

Psychotherapeuten journal

- Der Ukraine-Krieg und seine Folgen:
Was können wir als Psychotherapeut*innen tun?
- Auch für Geflüchtete aus der Ukraine:
START(-Kids) – Kurzstabilisierungskonzepte
für belastete Kinder und Jugendliche
- Zum Potenzial von digitalen Angeboten für die
psychotherapeutische Praxis
- Zur Lage der angestellten Psychotherapeut*innen –
eine Bilanz
- Zur Evaluation von Psychoedukation bei chronischen
Schmerzpatient*innen
- In der Serie zur ICD-11: Die Prämenstruelle
Dysphorische Störung und Neuerungen bei
den Störungen durch Substanzkonsum

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 Kolleg*innen,

aktuelle Nachrichten am 05.04.2022 – ein kleiner Auszug: Impflicht – neue Kompromisslinie bei Ü60 wird diskutiert; Sitzung Sicherheitsrat zu den Verbrechen in Butscha; Plastik in der Arktis; keine aktuelle Meldung zum Klima; Kommentar Hurrelmann: Generation Dauerkrise ...

Mit dem Editorial haben wir es in aller Regel so gehalten, dass neben dem Geleit für oder der Einstimmung auf die Inhalte der vorliegenden Ausgabe ein Blick auch auf die uns umgebende Lebenssituation gerichtet wird. Die gerade laufenden Vorarbeiten zu der Ausgabe, die Sie nun in der Hand halten, finden in einer Zeit statt, in der die äußeren Ereignisse jedoch so übermächtig erscheinen, dass die Zuwendung zur Routine schwerfällt. Angst und Unsicherheit haben verstärkt Einzug in unser Leben gehalten. Trauer, Wut, Fassungslosigkeit und Ohnmacht kommen bei vielen hinzu, wenn sie sich konfrontieren oder konfrontiert werden mit dem Schicksal der Menschen in der Ukraine und den Bildern und Schilderungen der Gewalt, Destruktivität und Menschenverachtung, die den Krieg, der dort geführt wird, kennzeichnet.

Zurzeit laufen hierzulande die Diskussionen, wie angemessen zu helfen ist – über die eingeleiteten humanitären Aktivitäten hinaus. Wie viel und welche aktive Unterstützung zur Selbstverteidigung der Ukraine kann gewährt werden, angesichts der Unklarheit, ob diese Handlungen nicht selbst eine unberechenbare eskalierende Wirkung entfalten könnten.

Mit einem Mal sind die fragilen Abhängigkeitsverhältnisse unserer freien Gesellschaft offengelegt worden. Besonders für die jüngere Generation,



Foto: Franziska Bauermeister

die den Kalten Krieg nicht mehr miterlebt hat, sind die bislang als selbstverständlich hingenommenen Grundlagen der europäischen Friedensordnung erschüttert worden. Bei vielen der sich nun aufdrängenden Fragen erscheinen Staat und Gesellschaft in der Diskussion ungeübt. Zudem richten sie sich an eine Bevölkerung, die überwiegend einen hohen Lebens- und Sicherheitsstandard gewohnt ist und immer schneller wirksame Problemlösungen einfordert.

Der Krieg in der Ukraine stellt eine Zäsur dar. Und es fällt offenbar nicht nur aufgrund der geografischen Nähe schwerer, Distanz herzustellen, als bei anderen gewaltsamen Konflikten. Nun gibt es auch in der täglichen individuellen Lebenssituation spürbare direkte Auswirkungen, die sicherlich (noch) vergleichsweise gering sein mögen, aber auch als stetige Erinnerung oder als Appell an die Wachsamkeit wirken.

Für welche Veränderungen sind wir bereit in Anbetracht fehlender Sicherheit? Welche Konsequenzen mögen daraus erwachsen? Wie viel Solidarität, wie viel Distanz erscheinen uns gut (genug)?

Der deutsche Bundeskanzler sprach von einer „Zeitenwende“. Die Konsequenzen, die sich langfristig aus der aktuellen Dynamik und den zu treffenden Entscheidungen ergeben, dürften jedoch nur bedingt absehbar sein, auch wenn mit wissenschaftlicher Expertise

zumindest wirtschaftliche Szenarien berechnet werden.

Nicht nur in unserem privaten Menschsein, auch als Psychotherapeut*innen in unserer Berufsausübung sind wir von den Einflüssen unserer Umwelt betroffen. Nicht nur, wenn wir uns entscheiden, mit Menschen, die den Kriegsgebieten entkommen konnten, zu arbeiten, sondern auch mit den Patient*innen, die aufgrund bestehender Vulnerabilität noch weniger die Möglichkeit haben, ihre eigene Angst und Unsicherheit auszuhalten und zu kontrollieren.

Welches Maß an Konfrontation ist in einer solchen Situation das richtige? An welchen Kriterien orientiert man sich? Politisch gesehen scheint eine erste Lehre zu sein, dass eine unzureichende Konfrontation mit der Realität jedenfalls weder Sicherheit noch Unabhängigkeit fördert.

Wir wissen beim Schreiben dieses Textes noch nicht, wie viele weitere Opfer Krieg und Terror gefordert haben werden und wie sich unsere Lebenssituation oder zumindest die Bedrohung des gewohnten Erlebens von Sicherheit entwickelt haben wird, wenn die neue Ausgabe des PTJ in Ihrem Briefkasten liegt. Auf ein schnelles Ende der Gewalt und eine nachhaltige friedliche Lösung können wir zum jetzigen Zeitpunkt nur hoffen.

Jörg Hermann & Holger Grotjohann
(Niedersachsen)
Mitglieder des Redaktionsbeirates

Inhalt

Originalia

111

Carmen Schäuuffele, Christine Knaevelsrud & Johanna Böttcher

Das Beste aus zwei Welten? Zum Potenzial von digitalen Angeboten für die psychotherapeutische Praxis

Digitale Interventionen können vielversprechende Ergänzungen für die psychotherapeutische Praxis bieten. Der vorliegende Artikel beleuchtet das Potenzial verschiedener Einsatzmöglichkeiten digitaler Interventionen in der Psychotherapie und gibt Einblick in aktuelle Forschungstätigkeiten in diesem Feld.

117

Mona Lange-von Szczutowski

Psychoedukation und Lernprozesse – Die Evaluation edukativer Maßnahmen bei chronischen Schmerzpatient*innen

Die Chronifizierung von Schmerzen kann für betroffene Patient*innen in ihrem Alltagserleben eine Herausforderung darstellen und weitere Komplikationen hinsichtlich der medizinischen Versorgung und des Vertrauens in das medizinische Gesundheitssystem implizieren. Der vorliegende Artikel fokussiert die Lerndimensionen chronisch erkrankter Schmerzpatient*innen und verweist auf bedeutsame Lernpotenziale im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung.

125

Andrea Dixius & Eva Möhler

START und START-Kids: Kulturintegrierte und niedrigschwellige Kurzstabilisierungskonzepte zur Arousal-Modulation für belastete Kinder und Jugendliche

Die von den Autorinnen zunächst für unbegleitete minderjährige Geflüchtete entwickelten strukturierten Kurzzeittherapiemanuale START und START-Kids bieten unabhängig vom Herkunftsland stark belasteten Kindern und Jugendlichen einen niedrigschwelligen Zugang zu raschen stabilisierenden therapeutischen und pädagogischen Hilfen an. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über das START-(Kids-)Konzept und stellt Pilotstudien zur Wirksamkeit der Interventionen vor.

Serie

134

Gallus Bischof, Wilma Funke & Michael Müller-Mohnssen

Störungen durch Substanzkonsum in der ICD-11

Der Artikel gibt eine Übersicht zu den wichtigsten Neuerungen im Bereich substanzbezogener Störungen in der ICD-11. Gegenüber der ICD-10 wurden die klassifizierbaren Substanzgruppen erweitert und die Schwelle zur Vergabe einer Abhängigkeitsdiagnose abgesenkt. Durch die Beibehaltung der Unterscheidung von „schädlichem Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ ergeben sich gegenüber dem DSM-5 deutliche Abweichungen in der diagnostischen Zuordnung. Der Beitrag diskutiert die Implikationen für Forschung und Praxis.

138

Sibel Nayman, Isabelle F. Schrickler & Christine Kühner

Die Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS): Eine neue Diagnose in der ICD-11

Nicht selten führt die Unkenntnis über die Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS) zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen. Mit der Aufnahme der PMDS in die ICD-11 wird eine Verbesserung der Behandlung der PMDS erhofft. Dieser Übersichtsartikel beschreibt das Erscheinungsbild der Diagnose sowie die Abgrenzung zu anderen zyklusbezogenen Erkrankungen und stellt aktuelle Befunde zur Epidemiologie, Ätiologie und zu Behandlungsoptionen vor.

Nachruf

- 148** *Rüdiger Retzlaff*
Nachruf auf Helm Stierlin (1926–2021)

20 Jahre Psychotherapeuten- journal: Bilanz und Ausblick

- 149** *Heiner Vogel, Andrea Benecke & Dietrich Munz*
Seit 20 Jahren sind angestellte Psychotherapeut*innen in den Kammern – hat sich das ausgezahlt?

Interview

- 158** *Manfred Thielen im Gespräch mit Maria Böttche*
Der kriegerische Überfall auf die Ukraine – wie wirkt er in die Psychotherapien ein und was können wir als Psychotherapeut*innen tun?

Rezensionen

- 163** **Eine kritische Betrachtung aktueller Depressionsbehandlung**
Eine Rezension von Dominik Gall: Padberg, T. (2021). Die Depressions-Falle: Wie wir Menschen für krank erklären, statt ihnen zu helfen.
- 164** **Anregendes Grundlagenwerk zur Prozessorientierten Psychotherapie**
Eine Rezension von Kai Herthneck: Hauser, R., Heidelberg, R., Weyermann, R., Helbling, J., Goodbread, J., Hörtreiter, S. & Apel, C. (2022). Prozessorientierte Psychotherapie. Einführung in Theorie, Methoden und Praxis. Mit einem Geleitwort von Arnold Mindell.
- 165** **Mehr als nur ein Ausstellungskatalog**
Eine Rezension von Hans-Volker Werthmann: Husmann, B. (2022). Über 100 Jahre Autogenes Training. Exponate einer Ausstellung zur Geschichte der „konzentrativen Selbstentspannung“.

Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

170	Bundespsychotherapeutenkammer	196	Hessen
176	Baden-Württemberg	200	Niedersachsen
180	Bayern	204	Nordrhein-Westfalen
185	Berlin	208	Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
188	Bremen	211	Rheinland-Pfalz
192	Hamburg	215	Saarland
		218	Schleswig-Holstein

107	Editorial
166	Leserbriefe und Replik
222	Impressum Psychotherapeutenjournal
A1	Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages
A20	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.

Das Beste aus zwei Welten? Zum Potenzial von digitalen Angeboten für die psychotherapeutische Praxis

Carmen Schäuffele, Christine Knaevelsrud & Johanna Böttcher

Zusammenfassung: Digitale Interventionen können vielversprechende Ergänzungen für die psychotherapeutische Praxis bieten. Der vorliegende Artikel beleuchtet das Potenzial verschiedener Einsatzmöglichkeiten digitaler Interventionen in der Psychotherapie und gibt Einblick in aktuelle Forschungstätigkeiten auf diesem Feld. Der Artikel stellt außerdem eine digitale Intervention vor, die auf die Bedürfnisse der ambulanten Psychotherapie zugeschnitten ist. Der Entwicklungsprozess dieser verfahrens- und störungsübergreifenden Intervention, die partizipativ mit Patient*innen und Psychotherapeut*innen erarbeitet wurde, wird dargestellt.

Einleitung

Hohe Prävalenz- und Komorbiditätsraten von psychischen Störungen stehen erhebliche Behandlungslücken und Wartezeiten für den Zugang zu Psychotherapie gegenüber (z. B. BPTK, 2021; Mack et al., 2014). Weniger als 25 % der Betroffenen nehmen überhaupt eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Und wenn Betroffene eine Psychotherapie in Anspruch nehmen möchten, müssen sie mit Wartezeiten von drei bis neun Monaten rechnen. Verständlich, dass diese Situation für Psychotherapeut*innen in der Praxis und Betroffene wenig zufriedenstellend ist. Wie könnte der Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten erleichtert werden?

