen gut evaluierte Screening-Instrumente vor, dagegen steht die Entwicklung eines strukturierten klinischen Interviews noch aus. Hinsichtlich der Behandlung der Störung besteht noch großer Forschungsbedarf, was sich an mangelnden randomisierten kontrollierten Studien zeigt. Auch die Frage des Behandlungsziels (z. B. Abstinenz versus kontrollierter Pornografiekonsum) ist noch ungeklärt. Abschließend werden empfehlenswerte therapeutische Interventionen beschrieben.¹

Diagnose & Diagnosekriterien

Die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung (engl.: compulsive sexual behavior disorder, CSBD) wird in der elften Revision der International Classification of Diseases (ICD-11; *World Health Organization, 2019*) erstmals als eine eigenständige Diagnose aufgeführt.² Die Klassifikation erfolgte bei den Impulskontrollstörungen unter dem Kürzel 6C72, zu denen auch die Pyromanie, die Kleptomanie sowie der pathologische Jähzorn zählen. Die Kriterien, die für die Diagnosestellung erfüllt sein müssen, sind in der Tabelle dargestellt.

Die ICD-11-Kriterien sehen bislang keine Unterteilung nach Subtypen vor, die z. B. anhand der Art des sexuellen Verhaltens unterschieden werden können. Aufgrund der inhaltlichen Ähnlichkeit der Kriterien zu denen der Gambling Disorder (6C50) oder der Gaming Disorder (6C51) erscheint eine Kategorisierung als Verhaltenssucht passender (*Brand et al., 2020*). Zudem handelt es sich bei der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung um ein eigentlich angenehmes, jedoch entgleistes Verhalten, sodass eine Kategorisierung neben der Pyromanie, der Kleptomanie und dem pathologischen Jähzorn erst einmal überrascht. Auch neurobiologische Befunde legen eher eine Verortung bei den Verhaltenssuchten nahe (*Stark et al., 2018*). Zukünftige Forschung wird zeigen, ob die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung besser als eine Verhaltenssucht verstanden werden sollte.

1) Wiederholte sexuelle Aktivitäten gelangen so sehr in den zentralen Fokus der Person, dass Gesundheit und Körperpflege oder andere Interessen, Aktivitäten und Verantwortlichkeiten vernachlässigt werden.
2) Die Person hat zahlreiche erfolglose Bemühungen unternommen, um die wiederholten sexuellen Aktivitäten deutlich zu reduzieren.
3) Die Person führt das sexuelle Verhalten wiederholt fort, obwohl es zu negativen Konsequenzen führt oder wenig bis keine Befriedigung erfolgt.
4) Die Unfähigkeit, die sich wiederholenden sexuellen Aktivitäten zu kontrollieren, besteht über eine Dauer von mindestens sechs Monaten hinweg.
5) Das sexuelle Verhalten verursacht ausgeprägten Leidensdruck und/oder deutliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
6) Der Leidensdruck ist nicht vollständig auf moralische Urteile und Missbilligung der sexuellen Impulse oder Aktivitäten zurückzuführen.
Ausschluss: Zeitgleich zur zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung darf keine Paraphilie (6D30–6D3Z) vorliegen.

Tabelle: Diagnostische Kriterien der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung (6C72) in der ICD-11 (*World Health Organization, 2019*)

¹ Dieser Artikel ist im Kontext der DFG-Forschungsgruppe FOR 2974 „Affective and cognitive mechanisms of specific Internet-use disorders (ACSID)“ entstanden.

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

Geschichte der Diagnose und wissenschaftlicher Diskurs um die Diagnosekriterien

Vereinzelte Hinweise auf unkontrolliertes sexuelles Verhalten lassen sich bereits in Arztberichten des 19. Jahrhunderts finden (Krafft-Ebing, 1893; Rush, 1812). Erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts gewann suchartiges sexuelles Verhalten durch die populärwissenschaftlichen Bücher von Patrick Carnes an Aufmerksamkeit (z. B. *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*; Carnes, 1983). Carnes postulierte auf eine heuristische Art erste Modelle für sexuelle Sucht („Three Levels of Addiction“) und wies auf damit einhergehende Gefahren und die zugehörigen Behandlungsempfehlungen hin. Auch wenn diese Modelle nach heutigem Stand der Wissenschaft nicht haltbar sind, trugen Carnes' Bücher zur Bekanntheit des Themas und somit auch zum wissenschaftlichen Diskurs bei. Durch die Verbreitung des Internets in den 1990er-Jahren und die damit verbundene Veränderung des Pornografiekonsums gewann die wissenschaftliche Debatte um unkontrolliertes sexuelles Verhalten an Tempo. Cooper et al. identifizierten „Sex“ als meistgesuchtes Thema im Internet (Cooper et al., 1999) und sahen die neuen technischen Möglichkeiten wie Cybersex und Internetpornografie aufgrund des sogenannten „Triple A Engine“ (Anonymity, Affordability, and Accessibility; deutsch: Anonymität, Erschwinglichkeit und Zugänglichkeit; Cooper, 1998) als Risiken für unkontrolliertes Sexualverhalten. In den Forschungsarbeiten der nachfolgenden Jahre fand ein Diskurs über die Kategorisierung des unkontrollierten Sexualverhaltens statt. Verschiedene Wissenschaftler*innen diskutierten dieses entweder als Zwangsstörung (z. B. Coleman, 1991), als paraphilie-verwandte Störung (Briken & Basdekis-Jozsa, 2010), als Impulskontrollstörung (Barth & Kinder, 1987), als Hypersexualität (Kafka, 2010) oder als Verhaltenssucht (Kraus et al., 2016). Kafkas Begriff der Hypersexualität wurde zur Aufnahme als Diagnose in das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) vorgeschlagen. Die damaligen Kriterien ähnelten den heutigen Kriterien der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung in der ICD-11 bereits stark. Kafka benannte zudem sieben verschiedene Arten von sexuellen Aktivitäten, die suchartig entgleisen können (Masturbation, Pornografie, sexuelle Aktivitäten mit einwilligenden Erwachsenen, Cybersex, Telefonsex, Strip-Clubs und andere sexuelle Aktivitäten). Die American Psychological Association (APA) lehnte die finale Aufnahme einer entsprechenden Störung für das DSM-5 damals jedoch ab. Die Begründungen für die Ablehnung umfassten Bedenken bezüglich der Pathologisierung eines normalen sexuellen Verhaltens (insbesondere bei jungen Männern), Bedenken, ob es sich um ein eigenständiges klinisches Syndrom handele, sowie Bedenken des Missbrauchs der Dia-

gnose in forensischen Settings (Kafka, 2014). Der enorme Anstieg der Forschungsarbeiten in den letzten Jahren rechtfertigte dann, dass die Symptomatik als eigenständige Diagnose in die ICD-11 aufgenommen wurde.

Epidemiologie

Da es sich bei der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung um eine neue Diagnose handelt, die zuvor unter verschiedenen, uneinheitlich operationalisierten Konstrukten erforscht wurde, mangelt es bislang an validen, vergleichbaren epidemiologischen Daten. In einer repräsentativen amerikanischen Studie von 2018 berichteten zehn Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen von deutlichen Schwierigkeiten bei der Kontrolle ihres Sexualverhaltens (Dickenson et al., 2018). In einer weiteren repräsentativen amerikanischen Studie

— Durch die Verbreitung des Internets in den 1990er-Jahren und die damit verbundene Veränderung des Pornografiekonsums gewann die wissenschaftliche Debatte um unkontrolliertes sexuelles Verhalten an Tempo.

gaben drei Prozent der Männer und ein Prozent der Frauen eine starke Übereinstimmung mit der Aussage „Ich bin süchtig nach Pornografie“ an (Grubbs et al., 2019). Vergleichbare Werte für selbstberichtete Pornografiesucht fanden Rissel et al. (2017) in Australien mit Prävalenzen von vier Prozent der Männer und einem Prozent der Frauen. In einer schwedischen Studie berichteten fünf Prozent der Männer und zwei Prozent der Frauen Symptome einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung (Ross et al., 2012). Ein unkontrollierter Pornografiekonsum gilt mit 80 % der Fälle als häufigste Form des zwanghaften sexuellen Verhaltens bei Männern, gefolgt von exzessivem sexuellen Dating-Verhalten (Reid et al., 2012). Frauen sind insgesamt deutlich seltener von zwanghaftem sexuellen Verhalten betroffen als Männer, allerdings ist die Anzahl der Forschungsarbeiten über Frauen deutlich geringer, wodurch valide Schätzungen erschwert sind (Kowalewska et al., 2020). Durch die Einführung der neuen Kriterien in der ICD-11 dürfte sich die Datenlage zukünftig verbessern.

Komorbiditäten

Bisherige Studien und Reviews geben Hinweise auf häufige komorbide psychische Erkrankungen bei der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Kriterien für die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung in der Vergangenheit uneinheitlich erfasst wurden. Das Vorliegen von komorbiden psychischen Störungen spielt insbesondere für die Therapieplanung eine große Rolle. Besonders häufig werden mit 39 % bis 72 %

(je nach Untersuchung) affektive Störungen oder mit 33 % bis 96 % Angststörungen als Komorbiditäten berichtet (Kafka, 2015; Kor et al., 2013; Wéry et al., 2016). Bei Wéry et al. (2016) gaben sogar 41,7 % der Teilnehmenden ein erhöhtes Suizidrisiko an. Weitere häufig berichtete Komorbiditäten sind substanzgebundene Abhängigkeiten mit Prävalenzraten um die 40 % (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Giménez-García, Gil-Julíá & Gil-Llario, 2020; Kor et al., 2013; Reid & Meyer, 2016). Insbesondere bei Männern zeigen sich zudem moderate Zusammenhänge zwischen der zwanghaften Sexualverhaltenssymptomatik und Symptomen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Böthe et al., 2019; Engel et al., 2019; Karaca et al., 2017). Studien weisen auch auf ein erhöhtes Vorkommen von selbstberichteten Paraphilien im Vergleich zu gesunden Probanden hin (Engel et al., 2019; Wéry et al., 2016), allerdings sieht die ICD-11 paraphile Störungen als Ausschlussdiagnose für die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung vor (World Health Organization, 2019). Hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen wurde in einer jungen universitären Stichprobe eine höhere Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Personen mit einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung (5,9 %) im Vergleich zu gesunden Personen (0,3 %) gefunden (Ballester-Arnal et al., 2020). Sowohl Männer als auch Frauen mit problematischem Pornografiekonsum berichten Zusammenhänge mit Symptomen sexueller Dysfunktionen beim part-

nerschaftlichen Geschlechtsverkehr (Grubbs & Gola, 2019; Kowalewska et al., 2020).

An dieser Stelle soll außerdem darauf hingewiesen werden, dass zwanghaftes Sexualverhalten auch in Verbindung mit neurologischen Erkrankungen (z. B. frontotemporaler Demenz, Multipler Sklerose oder Chorea Huntington) oder medikamenteninduziert (z. B. durch Antidepressiva mit dopaminerg, noradrenerg oder serotonerg Wirkung, durch Antiandrogene oder durch Gonadotropin-Releasing-Hormon-Agonisten) auftreten kann (Stark et al., 2018). Beide Möglichkeiten sollten von Behandelnden als zugrunde liegende Erklärung ausgeschlossen werden.

Störungsmodelle

Das Interaction-of-Person-Affect-Cognition-Execution-Modell (I-PACE) von Brand und Kolleg*innen (Brand et al., 2016; Brand et al., 2019) ist ein Modell, welches verschiedene Suchtmodelle wie das Impaired-Response-Inhibition-and-Salience-Attribution-Modell (iRISA; Goldstein & Volkow, 2011), das Dual-Prozess-Modell von Everitt und Robbins (2016) und das Incentive-Sensitization-Modell von Robinson und Berridge (1993) integriert und ursprünglich für internetbezogene Störungen entwickelt wurde. Später wurde es auch für

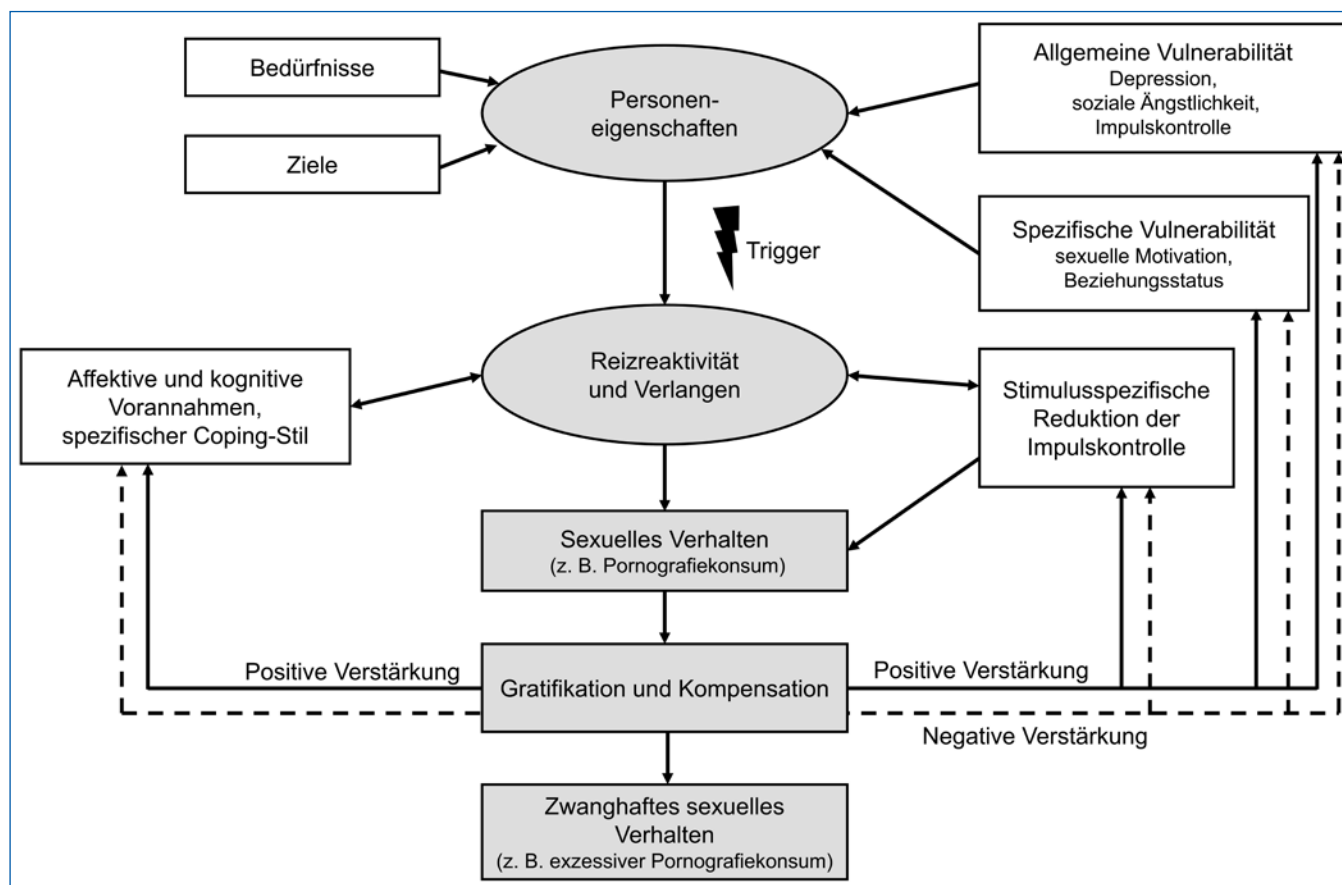


Abbildung: Das I-PACE-Modell (vereinfachte Darstellung des Modells von Brand et al. (2019)) als Grundlage für die Entstehung und Aufrechterhaltung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung

andere Verhaltenssuchte adaptiert. Damit eignet sich dieses Modell auch zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung (siehe Abbildung). Es beschreibt eine Wechselwirkung zwischen prädisponierenden personenbezogenen Faktoren (P) mit affektiven (A) und kognitiven (C) Reaktionen auf situative Auslöser sowie verminderte exekutive Funktionen (E) bezüglich der Verhaltenskontrolle und Entscheidungsfindung.

Unter personenbezogenen Faktoren werden sowohl allgemeine als auch spezifische Risikofaktoren für die Entwicklung einer Verhaltenssucht zusammengefasst. Allgemeine personenbezogene Risikofaktoren können dabei für verschiedene Verhaltenssuchte prädisponierend sein (z. B. genetische Faktoren, traumatische Kindheitserfahrungen, eine hohe Stressreaktivität, Depressivität, soziale Ängstlichkeit, Impulsivität, unsicherer Bindungsstil, dysfunktionaler Coping-Stil u. a.). Spezifische personenbezogene Risikofaktoren begünstigen die Entwicklung für das jeweilige Suchtverhalten, z. B. wird eine hohe Ausprägung in der habituellen sexuellen Motivation als Risikofaktor für problematischen Pornografiekonsum angenommen (Stark et al., 2017).

Personen mit diesen Risikofaktoren tendieren eher dazu, auf bestimmte Merkmale von Situationen (z. B. alleine sein) oder auf bestimmte Erlebenszustände (z. B. negative Stimmung) mit zwanghaftem sexuellen Verhalten, wie z. B. Pornografiekonsum, zu reagieren. In der Folge kommt es zu operanten Lernprozessen, die zu veränderten affektiven und kognitiven Reaktionen auf sexuelle Reize führen. Angenommen wird, dass es sich dabei vor allem zu Beginn der Verhaltenssuchtentwicklung vermehrt um positive Verstärkungsprozesse handelt (z. B. starker Lustgewinn durch Pornografiekonsum = Gratifikation), in späteren Stadien jedoch vermehrt negative Verstärkungsprozesse (z. B. Entfliehen von Einsamkeit oder Langeweile = Kompensation) das Suchtgeschehen dominieren.

Durch die Konditionierungsprozesse wird mit der Zeit eine Vielzahl von inneren und äußeren Auslösern (z. B. alleine der Anblick des verwendeten Endgeräts bei Pornographiesucht) mit dem zwanghaften sexuellen Verhalten verknüpft, sodass sich Aufmerksamkeitsprozesse und die Reizreaktivität gegenüber diesen Auslösern verändern und diese auch alleine einen starken Drang (Craving) nach dem sexuellen Verhalten auslösen. Der daraus entstehende Teufelskreis ist für Betroffene nur schwer zu durchbrechen. Da das Modell besonders Lernprozesse betont, lässt sich das Modell gut in eine verhaltenstherapeutische Fallkonzeption integrieren. Das Modell versteht sich aber lediglich als ein Grundlagenmodell, das die Ableitung testbarer Hypothesen erlaubt. Bislang liegen unseres Wissens keine psychodynamischen Modelle vor, die ähnlich spezifisch auf die vermuteten zugrundeliegenden Prozesse der Störung eingehen.

Bildgebende Studien geben Hinweise auf neuroadaptive Prozesse, die den veränderten Aufmerksamkeitsprozessen,

der erhöhten Reizreaktivität sowie dem Craving nach dem zwanghaften Sexualverhalten zugrunde liegen. Hierbei scheint besonders das mesolimbische dopaminerge Belohnungssystem (u. a. der Nucleus Accumbens) im Fokus zu stehen (Brand et al., 2016; Gola et al., 2017). Durch experimentelle appetitive Konditionierung konnten außerdem Anzeichen dafür gefunden werden, dass die funktionelle Konnektivität zwischen dem präfrontalen Kortex und dem ventralen Striatum bei Personen mit einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung im Vergleich zu Kontrollpersonen verringert ist (Klucken et al., 2016). Dies könnte auf eine reduzierte kognitive Kontrolle über motivationale Schaltkreise im Gehirn bei Menschen mit einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung hinweisen.

Eine Besonderheit der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung gegenüber anderen Verhaltenssuchten, wie der Gaming Disorder oder der Gambling Disorder, ist sicherlich, dass sexuelle Reize einen angeborenen Belohnungscharakter haben und dadurch auch bei gesunden Menschen entsprechende neuronale Schaltkreise stark aktiviert sind, was evolutionär gesehen zur Arterhaltung beitragen kann (Stark et al., 2018).

Diagnostik

Bis zur Einführung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung in der ICD-11 gab es mehrere Instrumente, die unter verschiedenen Überschriften die Kernsymptomatik der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung erfassen.

Beispielsweise beruht das Hypersexual Behavior Inventory (HBI; Reid et al., 2011) auf dem Hypersexualitätskonstrukt (Kafka, 2010) und wurde in zahlreichen Studien eingesetzt. In dem Fragebogen werden 19 Items auf einer fünfstufigen Likertskala (1 = „niemals“ bis 5 = „sehr oft“) abgefragt (Beispielitem: „Meine sexuellen Gedanken und Fantasien lenken mich davon ab, wichtige Dinge zu erreichen.“). Die Autor*innen fanden mittels Faktorenanalyse drei Skalen, denen die Items inhaltlich zugeordnet werden können: Kontrolle, Konsequenzen und Coping. Ein Cut-off-Wert von 53 oder mehr Punkten gilt als Hinweis auf das Vorliegen einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung.

Als Screening-Instrument für das Vorliegen einer Cybersex-Sucht kann auch der Internetsex Addiction Test (s-IATsex; Laier et al., 2013) herangezogen werden, welcher eine Modifikation der Kurzversion des Internet Addiction Tests (s-IAT; Pawlikowski et al., 2013) darstellt. Der Test besteht aus 12 Items, die auf einer fünfstufigen Likertskala (1 = „nie“ bis 5 = „sehr oft“) beantwortet werden (Beispielitem: „Wie oft stellen Sie fest, dass Sie länger als beabsichtigt auf Sexseiten im Internet waren?“). Es können zwei Subskalen „Kontrollverlust/Zeitmanagement“ und „Craving/soziale Probleme“ berechnet werden. Werte über 30 weisen auf einen problematischen Cybersex-Konsum hin, während Werte über 37 einen pathologischen Cybersex-Konsum andeuten.

Da Pornografienutzungsstörung die häufigste Form der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung darstellt, soll hier zusätzlich ein Screening-Instrument skizziert werden, welches sich ausschließlich auf den unkontrollierten Pornografiekonsum fokussiert. Die Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS; Böthe et al., 2018) besteht aus 18 Items (Beispielitem: „Ich habe meine Anspannung durch Anschauen von Pornos gelöst.“) mit einem siebenstufigen Antwortformat (1 = „nie“ bis 7 = „die ganze Zeit“). Auf inhaltlicher Ebene geben die faktorenanalytisch gefundenen Skalen Salienz, Stimmungsbeeinflussung, Konflikt, Toleranz, Rückfall und Entzug weitere therapierelevante Hinweise. Ein Wert von 76 oder höher spricht für einen problematischen Pornografiekonsum. Inzwischen liegt auch eine Kurzform mit nur sechs Items vor (Böthe et al., 2021).

Im Vorgriff auf das bevorstehende Inkrafttreten der ICD-11 wurde nach den dort festgelegten Kriterien der zwanghaften sexuellen Störung im Jahr 2020 die Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19) veröffentlicht (Böthe et al.,

Die Pornografienutzungsstörung stellt die häufigste Form der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung dar.

2020), die auch in deutscher Sprache verfügbar ist. Sie besteht aus 19 Items auf fünf Faktoren (Kontrolle, Salienz, Rückfall, Unzufriedenheit, negative Konsequenzen), die auf einer vierstufigen Likertskala (1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 4 = „stimme voll zu“) beantwortet werden (Beispielitem: „Obwohl mein Sexualverhalten unverantwortlich oder leichtsinnig war, fand ich es schwierig aufzuhören.“). Ein Gesamtwert von 50 oder höher weist auf das mögliche Vorliegen einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung hin.

Der Einsatz von Fragebogen und Screening-Instrumenten liefert lediglich Hinweise auf das Vorliegen einer zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung. Weitere Informationen, wie beispielsweise das Vorliegen überzogener moralischer Vorstellungen oder das tatsächliche Ausmaß des zwanghaften Sexualverhaltens, müssen zusätzlich durch den Behandler erfragt werden. Deswegen wird es in Zukunft wichtig sein, ein strukturiertes klinisches Interview zu entwickeln, um die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung zu diagnostizieren.

Zusätzlich zu der störungsspezifischen Diagnostik ist eine ausführliche Sexualanamnese zur Diagnostik sexueller Funktionsstörungen und für den Ausschluss paraphiler Störungen relevant. Wichtige Themen der Sexualanamnese können außerdem Habituationseffekte und Toleranzentwicklungen sein. Diese können sich bei der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung sowohl in der zunehmenden Dauer des sexuellen Verhaltens als auch – bei pathologischem Pornografiekonsum – in der Variabilität des konsumierten Materials

zeigen, da Betroffene andauernd nach neuen Reizen suchen (Baranowski et al., 2019; Lewczuk et al., 2021). Bei einigen Betroffenen kann dies soweit führen, dass illegale Inhalte, wie Sodomie, brutale Gewaltszenen oder Kinderpornografie, konsumiert werden, obwohl dieses Material glaubhaft nicht den Neigungen der Betroffenen entspricht (Stark, 2020). Die Breite des konsumierten Materials kann ein Hinweis für die Abgrenzung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung zur Pädophilie darstellen.

Außerdem ist die Durchführung eines strukturierten klinischen Interviews für die Erfassung potenzieller Komorbiditäten erforderlich.

Interventionen

Obwohl die zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung unter den Impulsstörungen in der ICD-11 eingeordnet sein wird, sehen viele Forscher*innen und Kliniker*innen große Überlappungen zu den Verhaltenssüchten. Dementsprechend basiert die Behandlung oft auf zwei Säulen (z. B. Mann, 2014; Stark & Wehrum-Osinsky, 2016): Die erste Säule konzentriert sich auf den Umgang mit den zwanghaften, impulsiven, süchtigen Verhaltensweisen, z. B. dem Pornografiekonsum. Die zweite Säule adressiert die Funktionalität des problematischen Verhaltens, die eng mit der individuellen Lerngeschichte der Betroffenen verknüpft ist.

Gerade zu Beginn der Therapie spielt Psychoedukation eine große Rolle, in der über die verschiedenen Erscheinungsbilder der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung aufgeklärt wird. Basierend auf ätiologischen Modellen wie z. B. dem I-PACE-Modell (Brand, Young et al., 2016; Brand et al., 2019) wird den Betroffenen verdeutlicht, wie langjährige Lernerfahrungen zu verändertem Erleben, Denken und Verhalten geführt haben. Dabei wird besonders auf die Rolle von Auslösern eingegangen, die z. B. spezifische Situationen (wie „nach Hause kommen und keiner ist da“) sein können. Aber auch innere Zustände wie Langeweile, Stress oder Einsamkeit können Auslöser für das zwanghafte sexuelle Verhalten sein. Bezogen auf eine Pornografienutzungsstörung ist es oft wichtig, die Unterschiede zwischen unproblematischem, riskantem und pathologischem Konsum zu erklären. Den Betroffenen wird anhand der Erklärungsmodelle verdeutlicht, dass sie lernen müssen, mit Risikosituationen umzugehen und nicht das automatisierte problematische Verhalten zu zeigen. Hierbei können distale von proximalen Risikosituationen unterschieden werden. Bei distalen Risikosituationen ist das Verlangen, das problematische Verhalten auszuführen, noch nicht so groß, dass es unmittelbar zum Rückfall kommt. In diesen Situationen können Maßnahmen wie eine Stimuluskontrolle eingesetzt werden. Bei der Pornografienutzungs-

störung kann die Stimuluskontrolle z. B. darin bestehen, dass ein Internetzugriff nicht möglich ist (z. B. Verzicht auf Smartphone, Blocking-Software am Router). Steht die Ausführung des problematischen sexuellen Verhaltens unmittelbar bevor (proximale Risikosituation), müssen Notfallmaßnahmen ergriffen werden, um die Ausführung des Verhaltens zu verhindern. Hierzu kann auch auf Methoden der dialektisch-behavioralen Therapie zurückgegriffen werden, die zum Umgang mit starken negativen Emotionen entwickelt wurden (Linehan, 1996).

Die zweite Säule betrifft die Arbeit an der individuellen Funktionalität der Symptomatik. Hierbei können Traumatisierungen, negative sexuelle Erfahrungen, aber auch Persönlichkeitseigenschaften wie eine ausgeprägte Impulsivität oder soziale Angst bedeutsam sein. Um den Umgang mit diesen Risikofaktoren zu lernen, bieten unterschiedliche Therapieverfahren vielfältige therapeutische Interventionen an.

Bei Sichtung der bestehenden internationalen Literatur zur Behandlung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung wird deutlich, dass die empirische Therapieforschung noch ganz am Anfang steht. Die Mehrheit der bislang publizierten Studien zur Behandlung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung entspricht Machbarkeits- oder Pilotierungsstudien und erlaubt noch keine Evidenzaussagen. Diese nicht-kontrollierten Studien untersuchten beispielsweise die Effekte eines 12-Schritte-Programms (Efrati & Gola, 2018), einer Acceptance-and-Commitment-Therapie (ACT; Levin et al., 2017), eines kognitiven verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms (Orzack & Ross, 2000), einer tiefenpsychologischen Therapie (Nathanson, 2021), einer humanistischen Therapie (Klontz et al., 2005) und eines Meditationsprogramms (Sniewski et al., 2020). Tatsächlich gibt es unseres Wissens bislang nur drei Studien, die ein randomisiertes Wartegruppendedesign verwendet haben und damit eine empirisch fundierte Evidenzaussage zulassen: Eine schwedische Studie von Hallberg et al. (2019) konnte zeigen, dass eine Behandlungsgruppe mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Gruppenprogramm einer Wartegruppe bezüglich der zwanghaften sexuellen Symptomatik überlegen war, was sich in mittleren (Hypersexual disorder: Current assessment scale: $d = 0.66$; 95 % CI = 0.29–1.0) und großen Effekten (Sexual Compulsivity Scale: $d = 0.83$; 95 % CI = 0.42–1.2) zu Therapieende zeigte. Die Autor*innen konnten nachweisen, dass die Effekte sechs Monate nach der Behandlung noch anhielten.

Crosby und Twohig (2016) konnten die Überlegenheit eines 12-stündigen ACT-Behandlungsprogramms gegenüber einer Wartegruppe in einer sehr kleinen Stichprobe belegen ($p < .034$, partielles $\eta^2 = 0.366$). Anschließende Prä-Post-Vergleiche innerhalb der ACT-Bedingung zeigten große Effekte für die Reduktion des selbstberichteten Pornografiekonsums (von 6,13 auf 0,43 Stunden/Woche; $d = 1.8$) und für die Reduktion der zwanghaften sexuellen Symptomatik (gemessen mit der Sexual Compulsivity Scale von $M = 30.43$ auf $M = 20.36$; $d = 1.28$). In der Wartekontrollgruppe reduzierte sich der selbstberichtete Konsum in einem geringeren Ausmaß

(von 6,85 auf 5,40 Stunden/Woche; $d = 0.29$), eine Reduktion der zwanghaften sexuellen Symptomatik blieb aus.

Eine ganz aktuelle Studie von Böthe et al. (2021) verglich den Effekt eines Online-Selbsthilfeprogramms, das sich über sechs Wochen erstreckte, mit einer Wartekontrollgruppe. Die Gruppen wurden zufällig zusammengestellt. Es fanden sich starke Behandlungseffekte für das Online-Selbsthilfeprogramm bezüglich des Ausmaßes des problematischen Pornografiekonsums ($p < .001$; $d = 1.32$), der Häufigkeit des Pornografiekonsums pro Woche ($p < .001$; $d = 1.65$), der selbstbeurteilten Pornografiesucht ($p = .01$; $d = 0.85$) und des Selbstwirksamkeitserlebens bezüglich der Vermeidung von Pornografie ($p = .001$; $d = 0.87$). Jedoch muss bei dieser Studie kritisch angemerkt werden, dass nur knapp über 10 % der ursprünglich Teilnehmenden bis zum Ende des Programms durchhielten.

Neben psychotherapeutischen Interventionen gibt es auch Studien, die pharmakologische Interventionen untersuchten. Dabei wurden besonders der Opiatagonist Naltrexon und selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI) in den Fokus genommen. Für Naltrexon gibt es Hinweise, dass diese Medikation die Problematik reduzieren kann (Raymond et al., 2010), allerdings stehen noch zufallskontrollierte klinische Studien aus. In einer placebo-kontrollierten Studie konnten Wainberg et al. (2006) die Überlegenheit von Citalopram gegenüber Placebo belegen.

Zusammenfassung und Fazit

Mit der Aufnahme der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung in die ICD-11 ist ein wichtiger Meilenstein erreicht, der die Situation für Betroffene, Behandelnde und Forschende entscheidend verbessern wird. So kann mit der Einführung der neuen Klassifikation darauf verzichtet werden, die Symptomatik unspezifisch unter einer F63.9 (abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet) zu diagnostizieren. Erstmals gibt es eine eigenständige Diagnose, die eine Anerkennung des Leids sowie eine Feststellung der Prävalenz und des Behandlungsbedarfs ermöglicht. Behandelnde und Forschende sind nun in der Lage, die Störung anhand einheitlicher Kriterien zu diagnostizieren, Risiko- und Resilienzfaktoren sowie häufig komorbid auftretende Störungen zu erkennen und Behandlungsschritte abzuleiten. Zukünftige Forschungsergebnisse werden zeigen, ob die Einordnung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung als Impulskontrollstörung bestehen bleibt oder ob sie besser zu den Verhaltenssuchten gezählt werden sollte. Bis zur evidenzbasierten Therapie der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung ist es noch ein langer Weg. Insbesondere ist die entscheidende Frage, ob ähnlich wie bei anderen Süchten eine totale Abstinenz von dem zwanghaften sexuellen Verhalten erfolgen muss oder ob auch eine Kontrolle über das problematische Verhalten wiedererlangt werden kann, bislang nicht beantwortet.

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.

Böthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J. et al. (2020). The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 based screening measure across three languages. *Journal of Behavioral Addictions*, 9 (2), 247–258.

Böthe, B., Baumgartner, C., Schaub, M. P., Demetrovics, Z. & Orosz, G. (2021). Hands-off: Feasibility and preliminary results of a two-armed randomized controlled trial of a web-based self-help tool to reduce problematic pornography use. *Journal of Behavioral Addictions*, 10 (4), 1015–1035.

Brand, M., Rumpf, H.-J., Demetrovics, Z., Müller, A., Stark, R., King, D. L. et al. (2020). Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of „other specified disorders due to addictive behaviors“? *Journal of Behavioral Addictions*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00035> (31.01.2022)

Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Müller, A., Wölfling, K., Robbins, T. W. et al. (2019). The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 104, 1–10.

Crosby, J. M. & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 47 (3), 355–366.

Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., Jokinen, J. & Öberg, K. G. (2019). A Randomized Controlled Study of Group-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder in Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 16 (5), 733–745.

Reid, R. C., Garos, S. & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Hypersexual Behavior Inventory in an Outpatient Sample of Men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18 (1), 30–51.

Stark, R., Klucken, T., Potenza, M. N., Brand, M. & Strahler, J. (2018). A Current Understanding of the Behavioral Neuroscience of Compulsive Sexual Behavior Disorder and Problematic Pornography Use. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 5 (4), 218–231.

Stark, R. & Wehrum-Osinsky, S. (2016). Sexuelle Sucht (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 63). Göttingen: Hogrefe.

World Health Organization. (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6C72 Compulsive Sexual Behavior Disorder. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fententy%2f1630268048> (31.01.2022).



Dr. Charlotte Markert

Korrespondenzanschrift:

Abteilung für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften
Justus-Liebig-Universität Gießen
Otto-Behagel-Str. 10 H, 35394 Gießen
charlotte.markert@psychol.uni-giessen.de

Dr. Charlotte Markert ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf der Diagnostik und Behandlung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung.



Sarah Golder, M. Sc. Psych.

Sarah Golder, M. Sc. Psych., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen und befindet sich in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT). Ihr Dissertationsprojekt thematisiert die Behandlung der zwanghaften sexuellen Verhaltensstörung.



Prof. Dr. Rudolf Stark

Prof. Dr. Rudolf Stark ist Professor für Psychotherapie und Systemneurowissenschaften und Leiter eines verhaltenstherapeutischen universitären Ausbildungsinstituts an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Er forscht zu Angst- und Suchterkrankungen und ist seit 2021 im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hessen.

Nachruf auf Albert Bandura (1925–2021): Gigant der Psychologie – Gigant der Psychotherapie

Albert Bandura war kein approbierter Psychotherapeut, sondern einer der einflussreichsten Grundlagenforscher und in der Tat einer der am meisten zitierten Sozialwissenschaftler überhaupt. Sein Name begegnete mir im Studium zuerst in einem Seminar zur Entwicklungspsychologie; in meinem allerersten Referat des Studiums durfte ich die klassischen Experimente zum Modelllernen aggressiven Verhaltens (die eindrücklichen Bobo-Doll-Studien) referieren. Über das ganze Studium hinweg und weit darüber hinaus bin ich immer wieder Bezügen zu Banduras Theorien, Modellen und Experimenten begegnet – in der Entwicklungspsychologie, der Persönlichkeitspsychologie, der Sozialpsychologie und vor allem auch in unserem Fach, der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Albert Bandura war ein Gigant der Psychologie – und ebenso der Klinischen Psychologie. Nach einer langen Laufbahn, in deren Verlauf er mit den allerhöchsten Ehren und Preisen ausgezeichnet wurde, fast 70 Jahre davon als Professor der Stanford University, ist er letztes Jahr im Alter von 95 Jahren verstorben.

Albert Banduras erste Publikation (über Suggestibilität) war im *Journal of Abnormal and Social Psychology* (Benton & Bandura, 1953) erschienen, und dass dieses einflussreiche Journal es damals ermöglichte, diese beiden Gebiete unter einem Dach zu (re)präsentieren, passt zu Bandura ganz besonders: Der Grundlagenforscher hat wie wenige die Klinische Psychologie und Psychotherapie beeinflusst und die Beschäftigung mit seinem akademischen Werk illustriert dementsprechend auch rückblickend, wie eng die Kognitive Verhaltenstherapie in der psychologischen Grundlagenforschung verankert und mit ihr verwoben ist.

Die Psychotherapie hat er nicht nur beeinflusst, er zeigte über sein gesamtes Schaffen hinweg konkrete Bezüge zwischen Theorie und Praxis auf. Schon unter seinen ersten theoretischen Arbeiten findet sich eine gründliche Reflexion über „psychotherapy as a learning process“ (Bandura, 1961). Das war noch vor den Theorien, die ihn berühmt werden ließen, die wir alle bereits im Grundstudium verinnerlicht haben. Seine Arbeiten zum Modelllernen erweiterten die klassische behaviorale Perspektive der damaligen Verhaltenstherapie, seine Theorie zur Selbstwirksamkeit ist aus kognitiven Therapien nicht wegzudenken.

Offensichtlich entsprach diese Perspektive des Therapeuten seinem eigenen Selbstbild: In einem kürzlich verfassten Überblicksartikel, der in mancherlei Hinsicht einem akademischen Testament ähnelt, zählt Bandura (2019) seine therapeutischen Erfolge bei Angstbehandlungen mit der Gui-



Albert Bandura empfängt 2016 die National Medal of Science vom damaligen US-Präsidenten Barack Obama. (Foto: Carolyn Kaster; picture alliance / AP Photo)

ded Mastery Therapy zu den wichtigen Anwendungen seiner Theorien. Protagonist der Sozialpsychologie, Unterstützer der Klinischen Psychologie und vieles mehr – Albert Banduras wissenschaftliche Tätigkeit war stets getragen von einem gesellschaftlichen Impetus; es ging ihm um die Verbesserung unserer Lebensumstände mithilfe seiner wissenschaftlichen Erkenntnisse. So hat er zuletzt im *American Psychologist* (Bandura & Cherry, 2020) die aktuelle Jugendbewegung zur Bekämpfung des Klimawandels freudig begrüßt und in ihrem Wirken Übereinstimmungen mit seiner Social Cognitive Theory ausgemacht. Genauso relevant sind heute seine Erkenntnisse zur Wirkung sozialer Modelle in den Medien.

Über andere sagte er, und ich denke, es traf auf ihn ganz besonders zu: „(People) can make chance happen by pursuing an active life that increases the number and type of fortuitous encounters they will experience“ (Bandura, 2011). Es gibt vieles, was wir von seinem Modell lernen können.

Georg W. Alpers
Mannheim

Literatur

- Bandura, A. (1961). Psychotherapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, 58 (2), 143–159.
- Bandura, A. (2011). But what about that gigantic elephant in the room? In R. Arkin (Hrsg.), *Most unappreciated: 50 prominent social psychologists talk about hidden gems* (S. 51–59). Oxford: Oxford University Press.
- Bandura, A. (2019). Applying Theory for Human Betterment, *Perspectives on Psychological Science*, 14 (1), 12–15.
- Bandura, A. & Cherry, L. (2020). Enlisting the power of youth for climate change. *American Psychologist*, 75 (7), 945–951.
- Benton, A. L. & Bandura, A. (1953). „Primary“ and „secondary“ suggestibility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43, 336–340.

Zum Gedenken an Aaron T. Beck (1921–2021)

Es ist besonders traurig, so kurz nach den Geburtstagswünschen am 18. Juli 2021 diesen Nachruf auf den Tod von Aaron T. Beck am 1. November 2021 verfassen zu müssen.

Aaron Temkin Beck darf als einer der einflussreichsten Psychotherapeuten und Psychotherapieforscher der letzten hundert Jahre angesehen werden. Er hat mit dem von ihm entwickelten „kognitiven Verständnis“ psychischer Erkrankungen und der daraus folgenden „Kognitiven Therapie“ weltweit Einfluss genommen, die Ausbildung von Psychotherapeut*innen und damit die Versorgung von Patient*innen deutlich verbessert, der Evidenzbasierung von Psychotherapie und einem psychologischen Verständnis psychischer Störungen den Weg bereitet. Von seinen klinischen Anfängen als Arzt und Psychiater in den späten 1940er-Jahren des letzten Jahrhunderts bis kurz vor seinem Tod hat er, fast ohne Unterbrechungen, therapeutisch gearbeitet, Student*innen und Doktorand*innen ausgebildet, wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt, ist öffentlich aufgetreten und hat vielfältig publiziert. Er hat zahlreiche psychotherapeutische Lehrbücher, darunter solche Klassiker wie „Depression. Causes and Treatment“ (1972) und „Cognitive Therapy of Depression“ (1979), verfasst, mittels denen er ganze Generationen von Studierenden, Therapieforscher*innen und Psychotherapeut*innen tief beeinflusst hat. Die von ihm entwickelten diagnostischen Instrumente, etwa das Beck-Depressions-Inventar (BDI; 1961), das Beck-Angst-Inventar (BAI; 1988) oder die Beck-Hoffnungslosigkeitsskala (1988), stellen Marksteine zur Erfassung der Schwere ängstlicher, suizidaler bzw. depressiver Symptomatik dar. Entsprechende Studien zu den damit verbundenen Störungsbildern sind ohne das BDI bzw. das BAI nicht mehr vorstellbar.

Becks therapeutischer Werdegang nahm seinen Anfang in der Psychoanalyse, der er mehr als ein Jahrzehnt verschrieben blieb. Sein (gescheiterter) Versuch, Annahmen Freuds anhand wissenschaftlicher Untersuchungen der Träume von depressiven Patient*innen zu validieren, leitete die allmähliche Loslösung von der Psychoanalyse ein. Es ging ihm nicht darum, unbewusste Konflikte der Vergangenheit zu ergründen, sondern an „automatic thoughts“ anzusetzen, unterschiedlich wirksamen Denkschemata, die für ihn die Wurzel der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen darstellten und das Ergebnis von Lebenserfahrungen sind. Solche dysfunktionalen Kognitionen, z. B. einseitig negative Bilder des Selbst, der Welt und der Zukunft, zu hinterfragen und alternative Verarbeitungsweisen aufzubauen, zeigte zunächst bei Depressionen beeindruckende Effekte. In Wirksamkeitsstudien ließ sich der kognitive Ansatz auch erfolgreich auf andere Störungsbilder, wie Angststörungen, Ver-



Aaron T. Beck

*(*18.07.1921; †01.11.2021)*

© 2016 Moonloop Photography, courtesy of Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

haltenssüchte und zuletzt sogar Schizophrenie, übertragen. Dieses transdiagnostische Anwendungspotenzial stimmte Beck optimistisch, dass mit der kognitiven (Verhaltens-)Therapie eine Grundarchitektur für eine „unified therapy“ vorliege, die nicht nur vielfältige psychische, sondern sogar somatisch bedingte Störungsbilder mitumfassen könne. Insbesondere sollte so in einem letzten Brückenschlag die Neurophysiologie (mit der Beck ja als junger Mediziner angefangen hat) wieder mit Psychologie/-therapie versöhnt werden.

Aaron T. Beck wurde 100 Jahre alt. Er hat ein erfülltes, interessantes, erfolgreiches, weitreichendes, langes Leben gelebt. Beck selbst war ein beeindruckendes Modell eines guten Kliniklers und Forschers. Neben seinen Leistungen auf dem Gebiet der theoretischen Grundlagen erwies er sich nicht zuletzt auch in der Praxis als ein höchst kompetenter Psychotherapeut, dem es gelang, Patient*innen zu motivieren und Ausbildungsteilnehmer*innen zu begeistern. Wir werden dieses Vorbild als aufgeschlossenen, unterstützenden, freundlichen, einfühlsamen, an jedem interessierten Menschen in Erinnerung behalten. Ihm ging es um wissenschaftliche Erkenntnisse und die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen, weniger um persönlichen Ruhm und Rechthaberei. Wir trauern mit seiner Tochter Judy, seiner Familie und seinen engen Mitarbeiter*innen.

Martin Hautzinger
Tübingen

Interview

„Eine hochwertige Versorgung sichern, die Vielfalt der Psychotherapie erhalten – das war und bleibt das Ziel“

Heiner Vogel im Gespräch mit Ellen Bruckmayer

Heiner Vogel (PTJ): Liebe Frau Bruckmayer, Sie haben sich über viele Jahre, wenn nicht gar Jahrzehnte für das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) eingesetzt. Können Sie sich noch erinnern, wann bzw. wie die Bemühungen losgingen?