Digitale Angebote könnten dabei unterstützen, die Versorgungslage zu verbessern. Sie können einerseits niedrigschwellig diejenigen Betroffenen erreichen, für die eine klassische Psychotherapie nicht in Frage kommt – sei es aufgrund persönlicher Präferenzen oder anderer Barrieren wie örtlichen und zeitlichen Einschränkungen. Dabei gibt es ein breites Spektrum an digitalen Angeboten, die von Betroffenen eigenständig eingesetzt werden können: Internet- und mobil-basierte Interventionen (IMI) reichen von Achtsamkeits-Apps zu geleiteten Selbsthilfeprogrammen, in denen Psycholog*innen Betroffene bei der Bearbeitung unterstützen. Studien deuten für eine Bandbreite an psychischen Beschwerden auf eine gute Wirksamkeit von geleiteten und ungeleiteten IMI hin (z. B. Karyotaki et al., 2021; Pauley et al., 2021; Taylor et al., 2021). Erste geleitete Interventionen können sogar vergleichbare Effekte zu klassischer Psychotherapie mit persönlichem Kontakt aufweisen (Carlbring et al., 2018). Allerdings trifft dies nicht auf alle (mentalen) Gesundheits-Apps, die in App-Stores verfügbar sind, zu.

Eine Subgruppe von IMI stellen die sogenannten Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) dar. Als DiGA werden diejenigen Apps bezeichnet, die vorläufig oder dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM, 2022) aufgenommen sind und durch die Krankenkassen erstattet werden. IMI aus dem DiGA-Verzeichnis können dann von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auf Rezept verschrieben werden. Mit dieser Möglichkeit sind digitale Interventionen nun endgültig in der psychotherapeutischen Praxis angekommen. Allerdings ist das Feld der IMI deutlich breiter als die im DiGA-Verzeichnis aufgeführten Anwendungen und es finden sich viele weitere IMI, die in Forschungsprojekten entwickelt wurden oder in den App Stores verfügbar sind. Für die in App-Stores verfügbaren IMI bietet die mobile Health-App-Datenbank mHAD (www.mhad.science) einen Überblick über zahlreiche Apps, die von Expert*innen hinsichtlich ihrer Datensicherheit und ihres Inhaltes eingeschätzt wurden. Auch im KV-App-Radar (www.kvapp radar.de) finden Behandler*innen eine Übersicht über verfügbare Gesundheits-Apps mitsamt einer Bewertung und Empfehlungen zu Einsatzbereichen.

Es bleibt die Frage offen, wie diese IMI am besten in der Psychotherapie genutzt werden können. Der vorliegende Artikel beleuchtet kritisch das Potenzial verschiedener Einsatzmöglichkeiten digitaler Interventionen in der Psychotherapie und gibt Einblick in aktuelle Forschungstätigkeiten auf diesem Feld.

Was versteht man unter gemischter Psychotherapie?

Neben IMI als Interventionen, die Patient*innen eigenständig nutzen, ist für Psychotherapeut*innen vor allem die Integri-

on von digitalen Tools in die psychotherapeutische Behandlung interessant. In dieser gemischten Psychotherapie (auch „verzahnte Psychotherapie“, „blended therapy“ oder „blended care“ genannt), können IMI und Psychotherapie mit persönlichem Kontakt auf ganz unterschiedliche Art und Weise miteinander kombiniert werden. Gemischte Behandlungen kombinieren die Vorteile von IMI und regulärer Psychotherapie: Sie verbinden die Flexibilität und eine verbesserte Möglichkeit zum Transfer in den Alltag, den IMI bieten, mit dem persönlichen, individuellen Kontakt einer Psychotherapie, die Krisen erkennen und angemessen darauf reagieren kann (Schuster, Pokorny, et al., 2018; Schuster et al., 2020). Dementsprechend bevorzugen Psychotherapeut*innen tendenziell gemischte Therapien gegenüber reinen, für sich alleine stehenden IMI (Schuster et al., 2020).

In Abbildung 1 sind verschiedene Einsatzmöglichkeiten von IMI in der Psychotherapie mit persönlichem Kontakt dargestellt. Dabei unterscheidet sich, inwieweit die Online-Intervention und die Psychotherapiesitzungen miteinander verzahnt sind. IMI können als Zusatz zur Psychotherapie angeboten werden, ohne in die Psychotherapie integriert zu werden, z. B. vor Beginn der Psychotherapie zur Überbrückung von Wartezeiten oder im Nachgang zur Rückfallprävention. Sie können aber auch ein integraler Bestandteil der Therapie sein (z. B. Baumeister et al., 2018; Bielinski et al., 2021; Erbe et al., 2017).¹



Abbildung 1: Überblick über verschiedene Einsatzmöglichkeiten von IMI in der Psychotherapie

Wissenschaftliche Evidenz für verschiedene Verzahnungsgrade von gemischter Psychotherapie

Die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit deuten darauf hin, dass gemischte Therapie dazu beitragen kann, Psychotherapeut*innen Zeit zu sparen, die Therapieabbruchquote zu senken und erzielte Veränderungen nach Therapie-

ende zu stabilisieren (Erbe et al., 2017). Während diese Effekte vielversprechend sind, ist es schwierig, das übergreifende Potenzial von gemischten Therapien zu bestimmen, da gemischte Therapien ein so breites Spektrum an unterschiedlichen Setups und Settings umfassen (Erbe et al., 2017). Die unterschiedlichen Verzahnungsgrade sollten deshalb separat betrachtet werden.

Ist es für Psychotherapeut*innen und ihre Patient*innen hilfreich, IMI zur Überbrückung der Wartezeit zu nutzen?

Diese Frage muss auf Grund der bisherigen Studienlage eher mit „Nein“ beantwortet werden. Fuhr und Kolleg*innen (2018) untersuchten diese Frage in einer randomisiert-kontrollierten Studie: Patient*innen, die auf einen ambulanten Psychotherapieplatz warteten, bekamen entweder eine nicht angeleitete IMI für Depression oder wurden der Wartekontrollgruppe zugeteilt. Weniger als 50 % der eingeladenen Patient*innen hatten überhaupt Interesse, an der Studie teilzunehmen. Diejenigen, die sich auf eine digitale Intervention einließen, nutzten weniger als 50 % des dargebotenen therapeutischen Materials. Unabhängig davon, ob Patient*innen auf eine IMI zurückgriffen oder nicht – ihre Symptomatik verbesserte sich nicht wesentlich während der Wartezeit auf einen Therapieplatz. Ähnliche Ergebnisse kommen auch aus Schweden (Kenter et al., 2016): Um die Wartezeit zu überbrücken, wurden Patient*innen entweder einer internet-basierten Problemlösetherapie zugewiesen oder sie erhielten ein Selbsthilfebuch. Die Akzeptanz und Nutzung der Intervention blieb letzten Endes gering und es machte keinen Unterschied, ob die Patient*innen die Problemlösetherapie absolvierten oder das Selbsthilfebuch erhielten. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass Patient*innen, die sich bereits für eine Psychotherapie mit persönlichem Kontakt entschieden haben und bereit sind, die Wartezeit auf sich zu nehmen, eher keinen zusätzlichen Nutzen daraus ziehen, eine IMI zu verwenden.

Ist es für Psychotherapeut*innen und ihre Patient*innen hilfreich, IMI im Anschluss an die Psychotherapie zur Stabilisierung der Erfolge und Rückfallprophylaxe zu nutzen?

Hennemann und Kolleg*innen (2018) haben die Ergebnisse von 16 Studien zu internet-basierten Nachsorgeprogrammen bei Patient*innen mit unterschiedlichen Beschwerdebereichen zusammengefasst. Insbesondere für Angst und Depression weisen die Ergebnisse darauf hin, dass solche Nachsorgeprogramme tatsächlich dazu beitragen können, die erzielten Therapieerfolge aufrechtzuerhalten. Für andere Beschwerdebereiche und Indikatoren wie Hospitalisierungsraten zeigten sich gemischte Befunde.

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.

Ist es für Psychotherapeut*innen und ihre Patient*innen hilfreich, eine IMI parallel zur therapeutischen Behandlung zu nutzen?

Insgesamt gibt es noch wenige direkte Vergleiche von psychotherapeutischer Behandlung mit und ohne IMI. Die bisherigen Studien deuten darauf hin, dass die zusätzliche Nutzung einer IMI parallel zur Psychotherapie mit einem Nutzen gegenüber regulärer Psychotherapie verbunden sein kann. So zeigten *Berger und Kolleg*innen (2018)*, dass Patient*innen, die zusätzlich zur ambulanten Psychotherapie eine IMI für Depressionen heranzogen, höhere Symptomreduktionen erzielten als Patient*innen, die ausschließlich Psychotherapie erhielten. In dieser Studie war die IMI kein integraler Bestandteil der Psychotherapie und die Patient*innen bearbeiteten das Programm eigenständig.

Ist es für Psychotherapeut*innen und ihre Patient*innen hilfreich, IMI und Psychotherapiesitzungen abzuwechseln?

Eine Arbeitsgruppe aus den Niederlanden untersuchte in zwei Pilotstudien eine Form der gemischten Psychotherapie, in der sich die Bearbeitung von Online-Inhalten und Sitzungen mit persönlichem Kontakt abwechselten (*Kooistra et al., 2016, 2019*). Die gemischte Behandlung war kürzer als die reguläre Psychotherapie und die beiden Behandlungen unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer Effektivität.

Ist es für Psychotherapeut*innen und ihre Patient*innen hilfreich, IMI in die Psychotherapie zu integrieren?

Eine Studie aus Japan untersuchte eine Form der gemischten Psychotherapie, in der Patient*innen eigenständig Online-Material und Übungen (u. a. zu Verhaltensaktivierung, kognitiver Umstrukturierung und Problemlösefähigkeiten) bearbeiteten, was in der Psychotherapie vor- und nachbesprochen wurde (*Nakao et al., 2018*). Im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe zeigten die Patient*innen, die die gemischte Psychotherapie erhalten hatten, eine große Symptomveränderung. Zudem verringerte sich die Zeit des persönlichen Kontaktes zwischen Psychotherapeut*innen und Patient*innen im Vergleich zu regulärer Psychotherapie. Auch eine kleine unkontrollierte Studie, in der Gruppentherapie mit Online-Vor- und Nachbereitung angereichert wurde, zeigte vielversprechende Effekte (*Schuster, Fichtenbauer et al., 2018*).

Die hohe Verzahnung zwischen psychotherapeutischen Sitzungen und Online-Material ist noch vergleichsweise unerforscht. Psychotherapeut*innen, die IMI im Rahmen erster Studien in ihre Behandlung integrierten, empfanden die Nut-

zung von Online-Modulen grundsätzlich als hilfreich. Sie unterstrichen das Potenzial von IMI besonders in den Bereichen Monitoring/Diagnostik, Transfer der Therapieinhalte in den Alltag, Verfügbarkeit von therapeutischen Inhalten und Verbesserung der Therapiebeziehung durch eine offenere Interaktion auf Patient*innenseite (*Schuster, Pokorny et al., 2018; Titzler et al., 2018*).

Welche Barrieren bestehen hinsichtlich der Implementierung der gemischten Psychotherapie?

Bislang ist die gemischte Therapie in Deutschland nicht in der Regelversorgung implementiert. Mehrere Faktoren stellen Barrieren für die Implementierung von gemischten Therapien dar. In erster Linie sind die Bedürfnisse der praktizierenden Psychotherapeut*innen und der bestehenden IMI nicht aufeinander abgestimmt. Die Mehrheit der IMI und bisher untersuchten gemischten Therapien folgt einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz (z. B. *Andersson et al., 2019; Ebert et al., 2018; Erbe et al., 2017*). Das schließt auch die bisher gelisteten DiGA mit ein. Die ausschließliche Fokussierung auf KVT spiegelt weder die therapeutische Verfahrensausrichtung der in Deutschland in der Regelversorgung tätigen Psychotherapeut*innen noch den integrativen Ansatz vieler Psychotherapeut*innen wider. Einem Einsatz von IMI in der Praxis steht auch entgegen, dass viele der verfügbaren IMI auf die Behandlung von Angst oder Depression fokussiert sind. Sie lassen damit eine Vielzahl von Patient*innen außen vor und adressieren Komorbiditäten nicht ausreichend. In einer Interviewstudie mit Psychotherapeut*innen zu gemischten Therapien identifizierten *Titzler und Kolleg*innen (2018)* weitere Aspekte, die entscheidend für eine erfolgreiche gemischte Therapie sind: So wünschen sich Psychotherapeut*innen Autonomie in der Nutzung von IMI, sowohl dahingehend, dass sie diese individuell auf ihre Patient*innen zuschneiden möchten, als auch, dass sie entscheiden, wie sie die IMI in

— Laut der bisherigen Studienlage sind digitale Interventionen eher keine geeignete Hilfe zur Überbrückung der Wartezeit für eine Psychotherapie.

ihre Psychotherapie einbinden, z. B. hinsichtlich der Frequenz oder Verzahnung.