Ellen Bruckmayer: Natürlich, recht gut. Unser Anliegen war, dass sich nicht mehr jedermann „Psychotherapeut“ nennen darf, sondern dass die Berufsbezeichnung staatlich geschützt und an eine Ausbildung gebunden wird, dass die Psychotherapeuten ihre Interessen selbst vertreten können, gleichberechtigt mit den Ärzten, und dass die Patienten direkten Zugang haben zu uns „nichtärztlichen“ Psychotherapeuten, wie wir damals genannt wurden. Was heutzutage selbstverständlich ist, musste erst einmal erkämpft werden. Die Bemühungen um das Psychotherapeutengesetz gingen 1989 los. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Prof. Ursula Lehr, selbst Psychologin, wollte es wieder in Gang bringen, legte 1990 Eckpunkte vor und gab nach einer Ausschreibung ein Forschungsgutachten bei Prof. Adolf E. Meyer in Auftrag. Dieses Gutachten wurde im März 1991 veröffentlicht und bestätigte eine Unter- und Fehlversorgung in der Psychotherapie und eine Fehlallokation der Mittel. Statt früh und ambulant komme es meist spät und dann meist stationär zur Behandlung. Das Schlagwort war „Chronifizierung bis zur Erwägung der Rente“. Mit der gutachterlichen Empfehlung, einen neuen Heilberuf zu schaffen, kam Schwung in die Verhandlungen.

Seitens der Verbände wurde das Gesetzgebungsverfahren unterstützt, unter anderem als die „Spiegel-AG“, die Arbeitsgemeinschaft aller Psychotherapeutenverbände, die das Forschungsgutachten begleitete, die Iserlohner Erklärung der DGPT einstimmig übernahm. In ihr wurde die Schaffung eines Psychotherapeutengesetzes gefordert in Kombination mit einem berufs- und einem sozialrechtlichen Teil, wobei die Zusammenarbeit mit den Ärzten kooperativ, also gleichberechtigt, sein sollte.

Ideen für ein solches Gesetz gab es ja seit den 1970er-Jahren schon häufiger, aber es hatte nie

geklappt. Die Interessen der maßgeblichen Gruppen waren offenbar zu unterschiedlich. Neben den Psycholog*innen bzw. den psychologischen Verbänden der Psychotherapeut*innen gab es ja auch noch die Krankenkassen und die Ärzteschaft als wichtige Interessensgruppen. Lassen sich deren Positionen kurz skizzieren?

Ja, das Gesetz war 1978 schon einmal gescheitert infolge der Uneinigkeit der Psychologenverbände und wegen des Widerstands von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Krankenkassen. In der Folge bestätigte das Bundessozialgericht 1979 das Ärztemonopol, und das Bundesverwaltungsgericht stellte 1983 klar, dass Psychotherapie die Ausübung von Heilkunde sei und deshalb eine Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz (HPG) erforderlich mache. Unter dem Druck des Behandlungsbedarfs vereinbarte der Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) trotzdem 1983 die berühmte TK-Regelung und der damalige Deutsche Psychotherapeutenverband (DPTV) 1995 die Empfehlungsvereinbarung IKK/BKK.¹ Diese „Erstattungspsychotherapie“ war umstritten, erstens weil dadurch de facto eine zweite Versorgungsebene geschaffen war und zweitens wegen unklarer Qualifizierungen. Aber auch im Delegationsverfahren entstand Unzufriedenheit wegen des Machtgefälles zwischen den ärztlichen und den psychologischen Psychotherapeuten, die oft beide dieselbe von der KBV anerkannte psychotherapeutische Qualifikation hatten. Die sogenannten Delegationspsychologen galten vielfach als „Heilhilfspersonen“ der Ärzte; sie durften ihre Anträge nicht selbst an die Kassen richten und hatten nicht einmal ein eigenständiges Widerspruchs- und Klagerecht gegen ihre Honorarbescheide, waren also völlig von den Delegationsärzten abhängig. Und nicht zuletzt stieß das Erfordernis der HPG-Erlaubnis

¹ Die TK-Regelung und die Empfehlungsvereinbarung IKK/BKK regelten, dass Psychotherapeut*innen unter definierten Vorgaben Versicherte der jeweiligen Krankenkassen behandeln konnten. Beide Vereinbarungen wurden nach Klagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Landessozialgericht Essen am 23. Oktober 1996 für rechtswidrig erklärt. Den Kassen wurde eine weitere Anwendung der Regelungen untersagt (näher hierzu: Schildt, H. (2007). Vom „nichtärztlichen“ zum Psychologischen Psychotherapeuten/ KJP. Psychotherapeutenjournal, 6 (2), 118–129, 122 f.).

auf allgemeinen Widerstand. Und das umso mehr, als in der ehemaligen DDR schon 1981 der „Fachpsychologe für Medizin“ geschaffen und heilberuflich den Ärzten gleichgestellt worden war.

Später, als das PsychThG Formen annahm, wehrten sich die Krankenkassen aus Kostengründen dagegen, die Erstattungspsychologen mitaufzunehmen. Deshalb vereinbarten alle Verbände im September 1997 eine „Gemeinsame Erklärung“ zur Kostenneutralität, wonach außer den schon im GKV-System zugelassenen Delegationspsychotherapeuten nur diejenigen Psychotherapeuten per Übergangsregelung in die Versorgung (=bedarfsunabhängige Zulassung als Vertragspsychotherapeut*in; Anm. d. Red.) kommen sollten, die schon seit Jahren in versorgungsrelevantem Umfang zu Lasten der GKV tätig gewesen waren. Das wurde so von Kassen, KBV und Politik akzeptiert.

Aber auch innerhalb der Verbände der Psychotherapeut*innen gab es ja sehr unterschiedliche Interessen – welchen Einfluss hatte dies auf die politische Vertretung?

Von Anfang an bestand Dissens darüber, ob es ein Psychologengesetz oder ein Psychotherapeutengesetz geben sollte. Die Auseinandersetzungen drehten sich im weiteren Verlauf einerseits hauptsächlich um die Qualität der Ausbildung, um Richtlinien-Niveau vs. abgesenkte Standards, andererseits um die sozialrechtliche Eingliederung. Manche Verbände forderten ein eigenes Abrechnungssystem, die Richtlinienpsychotherapeuten forderten die Eingliederung ins bestehende ärztliche System, in die KVen. Später ging es auch um die Organisation z. B. des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) forderte das Bestimmungsrecht über die Psychotherapie für sich unter Ausschluss der Bundesärztekammer. Bekanntlich wurde die Besetzung paritätisch gelöst. Bei allen Kontroversen waren wir Verbandsvertreter immer bemüht, nach außen unser Hauptziel zu vertreten: das Gesetz nicht scheitern zu lassen.

Sie selbst nahmen an diesen vielen Diskussionen und Besprechungen als Psychoanalytikerin und Vertreterin der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Tiefenpsychologie (DGPT) teil, also eines Verbandes, in dem die enge und kollegiale Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Psycholog*innen eine lange Tradition hat. Wie hat das Ihr Engagement beeinflusst?

Das war selbstverständlich einerseits nicht unproblematisch, andererseits waren wir immer wieder gezwungen, uns verbandsintern zu einigen. Die Diskussionsprozesse in der DGPT dauerten natürlich oft viel länger als die Einigungsprozesse in den rein psychologischen Verbänden, aber sie hatten auch Auswirkung auf die gesamte Ärzteschaft und auf die KBV. Das war wichtig, denn gegen deren Willen hätte Minister Seehofer überhaupt nichts gemacht. Ich selbst befand mich

damit stets in zwei Spannungsfeldern, einerseits zwischen Delegationspsychotherapeuten und denjenigen Psychotherapeuten, die in der Kostenerstattung tätig waren, andererseits zwischen Ärzten und psychologisch ausgerichteten Psychotherapeuten. Mein Ziel war immer die Einigung auf einen Kompromiss, mit dem alle leben konnten. In meinem Verband war ich als Vertreterin der psychologischen Psychoanalytiker stets bemüht, auch die Anliegen der ärztlichen Kollegen mit zu bedenken. Dabei wurde mir oft von den Ärzten vorgeworfen, ich würde nur psychologische Interessen vertreten, und von den psychologischen Kollegen, ich würde nur ärztliche Interessen vertreten. Dann wusste ich, dass ich eine gute Mitte fuhr im Ausbalancieren der unterschiedlichen Interessensgruppen.

Wie und wie weit gelang es schließlich, die Interessen der Verbände der späteren Psychologischen Psychotherapeut*innen und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zu koordinieren?

Das war schwierig. Im Dezember 1996 kam es erst einmal wegen der Meinungsunterschiede bzgl. des damals sogenannten Integrationsmodells zum Bruch. In einer Sitzung in München, bei der ich zufällig den Vorsitz hatte, zog die AGPT (Arbeitsgemeinschaft für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“), die Vertretung der Erstattungspsychotherapeuten und der Hochschullehrer, aus dem Gesprächskreis aus. Nachdem das Gesetz nicht nur 1978, sondern auch schon 1994 gescheitert war, waren wir in großer Sorge, dass die Uneinigkeit der Verbände erneut einem erfolgreichen Zustandekommen im Wege stehen könnte. Aber der Druck, das Gesetz voranzubringen, war umso größer, als die vertraglich geregelte Kostenerstattung (TK-Regelung und Erstattungsvereinbarung IKK/BKK, s. o.) gut einen Monat zuvor gerichtlich gekippt worden war, die Versorgungsmängel aber eklatant waren. Minister Seehofer war entschlossen und verhandelte weiter mit der „Koalition der Konsensfähigen“, wie er es nannte, d. h. mit dem Bundesgesundheitsministerium, der Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände (AGR) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV); mit Letzterer, weil auch er keine Zersplitterung des KV-Systems, sondern die Integration wollte. Seitens der Verbände vereinbarten AGR und AGPT, zukünftige Sitzungen zwar getrennt durchzuführen, aber zur gleichen Zeit am gleichen Ort. Man sprach wieder miteinander, es kam zur Annäherung und im August 1997 zu einem „Konsenspapier“ zu allen wesentlichen Punkten des Gesetzes.

Da gab es sicher viele komplizierte und auch belastende Sitzungen, Beratungen, Abstimmungen etc. – was gab Ihnen den Mut und die Kraft, sich da immer wieder bzw. kontinuierlich einzubringen?

Ja, belastend war es auch. Leider gab es außer den inhaltlichen Auseinandersetzungen von beiden Seiten, sowohl von Seiten der Erstattungspsychologen als auch von Seiten der Ärzteschaft, Bemühungen, mich aus dem Verkehr zu ziehen,

was aber nicht gelang. Wenn ich an Aufgeben dachte, stärkte mich der Gedanke: „Das wollen die ja nur erreichen!“ Aus dem engeren Kollegenkreis wurde ich natürlich immer wieder ermutigt, durchzuhalten. Und außerdem gaben mir mein Wunsch, durch Kompromisse den Beruf des Psychotherapeuten als eigenständigen Beruf zu schaffen und die Behandlung psychisch erkrankter Menschen gesetzlich, ausbildungsmäßig und finanziell auf gesicherte Beine zu stellen, immer wieder Kraft und Zuversicht. Auch lernte ich bald, Vertretungsinteressen von persönlicher Sympathie zu unterscheiden. Die Erkenntnis, dass die Repräsentanten der Gegenparteien ebenso die Interessen ihrer Mitgliedschaft vertreten und vertreten müssen wie ich, machte es mir immer wieder leicht, trotz Meinungsverschiedenheiten weiter zu verhandeln. Außerdem gaben mir meine Familie und mein Freundeskreis stets Kraft und Rückhalt.

Wer waren denn in diesen Jahren die maßgeblichen Ansprechpartner*innen in „der Politik“ und wie lassen sich die Erfahrungen, die Sie in diesen Abläufen gesammelt haben, zusammenfassen?

Außer Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer waren im BMG hauptsächlich Herr Dr. Wanner, sowie später Frau Neumann, und fürs Leistungsrecht Frau Herweck-Behnsen zuständig, für die SPD Horst Schmidbauer, für die CDU Herr Dr. Hoffacker und last, but not least Herr Dr. Thomae von der FDP. Vertreter der KBV waren die Herren Dr. Hess und Dr. Schorre. Alle waren sehr zuverlässige Gesprächspartner, kompetent, sachlich und an einer Einigung interessiert.

Können Sie einige positive Erlebnisse oder Erfahrungen aus diesen Jahren und diesen mühsamen Prozessen berichten?

Herr Dr. Wanner hat mit unendlicher Geduld, Kompetenz und einem immer offenen Ohr sowohl das PsychThG nochmal und nochmal aktualisiert als auch später zusammen mit Frau Neumann in unspektakulärer Weise und zügig die beiden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen verfasst. Dr. Thomae war damals Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Bundestag und ermutigte uns oft, nicht aufzugeben und, wenn unverhandelbare Positionen blockierten, notfalls die eine oder andere Kröte zu schlucken: „Hauptsache, Sie haben das Gesetz. Novellieren können Sie es immer noch.“ Unvergessen auch die Verlässlichkeit von Horst Schmidbauer. Als PsychThG und Zahlungsgesetz im Bundestag beschlossen wurden, versprach er, letzteres wieder zu kippen, wenn die SPD nach den Wahlen an der Macht ist. Und er hat Wort gehalten!

Beeindruckend war für mich zudem, wie weitsichtig sich Herr Dr. Hess für die Integration der Psychotherapeuten ins KV-System eingesetzt hat. Er wollte „nicht den ersten Stein aus

der Mauer brechen“, d. h. eine Zersplitterung der KVen verhindern. Die Sitzung, in der dieses Zitat fiel, war der Durchbruch zum Integrationsmodell. Sehr beeindruckend auch, wie wohlwollend Herr Dr. Schorre in der KBV für die Integration

— **Der Wunsch, durch Kompromisse den Beruf des Psychotherapeuten als eigenständigen Beruf zu schaffen und die Behandlung psychisch erkrankter Menschen auf gesicherte Beine zu stellen, gab mir immer wieder Kraft und Zuversicht.** —

gekämpft hat – gegen den Widerstand vieler Ärzte, die fürchteten, von den Psychologischen Psychotherapeuten überrollt zu werden, und denen es widerstrebt, ihre bisherige Monopolstellung zu verlieren. Dass ein zweiter Berufsstand von „Nichtärzten“ den Ärzten gleichgestellt werden sollte, war eine Revolution, aber die Herren Dr. Hess und Dr. Schorre waren realistisch genug, zu sehen, dass es so kommen würde und dass es nun vorrangig darum ging, die Probleme möglichst konstruktiv zu lösen. Auch als deutlich wurde, dass das Finanzvolumen für den Bereich Psychotherapie viel zu klein bemessen war und die Ärzte sich verständlicherweise gegen den Mehraufwand auf ihre Kosten wehrten, setzten sich beide für eine Befriedung ein.

Über viele Jahre hinweg waren Sie auch als Vertreterin der Psychotherapeut*innen Mitglied im damaligen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gewesen. Das Gremium – inzwischen heißt es Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – ist ja bis heute sehr umstritten, weil es zwar politische Entscheidungen trifft, aber nicht von „der Politik“, also demokratisch besetzt wird, sondern von Interessengruppen, nämlich den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Wie schätzen Sie die Rolle dieses Gremiums ein, auch in Bezug auf die Bemühungen der Psychotherapeut*innen um eine bessere Integration in die Gesundheitsversorgung?

So umstritten die Zusammensetzung und Machtfülle des Bundesausschusses auch sind, die Aufnahme von Psychotherapeuten in dieses oberste Selbstverwaltungsgremium war zwingend, damit wir unsere Interessen selbst vertreten konnten und können. Der G-BA entscheidet, welche Leistungen in den Leistungskatalog der GKV übernommen werden, also auch über die Zulassung neuer Behandlungsmethoden. Und hier gab und gibt es natürlich großes Interesse an der Zulassung weiterer Verfahren über die drei hinaus, die schon vor dem PsychThG als Richtlinienverfahren anerkannt waren (Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie); vor allem die humanistischen Verfahren, die Neuropsychologische Psychotherapie und die Systemische Therapie suchten und fanden z. T. nach langen Bemühungen ihre Anerkennung.

Die Gestaltung des Leistungskatalogs mit seinen Richtlinien wie auch die Qualitätssicherung sind ebenfalls Sache des Bundesausschusses. Hier wurde von Anfang an schnell deutlich, dass es den Krankenkassen wesentlich um Geldeinsparung ging. Schon ganz früh wollten sie aus diesem Grund das Gutachterverfahren abschaffen. Jetzt im Rahmen der Novellierung des PsychThG wurde diese Abschaffung tatsächlich beschlossen. Der G-BA wurde beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes QS-Verfahren zu entwickeln, das inzwischen zum „bürokratischen Ungetüm“ gediehen ist mit der Gefahr einer zeitintensiv zu erhebenden Datenflut und öffentlichem Ranking. So aufwändig das Schreiben der Gutachteranträge auch ist – ich hoffe, dass viele inzwischen erkannt haben, dass es besser ist, die Notwendigkeit einer Behandlung durch Peers individuell beurteilen zu lassen als durch die Krankenkassen diagnosebezogen mit standardisierter Dokumentation von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Denn das Gutachterverfahren schützt den Rahmen der Behandlungen und sichert den Erhalt der Kontingente; außerdem hat es die Funktion einer Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Auch die Änderungen bei der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie machen auf mich den Eindruck, dass es nicht nur um Vereinfachung, sondern wesentlich um Kostenersparnis geht, u. a. durch die Zerstückelung und Kürzung der Kurzzeittherapien. Den Patienten wird suggeriert, schon eine geringe Gesamtstundenzahl müsste genügen; wenn sie mehr als 12 Stunden bräuchten, sei das schon ein Zuschlag. Dabei kann es gar nicht mehr um eine nachhaltige Behandlung gehen, sondern um möglichst schnelle Symptomlinderung. Natürlich wurden auch die Verweise mancher Hochschullehrer auf kostensparende manualisierte Kurzzeittherapien schon während des Gesetzgebungsverfahrens verwendet, um alles straffer und kostengünstiger zu gestalten. Auch der Honoraraufschlag auf die ersten zehn Sitzungen setzt Anreize, Psychotherapien aus ökonomischen Gründen zu verkürzen.

Zurück zum PsychThG: Eines der Probleme war ja, dass die Mehrheiten im Bundesrat und Bundestag unterschiedlich waren (Bundesrat: Mehrheit SPD-geführte Länder; Bundesregierung: CDU/CSU-FDP) und gegenseitige Blockaden eher die Regel als die Ausnahme waren. Trotzdem konnte das PsychThG letztendlich von beiden Seiten akzeptiert werden. Wie wurde das möglich?

Herr Schmidbauer war zwar in der Opposition, aber ihm war immer schon an einer guten Versorgung psychisch kranker Menschen gelegen und damit am Zustandekommen des Gesetzes. Inhaltlich bestanden da große Schnittmengen, vor allem im berufsrechtlichen Teil, einen unüberbrückbaren Dissens gab es allerdings bis zuletzt wegen der von der Koalition geforderten Zuzahlung. Herr Schmidbauer kämpfte mit allen Kräften gegen eine Zuzahlungspflicht ausschließlich bei der Behandlung psychisch Kranker, einerseits wegen der Diskriminierung dieser Patientengruppe, andererseits aus der Befürchtung, solche Zuzahlungen könnten auch in

der medizinischen Versorgung weiter eingeführt werden. Er erreichte gegen Ende – möglicherweise in Abstimmung mit Minister Seehofer – dass die Zuzahlung vom PsychThG abgekoppelt und in einem eigenen Gesetz festgeschrieben wurde. So konnte auch der Bundesrat im März 1998 dem PsychThG zustimmen bei gleichzeitiger Ablehnung des Zuzahlungsgesetzes. Zwar wurden im Bundestag beide Gesetze mit Kanzlermehrheit angenommen, aber da kurz nach dieser Abstimmung, nämlich im September 1998, bei der Bundestagswahl eine rot-grüne Parlamentsmehrheit zustande kam, konnte diese dann, wie schon erwähnt, als quasi erste Amtshandlung das Zuzahlungsgesetz annullieren, noch ehe es in Kraft getreten wäre.

Das Gesetz war im Jahr 1998 nach vielem Hin und Her endlich vom Bundestag auf Vorschlag der damaligen CDU/CSU-FDP-Regierung im Konsens mit dem SPD-geführten Bundesrat verabschiedet worden. Ein neuer Beruf war geschaffen worden, oder genauer: zwei. Können Sie sich noch erinnern, was damals Ihr erster Gedanke war, als wirklich klar wurde, dass das Gesetz beschlossen worden ist? Und wie ging es dann im Kreis der Verbände weiter?

Natürlich war ich kolossal erleichtert, dass die Psychotherapie nun abgesichert war und unser langes Bemühen erfolgreich. Aber mir war auch da sofort klar, wie schwierig es sein würde, das Gesetz umzusetzen, Psychotherapeuten bei den fristgerechten Antragstellungen zu unterstützen, die Eingliederung ins KV-System in Gang zu bringen und die Kammern zu gründen. Mir wurde schlagartig bewusst, dass ich mich – entgegen meiner bisherigen Erwartungen – jetzt nicht zufrieden zurücklehnen konnte, sondern dass nun viel Arbeit auf uns zukommen würde. Die Verbände fanden in den Arbeitsgruppen bei der Bewältigung der gemeinsamen Aufgaben relativ schnell eine gemeinsame Basis; nur manchmal, bei den Kammerwahlen und jetzt wieder bei der Novellierung des PsychThG, waren und sind auch heute die alten Gräben wieder spürbar.

Die Gründung von Psychotherapeutenkammern nach dem Gesetz auf Landesebene war ja keineswegs zwingend und sie war auch bei den Psychotherapeut*innen umstritten. Welche Argumente wurden damals für bzw. gegen die Kammern ins Feld geführt?

Doch, die Gründung war zwingend, denn mit der Anerkennung des neuen Heilberufs unterliegen Berufsausbildung und -ausübung der Aufsicht des Staates. Dieser delegiert zwar viele Aufgaben an die Profession, aber dazu braucht es ein Organ, die Kammer. Die Skepsis beruhte darauf, dass wir alle „Verbandsdenken“ gewohnt waren. Die Mitgliedschaft in den Verbänden war freiwillig, die Mitgliedschaft in den Kammern jedoch nicht, und sie kostet auch noch zusätzlich. Die Frage für die berufsrechtliche Vertretung war nur, ob auch hier eine Eingliederung in die Ärztekammern oder eine eigene Berufsvertretung angestrebt werden sollte. Und

das entschied Minister Seehofer in der letzten Sitzung im Oktober 1997, dem sog. „Showdown“, bei der alle anwesend waren, Vertreter von BMG, Gesundheitspolitik, KBV, Krankenkassen, Ärzten, Erstattungs- und Delegationspsychotherapeuten. Nach langer Debatte verfügte der Minister: Integration ins KV-System, denn sozialrechtlich sollte es nur ein Vergütungssystem geben, aber eigene Kammern für das Berufsrecht.

Im Gründungsausschuss der Kammern mussten dann auch wir (Frau Bruckmayer spricht hier von Bayern, die rechtlichen Gegebenheiten sind aber natürlich in allen Bundesländern gleich; Anm. d. Red.) umdenken, als unser Ministeriumsvertreter auf Landesebene uns erst einmal beibrachte, dass eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ganz anders strukturiert ist und funktioniert, als wir das von unserem Verbandsdenken her gewohnt waren, und was die Eingliederung in das Heilberufe-Kammergesetz bedeutet.

Aber die Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer, eines nicht eingetragenen Vereins, und die Herausgabe eines gemeinsamen Psychotherapeutenjournals (PTJ) war keineswegs zwingend. Sie wurde bereits nach Gründung von vier Landeskammern durch den späteren ersten Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer, Detlev Kommer, nachhaltig vorangetrieben.

Weil es nicht sinnvoll gewesen wäre, wenn jedes Bundesland seine eigenen Bestimmungen verabschiedet hätte, wurde schnell klar, dass wir für die Vertretung der gemeinsamen Interessen, für Informationen, Absprachen und Verkündungen von Entscheidungen ein gemeinsames Organ brauchten. Die Weiterentwicklung der Profession sollte und musste bundeseinheitlich erfolgen. Bedenken gab es vielleicht am ehesten bei den ehemaligen Delegationspsychotherapeuten, weil die ehemaligen Erstattungspsychotherapeuten in Verbindung mit den Hochschullehrern in den Kammern rein zahlenmäßig in der Mehrzahl waren, zumal sie aus diesem Grunde erst einmal auch die Macht übernahmen. Während des Gesetzgebungsverfahrens hatte es schon einmal einen Vorstoß für einen gemeinsamen Dachverband gegeben, der wegen dieser Mehrheitsüberlegungen abgelehnt worden war. Die Bundeskammer zu gründen, war also zwar keine zwingende Vorgabe, letztlich aber ein Selbstläufer.

Beim PTJ sah das anders aus: Ein gemeinsames Publikationsmedium für die Profession zu schaffen, war wirklich eine eigenständige Entscheidung der ersten Landeskammern. Und es war gut und richtig, eine Zeitschrift zu kreieren, in der sich alle Psychotherapeuten äußern und die Kammern Ihre Mitteilungen veröffentlichen können. Das verbindet. Dem Journal kommt eine wichtige integrative Funktion zu.

Wie bewerten Sie diese Entwicklung im Nachhinein? Gibt es Entwicklungen, die Sie eher kritisch sehen?

In den Kammern sind die Mehrheitsverhältnisse nun festgeschrieben, wie sie eben sind, und das läuft überwiegend problemlos und kooperativ. Bei anstehenden Entscheidungen wie jetzt bei der Novellierung des PsychThG, beobachte ich aber auch immer wieder ein Ringen um das bessere Argument und um Mehrheiten. Besorgt macht mich als Analytikerin natürlich, dass die Verhaltenstherapie so überhandgenommen hat, sowie die Spar- und Kontrollbemühungen von Politik und Krankenkassen. Durch viele Studien, u. a. durch unsere naturalistische Studie in Bayern, die QS-Psy-Bay, wurde nachgewiesen, dass Psychotherapien auch bei schweren Erkrankungen durchgeführt werden, dass sie wirksam sind, dass sie Geld sparen und dass sie beendet werden, sobald es den Patienten wieder ordentlich geht – ohne dass die Behandlungskontingente ausgeschöpft werden. Trotzdem wurde immer wieder behauptet, wir würden nur leicht Erkrankte behandeln – und das zu lange und mit den falschen Methoden. Die Landeskammern und die Bundeskammer leisten hier immer wieder wertvolle Überzeugungsarbeit, aber der Trend der Zeit ist leider: immer schneller, immer einfacher, immer bequemer und damit leider auch oft immer oberflächlicher. Auch die Digitalisierung dürfte hierzu beitragen. Die vielen Hinweise, besonders der BPTK, auf den wachsenden Bedarf und die langen Wartezeiten wurden leider auch am wenigsten als Argument dafür genommen, mehr Therapieplätze zu schaffen, sondern neue Rationierungsmaßnahmen anzuordnen: mehr Patienten sollen in kürzerer Zeit behandelt werden – womöglich nach einer Vorabprüfung, ob eine Psychotherapie überhaupt erforderlich ist. Solche Beschränkungen zu verhindern, ist eine gemeinsame Aufgabe, die maßgeblich von den Kammern mit Unterstützung durch das PTJ bewältigt werden muss und kann.

Nun sind wir 20 Jahre weiter: Wie hat sich das System der Kammern mit einer doch recht harmonischen Darstellung nach „außen“ und des PTJ mit einer ebenso geordneten Darstellung nach „innen“ aus Ihrer Sicht entwickelt?

Bei allen Kontroversen, die es naturgemäß immer wieder gab und gibt: In den Kammern wird eine hervorragende Arbeit geleistet. All denen, die diese Aufgaben mit großem Einsatz wahrnehmen, kann man nur dankbar sein. Ebenso denjenigen, die zum Gelingen des PTJ beitragen. Die Meinungsverschiedenheiten werden so innerhalb der Profession ausgetragen, gut so, und die Darstellung nach außen mit einer Stimme, wunderbar. Durch diese Arbeit ist die gesamte Profession zusammengewachsen und sie hat sich eine beachtenswerte Stellung im Gesundheitswesen erarbeitet.

Das PTJ, immerhin die vermutlich auflagenstärkste psychotherapeutische Zeitschrift der Welt, hat sich in enger Verbindung mit allen Kammern und Verbänden seit nunmehr 20 Jahren etabliert. Wie sehen Sie seine Rolle, auch vielleicht bei den bisherigen Diskussionen um die Reform des Berufes und die Weiterentwicklung der Psychotherapie?

Das PTJ hat – außer in den fachlichen Beiträgen – die Entwicklungen in der Psychotherapie differenziert und informativ immer neu dargestellt, und das wird es sicher auch weiter tun. Ich gehe davon aus, dass es demnächst Probleme und Lösungen bei der Umsetzung des neuen Gesetzes darstellen wird, sowohl was die Schwierigkeiten beim Umbau der Universitätsinstitute bei der Schaffung des neuen Studiengangs und der gleichwertigen Lehre aller Psychotherapieverfahren angeht als auch was die neuen Strukturen der bisherigen Ausbildungsinstitute für Psychotherapie und die Gestaltung der Weiterbildungen anbelangt. Auch bis zur Verabschiedung der Weiterbildungsordnungen der Kammern sind noch einige Streitpunkte zu klären. Das PTJ wird sicher weiter Schwierigkeiten und Lösungen differenziert darstellen.

Als Ausdrucksorgan der Psychotherapeuten insgesamt wendet sich das PTJ aber auch nach außen an Politik und Kostenträger. Ich hoffe sehr, dass es auch da Gehör findet und dass es uns mit vereinten Kräften gelingt, deren Bewertungs-, Kontroll- und Einsparungsbestrebungen in Schach zu halten, umso mehr, als diese mit ausufernder standardisierter Dokumentation erreicht werden sollen. Indikation, Therapieplanung und -durchführung obliegen ausschließlich dem Psychotherapeuten. Das PTJ kann und wird dazu beitragen, profitgesteuerte Veränderungen sowohl in der Psychotherapie als auch im gesamten Gesundheitswesen zu verhindern.

Ein wichtiges programmatisches Ziel des PTJ war es von Anfang an, die Verbindungen herzustellen und das Gemeinsame des Berufes und der psychotherapeutischen Aufgaben herauszuarbeiten – über die verschiedenen Verfahren hinweg, genauso wie über die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder.

Und das ist auch gelungen! Die Profession ist – nicht zuletzt dadurch – deutlich enger zusammengewachsen. Was sich in meinen Augen besonders schön entwickelt hat und wo auch ich meinen Horizont immer wieder erweitere, das ist die Darstellung der verschiedenen Tätigkeitsfelder. Im PTJ kann man ihre Vielfalt und ihre Entwicklungen nachverfolgen. Immer wieder interessant! Was die Verfahren angeht, so ist naturgemäß eine gewisse VT-Lastigkeit nicht zu übersehen. Die Psychoanalytiker dürften über ihre Anliegen, Sorgen und Lösungsvorschläge noch etwas ausführlicher informieren.

Die Diskussion um die Reform des Gesetzes hat ja mehrere Phasen gehabt, in denen teils sehr unterschiedliche Ausbildungskonzepte favorisiert worden sind. Zuletzt haben wir eine Aus- und Weiterbildungsstruktur diskutiert, die im Wesentlichen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung nachgebildet ist. So kam es dann auch ins Gesetz. Die Chancen dieser neuen Aus- und Weiterbildungsstruktur wurden oft dargestellt. Aber es gab und gibt ja auch bedenkenswerte Risiken, die mit dieser nun eingeleiteten Entwicklung verbunden sind.

Bei der Diskussion um die Novellierung des PsychThG hat sich der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) zuerst mehrfach für die Fortsetzung der postgradualen Ausbildung ausgesprochen. Die Direktausbildung war ursprünglich nicht unser Wunsch. Sie wurde uns vom BMG aus ordnungspolitischen Gründen auferlegt. Und das hat Vor- und Nachteile. Die Risiken, die Sie erwähnen, liegen neben den vorhin erwähnten Gefahren einer stark universitär geprägten Psychotherapie auch in dem Übergewicht der VT und der Beforschung fast ausschließlich der kurzen Verfahren. Auch Bestrebungen von interessierter Seite, die Qualitätsstandards abzusenken, gefallen mir als Richtlinienpsychotherapeutin natürlich gar nicht. Und als Psychoanalytikerin geht es mir um den Erhalt der analytischen Psychotherapie überhaupt. Dieses wissenschaftlich bedeutsame und in der Versorgung bewährte Verfahren, mit dem schon 1967 die Kassenfinanzierung der Psychotherapie eingeführt wurde, darf nicht durch die Übermacht anderer Interessensgruppen verdrängt werden.

Welche Aufgaben sehen Sie nun auf die Beteiligten zukommen?

Im Moment drehen sich die Auseinandersetzungen in Kammern und Bundeskammer hauptsächlich um die Weiterbildung, für uns Psychoanalytiker wesentlich auch darum, dass unsere bewährte verklammerte Aus- bzw. Weiterbildung erhalten bleibt. Zwar wurden die analytische und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gemeinsam entwickelt, sind inhaltlich eng verzahnt und auch so gelehrt worden, aber nun wurden sie getrennt und es wird manchmal argumentiert, als gäbe es keine strukturelle Verbindung. Hier gilt es, Lösungen zu finden, die beiden Verfahren gerecht werden und die bewährte gemeinsame Weiterbildung weiterhin ermöglichen. Außerdem müssen die bisherigen Ausbildungsinstitute jetzt völlig umstrukturiert werden. Da kommt viel Arbeit auf sie zu. Überdies sollte wieder vermehrt der Schulterschluss mit den Ärzten, vor allem mit den psychotherapeutisch tätigen, gesucht werden. Ich meine nach wie vor, dass es eine Psychotherapie gibt, egal durch wen sie ausgeführt wird. Eine Aufsplitterung in eine ärztliche und eine psychologische Psychotherapie wäre ein Verlust. Und politisch ist mit gemeinsamem Einsatz sicher mehr zu erreichen.

Das neue Gesetz verändert eine Reihe von Setzungen des alten Gesetzes, die damals vermutlich nicht anders bewerkstelligen ließen und deshalb auch sinnvoll waren: Wie bewerten Sie diese: Es gibt zukünftig einen Beruf (statt bislang zwei) mit zwei Spezialisierungen; die Ausbildung beginnt im Studium (wie bei Ärzt*innen); die Regelung der vertieften Qualifizierung (Weiterbildung) ist in der Hand des Berufes (wie bei Ärzt*innen) ...

Die Zusammenführung von Erwachsenenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ein sinnvoller Schritt, nur müsste die Möglichkeit, zwischen der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und der von Erwachsenen

wechseln zu können, noch erleichtert werden. Die Argumentation von KJP, dass sie mit zunehmendem Alter leichter mit Erwachsenen arbeiten würden, hat mir oft eingeleuchtet.

Am meisten Sorge macht mir, dass die Qualifizierungsphase 1 als Approbationsstudium überwiegend an die psychologischen Institute der Universitäten verlagert wurde. Schon während des Gesetzgebungsverfahrens hat ein Hochschul-lehrer am Rande einer Sitzung verkündet: „Wir werden eine neue Psychotherapie schaffen, eine psychologische Psychotherapie“. Nun befürchte ich, dass an vielen psychologischen Universitätsinstituten eine unspezifische/einseitige Psychotherapie geschaffen werden soll, die möglichst manualisiert ist, weil leichter beforschbar. Das Spannungsfeld in diesen Fällen entsteht dadurch, dass die Hochschulen einerseits autonom sind, frei in Forschung und Lehre, dass sie aber andererseits – analog dem Medizinstudium – für einen Heilberuf mit Approbation qualifizieren und hierfür gesetzlich explizit die Lehre in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren vorgeschrieben ist. Dieser Spagat ist erst noch zu bewältigen.

Welchen Einfluss wird das neue Gesetz auf die Psychotherapieverfahren haben?

Weil an den psychologischen Universitätsinstituten zumeist die Fachkunde in Verfahren über die Verhaltenstherapie hinaus fehlt, ist meine Sorge, dass die im Gesetz geforderte Verfahrensvielfalt minimiert oder gar konterkariert wird.

Die Auseinandersetzungen um die Nachbesetzung des Fachbereichs Psychologie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main sind beispielhaft. Die Habermas-Professur soll nicht mehr als „Professur für Psychoanalyse“ ausgeschrieben werden, sondern „verfahrensoffen“. Durch die strukturelle Benachteiligung analytischer Bewerber bei diesem Ausschreibungsmodus würde de facto der Fachbereich verdrängt werden, an dem bisher die Qualifizierung in analytischer und in tiefenpsychologischer Psychotherapie hochkarätig geleistet wurde – und das obwohl in der Patientenversorgung in fast der Hälfte der Behandlungen psychodynamische Verfahren indiziert sind. Schon jetzt sind fast alle Lehrstühle für Klinische Psychologie und Psychotherapie und ebenso sämtliche neu geschaffenen Lehrstühle für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verhaltenstherapeutisch besetzt. Und weil es dann nur noch in Kassel einen einzigen Lehrstuhl für Klinische Psychologie geben würde, der von einem Psychoanalytiker besetzt ist, wäre das es ein riesiger Verlust zum Schaden der Verfahrensvielfalt.

Ich hoffe sehr, dass es der Profession gelingt, eine Verarmung der Versorgung zu verhindern, mit anderen Worten, dass es gelingt, auch mit den neuen Bestimmungen eine qualitativ hochwertige, vielfältige, individuelle und nachhaltige Psychotherapie zu erhalten.

Und hier ist wieder die integrative Funktion des PTJ gefragt. Ich gehe davon aus, dass weiterhin mit Beiträgen aus den

verschiedensten Bereichen sowohl die existierenden Schwierigkeiten und Differenzen dargestellt werden können als auch Ideen zu deren Bewältigung und zur Einigung – so wie es Ihren Bemühungen im PTJ schon seit Langem entspricht.

Vielen Dank für das Gespräch!



Dipl.-Psych. Ellen Bruckmayer

Birkenstr. 1
82340 Feldafing
ebruckmayer@gmx.de

Dipl.-Psych. Ellen Bruckmayer war 1980–2018 in Feldafing niedergelassen in eigener Praxis (AP und TP für Erwachsene und Kinder & Jugendliche). Bis 2017 war sie in verschiedenen Gremien, 1989–2001 im Geschäftsführenden Vorstand der DGPT tätig. In dieser Funktion hat sie die Interessen der Psychoanalyse bei der Schaffung des PsychThG vertreten. Bei dessen Umsetzung hat sie sich im Gründungsausschuss und dann im Vorstand und in der Delegiertenversammlung (DV) der PTK Bayern engagiert sowie in der DV der Bundespsychotherapeutenkammer. Bei der Integration ins GKV-System war sie im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen tätig sowie in verschiedenen Gremien der KBV und der KV Bayern, als Delegierte in deren Vertreterversammlungen und u. a. in deren Beratenden Fachausschüssen (BFA), in Bayern zeitweise als alternierende Vorsitzende des BFA.



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 des Vorstands der PTK Bayern sowie Sprecher des Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“ (PTI) der Bundespsychotherapeutenkammer und des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals.

Interview

„Das Psychotherapeutenjournal soll den Blick über den Tellerrand des eigenen Verfahrens und Berufsfelds eröffnen“

Manfred Thielen im Gespräch mit Mareke de Brito Santos-Dodt

Manfred Thielen (PTJ): Mareke, Du warst als Vertreterin der Landespsychotherapeutenkammer (LPK) Baden-Württemberg lange Jahre Mitglied im Redaktionsbeirat, dem Gremium, das über alle wesentlichen inhaltlichen Aspekte der Zeitschrift diskutiert und entscheidet. Wie schätzt Du die Entwicklung des Psychotherapeutenjournals (PTJ) seit Beginn Deiner Tätigkeit im Redaktionsbeirat ein?

Mareke de Brito Santos-Dodt: Das PTJ war von Anfang an der Verfahrensvielfalt in der Psychotherapie, der Akzeptanz der historisch gewachsenen Unterschiedlichkeit der Psychotherapieverfahren und ihrer wissenschaftlichen Grundlagen verpflichtet. Als neue Zeitschrift für die mit dem Psychotherapeutengesetz etablierten akademischen Heilberufe galt es – und gilt es immer noch –, den Spagat zwischen berufs- und gesundheitspolitischen Themen einerseits und fachlichen Beiträgen andererseits gut hinzubekommen und über Psychotherapie-Schulen und Berufsfelder hinweg den Diskurs zu entwickeln und zu fördern. Das Zusammenwirken im Beirat war letztlich ein „learning by doing“ – doch mit der Zeit bildeten sich gut funktionierende Arbeitsstrukturen und -abläufe heraus. Über lange Jahre gab es nur wenig personelle Fluktuation im Redaktionsbeirat, das spricht ja für eine gut eingespielte Zusammenarbeit. Ich war von 2006 bis 2019 dabei, also in den Jahren, die dem bundesweiten Aufbau der Kammern und der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) folgten.

Welche Themenbereiche bzw. welche Diskurse fandest Du inhaltlich besonders wichtig und berufspolitisch relevant?

Wenn ich zurückblicke, zieht sich das Thema „Anerkennungsprozesse“ wie ein roter Faden durch die Jahre meiner Mitarbeit – zuletzt 2018 mit dem glücklichen Ausgang der sozialrechtlichen Anerkennung für die Systemische Therapie, nach einem siebenjährigen Beratungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (vgl. hierzu den Beitrag von Sebastian Baumann im PTJ 1/2019, S. 45). Darauf komme ich später nochmal zurück.

Es ist zugleich ein Stück Psychotherapie-Historie, die in den Jahren geschrieben wurde. Zum besseren Verständnis für die PTJ-Leserschaft will ich hier etwas ausholen:

Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes von 1999 (PsychThG) wurde ja auch die Psychotherapieausbildung in dem Kanon der sogenannten Richtlinienverfahren neu geregelt. Die Gesprächspsychotherapie (GPT) gehörte nicht dazu. Deren Fachverbände¹ konnten zum damaligen Zeitpunkt noch ein deutschlandweites Ausbildungsangebot bereitstellen und trieben zugleich die notwendigen Vorbereitungen für eine zur Approbation führende Ausbildung voran. Als dann 2002 mit der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) der Weg für die (berufsrechtlich relevante) wissenschaftliche Anerkennung geebnet war, ging es im nächsten Schritt um die sozialrechtliche Zulassung als weiteres Richtlinienverfahren. Kammern und Verbände hatten das damals unisono unterstützt und befürwortet. Jedoch – allen Erwartungen zum Trotz – dieser Antrag wurde nach mehrjähriger Prüfung durch den G-BA auf der Grundlage seiner 2005 neu formulierten Verfahrensordnung im November 2006 abgelehnt.

Diese Ablehnung und der dabei deutlich werdende Konflikt zwischen Berufsrecht und Sozialrecht – und den jeweils darüber entscheidenden Instanzen – wurden seitens des Redaktionsbeirats sehr grundsätzlich als verfahrensübergreifende Problematik für die weitere Entwicklung der Psychotherapie und des Berufsstandes benannt. Stellte sich doch die Frage, „nach welchen Kriterien zukünftig eine dem Gegenstand der Psychotherapie angemessene Nutzenbewertung zu erfolgen hat und wer diese Kriterien definiert und beschließt“ (PTJ 1/2007, S. 27). Denn bei der GPT hatte ja in diesem Prüfverfahren der Ausschluss und die Nicht-Anerkennung einer Reihe relevanter, wenn auch älterer Studien zur Ablehnung geführt, ein Sachverhalt, der damals seitens der BPtK zusammen mit Fachvertreter*innen auch sorgfältig dokumentiert wurde.

¹ Die GWG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V. und die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e. V. (DPGG).

Auch der WBP hatte im Jahr 2007 sein Methodenpapier mit den Kriterien zur Bewertung der Wissenschaftlichkeit eines Verfahrens oder einer Methode vorgelegt, für das PTJ 2/2008 Anlass zu dem Schwerpunktthema Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie mit vielfältig ausgerichteten, teils auch sehr kritischen Beiträgen. Damals wurde in diesem Zusammenhang zudem über einschlägige Gerichtsurteile berichtet: Das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen (OVG NRW) hatte entschieden, dass die Aufteilung des Anwendungsbereiches eines Verfahrens in den Kinder- und Jugendlichenbereich und den Erwachsenenbereich unzulässig sei und die GPT auch als Verfahren für die Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zugelassen werden kann. In der Folge entschied das OVG NRW auch zugunsten einer Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Systemischer Therapie/Familientherapie, und zwar obwohl die Anerkennung des Verfahrens durch den WBP noch ausstand (PTJ 4/2008). Die bereits hier aufgeworfene grundsätzliche Frage nach den Rechtsfolgen eines Gutachtens des WBP wird zehn Jahre später anlässlich des Gutachtens zur Humanistischen Psychotherapie erneut aufgegriffen.

Der Anerkennungsprozess der Systemischen Therapie ist ein weiteres Beispiel für die Langwierigkeit dieser Klärungen in unserem Gesundheitssystem. Im Jahr 2008 war die wissenschaftliche Anerkennung erfolgt. Zehn Jahre später findet nach einem siebenjährigen Beratungsverfahren die entscheidende Sitzung beim G-BA statt und es geht gut aus: die Systemische Therapie ist das erste Psychotherapieverfahren, das die Hürde nimmt und „nach den Grundlagen der Evidenzbasierten Medizin“ als viertes Richtlinienverfahren zugelassen wird (PTJ 1/2019, S. 43). Über den 860 Seiten starken Prüfbericht und die Kriterien des Instituts für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hatten Retzlaff und Kollegen bereits im Jahr 2017 im PTJ berichtet. Über die Jahre wurde in der Tat der Blick geschärft für die ausgesprochen hohen Anforderungen sowie die Kompliziertheit der Regelungen ...

Wie hast Du die Berichterstattung über das Verfahren der Humanistischen Psychotherapie im WBP und danach erlebt bzw. wie schätzt Du sie ein?