Diesen Ansprüchen werden aktuell keine für Psychotherapeut*innen zur Verfügung stehenden IMI/DiGA gerecht.

Das TONI-Projekt: Entwicklung und Evaluation von verfahrens- und störungsübergreifenden Online-Modulen für den Einsatz in der ambulanten Psychotherapie

In unseren Augen sollte ein digitales Angebot, das für ambulant tätige Psychotherapeut*innen wirklich attraktiv und für die Routineversorgung geeignet ist, schulenübergreifend sein, es sollte möglichst für alle Patient*innen geeignet sein und die Möglichkeit bieten, Inhalte auf einzelne Patient*innen zuzuschneiden. Ein aktuelles vom Innovationsfonds gefördertes Forschungsprojekt („PsyTOM“) verfolgt dieses Ziel. Dabei gliedert sich das Projekt in zwei Phasen, eine formative Forschungsphase der Interventionsentwicklung und einer Phase, die die der Untersuchung der Nutzung und Wirksamkeit einer solchen Intervention in der Versorgung dient.

Wie wurde TONI entwickelt?

In einem mehrstufigen Entwicklungsprozess waren im letzten Jahr Psychotherapeut*innen aller Schulen und Patient*innen mit verschiedenen Beschwerdebereichen involviert, um TONI (therapeutische Online-Intervention) zu entwickeln. In einem ersten Schritt identifizierten wir bestehende transdiagnostische Module, die IMI einsetzen. Das umfasste eine Auswahl an Modulen, die verschiedene transdiagnostische zugrunde liegende Prozesse adressieren und die damit bei verschiedenen Störungen eine Rolle spielen. Dazu gehörten z. B. die Themenbereiche Emotionsregulation oder soziale Kompetenz. Zu den Einstellungen und Anforderungen von Verhaltenstherapeut*innen gegenüber gemischter Psychotherapie liegen mehrere Untersuchungen vor. Hingegen fehlen Studien dazu, welche Anforderungen und Wünsche psychodynamisch und systemisch ausgerichtete Psychotherapeut*innen an Online-Module haben. In einem zweiten Schritt führten wir deshalb Expert*inneninterviews

— Psychotherapeut*innen wünschen sich vor allem eine verfahrensübergreifende gemeinsame Sprache für digitale Interventionen.

mit psychodynamisch und systemisch ausgebildeten Psychotherapeut*innen durch. In den Interviews kristallisierte sich heraus, dass Psychotherapeut*innen sich vor allem eine verfahrensübergreifende gemeinsame psychotherapeutische Sprache für eine solche Intervention wünschten. Basierend auf den Interviews und der Modulauswahl erarbeiteten wir erste Konzepte für verfahrensübergreifende Module. Diese Module stellten wir in einem dritten Schritt in Fokusgruppen Psychotherapeut*innen und psychotherapieerfahrenen Betroffenen vor und diskutierten sie. Psychotherapeut*innen

und Patient*innen gaben wichtige Hinweise für die inhaltliche und technische Gestaltung. So betonten beispielsweise beide Seiten, dass eine inklusive Sprache, Diversität in den Fallbeispielen und die Vermeidung einer „Selbstoptimierungsnote“ wichtig seien. Die Befragten signalisierten außerdem, dass sie sich den Einsatz der Module gut vorstellen konnten. In einem vierten Schritt wurden mit der Rückmeldung aus den Fokusgruppen Prototypen für Module erarbeitet und diese in einer weiteren Runde Fokusgruppen erprobt und diskutiert. Final lasen Psychotherapeut*innen verschiedener Verfahren, Patient*innen und ein Antidiskriminierungsexperte die Modultexte gegen und überprüften sie auf die identifizierten Ansprüche.

Wie ist TONI aufgebaut?

Die modulare, verfahrens- und störungsübergreifende Intervention für den Einsatz in der ambulanten Psychotherapie umfasst 12 Module zu psychotherapeutischen Themen (siehe Abbildung 2). Außerdem stellt TONI Patient*innen eine Selbstbeobachtungsfunktion („Tracker“) zu Bereichen wie Schlaf, Anspannung oder Craving zur Verfügung. Dem Wunsch nach Individualisierung haben wir an verschiedener Stelle Rechnung getragen: Jedes Modul kann individuell angepasst werden, indem nur einzelne Kapitel ausgewählt werden. Im Tracker können eigene zu beobachtende Bereiche je nach Bedarf (z. B. Verhaltensweisen, Gefühlszustände, Ereignisse) hinzugefügt werden. Patient*innen haben zudem eine flexible Tagebuchfunktion zur Verfügung, die genutzt werden kann. Die Behandlungsplanung verbleibt in den Händen der Psychotherapeut*innen: Sie entscheiden, welche Module sie bei ihren Patient*innen wann wie einsetzen. Außerdem können die Psychotherapeut*innen bestimmen, ob sie mit ihren Patient*innen auch schriftlich über die Plattform kommunizieren möchten. Auch den Wunsch nach Autonomie der Patient*innen haben wir berücksichtigt: Patient*innen haben die Möglichkeit, bei ihrem*ihrem Psychotherapeut*in Module anzufragen und es wird stets transparent gemacht, welche Inhalte von ihrem*ihrem Psychotherapeut*in eingesehen werden können. Die Verzahnung aus Online-Intervention und persönlichem Kontakt kann mit TONI flexibel und individuell realisiert werden. So sind verschiedene Varianten von gemischter Psychotherapie möglich. Psychotherapeut*innen

können Module einerseits parallel zur Psychotherapie als eigenständigen Zusatz einsetzen, ohne sie aktiv in die Psychotherapiesitzungen zu integrieren. Patient*innen könnten z. B. eigenständig audio-geleitete Achtsamkeitsübungen im Modul „Achtsamkeit“ ausprobieren oder sich mit dem Modul „Selbstwert und Kraftgeber“ über ihre Ressourcen klar werden. Psychotherapeut*innen können während der Sitzung auf die Online-Inhalte Bezug nehmen und besprechen, wie es ihren Patient*innen mit der Bearbeitung der Online-Module ging. Psychotherapeut*innen könnten vor der Sitzung

oder gemeinsam mit ihrem*ihre Patient*in zu Beginn der Sitzung einsehen, welche Inhalte ihr*ihre Patient*in eingetragen hat. Wenn Psychotherapeut*innen mit Übungen oder Selbstbeobachtungen zwischen den persönlichen Sitzungen arbeiten, finden Psychotherapeut*innen in TONI ein Repertoire an Funktionen und Übungen, die sie ihren Patient*innen empfehlen können. Beispielsweise könnten Patient*innen mit Schwierigkeiten in der Emotionsregulation dazu angeregt werden, zwischen den Sitzungen innerhalb von TONI ihre Anspannung mit der Trackerfunktion zu beobachten und im Modul „Mit Gefühlen umgehen“ die Anwendung von Skills auszuprobieren, was dann in den persönlichen Sitzungen vor- und nachbesprochen wird. Mit der Studie möchten wir herausfinden, wie Psychotherapeut*innen in der Praxis TONI nutzen und in die Psychotherapie einbinden.



Abbildung 2: Übersicht über die Module in TONI

Wie wird TONI wissenschaftlich untersucht?

TONI wird ab Juni 2022 im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie in der Versorgung wissenschaftlich untersucht. Zu diesem Zweck wird gemischte Psychotherapie (Psychotherapie plus TONI) mit regulärer Psychotherapie (Psychotherapie ohne TONI) in der Routineversorgung verglichen. Dabei interessiert uns einerseits, ob und wie Psychotherapeut*innen und Patient*innen TONI überhaupt verwenden, und andererseits, ob der Einsatz von TONI mit einem Nutzen für Psychotherapeut*innen und Patient*innen verbunden ist. Außerdem wollen wir untersuchen, inwiefern die gemischte Psychotherapie und reguläre Psychotherapie unterschiedliche Wirkmechanismen aufweisen und inwiefern TONI mit Nebenwirkungen verbunden ist.

Die TONI-Studie untersucht in der Versorgung, ob es für Psychotherapeut*innen und Patient*innen mit einem Nutzen verbunden ist, Online-Module einzusetzen. Mitmachen können psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen, die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen. Sie können ihre Patient*innen über den Studienverlauf sukzessive zur Studienteilnahme einladen, wenn sie über 18 Jahre alt sind und am Anfang der Therapie stehen. Außerdem benötigen sie Internet-Zugang und ausreichende deutsche Sprachkenntnisse.

Auf unserer Studienwebsite www.toni-therapie.de können Sie mehr über TONI erfahren und sich für die Studie anmelden.

Textbox 1: Weitere Informationen über die TONI-Studie

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die gemischte Psychotherapie vielversprechende Optionen zur Integration von digitalen Angeboten in die psychotherapeutische Praxis bietet. Auf Grund der aktuellen Forschungslage scheinen alle Kombinationen von digitalen Ansätzen und Psychotherapie – außer der Nutzung von IMI zur Überbrückung von Wartezeiten – mit Vorteilen verbunden zu sein. Auf die ambulante Psychotherapie zugeschnittene IMI, die eine gemeinsame therapeutische Sprache nutzen und störungsübergreifende Prinzipien adressieren, könnten insbesondere das Potenzial haben, die Digitalisierung in der Psychotherapie voranzubringen.

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.

Baumeister, H., Grässle, C., Ebert, D. D. & Krämer, L. V. (2018). Blended Psychotherapy – verzahnte Psychotherapie: Das Beste aus zwei Welten? *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 19 (04), 33–38.

Berger, T., Krieger, T., Sude, K., Meyer, B. & Maercker, A. (2018). Evaluating an e-mental health program („deprexis“) as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 227, 455–462.

Bielinski, L. L., Trimpop, L. & Berger, T. (2021). Die Mischung macht's eben? Blended-Psychotherapie als Ansatz der Digitalisierung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 66 (5), 447–454.

Erbe, D., Eichert, H.-C., Riper, H. & Ebert, D. D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19 (9), e306.

Fuhr, K., Fahse, B., Hautzinger, M. & Gulewitsch, M. D. (2018). Erste Erfahrungen zur Implementierbarkeit einer internet-basierten Selbsthilfe zur Überbrückung der Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68 (6), 234–241.

Hennemann, S., Farnsteiner, S. & Sander, L. (2018). Internet- and mobile-based aftercare and relapse prevention in mental disorders: A systematic review and recommendations for future research. *Internet Interventions*, 14, 1–17.

Kenter, R. M. F., Cuijpers, P., Beekman, A. & Straten, A. van. (2016). Effectiveness of a Web-Based Guided Self-help Intervention for Outpatients With a Depressive Disorder: Short-term Results From a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e4861.

Kooistra, L. C., Wiersma, J. E., Ruwaard, J., Neijenhuijs, K., Lokkerbol, J., van Oppen, P., Smit, F. & Riper, H. (2019). Cost and Effectiveness of Blended Ver-

sus Standard Cognitive Behavioral Therapy for Outpatients With Depression in Routine Specialized Mental Health Care: Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21 (10), e14261.

Nakao, S., Nakagawa, A., Oguchi, Y., Mitsuda, D., Kato, N., Nakagawa, Y. et al. (2018). Web-Based Cognitive Behavioral Therapy Blended With Face-to-Face Sessions for Major Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20 (9), e10743.

Schuster, R., Fichtenbauer, I., Sparr, V. M., Berger, T. & Laireiter, A.-R. (2018). Feasibility of a blended group treatment (bGT) for major depression: Uncontrolled interventional study in a university setting. *BMJ Open*, 8 (3), e018412.

Titzler, I., Saruhanjan, K., Berking, M., Riper, H. & Ebert, D. D. (2018). Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet Interventions*, 12, 150–164.



Dr. Carmen Schäuffele

Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
Klinisch-Psychologische Intervention
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
carmen.schaeuffele@fu-berlin.de

Dr. Carmen Schäuffele ist Psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Freien Universität Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in transdiagnostischen Therapieansätzen und digitalen Interventionen.