Das ist nochmal eine Geschichte für sich. Der Antrag, „Humanistische Psychotherapie“ als umfassendes Verfahren zu definieren, erfolgte mit der Absicht, auf diesem Wege für die dazugehörigen Psychotherapierichtungen die rechtliche und strukturelle Gleichstellung mit den Verfahren der Richtlinienpsychotherapie zu erlangen (vgl. das Editorial und den Artikel von Jürgen Kriz im PTJ 4/2011). Wiederum ein langwieriges Verfahren, das allerdings mit einer Ablehnung endete:

Anlässlich dieses ablehnenden Gutachtens des WBP zur Humanistischen Psychotherapie wurde die Entscheidung verteilt

über zwei Hefte durch ausführliche Hintergrunddarstellungen zu den Bewertungskriterien aufbereitet und breiter Raum zur Diskussion über diese Beurteilung gelassen (PTJ 3/2018 und 4/2018). Bemerkenswert auch hier, dass dem WBP Gelegen-

—— **Trotz mancher Auseinandersetzungen um berufspolitische Fragen und unterschiedliche Verfahrensperspektiven waren wir im Beirat um Konsens bemüht, um auch kontroversen und komplexen Themen im Journal Raum geben zu können.** _____

heit gegeben wird, die erneute Veränderung seines Kriterienkatalogs und darauf aufbauend nochmal seine Entscheidung im konkreten Fall zu erläutern. Dem wird u. a. mit dem Beitrag des systemischen Kollegen Jochen Schweizer eine deutlich kritische Gegenstimme gegenübergestellt: Er plädiert für eine „ergebnisoffenere Prüfung“ im Dialog mit den Antragstellenden, für die richtige Zuordnung psychotherapeutischer Techniken sowie mehr „Insider“-Kompetenz im Prüfungsgremium WBP (PTJ 4/2018, S. 361). Erneut wird anlässlich dieses Verfahrens in der juristischen Prüfung festgehalten, dass für die Kammern ein Spielraum besteht, „bei der Rechtsetzung die Kriterien des Methodenpapiers des WBP oder abweichende, sachgerechte Kriterien für die Anerkennung heranzuziehen“ (so Markus Plantholz im PTJ 4/2018, S. 367). Dies insbesondere mit Blick auf die GPT, der in diesem Verfahren die wissenschaftliche Anerkennung abgesprochen wurde, die jedoch auf der Basis der ursprünglichen positiven Bewertung aus dem Jahr 2002 in die kammerrechtlichen Weiterbildungsordnungen für PP/KJP zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Eingang gefunden hatte. Und diese Option sollte unbedingt erhalten bleiben!

Wie hast Du die Atmosphäre und die Diskussionskultur im Redaktionsbeirat erlebt?

Es war immer klar, dass zu diesen doch für die Profession und insbesondere für die betroffenen Fachvertreter*innen brisanten Vorgänge Wege einer möglichst neutralen und unvoreingenommenen Berichterstattung gefunden werden mussten – auch wenn das manchmal mühsam war. Wie in vielen Gremien unserer Selbstverwaltung war und ist der Redaktionsbeirat ja auch mehrheitlich mit Vertreter*innen der Richtlinienpsychotherapie gegenüber wenigen aus dem Spektrum der humanistischen Verfahren besetzt. Da prallten natürlich Gegensätze aufeinander mit z. T. heftige Kontroversen. Aber es gab auch immer das Bemühen um einen Konsens, denn es war wichtig, diesen komplexen Themen Raum zu geben und damit der gesamten Leserschaft einen Einblick in komplizierte Abläufe in den für unsere Berufsgruppen zuständigen Gremien zu ermöglichen.

So zum Beispiel auch mit der Veröffentlichung der Reaktion von Jochen Eckert, dem Vertreter der Deutschen Gesell-

schaft für Psychologische Gesprächspsychotherapie (DPGG), auf die separate Beurteilung der GPT im Verfahren zur Humanistischen Psychotherapie. Die berechnete Frage, ob es legitim ist, einen Beschluss aus dem Jahr 2002 unter Anlegung neuer, auch strengerer Entscheidungskriterien 15 Jahre später zu revidieren, bleibt allerdings berufspolitisch unbeantwortet.

So sehen wir: Das PTJ ist nicht der Ort, an dem Veränderungen oder gar Revisionen angestoßen werden. Das zeigt einmal mehr, dass die Wirkung der Berichterstattung über berufspolitische Themen, mögen sie noch so brisant sein, begrenzt ist. Es hat sich dieser Stil entwickelt: es wird berichtet, alle kommen zu Wort, aber an den Vorgehensweisen in den jeweiligen Gremien ändert das nichts! Das sollte uns nachdenklich stimmen ...

Welchen Einfluss konntest Du als Redaktionsbeiratsmitglied auf die inhaltliche und optische Gestaltung des PTJs nehmen?

Die Entscheidungsprozesse waren ja immer gut vorbereitet, klar strukturiert, oft allerdings mit dem Nachteil der Zeitknappheit. Das erforderte eine Menge an vorbereitender Lektüre und eigener Klarheit in der Zielsetzung, manchmal eben auch einen sehr langen Atem. Wir haben im Beirat eigentlich immer gute Lösungen gefunden ... und wir kannten uns mit den jeweiligen thematischen Positionen und Vorlieben dann mit der Zeit auch ganz gut, norddeutsch würde ich dazu sagen: „Wat dem eenen sin Uhl, is dem annern sin Nachtigall“. Wir sind respektvoll damit umgegangen.

Welche Rolle spielte für Dich die Diskussion über bzw. zwischen den Psychotherapieverfahren?

Eine wichtige! Ich halte es für ganz wesentlich, im PTJ den Blick über den Tellerrand des eigenen Psychotherapieverfahrens und der eigenen beruflichen Routinen zu ermögli-

Alle Psychotherapieverfahren haben ihre Stärken und Schwächen, daher würde ich eine integrative Verfahrensausbildung als Fernziel in der Zukunft befürworten.

chen. Als Psychotherapeutin, die unterschiedliche Verfahren gelernt hat – gerade für die älteren Kolleg*innen unter uns gehörte es ja in den 1980er- und 1990er-Jahren quasi zum guten Ton, sich bei den damals neuen Verfahren kundig zu machen –, würde ich in ferner Zukunft gern eine integrative Verfahrensausbildung in Psychotherapie sehen. Damals, im Gründungsvorstand der LPK Baden-Württemberg mit Detlev Kommer als Präsident, hatten wir diese Vision einer allgemeinen Psychotherapie. Alle Verfahren haben ihre Stärken und Schwächen, und es sollte möglich sein, in einer Psychothera-

pie das am besten geeignete Verfahren, die am besten geeignete Methode oder Technik dann einzusetzen, wenn diese(s) dem psychotherapeutischen Prozess dient und für den*die Patient*in von Nutzen ist.

Dass Klaus Grawe, der sich in seinen späteren Arbeiten maßgeblich für eine integrierte schulen-unabhängige und in der empirischen Psychologie verankerten Psychotherapie eingesetzt hatte, im gleichen Jahr wie Kommer früh verstorben ist, war ein großer Verlust. Aber es gibt ja auch heute Stimmen für eine integrative Psychotherapie bzw. ein allgemeines Modell der Psychotherapie (wie von Bernhard Strauß im PTJ 1/2019 dargelegt) oder auch eine Kompetenzorientierung für die Psychotherapie-Qualifikation (wie sie Winfried Rief im PTJ 3/2019 vorschlägt). Ähnliche Überlegungen finden sich ja auch bei Jürgen Kriz (z. B. im PTJ 4/2011), immer vorausgesetzt, es käme zu einer strukturellen Integration aller Psychotherapieverfahren, erst dann wäre es möglich, die jetzige Orientierung an den Psychotherapie-Schulen zu verlassen und „Ausbildungskonzepte zu entwickeln, die auch integrative Vorgehensweisen zulassen“ (Kriz im PTJ 3/2015, S. 259). Sicherlich noch ein längerer Weg ...

Für die schöne PTJ-Rubrik „Zur Diskussion gestellt“ wäre denkbar, ein Format zu entwickeln, in dem neue Ansätze vorgestellt werden können. Ich habe ja die langwierigen Anerkennungsprozeduren beschrieben – da stellt sich schon die Frage: Wie kommt eigentlich Neues in das System? Damals, als für die wissenschaftlich anerkannten Verfahren GPT und Systemische Therapie die sozialrechtliche Entscheidung noch ausstand, wurde in einem Interview mit den Fachvertreter*innen schon appelliert: „Wenn sich die geplante Psychotherapieweiterbildung nicht zu einem ‚closed shop‘ entwickeln soll, benötigen wir kreative Lösungen“ (PTJ 2/2016, S. 142 ff.). Das betrifft natürlich ganz grundsätzlich die Frage, ob das gegebene Regelungssystem der Psychotherapie überhaupt noch Raum lässt für die nicht sozialrechtlich zugelassenen Verfahren oder ob diese hier in Deutschland – im Unterschied zu unseren Nachbarländern – nicht überleben werden.

Aber bleiben wir beim PTJ: Es wäre also auch hier gut, die Latte nicht zu hoch zu hängen und einen Modus zu finden, wie Neuerungen aus Wissenschaft und Praxis offen thematisiert und diskutiert werden können. Einen wichtigen Einblick könnten möglicherweise auch Ausarbeitungen zu den Kompetenzkatalogen der neuen Weiterbildungsordnung bieten; ich kann mir gut vorstellen, dass detaillierte Beschreibungen dazu möglicherweise für die zukünftige Leserschaft von Interesse sein könnten.

Wie lautet Dein Fazit und welche Vorschläge hast Du für den Redaktionsbeirat für die Zukunft?

Das PTJ hat sich gut etabliert. Mit dem novellierten PsychThG stehen wir als Berufsstand nun erneut in einem großen Veränderungsprozess, der das Augenmerk auf die Universitäten und die Ausgestaltung des neuen Studienganges Klinische Psychologie und Psychotherapie lenkt. Hier wird sich zeigen, ob und inwieweit es gelingt, die vier Grundorientierungen der Psychotherapie im Master-Studiengang angemessen zu berücksichtigen. Rainer Richter sprach ja von der identitätsstiftenden Funktion des PTJ – die zukünftig Approbierten kommen direkt vom Studium in die Kammermitgliedschaft und starten in die fünfjährige Weiterbildung. So werden wohl auch Themen rund um die Weiterbildung zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Und natürlich: Psychotherapieverfahren im Diskurs – Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Arbeitsweisen wie auch in den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern – dies war immer von Interesse und ist sicher auch weiterhin interessant, wenn auch nicht so einfach zu realisieren.

Vielen Dank für das Gespräch!



Dipl.-Psych. Mareke de Brito Santos-Dodt

Bergstr. 7
69120 Heidelberg
mareke.santos-dodt@online.de

Dipl.-Psych. Mareke de Brito Santos-Dodt ist Psychologische Psychotherapeutin (GPT, ST und TP), war viele Jahre in der Zentralen Beratungsstelle der Universität Heidelberg tätig, bis Dezember 2021 niedergelassen in eigener Praxis in Heidelberg. Bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg war sie bis 2005 Mitglied im Vorstand; seit 2006 ist sie Vorsitzende im Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung und auch BPtK-Delegierte. Sie war von 2006 bis 2019 Mitglied des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals.



Dr. Manfred Thielen

Institut für Körperpsychotherapie
Cosimaplatz 2
12159 Berlin
ma.thielen@gmx.de

Dr. Dipl.-Psych. Manfred Thielen ist Psychologischer Psychotherapeut (KPT, TP, VT, GPT) und arbeitet als Lehrtherapeut, Supervisor und Dozent. Er leitet das Institut für Körperpsychotherapie Berlin und ist Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie sowie Beauftragter der AGHPT für Berufspolitik. Zudem engagiert er sich berufspolitisch als Delegierter bei der BPtK und der PTK Berlin. Er ist langjähriges Mitglied des Redaktionsbeirats des Psychotherapeutenjournals.

„Wie Sie uns sehen“

Eine Leser*innenbefragung zum 20-jährigen PTJ-Jubiläum (Teil 2)

Liebe Kolleg*innen,

anlässlich des 20. Jubiläums unserer Fachzeitschrift haben wir mit freundlicher Unterstützung der Landeskammern Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen aus verschiedenen Verfahren und Tätigkeitsfeldern (ambulant/stationär/institutionell) mittels Fragebogen um ein Feedback zum Psychotherapeutenjournal gebeten (siehe ausführlicher redaktionelle Vorbemerkung, PTJ 4/2021, S. 356). Einen großen Teil Ihrer aufschlussreichen Antworten sowie Lob und Kritik wurden bereits in unserer Jubiläumsausgabe (PTJ 4/2021, S. 356–361) abgedruckt. In einem zweiten Teil reichen wir Ihnen nun noch – wie angekündigt – einige weitere ausgewählte Rückmeldungen nach.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Ihre wertvollen Anregungen, die wir bei der zukünftigen Ausrichtung unseres Journals berücksichtigen werden!

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

Immer mal wieder. Herausragend und horizonsweiternd fand ich beispielsweise die Schwerpunkthefte zum Thema Autismus (2015). Das Thema ist in meinem Studium kaum und in meiner Weiterbildung gar nicht vorgekommen und war ein Anlass dafür, mich zu diesem Thema weiterzubilden. Und dadurch zu merken, wie wichtig es ist, das Thema Asperger diagnostisch auf dem Schirm zu haben.

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

Wenn es um reine VT-interne Fragestellungen geht, finde ich das meist wenig ergiebig für meine Arbeit. Spannend wird es dann, wenn es verschiedene Perspektiven auf eine Fragestellung gibt.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Fachlich bietet das PTJ eine enorme Brandbreite und Vielfalt. Oft werden auch aktuelle Themen aufgegriffen oder Themen, die bislang eher im toten Winkel des psychotherapeutischen Interesses sind. Das finde ich sehr anregend. Außerdem gefällt mir, dass sich das PTJ aus dem Verfahrensstreit heraushält: Es ist schlicht offen für alle anerkannten Verfahren. Der berufspolitische Teil ist für mich persönlich weniger wichtig, weil ich mich da eher über meinen Berufsverband auf dem Laufenden halte.

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

Im Grunde finde ich es gut, genau so weiterzumachen. Vielleicht noch etwas mehr auf Lesbarkeit achten, manche Artikel sind wunderbar, andere ersticken in einer überakademisierten Sprache. Wunderbar fände ich noch mehr Themenschwerpunkte, in denen verschiedene Perspektiven auf ein Thema gebündelt werden.

Dipl.-Psych. Dagmar Kumbier
PP (TP)

niedergelassen in eigener Praxis
Hamburg

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

Ich versuche, bei aktuellen Diskussionen auf dem Laufenden zu bleiben oder zumindest einen Einblick zu bekommen. Oft gibt es auch Themen aus Bereichen, mit denen ich mich noch nicht sehr befasst habe und die „den Horizont erweitern“.

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

Ja, ich lese sie durchaus, wenn sie mein Interesse wecken.

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

Die Diskussion über die Computerspielsucht (PTJ 1/2021) hat mich sehr interessiert, da dies in der Arbeit mit Kindern aktuell ein großes Thema ist bzw. gerade bei Eltern große Bedenken bestehen.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Meist nehme ich mir mehr vor zu lesen, als ich dann zeitlich tatsächlich schaffe. Gerne nutze ich es als „Themenspeicher“, auf den ich bei entsprechenden Anlässen zurückgreife.

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

Da ich leider oft nicht dazu komme, alles zu lesen, würde ich

mich über kürzere Beiträge freuen. Die Gender-Sprachregelung erfreut mich jedes Mal, die sollte beibehalten werden.

Dipl.-Soz.päd. Rainer Borowski
KJP (AP/TP)

tätig im ambulanten und institutionellen Bereich
Frankfurt am Main

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

Die Anregungen, die ich benennen kann, sind:

- Rezensierte Bücher, die mir vielleicht sonst entgangen wären (z. B. von Ernst Kern: Thielen & Eberwein, Fühlen in schwierigen Zeiten (3/2020) / Daniela Schultheis: Binder & Schöller & Weeß. Alles andere als einschläfernd – hilfreiches Manual zum Thema Schlafstörung (1/2021)
- Da ich gute Serien liebe, bin ich natürlich auch ein Fan von: Die neuen Störungsbilder der ICD-11.
- Artikel über Themen die im „normalen“ kollegialen Austausch manchmal zu kurz kommen, z. B. die Therapie von trans* Personen (Interview Susanne Münnich-Hessel mit Dr. Timo Nieder, 3/2021 // „Psychotherapie mit trans* Personen“ von Jannis Renner et al., 4/2020)
- Musterweiterbildungsordnung kommentiert von allen Fachrichtungen – auch aus humanistischer und gesprächspsychotherapeutischer Sicht (3/2020)

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

Ich nehme Artikel wahr, die mich interessieren, die mich ansprechen. Dabei ist die Fachkunde des Autors kaum von Bedeutung. Leider geht das Lesen derselben manchmal nicht über das der Abstracts hinaus.

Beispiele für Artikel, die ich in letzter Zeit spannend fand:

- „Ausgespielt? Ein Plädoyer für das Spiel als zentrales Medium in der Kinderpsychotherapie“ von Heidi Zorn (3/2021) – ein würdigendes Beschreiben des Ansatzes von Axline und Rogers
- „Adipositas-Chirurgie – ein narratives Review“ von S. Hertz, S. Jongen & H. Kessler (4/2019)

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

Beispiele:

- „Wir müssen Masken aufsetzen, wenn wir spielen“ von Heike Krause (2/2021). Besonders bedeutsam finde ich hier das – auch für die Erwachsenentherapie – (stärker) ins Bewusstsein zu rückende Anerkennen der gemeinsamen Bedrohung und (Mit-)Teilen dazugehöriger Affekte.

- „Die geistigen Dimensionen in der sinnorientierten Psychotherapie“ von Eric Pfeiffer (2/2021). Der Artikel mit einem anrührenden Fallbeispiel regt mich an, noch einmal das folgende Buch von Viktor E. Frankl zu lesen: „Trotzdem ja zum Leben sagen – Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager“.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Stellenwert – ein großes Wort – bei der Beantwortung hätte ich mir ein Spontanfoto aller Befragten gewünscht :-)

Ich finde es bewundernswert, dass sich KollegInnen bereithalten, zu erfassen, zu erforschen und zu formulieren, was in der Luft oder uns am Herzen liegt, Interessantes zu entdecken, lesenswerte Artikel zu schreiben und zu redigieren, zu rezensieren, Interviews zu geben und zu führen. Und im Editorial versuchen, zu erkennen, was unsere Welt im Inneren und Äußeren zusammenhält oder zerstört.

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

Ich wünsche mir auf jeden Fall, dass das PTJ in Papierform bleibt, denn ich bin (noch) jemand, der/die etwas gern schwarz auf weiß getrost nach Hause getragen bekommt. Inhaltlich glaube ich, dass es eine sehr hohe Hürde zu überwinden gilt, für das PTJ zu schreiben – das führt zweifellos zu tollen Ergebnissen. Aber vielleicht wäre es ja auch möglich, eine Rubrik mit „Angedacht“ statt „Aus ...formuliert“ oder „Pläne und Verse schmieden“ nicht „anzudichten“, sondern einzurichten? Nach Novalis: „Wenn nicht mehr Zahlen und Figuren sind Schlüssel aller Kreaturen / Und man in Märchen und Gedichten erkennt die ‚alten‘ wahren Weltgeschichten.“

Dipl.-Psych. Sabine Silke Leonhardt
PP (VT, Gesprächspsychotherapie)
niedergelassen in eigener Praxis
Neunkirchen (Saar)

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

Die Lektüre regt zur Auseinandersetzung mit anderen, mir bisher weniger vertrauten, Methoden an.

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

Ja, aber eher oberflächlich und nicht so vollständig. Es hat weniger Nutzen für meine eigene Tätigkeit.

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?

Ich sehe im PTJ ein gutes und anregendes Medium, das einen leichten Zugang zur Berufspolitik bietet.

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

Im Augenblick fallen mir keine Verbesserungsvorschläge ein.

Dipl.-Psych. Jana Kube
PP (VT)
angestellt im ambulanten Bereich
Bremen

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

Je praxisnäher, umso eher verwende ich auch vermitteltes Wissen aus dem PTJ. Auch rechtliche Fragen interessieren mich für meinen beruflichen Alltag. Themen wie spezifische Angebote für Sucht oder Trauma gebe ich gelegentlich auch direkt an PatientInnen weiter.

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

Wenn die Artikel beispielsweise aus dem Bereich TP kommen und in einer mir verständlichen Terminologie geschrieben sind, kann ich das durchaus als bereichernd empfinden. Seltener lese ich Artikel aus dem Bereich Kinder und Jugendliche, da dies tatsächlich für meinen Alltag in der Praxis nicht relevant ist. Bei der Fortentwicklung der psychotherapeutischen Weiterbildung (Ausbildungsreform) klinge ich mich ehrlich gesagt zunehmend aus. Den Diskurs empfinde ich als ziemlich abstrakt.

Welchen Stellenwert/Welche Bedeutung hat das PTJ für Sie?

Ich freue mich darauf und erlebe es als ein regelmäßiges Update zum Stand der praktischen Psychotherapie in Deutschland. Ich fühle mich dadurch ein Stück vernetzter mit der Kollegenschaft und empfinde es somit auch als stärkend in meinem beruflichen Alltag.

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

Ich wünsche mir noch mehr praxisnahe Beiträge über therapeutische Strategien in spezifischen Situationen, sei es störungsspezifisch oder übergreifend.

Dipl.-Psych. Angelika John
PP (VT)
niedergelassen in eigener Praxis
Mittenwalde

Interview

Wann und wie können Betroffene beim Fonds Sexueller Missbrauch Mittel für Psychotherapie beantragen?

Sabine Ahrens-Eipper im Gespräch mit Heike Rabe

Sabine Ahrens-Eipper (PTJ): Sehr geehrte Frau Rabe, Sie sind seit September 2020 Leiterin des Referates 505 „Geschäftsstelle Fonds Sexueller Missbrauch“ beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Bei der Geschäftsstelle des Fonds können Betroffene seit dem 1. Mai 2013 zur Minderung der Folgen sexueller Gewalt verschiedene Sachleistungen bis zu 10.000 Euro beantragen. Wie kam es damals zur Gründung dieses Fonds?

Heike Rabe: Letztlich haben Betroffene sexualisierter Gewalt selbst die Errichtung des Fonds angestoßen. Viele von ihnen haben Anfang des Jahres 2010 ihr Schweigen gebrochen und öffentlich über die massive sexualisierte Gewalt berichtet, die sie in ihrer Kindheit oder Jugend erlebt haben. Das Bundeskabinett hat daraufhin die Einrichtung des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ beschlossen. Dessen Mitglieder – Vertreter*innen aus Wissenschaft, Praxis, Politik sowie Betroffene – empfahlen 2011 in einem umfangreichen Abschlussbericht unter anderem die Einrichtung eines Ergänzenden Hilfesystems für diejenigen, die in ihrer Kindheit bzw. Jugend sexualisierte Gewalt in der Familie oder in Institutionen erlitten haben und noch heute an diesen Folgewirkungen leiden. Die Bundesregierung ist dieser Empfehlung gefolgt und hat am 1. Mai 2013 den Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich sowie das Ergänzende Hilfesystem im institutionellen Bereich eingerichtet.

Können Sie uns ein klassisches Beispiel geben, wie Betroffene von den Leistungen des Fonds profitieren?

Viele Betroffene berichten in ihren Anträgen an den Fonds über eine Vielzahl von Belastungen aufgrund der erlebten Gewalt. Daher ist es häufig der Fall, dass der Fonds eine Kombination aus Leistungen finanziert, die auf verschiedenen Ebenen wirken. Das ist zum Beispiel eine Mischung aus Psychotherapie sowie ergänzenden Sport- und Kreativangeboten. Einige Antragstellende möchten ihren Namen ändern, damit sie nicht mehr den gleichen Namen wie der Täter, die Täterin

tragen. Andere wollen den Studienabschluss nachholen, den sie aufgrund der Folgen der sexualisierten Gewalt als junge Erwachsene nicht machen konnten. Wir bekommen regelmäßig die Rückmeldung, dass die Betroffenen von dieser Kombination aus individuell zugeschnittenen Hilfen sehr profitieren.

Wie verteilt sich die Antragstellung/Vergabe der Gelder insgesamt: psychotherapeutische Leistungen machen ja nur einen Teil der möglichen Beantragungen aus, welchen Anteil nehmen sie ein und was wird noch häufig beantragt?

Die verschiedenen Kategorien, aus denen Betroffene Leistungen beantragen können, sind in einer Leitlinie (https://www.fonds-missbrauch.de/fileadmin/FSM/Dokumente/Leitlinie_FSM.pdf) festgelegt, die die Grundlage unserer Arbeit ist. Erläuterungen dazu und zu den einzelnen Voraussetzungen der Antragstellung haben wir 2021 in neue FAQ gefasst (<https://www.fonds-missbrauch.de/antragstellung/fragen-und-antworten>).

Mit dem größten Anteil an Fondsmitteln, nämlich knapp 30 %, sind bisher Psychotherapien (Richtlinienverfahren) finanziert worden. Weitere 20 % entfallen auf die Kategorie „andere therapeutische Hilfen“. Darunter fassen wir Behandlungsmethoden, die die konventionellen Methoden der Medizin und Psychotherapie ergänzen, wie zum Beispiel Kunsttherapien, Musiktherapien, tanz- oder tiergestützte Therapien. Knapp 10 % der Mittel haben Antragstellende für Qualifikationsmaßnahmen (Studiengebühren, Fort- und Weiterbildungen) abgerufen. Eine weitere, ähnlich häufig nachgefragte Kategorie „Heil- und Hilfsmittel“ umfasst in der Praxis häufig den Eigenanteil an medizinischen Dienstleistungen, der nicht vom Gesundheitssystem finanziert wird. Dazu zählen beispielsweise auch Kosten für Zahnbehandlungen, wenn diese über das von der Krankenkasse getragene Maß hinausgehen. Weitere Leistungen, die Betroffene beantragen, kommen aus dem Bereich der Mobilität (12 %) und sind Maßnahmen zur individuellen Aufarbeitung (6 %). Unter der 2. Kategorie wird beispielsweise die Kostenübernahme für Reisen zum Tatort, Namensänderungen oder Selbstverteidigungskurse beantragt.

In den letzten Jahren gab es gelegentlich Kritik wegen der Bearbeitungszeiten bei Antragstellung und bürokratischer Hürden. Das hat sich nun geändert, was können Sie uns an Neuerungen berichten?

Verfahren haben sich in der Vergangenheit insbesondere dann in die Länge gezogen, wenn zwischen Geschäftsstelle und Antragstellenden wegen fehlender Informationen oder geänderter Bedarfe mehrfach hin- und herkommuniziert werden muss. Daher haben wir z. B. die Budgetierung und die Bindung an konkrete Anbieter*innen für medizinische Dienstleistungen sowie Entspannungsverfahren aufgehoben. Fahrtkosten, die im Zusammenhang mit der bewilligten Leistung bestehen, sowie notwendiges Zubehör können jetzt ohne neuen Antrag mitbewilligt und abgerechnet werden.

Aufgrund der Rückmeldung aus der Praxis, dass unsere Formulare und Bescheide teilweise nur schwer auszufüllen bzw. schwer verständlich sind, haben wir mit Unterstützung von Betroffenenvertreter*innen und Berater*innen aus Fachberatungsstellen unsere Dokumente leichter verständlich und kürzer gestaltet sowie inhaltlich besser strukturiert. Das hilft den Betroffenen bei der Antragsstellung und damit auch uns in der Bearbeitung.

Dieses vereinfachte Verfahren, zusätzliches Personal in der Geschäftsstelle sowie eine verbesserte telefonische Erreichbarkeit gewährleisten, dass die Bearbeitungsdauer der Verfahren seit dem Abbau der hohen Rückstände im Sommer 2021 kurz bleibt.

Für unsere Leser*innen ist von besonderem Interesse, in welchen Fällen Psychotherapie finanziert bzw. beantragt werden kann. Könnten Sie uns diese Zielgruppe beschreiben? Wann wäre eine Antragstellung nicht sinnvoll bzw. nicht aussichtsreich?

Die Leistungen des Fonds können grundsätzlich nur nachrangig gewährt werden. In Fällen von Psychotherapie betrifft das alle Situationen, in denen die Krankenkasse die Kosten nicht trägt. Aus dem Fonds können unter dem Begriff Psychotherapie die Therapieverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie sowie Systemische Therapie für Erwachsene finanziert werden.

Psychotherapeutische Leistungen können wir in der Regel nur bewilligen, wenn sie von approbierten Psychotherapeut*innen durchgeführt werden. Das gilt unabhängig von einem Kassensitz.

Wenn Ihre Klient*innen bei uns einen Antrag stellen, dann bitten wir sie um den Namen des*der Therapeut*in, den Beleg der Approbation sowie den Nachweis, dass die Psychotherapie nicht (mehr) von der Krankenkasse finanziert wird. Der Nachweis kann entweder über den Ablehnungsbescheid der Krankenkasse oder eine Stellungnahme der

Therapeut*innen geführt werden. Die Stellungnahme muss über die Anzahl der kassenfinanzierten Stunden, den Zeitpunkt der letzten krankenkassenfinanzierten Sitzung sowie die Tatsache informieren, dass die Krankenkasse eine weitere Behandlung ablehnt.

Wie erfolgt die Antragstellung ganz praktisch?

Wenn Betroffene sich entscheiden, bei uns einen Antrag zu stellen, dann müssen sie dafür unser Antragsformular ausfüllen, unterschreiben und an das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben in Berlin schicken oder per E-Mail als eingescanntes PDF an unsere E-Mail senden: kontakt-fsm@bafza.bund.de.

Wenn der Antrag in der Geschäftsstelle eingeht, erhält die antragstellende Person oder eine bevollmächtigte Kontaktperson von uns eine Eingangsbestätigung und eine persönliche Anonymisierungsnummer (PAN). Die dient dem Schutz der Daten und hilft uns bei der Zuordnung von weiteren Schreiben. Wir prüfen, ob alle Voraussetzungen dafür vorliegen, dass wir die Leistungen, die beantragt sind bewilligen können. Fehlen Informationen, fragen wir schriftlich bei den Antragstellenden oder der jeweiligen Kontaktperson nach.

Für den Fall, dass wir bei der Prüfung Unterstützung benötigen, anonymisieren wir die Unterlagen und legen den Antrag unserer unabhängigen Clearingstelle vor. Wir entscheiden, unter Berücksichtigung der Empfehlung der Clearingstelle und versenden einen sogenannten Leistungsbescheid, gegen den die Antragstellenden Widerspruch einlegen können, wenn sie mit dem Ergebnis nicht einverstanden sind.

Auf Grundlage der Arbeit des Runden Tisches (siehe oben), der die Einrichtung des Fonds empfohlen hat, ist das Verfahren so niedrigschwellig wie möglich ausgestaltet. Das heißt konkret, die Antragstellenden müssen die Tat nicht angezeigt haben, Tat und Tatfolgen müssen plausibel dargelegt, nicht bewiesen werden.

Können Sie uns die Aufgabe und Zusammensetzung der Clearingstelle erklären, warum ist diese so wichtig?

Die Clearingstelle gibt es seit Beginn des Fonds. Sie ist ein interdisziplinär besetztes, unabhängiges Expert*innen-Gremium, das die Geschäftsstelle bei Fällen berät, die ein besonderes Fachwissen erfordern. Betroffenenvertreter*innen sowie fachkundige Psychotherapeut*innen, Mediziner*innen und Jurist*innen haben so mit ihrer Expertise in den letzten Jahren die Verwaltungspraxis des Fonds herausgebildet und geschärft. Über die Beratung im Einzelfall hinaus liegt die Bedeutung der Clearingstelle für die Arbeit der Geschäftsstelle auch darin, dass wir mit den Expert*innen in sogenannten Fachzirkeln grundsätzliche Fragen rund um die Antragstellung diskutieren.

Wie lange dauert die Bearbeitung aktuell?

Aktuell bearbeiten wir Erstanträge sowie Änderungs- und Ergänzungsanträge innerhalb von 1–2 Monaten. Rechnungen werden derzeit in 2–3 Wochen in der Geschäftsstelle bearbeitet. Da aus Diskretionsgründen die Auszahlungen über die Bundeskasse Trier laufen, dauert die tatsächliche Auszahlung etwas länger.

Wie erhalten die Psychotherapeut*innen dann die Bewilligung bzw. wer erhält wie die bewilligten Gelder für die Psychotherapie?

Der Fonds tritt mit der Bewilligung in ein Leistungsverhältnis mit den Antragstellenden. Diese erhalten von uns den Bescheid über die bewilligte Leistung, z. B. die Kosten für eine Psychotherapie bis zu einer Summe von insgesamt 10.000 Euro. Im Falle einer Schwerbehinderung kann sich die Summe unter bestimmten Voraussetzungen um 5.000 Euro erhöhen. Erbringen die Psychotherapeut*innen auf dieser Grundlage die bewilligte Leistung, können sie ihre Rechnungen direkt an uns schicken.

Wohin können sich die antragstellenden Patient*innen oder auch die Psychotherapeut*innen wenden, wenn sie Fragen zur Antragstellung haben?

Bei Fragen rund um die Antragstellung können sich antragstellenden Patient*innen wie auch Behandler*innen zunächst an die Geschäftsstelle des Fonds wenden. Jeden Dienstag bis Donnerstag jeweils von 9 bis 15 Uhr erhalten Sie unter der Nummer 030 18555-1988 von uns Informationen rund um die Antragstellung. Sie können auch gerne eine E-Mail schicken an kontakt-fsm@bafza.bund.de. Unterstützung bei der Antragstellung bietet auch das kostenlose Info-Telefon des Fonds Sexueller Missbrauch unter der Nummer 0800 400 10 50.

Darüber hinaus hat der Fonds mit insgesamt aktuell circa 160 Beratungsstellen einen Kooperationsvertrag abgeschlossen. Diese Stellen sind von der Geschäftsstelle geschult und beraten Betroffene telefonisch, zum Teil online und persönlich vor Ort. Die Anzahl der Beratungsstellen wird kontinuierlich erweitert. Einen Überblick über die Stellen finden Sie auf unserer Website.

Können Sie unseren Leser*innen einen Überblick geben, wie die Gruppe, die bisher Gelder für Psychotherapien erhielt, charakterisiert ist: Handelt es sich eher um Kinder und Jugendliche oder Erwachsene, wie ist die Altersspanne bzw. wie viele männliche/weibliche/diverse Antragsteller*innen gab es?

Die überwiegende Mehrheit (84 %) der Antragstellenden ist zu dem Zeitpunkt der Antragstellung zwischen 30 und 69 Jah-

ren alt. Der größte Teil, 50 %, liegt dabei in der Altersspanne zwischen 30 und 49 Jahren. Die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen macht 13 % der Gesamtzahl aus.

Die deutlich überwiegende Mehrheit der Antragstellenden ist weiblich. Weniger als ein Zehntel der Betroffenen, die einen Antrag gestellt haben, sind Männer oder Jungen. Ein Prozent der Antragstellenden hat sich in dem Antragsformular weder dem weiblichen noch männlichen Geschlecht zugeordnet. Ein noch kleinerer Anteil macht bei der Antragstellung keine Angabe zum Geschlecht. Die Geschlechterverteilung ändert sich, wenn man den institutionellen Bereich betrachtet. Auch dort ist zwar die überwiegende Zahl der Antragstellenden weiblich. Der Teil der männlichen Antragsteller liegt aber mit 36 % deutlich höher als im familiären Bereich.

Herzlichen Dank für den informativen Austausch!

Heike Rabe

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
Geschäftsstelle Fonds Sexueller Missbrauch
Auguste-Viktoria-Str. 118, 14193 Berlin
heike.rabe@bafza.bund.de

Heike Rabe ist seit September 2020 Leiterin des Referates 505 „Geschäftsstelle Fonds Sexueller Missbrauch“ beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Sie ist Volljuristin und war davor 12 Jahre lang in unterschiedlichen Funktionen, zuletzt als stellvertretende Abteilungsleitung am Deutschen Institut für Menschenrechte, tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind u. a. das Menschenrechtssystem, Opferrechte, geschlechtsspezifische Gewalt und Menschenhandel.

Dr. Sabine Ahrens-Eipper

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

Dr. Dipl.-Psych. Sabine Ahrens-Eipper ist Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation KJP (VT) und zertifizierte Traumatherapeutin (OPK & DeGPT). Seit 2008 bietet sie das Versorgungsangebot „Trauma First“ für Kinder, Jugendliche und junge Frauen mit Traumafolgestörung an. Bei der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) ist sie als Vorstandsmitglied unter anderem für das Thema Kinderschutz zuständig. Zudem ist sie Autorin wissenschaftlicher Fachartikel und Fachbücher zu Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter sowie von Therapiematerialien zur traumaspezifischen Psychoedukation.

Rezensionen

Ein Zeugnis der Vielfalt und Dynamik einer neuen Bewegung

Dohm, L., Peter, F. & van Bronswijk, K. (Hrsg.). (2021). *Climate Action – Psychologie der Klimakrise. Handlungshemmnisse und Handlungsmöglichkeiten*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 413 S., 39,90 €

Dieser überaus gehaltvolle und breit angelegte Sammelband liefert die bislang umfangreichste Dokumentation des Wirkens der 2019 gegründeten Initiative „Psychologists/Psychotherapists for Future“ – einer der erfolgreicherer unter den aus einer Reihe beruflicher und gesellschaftlicher Gruppen hervorgegangenen Bewegungen, die zur Unterstützung der Forderungen der „Fridays for Future“ ins Leben gerufen wurden. Die von insgesamt 54 Personen gelieferten 33 Beiträge des Bandes weisen eine ungewöhnliche Bandbreite an Formaten und Schwerpunkten auf und reichen dabei von aktivistischen Aufrufen, Berichten und Handlungsanleitungen über selbstreflektierende Betrachtungen bis zu theoretischen Vertiefungen unter vielfältigen psychologischen und sozialwissenschaftlichen Blickwinkeln.

Es entspricht zweifellos den beruflichen und wissenschaftlichen Prioritäten einer psychologischen und psychotherapeutischen Initiative, dass sich der überwiegende Teil des Buches mehr oder weniger deutlich mit der Frage befasst, welche Motive, Einstellungen, Wahrnehmungs- oder Reaktionsweisen die meisten Menschen daran hindern, die Klimakrise trotz ihrer existenziellen Bedrohlichkeit ausreichend ernst zu nehmen und angemessen dagegen zu handeln – und wie diese subjektiven Hemmschwellen überwunden werden könnten. Dabei beschränken sich die Texte keineswegs auf die individuelle Ebene, sondern verbinden die Psychologie der Einzelnen sehr umsichtig mit gesellschaftspolitischen, kulturellen oder auch evolutionären Kontexten und Hintergründen. Wie wenige andere Herausforderungen für das Überleben un-

serer Zivilisation macht die Klimakrise ja auch die Notwendigkeit einer solchen „komplex zusammendenkenden“ Berücksichtigung sehr unterschiedlicher Ebenen und Probleme unübersehbar.

Eine in diesem Sinne besonders eindrucksvolle Botschaft vermittelt bereits das von der afrikanischen Soziologin und Aktivistin Kaossara Sani verfasste Vorwort, in dem der intime Zusammenhang zwischen Klimaschutz und globaler sozialer Gerechtigkeit schlüssig und lebhaft auf den Punkt gebracht wird. Dass Sani aus einer vormaligen deutschen Kolonie stammt, verleiht ihrem Aufruf in einer deutschen Publikation gewiss noch zusätzliche historische Symbolkraft.

Die grobe Gliederung des Sammelbandes wird bereits im Untertitel angekündigt: Einem ersten Hauptteil, der wesentlichen „Handlungshemmnissen“ gewidmet ist, steht ein etwas umfangreicherer zweiter Teil zum Thema „Handlungsmöglichkeiten“ gegenüber, der schließlich noch von einem vergleichsweise kurzen dritten Teil unter dem Titel „Handlungspraxis“ abgerundet wird, in dem eine Reihe aktueller Beispiele für erfolgreichen und nachahmenswerten Klimaaktivismus vorgestellt wird. Wenig überraschend erweist sich die thematische Trennlinie zwischen den Beiträgen von Teil 1 und 2 bei näherer Betrachtung als relativ unscharf: Wer sich um ein vertieftes Verständnis von Handlungshemmnissen bemüht, will natürlich auch zu ihrer Überwindung beitragen, das heißt Möglichkeiten zu mehr Erfolg versprechendem Handeln erkunden; wer bestimmte Handlungsmöglichkeiten genauer ins Visier nimmt, wird ihre erhoffte Wirksamkeit fast automatisch auch anhand der Frage abzuschätzen versuchen, durch welche wesentlichen Hemmnisse sie behindert werden und wie diese abgebaut werden könnten.

Beide Teile liefern auf jeden Fall ein breit gefächertes Spektrum an Erklärungsansätzen, Forderungen und Perspektiven, das einen großen Teil der Bandbreite psychologischer Denkschulen repräsentiert und dabei auch häufig angrenzende sozial-, politik- oder kommunikationswissenschaftliche Disziplinen und Blickwinkel mit einbezieht. Der tiefen- oder traumpsychologische Fokus einiger Beiträge kommt etwa in der Analyse unbewusster Abwehrmechanismen, von Allmachtsphantasien, entfremdeten Lebensbedingungen oder der lähmenden Wirkung struktureller Gewaltverhältnisse zur Geltung. Demgegenüber orientieren sich andere Beiträge in unterschiedlicher Ausprägung an kognitionspsychologischen Ansätzen und beschreiben u.a. typische Muster von gedanklichen Mängeln, Fehlleistungen und Ausweichreflexen, unzureichender Handlungskompetenz, Wahrnehmungsverzerrungen oder des Drucks sozialer Normen. Mehrere Beiträge sind besonders vom Anliegen geleitet, Defizite und Fallstricke in der Kommunikation von Wissen und wünschenswerten Verhaltensänderungen zu vermeiden und damit auch möglichst breitenwirksamen Bildungs- und Aufklärungsbemühungen den Boden zu bereiten. In einer Reihe weiterer Beiträge kommt das nahe verwandte Anliegen zum Tragen, die Handlungsspielräume und Erfahrungswerte verschiedener Formen des politischen bzw. zivilgesellschaftlichen Klima-Engagements auszuloten und fruchtbar zu machen.

Während die beeindruckende Vielfalt der Beiträge unzweifelhaft eine zentrale Stärke des Bandes ausmacht, geht sie allerdings auch mit einer Leerstelle einher: Die Widersprüche – oder zumindest Spannungsfelder –, die innerhalb dieser Vielfalt an wissenschaftlichen Ansätzen zuweilen erkennbar werden, bleiben unausgesprochen und liefern daher keinen Anlass zu einer grundsätzlicheren Diskussion oder Gegenüberstellung. So

kann man z. B. auf der Grundlage des in zwei Beiträgen vertretenen psychoanalytischen Verständnisses unbewusster Abwehr annehmen, dass ein – in einigen anderen Beiträgen thematisiertes – begrenztes Denkvermögen oder Wissen nur wenig beitragen kann, um das ungenügende Ernstnehmen und Handeln der meisten Menschen im Angesicht der Klimakrise zu erklären (zumal es nur sehr bescheidener Anstrengung bedarf, um ihre massive Bedrohlichkeit kognitiv zu erfassen), und dass eine zu starke Betonung kognitiver Schwächen somit einem Ausblenden unbewusster

Abwehrmotive in die Hände spielen kann.

Dieses Fehlen einer vergleichenden Gegenüberstellung verschiedener Ansätze nimmt dem Sammelband aber nur wenig von seinem hohen Informations- und Erkenntniswert. Es kann ja auch ein Anstoß für die Lesenden sein, sich selbst darum zu bemühen und dabei einen feineren Blick für jene Beiträge zu entwickeln, die den eigenen wissenschaftlichen Neigungen und klimaaktivistischen Anliegen am besten entsprechen. Wie es Lea Dohm, Felix Peter

und Katharina van Bronswijk im letzten Absatz des Buches formulieren: „Packen Sie ein paar der Werkzeuge und Energieriegel aus diesem Buch in Ihren Rucksack.“ Alle, denen ein für psychologische Zusammenhänge sensibilisiertes Engagement zur Rettung unserer klimatischen Lebensgrundlagen am Herzen liegt, sollten sich diese reichhaltige Schatzgrube an Anregungen und Einsichten nicht entgehen lassen.

Josef Berghold
Lübeck

Ein echtes Arbeitsbuch

Lenz, A. (2021). Ressourcen fördern. Mentalisierungsbasierte Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien (2., vollständig überarbeitete Auflage; Erstauflage: 2010), incl. CD-ROM. Göttingen: Hogrefe, 224 S., 29,95 €

Um es vorwegzunehmen: die Zutaten sind nicht neu, aber ihre Zusammenstellung ist wohlüberlegt, ausgerichtet auf ein Ziel und liefert so ein reichhaltiges Menü. Das Ziel liegt darin, die Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankungen auf Kinder in den Blick zu nehmen und deren Entlastung zu ermöglichen. Der Fokus ist gerichtet auf die mentalisierungsbasierte Kommunikation und entstanden ist ein Arbeitsbuch, das einen Fundus an konkreten Anregungen für Interventionen mit Kindern aus Familien liefert, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, und auch Interventionen für die ganze Familie anbietet.

In der 2., vollständig überarbeiteten Auflage seines Buches „Ressourcen fördern“ widmet sich Albert Lenz erneut dem Thema der Kinder, die mit Eltern aufwachsen, die psychisch erkrankt sind. Und man liest in den genauen Beschreibungen der damit verbundenen kindlichen Perspektiven das Engagement des Autors für die betroffenen Kinder und auch für ihre Eltern.

Das Ergebnis ist der vorliegende Materialienband, der aus einem in Anbetracht des komplexen Themas eher knappen theoretischen Teil besteht, in dem die Grundlagen für den Schwerpunkt, den praktischen Teil mit seinen vielfältigen Materialien, Hinweisen und Beispielen erläutert werden. So zieht sich ein roter Faden durch das Buch, der ausgehend von ausgewählten aktuellen Forschungsdaten zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern zum Thema Resilienz überleitet, das als dynamischer Prozess positiver Anpassung beschrieben wird. Über die Bedeutung reflexiver Kompetenzen und das Konzept des Gefühls von Kohärenz nach Antonovsky führt der Faden weiter zum zentralen Anliegen des Buches, der Bedeutung und Chance mentalisierungsbasierter Interventionen. Ein Kapitel über interinstitutionelle und multiprofessionelle Kooperation schließt den theoretischen Grundlagenteil ab.

Der Theorieteil wirkt hier und da etwas fragmentarisch, wie ein Extrakt, auf das Nötigste reduziert, der für den sich anschließenden Praxisteil gebraucht wird. In diesem werden nun Rahmenbedingungen und konkrete Anwendungen für die Arbeit mit Kindern und Familien ausführlich dargestellt. Durch diverse Arbeits- und Übungsblätter unterstützt, weist Lenz auf die Chancen von Psychoedukation und familiärer Kommunikation hin, um Kindern verstehbar zu

machen, was in der Familie gerade passiert, Ressourcen und Bewältigungskompetenzen zu fördern, Stigmatisierungs-/Selbststigmatisierungsprozesse zu überwinden und damit Kinder zu entlasten. Dabei sieht er die Fähigkeit der Mentalisierung als fundamentalen Wirkfaktor. Minutiös werden kommunikative Prozesse erarbeitet, auch mögliche kritische Gesprächssituationen werden aufgegriffen. Immer wieder wird die kindliche Perspektive veranschaulicht und exemplarisch für die unterschiedlichen Altersgruppen vom Säugling/Kleinkind bis zu den Jugendlichen dargestellt.

Konsequent zeigt Lenz auf, dass psychische Erkrankungen nicht nur das Individuum betreffen, sondern alle Familienmitglieder berühren. Einfühlsam werden familiäre Prozesse beschrieben, die mitunter in Teufelskreise führen können; gezeigt wird aber eben auch, wie ein konstruktiver Umgang mit der Erkrankung gelingen kann, indem Ressourcen erschlossen werden.

Anwendungsfelder für die beschriebenen Interventionsmöglichkeiten sieht Lenz in der Prävention, der Familienberatung und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Doch auch Psychotherapeut*innen, die in eigener Praxis oder im stationären Setting mit Erwachsenen arbeiten, dürfte der Materialienband sensibilisieren,

Patient*innen auch in ihrer Eigenschaft als Eltern zu sehen und Auswirkungen der jeweiligen Erkrankung auf die elterlichen Funktionen mehr in den Fokus zu nehmen. Die Beachtung und Stabilisierung eben dieser Funktionen kann sich u. a. positiv auf ggf. vorhandene Schuldgefühle auswirken, Patient*innen dabei unterstützen, Verantwortung zu übernehmen und somit auch ihre eigene Befindlichkeit positiv zu beeinflussen.

Kleine Redundanzen bleiben im Praxisteil nicht gänzlich erspart, sind aber der

Möglichkeit geschuldet, den vorliegenden Band nicht unbedingt von Anfang bis Ende lesen zu müssen, wenn man einzelne Materialien oder Manuale, die auch auf der beigelegten CD-ROM enthalten sind, gezielt nutzen will. Hilfreich sind auch die weiterführenden Hinweise auf Broschüren und Literatur für Kinder unterschiedlichen Alters, die als Bilderbücher zum Ansehen bzw. zum Vor- und Selberlesen in Gesprächen über die psychische Erkrankung der Eltern unterstützend eingesetzt werden können.

Es bleibt den Leser*innen überlassen, ob sie die vorgeschlagenen Materialien konkret in ihrer Arbeit einsetzen oder sich von den Inhalten, den zusammengetragenen Erfahrungen und den in kleinen Merksatzblöcken zusammengefassten Anregungen für ihre Arbeit einfach inspirieren lassen. Profitieren wird man so oder so.

Jörg Herrmann
Braunschweig

Ein Kompendium der Antidepressiva-Forschung

Hengartner, M. (2021). Evidence-biased Antidepressant Prescription. Overmedicalisation, Flawed Research, and Conflicts of Interest. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 354 S., 128,39 €

„Je weniger die Leute wissen, wie Würste und Gesetze gemacht werden, desto besser schlafen sie!“, heißt es. Liest man das Buch „Evidence-biased Antidepressant Prescription“ von Michael Hengartner, gilt Ähnliches wohl auch für die Antidepressiva-Forschung. Manches hätte man vielleicht lieber nicht so genau gewusst.

Blickt man mit Hengartner, der als Depressionsforscher an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften mit exzellenten methodischen Kenntnissen an das Thema herangeht, auf die Fakten, dann bleibt nur ein Schluss: Antidepressiva halten nicht das, was sie versprechen. Dazu hat er über 1.000 Quellen ausgewertet.

Einleitend schildert Hengartner den Anlass für seine Recherche-Leistung: den Wunsch, die „Wahrheit“ in den Daten zu entdecken. Doch schon während seines Studiums stellt sich Ernüchterung ein. „Ich fing an, mich zu fragen, ob die Autoren der bahnbrechenden psychologischen Studien, die uns in Seminaren gelehrt wurden, nicht vollkommen andere Ergebnisse erzielen würden, wenn sie ihre Daten nicht bewusst auf

genau diese spezifische Weise analysiert hätten“, schreibt er. Hengartner hat zu diesen Themen eigenständige Forschungsarbeiten durchgeführt. Sein Buch konzentriert sich jedoch auf eine argumentative Einordnung der gesamten Studienlage, ihre Rezeption in Fachkreisen und der Öffentlichkeit sowie auf systemische Fehler im Forschungsbetrieb. Dabei geht er über gängige Darstellungen insofern deutlich hinaus, als er die Datenlage nicht einfach referiert, sondern wie schon der Titel ankündigt, die geläufigen Biases – also Verzerrungen – dieser Forschung nachzeichnet.

Wenn diese Medikamente als wirksame Heilmittel für Depressionen gelten, die a) mittels eines bekannten Wirkmechanismus auf effektive Art depressive Symptome lindern, die zudem b) auch noch gut verträglich sind und c) ohne Probleme abgesetzt werden können, ist dies in jedem einzelnen Punkt entweder nachweislich falsch oder zumindest zweifelhaft. Hengartner zeigt auf, wie viel zu viele Menschen mit Antidepressiva behandelt werden, die sie nicht brauchen. Es sind Medikamente, die zudem weitaus mehr Nebenwirkungen haben, als bisher kommuniziert wurde, und die manche nur unter größten Schwierigkeiten wieder absetzen können. Über bekannte Antidepressiva-Kritiker wie Irving Kirsch geht Hengartner insofern hinaus, als er in Frage stellt, ob es sich bei der beobachteten Wirkung der Tabletten wirklich um einen Placebo-Effekt

handelt oder nicht eher um den natürlichen Depressionsverlauf, Faktoren wie die Beziehung zu den Forscher*innen in einer Studie oder eine statistische Regression zur Mitte. Auch der angebliche Erfolg bei der medikamentösen Erhaltungstherapie könnte Hengartners Analyse zufolge ein methodisches Artefakt sein. Diejenigen, die in Studien abrupt keine Medikamente mehr einnehmen, erleben dann nicht die Rückkehr ihrer Depression, sondern leiden unter Entzugerscheinungen.

Hengartner widmet sich dem Depressionskonzept und zeigt auf, wie aus einer relativ eng definierten, seltenen Störung ein Massenleiden werden konnte, indem alltägliche und nachvollziehbare Leiden in die Depressionsdiagnose mit einbezogen wurden. Auch der Versuch, Depression im Gehirn nachzuweisen, besteht in Hengartners kritischer Analyse fast keinen wissenschaftlichen Test.

Hengartner sieht die Ursache für das geschilderte Wissenschaftsversagen u. a. in zu engen finanziellen Beziehungen zwischen der Pharma-Industrie auf der einen Seite und den Forschenden, vielen Ärzt*innen und zum Teil sogar Betroffenen-Organisationen auf der anderen. In der Auflösung dieser finanziellen Verquickung sieht er mithin auch die Lösung. Für die Diagnosestellung schlägt er vor, nach einschneidenden Lebensereignissen mindestens zwei Monate zu warten, bevor man von Depression spricht.

Hengartner berichtet, wie „schockiert“ viele Ärzt*innen sind, wenn er ihnen in Vorträgen die tatsächliche Forschungslage zu Antidepressiva schildert. Man kann das Buch gut als Nachschlagewerk zu fast allen nur denkbaren Einzelfragen

zu Antidepressiva nutzen. So hätte ich mir als einzige Kritikpunkte ein ausführlicheres Stichwortverzeichnis und mehr Zwischenüberschriften zur Orientierung gewünscht. „Evidence-biased Antidepressant Prescription“ ist geeignet für

alle, die sich für die Wissenschaft hinter diesen massenhaft verordneten Medikamenten interessieren und gern wach an diese Thematik herangehen wollen.

Thorsten Padberg
Berlin

Leserbriefe

Bitte keine sternchengeschmückten Texte im PTJ!

Zum Editorial, Psychotherapeutenjournal 4/2021, S. 309, sowie zum Leserbrief von Dr. R. Fux, Psychotherapeutenjournal, S. 367

Sehr geehrte Redaktion,

bezugnehmend auf das Editorial im PTJ 4/2021 möchte ich anmerken, dass ich die „Sternchenschreibweise“ nicht akzeptiere. Dem Leserbrief von Dr. Fux kann ich nur zustimmen!

Das Gendern transportiert eine fragwürdige politische Ideologie, und vom sprachlichen Standpunkt aus ist es eine Katastrophe. Ich überspringe jedenfalls alle sternchengeschmückten Texte. Und ich hole mir weiterhin meine Brötchen beim Bäcker und ich gehe zum Friseur, auch wenn eine nette Dame mich bedient. Sollte ich ihr vorschlagen, sich in eine Frisierende umzubenennen?

Spaß beiseite, wie wäre es mit einer Online-Mitgliederbefragung zu diesem Thema?

Dipl.-Psych. Maria Görlich
Trittau

Non-binär / intersexuell / transgeschlechtlich

Zum Leserbrief von Dr. R. Fux, Psychotherapeutenjournal, S. 367

Geschätzter Kollege Dr. Fux,

leider geht in Ihrem „Plädoyer“ gegen den Genderstern einiges durcheinander: mitnichten ist non-binär synonym mit intersexuell und keins von beidem bedeutet – das nahmen Sie aber auch nicht an – dasselbe wie transgeschlechtlich. Wenn Sie sich schon in dieser komplexen Gelegenheit zu ei-

nem Einschreiten zum Erhalt der deutschen Sprache berufen fühlen, dann informieren Sie sich bitte über die Bedeutung der in diesem Zusammenhang (und in der psychotherapeutischen Praxis!) relevanten Begriffe.

non-binär: bezieht sich auf die wahrgenommene Geschlechtszugehörigkeit („gender“) und bezeichnet weder dem weiblichen noch männlichen Geschlecht zuordbare Personen

intersexuell: nicht mit einem biologisch eindeutigen Geschlecht geborene Personen, eine Variante oder auch Störung der Geschlechtsentwicklung, bezogen also auf „sex“ nicht „gender“

Sie sagen richtig, „transgeschlechtlich“ bezeichne Personen, die sich dem eindeutig weiblichen oder männlichen Geschlecht zugehörig fühlen („gender“), obwohl sie mit dem anderen (biologischen) Geschlecht („sex“) zugehörigen sexuellen Merkmalen geboren wurden. Für die ist das Sternchen tatsächlich nicht gedacht, sondern für die ersten zwei Personengruppen.

Dipl.-Psych. Julia Heinz
Berlin

Echte Gleichberechtigung statt Sprachverbiegung!

Zur neuen geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal 4/2021

Sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen, noch etwas zum Genderstern ...

„Was bedeutet Genderkompetenz in der psychotherapeutischen Praxis?“ hört sich zunächst spannend an. Jedoch haben sich meine Augen und Sinne komplett verfangen in * und / und e und in ... Wie schwer ist denn das zu lesen?

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. April 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.

Ist das die Gleichberechtigung, für die ich vor 40 Jahren auf die Straße gegangen bin? Nein.

ABER ich kämpfe dagegen, Briefe zu bekommen, wo ich grundsätzlich mit Herr Gabriele angesprochen werde, in Onlinebestellungen immer „Herr“ an erster Stelle kommt (wo doch das F für Frau vor H wie Herr im Alphabet steht). Ich kämpfe gegen ungleichen Lohn für gleiche Arbeit und für die Elternzeit für Väter. Auch wenn viele die Sprache als sinnstiftend und bildend ansehen, ich glaube nicht, dass es viel hilft, von Vergewaltiger*innen zu sprechen und Texte zu lesen, wo sich der Sinn für mich erst ergibt, wenn ich die Hälfte der Buchstaben streichen muss. Kreative Ideen müssen her, aber bitte nicht eine solche Verbiegung unserer Sprache!

Gabriele Meyer-Enders
Köln

BPtK-Fortbildungsreihe zur ambulanten Komplexbehandlung

Die neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten Komplexbehandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (KSVPsych-Richtlinie) ist zum 18. Dezember 2021 in Kraft getreten. Der Bewertungsausschuss hat nun bis Mitte Juni 2022 Zeit, die neuen Leistungen zu definieren und deren Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu beschließen. Die Netzverbände, die dieses neue Angebot organisieren sollen, können sich nun gründen und voraussichtlich ab Juli 2022 mit dem neuen Versorgungsangebot starten.

Keine Beanstandung durch das BMG trotz scharfer Kritik

Die neue Richtlinie enthält einige Regelungen, die scharfe Kritik hervorgerufen haben und die eine flächendeckende Umsetzung des Versorgungsangebots gefährden. Dies gilt insbesondere für die vorgeschriebenen überflüssigen Doppeluntersuchungen bei der differenzialdiagnostischen Abklärung, die stets durch eine Psychiater*in oder Psychosomatiker*in zu erfolgen hat, und für den Aus-

schluss der Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag, die Rolle als koordinierende Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in zu übernehmen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist der Bitte der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) um Beanstandung und entsprechende Korrektur der Richtlinie nicht nachgekommen. Die BPtK wird sich daher für einen gesetzlichen Auftrag an den G-BA einsetzen, der die erforderlichen Korrekturen vorsieht, damit flächendeckend ein patientenorientiertes Versorgungsangebot entstehen kann und ausreichend Behandlungskapazitäten aufgebaut werden können.

Versorgungsangebot jetzt mitgestalten

Trotz der noch bestehenden erheblichen Defizite der KSVPsych-Richtlinie unterstützt die BPtK den Aufbau des neuen ambulant-intensiven Versorgungsangebots für schwer psychisch Erkrankte. Hierzu hat die BPtK eine Online-Fortbildungsreihe gestartet, die zum Auftakt am 21. Januar 2022 die ambulante Komplexbehandlung bei Menschen mit

psychotischen Störungen thematisierte. Eingangs erläuterte BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz die beschlossenen Regelungen der KSVPsych-Richtlinie. Er betonte die Chance, insbesondere schwer erkrankten Patient*innen künftig unter Einschluss der Psychotherapie eine ambulante multiprofessionelle Behandlung im häuslichen Umfeld anzubieten. Psychotherapeut*innen könnten künftig systematisch in multiprofessionellen Teams zusammenarbeiten und ihren Patient*innen eine umfassendere Behandlung anbieten. Leistungen wie die Koordination der Versorgung oder Fallbesprechungen sollen im EBM abgebildet werden und bieten die Möglichkeit, sich z. B. auch mit Leistungserbringer*innen zur beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe der Patient*innen regelmäßig abzustimmen. Man wolle die Psychotherapeut*innen dazu ermutigen, sich gemeinsam mit den ärztlichen Kolleg*innen und den Kooperationspartner*innen in den Netzverbänden zu engagieren und die regional erforderlichen Versorgungsangebote aufzubauen.

Ambulante Komplexbehandlung bei Menschen mit psychotischen Störungen

Prof. Dr. Thomas Bock stellte in seinem Beitrag einen anthropologisch ausgerichteten Ansatz in der Psychotherapie von Menschen mit psychotischen Störungen vor, der das Gemeinsame des psychischen Erlebens betont und psychische Erkrankung auf einem Kontinuum von gesund und krank begreift. Er warb dafür, dass sich Psychotherapeut*innen verstärkt in der Psychosepsychotherapie engagieren und durch die Zusammenarbeit in den Netzen ermutigt fühlen, diese

BPtK, PKV und Beihilfe beschließen dauerhafte Regelung zur Vergütung von Telemedizin

Die Bundespsychotherapeutenkammer, der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Beihilfe für Beamte haben vereinbart, telemedizinische Leistungen in der Psychotherapie auch nach der Pandemie zu ermöglichen. Psychotherapeut*innen können damit je nach Patient*in eigenverantwortlich entscheiden, ob und wie oft eine Videobehandlung angemessen ist. Die Berufsordnungen der Psychotherapeut*innen sichern dabei die Qualität der Behandlungen. Wichtig ist beispielsweise, dass Präsenz- und Videobehandlungen aus einer Hand erbracht werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass Patient*innen bei Krisen ihre Psychotherapeut*in auch kurzfristig aufsuchen können. Die Abrechnungsempfehlung umfasst Einzelbehandlungen mit einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren, übende Interventionen und Testleistungen, aber auch Beratungs- und Koordinationsleistungen sowie Fallkonferenzen.

Die vollständige Abrechnungsempfehlung kann unter www.bptk.de abgerufen werden.

Patient*innen noch häufiger mitzuvorsorgen.

Wie eine ambulante Komplexbehandlung bei psychotischen Störungen konkret ausgestaltet werden könnte, wurde im Anschluss anhand eines konkreten Fallbeispiels erläutert. Hierbei kamen die unterschiedlichen Berufsgruppen und Einrichtungen mit ihrer spezifischen Perspektive zu Wort: die ambulante psychiatrische Behandlung, die Genesungsbegleitung durch Psychoseerfahrene, die ambulante psychiatrische Pflege mit ihren aufsuchenden Be-

handlungsangeboten, Anbieter*innen von Assistenzleistungen im Bereich Wohnen und in der Arbeitswelt sowie Leistungen der Rehabilitation. Abschließend wurden auch die Zugänge und Konzeptualisierungen aus der Perspektive der verschiedenen Psychotherapieverfahren dargestellt.

Fokus auf unzureichend versorgte Patient*innen

Die BPTK-Fortbildungsreihe wird bei den weiteren Veranstaltungen andere Patientengruppen in den Blick neh-

men, die auch mangels abgestimmter Versorgungsstrukturen noch zu selten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung erhalten. Nach einer Veranstaltung zur ambulanten Komplexbehandlung bei Menschen mit bipolaren Störungen am 16. März 2022 werden Fortbildungen zur Komplexbehandlung bei schweren Abhängigkeitserkrankungen, bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen, bei schweren Zwangserkrankungen sowie komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Borderline-Persönlichkeitsstörung folgen.

Behandlungsleitung durch Psychotherapeut*innen in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik – Weiterentwicklung des OPS

In vielen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen übernehmen Psychotherapeut*innen mittlerweile die Behandlungsleitung von Bereichen oder Stationen, die – in der Regel – einen psychotherapeutischen Schwerpunkt haben. Die notwendige fachärztliche Expertise, u. a. in Bezug auf die Psychopharmakotherapie, wird dabei durch Kooperation mit ärztlichen Kolleg*innen sichergestellt.

Praxisbeispiel – Psychotherapeutische Leitung einer DBT-Station

Die Psychotherapeut*in ist verantwortlich für Vorgespräche, Aufnahmen, Behandlungsplanung sowie die Anpassung der Behandlungen und Entlassungen. Sie führt die wöchentliche Visite durch. Jede Neuaufnahme wird innerhalb von 24 Stunden fachärztlich und mindestens einmal im gesamten Aufenthalt von der für die Station zuständigen Oberärzt*in gesehen. Bei Bedarf wird in Kooperation zwischen Psychotherapeut*in und Fachärzt*in und/oder Oberärzt*in ein somatischer und psychopharmakologischer Behandlungsplan erstellt. Einmal pro Woche findet eine Kurvenvisite mit fachärztlicher und/oder oberärztlicher Beteiligung statt. Darüber hinaus nimmt die Fachärzt*in und/oder Oberärzt*in

an der wöchentlichen Besprechung des therapeutischen Teams teil.

Der Gestaltungsspielraum, den Krankenhäuser bisher bei der Aufgabenverteilung bzw. kollegialen Leitung zwischen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen hatten, ist jedoch durch die Einführung von Strukturprüfungen in den Krankenhäusern und einer damit verbundenen Veränderung der Strukturmerkmale in den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Kodes 2021 geringer geworden. Dies stellt die etablierte Praxis in vielen Kliniken infrage und kann zu Einschränkungen bei der Leistungsabrechnung führen.

Strukturprüfungen in den Krankenhäusern

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden zum 1. Januar 2020 prospektive Strukturprüfungen (§ 275d SGB V) durch den Medizinischen Dienst (MD) in den Krankenhäusern eingeführt. Danach kann ein Krankenhaus bestimmte Leistungen nur noch dann erbringen und abrechnen, wenn zuvor die Einhaltung von Strukturmerkmalen, wie z. B. Vorgaben zur Behandlungsleitung durch den MD, geprüft und bescheinigt wurde. Die Leistungen, die ein Krankenhaus erbringen und abrechnen kann, sind im OPS beschrieben; auch die Leistungen

Informationsveranstaltungen zu TONI-Projekt

Psychotherapeut*innen können sich ab sofort an einer Studie zu Online-Therapiemodulen aus der Hand der Profession beteiligen. Im Projekt wurden zunächst bereits vorhandene Online-Module mithilfe von Psychotherapeut*innen und Patient*innen weiterentwickelt und an die Bedürfnisse der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung angepasst (TONI = therapeutische Online-Intervention). Die Module sind sowohl verfahrensübergreifend als auch bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (transdiagnostisch) einsetzbar. Über die Homepage www.toni-therapie.de können sich interessierte Psychotherapeut*innen über das Projekt informieren und sich für den Newsletter eintragen, um Informationen über den Start der Studie zu erhalten. Die randomisiert-kontrollierte Studie zur Untersuchung der Online-Module soll im April starten. Am 18. März 2022 von 9:00 bis 11:00 Uhr und am 26. April von 16:00 bis 18:00 Uhr wird die BPTK Informationsveranstaltungen für Psychotherapeut*innen anbieten, in denen die Hintergründe des Projekts, die entwickelten Online-Module und die Teilnahmemöglichkeiten vorgestellt werden. Die Veranstaltungen werden digital stattfinden. Anmeldungen sind unter veranstaltung@bptk.de möglich.

der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser. Welche Strukturmerkmale Voraussetzung für die Erbringung eines konkreten Leistungs-/OPS-Kodes sind und vorab geprüft werden, ist im jeweiligen OPS-Kode festgeschrieben.

OPS-Strukturmerkmale und Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

Voraussetzung für die Erbringung der OPS-Kodes für Psychiatrie und Psychosomatik ist seit 2021 die „Behandlungsleitung“ durch eine Fachärzt*in für Psychiatrie und Psychotherapie/ Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzt*in für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In älteren Versionen des OPS wurde lediglich gefordert, dass eine Fachärzt*in das multiprofessionelle Team leitet. Diese Formulierung ließ den Krankenhäusern noch mehr Gestaltungsspielraum.

In einer ersten Version des Begutachtungsleitfadens des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hieß es zudem, dass das Kriterium Behandlungsleitung durch eine Fachärzt*in nur dann als erfüllt angesehen werden kann, wenn eine mindestens halbtägliche Anwesenheit (werktags Montag bis Freitag) am Standort der Leistungserbringung garantiert werden kann. Diese Anforderung wurde nach einer Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit zwar zwischenzeitlich aus dem Begutachtungsleitfaden gestrichen, geblieben ist aber die Anforderung der „Behandlungsleitung“ durch eine Fachärzt*in. Nach den Nutzungshinweisen zum OPS bedeutet „Behandlungsleitung“, dass

die Planung, Koordinierung und Überwachung der Behandlung durch eine Fachärzt*in erfolgen muss. Die Übernahme der Behandlungsleitung durch Psychotherapeut*innen in Kooperation mit einer Fachärzt*in bleibt damit eingeschränkt bzw. davon abhängig, wie restriktiv der MD die Anforderungen an die Behandlungsleitung auslegt.

OPS-Vorschlagsverfahren

Der OPS wird in einem jährlichen Vorschlagsverfahren vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weiterentwickelt. Frist für die Einreichung der Vorschläge ist jeweils der 28. Februar eines Jahres. Die BPtK hat im Vorschlagsverfahren vorgeschlagen, dass die Strukturmerkmale in den Psych-OPS 2023 um die Behandlungsleitung durch eine Psychotherapeut*in in Kooperation mit einer Fachärzt*in erweitert wird.

Was tun, wenn mein Kind psychische Probleme hat? – Neue Internetseite und Plakat zum BPtK-Elternratgeber Psychotherapie

Eltern wollen für ihr Kind nur das Beste. Sie strengen sich meist enorm an, damit es ihrem Kind gut geht. Wenn Kinder psychische Probleme entwickeln, fragen sich Eltern deshalb oft, ob sie etwas falsch gemacht haben und wie sie ihrem Kind helfen können. Um Eltern bei diesen und anderen Fragen zu beraten, hat die BPtK einen „Elternratgeber Psychotherapie“ veröffentlicht. Der Ratgeber möchte Eltern über die psychischen 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, professionelle 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, psychisch erkrankte Eltern, Schulschwänzen oder körperliche und sexuelle Gewalt. Darüber hinaus enthält der Ratgeber Hinweise

auf Informationsangebote für Eltern, die kein Deutsch sprechen. Der „Elternratgeber Psychotherapie“ ist jetzt auch als eigene Internetseite verfügbar unter www.elternratgeber-psychotherapie.de. Darüber hinaus stellt die BPtK für Praxen und Beratungsstellen ein Plakat mit einem QR-Code zur Verfügung, um

Eltern noch besser auf das Hilfsangebot aufmerksam zu machen. Das Plakat kann auf der Homepage der BPtK heruntergeladen werden.

Als gedrucktes Exemplar kann der Ratgeber kostenlos angefordert werden unter bestellungen@bptk.de.



Mehr Schutz und Unterstützung für Kinder in Strafprozessen – Nationaler Rat veröffentlicht Handlungsempfehlungen für Polizei und Justiz

Der Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen hat Empfehlungen für Polizist*innen, Staatsanwält*innen und Richter*innen erarbeitet, wie Kinder und Jugendliche, die sexuell misshandelt worden sind, in Strafprozessen besser geschützt und unterstützt werden können. Der „Praxisleitfaden zur Anwendung kindgerechter Kriterien für das Strafverfahren“ basiert auf den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention sowie auf den Leitlinien für eine kindgerechte Justiz des Europarates. Ziel ist es, Polizei und Justiz eine nützliche Unterstützung für die Praxis an die Hand zu geben, um diese Vorgaben besser umsetzen zu können.

Konkret empfiehlt der Rat, bei Strafprozessen, in denen Kinder und Jugendliche beteiligt sind, die sexueller Gewalt ausgesetzt waren, das gerichtliche Verfahren beschleunigt durchzuführen. Mehrfache Vernehmungen sollen vermieden werden, indem Befragungen auf Video aufgezeichnet und vor Gericht abgespielt werden. Die Vernehmungszimmer sollen kindgerecht gestaltet und mit Spielzeug ausgestattet sein. Darüber hinaus sollen die betroffenen Kinder und Jugendlichen während des Strafprozesses eine psychosoziale Begleitung erhalten. Ihnen soll genau erläutert werden, was und warum etwas passieren wird. Außerdem soll vermieden werden, dass sich Opfer und Täter*in begegnen, zum Beispiel durch gestaffelte Anhörungstermine und getrennte Eingänge.

Besonders wichtig ist die Klarstellung, dass das Wohl des Kindes und die Behandlung Vorrang haben und deshalb eine Psychotherapie begonnen werden

Projekt Umsetzung der MWBO

Zur Umsetzung und Verstetigung der neuen Weiterbildung nach der Reform der Psychotherapeutenausbildung haben BPTK und Landespsychotherapeutenkammern nach Verabschiedung der Muster-Weiterbildungsordnung im Januar 2022 ein neues gemeinsames Projekt gestartet. Darin stehen zunächst die Entwicklung der Muster-Richtlinie zum Gegenstandskatalog und der Muster-Richtlinien zur Anerkennung von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten im Vordergrund mit dem Ziel, bundesweit einheitliche Mindestanforderungen an die Durchführung der Weiterbildung zu schaffen. Zu den vorrangigen Aufgaben im Projekt gehören auch die Erarbeitung von Konzepten zur finanziellen Förderung der Weiterbildung und die Sondierung von Kosten und Nutzen eines elektronischen Logbuchs zur Dokumentation der Weiterbildungsleistungen. Die Umstellung von der postgradualen Ausbildung auf eine Qualifizierung in Weiterbildung unter dem Primat der Berufstätigkeit mit einer angemessenen Bezahlung ist Neuland. Deshalb werden auch ein gutes Umsetzungsmonitoring und eine Evaluation fester Bestandteil des Projektes sein.

kann, auch wenn der Strafprozess noch nicht abgeschlossen ist. Ein Problem dabei ist, dass sich die Erinnerung des Kindes verändern kann, wenn schon in der Psychotherapie über die Tat gesprochen wird. Es kann auch sein, dass ein Kind durch die Psychotherapie nicht mehr so stark unter dem Erlebten leidet und es seine Bewertung des Geschehenen ändert. Dadurch kann es passieren, dass die Aussage des Kindes in der Verhandlung angezweifelt wird. Die Psychotherapeut*in kann deshalb überlegen, bis zur Erstvernehmung das Kind zunächst psychisch zu stabilisieren. Die Vernehmung des Kindes sollte so bald wie möglich durch eine dafür geschulte Person erfolgen, um dann möglichst bald mit der psychotherapeutischen Behandlung der Traumatisierung beginnen zu können.

Der Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen hat sich im Dezember 2019 konstituiert. Ihm gehören Vertreter*innen aus Politik, Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Praxis sowie Mitglieder des Betroffenenrates beim Unabhängigen Beauf-

tragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) an. Der Nationale Rat hat sich zum Ziel gesetzt, den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt und Ausbeutung zu stärken, Hilfen für Betroffene zu verbessern und für eine kindgerechte Justiz einzutreten. Die Bundesregierung hat sich im Koalitionsvertrag darauf verständigt, den Nationalen Rat zu verstetigen.

Der Praxisleitfaden ist auf der Homepage des Nationalen Rates verfügbar: www.nationaler-rat.de/downloads/Praxisleitfaden_kindgerechte_Kriterien_Strafverfahren.pdf

Geschäftsstelle

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



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gesetze und Verordnungen zur Begrenzung der Corona-Pandemie beschäftigen Sie vor Ort in Ihrer Praxis oder Arbeitsstelle ebenso wie uns in der Kammer.

Uns erreichen Anfragen und Aufforderungen, uns beispielsweise dafür einzusetzen, dass es keine Impfpflicht für unsere Berufsgruppe geben solle, ebenso wie die Frage, ob Patient*innen vor den Therapiestunden zu Tests verpflichtet werden oder Ungeimpfte zum eigenen Schutz von Behandlungen ausgeschlossen werden können. Die Kammer solle sich zudem dafür einsetzen, dass es keine Beschränkungen an Schulen mehr gebe, ebenso dafür, dass Kinder vor Angst oder Schuldgefühlen, sich selbst oder andere anzustecken, besser zu schützen seien.

Deutlich wird, wie unterschiedlich die Situation eingeschätzt wird, und dass die Kammer die jeweils eigene Position vertreten solle.

Wir sind keine Spezialisten für Infektionskrankheiten und keine Epidemiologen. Wir können uns nur darauf verlassen und einfordern, dass in

den Entscheidungsgremien Expert*innen auch aus unseren Reihen angehört werden, die alle einschlägigen Studien sorgfältig prüfen und daraus Konsequenzen und Ratschläge ableiten. Selbst wenn wir individuell die Mehrheitsentscheidungen im Bundestag kritisch sehen mögen, haben wir diese zu respektieren und umzusetzen. Das ist die Grundlage einer demokratischen Gesellschaft. Der Gesetzgeber, der demokratisch legitimierte Bundestag, hat, wenn erforderlich, den Schutz der Bevölkerung und das Wohl der Allgemeinheit immer wieder gegen individuelle Freiheit abzuwägen und gesetzlich zu regeln. Das sollten wir – bei aller Kritik, aber auch der Freiheit, diese öffentlich bekunden zu können – nicht infrage stellen.

Wir verbleiben mit den besten kollegialen Wünschen

Ihr Kammervorstand

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

Anhaltend hohes Interesse für die Online-Fortbildungen des Arbeitskreises „Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung“ der LPK BW

Nach Start im September mit Stefan Meir fanden drei weitere von den sieben geplanten Online-Fortbildungen statt, weiterhin sehr gut besucht mit 80-170 Teilnehmer*innen. Sabine Luttinger führte am 23. November 2021 in das Thema „Aspekte der Indikation für Psychotherapie bei Menschen mit intellektuellen Einschränkungen – Was ist relevant?“ ein. Silke Sacksofsky referierte am 18. Januar 2022 zu „Ich lad Dich ein in meine Welt – Psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit intellektuellen Einschränkungen“ und Klaus Diegel am 22. Februar 2022 zum Thema: „Herausforderndes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Einschränkung“.

Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub begrüßte jeweils die Referent*innen des Abends und informierte zu Beginn kurz zu den Aktivitäten des Arbeitskreises und zu dessen wesentlichen Anliegen und Zielen. Durch das Fortbildungsangebot sollen Kolleg*innen ermutigt und qualifiziert werden, selbst Psychotherapien für Menschen mit intellektuellen Einschränkungen und einer psychischen Störung anzubieten. Auch soll angeregt werden, sich in regionalen Qualitätszirkeln zu organisieren, auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen. Solange in den „offiziellen Suchsystemen“ nur wenige Behandlungsplätze hierfür ausgewiesen bzw. zu finden seien, solle dies durch eine in der Kammer geführte, kontinuierlich erweiterte regionale Liste, ausgeglichen werden.



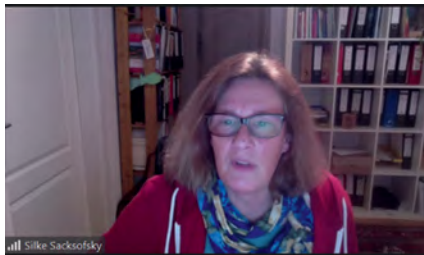
Sabine Luttinger

Sabine Luttinger, niedergelassen in Freiburg und eine der Initiatorinnen des Arbeitskreises, die die Kammer von der Wichtigkeit und Dringlichkeit und damit zur Gründung überzeugen konnten, erläuterte in dem engagierten Vortrag einerseits das Spannungsfeld, in dem Fragen zu klären seien, wie etwa, ob und wie viel Psychotherapie möglich

und erforderlich sei. Dies führte sie u. a. anhand wichtiger Leitfragen und Besonderheiten bezüglich Rahmenbedingungen und Versorgungsauftrag aus. Weiter betonte sie die besondere Bedeutung der Findung einer Balance zwischen der Klärung von Auftrag, Indikation und Behandlung meist mit enger Einbindung des Umfeldes. Sie erläuterte ihre Ausführungen anschaulich anhand verschiedener Fallvignetten, in denen sie den Teilnehmer*innen detaillierten Einblick in ihre diagnostisch-therapeutischen Überlegungen und Vorgehensweisen gewährte.

Silke Sacksofsky, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Reutlingen, ebenfalls Mitglied im LPK-Arbeitskreis sowie im Arbeitskreis Leben Reutlingen/Tübingen, engagiert sich dort regional seit vielen Jahren für Menschen mit Intelligenzminderung und deren psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Sie leitet dort auch seit Jahren einen Qualitätszirkel.

In ihrem Vortrag gelang es ihr anhand fortlaufend eingebrachter anschaulicher Beispiele vom Vorgehen beim Erstkontakt bis ins konkrete psychotherapeutische Tun, die Teilnehmer*innen ständig neu in Bann zu ziehen und sie einzuladen in „ihre Welt“ des Arbeitens mit den Kindern und Jugendlichen. Sie machte dabei anschaulich und deutlich, dass immer wieder viel Kreativität im Finden individueller Lösungen gefragt sein kann. Dies bezogen auf alltagspraktische Fertigkeiten in wesentlichen Lebensbereichen (Schulweg, Verabredungen, Helfen in alltäglichen familiären Abläufen) und immer wieder in der Stärkung der sozialen Kompetenz der jungen Patient*innen im Kontakt durch Erkunden und Erweitern der Ressourcen in Selbständigkeit und Kontakt durch Üben, z. B. das Einüben tageszeit- oder begegnungs-angemessener Begrüßung. Besonders wichtig dabei seien vor allem ständige Anerkennung und Bewunderung des Erreichten. Dies beim Spielen, Malen, aber auch beim Üben draußen in der Begegnung beim Einkaufen usw. In der Arbeit mit den Eltern gelte es, einerseits „Werbeveranstaltungen für die entdeckten oder



Silke Sacksofsky

entwickelten Ressourcen der eigenen Kinder zu machen“, andererseits die Themen Selbstfürsorge und z. B. auch die Trauer der Eltern mit diesen zu thematisieren, dass ihr Kind nicht so ist wie die anderen.

Klaus Diegel war langjährig Leiter einer Psychologischen Beratungsstelle im Landkreis Esslingen und arbeitete viel mit Familien, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit intellektuellen Einschränkungen. Er war außerdem beteiligt am Aufbau der Frühen Hilfen im Landkreis. Zusammen mit Silke Sacksofsky leitet er den Qualitätszirkel Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung in Reutlingen und ist Mitglied im LPK-Arbeitskreis. Freiberuflich ist er in Fortbildung und Supervision engagiert.



Klaus Diegel

Diegel erweiterte in seinem Vortrag das Spektrum psychotherapeutischen Arbeitens mit intelligenzgeminderten Kindern um weitere Facetten, die in Beratungsstellen eher angeboten werden können. Oft erfordere das Verständnis herausfordernden Verhaltens zunächst den Einbezug und das Arbeiten mit der ganzen Familie und auch des sozialen Umfeldes mit Erziehern, Lehrern und verschiedenen Fachdiensten. Die Belastung der Angehörigen sei dabei weniger geprägt vom Schweregrad der Behinderung als von den herausfordernden

Verhaltensauffälligkeiten, die das Kind im Alltag zeige. Ausführlich ging er anhand von Fallbeispielen auf die Entwicklung solcher Verhaltensauffälligkeiten ein und auf die verschiedenen Intensitätsstufen dadurch entstehender negativer Kreisläufe, deren Verfestigung, Wahrnehmung und Bewusstwerden. Er verdeutlichte, wie und in welchem Setting diese am besten bearbeitbar und auflösbar seien durch problembezogene Interventionen. Ein wichtiges Ziel solcher psychotherapeutischen Arbeit sei gleichzeitig immer auch, dass die Betroffenen lernten, sich selbstbestimmter äußern zu können, und die Erfahrung machen, besser verstanden zu werden.

Die zahlreichen Fragen und positiven Rückmeldungen zu dem „anschaulichen“, „spannenden“, „bereichernden“ und „engagiert“ erlebten Vortrag, und vor allem die Verdeutlichung, wie wichtig eine „wertschätzende Grundhaltung“ in dieser Arbeit sei, wurden abschließend sowohl in den Wort- als auch in den Chatrückmeldungen besonders hervorgehoben.



Dr. Roland Straub

Als Zwischenfazit lässt sich ein erfreulich und anhaltend hohes Interesse für dieses Fortbildungsthema feststellen, mit vielen positiven Rückmeldungen und „inspirierenden Anregungen“. Dies wohl auch dank der Möglichkeit der Teilhabe an der engagierten Arbeit und reichen Erfahrung der Referent*innen. Zwischenfazit: Die Veranstaltungen werden sehr gut angenommen und es bleibt spannend. Die restlichen drei finden im April, Mai und Juli statt. Wir informieren dazu rechtzeitig auf unserer Homepage.

Weitere Infos unter: <https://bit.ly/34JBXAC> und <https://bit.ly/3vpSiBn>

Rechtsfragen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – KJP-Ausschuss und Rechtsabteilung legen aktualisierte Fassung des Readers vor

Die LPK-Broschüre „Berufsrecht – eine Herausforderung von Fällen und Fällen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (KJP) wurde aktualisiert und um weitere Kapitel ergänzt. Der LPK-Ausschuss für psychotherapeutische Versorgung für Kinder- und Jugendliche hat zusammen mit der Rechtsabteilung der Kammer anhand von Fallvignetten und häufigen Fragestellungen aus der KJP-Praxis den rechtlichen Rahmen und die therapeutischen Aspekte aufbereitet. Thematisch geht es in den neuen Kapiteln 9–12 v. a. um Fragen von Stellungnah-

men, Bescheinigungen, Auskünften und Berichtsfragen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Das Kapitel 13 „Sonstige“ enthält Antworten auf weitere häufig an die Rechtsabteilung der Kammer gestellte Fragen, z. B. zur Haftung. Die neuen Kapitel ergänzen die bereits 2015 erschienenen ersten acht Kapitel, in denen die Themen Schweigepflicht (gegenüber Eltern und/oder Sorgeberechtigten), Umgang mit Kindern während gerichtlicher Verfahren/Sorgerechtsverfahren und Kindwohlgefährdung, Dokumentations- und Aufbewahrungs-

pflichten, Aufklärungspflicht und Einwilligung, Umgang mit Suizidalität und Aufsichtspflicht ausgeführt sind.

Die Broschüre können Sie hier downloaden: <https://bit.ly/3rcj5Tp>.

Aktuell bereitet der KJP-Ausschuss der Kammer Fachveranstaltungen zu Rechtsfragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Online-Format am 2. April 2022 vor. Dabei wird es um die Themen Schweigepflicht, Kinder in gerichtlichen Verfahren und Kinderschutz gehen.

Therapeut*innen-Suche der LPK-Homepage

Wegen technischer Probleme musste Mitte Januar die Therapeuten*innen-Suche auf der LPK-Homepage abgeschaltet werden. Sie wurde inzwischen neu aufgelegt und alle Mitglieder wer-

den mit der Bitte angeschrieben, die aktuellen Informationen zu ihrer Psychotherapie-Praxis zur Verfügung zu stellen. Die Mitglieder können sich dann online in das Suchportal eintragen.

Wir bitten um freundliche Beachtung und zeitnahe sowie rege Beteiligung. Je mehr Praxen auch im LPK-Suchdienst eingetragen sind, desto besser können psychotherapiesuchende Patient*innen einen Therapieplatz finden.

Landeskongress Gesundheit 2022 – Nachhaltiges Gesundheitswesen

Der 7. Landeskongress Gesundheit Baden-Württemberg fand auch dieses Jahr am 28. Januar als hybride Veranstaltung statt und beschäftigte sich mit Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Sie appellierte an alle in der Gesundheitsversorgung Verantwortlichen, der „Mutter Erde auf der Intensivstation“ zu helfen.

Der Klimawandel ist existenzielle Bedrohung und gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Das Gesundheitssystem ist davon in doppelter Hinsicht betroffen: Ein nicht unwesentlicher Anteil der Emissionen entsteht im Gesundheitssektor, während gleichzeitig die Folgen des Klimawandels immer deutlicher werden und schon heute im Behandlungsalltag angekommen sind. Was aber bedeutet das für die institutionelle Organisation des Gesundheitswesens? Wie kann es nachhaltig(er) ausgerichtet wer-

den? Und wie kann eine ökologische Transformation langfristig finanziert werden? Diese und weitere Fragen standen im Mittelpunkt des 7. Landeskongresses.

Im Grußwort (online zugeschaltet) ging Sozialminister Manfred Lucha darauf ein, dass ein umfassender Gesundheitsbegriff in allen politischen Entscheidungen berücksichtigt werde. Er verwies auf die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg und das Gesundheitsleitbild der Regierung. Ziel sei es, die Gesundheit aller Menschen in allen Lebenswelten zu fördern und darauf aufmerksam zu machen, dass die gesundheitliche Chancengleichheit durch den Klimawandel gefährdet sei. Insofern begrüßte er außerordentlich, dass das Thema „nachhaltiges Gesundheitswesen“ vom Landeskongress aufgegriffen und mit kompetenten Referent*innen diskutiert werde.



Dr. Eckart von Hirschhausen

Einer der Hauptreferenten war Dr. Eckart von Hirschhausen, Deutschlands wohl bekanntester Arzt und Wissenschaftsjournalist, Unterzeichner von „Scientists for Future“ und Gründer der Stiftung „Gesunde Erde – Gesunde Menschen“.

Hirschhausen hob in seinem beeindruckenden Beitrag hervor, dass Deutsch-

land zu den am meisten von der Erderwärmung betroffenen Ländern gehöre, was nicht nur an den Dürren und Flutkatastrophen für alle zu sehen sei. Er mahnte, dass die Menschheit nur noch zehn Jahre habe, um die „nächsten 10.000 Jahre für unsere Nachkommen erträglich zu machen“. Er forderte die Gesundheitsprofessionen auf, sowohl in Fachgesellschaften und -kongressen als auch in der eigenen Einrichtung/Praxis initiativ zu werden, z. B. indem

Positionspapiere veröffentlicht oder die Energieversorgung, das Kantine-Essen, die Reisekosten etc. hinterfragt und ggf. verändert werden.

Wie u. a. der Ravensburger Finanzexperte Jan-Marc Hodek hervorhob, sei der Gesundheitssektor weltweit für ca. 5 % aller CO₂-Emissionen verantwortlich, für ein einziges Krankenhausbett sei so viel Energie erforderlich wie für mehrere Einfamilienhäuser, in

der Diagnostik erzeuge z. B. ein MRT 200–300 kg CO₂, das sei vielen überhaupt nicht bewusst. Ebenso gingen z. B. ca. 20 % der Emissionen im Gesundheitswesen von der „Überversorgung“ mit Medikamenten aus, so die Heidelberger Ärztin Alina Herrmann. Wichtig sei hier auch, dass Krankenhäuser und Praxen für sich selbst ein hohes Einsparpotential realisieren können, indem sie mehr auf Nachhaltigkeit und Klimaschutz achten.

BMAS-gefördertes rehapro-Projekt „Psychosomatik Direkt“ (PsyDi) in den Regionen Stuttgart, Böblingen, Freiburg und Ravensburg – Interessent*innen/Teilnehmer*innen gesucht

Der Hausärzterverband, die LPK und die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg werben gemeinsam für eine Beteiligung am Projekt.

Zwischen der Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung und der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme liegt oftmals ein Zeitraum von mehreren Jahren. Es stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, Menschen mit psychischen Erkrankungen schneller in eine Reha-Maßnahme aufzunehmen, nach Möglichkeit, bevor eine Chronifizierung einsetzt. Für niedergelassenen Psychotherapeut*innen ist die Möglichkeit, schneller in die Reha „überweisen“ zu können, mit deutlich weniger bürokratischem Aufwand verbunden.

Im Rahmen des Modellprojektes soll ein niedrigschwelliger Zugang für die Betroffenen und ihre Behandler*innen (Hausärzt*innen und Psychologische Psychotherapeut*innen) geschaffen werden. Analog zu einer Krankenhaus-einweisung kann mit Zustimmung des Versicherten, bei vorliegender Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit, eine

direkte Zuweisung in eine der teilnehmenden psychosomatischen Rehakliniken vorgenommen werden, ohne umfangreiche Antragsstellung. Versicherte der DRV Baden-Württemberg, die in den genannten Landkreisen wohnen, mit rehabilitationsbedürftigen depressiven Störungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, Angststörungen sowie somatoforme Störungen können im Rahmen des Modellprojektes einbezogen werden.