Prof. Dr. Christine Knaevelsrud

Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
Klinisch-Psychologische Intervention
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
christine.knaevelsrud@fu-berlin.de

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud ist Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für Klinisch-Psychologische Intervention an der Freien Universität Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Folgen und Behandlungsmöglichkeiten schwerer Traumatisierungen und dem Einsatz digitaler Kommunikationsmedien in der Psychotherapie.



Prof. Dr. Johanna Böttcher

Psychologische Hochschule Berlin
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Am Köllnischen Park 1 / 3
10179 Berlin
johanna.boettcher@phb.de

Prof. Dr. Johanna Böttcher ist Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Psychologischen Hochschule Berlin. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der Untersuchung digitaler Interventionen. Dabei interessiert sie zum einen die Wirksamkeit, einschließlich potenzieller negativer Effekte, zum anderen Wirkmechanismen und mögliche Prädiktoren von Therapieerfolg.

Psychoedukation und Lernprozesse – Die Evaluation edukativer Maßnahmen bei chronischen Schmerzpatient*innen

Mona Lange-von Szczutowski

Zusammenfassung: In Deutschland leiden etwa 8–16 Millionen Menschen unter einem chronischen Schmerzleiden (Fischer et al., 2010). Von einem chronischen Schmerzleiden wird dann gesprochen, wenn der Schmerz länger als sechs Monate andauert und somit seine eigentliche Warn- und Rehabilitationsfunktion verloren hat. Die Chronifizierung von Schmerzleiden impliziert des Häufigeren weitere Komplikationen wie Medikamentenmissbrauch oder Vertrauensverlust in das medizinische System. Die Divergenz der sektoralen Behandlungsinstitutionen kann zu einer Aufschichtung von Arztkonsultationen führen, welche häufig komplementär und nicht ineinandergreifend verlaufen können. Die Folgen der Behandlungsfülle und Varianz von Behandlungskonzepten unterschiedlich beteiligter medizinischer Fachgruppen können Fehlinformationen, eine hohe Kostenintensität und inkonsistente Therapieverläufe sein, welche aufgrund der hohen psychosozialen Belastung gesundheitsökonomische Folgen implizieren können (Bernal et al., 2000).¹ Aufgrund multidimensionaler Aspekte in Bezug auf die individuelle Krankheitsbewältigung erscheint eine ausführliche Psychoedukation im Bereich Aufklärung über das Krankheitsbild und Bewältigungsstrategien als besonders entscheidend. Untersucht wurden anhand von Experteninterviews insgesamt fünf Patient*innen, welche unter chronischen Schmerzen leiden. Im Umgang mit der Unfallsituation zeigten sich divergente Bearbeitungsversuche, die den Lernvorgängen unterschiedliche Funktionen zuordnen. Dies deutet darauf hin, dass infolge der Erkrankung Lernprozesse stattfinden, welche auf informeller, non-formaler und formaler Ebene vollzogen werden. Die vorliegende Untersuchung fokussiert hierbei die Lerndimensionen von chronischen Schmerzpatient*innen und ihre Lernpotenziale im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung.²

Einleitung

Im Rahmen der Schmerztherapie erfahren Schmerzpatient*innen bestimmte Maßnahmen, an denen viele verschiedene Berufsgruppen maßgeblich beteiligt sind und die sie in der Zeit ihres Aufenthaltes in der Klinik mit schmerztherapeutischer Abteilung als unterstützende Hilfe zur Rehabilitation erfahren. Die Verbindung zwischen den psychischen und den physischen Faktoren stellt dabei den zentralen Punkt der Edukation dar. Das chronische Schmerzsyndrom und ihre Multifaktoren sind in ihrer Entstehungsgeschichte vielschichtig und komplex aufzufassen. Nach Merskey (1994) rekurriert Schmerz zwischen biologischen und psychologischen Faktoren, wobei die subjektiv empfundene Schmerzwahrnehmung eine zusätzliche Betrachtungsrolle einnimmt (Merskey, 1994). Aufgrund der Komplexität des Entstehens eines chronischen Schmerzsyndroms und seiner Behandlung erscheint die Untersuchung von Lernaspekten auf individueller Ebene als wichtiger Teilaspekt der multimodalen Schmerztherapie. Aufgrund eigener klinischer Erfahrung in einer schmerztherapeutischen Abteilung, der ambulanten Praxiserfahrung und der damit verbundenen Sensibilisierung für Schmerzpatient*innen zeigt sich, dass sich Schmerzpatient*innen oftmals in einer für sie emp-

fundenen hoffnungslosen Situation befinden. Nicht nur die körperliche Erkrankung, sondern auch die Auswirkungen in das berufliche und private Alltagsleben stehen im Fokus des Krankheitsgeschehens. Im Laufe der Schmerztherapie durchlaufen Schmerzpatient*innen mehrere Stationen von Lerndimensionen, wie die Aufklärung von ärztlicher Seite, der Behandlung und mehrfacher Therapieangebote. Die hier vorgestellte Untersuchung soll anhand einer qualitativen Analyse verdeutlichen, in welchem Ausmaß Lernfaktoren an der Krankheitsbewältigung chronischer Schmerzen beteiligt sind und welche Indikationen im psychotherapeutischen Vorgehen sich hieraus ergeben.

Chronische Schmerzen – Epidemiologische Daten

Von chronischem Schmerz wird dann gesprochen, wenn der Schmerz länger als sechs Monate andauert und dieser

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

² Besonderer Dank geht an Gordon Krahl der BGU Frankfurt für die Unterstützung der vorliegenden Untersuchung.

somit seine eigentliche Warn- und Rehabilitationsfunktion verloren hat. Dadurch entstehen meist weitere Komplikationen wie zum Beispiel Medikamentenmissbrauch oder aber Vertrauensverlust in das medizinische System, die bei mehr als 20 % zu ausgeprägten chronischen Störungen führen, welche wiederum eine deutliche Einschränkung des Alltags der Patient*innen bedeuten können (Verhaak et al., 2006). Daher bedürfen Schmerzpatient*innen einer besonderen Betreuung. Dabei stellen die psychischen Faktoren einen wesentlichen Teil bei der Entstehung beziehungsweise bei der Aufrechterhaltung eines chronischen Schmerzeleidens dar. Die psychischen Faktoren, wie zum Beispiel Depressionen, Angst, sozialer Rückzug oder Stress, haben dabei einen hohen Einfluss auf das subjektive Schmerzerleben (Wittchen et al., 1999). Zusätzlich kommt es häufig zu einer ausgeprägten Schonhaltung, die ihrerseits Beschwerden in Form von zum Beispiel Muskelabschwächung oder Verspannungen nach sich ziehen können.

Klassifikation Somatisierungsstörungen

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders implizierte in der vierten Auflage (DSM-IV) eine Klassifizierung der Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren, Schmerzstörungen mit psychischen und medizinischen Faktoren (s. Tab. 1).

Kriterium	Symptomatik
Kriterium A	Schmerzen in einer oder mehrerer anatomischer Regionen von ausreichendem Schweregrad, um klinische Beachtung zu rechtfertigen
Kriterium B	Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
Kriterium C	Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen.
Kriterium D	Symptom oder Ausfall wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht.
Kriterium E	Schmerz kann nicht besser durch affektive, Angst- oder psychotische Störungen erklärt werden und erfüllt nicht die Kriterien für Dyspareunie.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Schmerzstörung nach DSM-IV, 1994

In der fünften und revidierten Auflage (DSM-5) ergibt sich eine grundlegend neue Konzeptionalisierung der Diagnosekriterien somatoformer Störungen hin zu somatischen Belastungs- und verwandten Störungen. Die Mindestanzahl an somatischen Symptomen und die Dauer der Beschwerden auf länger als sechs Monate wurde insgesamt reduziert. Vorliegende medizinische Funktionseinschränkungen wurden im DSM-5 miteingeschlossen, wenn der Leidensdruck über das erwartbare Maß hinausgeht (American Psychiatric Associ-

ation, 2013). In der revidierten Fassung ergeben sich darüber hinaus noch folgende psychologische Diagnosekriterien, welche im Gegensatz zu der vorigen Fassung (DSM-IV) noch zum Einschluss von Patient*innen geführt hätten: exzessives Gedankenkreisen oder krankheitsrelevante Verhaltensweisen, die in Zusammenhang mit den somatischen Beschwerden stehen oder mit großen Gesundheitsängsten verbunden sind (van Geelen et al., 2015).

Einteilung nach ICD-10

Innerhalb des Klassifikationssystems der ICD-10 befinden sich die somatoformen Störungen unter Kapitel V der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48). Das Charakterspezifikum nach ICD-10 stellt die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome und einhergehender Forderung medizinischer Untersuchungen dar, welche keine medizinische Befundung ergab. Bei bestehendem Zusammenhang des Beginns und Dauer des schmerzsymptomatischen Beschwerdebildes mit kritischen Lebensereignissen werden psychische Ursachen vonseiten der Patient*innen ausgeschlossen (Grabe et al., 2003).

DSM-5	ICD-10
300.82 Somatische Belastungsstörung	F45.0 Somatisierungsstörung
300.7 Krankheitsstörung	F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung
300.11 Konversionsstörung	F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
316 Psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen	F 45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
300.19 Vorgetäuschte Störung	F45.2 Hypochondrische Störung
300.89 Andere näher bezeichnete somatische Belastungsstörung und verwandte Störung	F44 Dissoziative Störung
300.82 Nicht näher bezeichnete somatische Belastungsstörung und verwandte Störung	F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Störungen
	F45.8 Sonstige somatoforme Störungen F45.9 Nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen

Tabelle 2: Klassifikation der somatoformen Störungen im Überblick nach DSM-5 und ICD-10

Die zeitliche Komponente einer Schmerzstörung wird dabei unterschiedlich definiert. Nach DSM-5 kann bei einer Dauer von länger als sechs Monaten das chronische Schmerzsyndrom diagnostiziert werden. Laut IASP erfolgt die Definition eines chronischen Schmerzsyndroms bereits nach drei Monaten. Nach Hall (1982) wird die zeitliche Dauer von sechs Monaten angegeben, indem die Schmerzen trotz an-

gelaufener Behandlungsversuche anhalten. Dabei geben laut Deutscher Schmerzliga e. V. zwei Drittel der Bevölkerung an, unter chronischen Rückenschmerzen, 3 % unter täglichen Spannungskopfschmerzen und 10 % unter Migräne zu leiden (Deutsche Schmerzliga, 2015). Aufgrund der schwankenden Daten epidemiologischer Untersuchungen werden die Prävalenz- und Inzidenzraten chronischer Rückenschmerzen häufig hinzugezogen (Gobel et al., 2001).

Prävalenz somatoformer Störungen

Die somatoforme Störung stellt neben den Angststörungen und den affektiven Störungen eine der häufigsten psychischen Erkrankungen dar (Steinbrecher et al., 2011). Anhand einer Lebenszeitprävalenz von 12,9 % zeigt sich die Bedeutsamkeit der medizinischen und psychologischen Versorgung (Meyer et al., 2000), wobei 25–50 % der Fälle von Patient*innen mit somatoformen Symptomen ungeklärt verbleiben (Barsky, 1995). Ein chronisch verlaufender Symptomprozess zeigt sich bei 20 % der Patient*innen (Verhaak et al., 2006) und ein damit einhergehendes erhöhtes Risiko der Entwicklung weiterer komorbider Störungen (Cohen et al., 2008). Bei fehlender Behandlung somatoformer Beschwerden ergibt sich bei der Mehrheit der Patient*innen nach Ablauf von drei Jahren eine Arbeitsunfähigkeit (Reid et al., 2003).