Die DRV unterstützt am Projekt teilnehmende Psychotherapeut*innen als Zuweiser, in dem diese vor Beginn der Modellphase ein entsprechendes Schulungsangebot erhalten, das vom Sozialmedizinischen Dienst der DRV angeboten wird. Des Weiteren wird eine Checkliste zur Verfügung gestellt, um in Frage kommende Patient*innen bei Bedarf adäquat in eine Rehabilitationsklinik zuweisen zu können. Fragen wie diejenigen nach der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers und versicherungsrechtliche Voraussetzungen können sie auf kurzem Wege mit der DRV klären. Der detaillierte Verfahrensablauf wird noch in der Vorbereitungsphase

des Projektes mit allen beteiligten Stellen entwickelt. In einer Pilotphase werden 30 Rehabilitand*innen im Rahmen des Verfahrens eingebunden, in der Modellphase (24 Monate) werden 300 Teilnehmer im Rahmen des Projektes erwartet. Bei positiver Evaluation soll dieses Procedere in die Routineversorgung eingeführt werden.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt über das Institut für Rehabilitationswissenschaftliche Forschung an der Universität Ulm (ifr).

Über Ihr Interesse und eine rege Beteiligung würden wir uns freuen. Weitere Infos dazu finden Sie demnächst auf lpk-bw.de.

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

Letzte Delegiertenversammlung in dieser Wahlperiode

Die 39. Delegiertenversammlung fand am 16. Dezember 2021 als Online-Veranstaltung statt. Es war die letzte Sitzung der Delegierten in dieser Wahlperiode vor der Kammerwahl 2022.

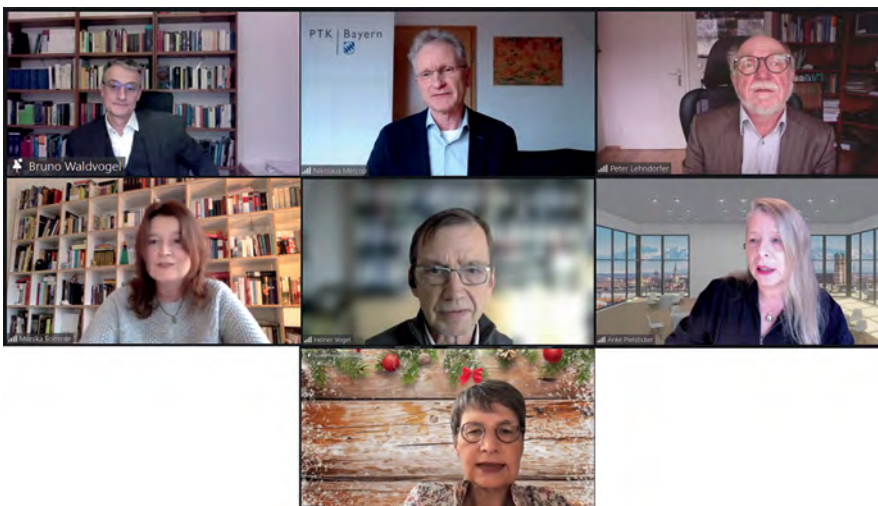
Bericht des Vorstands

Der Bericht des Vorstands bildete daher nicht nur die aktuellsten Entwicklungen ab, sondern bot auch einen Rückblick auf die laufende Amtsperiode und die dabei bewältigten Projekte sowie einen Ausblick auf die kommenden Herausforderungen.

Vizepräsident Peter Lehndorfer eröffnete den Reigen der Vorstandsberichte, indem er zunächst über Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder, Jugendliche, Eltern und Familie und deren Folgen für die Versorgung referierte.

Kinder und Jugendliche seien deutlich belastet. Besonders betroffen seien Familien mit Risikofaktoren wie Wohnungsnot, chronischen Erkrankungen und Behinderung. Die bereits vor der Pandemie vorhandenen Versorgungsdefizite im ambulanten und stationären Bereich seien durch die Pandemie deutlicher sichtbar geworden. PTK Bayern, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und Bayerische Landesärztekammer schlugen deshalb im Rahmen zweier Expert*innengespräche im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) vor, die Versorgungskapazitäten quantitativ zu erhöhen und qualitativ die Vernetzung von Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu fördern. Peter Lehndorfer berichtete ferner von Initiativen zur Etablierung der Fachgebietsweiterbildung in Einrichtun-

gen der Kinder- und Jugendhilfe und in kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychosomatischen Kliniken. Am Ende seines Berichts referierte er, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ebenso wie die körperliche Gesundheit als positiver Grundstein der menschlichen Fähigkeiten gesehen werden müsse. Sie sei mit entscheidend für die Erreichung von globalen Zielen einschließlich der nachhaltigen Entwicklungsziele. „Wenn wir dies verstehen, können wir psychische Gesundheit mit anderen Augen sehen und Kinder und junge Menschen besser fördern, schützen und unterstützen.“, so Lehndorfer. Er forderte die Psychotherapeutenchaft auf, sich in Politik, Gesellschaft und Öffentlichkeit für mehr Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einzusetzen.



Der Vorstand berichtete über die Entwicklungen in der aktuellen Amtszeit, informierte über die MWBO und erläuterte die Aufnahme des Bereichs Sozialmedizin. (Foto: PTK Bayern)

Auch Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop thematisierte in seinem Bericht die besonderen Herausforderungen der Corona-Pandemie für Patient*innen und Psychotherapeut*innen und die vielfältigen Aktivitäten, die die PTK Bayern zu deren Unterstützung unternommen hat. Er ging auf die diversen Aspekte der Digitalisierung des Gesundheitsbereichs für die Psychotherapie und die Psychotherapeut*innen ein. Er betonte dabei, dass der Einsatz der Digitalisierung im Gesundheitswesen solide geprüft sein und einen in der Versorgung spürbaren Nutzen bringen muss. Nikolaus Melcop verdeutlichte im Anschluss, dass die Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie weiter sehr

hoch ist. Deshalb müsse die Bedarfsplanung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten angepasst werden. Die Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Versorgung von schwer psychisch erkrankten Patient*innen müssten weiter verbessert und Hindernisse in der neuen Richtlinie für Menschen mit komplexem Leistungsbedarf beseitigt werden. Er informierte über die verschiedenen Kammeraktivitäten in dem Themengebiet von Klima-/Umweltschutz und Psyche, das sich zunehmend zu einem wichtigen Schwerpunkt der Kammerarbeit entwickelt habe. Anschließend gab er einen Ausblick auf die anstehenden Herausforderungen der kommenden Jahre und bezog sich dabei insbesondere auf den Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung. Dort werden sowohl die Förderung der psychischen Gesundheit und der psychotherapeutischen Versorgung konkret benannt als auch eine Vielzahl weiterer Themen, bei denen psychotherapeutische Expertise erforderlich sein werde.

Vorstandsmitglied Birgit Gorgas berichtete über die langjährige Erarbeitung des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (BayPsychKHG) und die damit verbundenen Proteste und Forderung von Anpassungen, durch die letztendlich eine öffentlich-rechtliche Unterbringung gestärkt werden konnte. Die wichtigste Neuerung im Hilfeteil stellt die bayernweite Einrichtung von Krisendiensten dar. Birgit Gorgas erläuterte die Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern, die aktuell überarbeitet werden und damit stärker personen-, teilhabe- und an Grundrechten orientiert und weniger institutionenorientiert werden sollen.

Vorstandsmitglied Prof. Heiner Vogel berichtete zu den Entwicklungen der Richtlinie Personalausstattung Psychiatrie und Psychotherapie (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die im Jahr 2020 in Kraft getretene Richtlinie wurde heftig kritisiert, so z. B. die völlig unzureichenden Minutenwerte für Einzel- und Gruppenpsychotherapie und dass für Psychotherapeut*innen

keine Leitungsfunktionen vorgesehen sind. Auch die gerade beschlossene Anpassung und Einfügung des Berufs der Psychotherapeut*innen brachte diesbezüglich keine Verbesserung, und so bleibe die Hoffnung auf die Zusage im aktuellen Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung. Darin wird angekündigt, dass die Personalrichtlinie so überarbeitet werden soll, dass sie leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung in den Kliniken zulässt. In der Kritik stehen auch die vom G-BA beauftragten und vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) erarbeiteten Planungen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) plant derzeit eine Round-Table-Staffel zur Entwicklung eines professionseigenen Qualitätssicherungsansatzes. Ein erfreuliches Ergebnis zeigt die langjährige Zusammenarbeit mit dem bayerischen Justizministerium und den Psychotherapeutischen Fachambulanzen für Sexual- und Gewaltstraftaten, aus der nun ein Pilotprojekt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen, die (schwere) Straftaten begangen haben, entstanden ist. Bei dem Pilotprojekt sollen interessierte Psychotherapeut*innen für die ambulante Psychotherapie mit Menschen, die straffällig geworden sind, qualifiziert werden. Ihnen wird sodann eine Finanzierung der Therapien durch die Justiz in Aussicht gestellt.

Informationen zum Stand der Muster-Weiterbildungsordnung der Psychotherapeut*innen

Vorstandsmitglied Dr. Anke Pielsticker informierte über den aktuellen Stand der Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO). Die Aus- und Weiterbildungsreform ist für unseren Berufstand von enormer Bedeutung. Auf dem 39. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) wurden im November 2021 weitere Teile der neuen MWBO verabschiedet. Die neue MWBO betrifft die Absolvent*innen des neuen Psychotherapiestudiengangs, d. h. alle nach neuem Recht approbierten Psychotherapeut*innen. Für bereits nach bisherigem Recht approbierte Psy-

chologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen ist die neue MWBO relevant, wenn sie Bereichsweiterbildungen zum Erwerb spezieller Kompetenzen anstreben und wenn es darum geht, zukünftig Weiterbildungsbefugte zu werden oder Kliniken oder Institute als Weiterbildungsstätten anerkennen zu lassen. Anke Pielsticker erläuterte dafür den Aufbau der MWBO mit den verschiedenen Abschnitten: Paragrafenteil, Gebiete, Bereiche und Psychotherapieverfahren in Gebieten.

Vorstandsmitglied Prof. Monika Sommer ging anschließend auf den Zeitplan zur Umsetzung der bayerischen Weiterbildungsordnung ein. Die konkrete Umsetzung und die Verstetigung der Weiterbildung stellen ein gemeinsames Projekt der BPTK und der Landeskammern dar. Im ersten Halbjahr 2022 wird es um die Entwicklung von Muster-Richtlinien zum Gegenstandskatalog und zu den Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten gehen, genauso wie um die Verabschiedung der Bereichsweiterbildung in den Psychotherapieverfahren und die Vorbereitung eines e-Logbuchs für Weiterbildungsteilnehmer*innen. Wichtig wird auch die Kommunikation von Informationen zur neuen Weiterbildung sein. Darüber hinaus wird ein zentraler Aspekt die Entwicklung von Förderkonzepten zur Finanzierung der Weiterbildung sein. Alle diese Maßnahmen finden im engen Austausch zwischen unterschiedlichen Gremien statt. Frau Sommer erläuterte, dass die Verabschiedung der bayerischen Weiterbildungsordnung für die Delegiertenversammlung im Sommer 2022 geplant ist und zeigte auf, was die PTK Bayern schon jetzt unternimmt, um über die geplante Weiterbildung zu informieren und möglichst viele Entscheidungsträger*innen für die Umsetzung zu gewinnen.

Aufnahme des Bereichs Sozialmedizin in die Weiterbildungsordnung der PTK Bayern

Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel erläuterte die Gründe für eine Aufnahme des Bereichs Sozialmedizin in die Wei-

terbildungsordnung der PTK Bayern. Die Zusatzweiterbildung „Sozialmedizin“ soll Beschäftigungsoptionen beim Medizinischen Dienst (MD), der Deutschen Rentenversicherung (DRV) oder

im Öffentlichen Gesundheitsdienst eröffnen. Sie stellt einen wichtigen Beitrag zur fachspezifischen Verbesserung der Beurteilungsprozesse dieser Einrichtungen dar. Nach kurzer Diskussion

stimmten die Delegierten einstimmig bei einer Enthaltung der Aufnahme des Bereichs „Sozialmedizin“ in die Weiterbildungsordnung zu.

Gesundheitsversorgung in Bayern: Austausch mit dem bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek

Präsident Nikolaus Melcop und die Vizepräsidenten Bruno Waldvogel und Peter Lehndorfer waren zusammen mit dem Justitiar der Kammer, Thomas Schmidt, am 28. Januar 2022 zu einem umfassenden Gedankenaustausch mit Gesundheitsminister Klaus Holetschek und leitenden Beamt*innen des Ministeriums ins bayerische Gesundheitsministerium gekommen.

Zu Beginn des Gesprächs stand die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in und nach der Pandemie im Fokus. Staatsminister Holetschek betonte den besonderen Stellenwert der psychischen Gesundheit gerade in Zeiten der Pandemie und den wertvollen Beitrag, den Psychotherapeut*innen hier leisteten. Herr Melcop erläuterte daraufhin die besonderen Anstrengungen der Psychotherapeut*innen, um vor dem Hintergrund schon bestehender Mängel in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung die Behandlungsangebote auch in dieser Krisenzeit aufrecht zu erhalten. Er stellte dabei auch die Notwendigkeit dar, in strukturschwachen und ländlichen Gebieten die Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeut*innen zu erweitern und bat hierfür um die Unterstützung der bayerischen Staatsregierung. Für den Bereich der stationären Versorgung bedankte er sich für die positive Haltung des Ministers in Bezug auf Forderungen für einer Verbesserung psychotherapeutischen Personalbemessung und erläuterte die Notwendigkeit der Ermöglichung kooperativer Leitungsstrukturen.

Herr Lehndorfer ergänzte Informationen zu den besonderen Bedarfen psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher an vernetzten Hilfs- und Präventi-



Tauschten sich zur Gesundheitsversorgung in Bayern aus: (v. l. n. r.) Vizepräsident Bruno Waldvogel, Staatsminister Klaus Holetschek, Vizepräsident Peter Lehndorfer und Präsident Nikolaus Melcop. (Foto: StMGF)

onsangeboten. In Abstimmung mit der bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wird insbesondere eine ressortübergreifende Zusammenarbeit von Gesundheits-, Kultus- und Sozialministerium gefordert, um die Hilfsangebote besser aufeinander abstimmen zu können.

Im Anschluss stellte Herr Melcop dar, dass zahlreiche Psychotherapeut*innen auf Vermittlung der PTK Bayern in den Gesundheitsregionen^{Plus} mitwirken und er hier einen wichtigen Baustein auf dem Weg zu flächendeckenden präventiven Angeboten sieht. Der Minister zeigte sich sehr interessiert an einer vertieften Zusammenarbeit, da auch

sein Ministerium in ausgewählten Regionen weitere Modellvorhaben zur Verbesserung der Prävention psychischer Störungen plane.

Weiterer Gesprächsinhalt war die Notfallversorgung nach Ereignissen mit vielen psychisch traumatisierten Menschen. Herr Waldvogel erläuterte anlässlich des Messer-Angriffs in Würzburg im Juni 2021 die Notwendigkeit einer besseren Koordination zwischen den verschiedenen zuständigen Behörden und Organisationen, welche ihrerseits auch verschiedenen Ministerien unterstehen. Hierzu wurde den Vertretern der Kammer mitgeteilt, dass diese Problematik auch im Ministerium schon erkannt worden sei und deshalb eine

interministerielle Arbeitsgruppe der zuständigen Ministerien, dem Gesundheits-, dem Innen- und dem Sozialministerium, eingerichtet wurde. In deren Planungen spielte auch das Angebot der PTK Bayern für eine ereignisbezogene psychotherapeutische Notfallversorgung eine wesentliche Rolle.

Im nachfolgenden Teil des Gesprächs tauschten sich die Teilnehmenden zu den Möglichkeiten und Grenzen der Digitalisierung aus. Herr Melcop betonte die prinzipielle Offenheit für digitale technische Hilfsmittel, verwies aber auf die gravierenden Mängel der Regelungen zu digitalen Anwendungen und auf die Zumutungen und auch Grenzen für Psychotherapeut*innen und für die Kammer im Zusammenhang mit der Einführung des elektronischen Heilberufsaus-

weises und der Telematikinfrastruktur. Herr Schmidt erläuterte dazu auch die begrenzten technischen und personellen Ressourcen der PTK Bayern sowie die juristisch fragliche Verpflichtung der Kammer für diese Aufgaben. Der Minister warb für die Notwendigkeit einer forcierten Digitalisierung im Gesundheitswesen, zeigte aber Verständnis für die Kritik an den Mängeln der Umsetzung.

Im Anschluss daran erläuterten die Kammervorteiler den aktuellen Stand bei der Einführung der neuen Approbationsstudiengänge und die Notwendigkeit einer ausreichenden Finanzierung insbesondere der Masterstudiengänge Psychotherapie. Sie stellten die umfassenden Vorbereitungsarbeiten der Kammer für die Einführung des neuen Weiterbildungssystems dar und wiesen

eindringlich auf die personellen und finanziellen Herausforderungen bei der Einrichtung von Weiterbildungsplätzen in Institutsambulanzen, Praxen, Kliniken und Beratungsstellen hin. Sie baten das Ministerium hier um aktive Unterstützung.

Am Ende des Gesprächs gab es mit den Vertreter*innen des Ministeriums einen Austausch zu den Herausforderungen des Klima- und Umweltschutzes gerade im Bereich der psychischen Gesundheit. Herr Melcop bot hier neben der Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsschutz im Klimawandel darüber hinaus an, dass Psychotherapeut*innen notwendige Klima- und Umweltschutzmaßnahmen mit psychotherapeutischem Know-how unterstützen könnten.

Hinweis auf amtliche Verlautbarungen der Kammer

Amtliche Verlautbarungen der PTK Bayern werden seit dem Jahr 2020 **ausschließlich auf der Internetseite der Kammer** veröffentlicht (§ 1 Satz 4 der Satzung, Art. 4 Abs. 2 BayEGovG). In der jeweiligen Verlautbarung ist auch der Zeitpunkt des Inkrafttretens der verlautbarten Regelung festgelegt. Die amtlichen Verlautbarungen der Jahre bis einschließlich 2019 wurden im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht. Als zusätzlichen Service machen wir hier auf die zuletzt auf der Kammerhomepage veröffentlichten amtlichen Verlautbarungen aufmerksam.

Am 12. Januar 2022 wurde folgende Verlautbarung veröffentlicht:

- Änderung der Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten Bayerns

Die vollständigen Verlautbarungen finden Sie unter

www.ptk-bayern.de → Die Kammer → Amtliche Verlautbarungen.



Kurznachrichten

Informationen zur Kammerwahl 2022

Mitglieder der PTK Bayern konnten vom 07.02.2022 bis 21.02.2022 die Kammerdelegierten der 5. Amtsperiode wählen. **Zum Redaktionsschluss des PTJ lagen die Ergebnisse der Wahl noch nicht vor.** Die Ergebnisse können Sie auf der Kammerhomepage unter www.ptk-bayern.de einsehen.

Kurz und Knapp – Aktivitäten der Kammer

Hier finden Sie einige der Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen

Kammervorteiler*innen teilgenommen haben:

+++ Vizepräsident Waldvogel nahm im Dezember 2021 an der Sitzung des **Landesgesundheitsrates** teil. Die Sitzung fokussierte sich auf die Planungen der bevorstehenden Jahresschwerpunktkampagne des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege „Hand auf Herz“ zur Herzinfarktprävention. +++

+++ Kammerpräsident Nikolaus Melcop und die Vorstandsmitglieder Monika Sommer und Heiner Vogel trafen sich Mitte Januar mit den **Sprechern**

der Direktoren der psychiatrischen Kliniken in Bayern, um u. a. sich über den aktuellen Stand der Musterweiterbildungsordnung auszutauschen. +++

+++ Die PTK Bayern hat eine interne **Arbeitsgruppe Nachhaltigkeit** eingerichtet, bei der ausgelotet wird, inwiefern die Kammer mehr Nachhaltigkeit in Gremien- und Kammerarbeit umsetzen kann. An der AG beteiligen sich die Vorstandsmitglieder Anke Pielsticker und Birgit Gorgas sowie Mitarbeiter*innen der Kammergeschäftsstelle. +++

+++ Mitte Februar fand ein **Online-Austausch mit Mitgliedern mit Be-**

einträchtigungen statt. Im vergangenen Jahr hat die PTK Bayern bereits einen Austausch zur Situation von Kammermitgliedern mit Beeinträchtigungen durchgeführt. Die Treffen bieten Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und zum Erkennen und Abbau von Barrieren, die Mitglieder mit Beeinträchtigungen in ihrer Berufsausübung und in der Wahrnehmung ihrer Kammermitgliedschaft erfahren. Der Austausch fand mit Mitgliedern und Vorstandsmitgliedern der Kammern aus Bayern und Baden-Württemberg statt. +++

+++ Am 11. Februar 2022 fand ein **offener Austausch über Ihre Perspektive auf die Zukunft der Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe** statt. Der Austausch knüpfte an eine Veranstaltung im Sommer 2021 an, die bereits genutzt wurde, um über die Eckpunkte der neuen Weiterbildungsordnung zu informieren und anschließend rege über mögliche Chancen und Herausforderungen zu diskutieren. Die Austauschrunden dienen als Chance zur Vernetzung der in der Jugendhilfe

tätigen Kammermitgliedern untereinander und mit der PTK Bayern. +++

Bevorstehende Veranstaltungen

Der **9. Bayerische Landespsychotherapeutentag** zum Thema **Bindung und Beziehung** findet am **19. März 2022, 10–17.30 Uhr**, statt.

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

Vorgezogener Ruhestand des Geschäftsführers Herrn Hillers

Nach mehr als 19-jähriger erfolgreicher Tätigkeit ist Herr Alexander Hillers, Geschäftsführer unserer Kammer, zum 1. Februar 2022 auf eigenen Wunsch in den vorgezogenen Ruhestand getreten. Wir wollen Herrn Alexander Hillers für seine langjährige und wertvolle Arbeit in unserer Kammer auch auf diesem Wege nochmals herzlich danken und

ihm für seinen neuen Lebensabschnitt alles Gute, vor allen Dingen Gesundheit und Wohlergehen, wünschen. Die Aufgaben als Geschäftsführer hat nun unser Justitiar, Herr Thomas Schmidt, kommissarisch übernommen.

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern

Geschäftsstelle

Birketweg 30, 80639 München
 Post: Postfach 151506
 80049 München
 Tel.: 089 / 51 55 55–0, Fax -25
 Mo.–Fr. 9.00–13.00,
 Di.–Do. 14.00–15.30 Uhr
info@ptk-bayern.de
www.ptk-bayern.de

Berlin hat einen neuen Vorstand

In der konstituierenden Delegiertenversammlung der VI. Legislatur (2021–2026) am 5. Oktober 2021 wurde mit großer Mehrheit der neue Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin gewählt. In nachfolgenden Kurzportraits will er sich Ihnen vorstellen:

Präsidentin der VI. Legislatur: Eva Schweitzer-Köhn

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



Als Präsidentin bin ich zuständig für die politische und fachliche Repräsentanz aller approbierten Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen Berlins. Ich vertrete unsere beiden Berufe in den Gremien auf der Bundes- und Landesebene sowie in der Kammer. Grundlage meiner Tätigkeit sind die Beschlüsse der Delegiertenversammlung und des Vorstandes. Die Überwachung, Umsetzung und auch

die Vorbereitung dieser Beschlüsse erfolgt zusammen mit unserer Geschäftsführerin, Frau Kemper-Bürger, und der Geschäftsstelle der Kammer. Die Vertretung der Kammer vor Gerichten und die Berufs- und Fachaufsicht gehören zu meinen Aufgaben. Ich möchte die Zukunft unseres Berufes mitgestalten. Dazu gehört z. B. die Einführung der neuen Weiterbildung in der Berliner Kammer. An einer sinnvollen Qualitätssicherung soll gearbeitet werden, die den Praxen und den Behandlungen tatsächlich nützt und psychotherapeutische Prozesse nicht stört. Der Prozess der Digitalisierung wird weiter konstruktiv kritisch begleitet, die Ergebnisse werden bewertet und diskutiert.

Ich möchte dazu beitragen, unseren Beruf zukunftsfest zu machen, damit Psychotherapeut*innen in der Zukunft die ihnen zustehende und angemessene Rolle entsprechend ihrer Qualifikation in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einnehmen – in der ambulanten Versorgung, in der stationären Versorgung und im institutionellen und öffentlichen Bereich.

Vizepräsidentin der VI. Legislatur: Dr. Lea Gutz

(Vereinigung Berliner Psychotherapeut*innen)

PPT, VT Einzel- und Gruppentherapeutin, promoviert in Klinischer Psychologie an der FU Berlin, niedergelassen in einer Jobsharingpraxis. Zuvor tätig als Honorartherapeutin, als Angestellte eines MVZ und in eigener Privatpraxis.

In der letzten Legislaturperiode der Psychotherapeutenkammer Berlin engagierte ich mich als Sprecherin des



Ausschusses Versorgung, Mitglied im Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung und Mitglied der Kommission Öffentlichkeitsarbeit der Psychotherapeutenkammer Berlin.

In meiner neuen Rolle als Vizepräsidentin habe ich im Vorstand die Ressorts Psychotherapeutische Versorgung (regionale Bedarfsplanung, Richtlinien-PT, Komplexversorgung) und Finanzen übernommen. Besonders setze ich mich ein für eine realistische Bedarfsplanung, um das Recht der Patient*innen auf Psychotherapie zu gewährleisten und Wartezeiten zu verkürzen. Weitergehend engagiere ich mich für die Berücksichtigung der besonderen Bedarfslage in Pandemiezeiten, für einen besseren, barrierearmen Zugang für unterversorgte Patient*innengruppen, für eine Versorgung, die auf die Bedürfnisse aller Lebenswelten eingeht (z. B. der LGBTQ+-Community) sowie für Patient*innenrechte und -interessen und die Qualitätssicherung bei neuen digitalen Gesundheitsanwendungen und Online-Therapieangeboten.

Ich stehe für eine verfahrenübergreifende, solidarische Berufspolitik, die

unsere Interessen effektiv vertritt und unsere Relevanz im Gesundheitssystem deutlich macht.

Beisitzer*innen der VI. Legislatur:

Eva Frank

(Vereinigung Berliner Psychotherapeut*innen)



Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Systemische Therapeutin freue ich mich sehr, mich für eine bessere Bedarfsplanung, für das Themenfeld Präventionsarbeit und Elternarbeit, unter guten Rahmenbedingungen, einsetzen zu können. Kinder und Jugendliche benötigen eine starke Vertretung in der psychotherapeutischen Versorgung. Die Fortsetzung der KJHG-Therapien wird ein wichtiger Teil in dieser Legislatur sein. Da die Außenwirkung unseres Berufsstandes zunehmend an Bedeutung gewinnt, halte ich eine proaktive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit unserer psychotherapeutischen Interessenvertretung für wichtig. Gerne trage ich mit meinem Engagement zu den anstehenden Aufgaben bei.

Anna Heike Grüneke

(Berliner Forum Psychotherapie)

Ich möchte mich in der kommenden Legislaturperiode im Vorstand der Psy-



chotherapeutenkammer für die Interessen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in Berlin einsetzen. Besonders wichtig ist mir der Erhalt der fachlich qualitativen und guten Ausbildung in den Ausbildungsinstituten. Ich möchte mich dafür einsetzen, dass die KJHG-Kommission weitergeführt wird und mit der Senatsverwaltung das Thema Hilfe zur Erziehung neu verhandelt wird. Die Versorgung schwer kranker Kinder und Jugendlicher ist ein wichtiger Bereich, dem ich mich widmen möchte. Die Kooperation und Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlung sollte verbessert werden damit die Übergänge besser gelingen können. Es braucht in Berlin eine angemessene Bedarfsplanung, da sowohl im stationären als auch im KJHG-Bereich die Angebote in den letzten Jahren schlechter geworden sind. Diesen Themen werde ich mich widmen.

Maria del Pilar Isaac-Candeias

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

Ich möchte mich in meiner Vorstandstätigkeit vor allem um drei Bereiche kümmern: Migration, Prävention und Öffentlichkeitsarbeit. Migration: Wie können wir mit unserem Fachwissen helfen, den vielen Menschen aus anderen Kulturen, die hier mit uns leben, das Leben in der Fremde zu erleichtern? Wie können wir der deutschen Bevöl-



kerung besser nahebringen, was es bedeutet, nicht zur Mehrheitsgesellschaft zu gehören? Was können die Kammern tun, damit es für Migrant*innen einfacher wird, eine Psychotherapie in ihrer Muttersprache machen zu können? Prävention: Die Krankenkassen sind nach § 20 SGB V mit dem Präventionsgesetz verpflichtet, ca. 7 € pro Versichertem für Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung aufzuwenden. Im Bereich Prävention psychischer Erkrankungen gibt es kaum Angebote. Diese müssen wir entwickeln. Öffentlichkeitsarbeit: Ich möchte mich weiterhin dafür einsetzen, die Kommunikation nach innen zu unseren Mitgliedern zu verbessern. Aber auch nach außen in die Gesellschaft hinein muss unsere Berufsgruppe mit ihren wichtigen Kompetenzen sichtbarer werden. Was braucht es strukturell und inhaltlich, um gute psychotherapeutische Arbeit ausüben zu können? Ein weiterer Bereich, der mir sehr am Herzen liegt, ist das Thema unseres Nachwuchses. Was können wir von Seiten der Kammer tun, um eine größere Solidarität zwischen den Generationen beim Problem der Praxisverkäufe und der Entwicklung der Verkaufspreise zu fördern?

Dr. Christina Jochim

(Vereinigung Berliner Psychotherapeut*innen)

Den Stellenwert der Psychotherapie in Kliniken zu stärken und Psychotherapeut*innen in Institutionen (PTI) zu



vertreten – diesen Zielen widme ich mich im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin. Meine Erfahrungen aus der Psychiatrie, der Psychoonkologie und der Psychosomatik zeigen mir, wie wichtig neben der Sicherung von Aus- und Weiterbildung auch die strukturellen und formalen Rahmenbedingungen von Psychotherapie sind. Damit psychotherapeutische Expertise bei Patient*innen in Kliniken auch ankommt, braucht es eine gute Vertretung im Gesundheitssystem. Hierbei sind die Selbstverwaltung und die Kammer zentrale Bausteine und benötigen unser Engagement.

Michael Krenz

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



Im Vorstand bin ich für das Ressort „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ zuständig, Sprecher der Kommission „Weiter-

bildung“ und bereite u. a. Beschlussvorlagen für den Vorstand und die Delegiertenversammlung vor: Eine zentrale Aufgabe in dieser Legislatur besteht in der Konzeptualisierung einer fachlich und juristisch abstimmungsreifen Berliner Weiterbildungsordnung zum Fachpsychotherapeuten und in der Mitarbeit bei der operativen Umsetzung für das Land Berlin vor dem Hintergrund des Berliner Heilberufekammergesetzes und der vom Deutschen Psychotherapeutentag der BPtK verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung. Den Vorstand verrete ich im Ausschuss „AFW“, mit dem ich eng zusammenarbeite.

In diesem Zusammenhang ist die Entwicklung der Zusammenarbeit mit den Berliner Universitäten („Ausbildung“) von besonderer Bedeutung, Focus: Berufspraktische Tätigkeiten in den Psychologiestudiengängen, insbesondere in ihrer Beziehung zur zukünftigen Weiterbildung zum/zur Fachpsychotherapeut*in.

Im Bereich „Fortbildung“ gehören die fachliche und juristische Weiterentwicklung/Anpassung der Fortbildungsordnung, die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen und die Vorbereitung der Ausgabe von Fortbildungszertifikaten für die Kammermitglieder in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle zu den weiteren Aufgaben des Ressorts.

Ute Meybohm

(Berliner Bündnis für psychische Gesundheit)



Ich bin zuständig für Angestellte im Feld der institutionellen, psychiatrisch-

psychotherapeutischen Versorgung, Komplexleistungen außerhalb des SGB V, zudem für die Arbeitskreise PT mit älteren Menschen, PT mit Menschen mit Intelligenzminderung sowie für die Themen Psych-Info und betriebliche Prävention. Mein Anliegen ist, die Psychotherapie in der institutionellen Versorgung zu stärken und feldspezifische Netzwerke aufzubauen, um den fachlichen und berufspolitischen Austausch unter Kammermitgliedern zu verbessern. Ich unterstütze Verfahrens- und Methodenvielfalt im institutionellen Bereich (inkl. der Humanistischen Psychotherapie) sowie die Gleichstellung von Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen in Bezahlung und Leitungskompetenzen. Die Vorstandsarbeit verstehe ich als Teamarbeit auf Augenhöhe mit Transparenz gegenüber Delegierten und Mitgliedern.

Dr. Hans-Peter Tossmann

(Neue Wege – DGVt und Freund*innen)



Ein Schwerpunkt meiner Arbeit im Vorstand der Berliner Psychotherapeutenkammer ist die Digitalisierung in der psychotherapeutischen Versorgung. Hier geht es darum, Kolleginnen und Kollegen über neuere Entwicklungen zu informieren, diese zu diskutieren, um eine fachlich fundierte und kritische Haltung entwickeln zu können. Ein weiterer Fokus meiner Vorstandsarbeit liegt auf dem Bereich der Qualitätssicherung. Auch hier stehen Veränderungen an, die beobachtet und mit der Profession diskutiert und bewertet werden müssen. Ferner möchte ich die Interessen unserer Profession stärker in Forschung und Wissenschaft einbringen, insbesondere zu Fragen der psychotherapeutischen Versorgung.

Die PiA-Delegierten stellen sich vor

Als Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) hatten wir bis 2021 Rede- und Antragsrecht in Delegiertenversammlungen und waren aktiv an Sitzungen der Ausschüsse beteiligt. Durch unsere Mitarbeit als PiA-Vertreter*innen waren das Kennenlernen der Strukturen und Gestaltungsmöglichkeiten in der Kammer bereits möglich. Wir hatten jedoch kein Stimm- und Wahlrecht. So konnten wir die PiA-relevanten Themen nicht mitbestimmen. Deshalb haben wir 2021 eine Quorumsliste aus freiwilligen Mitgliedern zur Wahl aufgestellt, damit wir als PiA-Delegierte gewählt werden konnten und die Rechte der Berliner PiA vertreten können. Seit 2021 haben wir nun Rechte und Pflichten wie die Pflichtmitglieder. Während bis zur Behandlungserlaubnis die Mitgliedschaft beitragsfrei ist, werden von uns danach nur Beiträge erhoben, sofern ein Einkommen überschritten wird. Freiwilliges Mitglied kann jede*r PiA werden, der*die einen Antrag bei der Psychotherapeutenkammer einreicht.

Wir sind drei PiA-Delegierte, die aus der Quorumsliste gewählt wurden. Unsere Liste besteht aus unseren Nachrücker*innen für Delegiertenplätze, da wir nur alle fünf Jahre gewählt werden können und wir selbst zuvor schon approbiert sein könnten. Wir treffen uns regelmäßig mit der Liste um die Kammerthemen zu besprechen und gemeinsame Entscheidungen zu treffen. Als PiA-Delegierte arbeiten wir in Ausschüssen und den Delegiertenversammlungen mit und haben Stimm-, Wahl-, Antrags- und Rederecht.

Ich bin der Redaktion beigetreten, damit unsere Stimme auch in der Kammeröffentlichkeit verstärkt Gehör findet. Zum Anlass dieser Vorstellung habe ich meine beiden Kolleg*innen **M.Sc. Elodie Singer** und **M.Sc. Paul Schumann** zu ihrer Arbeit interviewt.

Paul, wie bist du PiA-Delegierter geworden und was hat Dich dazu bewegt?

Ich habe im Zuge dessen, dass ich mich um meine Ausbildung gekümmert ha-

be, aus politischem Interesse geguckt, wo wir vertreten sind. Ich weiß von meinen Freund*innen, dass es nicht einfach ist, PiA zu sein und wollte schauen, was sich da ändern lässt. Ich habe über das PiA-Forum von den Aktivitäten der Kammer-PiA erfahren, bzw. von dem Beitrittsprozess. Und dann habe ich einfach geschaut und entschieden, dass ich das gerne machen würde. Ich habe mich auf die Liste setzen lassen. Nicht mit der Absicht, direkt als Delegierter gewählt zu werden, genauso, wie Du, sondern sich das erst einmal anzuschauen, weil ich noch neu dabei bin. Und dann ist es einfach dazugekommen und ich finde es klasse.

Elodie, wie habt ihr es geschafft, als freiwillige Mitglieder gewählt zu werden?

Wir haben es geschafft, gewählt zu werden durch geballte Diskussionsfreude und Wohlwollen, dass wir uns die Sorgen angehört haben, die vielleicht bei den Kammermitgliedern und Delegiert*innen mitschwingen könnten. Das hat dazu geführt, Gründe zu finden, einen Kompromiss zu schließen. Im Endeffekt ist es nicht zu hundert Prozent das, was wir wollten, sondern es ist ein Kompromiss, der für alle gut machbar ist.

Was hat sich seit dieser Delegiertenwahl für die PiA geändert?

Nach der Wahl hat sich insofern etwas geändert, dass wir tatsächlich einen anderen Status haben. Wir haben bei den großen Entscheidungen, die in den Delegiertenversammlungen getroffen werden, fast 10 Prozent Mitspracherecht mit drei von 45 Stimmen, was viel mehr als vorher ist. Wir werden auch von den verschiedenen Listen als ebenbürtig gesehen, auch bei der Entscheidungsfindung. Die Kommunikation war vorher schon sehr wohlwollend und auch auf Augenhöhe, aber wir werden jetzt als Kolleg*innen wahrgenommen.

Was könnt ihr den PiA in anderen Bundesländern mitgeben?

Macht einfach weiter so. Es gibt keine Gründe dagegen, uns als Kammermit-

glieder aufzunehmen, sonst hätten die wenigen Bundesländer es ja nicht umgesetzt.

Was wünscht ihr euch für die Zukunft der PiA in der Kammer?

Ich wünsche mir auf jeden Fall Gleichberechtigung mit den PTW. Dadurch, dass diese eine Mitgliedschaft haben werden, ist das vielleicht utopisch, aber ich wünsche mir eine Bereitschaft der Politik an den Missständen der PiA weiterzuarbeiten, obwohl es nur eine Übergangsphase ist.

Danke, Elodie!



Eichel, Schumann, Singer (v.l.n.r.)

Ich freue mich auf die nächsten Ausschusssitzungen und Delegiertenversammlungen mit Elodie und Paul und auf die gemeinsame Arbeit mit unserer Quorumsliste. Dadurch, dass wir drei unterschiedliche psychotherapeutische Schulen vertreten (VT, ST und TP), zahlreiche PiA für Kinder und Jugendliche in unserer Liste haben und direkte Erfahrungen aus dem Klinikbereich und aus der Wissenschaft mitbringen, bieten wir geballte Expertise für die Psychotherapeutenkammer Berlin.

Dr. Kristina Eichel

Geschäftsstelle

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

Zukunft der Psychotherapeutenkammer Bremen

Als die Kammerversammlung am Abend des 18. Juni 2019 einen neuen Vorstand wählte, wurde damit die vorangegangene Planung konkret. Nach einer Vorbereitungsphase, die von Arbeitskreisen und teilweisen Hospitationen begleitet war, sollte nun ein Generationswechsel eingeläutet werden. Der Plan sah vor, dass Hans Schindler als neuer Präsident einen jungen Vorstand aktiv in die Verantwortung einführen und so einen Transformationsprozess begleiten sollte. Ziel war es, die Kammer in ihrer Eigenständigkeit zukunftsfähig zu machen.

Wir alle wissen, dass es anders kam.

Der schmerzliche Verlust von Hans Schindler ließ den damaligen Vorstand zunächst konsternieren. Auch wenn formal die Verantwortung auf die stellvertretende Präsidentin überging, formierten sich rasch die vier Vorstandskolleg*innen als Team. Alle übernahmen Verantwortung über die ursprüngliche Aufgabenverteilungspläne hinaus. Die Geschäftsstelle der Kammer leistete zu diesem Zeitpunkt enorme Unterstützung. Zusätzlich brachten sich einzelne Kammermitglieder in verschiedenen Bereichen hilfreich ein. Ebenso entlastete der Einsatz der Kolleg*innen in den Ausschüssen die vier Vorstandsmitglieder.

Bereits am 05. November 2019 konnte dann mit Amelie Thobaben die erste Kammerpräsidentin in Bremen gewählt werden. Der bisherige Vorstand hatte sich abgestimmt und war bereit, die begonnene Arbeit fortzusetzen und den Übergangsprozess zu gestalten. Die Kammerversammlung entschied sich zudem dazu, den Vorstand um zwei weitere Beisitzer*innen zu erweitern.

Und dann kam Corona und wieder kam alles anders als geplant

Mit Beginn der Pandemie kamen wir erneut in einen damals nicht absehbaren Krisenmodus, der es mit sich brachte, dass die reguläre Arbeit an den wichtigen strukturellen und inhaltlichen Aufgaben sowohl in Bezug auf die Kammer selbst, auf das Land Bremen und auf die Bundespolitik immer erst stattfinden konnte, nachdem alle pandemie-spezifischen Fragen des Augenblicks geklärt schienen.

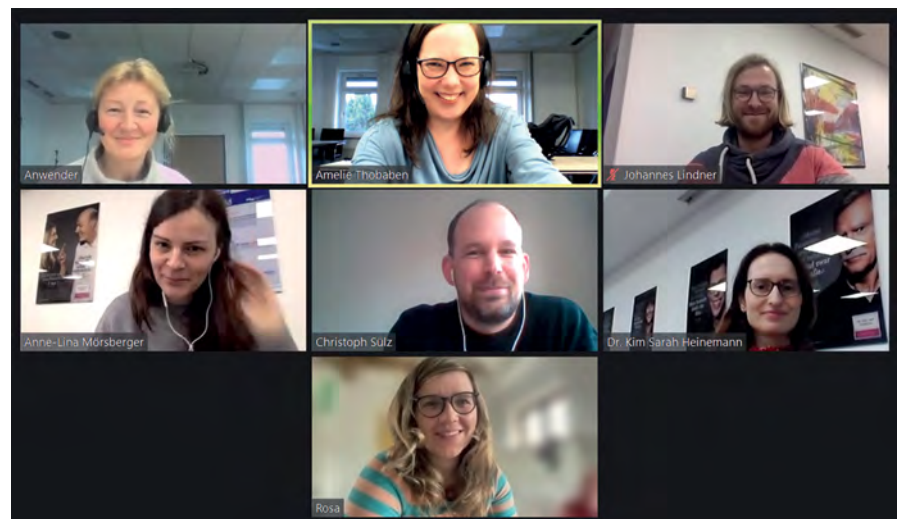
So waren die Rahmenbedingungen der ersten Monate unserer Tätigkeit. Warum diese Einordnung? Wir blicken heute als Kammervorstand auf Dreiviertel unserer Amtszeit und ziehen eine Zwischenbilanz unserer bisherigen Arbeit. Die letzten drei Jahre haben Spuren hinterlassen. Gleichzeitig fragen wir uns und Sie und Euch, auch mit Blick auf die Kammerwahl 2023, wie es weitergehen kann und wird.

Aufgabenfelder und Verantwortlichkeiten klar benennen können

Die Gesellschaft, der Staat, überträgt den Kammern Aufgaben in Selbstverwaltung, die ohne Kammern (als Körperschaften öffentlichen Rechts) dem Staat vorbehalten wären. Mit dieser Konstruktion verbinden sich Pflichten, aber es werden auch große Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen beruflichen Interessen ermöglicht.

Unsere bremische Kammer wurde 2000 gegründet. Damit war die Psychotherapeutenkammer Bremen bundesweit die erste Kammer der neuen Heilberufe Psychologische Psychotherapeut*in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in. Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 war dieser Prozess möglich geworden.

Selbstverwaltung bedeutet, dass die Kammerversammlung die ehrenamtli-



Klausurtagung des Vorstands, teils in Präsenz, teils online, im Dezember 2021.

chen Vertreter*innen im Kammervorstand und in den Ausschüssen der Psychotherapeutenkammer Bremen sowie die Delegierten im deutschen Psychotherapeutentag wählt. Eine Versammlung der Psychotherapeutenkammer als Vollversammlung aller Kammermitglieder ist deutschlandweit einmalig. Die Kammerversammlung stimmt über die Regelwerke der Bremer Kammer ab: die Satzung und verschiedene Ordnungen. Im Bremischen Heilberufsgesetz wird als zentrale Aufgabe der Kammer die Vertretung der Belange ihrer Mitglieder im Einklang mit den Interessen der Allgemeinheit benannt. Neben der Aufsicht über die Berufspflichten der Kammerangehörigen beinhaltet dies die Förderung der beruflichen Fortbildung und die Gestaltung der Weiterbildung, die Qualitätssicherung der Berufsausübung ihrer Mitglieder, die Vermittlung bei Streitigkeiten zwischen Patient*innen und Behandler*innen, die Vermittlung bei Streitigkeiten von Kammermitgliedern untereinander, Abgabe von Stellungnahmen zu Gesetzes- und Verordnungsentwürfen, Erstattung von Gutachten zu Angelegenheiten des psychotherapeutischen Berufes und Fachgebietes.

Die bisherige Aufteilung der Arbeitsfelder beinhaltete für den Vorstand viele primär verwaltungstechnische Aufgaben. Durch die Stärkung und den Ausbau der hauptamtlichen Strukturen konnten diese Aufgaben vermehrt an die Geschäftsstelle abgegeben werden.

Die dadurch gewonnene Schärfung des ehrenamtlichen Profils soll weiter vorangetrieben werden. So werden die jeweiligen Verantwortlichkeiten und auch die Beteiligungsmöglichkeiten für Kammermitglieder klarer.

Trennung von hauptamtlichen und ehrenamtlichen Aufgaben

Mit dem Ausbau der hauptamtlichen Strukturen in der Geschäftsstelle der Kammer konnten wichtige Weichen für eine Professionalisierung gestellt werden. Zukünftig werden die Kammern mehr Verwaltungsaufgaben übernehmen und sollen gleichzeitig weitere

Anforderungen an z. B. Digitalisierung erfüllen. In den letzten drei Jahren wurde deutlich, dass diese Aufgaben eine verwaltungstechnische bzw. juristische Expertise benötigen, die von einem ehrenamtlichen Vorstand nicht geleistet werden kann. Daher entwarf der Vorstand ein mehrstufiges Konzept, um die Geschäftsstelle zu erweitern. Mit Frau Keil konnte eine weitere hauptamtliche Mitarbeiterin gewonnen werden und Frau Flügger erklärte sich bereit, auch nach ihrem Rentenbeginn die Geschäftsstelle weiterhin bei Bedarf zu unterstützen. Nach Beratungen mit unserem Justiziar Herrn Rasehorn und in Absprache mit dem Finanzausschuss wurde dann die Einstellung einer Geschäftsführerin erwogen. Nachdem die Kammerversammlung 2021 diesem Plan zustimmte, erfolgte die Ausschreibung. Der Vorstand führte die Auswahlgespräche mit verschiedenen Bewerber*innen. Ende 2021 konnte dann Frau Lindenthal-Schmidt als erste Geschäftsführerin der Psychotherapeutenkammer Bremen ihre Arbeit aufnehmen. Schon jetzt erlebt der Vorstand dadurch Entlastung im Tagesgeschäft. So kann sich nun jedes Vorstandsmitglied den ursprünglich angedachten Aufgaben zuwenden.

Politisch wirksam werden

Es gelang, unseren Berufsstand politisch sichtbar zu halten. Einerseits durch engagierte Öffentlichkeitsarbeit, aber auch durch konkrete Mitgestaltung. Wir brachten uns aktiv in die Beratungen des Bremischen Krankenhausgesetzes ein. Durch direkte politische Gespräche mit Vertreter*innen verschiedener demokratischer Parteien wurden unsere Anliegen platziert. Diese persönlichen Kontakte führen dazu, dass unser Berufsstand von den Akteur*innen der (Gesundheits-)Politik gehört und ernstgenommen wird. In ähnlicher Weise engagieren wir uns in verschiedenen Gremien, in denen psycho-soziale und gesundheitspolitische Themen von Prävention und Versorgung beraten werden. Dort treten Vorstandsmitglieder oder -beauftragte als zuverlässige Partner*innen auf, die sich nicht scheuen, auch bei kontroversen

Themen unsere Fachlichkeit einzubringen.

Attraktivität des Ehrenamtes stärken

Das berufspolitische Ehrenamt ist und bleibt wichtig. Wir sollten die Bedingungen, in denen unser Berufsstand arbeitet, weiterhin selbst gestalten. Dazu – und das ist unsere persönliche Erfahrung – ist es hilfreich, die Bedingungen für ein ehrenamtliches Engagement so zu gestalten, dass hier die Hürden möglichst niedrig bleiben.

Konkret heißt das: Die nächste Kammerversammlung soll dafür genutzt werden, über eine Veränderung der Entschädigungsordnung zu diskutieren. Ist es möglicherweise an der Zeit, dass jedes Kammermitglied, das sich in der Kammerarbeit einbringt, Anspruch auf eine Aufwandsentschädigung erhalten sollte? Bislang sieht unsere Entschädigungsordnung das nur für bestimmte Personen vor. Die Höhe der Entschädigung soll so ausgestaltet sein, dass Verluste, die durch Ausfälle in der Haupterwerbstätigkeit entstehen, minimiert werden. Schon jetzt haben wir die Möglichkeit, Betreuungsaufwand zu entschädigen.

Eine Erfahrung aus der Pandemie: Viele Gremientreffen können durch Online-Formate so terminiert werden, dass weniger Ausfälle durch Reisezeit entstehen und die Tätigkeit im Haupterwerb weniger stark eingeschränkt wird.

Durch die Einbindung vieler Kammermitglieder, z. B. durch Beauftragungen für Spezialthemen, verteilt sich die Belastung der Einzelnen besser. In einigen Fällen ist das schon lange geübte Praxis. Dies weiter auszubauen wäre sicherlich sinnvoll.

Angestellte, Psychotherapeut*innen in Institutionen und Kinder- und Jugendlichenspsychotherapeut*innen

Mehrfach fiel uns auf, dass in Bremen die Interessen der Kolleg*innen, die angestellt oder in Institutionen tätig sind,

nicht sichtbar werden. Uns begegnet beispielsweise immer wieder, dass in Kliniken selten die korrekten Berufsbezeichnungen genutzt werden. Trotz Approbation als Psychotherapeut*in wird oft ausschließlich von Psycholog*innen gesprochen. Wir fragen uns, ob dadurch auch eine korrekte Eingruppierung für das Gehalt vermieden wird. Einen Austausch mit den Beteiligten zu solchen und anderen Fragen würden wir uns wünschen. Aus anderen Landeskammern und aus der Bundespsychotherapeutenkammer kennen wir engagierte Ausschüsse für Psychotherapeut*innen in Institutionen, in denen die Interessen und Perspektiven dieser Kolleg*innen im Fokus stehen.

Vor dem Hintergrund der zu etablierenden neuen Weiterbildung bekommen die Kolleg*innen in den Institutionen (Universitäten, Weiterbildungsinstitute, Kliniken, Beratungsstellen usw.) neue Rollen. Der Austausch und die Vernetzung untereinander erhalten eine ganz neue Bedeutung.

Ähnlich wie für die Angestellten, fehlt es in Bremen bisher an einer berufspolitischen Struktur für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*innen (KJP). Der Vorstand hat mehr-

fach festgestellt, dass in Bremen KJP weniger intensiv an der berufspolitischen Arbeit beteiligt sind als es an anderen Orten der Fall ist.

Aus diesem Grund lud der Vorstand im vergangenen Jahr Doreen Seefeld als Vorsitzende des Arbeitskreises Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AK KJP) zu einer Vorstandssitzung ein. Es fand zunächst ein Austausch darüber statt, welche Aufgaben der AK KJP derzeit bereits übernimmt und welche Perspektive der Arbeitskreis für sich sieht. Es wurde dargestellt, dass der Schwerpunkt des Arbeitskreises derzeit auf der Vernetzung von KJP in den verschiedenen Versorgungsbereichen in Bremen liegt und nicht auf den berufspolitischen Aspekten.

Der Vorstand hält daher die Einrichtung eines KJP-Ausschusses für wichtig, um die Kolleg*innen stärker in die Kammerarbeit zu integrieren und dadurch mehr Partizipation auf Landes- und Bundesebene zu ermöglichen. Aufgaben wären z. B. den Vorstand in KJP-Themen zu beraten, KJP-Veranstaltungen zu initiieren, Vernetzung der KJP zu unterstützen und KJP in die Öffentlichkeitsarbeit zu bringen. Wir möchten, dass die KJP und ihre Arbeit in Bremen und in der

Selbstverwaltung sichtbar werden und sich KJP für die Kammerarbeit interessieren. Für den Vorstand wird Frau Mörsberger den Prozess federführend begleiten.

Einladung zur breiten Beteiligung

In einem Jahr wird die Kammerversammlung die Aufgabe haben, einen Vorstand zu wählen. Uns als amtierender Vorstand ist es ein Anliegen, in den kommenden Monaten die Voraussetzungen für mehr Beteiligung zu stärken.

Daher werden wir in einer Reihe von Informationsveranstaltungen über Kammerarbeit aufklären und immer wieder versuchen, die Möglichkeiten – auch von begrenztem Engagement – aufzuzeigen.

Einerseits Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der berufsständischen Selbstverwaltung aufzuzeigen, andererseits mehr Beteiligungsmöglichkeiten zu schaffen, damit könnte unsere Agenda überschrieben werden. Wir hoffen, Sie und Euch für ein Engagement in der Kammer gewinnen zu können, und laden jetzt schon herzlich zu den geplanten Veranstaltungen ein.

Redaktion

An den Texten dieser Ausgabe wirkten mit: Dr. Christoph Sülz, Amelie Thobaben. Die Gestaltung übernahm Dr. Kim Sarah Heinemann.

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 – 14.30 Uhr

gematik trifft Nordkammern: Informationsveranstaltung zur Einführung der ePA

Am 3. November 2021 veranstaltete die Psychotherapeutenkammer Hamburg im Verbund mit den anderen Nordkammern Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein gemeinsam mit der gematik eine zweistündige Online-Informationsveranstaltung mit über 500 Teilnehmer*innen zur elektronischen Patientenakte (ePA). Als Repräsentant*innen der beteiligten Psychotherapeutenkammern begrüßten Dr. Kim Sarah Heinemann (Bremen), Dagmar Schulz (Schleswig-Holstein), Roman Rudyk (Niedersachsen) und Kerstin Sude (Hamburg), die ebenfalls die Moderation der Veranstaltung übernommen hatte, die Teilnehmenden. Zu Beginn führte Kerstin Sude in das Thema ein und benannte auch kritische Aspekte. So informierte sie die Teilnehmer*innen, dass die ePA zunächst freiwillig sei, und auch auf mobilen Endgeräten wie z. B. Smartphone und Tablet laufe. Für die Kammern sei es dabei fraglich, ob diese Konstruktion und die Geräte bereits ausreichend sicher für sensible Gesundheitsdaten seien. Die Versicherten seien gefordert, selbst zu entscheiden, ob und welche Dokumente in der ePA gespeichert werden. Gerade für sensible Daten könne das für Patient*innen eine Überforderung darstellen. Auch die Rolle der Psychotherapeutenkammern bei der Digitalisierung wurde thematisiert. Die Psychotherapeutenkammern hatten bislang mit der Telematikinfrastruktur

kaum etwas zu tun. Eine stärkere Beteiligung begann mit der Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) an die Kammermitglieder. Der eHBA ist notwendig, um grundsätzlich Zugang zur ePA zu erhalten. Obwohl sich aufgrund technischer Schwierigkeiten die Ausgabe des eHBA zeitlich sehr verzögerte, wurde dennoch vom Gesetzgeber eine sanktionsbewehrte Frist bis zum 30. Juni 2021 gesetzt. Bei nicht bis zum 30. Juni 2021 bestelltem eHBA droht ein Honorarabzug direkt durch die KV. Doch, so führte Kerstin Sude aus, seien Sanktionen kein sinnvolles Mittel, um die Behandler*innen von Sinn oder Nutzen des eHBA oder der ePA zu überzeugen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Landeskammern hatten bereits im Vorwege Infos und Broschüren zur Verfügung gestellt. Kerstin Sude verwies insbesondere auf die BPtK „Praxis-Info“ zur ePA und zum eHBA. Kerstin Sude schloss damit, dass in Bezug auf die ePA Bedenken von Seiten der Psychotherapeutenkammern um die Sicherheit der sensiblen Daten aus psychotherapeutischen Behandlungen bestehen. Kammermitglieder äußerten die Sorge, dass das Recht auf informationelle Selbstbestimmung auf Dauer verloren gehen könnte.

Philipp Mähl, ePA-Produktmanager der gematik schloss sich mit einem Folgebeitrag an. Zunächst stellte er die Funktionen und den potentiellen Gewinn der

ePA aus Sicht der gematik vor. Er führte in die Funktionsweise und das Konzept ein und gab Ausblicke auf die Zukunft. Die ePA solle laut Mähl keine Akte „über“, sondern „für“ die Patient*innen sein. Es würde mit der ePA eine Steigerung der digitalen Gesundheitskompetenz geben. Auch seien die Daten auf der ePA verschlüsselt und seines Erachtens sicher. Er zeigte mit Hilfe eines Demonstrators, wie die ePA aktuell aussieht und funktioniert. Im dritten Beitrag referierte Götz Keilbar, Jurist und ePA-Experte, zu den juristischen und haftungsrelevanten Aspekten sowie weiteren rechtlichen Fragen. Er zeigte die Legaldefinition der ePA auf, äußerte sich zu Pflichten der Behandler*innen, z. B. dass diese die ePA auf Verlangen befüllen müssen.

Im Anschluss an die Vorträge konnten sich Teilnehmer*innen mit ihren Fragen, die vorab im Chat gesammelt und sortiert wurden, beteiligen. Diese wurden dann an die Experten verteilt, welche jeweils Stellung bezogen. Mit dieser gemeinsamen Online-Veranstaltung betreten die Nordkammern Neuland. So gab es zum Teil technische Hürden zu überwinden, doch gelang letztendlich eine interessante Veranstaltung, bei der viel über die ePA, ihre Funktionalitäten, Chancen und Risiken dazu gelernt werden konnte.

KS

Bericht über die 85. Delegiertenversammlung am 10. November 2021

Am 10. November 2021 tagte die 85. Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hamburg unter Einhaltung der Corona-Regeln zum vorläufig letzten Mal in präsen-ter Form,

denn der Vorstand hatte aufgrund der aktuellen Entwicklung der Covid-19-Pandemie beschlossen, alle weiteren Veranstaltungen bis zum Jahresende online stattfinden zu lassen. Zentrale

Themen dieser Delegiertenversammlung waren die Vorstellung und Abstimmung über den Haushaltsplan 2022, die Diskussion zu einer Überarbeitung der Gebührenordnung, die nicht nur

aufgrund der zukünftigen Weiterbildung einer Reform bedarf, der Stand der Entwicklung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) und die Überlegungen zur Umsetzung einer Hamburger Weiterbildungsordnung (WBO). Nach Begrüßung und Eröffnung durch Präsidentin Heike Peper stellte diese zunächst Victoria Tunas vor, die seit Oktober 2021 als juristische Mitarbeiterin in der Kammergeschäftsstelle (Stabstelle Recht) tätig ist. Anschließend folgten zahlreiche Berichte zu den Aktivitäten der Kammer.

Heike Peper berichtete vom Kammeritag, der von den teilnehmenden Gremienmitgliedern als sehr positiv und anregend erlebt worden war. Am Vormittag hatte der Vortrag von Prof. Cord Benecke über „Externe und interne Qualitätssicherung – Was macht denn da eigentlich Sinn?“, eine lebhaft Diskussion zur aktuellen Entwicklung einer Qualitätssicherung im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unter den Teilnehmenden befördert. Am Nachmittag war die psychotherapeutische Arbeit in Pandemiezeiten das zweite große Thema. Über die Ergebnisse des Austausches auf dem Kammertag informierte Tita Heyn die Delegierten.

Außerdem berichteten Vorstandsmitglieder über die Informationsveranstaltungen zur neuen Fortbildungsordnung, zur neuen Berufsordnung und über die Veranstaltung zur elektronischen Patientenakte in Kooperation mit der gematik, die zusammen mit den anderen Nordkammern stattgefunden hatte. Heike Peper wies auf die Planungen für die Jubiläumsveranstaltung zum zwanzigjährigen Bestehen der PTK Hamburg und den 8. Hamburger Psychotherapeutentag hin.

An die Vorstandsberichte schlossen sich die Berichte aus Ausschüssen und Kommissionen an. Im Rahmen des Berichtes von der BuKo-PiA stellte sich Paul Kaiser als Nachfolger von Alexander Berndt als Koordinator des AK PiA vor. Alexander Berndt wurde von den Delegierten für seinen Einsatz für die PiA in Hamburg herzlich gedankt und Paul Kaiser in seiner neuen Funktion begrüßt.

Geschäftsführerin Karen Walter berichtete über die laufenden Projekte in der Geschäftsstelle, die mit dem Ziel, diese zukunftsfähiger zu machen, initiiert worden waren. Zentrale Orientierung sei es, alle Angebote durch Digitalisierungsmaßnahmen servicefreundlicher zu gestalten. Als große Projekte erläuterte sie den Relaunch der Website, den neuen internen Mitgliederbereich und das neue Fortbildungsportal, das sowohl die Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen als auch die Dokumentation der Fortbildungspunkte der Mitglieder erleichtern und entbürokratisieren soll.

Anschließend stellte sie die Planung für neue Räumlichkeiten der Geschäftsstelle vor, da diese u. a. aufgrund der zukünftigen Aufgaben im Rahmen der Weiterbildung personell weiter wachsen müsse. Dadurch würde die jetzige Größe der Geschäftsstellenräume in absehbarer Zeit nicht mehr ausreichen. Die Delegierten unterstützten nach einer kritischen Diskussion die Fortführung der aktuellen Verhandlungen um neue Räumlichkeiten.

Im Anschluss erläuterte Karen Walter die Beschlussvorlage zum Haushaltsplan 2022. Sowohl der Vorstand wie auch der Haushaltsausschuss hatten dem Beschlussvorschlag trotz der Er-

wartung einer notwendigen Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage in 2022 zugestimmt. Die Beschlussvorlage wurde nach ausführlicher Erläuterung einstimmig von der Delegiertenversammlung angenommen.

Unter dem Tagesordnungspunkt „Musterweiterbildungsordnung“ stellte Heike Peper die weiteren Schritte zur Verabschiedung der MWBO auf dem 39. DPT und zu den geplanten Umsetzungsschritten in Hamburg dar. So informierte sie über die Einstellung der Referentin für Weiterbildung zum 1. Januar 2022, die bisherigen und weiteren Gespräche mit Klinikleitungen, die Diskussionen mit der Aufsichtsbehörde u. a. zur Revision des Heilberufekammergesetzes, der notwendigen Verhältnismäßigkeitsprüfung und über den Kontakt mit der Abteilung Weiterbildung der Ärztekammer.

Für die vom Kammervorstand angeregte Projektgruppe zur fachlichen Begleitung des Implementierungsprozesses der WBO in Hamburg schlug der Vorstand eine Gruppe aus Expert*innen namentlich vor, die aus allen anerkannten Psychotherapieverfahren, den drei Weiterbildungsgebieten, den drei Versorgungsbereichen, den Ausbildungsinstituten, der Universität und dem Vorstand bestehen soll. Zwei weitere Ergänzungsvorschläge erfolgten aus den Reihen der Delegierten, so dass die Projektgruppe noch durch eine Vertreterin der Universität und der PiA-Vertretung ergänzt wurde.

Abschließend bedankte sich die Präsidentin für die angeregte Diskussion und beendet die 85. DV.

TM

Allgemeine Kammerversammlung am 22. November 2021

Präsidentin Heike Peper konnte die Mitglieder, die sich zur einmal jährlich stattfindenden allgemeinen Kammerversammlung eingefunden hatten, aufgrund der Entwicklung der Corona-Pandemie leider nur am Bildschirm begrüßen.

Nach der Einführung in den Rahmen der Online-Veranstaltung berichtete der Kammervorstand über ausgewählte Aktivitäten der Kammer in 2021, und die Vorstandsmitglieder stellten ihre jeweiligen Arbeitsschwerpunkte vor.

Auch in 2021 waren Kammervorstand und Geschäftsstelle intensiv mit der **Corona-Pandemie** befasst. Es hat nicht nur großen Informations- und Beratungsbedarf der Kammermitglieder gegeben, auch diverse Anfragen von

Medien mussten beantwortet werden. An Politik und Krankenkassen wurden aufgrund der erhöhten Nachfrage nach Psychotherapie konkrete Vorschläge für eine kurzfristige Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung herangetragen.

Ein weiteres wichtiges Thema stellte Vorstandsmitglied Kerstin Sude ausführlich vor. Die **Digitalisierung** im Gesundheitswesen hat auch auf Psychotherapeut*innen erhebliche Auswirkungen. Telematik-Infrastruktur, Psychotherapie per Video, elektronische Patientenakte, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), elektronischer Psychotherapeutenausweis, Datenschutz und Datensicherheit waren einige relevante Stichworte, die Kerstin Sude in ihrem Vortrag erläuterte.

Heike Peper berichtete, dass das neue **Qualitätssicherungsverfahren (QS) für ambulante Psychotherapie**, das

zurzeit vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entwickelt wird, von Kammern und Verbänden scharf kritisiert wird. Die bislang vorgesehenen Qualitätsindikatoren seien aus fachlicher Sicht nicht geeignet, die Qualität psychotherapeutischer Arbeit angemessen zu erfassen. Vielmehr drohe neben einer erheblichen Zunahme des bürokratischen Aufwandes eine Beeinträchtigung der therapeutischen Beziehung. Deshalb haben Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und Landeskammern neben einer fortlaufenden fundierten Kritik am geplanten QS-Verfahren einen professionsinternen Beratungs- und Diskussionsprozess zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie initiiert.

Abschließend schilderte Heike Peper den Stand der Ausbildungsreform. Mit der Verabschiedung der **Musterwei-**

terbildungsordnung (MWBO) auf dem 39. Deutschen Psychotherapeutentag wurde eine wichtige Grundlage für die zukünftige Weiterbildung zum/zur Fachpsychotherapeut*in gelegt. Im Hinblick auf die nun anstehende Umsetzung der Weiterbildung in Hamburg stellte sie die nächsten Schritte vor. Geplant sei, die Weiterbildungsordnung der PTK Hamburg bis zum Herbst 2022 in der Delegiertenversammlung zu verabschieden.

Trotz der Beschränkungen durch das Online-Format verlief die allgemeine Kammerversammlung in angenehmer Stimmung und wurde von den teilnehmenden Mitgliedern zu einem anregenden Austausch genutzt. In der Hoffnung, sich beim nächsten Mal wieder in Präsenz treffen zu können, schloss Heike Peper die Versammlung.

HP



Informationsveranstaltungen zur neuen Berufsordnung am 23. November 2021 und am 1. Dezember 2021



Foto: Pixabay

Seit ihrer Veröffentlichung im Psychotherapeutenjournal vom 16. September 2021 gilt in Hamburg eine neue Berufsordnung (BO), die sich eng an die Musterberufsordnung (MBO) der BPtK anlehnt. Die Revision der Berufsordnung war überfällig, nachdem sich einige Gesetze, die auch in die Berufspflichten eingreifen, geändert hatten. Dazu war bereits im PTJ 03/2021 ausführlich berichtet worden.

Zur Vorstellung der neuen Berufsordnung wurden am 23. November 2021 und am 1. Dezember 2021 Informationsveranstaltungen im Onlineformat mit bis zu 100 Teilnehmenden angeboten und von vielen Kammermitgliedern in Anspruch genommen. Gerne hätten die beiden Referenten, der Justitiar Dr. Rainer Stelling und Vizepräsident Torsten Michels, die Veranstaltungen in Präsenz abgehalten, weil sich in den bisherigen Präsenzveranstaltungen zum Berufsrecht immer sehr anregende Diskussionen mit den Teilnehmenden entwickelt hatten.

Nach Begrüßung und einer Einführung von Torsten Michels in die Entwicklung der Revision der Berufsordnung, stellte Dr. Rainer Stelling die wesentlichen Änderungen der neuen Berufsordnung dar. Inhaltlich habe sich gar nicht so viel verändert, aber die Systematik der neuen Berufsordnung sei im Wesentlichen an die Struktur der MBO angeglichen worden. Deshalb wolle er nur die Neuerun-

gen benennen und anschließend noch einmal auf die Paragraphen eingehen, zu denen am häufigsten Beschwerden bei der Kammer einträfen und die Beschwerdekommision beschäftigten.

Dr. Stelling stellte folgende Änderungen vor: Die neue BO ist gendergerecht und sprachlich vereinfacht worden. An allen Stellen, an denen es möglich ist, wird von „Kammermitgliedern“ gesprochen, womit die bisherigen und zukünftigen Berufsbezeichnungen umfasst sind. Außerdem ist ein Inhaltsverzeichnis vorangestellt worden, was Suche und Orientierung vereinfachen. Auch die Einsicht in die Behandlungsdokumentation wurde neu gefasst und formuliert die Rechte und Pflichten der Kammermitglieder klarer. Schließlich wurde die Pflicht zu einem Praxisschild, die in der MBO bereits lange normiert ist, in die Hamburger BO aufgenommen.

Anschließend führte Dr. Rainer Stelling in die von ihm so genannten „Ever-

greens des Berufsrechts“ ein. In anregender und humoriger Weise referierte er über die Tücken, die sich aus einer mangelhaften Dokumentation (§ 9 BO neu, § 12 BO alt), einer nur unzureichend umgesetzten Aufklärungspflicht (§ 7 BO neu, § 3 BO alt), nicht eingehaltener Schweigepflicht (§ 8 BO neu, § 14 BO alt), aus der Unwissenheit über die Besonderheiten der Behandlung Minderjähriger (§ 12 BO neu, § 4, § 8 BO alt), der manchmal nur rudimentär vorhandenen Vorstellung von Abstinenz (§ 6 BO neu, § 7 BO alt), des unzureichenden Wissens zu entgleisenden Therapiebeziehungen und zur Therapiebeendigung (§ 5 BO neu/alt) und zu Fragen von Honorierung und Abrechnung (§ 14 BO neu, § 16 BO alt) ergeben können. Er wies darauf hin, dass es nicht

notwendig sei, die BO „auswendig zu lernen“, aber er empfahl doch allen Kammermitgliedern, diese wenigstens einmal zu lesen, da in Beschwerdeverfahren die Äußerung, dass Kammermitglieder gar nicht wüssten, dass es eine für sie geltende Berufsordnung gebe, gar nicht so selten sei.

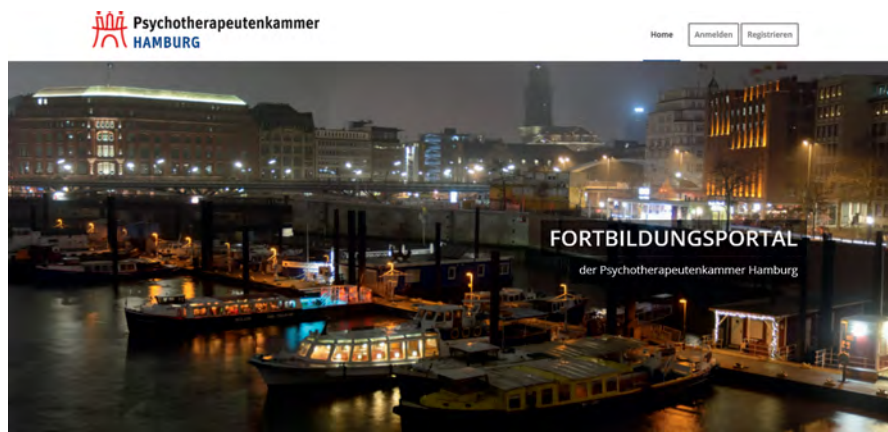
Besonders ausführlich ging er auf die Dokumentation ein, die er als „Lebensversicherung“ der Psychotherapeut*innen benannte. Nach dem Patientenrechtgesetz von 2013 hat sich die Beweispflicht umgekehrt, so dass Psychotherapeut*innen nachweisen müssen, was sie gemacht haben. Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht getan. Die Dokumentation diene zwar vorrangig dem

Patient*innenschutz, schütze aber auch die Behandelnden.

Anschließend entwickelten sich eine lebendige Diskussion und Fragerunde, die den Bedarf an Auseinandersetzung mit berufsrechtlichen Fragen sehr deutlich machten. Am Ende der Veranstaltungen dankten die Teilnehmenden für die informative und anregende Diskussion berufsrechtlicher Fragen anhand vieler Fallbeispiele. Die Referenten sagten zu, dass die Präsentation auf der Website der PTK veröffentlicht werde. Damit endeten zwei spannende Diskussionsabende und Torsten Michels dankte den Teilnehmenden und besonders Dr. Rainer Stelling für seine kenntnisreichen Vorträge.

TM

Relaunch Fortbildungsportal und Interner Mitgliederbereich



Virtuelles Fortbildungsportal der PTK Hamburg

Am 15. Januar 2022 ging das neue Fortbildungsportal an den Start, das die Digitalisierung in der Geschäftsstelle voranbringen und die Arbeitsabläufe für alle Beteiligten verbessern soll. Alle der PTK Hamburg bereits vorliegenden Fortbildungsanbieter*innen bekamen eine Mail mit Hinweisen zum Login sowie Links zu Audio-Screen-Videos, die das erstmalige Bedienen des Portals erleichtern sollen.

Der Start auf Seiten der Fortbildungsanbieter*innen verlief gut, und es wurden

bereits einige Veranstaltungen auf dem neuen Portal zur Akkreditierung erfasst.

Am 20. Januar 2022 folgte der Start des neuen internen Mitgliederbereichs. Alle Mitglieder der PTK Hamburg wurden mit einer Begrüßungsmail inkl. Audio-Screen-Video über die Neuerungen informiert. Unter anderen wird die Anerkennung von Fortbildungspunkten transparenter für die Mitglieder dargestellt. Der Interne Mitgliederbereich soll in den nächsten Monaten weiter ausgebaut werden, um so u. a. auch

gesetzlichen Vorgaben (OZG) gerecht zu werden.

Es gab nur wenige Nachfragen und stattdessen viel Lob seitens der Mitglieder zu den Neuerungen. Bis zum 31. Januar 2022 hatten sich bereits 50 % der Mitglieder registriert.

KW

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Kerstin Sude, Karen Walter, Kathrin Zander

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel.: 040/226 226 060
Fax: 040/226 226 089
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

Corona und immer weiter Corona – als scheinbar einziges Thema, das uns alle beschäftigt und ermüdet. „Ich kann’s nicht mehr hören“ äußerte sich unlängst eine Kollegin und ich konnte sie nur zu gut verstehen. An der Pandemie kommt weiterhin niemand vorbei und doch möchte ich den Blick auf einen etwas anderen Aspekt lenken, nämlich „Long Covid“. Unter Fachexpert*innen als „Post Covid-Syndrom“ bezeichnet, geht es um Menschen, die nach einer Covid-19-Infektion dauerhaft mit den Symptomen kämpfen. Die ersten Zahlen zeigen relativ hohen Inzidenzraten von zehn bis 20 Prozent innerhalb der ersten drei bis sechs Monaten nach überstandener Infektion und danach ein bis zwei Prozent der Patient*innen. Betroffen sind vor allem jüngere Menschen nach einem milden Verlauf, Frauen doppelt so häufig wie Männer. Die Symptomatik äußert sich sowohl in körperlichen als auch psychischen Symptomen. Hier sind insbesondere Atemlosigkeit, Erschöpfung, starke Müdigkeit, Chronic Fatigue, Belastungsintoleranz, kognitive Störungen, Konzentrationsprobleme und Antriebslosigkeit bis hin zu Depression zu nennen. Die somatischen Untersuchungen bringen häufig keinen Befund und es gibt bisher keine pharmakologische Behandlung.

Noch berichten fast ausschließlich ärztliche Kolleg*innen aus den Long Covid-Ambulanzen oder psychosomatischen Rehakliniken über die-

se Patient*innen, aber wir können wohl davon ausgehen, dass diese Patient*innen über kurz oder lang auch in unseren psychotherapeutischen Praxen ankommen werden oder bereits angekommen sind.

Wie sollten diese Patient*innen am besten psychotherapeutisch behandelt werden? Grundsätzlich ist eine psychotherapeutische Behandlung dann angezeigt, wenn eine klinisch relevante Diagnose vorliegt oder die subjektive Belastung so groß ist, dass Lebensqualität und Alltagsbelastung deutlich eingeschränkt sind. Bislang gibt es aber kaum Erfahrungen oder Psychotherapie-Studien zu dieser Erkrankung und auch keine psychotherapeutische Leitlinie, sondern nur eine medizinische AWMF-S1-Post-COVID-Leitlinie. Daher müssen die Überlegungen dahingehen, welche Interventionen sich bisher bei anderen körperlichen Erkrankungen bewährt haben. Ich denke hier vor allem an den Bereich der Psychoonkologie, aber auch die Behandlung des Chronic-Fatigue-Syndroms, Asthma oder Psychokardiologie sowie zusätzlich an Interventionen aus der Depressionsbehandlung. Ein zentraler Ansatz in der Behandlung, der bereits zur Anwendung kam, besteht aus dem sogenannten „Pacing“, das Patient*innen dabei helfen soll, ihre körperlichen Grenzen zu akzeptieren und sich nicht darüber hinaus zu belasten.

Ich halte die psychotherapeutische Unterstützung bei der Bewältigung der psychischen Begleitsymptome oder Komorbiditäten von Long Covid schon allein aufgrund der großen Zahl von betroffenen Patient*innen für eine echte Herausforderung der nächsten Zukunft. Wir sollten uns im kollegialen Austausch, Fortbildungen, Literaturstudium, etc. mit dem Krankheitsbild vertraut machen und überlegen, wie eine gute psychotherapeutische Behandlung bei diesen Patient*innen gestaltet werden kann.

Ich wünsche uns allen anregende Diskussionen und Freude bei diesem Austausch und viel Kraft für die Herausforderungen, die vor uns liegen. Vor allem aber, bleiben Sie gesund.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

Informationsveranstaltung zur elektronischen Patientenakte

Seit dem 1. Juli 2021 muss die elektronische Patientenakte (ePA) auch durch Psychotherapeut*innen angeboten werden können. Das bedeutet, alle niedergelassenen Kolleg*innen müs-

sen die Patient*innen beraten können, ob eine Nutzung sinnvoll ist und auf Wunsch der Patient*innen die ePA befüllen. Das Ziel der Krankenkassen und des Gesetzgebers ist es, mit der ePA

eine Vernetzung zwischen den Leistungserbringenden zu schaffen und auf diese Weise Doppeluntersuchungen zu vermeiden, Behandlungen zu verbessern und Heilungschancen zu erhöhen.



ePA (Foto: MQ-Illustrations/Adobe Stock)

Die Einführung der ePA hat jedoch von Beginn an vielfältige Diskussionen verursacht – auch in unserem Berufsstand. Im Vordergrund standen dabei die Datensicherheit und die Datenhoheit der Patient*innen. Denn gerade die sensiblen Daten, über die Psychotherapeut*innen verfügen, werden von den niedergelassenen Kolleg*innen zu Recht als besonders schützenswert angesehen. Große Sorgen haben sich breitgemacht, ob psychotherapeutische Berichte in einer ePA gut aufgehoben sind. Fest steht dennoch: Patient*innen haben ein Recht auf die Nutzung einer ePA und dementsprechend müssen auch wir als Psychotherapeut*innen uns damit beschäftigen. Zur Unterstützung unserer Mitglieder haben wir deshalb zu Beginn des Jahres eine Informationsveranstaltung angeboten und haben drei Expert*innen eingeladen.

Philipp Mähl, als strategischer Produktmanager der Gematik GmbH unter anderem zuständig für die fachliche

technische Funktionsweise der Anwendung. Dabei sieht die Gematik GmbH neue Möglichkeiten im gesamten Versorgungsprozess, dessen Mittelpunkt der/die Patient*in selbst bildet. Eine kritische Antwort darauf lieferte Martin Tschirsisch, Berater für Informationssicherheit, der in seinem Vortrag die bestehenden Sicherheitslücken der ePA aufdeckte. Er wies zum Beispiel darauf hin, dass die Authentifizierungsverfahren der Krankenkassen nicht immer si-



Else Döring (Screenshot)

Weiterentwicklung der ePA, erläuterte in seinem Vortrag Konzept und Weiterentwicklung sowie beispielhaft die

cher sind. Einen praktisch orientierten Einblick brachte Dr. Alessa Jansen, Psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Referentin bei der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Mit praktischen Beispielen zeigte sie auf, welche Daten in der ePA gespeichert werden können und wer darüber entscheidet. Die Datenhoheit liege ausschließlich bei den Patient*innen. Deshalb erfordere eine Überführung von Dokumenten zwischen Behandlungsdokumentation und ePA die Abstimmung mit Patient*in und eine gezielte sowie individuelle Auswahl. Therapieprotokolle sowie ein Bericht an Gutachter*innen seien beispielsweise aufgrund der sensiblen Informationen nicht geeignet für die Speicherung in der ePA. Für psychopathologische Befunde und Diagnosen sei die ePA hingegen sinnvoll, da diese Daten einen Nutzen für mitbehandelnde Ärzt*innen oder Therapeut*innen bringen können.

Fazit der PTK Hessen: Wir befürworten den Ansatz der elektronischen Patientenakte grundsätzlich, wenn sie Erleichterungen im Behandlungsprozess für Patient*innen oder eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer*innen bietet. Wir sehen aber auch ganz klar, dass der aktuelle Stand der Anwendung im Hinblick auf Nutzungsfreundlichkeit und vor allem auf die Datensicherheit unseren Ansprüchen nicht genügt. In beiden Bereichen gibt es noch deutlichen Optimierungsbedarf. Als Kammer machen wir uns für Sie als Mitglieder und auch für unsere Patient*innen stark und halten Sie zum Thema ePA auf dem Laufenden. Bei weitergehendem Interesse finden Sie die Präsentationen unserer Expert*innen im Mitgliederbereich unserer Webseite unter Veranstaltungsdokumenten.

Neue Gesichter in der Geschäftsstelle in Wiesbaden

Stanislava Arsenieva verstärkt seit Januar 2021 die Geschäftsstelle der PTK Hessen als Teamleiterin im Bereich Fort- und Weiterbildung. Als Volljuristin bringt sie sieben Jahre Berufserfahrung aus dem Bereich ambulante Versor-

gung mit, welche sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem Verband der Ersatzkassen in Hessen sammeln konnte. In der Kammer ist sie mit ihrem Team, bestehend aus Inka Gruhne (Sachbearbeiterin Fortbildung)

und Stephanie Koch (Sachbearbeiterin Weiterbildung), für das Antragswesen und alle weiteren Anliegen im Bereich Fortbildung und Weiterbildung zuständig. Bei Fragen zur Umsetzung der MWBO in eine hessische WBO für



Stanislava Arsenieva

Psychotherapeut*innen ist sie Ihre Ansprechpartnerin.

Laura Speinger verstärkt das Team der Geschäftsstelle seit Mitte September 2021 als Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Sie hat Publizistik und Germanistik an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz und an der University of Mississippi, USA, studiert. Anschließend absolvierte sie ein zweijähriges Volontariat in der Unternehmenskommunikation der Fraport AG



Laura Speinger

und war vier Jahre in der Kommunikationsagentur Genius GmbH in Darmstadt tätig. In der Kammer ist sie zuständig für alle Themen rund um interne und externe Kommunikation sowie die kammer eigenen Veranstaltungsformate.

Stephanie Koch unterstützt seit Januar 2022 als Sachbearbeiterin den Bereich Fort- und Weiterbildung der Psychotherapeutenkammer Hessen. Als kaufmännische Angestellte und Betriebswirtin der Zahnmedizin ist sie bereits in ver-



Stephanie Koch

schiedenen Bereichen tätig gewesen. In den vergangenen 15 Jahren hat sie unter anderem als Praxismanagerin und Qualitätsmanagementbeauftragte in medizinischen und zahnmedizinischen Einrichtungen in Niedersachsen und Hessen gearbeitet. Schwerpunktmäßig ist sie im Team Fort- und Weiterbildung für den Bereich Weiterbildung zuständig. Sie betreut das Antragswesen für alle Weiterbildungsgänge nach der Weiterbildungsordnung für PP und KJP.

Engagement für angestellte Psychotherapeut*innen in Hessen

Angestellte Psychotherapeut*innen arbeiten in ganz verschiedenen Arbeitszusammenhängen und erbringen Leistungen nicht nur für Patient*innen sondern auch für psycho-soziale Teams, für Einrichtungen, für Wirtschaftsunternehmen und im Rahmen der Politikberatung. Das berufspolitische Engagement der Psychotherapeutenkammer Hessen für die angestellten Kolleg*innen ruht auf sieben Säulen:

- (1) Angestellte Psychotherapeut*innen erbringen in Einrichtungen Heilkunde gemäß Facharztstandard. Demzufolge fordert die Kammer im Hinblick auf ihre Leistungen: Wertschätzung, Respekt, Anerkennung von Leitungskompetenz und eine herausgehobene Vergütung.
- (2) Angestellte Psychotherapeut*innen erbringen hoch kompetente Leistungen, nicht nur psychotherapeutisch, sondern haben zusätzlich viele organisationsbezogene Aufgaben, die über die Heilkunde weit hinausgehen: Beratung der Teams, Leitungsaufgaben, Aufgaben im Quali-

tätsmanagement, Beratung bei Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung von Mitarbeiter*innen, wissenschaftliche Tätigkeit.

- (3) Angestellte Psychotherapeut*innen arbeiten sehr oft in interdisziplinären Teams. Sie werden von der Psychotherapeutenkammer dabei unterstützt, die Expertise der eigenen Berufsgruppe zu kommunizieren, gegenüber Kolleg*innen aus anderen Berufen und gegenüber der Einrichtungsleitung. Der Fokus liegt dabei auf einer guten psychotherapeutischen Versorgung der Patient*innen im Rahmen eines interdisziplinär aufgestellten Behandlungssettings.



Teamwork (Foto: Jacob Lund/Adobe Stock)

- (4) Da die Arbeitsmöglichkeiten in der Niederlassung künftig begrenzt sein werden, ist es heute schon wichtig, neue Aufgaben und Arbeitsfelder für angestellte Psychotherapeut*innen zu entwickeln. Daran arbeitet die Kammer aktiv und kontinuierlich.
- (5) Psychotherapeut*innen in Anstellung werden künftig als Weiterbildungsbefugte eine sehr wichtige Rolle in der Qualifizierung der Psychotherapeut*innen übernehmen. Kolleg*innen in dieser neuen Funktion werden von der Psychotherapeutenkammer offensiv unterstützt.
- (6) Die psychotherapeutische Arbeit in der Anstellung bringt es mit sich, dass sich verschiedene gesundheitspolitische Interessen in diesem Arbeitsfeld überschneiden. Die Psychotherapeutenkammer legt deshalb großen Wert auf Vernetzung z. B. mit: Ver.di Hessen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft, der Landeskonferenz Erziehungsberatung, Vitos, der hessischen Gesundheitspolitik, der Deutschen Renten-

versicherung Hessen und dem kommunalen Arbeitgeberverband.

(7) Der Angestelltenausschuss der Kammer (Ausschuss Psychotherapie in Institutionen) versteht sich als Interessenvertretung der angestellten Kolleg*innen innerhalb der Kammergremien und arbeitet verfahrensübergreifend und verbandsübergreifend an den gemeinsamen Zielen.



Karl-Wilhelm Höffler
Mitglied des Vorstands

Als angestellter Verhaltenstherapeut ist Karl-Wilhelm Höffler im Vorstand zuständig für den Bereich „Psychotherapie in Institutionen“. Seit 2011 setzt

er sich in der Kammer für die Belange der angestellten Mitglieder in Hessen ein. Sie erreichen Karl-Wilhelm Höffler regelmäßig in der telefonischen Vorstandssprechstunde oder per E-Mail unter khoeffler@ptk-hessen.de. Die Termine der Sprechstunde finden Sie auf der Vorstandsseite der PTK-Webseite unter www.ptk-hessen.de. Darüber hinaus bietet er monatlich das digitale Meeting „Kammer 90 Minuten“ zum Austausch und zur Vernetzung der angestellten Kammermitglieder an. Anmeldungen bitte per E-Mail an Karl-Wilhelm Höffler. Mehr Informationen zur Veranstaltungsreihe finden Sie außerdem unter www.ptk-veranstaltung.de.

Änderung Aufwandsentschädigungsordnung

Die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hessen hat am 27. November 2021 die Änderungen der Aufwandsentschädigungsordnung (zuletzt geändert am 27. März 2021) in Ziffer 2, 3, 4, 6, 7 und 9 beschlossen:

„In Ziffer 2 werden die Pauschalen für die/den Präsident/in von 4.280 EUR auf 4.460 EUR, für die/den Vizepräsident/in von 3.930 EUR auf 4.100 EUR und die Beisitzer von 1.350 EUR auf 1.410 EUR erhöht.

In Ziffer 3 werden die Sitzungsgelder in Absatz 1 von 363 EUR auf 380 EUR und von 484 EUR auf 510 EUR erhöht. In Absatz 2

werden die Sitzungsgelder von 242 EUR auf 255 EUR und in Absatz 4 die Pauschale für die/den Ausschussvorsitzende/n und die/den Gremiensprecher/in von 48 EUR auf 50 EUR sowie der Abzugsbetrag für Fehlzeiten von 12 EUR auf 12,50 EUR erhöht. In Ziffer 3 Absatz 6 wird die Aufwandsentschädigung für Moderation von 363 EUR auf 380 EUR erhöht.

In Ziffer 4 Absatz 1 wird die Aufwandsentschädigung für Aufträge von 12 EUR auf 12,50 EUR erhöht.

In Ziffer 6 wird die Entschädigung für Fahrtzeiten von 9,20 EUR auf 9,60 EUR erhöht.

In Ziffer 7 Absatz 1 wird die Entschädigung für Betreuung von 17 EUR auf 18 EUR und der Maximalbetrag pro Tag von 170 EUR auf 180 EUR erhöht.

In Ziffer 7 Absatz 3 wird der Satz ‚Dem Antrag sind entsprechende Nachweise beizufügen (Geburtsurkunde, Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit)‘ ersatzlos gestrichen.

In Ziffer 9 Absatz 4 wird der Tageshöchstsatz von 690 EUR auf 720 EUR erhöht.“

Die Änderungen treten zum 01. Januar 2022 in Kraft.

Gedenken

Wir gedenken unserer verstorbenen Kolleginnen:

Ulrike Atlas-Kotzamanidis, Frankfurt
Sabine Eucker, Gießen
Elke Fellenberg-Sendner, Gelnhausen

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

Neue Vorstandsbeauftragte für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Annika Kleischmann arbeitet als Psychologische Psychotherapeutin im Zentrum für Psychische Gesundheit und Psychotherapie (ZPP) an der Universität Witten/Herdecke und ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychotherapie. Zudem gehört sie dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) an. Für die PKN ist sie die Vorstandsbeauftragte für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.

Frau Kleischmann, wie steht es um die psychotherapeutische Versorgung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung?

Nicht gut. Hier gibt es eine extreme Unterversorgung. Grundsätzlich haben Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung den gleichen Anspruch auf Psychotherapie wie alle anderen Menschen. Aber da gibt es häufig Barrieren in den Köpfen der Behandler. Denn diese Patientengruppe kommt sehr selten im Studium oder in der Ausbildung zur Psychotherapeutin vor, sie ist institutionell kaum verankert. Auch der kollegiale Austausch bezüglich dieser Patienten fehlt an vielen Stellen. Das führt zu einer großen Verunsicherung, was wiederum eine Unterversorgung nach sich zieht.

Wo sehen (einige) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Hürden, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu behandeln?

Die Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen unterscheidet sich von dem Setting, das im Studium vermittelt wird. Normalerweise stellt die Psychotherapeutin offene Fragen und nimmt sich selbst als Person zurück. Bei der Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen besteht die Herausforderung darin, dass genau das Gegenteil gefragt ist: Das Gespräch muss strukturiert werden, es



Annika Kleischmann

Foto: privat

sind geschlossene Fragen gefordert, die Verantwortung liegt viel mehr bei der Therapeutin. Hinzu kommt noch, dass eine Arbeit im System unerlässlich ist. Es ist immer auch eine Zusammenarbeit mit der Bezugsperson notwendig – ambulante oder gesetzliche Betreuer, Familienangehörige, Werkstatt. Wenn die nicht mit im Boot sind, funktioniert die Therapie nicht. Die Behandler brauchen viel Hintergrundwissen bezüglich der emotionalen Entwicklung und der Lebenswelt der Patienten.

Außerdem kommen in der Regel Betreuer auf die Psychotherapeuten zu,

wenn sie das Gefühl haben, ein Klient braucht psychotherapeutische Unterstützung. Für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ist es selten möglich, sich diese Hilfe selbst zu holen. Deshalb ist es anfangs wichtig zu klären, ob die Klientin selbst einen Therapiewunsch hat oder „nur“ die Bezugsperson.

Wie kam es dazu, dass Sie sich für diesen Bereich engagieren?