Untersuchung	Ergebnisse in %
Breivik et al., 2006 →46.394 Proband*innen	19 % chronische Schmerzen 66 % moderate Schmerzen 34 % starke Schmerzen 59 % Schmerzdauer zwischen 2-15 Jahre 19 % Verlust der Arbeitsstelle 21 % Komorbide Diagnose Depression
Blyth et. al, 2001 →17.543 Proband*innen	17,1 % tägliche Schmerzen (Männer) 20 % tägliche Schmerzen (Frauen) 11 % negativer Einfluss des Schmerzes auf den Alltag (Männer) 13,5 % negativer Einfluss des Schmerzes auf den Alltag (Frauen) 7,6 % arbeitslos 1,3 % gaben keine Schmerzen an

Tabelle 3: Prävalenz chronischer Schmerzen
Quelle: Breivik et al., 2006; Blyth et. al., 2001

Nach Breivik und Kolleg*innen (2006) ergab eine groß angelegte epidemiologische Studie in verschiedenen Teilen Europas und in Israel, dass 19 % unter chronischen Schmerzen bei einer Dauer von mindestens sechs Monaten litten (Breivik et al., 2006). Innerhalb der ebenfalls groß angelegten Untersuchung von Blyth (Blyth et al., 2001) werden tägliche Schmerzen bei 17,1 % der Männer und 20 % der Frauen angegeben. Dabei haben Blyth et. al. (2001) die Belastungsfaktoren gemessen, welche bei 11 % der Männer und 13,5 % der Frauen einen negativen Einfluss auf den Alltag einnehmen (Blyth et al., 2001). Bei

einer Befragung der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. nach den Gründen für die Schmerzen gaben 26 % der befragten Schmerzpatient*innen an, allgemein unter einer Krankheit zu leiden, 19 %, unter einer seelischen Belastung zu leiden, 12 %, einen Unfall erlitten zu haben, 11 %, unter den beruflichen Belastungen zu leiden, und 8 %, Schmerzen nach Operationen zu haben (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 2020). Hierbei erscheint vor allem die seelische Belastung, welche zu einem Schmerzleiden führt, als besonders relevant. Negative Gefühle, wie Trauer oder Angst, verstärken das Schmerzempfinden und führen zu depressiven oder ängstlichen Störungen (Wachter, 2013). Bei der Behandlung chronischer Schmerzen wird vor allem der Bereich der Schmerzwahrnehmung bearbeitet, wobei eine Emotionsdifferenzierung als Ziel der psychotherapeutischen Behandlung definiert werden kann. Anhand der vorliegenden Untersuchung sollen die subjektiven emotionalen Parameter hinsichtlich der Emotionsdifferenzierung von Schmerzpatient*innen stärker fokussiert werden.

Erklärungsmodelle somatoformer Störungen

Nach der Gate-Control-Theorie unterscheiden Melzack und Wall (1965) eine sensorisch-diskriminative, eine motivational-affektive und kognitive-bewertenden Schmerzkomponente (Melzack & Wall, 1965). Die multidimensionale Sichtweise erlaubt es, somatische und psychische Merkmalskomponenten in ein Störungsbild zu integrieren und beide als auslösende und aufrechterhaltende Faktoren aufzufassen (Jacobson et al., 1996). Neben dem dualistischen Prinzip von Melzack und Wall (1965) erweitern Turk und Monarch (2002) auf vier Schmerzdimensionen für die Schmerzentstehung des chronischen Schmerzes aus biopsychosozialer Perspektive, welche folgende psychoedukative Elemente implizieren:

1. Physiologische Reaktion
2. Kognitive Überzeugungen
3. Affektive Ebene
4. Soziokulturelle Faktoren (Turk et al., 2002)

In der psychotherapeutischen Behandlung bilden die ätiologischen Störungsmodelle die Basis für eine Psychotherapie. Nur, wenn für Patient*innen ihr Erleben in einem individuellen Störungsmodell bezüglich vorausgehenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren plausibel nachvollziehbar wird, gelingt es, persönliche Relevanz zu sehen und Einflussmöglichkeiten im Hinblick auf das Schmerzerleben zu erkennen. Ein Verständnis des Entstehungsmodells chronischer Schmerzen kann aufrechterhaltendes Schmerz- und Krankheitsverhalten wie Schonverhalten, häufige Arztbesuche oder Medikamentenabusus erklären.

Diagnostik und Behandlung somatoformer Störungen

Der diagnostische Prozess umfasst neben diagnostischen Interviews optional Fragebögen, die im Selbst- oder Fremdbeurteilungsverfahren angewendet werden. Folgende diagnostische Fragebögen werden hierbei überblicksartig im Infokasten dargestellt:

Fragebogen	
SOMS-2	Screeninginventar für somatoforme Störungen
SCL-90-R	Symptom-Checkliste bei psychischen Störungen
QUISS	Qualifizierungsinventar für somatoforme Syndrome
PHQ-15	Patients Health Questionnaire Modul 15
SDS	Somatoform Disorders Schedule
WI	Whiteley-Index

Kasten 1: Übersicht über diagnostische Fragebögen

Die erhobenen diagnostischen Ergebnisse werden in das individuelle biopsychosoziale Erklärungsmodell chronischer Schmerzen eingebunden. Aus den dort relevanten Faktoren lässt sich ein für Schmerzpatient*innen in der Regel multidimensionales Behandlungskonzept als Methode der Wahl ableiten (Bergmann, 2007). Die Schmerztherapie umfasst die Betreuung chronischer Schmerzpatient*innen anhand verschiedener Berufsgruppen und unterschiedlicher Therapiemaßnahmen. Das chronische Schmerzsyndrom bedingt mehrere Einflussfaktoren, welche nicht nur physische, sondern auch psychosoziale Ebenen umfassen. Aufgrund der teils fehlenden Therapieansprechbarkeit werden chronische Schmerzpatient*innen manchmal nicht ausreichend versorgt. Das Krankheitsbild des chronischen Schmerzsyndroms erfordert somit eine umfassende Betreuung, die den Patient*innen die Möglichkeit des Verständnisses und das Annehmen verschiedener Therapieangebote eröffnen soll, welche in der folgenden Untersuchung im Rahmen der Erfassung subjektiver Parameter näher dargestellt werden soll. *Tunks und Kollegen (2008)* zeigen auf, dass der Einfluss psychosozialer Faktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen erwiesen ist, sodass der Fokus bei der psychotherapeutischen Schmerzbehandlung psychosoziale Verständnisfaktoren implizieren sollte.

Innerhalb der psychologischen Schmerztherapie erfolgt zu Beginn der Behandlung zunächst ein ausführliches Anamnesegespräch und der Einsatz diagnostischer Verfahren, welche einen individuellen Einblick in den Erleidensprozess der Patient*innen und den Umgang mit dem Krankheitsbild im Rahmen einer ausführlichen Psychoedukation, aber auch die Erstellung von Differentialdiagnosen und komorbiden Erkrankungen ermöglichen soll. Hierbei steht vor allem das Schmerzverständnis der chronischen Schmerzpatient*innen

zu Beginn der Behandlung im Vordergrund, welches anhand von psychoedukativen Verfahren eröffnet oder gegebenenfalls gefestigt werden soll. Das Ziel der multidimensionalen Schmerztherapie stellt hierbei die Verbesserung des Umgangs mit Schmerzen dar, welche in Form einer entsprechenden Medikation, der Teilnahme an unterschiedlichen Therapieformen, wie zum Beispiel Physiotherapie oder Ergotherapie, oder anhand des Erlernens von Entspannungsverfahren erreicht werden soll. Im Hinblick auf die Schmerzintensität ist dabei auch die Veränderung der Selbstbeobachtung entscheidend. Mit Hilfe von psychoedukativen Maßnahmen werden Patient*innen die Zusammenhänge zwischen Physiologie und Psychologie näher erläutert. Im Rahmen der Schmerzpsychotherapie werden die verhaltensbezogenen Aspekte des komplexen Krankheitsgeschehen besprochen und gegebenenfalls verändert. Der Dialog zwischen Patient*innen, den behandelnden Ärzt*innen und den beteiligten Berufsgruppen stellt hierbei eine wichtige Voraussetzung für die Multidimensionalität und einen erfolgreichen Therapieabschluss dar.

ELEMENT	Inhalt KVT
■ Psychoedukation	Entstehungszusammenhänge Schmerz, Gedanken und Gefühle
■ kognitive Umstrukturierung	Umstrukturierung dysfunktionaler Überzeugungen
■ Skillstraining	Erlernen von Fähigkeiten im Umgang mit Schmerzen im Alltag
■ Generalisierung	Generalisierte Anwendung gelernter Fähigkeiten und Anwendung im Alltag

Tabelle 4: Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze in der chronischen Schmerzbehandlung
Quelle: Vgl. Turner et al., 2007

Innerhalb von Metaanalysen und divergenten Reviews wird die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Behandlungsansätze chronischer Schmerzen bestätigt (*Hoffman et al., 2007*). Vor allem die Veränderung und Modifizierung kognitiver dysfunktionaler Überzeugung und Selbstwirksamkeitserfahrungen stellen besondere Wirkmechanismen dar (Turner et al., 2007), welche anhand der nachfolgenden Untersuchungsergebnisse näher überprüft werden sollen.

Methode der vorliegenden Untersuchung

Anhand von narrativen Interviews angelehnt an die Forschungsmethode von *Kallmeyer und Schütze (1977)* wurden qualitative Analysen im Hinblick auf nach einem Unfall entwickelte Schmerzsymptome von Patient*innen im Rahmen der stationären Schmerztherapie erhoben, welche in drei Ordnungsebenen unterteilt wurden: die Gesprächsorganisation, die Handlungskonstitution und das Sachverhaltsschema. Ziel der vorliegenden Untersuchung stellt die Herausarbeitung von Lernzusammenhängen angewandter edukativer Maßnah-

men im Rahmen der Schmerztherapie dar. Hierbei stellt sich die Frage, inwiefern chronische Schmerzpatient*innen von den edukativen Maßnahmen profitieren und die Wirkungszusammenhänge zwischen körperlichen Folgen und kognitiver Umstrukturierung erkannt haben.

Mit dem Hintergrund der erzähltheoretischen Grundlagen bezüglich der Interviewergebnisse wurden Prozessstrukturen herausgearbeitet, welche nach Fritz Schütze in vier Kategorien unterteilt werden: das institutionelle Ablaufmuster, das biografische Handlungsschemata, die Verlaufskurven und die biografischen Wandlungsprozesse. Um subjektive Deutungsmuster von Schmerzpatient*innen zu untersuchen, wurden halbstrukturierte Interviews verwendet, welche beginnend mit einem offenen Erzählteil und einer anschließenden kategorialen Fragenstruktur erhoben wurden. Nach dem Prinzip der Offenheit steht die Orientierung an der alltagsweltlichen Konstruktion der Interviewpartner*innen vor einer hypothesengeleiteten Datenerhebung im Vordergrund (Hoffmann-Riem, 1980). Bei den untersuchten Einzelfallanalysen wurden für die kontrastierende Darstellung Patient*innen ausgewählt, welche einen Arbeitsunfall (zum Beispiel Sturz aus Höhe, Wegeunfall mit dem Auto, Verletzungen durch Arbeitsmittel) erlitten haben und zum Interviewzeitpunkt aufgrund multipler Verletzungen bereits stationär in rehabilitativen Maßnahmen schmerzpsychotherapeutisch behandelt wurden. Die Interviews wurden aufgrund der körperlichen Einschränkungen der Patient*innen in den Räumen der Klinik erhoben und dauerten 30–90 Minuten. Die Einzelfälle wurden nach der Transkription der Interviews nach dem Verfahren des Theoretical Sampling, dem Kodieren nach dem Kodierparadigma, der Bildung von Schlüsselkategorien und einer Hypothese- und Theorieentwicklung gebildet (Kallmeyer & Schütze, 1977). Anhand der Anwendung der maximalen Kontrastierung wurden zwei Eckfälle aus den erhobenen fünf Interviews herausgearbeitet, die schließlich miteinander im Rahmen einer hermeneutischen Analyse verglichen wurden. Die Entwicklung des theoretischen Modells bildet dabei den Abschluss der einzelnen Analyseabschnitte und kontrastiert die Prozessstrukturen der Deutungsmuster und der gebildeten Kategorien. Sie verweist gleichzeitig auf die Erhebung weiterer Eckfälle. Die qualitative Untersuchung stellt hierbei im Rahmen einer empirischen Grundlagenforschung die Voraussetzung einer Hypothesenableitung dar, welche jedoch nicht den Anspruch einer quantitativen repräsentativen Ergebnisableitung erfüllen kann.

Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung

Bei den untersuchten Fällen wurden mehrere Ebenen der Krankheitsverarbeitung innerhalb der Schmerzbehandlung

festgestellt. Aufgrund des Erleidens von Schmerzen sind hierbei folgende Aspekte des Lernens zu erkennen:

Phase	Lernprozesse
■ Informelles Lernen	→ Lernprozesse vor der medizinischen Behandlung
■ Non-formales Lernen	→ Lernprozesse während des institutionellen Ablauf- und Erwartungsmusters der medizinischen Behandlung
■ Formales Lernen	→ Lernprozesse im Kontext der edukativen Maßnahmen

Tabelle 5: Medizinisch-psychologische Lerndimensionen
Quelle: Lange-von Szczutowski, 2009

Im Rahmen der Schmerzpsychotherapie zeigen sich divergente medizinisch-psychologische Lerndimensionen, die Schmerzpatient*innen auf informeller, non-formaler und formaler Ebene erleben. Die Aneignung von Wissen zum medizinischen Ablauf kann sowohl zu einer allgemeinen Verhaltensänderung als auch zu einer Veränderung der Identitätsstrukturen führen. Hierbei zeigt sich, dass Patient*innen aufgrund von Lernprozessen die Aneignung der Patient*innenrolle vollziehen können. Anhand der untersuchten Fälle zeigen sich jedoch nicht nur Aspekte des Lernens, sondern auch die des Nichtlernens. Das bedeutet, dass Lernpotenziale im Bereich der Krankheitsverarbeitung ungenutzt bleiben. Die Abwertung des

— **Das Krankheitsbild des chronischen Schmerzsyndroms erfordert eine umfassende Betreuung, welche den Patient*innen die Möglichkeit des Verständnisses und das Annehmen verschiedener Therapieangebote eröffnen soll.** —

Krankheitsbildes und das Fixieren auf die Versachlichung des Unfallumstandes führten zum einen zu einer reduzierten emotionalen Auseinandersetzung und zum anderen zu einer Verhinderung von Lernprozessen. Des Weiteren nimmt die Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in eine wichtige Rolle für die Aneignung von Wissen und die Krankheitsbewältigung ein. Ein mangelndes Vertrauensverhältnis kann die Zusammenarbeit stören und den Aspekt des Lernens zusätzlich verhindern. Anhand des Datenmaterials ereignen sich Lernphänomene bereits vor dem medizinischen Behandlungsablauf, welche die Phase des informellen Lernens impliziert. Hierbei zeigen sich unterschiedliche Bearbeitungsversuche, dem labilen Gleichgewicht aufgrund der Erkrankung entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang tritt vor allem die Bedeutung signifikanter anderer in den Vordergrund des Krankheitsprozesses. Die Aneignung von Wissen kann anhand solcher signifikanter anderer, wie Mitpatient*innen oder Bezugspersonen, vollzogen werden und richtungweisend den Heilungsprozess beeinflussen. Allerdings treten bezüglich der Bearbeitung der Unfallsituation

Phänomene des Nichtlernens auf, indem die Unfallsituation als solche nicht erkannt oder angenommen wird.

Im Rahmen des institutionellen Ablauf- und Erwartungsmusters der medizinischen Behandlung, welches das non-formale Lernen impliziert, treten Lernprozesse in Bezug auf das Krankheitsbild und seiner Vermittlung in den Vordergrund. Hierbei stehen vor allem die Diagnosesituation und der Interaktionsprozess zwischen Ärzt*in und Patient*in im Mittelpunkt der Bearbeitung. Im Kontext der medizinischen Bearbeitung kann es zu einer Veränderung des Verhaltens kommen, welche vor allem die grundlegende Annahme der Patient*innenrolle umfasst. Innerhalb des Behandlungsablaufs zeigt sich die aktive und passive Beteiligung an dem Krankheitsprozess, welche zwischen der Verinnerlichung der medizinischen Diagnose und Distanzierungsphänomenen zur eigenen Person oszilliert. Die Aneignung von Wissen bezüglich des Krankheitsbildes kann zusätzlich zu einer persönlichen Neuorientierung führen und den Aufbau von Autonomieprozessen fördern. Weiterhin können Lernprozesse Einfluss auf die Identitätsstruktur nehmen und damit Wandlungsprozesse innerhalb der Sicherung der Alltagsorganisation und der Selbstpositionierung ermöglichen. Der Erleidensprozess kann jedoch auch zu einer rigiden Haltung führen, welche der Aufrechterhaltung der biografischen Kontinuität dienen soll. Die Auseinandersetzung in Zusammenhang mit der ärztlichen Profession kann gegebenenfalls auch lückenhaft bearbeitet werden. Die Abwehr gegen die Anerkennung der eigenen Erkrankung und das Misstrauen gegenüber der ärztlichen Profession verweisen auf das Nichtnutzen des Lernpotentials; dies impliziert jedoch die Ablehnung des medizinischen Behandlungsablaufs.

Im Rahmen der edukativen Maßnahmen der Schmerztherapie lassen sich ebenfalls Lernprozesse feststellen, welche mit dem formalen Lernen einhergehen. Anhand der Vermittlung des Krankheitssyndroms zeigt sich erneut die Aneignung von Wissen und die Möglichkeit der Veränderung der Selbstpositionierung und die damit verbundene Einbindung in das alltagsweltliche Geschehen. Die Auseinandersetzung kann jedoch auch auf partielle Lernfortschritte verweisen, welche das Lernpotential nicht vollständig ausschöpfen, aber teilweise reflektiert werden.

Die aktive und passive Beteiligung an der Krankheitsverarbeitung bildet signifikante Lerntypen heraus, die, wie folgt, unterschieden werden können:

- der ontologische Status von Krankheit als auferlegtes Schicksal,
- der ontologische Status von Krankheit als technisch-medizinisch überwindbares Problem sowie
- der ontologische Status von Krankheit als lebensgeschichtliches Kontingenzereignis.

Bei der Betrachtung von Schmerz im ontologischen Status als auferlegtes Schicksal kann Krankheit als höhere Macht

oder aber als zu beeinflussendes Merkmal gesehen werden. In den untersuchten Fällen zeigen sich Betrachtungsweisen im Bereich der religiös-moralischen Denkvorstellung als Erklärungs- oder Bearbeitungsversuch. Der ontologische Status von Krankheit als technisch-medizinisch überwindbares Problem markiert die Bedeutung von Schmerz als biologisch-funktionelles Phänomen, welches ein mechanistisches Weltbild unterstreicht und nach rigiden Dogmen ausgerichtet ist. Dieses Weltbild trennt körperliches Leiden und die emotionale Verarbeitung. Im Fokus der Schmerzverarbeitung steht die Überwindung von Schmerz anhand medizinischer Verfahren. Diese technische Haltung kann unmittelbar mit der Aneignung von Wissen über medizinische Abläufe in Verbindung stehen und Verhaltensänderung begünstigen oder jedoch zu einer Stagnation der Selbstpositionierung und der Verhinderung einer Neuorientierung führen. In der letzten Kategorie des ontologischen Status von Krankheit als lebensgeschichtliches Kontingenzereignis finden sich Reflexionsprozesse in der alltagsweltlichen Ordnung und der aktiven Auseinandersetzung mit dem Krankheitsgeschehen. Die hierbei angewendeten Bearbeitungsstrategien führen zu Autonomieprozessen und der Herausbildung persönlicher Neuorientierung. Krankheit wird als ganzheitliches Phänomen betrachtet, welches sowohl die körperlichen als auch die kognitiven Strukturen betrifft.

Die mangelnde Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild fördert das Verlaufskurvenpotenzial und verweist auf das pragmatische Weltbild. Das mechanistische Dogma sieht die Beendigung des Leidensprozesses in der Einnahme von Medikamenten und in operativen Verfahren. Die Unterscheidung von seelischem, emotionalem Leid und körperlichem Schmerz führt zu einer Lernblockade, welche weitere Lernprozesse verhindert. Hierbei steht die Bearbeitung des Ablauf- und Erwartungsmusters von Erkrankungen und die Kontinuität der Alltagsbedingungen im Vordergrund. Das technische Verständnis beeinflusst das Handlungsmuster und steuert den stagnierenden Moment des Krankheitsgeschehens. Hierbei zeigt sich, dass die Aneignung von Wissen bezüglich des medizinischen Behandlungsablaufs und die Annahme der aktiven Patient*innenrolle, welche die unmittelbare Auseinandersetzung mit dem Krankheitsgeschehen impliziert, zu einer Veränderung des Selbstbezugs und der Selbstpositionierung führen. Der Schmerz wird als allgegenwärtiges Ereignis in den lebensgeschichtlichen Kontext gesetzt und als Grunderfahrung übersetzt. Die Variation von Lernphänomenen verweist auf den Grad der Reflexionsprozesse. Die Einbindung von Krankheit als Kontingenzereignis kann auf verschiedenen Ebenen vollzogen werden und verweist nicht gleichzeitig auf Erkenntnisprozesse, welche die Erkrankung in die Alltagsordnung miteinbeziehen.

Diskussion

Der Forschungsaspekt des Lernens bei Vorliegen eines chronischen Schmerzsyndroms wurde anhand der empirischen

Untersuchung im Rahmen von Experteninterviews dargestellt. Der Forschungsblick galt der qualitativen Lagerung der Erkrankung in Bezug auf die divergenten Lernaspekte und ihrer Nutzung im schmerztherapeutischen Geschehen. Anhand der Ergebnisse zeigt sich, dass infolge der Erkrankung Lernprozesse stattfinden, welche auf informeller, non-formaler und formaler Ebene vollzogen werden. Das Lernpotenzial ergibt sich anhand der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung und der damit verbundenen Aneignung über das Krankheitsbild. Diese Notwendigkeit des Nutzens von Lernpotenzialen führt zu einer Disposition der Krankheitsbearbeitung. Die untersuchten Fälle zeigen im Umgang mit der Unfallsituation und der Erkrankung unterschiedliche Bearbeitungsversuche. Die individuell vollzogenen Lernvorgänge erfüllen hierbei unterschiedliche Funktionen. Zum einen kann das Lernen den Aufbau von Bearbeitungsstrategien fördern, Wandlungsprozesse initiieren, Veränderungen der Selbstpositionierung beeinflussen und Bedingung für den medizinischen Bearbeitungsversuch sein. Zum anderen können Erleidensprozesse aber auch Lernphänomene blockieren oder verhindern. Vor allem die Vermittlungssituation im Rahmen der Psychoedukation und die Art der Kommunikation des Schmerzleidens und die Diagnosevermittlung stellen daher wichtige Faktoren für Lernprozesse dar. Die sprachlichen Phänomene verweisen einerseits auf das Vertrauens- oder Misstrauensverhältnis dem medizinischen Fachpersonal gegenüber und andererseits stellt die Kommunikation das einzige Mittel der Spiegelung der Schmerzqualität dar. Die untersuchten Fälle entwickelten im Laufe des Krankheitsprozesses eine eigene Schmerzsprache, die für die schmerzpsychotherapeutische Psychoedukation miteinbezogen werden könnte. Der Ausdruck des Leidens akzentuiert das persönliche Erleben und transformiert diese in den alltäglichen Sprachgebrauch. Die divergenten Versuche einer Sprachkonstruktion sind dabei geprägt von der eigenen Erfahrung, dem Vorwissen und der Aneignung von neuem Wissen bezüglich des Krankheitsbildes. Interessant erscheint hierbei die Relativierung für die medizinische Profession, welche auf das Abhängigkeitsverhältnis der Patient*innen verweist. Dieses schmerzhaftes Lernen ist aufgrund der Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit der neuen Situation dispositioniert. Hierbei zeigt sich vor allem die Dringlichkeit der edukativen Vermittlung. Die Haltung bezüglich der Erkrankung bedingt die Art des Lernens und ihrer Modifizierung. Eine rigide Krankheitsorientierung und starres Verlaufskurvenlernen kann Lernfortschritte verhindern. Anhand der dargestellten Lerntypen zeigen sich divergente Reflexionsprozesse, welche multidimensional anzusiedeln sind. Neben der medizinischen Behandlung als solcher kommt hier dem sozialen Umfeld große Bedeutung zu. Diese Reflexionsprozesse können Vernunft generieren und zum Schmerzverständnis beitragen, aber auch negative Garantien für eine rigide Krankheitshaltung darstellen.

Die Vermittlungssituation im Rahmen der Psychoedukation, die Art der Kommunikation des Schmerzleidens und die Diagnosevermittlung stellen wichtige Faktoren für Lernprozesse dar.