Ich habe bereits mit 16 Jahren angefangen, in dem Bereich zu arbeiten und eine Ausbildung zur Heilerziehungspflegerin gemacht. Mir liegt es, mit diesen Menschen umzugehen – sie sind ehrlich und fair. Ich war schon immer von dem Wunsch einer inklusiven Gesellschaft getrieben, wir können so viel voneinander lernen. Mit meiner Arbeit hoffe ich dazu beizutragen, dass wir uns (ein Stück weit) vom Schubladendenken verabschieden.

Was möchten Sie bewegen?

Ich möchte, dass die Aufklärung besser wird. Dass Behandler ihren Blick auch für diese Gruppe Menschen öffnen und sich auf sie einlassen – deshalb biete ich Supervision und Fortbildungen zur psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen an. Mir ist es ein Anliegen, dass auch diese Patienten bei Bedarf die Behandlung bekommen, die ihnen zusteht.

Prof. Dr. Beate Muschalla vertritt Hochschulen in der Kammerversammlung

Prof. Dr. Beate Muschalla leitet die Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik am Institut für Psychologie der TU Braunschweig. Sie wird zukünftig die Hochschulen in der Kammerversammlung vertreten.

Ihr Weg führte sie nicht direkt zur Psychotherapie. Anfangs studierte Beate Muschalla Ethnologie, Literatur und Ägyptologie. Erst die Frage, womit sie später ihr Geld verdienen sollte, führte sie über das Nebenfach Psychologie zur Psychotherapie. Noch immer profitiert sie von ihrer beruflichen Herkunft: Die Herangehensweise der Ethnologen an Forschungsprojekte, die sich auf Beobachtung und Feldforschung stützt, prägt auch heute noch die Arbeitsweise von Beate Muschalla. In Bezug auf die psychische Erkundung kommt so nicht nur eine Checkliste zum Einsatz, vielmehr fließen durch den Beobachtungsbefund wesentlich mehr Informationen in das Ergebnis ein.

Frau Muschalla, wo liegt die größte Herausforderung bei den neuen Psychotherapie-Studiengängen?

Eine große Anforderung sehe ich in der Umsetzung der verschiedenen Praktika. Hier gilt es, für den stationären Teil der Praktika Kooperationsverträge mit Kliniken zu schließen. Praktika gab es schon immer, aber nun ist der organisatorische und Dokumentationsaufwand größer. Das Geld für die Umsetzung des Studiums an den Unis ist aber da. Hier haben wir Lehrtherapeuten, die dann Patienten behandeln bei denen Studierende als Co-Therapeuten dabei sein können.

Auch die neue Approbationsprüfung ist eine große Herausforderung und bedeutet einen immensen Aufwand. Für diese Parcoursprüfung gibt es festgelegte Prüfungsaufgaben mit Rollenspielen. Dabei stellen Schauspielpatienten eine therapeutische Situation dar, auf die die Prüflinge adäquat reagieren müssen. Bewertet wird, wie die Prüflinge die therapeutische Reaktion umsetzen. Die Abläufe sind hoch standardisiert mit einem hohen wissenschaftlichen Anspruch. Diese Standardisierung ist schwierig in die Praxis umzusetzen. Pro Prüfung werden 26 Prüfer benötigt. Das bedeu-



Prof. Dr. Beate Muschalla Foto: privat

tet nicht nur einen immensen organisatorischen Aufwand, sondern wird auch viel Geld kosten. Da stellt sich die Frage: Wie kann das umgesetzt werden? Ist die Parcoursprüfung eine gute Idee? Aktuell gibt es dazu Gespräche mit dem Bundesgesundheitsministerium.

Und wo liegen die größten Chancen?

Die Praxisorientierung des Masterstudiums ist auf jeden Fall eine große Chance. Es kann die Gesamtheit der Versorgungslandschaft abgebildet werden, vor allem, wenn auch Reha und Sozialmedizin behandelt werden, also Psychotherapie und Diagnostik vor dem Fakt betrachtet werden, dass psychische Erkrankungen in der Regel chronisch sind. Ich glaube, dass die neuen Studiengänge die Berufsgruppe stärken werden. Psychologische Psychotherapeuten haben von jeher Fähigkeitsbeschreibung im Repertoire, das beginnt schon im Studium bspw. mit der Intelligenzdiagnostik. Dazu kommen Befundbeschreibungen mittels Psychopathologie, sowie verfahrensspezifisch Struktur- und Konfliktdiagnostik bei den Tiefenpsychologen, Verhaltensanalysen bei den Verhaltenstherapeuten.

Den Universitäten wird oft vorgeworfen, dass sie sich überwiegend mit Verhaltenstherapie beschäftigen. Wie gehen Sie in Braunschweig mit Verfahrensvielfalt um?

Ich bin ein großer Fan von Verfahrensvielfalt, denn die Patienten sind ja auch sehr unterschiedlich, und jedes Verfahren hat andere theoretische Grundannahmen und Begriffe. Nicht für jeden eignet sich immer jedes Verfahren. Und dann haben z. B. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten meist auch die Familie als System im Blick, was einen systemisch orientierten Therapieansatz ermöglicht; Verhaltenstherapeuten sind bestens für phobische Angstbehandlungen ausgerüstet, die Tiefenpsychologie für Arbeit an der Persönlichkeit. An der TU Braunschweig haben wir die Verfahrensvielfalt z. B. bei der Ausschreibung für eine neue Juniorprofessur berücksichtigt.

Was erhoffen Sie sich von der neuen Weiterbildung Sozialmedizin?

Es ist eine günstige Gelegenheit, dass das Thema Sozialmedizin aufs Tableau kommt. Dass die Sozialmedizin als Bereichsweiterbildung aufgenommen wurde, gibt ihr einen anderen Stellenwert. Jetzt ist eine gute Zeit, auch Nägel mit Köpfen machen: Dass diese Weiterbildung nicht nur auf dem Papier existiert, sondern auch Weiterbildungsangebote geschaffen werden. In den Reha-Kliniken gibt es beispielsweise viele Ressourcen, um in Sozialmedizin Praxiserfahrung zu sammeln.

Was hat Sie bewegt, die Hochschulen in der Kammer zu vertreten?

Da Prof. Dr. Christoph Kröger (Uni Hildesheim) das Amt der Hochschulvertretung in der Kammerversammlung beendet hat und ich selbst bereits drei Jahre in Niedersachsen tätig bin, ist es für mich ein günstiger Zeitpunkt, mich berufspolitisch einzubringen. Ich freue mich, wenn ich mithelfen kann, etwas zu gestalten.

Kammerversammlung am 22. Januar 2022

Am 22. Januar 2022 fand eine außerordentliche Kammerversammlung der PKN statt – aufgrund der pandemischen Lage war ein persönliches Zusammenkommen vor Ort leider nicht möglich. Und so wurde es wieder eine Onlineveranstaltung, wie so häufig in den letzten zwei Jahren. Doch das tat der regen Diskussion und dem guten Austausch der Delegierten keinen Abbruch.

Neben 37 von 39 Delegierten waren Prof. Beate Muschalla als Vertreterin der Hochschulen Niedersachsens, Jendrik Vietze vom Gesundheitsministerium, Rechtsanwältin Katharina Vogtmeier von der Kanzlei Rüping, als Vertreterin der PiA Naina Lid sowie Özlem Kayali von der Kommission Nachwuchsförderung vor den Bildschirmen dabei. Quasi im Hintergrund sorgten aus der Geschäftsstelle Imke Sawitzky, Claudia Peter, Mara Kumm, Franziska Bauermeister und Daniel Nowik für einen reibungslosen Ablauf der Kammerversammlung.

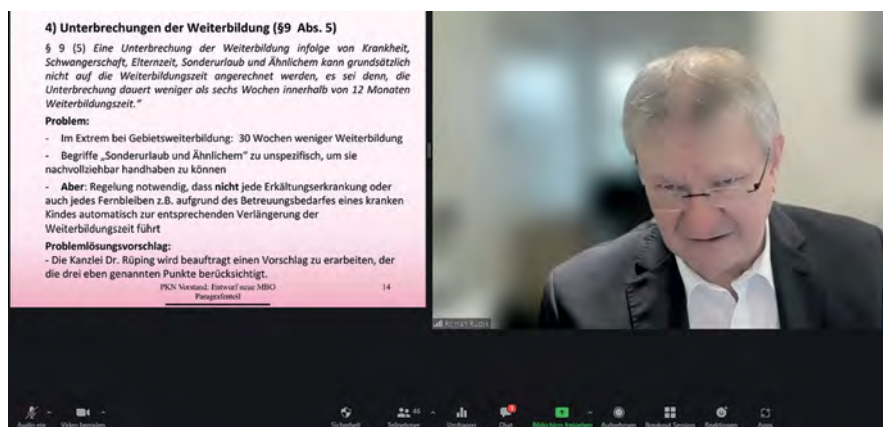
Bericht des Vorstands

Roman Rudyk spricht für den Vorstand. Der Kammerpräsident bedankt sich nochmals für die Zustimmung zur Erweiterung des Vorstands auf sechs Personen auf der Kammerversammlung im November 2021 und betont, wie positiv sich das auf die Arbeit auswirke.

Ausführlich berichtet der Präsident von der Arbeit an der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Überführung der auf dem 39. DPT verabschie-

Sozialmedizin

Als Teilgebiet der Medizin befasst sich die Sozialmedizin vor allem mit den Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Mensch und Gesellschaft. Bisher war die Sozialmedizin den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. 2020 wurde durch das MDK-Reformgesetz „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen“ die sozialmedizinische Begutachtung für weitere Heilberufe geöffnet.



Wegen der hohen Inzidenzzahlen fand die Kammerversammlung online statt. Kammerpräsident Roman Rudyk erläutert die neue WBO am Bildschirm. Foto: Screenshot

deten Musterweiterbildung in eine niedersächsische Fassung. Unterstützt und beraten wird die PKN dabei insbesondere von Rechtsanwältin Katharina Vogtmeier. Sie erläutert im Laufe der Kammerversammlung immer wieder ausführlich und verständlich, warum bestimmte Formulierungen oder Ausführungen verwendet wurden.

Weitere Themen im Bericht des Vorstands sind die Gespräche zur Finanzierung der Weiterbildung sowie die Entwicklungen in der Komplexversorgung und der institutionellen Weiterbildung. Zum Abschluss seines Berichts widmet sich der Vorstand noch der Corona-Krise und spricht sich deutlich für Impfungen aus: Die PKN erachtet die gesetzlichen Vorgaben als sinnvoll und unterstützt diese ausdrücklich.

Bericht aus dem Ministerium

Jendrik Vietze, als Gast aus dem niedersächsischen Gesundheitsministerium zugeschaltet, informiert über den Stand der Ausbildungsreform. Er hebt die Wichtigkeit der neuen Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hervor. Der nächste große Schritt seien die neuen Approbationsprüfungen. 2023 werden die ersten Studierenden an den Universitäten in Hildesheim und Osnabrück ihre Prüfungen nach der neuen Ordnung ablegen, 2024 folgen Braunschweig und Göttingen. Dann wird erstmals ein

kompletter Jahrgang in die nach dem neuen PsychThG vorgeschriebenen Parcours-Prüfungen gehen. Die Zusammenarbeit zwischen Ministerium, Kammer, NiZZa und Hochschulen bezeichnet Jendrik Vietze als sehr kooperativ und zielorientiert.

Sozialmedizin in WBO für PP und KJP aufgenommen

Dr. Kristina Schütz beantragt für den Ausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung (AS AFW) die Ergänzung der Weiterbildungsordnung für PP und KJP um die Sozialmedizin. Bei der anschließenden Diskussion wird deutlich, wie relevant die Sozialmedizin für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist. So eröffnet sie die Möglichkeiten, neue Gebiete zu erschließen und Doppelspitzen mit Ärzten in der Versorgung von Patienten zu bilden.

Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – 1. Lesung

Bei der anschließenden 1. Lesung und lebhaften Diskussion zur neuen Weiterbildungsordnung (WBO) für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der PKN herrscht Einigkeit, dass man möglichst nah an der Musterweiterbildungsordnung bleiben möchte, um einen Wechsel zwischen Bundesländern bzw. Kammern zu ermöglichen. Folgende Punkte werden konkretisiert:



Vizepräsidentin Cordula Horstmann leitet die Kammerversammlung von der Geschäftsstelle aus. Foto: Screenshot

Weiterbildungsinstitute Die Weiterbildungsinstitute sollen in der WBO verankert werden. Jendrik Vietze weist darauf hin, dass das HKG lediglich Weiterbildungsstätten kenne; jedoch könnten Weiterbildungsstätten sich Leistungen von Instituten einholen. Auch muss noch geklärt werden, ob und unter welchen Voraussetzungen Weiterbildungsinstitute durch die Kammer zugelassen werden und ob es Vorschriften über den Inhalt der Kooperationsverträge geben soll.

Bereichsweiterbildung Zeiten beruflicher Tätigkeit bei der Bereichsweiterbildung sollen anrechnungsfähig sein. Allerdings muss die Formulierung „in eigener Praxis“ noch rechtlich geprüft und diskutiert werden.

Teilzeit Zukünftig soll es auch möglich sein, in allen Versorgungsbereichen die Weiterbildung in Teilzeit mit einem Viertel der üblichen Wochenstunden ableisten zu können. Den sich eventuell daraus ergebenden unterschiedlichen Länderregelungen sollte durch eine klare Information im Vorfeld begegnet werden.

Unterbrechung der Weiterbildung Fehlzeiten während der Weiterbildung – beispielsweise bei Krankheit, Elternzeit oder Sonderurlaub – sollen grundsätzlich nachgeholt werden, allerdings ohne dass kurze Fehlzeiten zu einer Verlängerung der Weiterbildung führen. Was unter kurzen Fehlzeiten konkret zu verstehen ist, muss noch erörtert werden.

Ombudsrat Lebhaftige Diskussion gibt es, als es um das Aufgabenspektrum

eines zukünftigen Ombudsrats geht: Grundsätzlich soll er bei Konfliktfällen, die während der Weiterbildung auftreten, möglichst niedrigschwellig beraten und vermitteln. Doch wie kann er vom Amtsermittlungsgrundsatz der PKN abgekoppelt werden? Denn wenn die Kammer von Sachverhalten erfährt, die einen Berufsrechtsverstoß darstellen und/oder Entzug von Ermächtigungen begründen, muss sie ermitteln. Die Fragen können nicht endgültig geklärt werden, die Diskussion soll auf der nächsten Kammerversammlung fortgeführt werden.

Sonstiges

Am Ende der Kammerversammlung erklärt Klaus Ditterich (Gruppe „VT in Kooperation“) seinen Rücktritt aus persönlichen Gründen. Eine Nachbesetzung soll zeitnah erfolgen.

Die nächste Kammerversammlung findet am 30. April 2022 statt.

Institutionelle Weiterbildung in der Jugendhilfe

Am 28. Januar 2022 kam Jörg Hermann, Vizepräsident der PKN, mit Andrea Buskotte, Vorsitzende des Landesjugendhilfeausschusses, sowie Silke Niepel, Leiterin des Landesjugendamts und Brigitte Wagner, Teamleitung im Landesjugendamt, zusammen, um vorzustellen und zu diskutieren, wie die institutionelle Weiterbildung in der Jugendhilfe aussehen könnte. Die Initiative der PKN wurde sehr positiv aufgenommen, weitere Gespräche sind geplant.

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
info@pknds.de
www.pknds.de

Bekanntmachungen

Feststellung des Haushaltsplans der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für das Haushaltsjahr 2022

Die Kammerversammlung der PKN hat am 06.11.2021 den Haushaltplan für das Jahr 2022 in Höhe von 2,17 Millionen Euro genehmigt. Der Haushaltsplan wird im Mai 2022 auf www.pknds.de veröffentlicht.

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der PKN hat am 22.01.2022 folgende Satzungsänderungen beschlossen:

- Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Diese Satzung tritt am Tag nach der Veröffentlichung auf www.pknds.de in Kraft. Die Satzung wird nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 10.02.2022

Roman Rudyk
Präsident

5. Sitzung der 5. Kammerversammlung

Die 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer NRW tagte am 6. November 2021 erneut online. Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW, eröffnete die Sitzung und hieß zwei neue Mitglieder in der Kammerversammlung willkommen: Mira Welter folgt auf Ulrich Meier (PsychotherapeutInnen NRW), Bernadette Willigens auf Astrid Voß-Leibl (Bündnis KJP). Den ausgeschiedenen Mitgliedern dankte er für ihr Engagement.

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer NRW, gab einen Überblick über Hilfsangebote für von der Flutkatastrophe in Nordrhein-Westfalen im Sommer 2021 betroffene Bürgerinnen, Bürger und psychotherapeutische Praxen und skizzierte die unterstützenden Aktivitäten der Kammer. Wichtig sei, dass im Zuge des „Wiederaufbaus“ psychische Belastungen weiterhin im Blick blieben.

Vorstandsmitglied Bernhard Moors ging auf die Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie ein. Kritik übte er an den Plänen des Gesetzgebers, einrichtungsbezogene Vergleiche einzuführen und die Auswertungsergebnisse zu veröffentlichen. Problematisch sei auch, Maßnahmen allein auf Patientenbefragungen zu stützen und einzelne Praxen identifizierbar zu machen. Die Profession werde sich weiterhin mit der Qualitätssicherung intensiv befassen und eigene Konzepte vorlegen.

Andreas Pichler informierte über die Einnahmen und Ausgaben der Kammer im Jahr 2020 und zu der Entwicklung und den Verwendungszwecken der Rücklagen. Auf Empfehlung des Finanzausschusses nahm die Kammerversammlung den Jahresabschluss 2020 mit großer Mehrheit an und entlastete den



Gerd Höhner

Vorstand für das Geschäftsjahr 2020. Für das Haushaltsjahr 2022 skizzierte der Vizepräsident die zu erwartenden Erlöse aus Verwaltungseinnahmen, die Entnahmen aus den Rücklagen sowie voraussichtliche personelle und sächliche Ausgaben. Auch hier folgte die Kammerversammlung dem Votum des Finanzausschusses und nahm den Haushaltsplan 2022 mit großer Mehrheit an.

Klimaschutz im Fokus

Die Kammerversammlung beschloss in ihrer Sitzung mit Gültigkeit ab 1. Januar 2022 Änderungen der Entschädigungs- und Reisekostenordnung der Kammer bezüglich der Erstattung von Flugkosten, der Kilometerpauschale bei Dienstreisen mit dem eigenen PKW und der Mitfahrerpauschale. Weitere Änderungen betreffen die Entschädigungen von Kammerversammlungsmitgliedern für ihr ehrenamtliches Engagement sowie die finanzielle Förderung von Gremiensitzungen als Videokonferenzen.

Mit deutlicher Mehrheit stimmten die Kammerversammlungsmitglieder für das vom Vorstand erarbeitete Positionspapier „Klima- und Umweltschutz als Aufgabe der Psychotherapeutenkammer NRW. Situationsanalyse, Handlungsfelder, Ziele und Maßnahmenkatalog“. „Als Vorstand wünschen wir uns eine kontinuierliche Weiterführung im Alltag und beim anstehenden Umbau der Geschäftsstelle“, erklärte Andreas

Pichler, der die Inhalte des Positionspapiers vorstellte.

Berufspolitische Aktivitäten

Dr. Jürgen Tripp, Vorsitzender des Ausschusses Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Ausbildungsreform, berichtete über den Sachstand der Reform und die Diskussionspunkte bei der Umsetzung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) in der Psychotherapeutenkammer NRW. Vorstandsmitglied Hermann Schürmann stellte die Ergebnisse des Round-Table-Gesprächs „Psychotherapie im institutionellen Bereich (Jugendhilfe, Beratungsstellen)“ im August 2021 vor und beschrieb die Vorschläge zur weiteren Bearbeitung dieses Themas. In einem nächsten Tagesordnungspunkt widmete sich die Kammerversammlung der psychotherapeutischen Notfallversorgung. Dominique Kok, stellvertretende Sprecherin der Kommission Großschaden/Notfallpsychotherapie, erläuterte das von der Kommission erarbeitete „Konzept zur Notfallpsychotherapie in Großschadenslagen mit fünf und mehr Betroffenen“. Gerd Höhner bekräftigte in der Diskussion: „Unsere Profession kann in diesem Bereich einen wertvollen Beitrag leisten und wir werden uns mit diesem Thema weiterhin befassen. Die Flutkatastrophe hat gezeigt, wie aktuell das Thema ist.“

Mitgliedschaft von PiA

Die Kammerversammlung diskutierte die Frage der Mitgliedschaft von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) in der Kammer. Die drei mit Gaststatus der Online-Sitzung zugeschalteten Sprecherinnen der PiA-Vertretung NRW bekundeten, sowohl für eine freiwillige als auch für eine Pflichtmitgliedschaft offen zu sein.

In der Abstimmung votierte die Kammerversammlung dafür, dass die Fraktionen zu der Frage „PiA-Mitgliedschaft“ weiter beraten mögen. Der Ausschuss Satzung, Berufsordnung und Berufsethik wurde gebeten, Regelungsvorschläge in der Satzung und der Geschäftsordnung der Kammer hinsichtlich der möglichen Einbeziehung von Mitgliedern der PiA-Vertretung NRW zu entwickeln und der Kammerversammlung zur Beratung vorzulegen.

Wahlen und Resolutionen

Infolge von Rücktritten von Mitgliedern der Kammerversammlung standen Ergänzungswahlen an. Jeweils mit großer Mehrheit wurden gewählt: Bettina Tietz-Roder (PsychotherapeutInnen NRW) als Mitglied im Ausschuss Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Ausbildungsreform; Edgar Eckerskorn (Kooperative Liste) als Mitglied und Mira Welter (PsychotherapeutInnen NRW) als stellvertretendes Mitglied im Ausschuss Fort- und Weiterbildung in Bereichen; Dr. Margit Lübking als Mitglied und Sinje Guldner (beide Kooperative Liste) als stellvertretendes Mitglied im Ausschuss Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilita-



Mitglieder der Kammerversammlung verabschieden sich online

tion; Bernadette Willigens (Bündnis KJP) als Mitglied im Ausschuss Digitalisierung; Ralph Schliwenz (PsychotherapeutInnen NRW) als Mitglied im Ausschuss Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Neue stellvertretende Delegierte zum Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) wurden Mira Welter und Bernadette Willigens.

Ebenfalls mit großer Mehrheit verabschiedete die Kammerversammlung die Resolutionen „Psychische Folgen der

Hochwasserkatastrophe in Nordrhein-Westfalen ernst nehmen – die Menschen nicht vergessen!“, „Ermächtigungen zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie nutzen!“ und „Die unzureichende Finanzierung der Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gefährdet die psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ (nachzulesen im Pressebereich auf www.ptk-nrw.de).

Online-Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Münster

Rund 50 Kammermitglieder nahmen am 1. Dezember 2021 an der Online-Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Münster teil. Kammerpräsident Gerd Höhner erläuterte zunächst Defizite der psychotherapeutischen Versorgungsplanung in Nordrhein-Westfalen. Er kritisierte zu lange Wartezeiten und fehlende Angebote insbesondere für Kinder und Jugendliche. Er betonte zudem, dass nach der Flutkatastrophe in Nordrhein-Westfalen 2021 für zusätzliche Versorgungskapazitäten gesorgt werden müsse. Eine bedeutsame Neuerung sei die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im September 2021 verabschiedete Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen

Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). Hinsichtlich des Koalitionsvertrages der neuen Bundesregierung begrüßte Gerd Höhner, dass er wichtige Ansätze für eine bessere psychotherapeutische Versorgung aufgreife. Für den stationären Bereich könne mit einer Neufassung der Richtlinie zur Personalbemessung gerechnet werden. Die Kammer fordere aber weiterhin, die außervertragliche Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) leichter zugänglich zu machen. Ebenso gelte es, Angebote zur psychosozialen Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien zu verbessern und die Jugendhilfe zu stärken.

Barbara Lubisch aus dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW erläuterte Grundzüge der Muster-Weiter-

bildungsordnung (MWBO) für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Nach wie vor dringend zu klären sei die Finanzierung der Weiterbildung, insbesondere im ambulanten Bereich. Die Kammer sei derzeit damit befasst, die Umsetzung der Weiterbildungsordnung auf Landesebene vorzubereiten. Dabei solle die MWBO möglichst eins-zu-eins übernommen werden. Zu zahlreichen Einzelfragen stünde der Vorstand in engem Austausch u. a. mit Kliniken, Hochschulen, Ausbildungsstätten und Praxen. An die Kammermitglieder appellierte Barbara Lubisch, sich in der Weiterbildung zu engagieren.

In Vertretung für ihre Vorstandskollegen Bernhard Moors und Andreas Pichler informierte Barbara Lubisch auch zu Fragestellungen im Zusammenhang mit der Digitalisierung im Gesundheitswe-

sen und zu möglichen Auswirkungen der Neuerungen auf die psychotherapeutische Praxis. Als zentrale Querschnittsthemen definierte sie Daten-

schutz und Datensicherheit. Weitere Fragen seien bezüglich der Telematik-Infrastruktur, Internetanwendungen in der Psychotherapie und Digitalen Ge-

sundheitsanwendungen (DiGA) zu klären. So müsse z. B. der Einsatz von DiGA professionell gestaltet und begleitet werden.

Landesgesundheitskonferenz und Fachtagung zur seelischen Gesundheit

Die 29. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen, in der die Psychotherapeutenkammer NRW konstituierendes Mitglied ist, verabschiedete am 11. November 2021 die Entschlie-ßung „Fachkräftegewinnung im Gesundheitswesen“. Zur psychotherapeutischen Versorgung wird darin als ein Aspekt betont, dass für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechende Weiterbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden müssen. Angesichts der steigenden Nachfrage nach Psychotherapie sei zudem der Ausbau der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und insbesondere der Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapie erforderlich. Für den stationären Bereich hält die Entschlie-ßung u. a. fest, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung in den Mindestvorgaben für die Personalausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken berücksichtigt werden müssen.

Die Psychotherapeutenkammer NRW ist auch an der Lenkungsgruppe und an zwei Arbeitsgruppen der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt. Am 23. November 2021 fand als erste Veranstaltung der Landesinitiative die Online-Fachtagung

„Seelische Gesundheit in und nach der Pandemie – Herausforderungen und Ansätze für die Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention“ statt. Rund 375 Interessierte verfolgten die Plenumsvorträge zu Aspekten früh ansetzender Präventionsprogramme, der gesundheitsförderlichen Gestaltung digitaler Arbeit und den Aktivitäten der Landesinitiative. Am Nachmittag tauschten sie sich an digitalen Thematischen und in Workshops vertiefend aus. Die Psychotherapeutenkammer NRW hatte zwei der 21 Workshops organisiert und einen der 26 Thematische betreut.

Eine offene Antwort auf einen offenen Brief

Am 9. Januar 2022 erreichte die Psychotherapeutenkammer NRW ein „Offener Brief“ mit dem Titel „*Approbierte ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen und PsychologInnen für eine Solidarisierung mit der Gesamtheit unserer Berufsausübenden, gegen Ausgrenzung, Spaltung, Bestrafung und Berufsverbote*“, der bundesweit von mehr als 450 Mitzeichnerinnen und Mitzeichnern unterstützt worden ist. Das Schreiben wurde allen Landespsychotherapeutenkammern, der Bundespsychotherapeutenkammer, Berufsverbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, der Pressestelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Bundesgesundheitsministerium, dem Deutschen Bundestag und der Deutschen Bundesregierung zur Kenntnis gegeben.

In dem Schreiben werden Annahmen, Vermutungen und Andeutungen geäußert, die aus Sicht des Vorstandes der Psychotherapeutenkammer NRW nicht unkommentiert bleiben dürfen.

Die Profession trägt für die öffentliche Gesundheit eine besondere Verantwortung

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW fordert alle Berufskolleginnen und -kollegen auf, die erforderlichen Schutz- und Hygienemaßnahmen zu ergreifen, das heißt auch, sich impfen zu lassen, damit sie ihren Versorgungsverpflichtungen nachkommen können. Wenn Kolleginnen und Kollegen aus persönlichen Gründen Impfmaßnahmen ablehnen, gilt es, dies zu respektieren. Gleichwohl ist klar: Diese müssen die Konsequenzen dieser Entscheidung selbst tragen. So werden sie für die Zeit der Pandemielage wahrscheinlich psychotherapeutische Behandlungen nicht mehr ausführen können. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW bedauert die daraus resultierenden Beeinträchtigungen, sieht darin aber keine „kollegiale Ausgrenzung“, sondern notwendige Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie sowie der Risikominimierung gerade im Gesundheitswesen.

Es ist unredlich, den Eindruck zu erwecken, dass für persönliche Entscheidungen der gesamte Berufsstand zu haften hat. Die Aufforderung, sich mit den Kolleginnen und Kollegen zu solidarisieren, die „aufgrund ihres Impfstatus“ aus der psychotherapeutischen Versorgung „ausgegrenzt werden sollen“, passt nicht zur Wirklichkeit.

Wissenschaftlich, fachlich unseriöse Behauptungen schaden dem Ansehen der Profession

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten üben ihren Beruf auf der Basis wissenschaftlich fundierter Verfahren und Methoden aus. Die Anwendung unwissenschaftlicher Vorgehensweisen ist aus fachlichen und berufsethischen Gründen nicht erlaubt. Wenn im Rahmen der öffentlichen Diskussion zum Thema Impfen der Eindruck erweckt wird, dass es sich hierbei um ein unwissenschaftli-

ches Verfahren handelt, dann wird auch die wissenschaftliche Fundierung unserer Profession beschädigt. Die Psychotherapeutenkammer NRW widerspricht ausdrücklich der Andeutung, dass es auch andere als wissenschaftlich begründete Fakten gibt. Es ist keine Frage persönlicher „Meinungen“, ob Impfmaßnahmen richtig oder falsch sind.

Die politische Dimension dieser Argumentation ist demokratiefeindlich und unser Gemeinwesen beschädigend

Während die Impfmaßnahmen selbst wissenschaftlich gut begründet sind,

ist die Frage einer (tätigkeitsbezogenen) Impf-Pflicht eine politische Entscheidung. Hier kann man unterschiedlicher Meinung sein. Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW kann nachvollziehen, dass die Mitglieder des Bundestags in einer klaren Mehrheitsentscheidung den im Gesundheitswesen Tätigen eine besondere Verpflichtung gegenüber vulnerablen Menschen auferlegen. In dem „Offenen Brief“ werden allerdings dramatische Reaktionen als Folgen von „Spaltung, Ausgrenzung, Bestrafung“ dargestellt. Es wird der Eindruck erzeugt, dass die „Spalter“ die anderen, die staatlichen Akteure sind, und die Kolleginnen und

Kollegen, die Impfmaßnahmen ablehnen, die Opfer dieser Maßnahmen. Es wird so eine Argumentation „wir gegen den Staat“ aufgebaut, der den einzelnen angeblich bedroht.

Die Psychotherapeutenkammer NRW hält diese Szenarien für gefährlich. Sie stellen die demokratischen Spielregeln in Frage. Die individuellen Rechte werden hier nicht außer Kraft gesetzt. Unser aller Freiheit ist durch das Infektionsschutzgesetz nicht bedroht!

Nachruf

In stiller Trauer nehmen wir Abschied von unserem geschätzten Kollegen

Peter Müller-Eikermann

der völlig unerwartet am 31. Januar 2022 im Alter von 77 Jahren verstorben ist.



Mit Peter Müller-Eikermann verliert die Psychotherapeutenkammer NRW ein über lange Jahre aktives und geachtetes Mitglied. Mehr als 17 Jahre setzte er sich auf der Landes- und Bundesebene für die Belange des Berufsstandes ein. Er hat sich dabei immer sehr für die wissenschaftliche und versorgungspolitische Eigenständigkeit der Psychotherapie eingesetzt.

Er war über vier Wahlperioden Mitglied der Kammerversammlung und einer ihrer stellvertretenden Delegierten beim Deutschen Psychotherapeutentag. Seit 2009 vertrat Peter Müller-Eikermann die Psychotherapeutenkammer NRW dort als Bundesdelegierter. Er führte seit 2014 als Vorsitzender die Fraktion PsychotherapeutInnen NRW in der Kammerversammlung. Sein Engagement als stellvertretendes Mitglied im Finanzausschuss der Kammer und als Vertreter der Kammer im Finanzausschuss der Bundespsychotherapeutenkammer wurde sehr geschätzt.

Wir vermissen diesen engagierten Kollegen!

Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Familie und allen Angehörigen.

Gerd Höhner

Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW
im Namen des Vorstandes und aller Mitarbeitenden

Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211/52 28 47-0
Fax: 0211/52 28 47-15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen in der OPK,



Gregor Peikert

wem trauen Sie zu, Ihre Interessen zu vertreten? Wen würden Sie in die Kammerversammlung wählen? Wären Sie bereit, selbst zu kandidieren?

Selbstverwaltung funktioniert, wenn engagierte Frauen und Männer unseren Berufsstand aktiv vertreten. Sie sollten die unterschiedlichen psychotherapeutischen Tätigkeitsfelder und die Formen der Berufsausübung repräsentieren, Anliegen und Erfahrungen einer möglichst breiten Mitgliedschaft einbringen.

In der OPK ist uns das in bisher vier Wahlperioden insgesamt gut gelungen. In der Kammerversammlung hat sich eine kollegiale, konstruktive und respektvolle Zusammenarbeit entwickelt, die primär auf Interessenvermittlung und nicht auf Konkurrenz zwischen Verbänden oder zwischen verschiedenen Gruppen in der Mitgliedschaft abzielt. Dennoch haben sich Trends ergeben, die die Repräsentation der ganzen Breite der Mitgliedschaft nicht gerade erleichtern. Während ein Drittel der Kammermitglieder angestellt arbeitet, gibt es in der Kammerversammlung niemanden mehr in einem „typischen“ Anstellungsverhältnis, z. B. in einer Klinik. 44 % der Kammermitglieder sind 45 Jahre alt oder jünger, in der Kammerversammlung sind es knapp 9 %. In einigen Bundesländern war es nur mit Mühe gelungen, wenigstens so viele Kandidaten zu finden, wie Sitze zu vergeben waren, aber keine Nachfolge-Kandidaten. Aus Mecklenburg-Vorpommern ist deshalb nach dem Ausscheiden von Johannes Weisang kein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mehr in der Kammerversammlung.

Im Herbst nächsten Jahres wird die 5. Kammerversammlung gewählt, deren Amtsperiode von 2024 bis 2029 dauern wird. Für jedes OPK-Bundesland sind wieder sieben Sitze zu vergeben. Das Prinzip der Personenwahl (und nicht Listenwahl) hat sich sehr bewährt und soll beibehalten werden. Anders als bisher soll es aber keine getrennten Wahlen für die Berufsgruppen (bisher: Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) mehr geben. Die neue Wahlordnung soll sicherstellen, dass die Versorgungsfelder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Erwachsenenpsychotherapie jeweils angemessen vertreten werden.

Die Tätigkeitsfelder und Altersgruppen sollen besser repräsentiert sein als bisher. Dafür ist es wichtig, auch genügend angestellte, in der KJ-Versorgung tätige und jüngere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Kandidaten für die Kammerversammlung zu gewinnen. Es sollten sich in jedem Bundesland möglichst deutlich mehr als sieben Kandidierende finden. Die Wählenden sollten eine echte Wahl treffen können. Außerdem wurden bisher in jeder Wahlperiode Nachbesetzungen nötig, weil Gewählte aus der Kammerversammlung ausschieden.

Wir möchten deshalb bereits jetzt anregen: beraten Sie mit Kolleginnen und Kollegen, wer geeignet sein könnte, für ein solches Wahlamt in der OPK anzutreten, und sprechen Sie die Betroffenen an. Prüfen Sie, ob Sie selbst bereit für eine Kandidatur wären. Fragen Sie gegenwärtige oder ehemalige Kammerversammlungsmitglieder, wie sie die Arbeit in der OPK erleben. Nehmen Sie an unseren Veranstaltungen teil, z. B. an OPK internetaktiv, um mehr über unsere Themen zu erfahren. Es wäre schön, wenn wir alle im kommenden Jahr die Wahl haben und eine gute Wahl treffen können.

Ihr Gregor Peikert
Präsident

„Politische Arbeit braucht Kraft, Ausdauer und Frustrationstoleranz. Das geht nur gemeinsam mit Gleichgesinnten“: Für die OPK-Wahl 2023 werden Kandidatinnen und Kandidaten für die Kammerversammlung gesucht

Wie persönlich wertvoll berufspolitische Arbeit – auch im Spannungsfeld von Familie, Selbstfürsorge und normaler, beruflicher Tätigkeit – sein kann, darüber sprachen wir für das PTJ mit Juliane Sim, eines der jüngsten Kammerversammlungsmitglieder der OPK.



Juliane Sim

OPK: Frau Sim, Sie sind 42 Jahre alt und haben drei Kinder. Sie arbeiten in Ihrer Praxis in Unterwellenborn, in Thüringen, als Verhaltenstherapeutin und leben mit Ihrer Familie in Leipzig. In welcher Form sind Sie berufspolitisch engagiert?

Juliane Sim: Ich bin in der 2. Legislatur als Delegierte in der Kammerversammlung der OPK tätig. In der Kammerversammlung arbeite ich im Satzungs- und Finanzausschuss mit, bin Delegierte des Deutschen Psychotherapeutentages und bin die OPK vertretend in die Gleichstellungskommission berufen. Zusätzlich bin ich im bvvp und in der KV Thüringen im Beratenden Fachausschuss aktiv.

Was hat Sie bewogen, berufspolitisch aktiv zu werden?

Das begann in meiner Ausbildungszeit. Mir ist immer klarer geworden, dass die für mich schwierigen Randbedingungen strukturell verankert waren. Der Kontakt zu berufspolitisch engagierten Kolleginnen und Kollegen hat mir geholfen, die politischen Hintergründe besser zu verstehen und einzuordnen. Vor allem aber habe ich ein Gefühl dafür entwickelt, dass sich Dinge auch verändern lassen. Es gab und gibt noch viel Handlungsbedarf.

Bekommen Sie Ihre Familie und Ihr Engagement für Ihre Profession gut unter einen Hut?

Ehrlicherweise hinterfrage ich mich an diesem Punkt oft, ob ich dem Spannungsfeld Familie, Selbstfürsorge und Berufspolitik die richtigen Entscheidungen treffe. Daher ist mir meine Mitarbeit in der Gleichstellungskommission so wichtig, wo wir unter anderem an Ideen arbeiten, wie sich Beruf(-politik) und Familie besser vereinbaren lassen. Gleichzeitig ist es mir wichtig, Rahmenbedingungen mitzugestalten und zu verbessern. Diesen Teil in meinem Leben würde ich auch nicht missen wollen.

Können Sie ein Beispiel nennen, wo Ihnen das gelungen ist?

In den letzten zwei Jahren haben wir viel an einer Förderung der Gruppentherapie gearbeitet. Nun Bestandteile unserer Ideen in der Richtlinie und im EBM zu sehen, macht mich stolz. Außerdem habe ich viel mehr Wissen und Verständnis, wie Politik funktioniert, warum manche Dinge so lange brauchen, mit wem man in Gespräch gehen muss, dass Erfolg manchmal nur über Kompromisse geht. Vieles ist ärgerlich: Man kann meckern oder sich Verbündete suchen. Das letztere ist mein Weg.

Was hat Ihnen dieser Weg in Sachen eigener Vernetzung gebracht?

Politische Arbeit braucht Kraft, Ausdauer und Frustrationstoleranz. Das geht nur gemeinsam mit Gleichgesinnten. Aus dieser Zusammenarbeit schöpfe ich die meiste Motivation. Ich mag es, von der Erfahrung meiner Kolleginnen und Kollegen zu lernen, und gemeinsam Dinge anzuschieben. Tolle Menschen kennenzulernen, die ich sonst in meinem Praxiseumfeld nie getroffen hätte. Das ist absolut wertvoll für mich persönlich.

Was würden Sie Kolleginnen und Kollegen empfehlen, die sich für Berufspolitik interessieren, aber noch zögerlich sind, ob es wirklich etwas für sie ist?

Ich erinnere mich noch, wie unsicher ich am Anfang war. All das Wissen, das ich nicht hatte, die Abkürzungen, die ich nicht kannte. Heute weiß ich, dass es hier so ist wie überall: wenn man Freude an der Arbeit hat, dann wächst man schneller rein, als man denkt. Daher würde ich allen Interessierten empfehlen, den Kontakt zur Kammer zu suchen. Einfach Kolleginnen und Kollegen ansprechen und zu Veranstaltungen gehen. Wir freuen uns über Interesse an Mitarbeit, sei es auch noch so klein. Selbst wenn es anfangs erst einmal „nur“ Fragen oder Wünsche an uns und unsere Arbeit sind, ist dies ein guter Weg, um Kolleginnen und Kollegen sowie Strukturen, wie zum Beispiel die OPK, kennenzulernen. Wer mehr Verantwortung übernehmen möchte, wird immer Unterstützung, manchmal sogar Mentorenprogramme finden, die den Einstieg erleichtern.

Vielen Dank für das Gespräch! Das Interview führte Antje Orgass.

Personeller Wechsel im OPK-Vorstand und in der Kammerversammlung

Hans-Jürgen Papenfuß ist als Nachfolger der Landesvertretung für Mecklenburg-Vorpommern in den OPK-Vorstand gewählt. Die Kammerversammlung wählte den 67-Jährigen mit klarer Mehrheit in das Amt.

Er gehört der Kammerversammlung seit 2019 an und arbeitete hier im Ausschuss für Angestellte mit. Bis 2020 war er als Psychologischer Psycho-

therapeut im Justizvollzug des Landes Mecklenburg-Vorpommern tätig.

Weitere biografische Informationen zu Herrn Hans Jürgen Papenfuß finden Sie auf der OPK-Homepage unter: www.opk-info.de/kammerstruktur/vorstand/.

Herr Otto P. Rendenbach wurde als neues Mitglied der Kammerversammlung für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten im Wahlkreis

Mecklenburg-Vorpommern nachbesetzt. Herr Rendenbach gehörte bereits über zwei Amtsperioden von 2011–2019 der Kammerversammlung an.

Notwendig geworden waren diese personellen Wechsel im OPK-Vorstand sowie in der Kammerversammlung nachdem Johannes Weisang im September 2021 nach vierzehneinhalb Jahren engagierter Mitarbeit aus dem OPK-Vorstand zurücktrat.

Auf diese Termine möchten wir Sie aufmerksam machen

Neuapprobierten-Treffen

jeweils 17:00–19:00 Uhr
Ort: online (ZOOM)

Brandenburg: 06.04.2022

Mecklenburg-Vorpommern: 07.04.2022

Sachsen: 12.04.2022

Thüringen: 26.04.2022

Sachsen-Anhalt: 27.04.2022

Fachkonferenz stationäre Weiterbildung

08.06.2022
13:00–16:30 Uhr
Ort: online (ZOOM)

OPK vor Ort

jeweils 17:00–19:00 Uhr
Ort: online (ZOOM)

Thüringen: 21.09.2022

Sachsen-Anhalt: 22.09.2022

Sachsen: 26.09.2022

Brandenburg: 28.09.2022

Mecklenburg-Vorpommern:
29.09.2022

Tag der Angestellten

27.09.2022
10:00–16:30 Uhr
Ort: wird noch bekannt gegeben

OPK internetaktiv 2022

23.11.2022
17:30–20:00 Uhr
Ort: online

Geschäftsstelle

Goyastraße 2d
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleg*innen,

nach der Kammerwahl Ende 2021 trat im Februar 2022 die neue Vertreterversammlung zusammen und wählte Ausschüsse und Vorstand der LPK RLP. Wir freuen uns sehr, darin viele jüngere Kolleg*innen begrüßen zu können, die sich nun für unseren Berufsstand politisch engagieren. Neu hinzugekommen im Vorstand ist Marcel Hünninghaus, angestellter Psychologischer Psychotherapeut.

Für die neue Kammerlegislatur liegen viele wichtige Aufgaben vor uns. Die positiven Erfahrungen mit digitalen Fortbildungen und Veranstaltungen für die Kammermitglieder und die interessierte Gesundheitspolitik werden sicher beibehalten werden. Auch die kontinuierliche und transparente digitale Kommunikation mit unseren Mitgliedern hat sich bewährt.

Inhaltlich wird uns in den nächsten Jahren die Weiterentwicklung und Implementierung der Muster-Weiterbildungsordnung auf Landesebene stark beschäftigen. Diese Aufgabe umfasst nicht nur neue administrative Prozesse, sondern erfordert die intensive Beschäftigung mit stationären, ambulanten und institutionellen Strukturen sowie Optionen zur Finanzierung. Am Ende muss eine exzellent und breit aus- und weitergebildete Fachpsychotherapeut*in stehen, die nicht mehr wie bisher unter prekären Bedingungen ausgebildet wird. Der immer größer werdende Stellenwert psychischer Erkrankungen muss auch seinen Niederschlag finden in angemessenen Stellen-, Leitungs- und Vergütungsstrukturen für unseren Beruf. Gleichzeitig sind wir gefordert, neue, besser vernetzte Versorgungsmodelle zu entwickeln, um insbesondere einen niedrigschwelligeren Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe für schwer kranke Menschen zu ermöglichen. Insbesondere im Bereich der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen treten wir hier seit Jahren auf der Stelle.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Kammerarbeit soll das Thema Grenzverletzungen in der Psychotherapie werden, verbunden mit der Fokussierung von Kinderschutz in den ambulanten, stationären und institutionellen Bereichen unserer Arbeit. Entsprechende Fortbildungen dazu sollen flankiert mit einer Weiterentwicklung von Beschwerdemöglichkeiten für Patient*innen.



Sabine Maur, Präsidentin der LPK RLP

Aus Sicht unserer rheinland-pfälzischen Kammer müssen wir uns als Berufsstand noch deutlich stärker und hörbarer politisch und gesellschaftlich einbringen im Hinblick auf die psychische Gesundheit der Menschen. Die Corona-Pandemie hat schmerzliche Defizite in den Bereichen Public Health, Gesundheitskommunikation, Ethik und Digitalisierung offenbart. Dies gilt umso stärker im Hinblick auf die bestehende Klimakrise, deren verheerende Auswirkungen wir durch die Flutkatastrophe mit über 130 Verstorbenen und tausenden traumatisierten Menschen in Rheinland-Pfalz sehr konkret erlebt haben. Kinder und Jugendliche sind durch Pandemie und Klimakrise doppelt psychisch belastet, und es muss unser Berufsverständnis sein, nicht nur im Nachgang psychotherapeutisch zu behandeln, sondern natürlich auch fachlich fundierte Vorsorge, Vorbeugung und Förderung der psychischen Gesundheit zu leisten.