Die alltagspraktische Einbindung von Schmerzbewältigungsstrategien stellt einen wichtigen Faktor für das Schmerzverständnis dar. Schmerzbewältigungsstrategien sollen die Umstrukturierung kognitiver Prozesse fördern, den Aufbau von Autonomie ermöglichen und Bewältigungskompetenzen vermitteln. Nicht nur die körperliche Erkrankung, sondern auch der Einfluss der Erleidenssituation auf das berufliche und private Alltagsleben steht im Fokus des Krankheitsgeschehens. Im Hinblick auf die Vielzahl der Therapieversuche stellt sich häufiger die Haltung der Resignation ein. Auch die emotionale Verarbeitung, welche sich in Wut und Trauer äußern kann, bedarf einer individuellen Betrachtung.

Die untersuchten Ergebnisse zeigen, dass Patient*innen ihre (Patient*innen-)Rolle erst anerkennen und erlernen müssen. Das unerwartete Ereignis des Unfalls und seine beträchtlichen Folgen bedingen die Annahme des Krankheitsbildes und seine Fügung in das alltagsweltliche Geschehen. So pflegen 40 % der betroffenen Schmerzpatient*innen einen inadäquaten Umgang mit Schmerzen, weshalb selbstmanagementorientierte Verfahren unterstützt durch edukative Elemente einen bedeutsamen Faktor für einen erfolgreichen Therapieab-

schluss darstellen können (Breivik et al., 2006). Als primäres therapeutisches Ziel sollte eine Verbesserung des Umgangs mit Schmerzen und eine Veränderung dysfunktionaler Grundüberzeugungen sein, sodass Selbstwirksamkeitserfahrungen aktiviert werden können und erfahrbar werden. Mithilfe einer individuellen Betreuung im Rahmen edukativer Maßnahmen und der Anerkennung der multidimensionalen Hintergründe von chronischen Schmerzpatient*innen können erfolgreiche Vermittlungssituationen geschaffen werden, welche einen positiven Therapieverlauf ermöglichen.

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.

Barsky, A. J. (1995). Somatoform disorders and personality traits. *J Psychosom Res*, 39 (4), 399–402.

Bernal, P., Estroff, D. B., Abouadarham, J. F., Murphy, M., Keller, A. & Jellinek, M. S. (2000). Psychosocial morbidity: the economic burden in a pediatric health maintenance organization sample. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154 (3), 261–266.

Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M. & Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, 89 (2–3), 127–134.

Cohen, P., Rogol, A. D., Deal, C. L., Saenger, P., Reiter, E. O., Ross, J. L. et al. (2008). Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics*, 44 (4), 304–311.

Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K. & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol*, 26 (1), 1–9.

Hoffmann-Riem, Ch. (1980). Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. *KZfSS*, 32 (2), 339–371.

Kallmeyer, W. & Schütze, F. (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In D. Wegner (Hrsg.), *Gesprächsanalysen* (S. 159–274). Hamburg: Buske.

Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). [Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS study]. *Nervenarzt*, 71 (7), 535–542.

Reid, S., Crayford, T., Patel, A., Wessely, S. & Hotopf, M. (2003). Frequent attenders in secondary care: a 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med*, 33 (3), 519–524.

Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D. & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52 (3), 263–271.

Tunks, E. R., Weir, R. & Crook, J. (2008). Epidemiologic perspective on chronic pain treatment. *Can J Psychiatry*, 53 (4), 235–242.

Verhaak, P. F., Schellevis, F. G., Nuijen, J. & Volkers, A. C. (2006). Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry*, 28 (2), 125–132.

Wachter, R. M. (2013). Personal accountability in healthcare: searching for the right balance. *BMJ Qual Saf*, 22 (2), 176–180.

Wittchen, H. U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidtke, B. (1999). [Affective, somatoform and anxiety disorders in Germany—initial results of an additional federal survey of „psychiatric disorders“]. *Gesundheitswesen*, 61 Spec No, S216–222. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10726424.



Dr. Mona Lange-von Sczutowski

Reuterweg 42
60323 Frankfurt am Main
info@frankfurt-praxis.de

Dr. Mona Lange-von Sczutowski ist als Psychotherapeutin in eigener Praxis mit den Schwerpunkten chronische Schmerzen, Somatisierungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörung tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bewältigungsstrategien von Schädelhirntraumapatient*innen und in der Psychotherapieforschung mit dem Fachschwerpunkt Posttraumatische Belastungsstörung an der Universität Gießen.

START und START-Kids: Kulturintegrative und niedrigschwellige Kurzstabilisierungskonzepte zur Arousal-Modulation für belastete Kinder und Jugendliche

Andrea Dixius & Eva Möhler

START (Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment; 2016) und START-Kids (2022) wurden von Andrea Dixius in Kooperation mit Eva Möhler entwickelt. Die Ziele von START und START-Kids liegen einerseits in der Prävention und andererseits in der Bereitstellung niedrigschwelliger und kulturintegrativer Stabilisierungskonzepte für Kinder und Jugendliche mit hohem Stresserleben, Traumafolgen und ausgeprägten emotionalen Belastungen. Das strukturierte Kurzzeittherapiemanual „START“ wurde im Rahmen der praktischen Arbeit mit unbegleiteten geflüchteten Jugendlichen in Clearing- und Erstaufnahmekontexten und in der klinischen Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt. Nach positiven klinischen Erfahrungen kam START zunehmend auch für Jugendliche ohne Migrationshintergrund, die schwer belastet und sich zunächst nicht für eine längerfristige Therapie entscheiden können, zur Anwendung. Nach dem mittlerweile national und international gut etablierten und evaluierten START-Programm für Jugendliche ab 13 Jahren wurde von den Autorinnen START-Kids auch für Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren (Dixius & Möhler, 2022) entwickelt. START und START-Kids bieten unabhängig vom Herkunftsland Kindern und Jugendlichen einen niedrigschwelligen Zugang zu raschen stabilisierenden therapeutischen und pädagogischen Hilfen an. Bedeutsam sind die in den Konzepten verankerte validierende Grundhaltung und die Fokussierung auf positive Ressourcen. Der folgende Beitrag gibt einen kurzen Überblick über das START(-Kids)-Konzept und stellt Pilotstudien zur Wirksamkeit der Interventionen vor.

Grundlagen von START und START-Kids

Die Konzepte START und START-Kids wurden inspiriert von der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; *Linehan, 1996*) und der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT; *Cohen et al., 2009*).¹ Aus diesen evidenzbasierten Therapieverfahren wurden Interventionen in START und START-Kids adaptiert. Auch Elemente aus der von Francine Shapiro entwickelten Therapiemethode des „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR; *Shapiro, 1999*) wurden implizit in den aktiven Achtsamkeitsübungen zur bilateralen Stimulierung der Hirnstruktur berücksichtigt.

START und START-Kids sind für den (psycho-)therapeutischen und pädagogischen Einsatz konzipiert und bieten explizit einen niedrigschwelligen Zugang für Kinder und Jugendliche an. Der Fokus der Programme liegt einerseits auf primär präventiven Maßnahmen und der Förderung von Resilienz und andererseits bei bereits vorhandenen Beeinträchtigungen auf niedrigschwelligen therapeutischen und pädagogischen Erststabilisierungshilfen bei hohen Stressbelastungen und ausge-

prägten emotionalen Belastungen (Dixius & Möhler, 2021b) an. Die besondere Lage von Kindern und Jugendlichen erforderte rasche und schnellwirksame Hilfen in allen Kontexten. Anfangs war START auf unbegleitete minderjährige Geflüchtete ausgerichtet, die unter gravierenden somatischen und psychischen Belastungen wie Ängsten, Depressionen, Dissoziationen, Intrusionen, Schlafstörungen oder Alpträumen leiden (Dixius & Möhler, 2017a, 2018; Miller et al., 2011; Moehler et al., 2015; Walg, 2017; Witt et al., 2015). Nach positiven klinischen Erfahrungen wurde die Zielgruppe für START ausgeweitet: Auch Jugendliche ohne Migrationshintergrund, die schwer belastet sind und sich zunächst nicht für eine längerfristige Therapie entscheiden können, profitieren von START (Dixius & Möhler, 2017b-e, 2018). Deshalb wurde START kulturintegrativ konzipiert, was auf diese Weise Integration und soziale Fertigkeiten zusätzlich stärkt und fördert. Jugendliche in emotionalen und psychischen Notsituationen setzen häufig maladaptive Regulationsstrategien (Dixius & Möhler, 2018), wie z. B. selbstverletzendes Verhalten, ein oder geraten in suizidale oder emotionale Krisen und Ausnahmezustände. Nicht selten hat dies bedeutsame Folgen für ihre Integration

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.

in sozialen Kontexten, wie z. B. Schule, Ausbildungsstelle und Wohngruppe, oder für die Integration in der Peer-Group.

Beide Programme zielen auf die Förderung von Stressresilienz, Selbstwirksamkeit, Stressregulation und Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. Die Übungen sind einfach, spielerisch gestaltet und leicht erlernbar. In klar strukturierten, niedrighschwelligem Gruppensettings (oder auch Einzelsettings) erlernen Kinder und Jugendliche Strategien zur Stress- und Emotionsregulation, die direkt in der Praxis ausprobiert und gut in den Alltag integriert werden können. Selbstwirksamkeit und Partizipation sind grundlegend in den Konzepten verankert, um das Vertrauen bei Kindern und Jugendlichen in die eigene Handlungsfähigkeit zu stärken. Die Fähigkeit, die eigene Selbstwirksamkeit bewusst erleben zu können, hängt eng mit der Wahrnehmung und Regulation von Stresserleben und Emotionen zusammen. Die Stärkung von Selbstwirksamkeit bedeutet zudem, Kinder und Jugendliche im Aufbau von Resilienz zu fördern und damit die Zuversicht zu stärken, auch schwierige Situationen und Umstände bewältigen zu können.

Ein weiterer Vorzug der Konzepte besteht darin, dass START und START-Kids eben nicht nur für den psychotherapeutischen und klinisch-psychiatrischen Bereich konzipiert wurden, sondern explizit auch für den Einsatz in psychosozialen Einrichtungen, Jugendhilfeeinrichtungen und Schulen. Dies hat den Vorteil, dass Kinder und Jugendliche dort Hilfe bekommen und Fertigkeiten zur Arousal-Regulation selbstwirksam üben können, wo sie auch dauerhaft benötigt werden – in ihrem Lebensalltag und ihrem vertrauten sozialen Kontext. Viele Studien konnten zeigen, dass frühzeitig angesetzte Interventionen das Risiko verringern, nach traumatischen Ereignissen psychische Folgeerkrankungen zu entwickeln. Die Fähigkeit, Gefühle und Stressfaktoren in eine Balance zu bringen, wirkt sich stärkend auf den Entwicklungsprozess von Kindern und Jugendlichen aus und fördert Resilienz.

Interessierten Fachleuten stehen für das Anleiten der Sitzungen Manuale von START und START-Kids in gut verständlicher Sprache zur Verfügung. In den Manualen sind Basisinformationen zu theoretischen Grundlagen berücksichtigt und im praktischen Teil erleichtert ein detaillierter Sitzungsleitfaden die Durchführung der Übungen.

Für Kinder und Jugendliche gibt es speziell gestaltete Handouts mit bildreichen Materialien, die stets einen schnellen und unkomplizierten Zugang ermöglichen und die jeweiligen Interventionen nachvollziehbar machen sollen. Die Handouts und Materialien für Kinder und Jugendliche liegen multilingual, derzeit in den Sprachen Deutsch, Englisch, Arabisch, Dari und Ukrainisch, vor. Um weitere Barrieren abzubauen, sind zudem multilinguale Audiofiles der Achtsamkeitsübungen vorhanden, was die Durchführung in Gruppen erleichtert. Sollte dies nicht ausreichen, können selbstverständlich auch Sprachmittler*innen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting einbezogen werden.

In der Praxis werden Übungen zur Achtsamkeit, Stressregulation, Wahrnehmung und Regulation von Gefühlen, Selbstwirksamkeit und im Gruppenkontext auch zur Erlangung sozialer Fertigkeiten durchgeführt. Die Übungen beinhalten Psychoedukation und konkrete praktische Anwendungen von Skills sowie die Reflexion der individuellen Wirksamkeit. Die Trainer*innen beteiligen sich aktiv an den Übungen und nehmen somit eine wichtige Modellfunktion ein. Die (natürlich freiwillige) Übernahme von kleinen Aufgaben und zugewiesenen Rollen durch die Kinder und Jugendlichen hat von der ersten Session an zum Ziel, ihnen auf einfache und spielerische Weise soziale Kompetenzen und Selbstwirksamkeit unmittelbar erfahrbar zu machen und einen anderen therapeutischen und pädagogischen Zugang zu eröffnen.