Es grüßt Sie herzlich

Sabine Maur
Präsidentin der
Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung wählt Kammervorstand: Präsidentin einstimmig im Amt bestätigt



Die Mitglieder der neuen Vertreterversammlung bei ihrer digitalen Sitzung am 12.02.2022

Die ehemalige ist auch die neue Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Das ist eines der Ergebnisse der konstituierenden Sitzung der neuen Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, die am 12. Februar stattfand – aufgrund der Pandemie erneut digital.

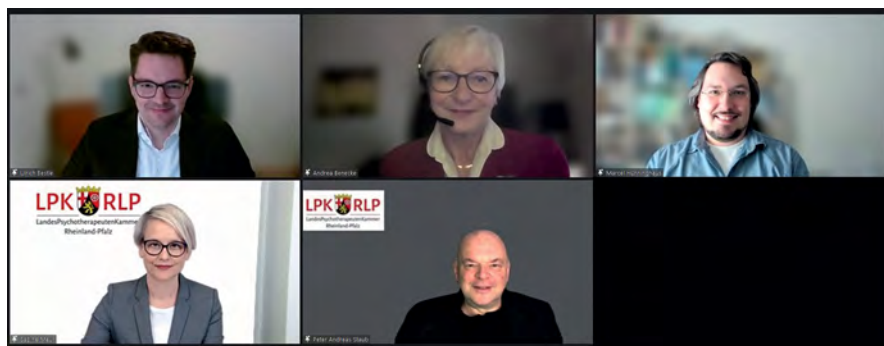
Zum ersten Mal in der Kammergeschichte erfolgte auch die Wahl des Vorstands digital unter Zuhilfenahme eines datenschutzkonformen Abstimmungstools. **Sabine Maur**, die schon in der letzten Amtsperiode den Kammervorstand als Präsidentin anführte, wurde **einstimmig** wiedergewählt. Auch Vizepräsidentin **Dr. Andrea Ben-**

ecke sowie **Ulrich Bestle** und **Peter Andreas Staub** konnten sich über ihre Wiederwahl freuen. Nachdem die Vertreterversammlung beschlossen hatte,

die Zahl der Beisitzer*innen auf drei zu erhöhen, wurde der Vorstand erweitert um **Marcel Hünninghaus**. Er ist angestellt als Leitender Psychotherapeut und wissenschaftlicher Projektkoordinator für das Modellvorhaben nach § 64 SGB V am Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und engagierte sich bereits im Ausschuss für die Belange der Angestellten in der Kammerarbeit.

Neben der Wahl des Vorstands standen die Wahlen der verschiedenen Ausschüsse auf der Tagesordnung der Vertreterversammlung, ebenso die Wahl der Delegierten zum Deutschen Psychotherapeutentag und der ehrenamtlichen Richter*innen der Berufsgerichte der Heilberufe.

Alle neu gewählten Mitglieder der Kammergremien finden Sie unter [www.lpk-rlp.de/Über uns](http://www.lpk-rlp.de/Über_uns).



Der frisch gewählte Vorstand von oben links im Uhrzeigersinn: Ulrich Bestle, Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke, Marcel Hünninghaus, Präsidentin Sabine Maur und Peter A. Staub

Fragen und Antworten zur Impfpflicht

Im Dezember 2021 wurde die einrichtungsbezogene Impfpflicht für alle Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegebereichs vom Gesetzgeber eingeführt (§ 20a Infektionsschutzgesetz). Auch Inhaber*innen und Beschäftigte/Mitarbeiter*innen von psychotherapeutischen Praxen müssen **seit**

15. März 2022 einen Nachweis über einen vollen Impfschutz oder eine Genesung erbringen. Was passiert, wenn kein Nachweis vorgelegt wird? Was kann das Gesundheitsamt bei fehlenden Nachweisen unternehmen? Wann verliert der Nachweis seine Gültigkeit? Gilt die Impfpflicht auch in Instituten? Alle Fragen rund

um die Impfpflicht und die psychotherapeutische Versorgung während der Corona-Pandemie werden in der regelmäßig aktualisierten Rubrik „Fragen und Antworten zur psychotherapeutischen Versorgung während der Corona-Pandemie“ unter www.lpk-rlp.de / **Aktuelles** beantwortet.

Psychotherapeutische Unterstützung im Ahrtal: Malu Dreyer überreicht Bewilligungsbescheid an LPK-Präsidentin Sabine Maur

Am 3. Dezember 2021 hat LPK-Präsidentin Sabine Maur von Malu Dreyer, Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, den Bewilligungsbescheid für ein Projekt überreicht bekommen, das die psychotherapeutische Unterstützung von Betroffenen der Flutkatastrophe im Ahrtal verbessern soll. Den Bewilligungsbescheid übergab Malu Dreyer vor rund 60 Teilnehmer*innen einer Informationsveranstaltung zu dem neuen Projekt in der Landskroner Festhalle in Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hatte den Projektantrag in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk „Soforthilfe Psyche“ auf den Weg gebracht. Das Netzwerk „Soforthilfe Psyche“ bietet Informationsgruppen zur Stressreduktion nach dem Erleben eines Traumas an, die von Psychotherapeut*innen geleitet werden. Zielgruppen des Projekts sind sowohl die Betroffenen **aller Altersgruppen** als auch Fachkräfte in Verwaltungen, Rettungskräfte, Unternehmen, Schulen, Kindergärten, Jugendhilfe, Einrichtungen der Pflege und sonstige interessierte Institutionen. Sie haben die Möglichkeit, einfach und kostenlos Unterstützung anzufordern und Informationsgruppen für Betroffene oder Fachkräfte Ihrer Einrichtung durchführen zu lassen. **Um die Ansteckungsgefahr während der Corona-Pandemie**



LPK-Präsidentin Sabine Maur erhält den Bewilligungsbescheid von Ministerpräsidentin Malu Dreyer (Foto: Staatskanzlei RLP/Stephan Dinges)

zu minimieren, können die Gruppen auch digital abgehalten werden. Finanziert wird dieses Angebot durch das Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit und die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Wie das Angebot wahrgenommen werden kann und was in den Gruppen passiert, erläuterten Sabine Maur und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Daniela Lempertz („Soforthilfe

Psyche“) auf der Veranstaltung in Bad Neuenahr-Ahrweiler dem Publikum nach einem Grußwort der Ministerpräsidentin. Die **Rhein-Zeitung** berichtete am 5. Dezember 2021 ausführlich über das neue Projekt und die Veranstaltung in der Landskroner Festhalle. Auch **tag24.de** und das **Redaktionsnetzwerk Deutschland** thematisierten das Gruppen-Projekt und zitierten die LPK-Präsidentin.

Medien fragen: Wie verarbeiten Menschen im Ahrtal die Katastrophe?

Viele Betroffene der Flutkatastrophe im Ahrtal leiden nach wie vor psychisch unter den Ereignissen, werden z. B. von Alpträumen und Konzentrationsproblemen geplagt. Hinzu kommt die Corona-Pandemie, die zu einem Anstieg der psychischen Probleme in der Bevölkerung geführt hat, so dass die Menschen im Ahrtal teilweise doppelt belastet sind. Darüber sprach LPK-Präsidentin Sabine Maur in einem Interview im

SWR-Studio im Rahmen der Sendung „Zur Sache Rheinland-Pfalz“. Der Bedarf an Psychotherapie übersteige momentan das Angebot. Sie nannte Anlaufstellen für Betroffene und betonte, dass auch Kinder und Jugendliche nicht aus dem Blick verloren werden dürften. Auch der Artikel „Flutkatastrophe: Nicht alles wird wie vorher sein“ im **Deutschen Ärzteblatt** 2022; 119(1–2): A-8 / B-8 ging auf das psychotherapeutische

Engagement im Katastrophengebiet und den Einsatz der LPK RLP ein.



Sabine Maur im SWR-Studio (Screenshot)

Neue Psychotherapieweiterbildung: LPK RLP informiert auf drei Flyern und der Kammer-Homepage

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz stellt auf ihrer Homepage in einer neuen gleichnamigen Rubrik **Informationen zur neuen Psychotherapieweiterbildung** zur Verfügung. Neben Neuigkeiten zur Weiterbildungsordnung werden die Berufszugänge nach altem und neuen Recht erklärt und drei übersichtliche Flyer zum Download angeboten: Einer stellt die wichtigsten allgemeinen Informationen zur neuen Psychotherapieweiterbildung vor, die anderen beiden Flyer widmen sich der



(Foto: iStock / Miss Tunji)

neuen Gebietsweiterbildung in der stationären sowie der institutionellen Versorgung.

Alle Informationen rund um die neue und alte Weiterbildung finden Sie unter www.lpk-rlp.de/Psychotherapeut*innen/Weiterbildung.

Bitte nicht vergessen: ePtA muss nach Erhalt freigeschaltet werden!

Seit dem 8. Juni 2021 kann der elektronische Psychotherapeutenausweis (ePtA) bestellt werden, was mittlerweile sehr viele Kammermitglieder getan haben. Der Beantragungsprozess läuft in der Regel reibungslos, die Freigabe durch die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz erfolgt tagesaktuell.

Allerdings scheint der Prozess häufig kurz vor seinem Abschluss ins Stocken zu geraten: Die Zahlen der Kartenhersteller zeigen nach wie vor eine recht große Diskrepanz zwischen ausgelieferten und freigeschalteten Ausweisen.



(Abbildung: Stock/Anna Semenchenko)

Aus diesem Grund möchten wir Sie erneut daran erinnern, dass der ePtA nach Erhalt von Ihnen im Antragsportal **freigeschaltet** werden muss, damit er einsatzbereit ist. Nutzen Sie hierfür die Ihnen zugestellten PINs. Alle wichtigen Informationen rund um den elektronischen Psychotherapeutenausweis und dessen Beantragung hat die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz unter [www.lpk-rlp.de / Psychotherapeut*innen / Digitalisierung in der Psychotherapie / Elektronischer Psychotherapeutenausweis](http://www.lpk-rlp.de/Psychotherapeut*innen/Digitalisierung%20in%20der%20Psychotherapie/Elektronischer%20Psychotherapeutenausweis) für Sie zusammengestellt.

Akteneinsichtsrecht, Auskunfts- und Schweigepflicht: Neue Praxis-Tipps der Kammerjuristinnen zum Download

Wissenswertes zu juristischen Themen des psychotherapeutischen Praxis-Alltags fassen die Juristinnen der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz weiterhin in übersichtlichen „Praxis-Tipps“ zusammen. Diese werden auf der Kammer-Homepage in der Rubrik **Info-Portal / Alles was Recht ist** veröffentlicht und können dort auch als PDF zum Sammeln heruntergeladen werden.

Die neuesten Veröffentlichungen thematisieren beispielsweise das Akteneinsichtsrecht der Patient*innen und die Gründe, dieses Recht zu verweigern sowie die Auskunfts- und Schweigepflicht gegenüber Polizei und Staatsanwaltschaft. Die rechtlichen Grundlagen und die darauf basierenden Handlungsempfehlungen werden komprimiert und verständlich präsentiert.

Geschäftsstelle

Diether-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

Austausch mit der Fachschaft Psychologie der Universität des Saarlandes zum aktuellen Stand der Musterweiterbildungsordnung auf Landesebene des Saarlandes

Im Sommer 2021 kamen Vertreter*innen der Fachschaft Psychologie der Universität des Saarlandes auf die PKS zu. Ihr Anliegen war es, ihre Wünsche und Bedürfnisse bei der Neugestaltung der Psychotherapeut*innenausbildung zu kommunizieren. Über die PsyFaKo, den bundesweiten Zusammenschluss aller Psychologiefachschaften hatten die Vertreter*innen davon erfahren, dass die Ausgestaltung der Weiterbildungsordnung für die zukünftigen Fachpsychotherapeut*innen den Kammern obliegt.

Schnell ergaben sich weitere Fragen, insbesondere nach der Schaffung konkreter, fairer Übergangsregeln für sowohl die Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) nach dem alten Ausbildungsweg als auch für die Psychotherapeuten in Weiterbildung (PtW), die Absolventen des neuen Studiengangs Psychotherapie. Mit Bestürzung nahmen die Student*innen auf, dass zum jetzigen Zeitpunkt noch immer Unklarheit darüber herrscht, wie die Co-Existenz von PiA und PtW in den Kliniken und den Ausbildungsinstituten konkret aussehen kann. Sowohl zukünftige PiA als auch zukünftige PtW haben Sorge, ihre Ausbildung im Saarland nicht vollständig absolvieren zu können.

Katharina Epstein und Philipp Nicola Last, Mitglieder des Fachschaftsrats Psychologie der Universität des Saarlandes haben bei einem Treffen mit der PiA-Ausschussvorsitzenden der PKS, Kristina Haase, über die derzeitige

Interessenlage der Studierenden bezüglich des aktuellen Standes der Umsetzung der Ausbildungsreform zum*zur Psychotherapeut*in im Saarland informiert.

Folgende Bedenken haben sie gegenüber der PKS geäußert:

Der erneuerte Studiengang ist bereits im Bachelor angelaufen, doch der weitere psychotherapeutische Werdegang im Saarland sei ungewiss. Wie es nach dem Studium für alle angehenden Psychotherapeut*innen weitergehen soll, ist für sie mehr als unzureichend geregelt.

Die Aus- und Weiterbildungsinstitute planen ab 2025 mit dem Start der neuen psychotherapeutischen Weiterbildung, welche auf den neuen klinischen Master folgen soll. Wie diese genau umgesetzt werden soll, wie die Aus- und Weiterbildungsinstitute diese finanzieren sollen und vor allem wie das parallele Existieren von alter Ausbildung und neuer Weiterbildung finanziert und umgesetzt werden soll, ist ihnen noch unklar. Die gesetzlichen Regelungen auf Landesebene hängen ihrem Soll-Zustand deutlich hinterher. Es ergebe sich nicht nur für die angehenden PtW eine weitgehende Planungsunsicherheit, sondern auch für die PiA des alten Systems.

Die Befürchtung ist, dass gerade kleinere Institute vor dem Konflikt der Finanzierung stehen, denn ohne Fördermittel

wird es für sie wohl nicht tragbar Ausbildung und Weiterbildung bis zum Auslaufen des alten Systems 2032 parallel anzubieten.

Sie befürchten, dass Studierende die im letzten Jahr des alten Systems gestartet sind, nicht sicher sein können, ob sie nach dem Studium die Ausbildung nach dem alten System im Saarland vollenden können. Eine Nachqualifikation für Studierende im alten System sei aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Es fehlt ihnen für Psychologiestudierende an Sicherheit bezüglich ihrer beruflichen Zukunft, was das Saarland für angehende Psychotherapeut*innen zu einem unattraktiven Studien- und Berufsstandort machen könnte.

Die Unterscheidung zwischen altem und neuem Abschluss als psychologische Psychotherapeut*in würde nicht nur in der Ausbildung Schwierigkeiten mit sich bringen, sondern auch im Beruf. Nach dem neuen System sei es geplant, Psychotherapeut*innen zu gestatten, in spezifischen Arbeitsfeldern Zusatzqualifikationen zu erlangen, welche von der Krankenkasse anerkannt werden. Darunter fällt beispielsweise die Spezialisierung als Schmerzpsychotherapeut*in oder Psychodiabetolog*in. Den Psychotherapeut*innen aus dem alten System ist die Anerkennung, Ankündigung und Nutzung dieser Spezialisierung im Saarland bisher nicht möglich, was im Berufsalltag ein Zwei-Klassen-System erzeugen könnte. Vertreter*innen

des gleichen Berufsstandes könnten somit unterschiedliche Befugnisse haben, was nach Auffassung der Vertreter*innen der Fachschaft so nicht tragbar ist.

Diese zwei Klassen würden sich bereits in der Aus- und Weiterbildung zeigen, da primär für die PtW eine ihrem Abschluss angemessene Bezahlung geregelt ist, für die PiA nicht. Sie befürchten weitere Folgen: PtW könnten für die Kliniken finanziell weniger attraktiv sein als PiA und es bestehe die Gefahr, dass in der Überschneidungszeit der beiden Systeme die Klinikplätze für die Aus- und Weiterbildung stark umkämpft sein könnten.

Neben der beruflichen Zukunft der Psychologiestudierenden und Psychothera-

peut*innen im Saarland, sehen Last und Epstein die langen Wartezeiten für einen Therapiebeginn und berufen sich auf die BPtK-Auswertung mit über 300.000 Versichertendaten für das Jahr 2019. Demnach warten rund 40 Prozent der Patient*innen, nach zuvor gestellter psychotherapeutischer Indikation, mindestens drei bis neun Monate auf den Beginn einer Behandlung. Im Zuge der Sars-CoV-2 Pandemie dürfte die Zahl der auf eine Therapie angewiesenen Menschen, vor allem im Kinder- und Jugendbereich, weiter steigen.

Sie mutmaßen, dass Jahrgänge ohne neue approbierte Psychotherapeut*innen drohen. In Konsequenz könnte die Versorgungssicherheit im Saarland in Zukunft nicht mehr gewährleistet werden.



*Kristina Haase
Vorsitzende des PiA-Ausschusses
der PKS*

Versorgung psychisch kranker Erwachsener im Saarland – erste Ergebnisse der FOGS-Studie

In der Sitzung des Saarländischen Psychiatrieexpertenrates am 7. Dezember 2021 informierte die FOGS GmbH das Gremium über den Sachstand eines Forschungs- und Beratungsauftrages, den das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie gut ein Jahr zuvor in Auftrag gegeben hatte: **„Wissenschaftliche Begleitung und Untersuchung zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen mit psychischer Störung und seelischen Behinderungen im Saarland für den Rechtsbereich des Sozialgesetzbuchs (SGB) mit den Teilen SGB V, SGB IX und SGB XI“**, so der etwas sperrige Titel des Projektes, kurz FOGS-Studie genannt, den die Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) unter der Leitung von Prof. Dr. Rudolf Schmid zu bearbeiten hatte. Um die Versorgungssituation strukturell angemessen zu beschreiben, war es also erforderlich die Vorgaben der Sozialgesetzbücher SGB V, SGB IX und SGB XI gleichermaßen zu berücksichtigen. Pandemiebedingte Einschränkungen mussten hingenommen werden.

Ziel des Auftrages war es, auf der Grundlage einer umfangreichen Versorgungsanalyse einen Rahmen für die Planung und Weiterentwicklung der Versorgung im Saarland in den genannten Bereichen bis 2030 zu setzen. Da dieser Planungshorizont auch eine Berücksichtigung der heutigen Versorgungslage der Kinder- und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen erfordert, wurde der Auftrag gleich zu Beginn um diese Fragestellung erweitert.

Der rund 170 Seiten starke schriftliche Bericht wurde seitens des Auftraggebers noch nicht freigegeben. Insofern ist nicht auszuschließen, dass nach Sichtung und Stellungnahme einzelner Landesinstanzen oder Fachabteilungen eine Änderung oder Neugewichtung einzelner Aussagen erfolgen kann. Die hier dargestellten Inhalte beziehen sich auf die Ergebnispräsentation im Rahmen des Saarländischen Expertenrates Psychiatrie, in dem die PKS seit seiner Gründung vertreten ist. Neben Sekundäranalysen vorliegender Materialien und Daten gab es Workshops, Fachgespräche und eigene Fragebo-

generhebungen, letztere mit einer bemerkenswert hohen Rücklaufquote von ca. 80%! Als Bezugsjahr wurde das Jahr 2019 gewählt.

Hier einige der wichtigsten (vorläufigen) Ergebnisse:

Entgegen dem Bundestrend ist für das Saarland bis 2030 ein Bevölkerungsrückgang um ca. 3,5% zu erwarten. Der Anteil der über 65-Jährigen wird dadurch von ca. 24% in 2019 auf dann ca. 32% anwachsen. Mit dem gestiegenen Anteil der Älteren und Hochaltrigen im Saarland ist auch ein Anstieg der neurodegenerativen und dementiellen Störungen zu erwarten, was bei der Planung und Ausstattung der notwendigen Versorgungselemente für diese Zielgruppe bedeutsam ist. Neben dem weiteren Ausbau geriatrischer Tageskliniken und Rehabilitationsangebote muss hier auch bei den komplementären Versorgungsangeboten für Ältere mehr getan werden.

Die voll- und teilstationäre Versorgung wird im Saarland flächendeckend als insgesamt gut und wohnortnah be-

schrieben, wobei die Qualität der Akutversorgung zwischen den Landkreisen durchaus unterschiedlich ist. Der stationäre Bereich, konkret die Ausstattung mit Betten in den psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen liegt im Bundesdurchschnitt, der Anstieg der Bettenzahl war also durchaus gerechtfertigt. Höher als im Bundesdurchschnitt ist im Saarland jedoch die Fallzahl pro 100.000 Einwohner im psychiatrischen Bereich.

Wer braucht in Zukunft mehr Versorgung und welche Gruppen sind besonders vulnerabel?

Psychische Erkrankungen sind insgesamt nicht häufiger geworden, aber die Inanspruchnahme der Behandlungsangebote hat deutlich zugenommen.

Besonders deutlich treten dadurch auch die Versorgungslücken im ambulanten Bereich zu Tage. Während die Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes (KVS) die ambulante psychotherapeutische Versorgung als ausreichend aus gestattet beschreibt, beklagen Betroffene, Selbsthilfe und Expert*innen hier die langen Wartezeiten. Die von der KVS postulierte (über) 100 %-Versorgung kann so nicht nachvollzogen werden. Hier wird empfohlen, dass diese Frage in einem Expert*innenkreis zusammen mit der KVS noch mal erörtert wird, zumal die KVS zu dieser wichtigen Frage keine weiteren Daten liefern konnte.

Insgesamt ist im ambulanten Bereich sowohl in der psychotherapeutischen und psychosomatischen wie auch in der psychiatrischen Versorgung in den kommenden 10 Jahren mit größer werdenden Versorgungslücken zu rechnen, denn fast die Hälfte der jetzt hier Tätigen wird in diesem Zeitraum altersbedingt ausscheiden. Vor allem den länd-

lichen Raum wird diese Entwicklung hart treffen, weshalb dafür besonders dringend nach Lösungen gesucht werden muss. Dies gilt nicht nur für den fachärztlichen Nachwuchs. Auch die Soziotherapie und die ambulante psychiatrische Pflege sind weit entfernt von einer Bedarfsdeckung.

Die FOGS-Studie zeigt darüber hinaus, dass auf Angebote für diese Personengruppen in den kommenden Jahren besonderes zu achten ist:

1. Kinder und Jugendliche, insbesondere geht es hier um Traumafolgestörungen, Angststörungen, Gaming und Essstörungen. Auch das Thema Geschlechtsidentität gewinnt an Bedeutung.
2. Die Gruppe der jungen Erwachsenen, die Schwierigkeiten haben ihren Weg ins Erwachsenenleben zu finden, z. B. Schulabbrecher, Arbeitslose, hier finden Desintegrationsprozesse statt.
3. Ältere und Hochaltrige (s. o.)
4. Die notwendige Versorgung von Post- und Long-Covid Betroffenen wird eine wichtige Rolle spielen.

Optimierungsbedarf wird insgesamt bei der Inanspruchnahme sektorübergreifender Hilfsangebote gesehen. Das Saarland sei hier – nicht nur hier – „untersteuert“, trotz überschaubarer Größe und räumlicher Nähe fehle es an landesweiter koordinierender Aktivität, so die Aussage von Prof. Schmid.

Besonders hart ist die Situation für schwer und chronisch psychisch Erkrankte, denn nicht nur die Inanspruchnahme von Leistungen der Akutversorgung (Klinik) wie auch z. B. der Eingliederungshilfe stellt Viele vor

unüberwindbare Hindernisse, sei es nun das Antragsverfahren selbst beim Landesamt für Soziales, das alles andere als barrierefrei ist, die viel zu lange Bearbeitungsdauer der Anträge oder die Unkenntnis zu grundlegenden Unterschieden zwischen psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung bei Entscheidungsträger*innen. Diese Befunde sind nicht ganz neu. Umso erstaunlicher ist es deshalb wie hartnäckig sie sich halten, insbesondere angesichts einiger naheliegender und wenig aufwändiger Lösungsmöglichkeiten, die schon vielfach diskutiert wurden. Insgesamt gibt es für eine verbesserte Versorgung gerade bei dieser Personengruppe durchaus Modelle und Vorbilder andernorts.

Wir hoffen, dass der schriftliche Bericht bald zur Veröffentlichung freigegeben wird und dürfen gespannt sein, welche konkreten Handlungsempfehlungen die Landesregierung und vor allem die für die Versorgung psychisch Kranker Verantwortlichen aus den sehr umfassenden und differenzierten Ergebnissen der FOGS-Studie umsetzen wird.



Irmgard Jochum
Präsidentin der PKS

Infografik „Psychotherapeutentermin“ des Netzwerks Patientensicherheit für das Saarland

Am internationalen Tag der Patientensicherheit, dem 17. September 2020, hatten elf Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens im Saarland, darunter die Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, auf Initiative der IKK-Südwest ihre Absicht bekräftigt, die stationäre und ambulante Versorgung im Saarland noch sicherer zu machen und Patient*innen so noch stärker vor Mängeln und Fehlern zu bewahren. Durch den partnerschaftlichen Zusammenschluss sollen daher regionale Verbesserungsbedarfe in den verschiedenen medizinischen und psychotherapeutischen Bereichen besser erkannt und Maßnahmen passgenauer werden. Neben der Entwicklung einer gemeinsamen Homepage und Patient*inneninformationen für Arzt-/Ärztinnenbesuche, wurde nun auch ein Flyer für Besuche bei Psychotherapeut*innen entwickelt. Im weiteren Schritt werden auch Flyer für Eltern von Kindern und für Jugendliche folgen. Die Infographik für erwachsene Patient*innen finden Sie auf unserer Homepage:

www.ptk-saar.de/patienteninfo/wege-zur-psychotherapie

Informationen zum Netzwerk unter:
www.patientensicherheit.de.



SO BEREITEN SIE SICH GUT AUF IHREN PSYCHOTHERAPEUTENTERMIN VOR

Wenn es Ihnen seelisch länger nicht geht, ist möglicherweise eine Psychotherapie notwendig. Sie können sich zur Terminvermittlung an die Terminservicestelle der KV Saarland Tel. 116117 bzw. unter www.eterminservice.de/terminservice wenden. Auch der Suchdienst der saarländischen Psychotherapeutenkammer hilft Ihnen bei der Suche: www.psych-info.de/



Sie wollen vorab im Internet nach Krankheitsbildern und Psychotherapie recherchieren? Website der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes www.ptk-saar.de oder www.wege-zur-psychotherapie.org/



Nehmen Sie bei Bedarf zum ersten Termin eine Person Ihres Vertrauens mit und legen Sie Befunde, Krankenkassenkarte und gegebenenfalls auch Ihren Medikationsplan bereit. Sie benötigen keine Überweisung.

Beim ersten Termin:



Bitte Hygienemaßnahmen der Praxis beachten.



Bitte pünktlich sein.

Seien Sie aktiv in der Therapeuten-Patienten-Kommunikation:



Berichten Sie möglichst offen über ihre Probleme und Anliegen.

Seit wann treten die Probleme auf? Gibt es besondere seelische oder körperliche Belastungen? Haben Sie Stimmungstiefs? Auch belastende Gedanken wie z. B. Selbstmordgedanken sollten Sie unbedingt ansprechen.

Berichten Sie auch über Vorbehandlungen und was Sie selbst schon unternommen haben.

Fragen Sie nach Diagnose und Behandlungsempfehlung genau nach:



Ihr Psychotherapeut* informiert Sie über Ihre Diagnose. Informationen zu einzelnen psychischen Krankheiten: www.bptk.de/publikationen/patientenratgeber/

Zum Abschluss der psychotherapeutischen Sprechstunde erhalten Sie immer eine ausführliche schriftliche Patienteninformation. Ihr Psychotherapeut hat Schweigepflicht, klärt Sie auf und berät Sie über Psychotherapie und andere Hilfsmöglichkeiten sowie Selbsthilfeangebote www.selbsthilfe-saar.de/

In einer Psychotherapie ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Patient sehr wichtig. Sie werden möglicherweise länger mit ihm gemeinsam an Ihrer Erkrankung arbeiten. Achten Sie auf Ihr „Bauchgefühl“, ob Sie sich verstanden fühlen und sich öffnen können.

Nach dem Termin:

- Sprechen Sie mit einer vertrauten Person über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten.
- Denken Sie nach und entscheiden Sie in Ruhe, ob Sie die Behandlung beginnen wollen.
- Für den Erfolg der Behandlung sind regelmäßige Termine sehr wichtig. Überprüfen Sie, ob dazu eine für Sie akzeptable Vereinbarung möglich ist.
- Nach den Therapiesitzungen sollten Sie sich Zeit lassen zum Reflektieren und Nachbereiten. Hier kann ein Therapietagebuch sehr hilfreich sein.

*Die in dieser Infografik gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf eine Mehrfachbezeichnung wurde zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Silke Wendels, Lisa Zender

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/9545556
Fax: 0681/9545558
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleg*innen,



zunächst möchte ich mich auf diesem Weg noch einmal für den Vertrauensvorschuss bedanken, den mir die Vertreter*innen in der Kammerversammlung am 13. Dezember 2021 entgegengebracht haben, indem sie mich zum neuen Präsidenten gewählt haben. Und natürlich auch für die vielen Grüße aus den unterschiedlichen Organisationen, aber auch von Einzelpersonen. Darüber habe ich mich sehr gefreut und manche Schreiben haben

mich sehr berührt. Ich werde mich gemeinsam mit den weiteren Kolleg*innen im Vorstand bemühen, die Psychotherapeutenkammer zukunftsorientiert weiterzuentwickeln. Herzlich begrüßen möchte ich in unserer „Runde“ auch Herrn Dr. Björn Riegel, der einstimmig als neues Vorstandsmitglied gewählt worden ist. Auch sei hier noch einmal ausdrücklich Heiko Borchers gedankt, mit dem ich im Vorstand gern, vertrauensvoll und erfolgreich zusammengearbeitet habe. Er hat sich ja nicht nur als Präsident, sondern auch in anderen Funktionen immer sehr engagiert für die Interessen von uns als Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen eingesetzt.

In diesem Jahr wird die Kammer 20 Jahre alt. In dieser Zeit hat sich unser Berufsstand sehr weiterentwickelt. Wir sind ein fester Bestandteil in der Gesundheitsversorgung in Deutschland geworden. Wir arbeiten auf Augenhöhe in interdisziplinären Teams in klinischen oder psychosozialen Einrichtungen oder als Selbständige mit Vertreter*innen aus anderen medizinischen Berufen in regionalen Bezügen eng und koordiniert zusammen. Was für ein Gewinn für unsere Patient*innen.

Wir sind in verschiedenen Gremien auf Landesebene gefragt und engagiert (z. B. im Landeskrankenhausausschuss oder im Landesausschuss nach § 90a SGB V), um Hinweise und Anregungen zu geben oder auch klare Position zu beziehen. Wir arbeiten mit den anderen Kammern der

akademischen Heilberufe zusammen, um gemeinsam eine effiziente Interessenvertretung zu realisieren, um so u. a. gesetzgeberische Prozesse zu „beflügeln“.

Und wir sind für unsere Mitglieder da. Für angestellte und selbständige Kolleg*innen genauso wie für Kolleg*innen in der Ausbildung zu Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Für alle mit ihren spezifischen Anliegen in gleichem Umfang. Darum schien es der Kammerversammlung angemessen, die Beitragsordnung zu ändern und keinen Unterschied mehr zu machen zwischen unterschiedlichen Beschäftigungsformen der Mitglieder und gleichzeitig die Kolleg*innen in Ausbildung nur mit dem Betrag zu „belasten“, den wir direkt an die Bundespsychotherapeutenkammer weiterleiten zuzüglich der Kosten für das Psychotherapeutenjournal (das heißt wirklich noch so) als Pflichtorgan der PKSH. Wir als Kammer sind die Klammer, die versucht zusammenzubringen und zusammenzuhalten.

Spätestens ab diesem Jahr werden viele von uns merken, dass die Kammer neue Aufgaben übernehmen wird. Im Rahmen der neuen Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen übernimmt die Kammer Verantwortung für die Zulassung von Weiterbildungsstätten, die Anerkennung von Weiterbildungsbefugten und die Durchführung der Fachpsychotherapeut*innen-Prüfungen. Eine Riesenherausforderung auch für uns im hohen Norden. Mit Frau Dr. Bern (siehe Interview) haben wir aber eine sehr kompetente Mitarbeitende gewinnen können, die Vorstand und Geschäftsstelle schon nach kurzer Zeit hilfreich zur Seite steht. Wir bringen uns aktuell auf Bundesebene aktiv in die Planung der Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung ein, sprechen mit wichtigen potentiellen Kooperationspartner*innen (z. B. den bisherigen Ausbildungsinstituten, mit Klinikvertreter*innen, Sozialleistungsträgern, Verbänden) und versuchen v. a. Kolleg*innen zu motivieren, sich als Weiterbildungsbefugte berufen zu fühlen und sich berufen zu lassen. Sie werden es demnächst merken, somit seien Sie heute schon „vorgewarnt“.

Es gibt viel zu tun. Und um Erich Kästner zu zitieren: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“. Und natürlich Pippi Langstrumpf: „Ich mach mir die Welt, wie sie mir gefällt“. Und abschließend Bob, den Baumeister: „Yo, wir schaffen das!“

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Clemens Veltrup
Präsident

Außerordentliche Kammerversammlung am 13. Dezember 2021: Wahl einer Präsidentin/eines Präsidenten

Nachdem Heiko Borchers bei der Kammerversammlung am 29. Oktober 2021 sein Amt als Präsident niedergelegt hatte, fand am 13. Dezember 2021 in Präsenz im Sitzungssaal des Hermann-Ehlers-Hauses in Kiel-Projensdorf eine außerordentliche Kammerversammlung zur Wahl einer neuen Präsidentin/eines neuen Präsidenten statt, an der alle Kammerversammlungsmitglieder

teilnahmen. Dr. Clemens Veltrup wurde im ersten Wahlgang fraktionsübergreifend mit großer Mehrheit zum Präsidenten gewählt.

Für die dadurch freiwerdende Position eines Vorstandsmitgliedes wurde als einziger Kandidat Dr. Björn Riegel vorgeschlagen und im ersten Wahlgang einstimmig gewählt.

Daniela Herbst wird als Vizepräsidentin und Dagmar Schulz und Haluk Mermer werden als Vorstandsmitglieder im Amt bleiben.

Damit ist der Vorstand wieder komplett und kann seine nach der letzten Kammerwahl im August 2020 begonnene kollegiale und vertrauensvolle Zusammenarbeit fortsetzen.

Daniela Herbst
Vizepräsidentin



Vizepräsidentin Herbst gratuliert dem neuen Präsidenten Dr. Veltrup.
(Foto: Dagmar Schulz)



Der gesamte Vorstand der PKSH (von links): Dr. Björn Riegel, Dagmar Schulz, Dr. Clemens Veltrup, Daniela Herbst und Haluk Mermer
(Foto: Luise Bodenstern)

Verstärkung für das Kammerteam: Neue Referentin für Weiterbildung

Wir möchten Ihnen unsere neue Kollegin, Frau Dr. Christina Bern, Referentin für Weiterbildung, vorstellen. Sie verstärkt seit dem 1. Januar 2022 das Geschäftsstellenteam für diesen wichtigen Bereich. Im Laufe ihrer bisherigen Tätigkeit bei uns hat der Kammergeschäftsführer, Herr Michael Wohlfarth, mit ihr ein kurzes Interview durchgeführt:

Michael Wohlfarth: Was reizt Sie besonders an Ihrer neuen Tätigkeit?

Dr. Christina Bern: An dem Aufbau und der späteren Leitung des Ressorts Weiterbildung reizt mich insbesondere, dass es sich um eine Tätigkeit handelt, die herausfordernd ist, da – wie bekannt – die Weiterbildung durch die Reform der Psychotherapieausbildung völlig neu geregelt ist. Das betrifft so-

wohl rechtliche, sowie auch organisatorische und praktische Umsetzungen. Zudem handelt es sich um eine interdisziplinäre Aufgabe, die es erforderlich macht, mich über die rechtliche Expertise hinaus zu bewegen, mich abzustimmen und für mich erstmal fachfremde Zusammenhänge zu verstehen und in meine Arbeit zu integrieren.

Was qualifiziert Sie besonders für die Aufgabe der Referentin für Weiterbildung?

Mein besonderes Interesse gilt der Gesundheitsbranche, in der ich mich bis jetzt beruflich bewegt habe. Zudem habe ich zwischen dem ersten und zweiten Staatsexamen im Fach Jura einen Master im Medizinrecht abgeschlossen. Während dieser Zeit war ich unter anderem in einem Max-Planck-Institut

beschäftigt, bei dem es in einer interdisziplinären Nachwuchsforschergruppe (auch) um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psycholog*innen und Jurist*innen ging. Meine rechtliche Promotion, die ich als Stipendiatin der Andrea-von-Braun Stiftung absolvierte, behandelt ein rechtliches Thema an der Schnittstelle u. a. zum Medizinrecht. Diese aufgezeigten Erfahrungen werden mir zu Gute kommen, um diese neue, für mich herausfordernde Aufgabe, auszuführen.“

Welche Ziele verfolgen Sie in Ihrer neuen Position und wie war ihr Start bei der PKSH?

Wir sind für unsere Mitglieder, aber auch Weiterbildungsstätten und weitere Beteiligte erster Ansprechpartner rund um das Thema Weiterbildung. Mein Ziel ist,

die Abteilung so zu strukturieren, dass eine zügige Umsetzung der neuen Weiterbildung für Psychotherapeut*innen erfolgt – im Rahmen der Einflussmöglichkeiten der PKS H.

Mein Start bei der PKS H war sehr gut. Ich bin im Team und von meinen Vorgesetzten sehr freundlich aufgenommen worden und alle nehmen sich die Zeit, meine Fragen zu beantworten und mir

auch bei ganz praktischen Dingen beiseite zu stehen. Vielen Dank dafür.

Vielen Dank für das Interview und weiter eine gute, erfolgreiche Zeit bei uns.

Zweites Treffen leitender Psychotherapeut*innen in Schleswig-Holstein

Am 03.02.2022 fand das zweite Treffen leitender Psychotherapeut*innen online statt. An der Veranstaltung nahmen neben den Mitgliedern des PTI-Ausschusses 27 Psychotherapeut*innen in Leitungsfunktion teil. Als Expert*innen für den Bereich der Weiterbildung waren die seit Januar in der PKS H beschäftigte promovierte Juristin Dr. Christina Bern und der Präsident, Dr. Clemens Veltrup, eingeladen.

Die Ausschusssprecherin Birte Ernst moderierte die Veranstaltung. Nach einer Begrüßung durch den PTI-Ausschuss stellte Dr. Christina Bern sich als Weiterbildungsreferentin der PKS H vor. Danach gab Herr Dr. Veltrup anknüpfend an die beim ersten Treffen vermittelten Informationen ein Update zur Musterweiterbildungsordnung. Im Fokus standen dabei sowohl Finanzierung der Weiterbildung als auch Ermächtigung zu Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsstätten. Im Anschluss

an den Vortrag bestand Raum für Fragen und Diskussionsbeiträge, der intensiv genutzt wurde.

Des Weiteren referierte Jan Albers über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Neben grundlegenden Informationen zu dieser Systematik stellte Jan Albers die aktuelle Entwicklung und mögliche Auswirkungen auf den Berufsstand dar. Hierbei wurde auch auf die Aktion der BPtK „Koooperative Behandlungsleitung in Kliniken sichern“ Bezug genommen. Auch hier schloss sich ein reger Meinungsaustausch an.

Für Juni 2022 plant der PTI-Ausschuss ein weiteres Treffen leitender Psychotherapeut*innen. Da wir die Rückmeldung erhalten haben, dass einzelne Gruppen sich bisher nicht ausreichend angesprochen fühlten, möchten wir betonen, dass wir mit der Bezeichnung „Psychotherapeut*innen in

Leitungsfunktion“ angestellte Erwachsenen-Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in Leitungsfunktionen aus dem ambulanten und dem (teilstationären) stationären Bereich der Akutversorgung und medizinischen Rehabilitation genauso wie leitende psychotherapeutische Kolleg*innen aus der Schulpsychologie, der Eingliederungshilfe usw. verstehen.

Ein konkretes Datum und eine Tagesordnung werden wir an die uns bekannten Mailadressen senden. Falls sie sich angesprochen fühlen und gerne auf die Mailingliste gesetzt werden wollen, schicken Sie uns gerne eine Mail an pti-ausschuss@pksh.de. An diese Adresse können Sie auch gerne Themenvorschläge senden.

Bis bald!

Der PTI-Ausschuss

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kolleg*innen:

Rahe, Helga
geb. 28.10.1957, Osnabrück
verst. 26.08.2021, Kiel

Hahn, Andreas
geb. 09.01.1955
verst. 06.12.2021, Itzehoe

Rönnau, Dr. Heidi
geb. 05.07.1948, Bad Hersfeld
verst. 20.12.2021, Kiel

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

Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

Baden-Württemberg

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

Hamburg

Hallerstr. 61
20146 Hamburg
Tel. 040/226226-060
Fax 040/226226-089
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr
info@ptk-hamburg.de
www.ptk-hamburg.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Goyastr. 2d
04105 Leipzig
Tel. 0341/462432-0
Fax 0341/462432-19
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr und
12.30 – 15.00 Uhr
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Bayern

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

Hessen

Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/53168-0
Fax 0611/53168-29
Mo 10.00 – 13.00 Uhr
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr
post@ptk-hessen.de
www.ptk-hessen.de

Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel. 06131/93055-0
Fax 06131/93055-20
Mo – Fr 10.00 – 13.00 Uhr
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin
Tel. 030/887140-0, Fax -40
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr
Di 13.00 – 18.00 Uhr
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Niedersachsen

Leisewitzstr. 47
30175 Hannover
Tel. 0511/850304-30
Fax 0511/850304-44
Mo, Mi, Fr 9.00 – 11.30 Uhr
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr
info@pknds.de
www.pknds.de

Saarland

Scheidterstr. 124
66123 Saarbrücken
Tel. 0681/954555-6
Fax 0681/954555-8
Mo, Di, Do 9.00 – 12.00 Uhr
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Bremen

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

Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10
40549 Düsseldorf
Tel. 0211/522847-0
Fax 0211/522847-15
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr
Fr 8.30 – 14.00 Uhr
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

Schleswig-Holstein

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Fr 9.30 – 11.30 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Bitte beachten Sie, dass die telefonischen Sprechzeiten aufgrund der aktuellen Corona-Situation von den hier angegebenen abweichen können.

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), Holger Grotjohann (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), Jens J. Müller (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 Psychotherapeutenjournal's erforderlichen Adressdaten

haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

21. Jahrgang, Ausgabe 1/2022

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Bonifatius GmbH
33100 Paderborn

Papier

100 % Recyclingpapier von Steinbeis



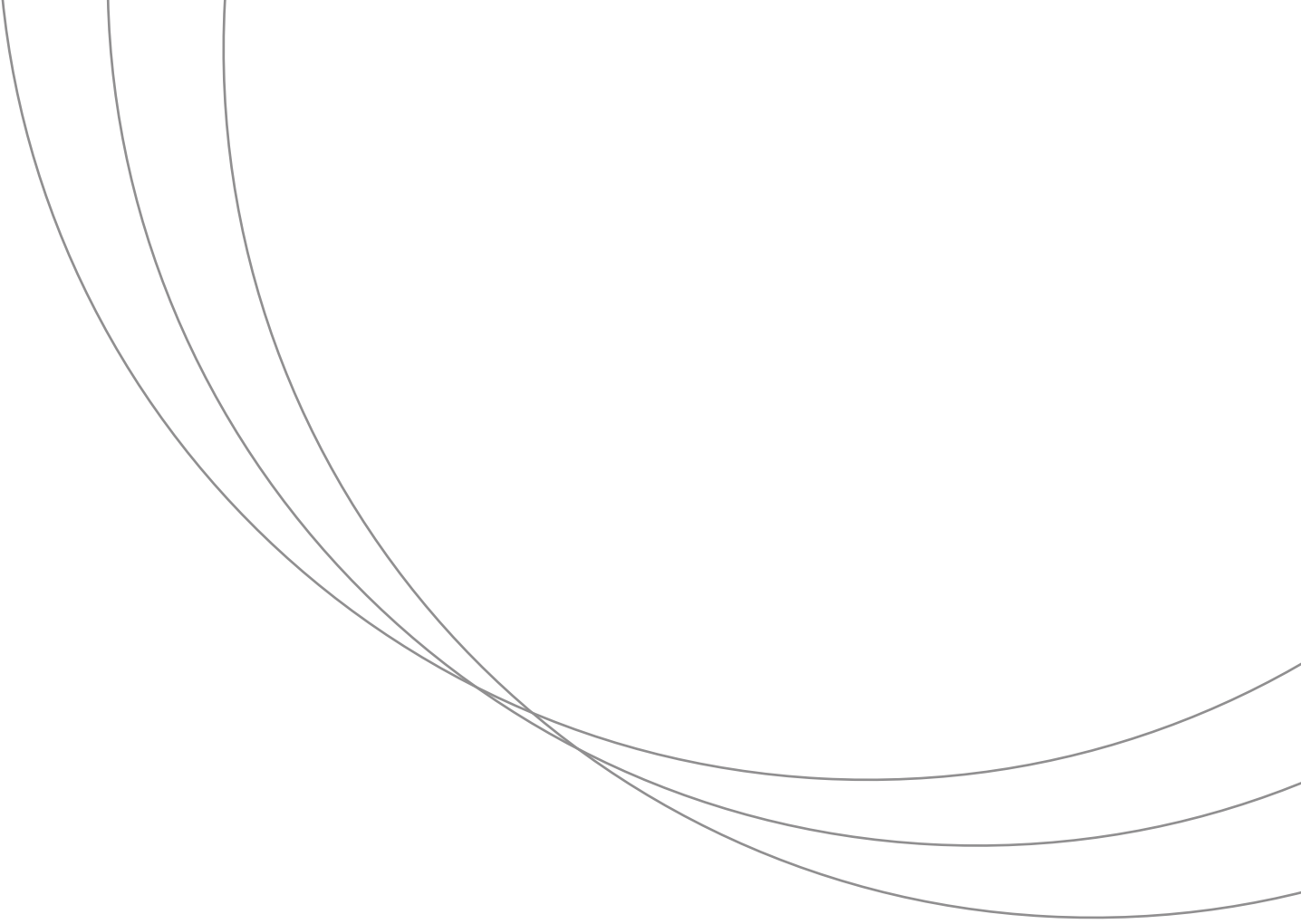
Manuskripte

Einreichungsschluss für Ausgabe 3/2022 ist 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.

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