Was sind eigentlich Skills?

In beiden Programmen steht die Vermittlung von spezifischen „Skills“ im Mittelpunkt, um akute Anspannung zu reduzieren oder um angenehme entspannte Zustände aufrechtzuerhalten (siehe Stimmungsampel und persönliche Skillsliste). Skills können sich auf Gegenstände, Sinneswahrnehmungen, Gedanken oder Verhaltensweisen beziehen. Skills können als Fertigkeiten z.B. Alternativen zu dysfunktionalem Verhalten aufzeigen – etwa wenn im hoch angespannten Zustand anstelle einer Selbstverletzung der Versuch unternommen werden soll, sich durch schnellwirksame Skills, wie dem Setzen von Kältereizen, Atementspannungen, Progressive Muskelrelaxation (PMR) oder Sinnesreize, selbst zu regulieren und aus der Hochstressphase herauszukommen. Klar können Skills keine Probleme lösen, aber sie können helfen, z. B. durch gezielte Ablenkung Krisen zu überwinden oder vorbeugend zu verhindern. Ist eine belastende Situation nicht veränderbar, so kann z. B. der Skill „radikale Akzeptanz Realität“ hilfreich sein. Jugendliche und Kinder lernen schnell, für die jeweilige Situation individuell passende und wirksame Skills zu finden. Bereits zu Beginn der START- oder START-Kids-Sessions werden Spannungsbogen bzw. Stimmungsampel eingeführt. Diese Instrumente dienen dazu, die Wahrnehmung von Stresslevel und Emotionen zu schulen.

Skills sollten zuerst in Non-Stress-Phasen geübt und in ihren Effekten reflektiert werden. Um später unterschiedliche Stress- und Gefühlslagen einschätzen zu lernen und letztlich Skills zur Bewältigung oder zum Überstehen von kritischen Ereignissen rasch und automatisch abzurufen zu können, werden Skills in den Sessions in der Praxis ausprobiert und im Verlauf Skillsboxen und persönliche Skillslisten mit den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen zusammengestellt. Dabei helfen einfache Materialien wie Ausschneidebilder. Auch Routinen wie z. B. die Skillskette im Hochstressbereich erleichtern das Erlernen von einfachen und adaptiven Strategien im Umgang mit Stress und zur Emotionsregulation. Dies wirkt haltgebend und im Sinne der Selbstwirksamkeit handlungsweisend und unterstützend. Abbildung 1 zeigt beispielhaft eine solche Skillsliste mit bestimmten Bewältigungsstrategien in Abhängigkeit von unterschiedlichen Gefühlslagen.



Abbildung 1: Persönliche Skillsliste (Beispiel)

Wichtig ist, daran zu denken, dass Skills für unterschiedliche Settings, z. B. in der Schule oder während der Busfahrt, eingeplant werden. Das könnten z. B. Hirn-Flic-Flac-Übungen, Atemtechniken, das Denken an etwas Angenehmes, das Beschreiben der Umgebung, Lieblingsdüfte, Musikhören etc. sein. An dieser Stelle sei nochmals erwähnt, dass neben den Skills also Fertigkeiten zur Stress- und Emotionsregulation die validierende Grundhaltung wesentlich ist.

In den folgenden Abschnitten werden START und START-Kids näher betrachtet. In dem Kapitel zu START wird hauptsächlich auf die hierzu durchgeführte Pilotstudie eingegangen. Im Kapitel START-Kids werden dann ausführlicher die einzelnen Module beschrieben, die sich zum größten Teil auch in dem Kurzinterventionsprogramm für Jugendliche wiederfinden.

START – Basisinformationen

Das primäre Ziel von START ist die rasche Stabilisierung, um Krisen überstehen zu können. Im zweiten Schritt fokussiert START auf die Förderung von Selbstwirksamkeit und die Stärkung von Schutzfaktoren.

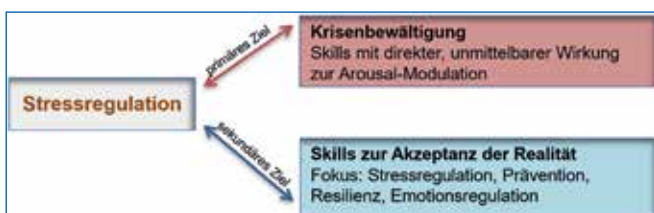


Abbildung 2: Ziele von START (Dixius & Möhler, 2016)

Das START-Manual für Jugendliche (13–18 Jahre) besteht aus fünf Modulen und kann wahlweise im Gruppen- oder Einzelsetting umgesetzt werden. In den Modulen 1–4 werden Übungen zur Achtsamkeit, Stressregulation, Emotionsregulation durchgeführt und die Selbstwirksamkeit gefördert (Dixius & Möhler, 2016). Das Modul 5 ist fakultativ einsetzbar

und bietet Unterstützung zum Umgang mit Albträumen, angelehnt an das Programm von Thünker und Pietrowsky (2010). Das Angebot eines solchen Moduls beruht auf der Erfahrung, dass besonders die unbegleiteten Jugendlichen mit Fluchthintergrund durch Albträume schwerstens belastet waren.

Bereits während der Entwicklungsphase der Programme wurden Rückmeldungen von Kindern und Jugendlichen zur Akzeptanz und Wirksamkeit der Übungen berücksichtigt. Positiv erschien die unkomplizierte Anwendbarkeit und die Wahrnehmung von unmittelbaren Effekten sowie die leichte Integration in den Lebensalltag der Kinder und Jugendlichen (z. B. schnellwirksame Skills, wie tiefe Bauchatmung zur Beruhigung, Kältereize; einfache Skills für unterwegs wie Musik, „Chilis“, Übungen zur Ablenkung usw.). Im Gruppenkontext wurde durch eine gezielte Auswahl von Übungen (z. B. aktive, spielerische Achtsamkeitsübungen) ein positives soziales Klima und Miteinander gefördert, was sozialen Support und das Miteinanderüben unterstützte.

START-Pilotstudie

Methodik

In einer Pilotstudie (Dixius & Möhler, 2021c) nahmen Jugendliche aus verschiedenen kulturellen Hintergründen teil. Die Studiengruppe bestand aus 66 Jugendlichen (17 männlich und 49 weiblich) im Alter von 13–18 Jahren, die an einem fünfwöchigen START-Programm der SHG Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit zwei Terminen (à 70 Minuten) pro Woche teilnahmen. Alle Teilnehmer*innen durchliefen das gesamte Gruppenprogramm. Die Gruppe wurde von zwei Trainer*innen geleitet. Die Jugendlichen nahmen alle freiwillig (im Sinne eines „informed consent“) an der Studie und am START-Programm teil. In einem Vorabtermin (Spezialambulanz) erhielten die Teilnehmer*innen im Einzelkontakt ausführliche Informationen und ein Handout zum START-Programm. So konnte den Proband*innen von Anfang an Kontrolle über die Abläufe vermittelt werden, was besonders für Jugendliche mit massiven Invalidierungs- oder Traumaerfahrungen von zentraler Bedeutung ist.

Vor und nach der fünfwöchigen START-Intervention wurden Screenings und Testverfahren durchgeführt. Die Screenings lagen in den Sprachen Deutsch, Englisch, Dari und Arabisch vor. Die Traumabelastung wurde mithilfe der Screeningverfahren CATS (Child and Adolescent Trauma Screening) und CPTCI (Child Post-Traumatic Cognitions Inventory) einmalig vor der Interventionsphase ermittelt.

Die Stressregulation wurde mittels RHS-15 (Refugee Health Screener) erhoben; die Emotionsregulation wurde mittels FEEL-KJ (Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen) gemessen und dokumentiert. Der Fragebogen erfasst mehrdimensional und emotionsspezifisch Emotionsregulationsstrategien für Angst, Trauer und

Wut. Dabei werden adaptive und maladaptive Strategien erfasst: Adaptive Strategien sind problemorientiertes Handeln, Zerstreuung, das Anheben der Stimmung, Akzeptieren, Vergessen, Umbewerten und kognitives Problemlösen. Maladaptive Strategien wären demgegenüber Aufgeben, aggressives Verhalten, Rückzug, Selbstabwertung und Perseveration. Sekundärskalen dienen der Erfassung von Strategien des Ausdrucks von Emotionen, dem Aufsuchen sozialer Unterstützung und Emotionskontrolle. Die erhobenen Kennwerte geben einerseits Hinweise auf mögliche Risiken für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten und andererseits Auskunft über psychosoziale Ressourcen, Stärken und Kompetenzen.

Nachfolgend werden nun die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Pilotstudie zusammenfassend dargestellt:

Ergebnisse

Circa 80 % der Studienteilnehmer hatten hohe psychische Belastungen oder Hinweise auf das Vorliegen von Traumasymptomen in CATS (Abb. 3) und CPTCI (Abb. 4).

Die Studie zeigt, dass sich signifikant positive Veränderungen der Emotionsregulation (Tab. 1; Abb. 5) im Bereich der adaptiven Strategien ergeben. Bei den maladaptiven Einzelstrategien konnte allgemein ein (erwünschter) Rückgang festgestellt werden, der für den Gesamtwert sogar statistisch signifikant war.

In den Sekundärskalen zeigt sich eine signifikante Zunahme des Aufsuchens sozialer Unterstützung und eine signifikante Abnahme der Emotionskontrolle. Die Emotionskontrolle war vor der START-Intervention überdurchschnittlich hoch. Eine Abnahme des überdurchschnittlichen Wertes ist somit positiv zu werten und als Zunahme der Emotionswahrnehmung zu verstehen.

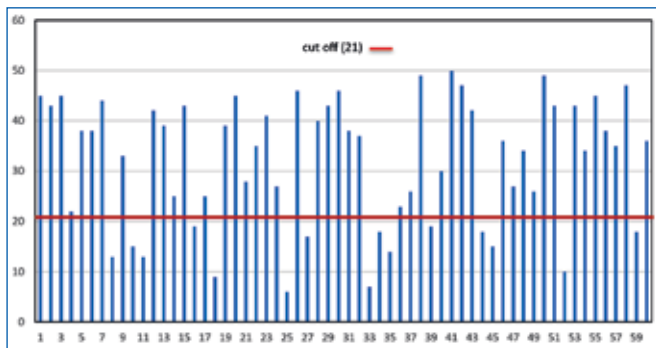


Abbildung 3: START-Pilotstudie – Ergebnisse: Child and Adolescent Trauma Screening (CATS)

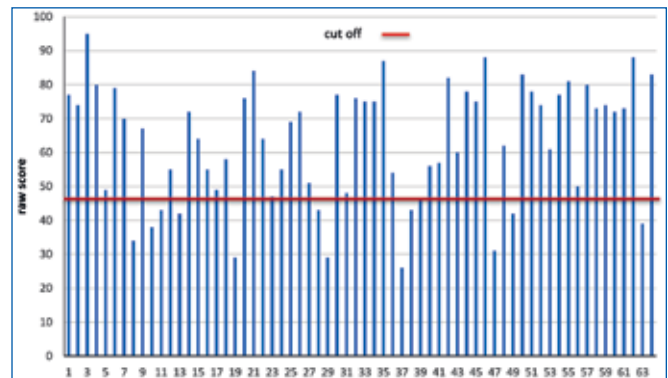


Abbildung 4: START-Pilotstudie – Ergebnisse: Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI)

	Mean T1	Mean T2	SD	t-Wert	N	Sign.	Cohens d	r
Adaptive Strategien – forgetting	39.39	42.59	11.88	-2.01	55	0.049	-0.273	0.494
Adaptive Strategien – problem solving	39.59	43.68	12.55	-2.44	55	0.018	-0.325	0.512
Adaptive Strategien – anger	38.54	41.84	11.4	-2.17	55	0.034	-0.312	0.433

Tabelle 1: START-Pilotstudie – Ergebnisse: FEEL-KJ – Adaptive Scales (Auswahl)

	Mean T1	Mean T2	SD	t-Wert	N	Sign.	Cohens d	r
social support	42.21	46.70	10.57	-3.17	56	0.002	-0.415	0.528
expression	48.05	49.32	8.34	-1.137	56	0.260	-0.108	-0.054
emotional control	57.30	53.68	10.98	2.47	56	0.017	0.305	0.582

Tabelle 2: START-Pilotstudie – Ergebnisse: FEEL-KJ – Additional Scales

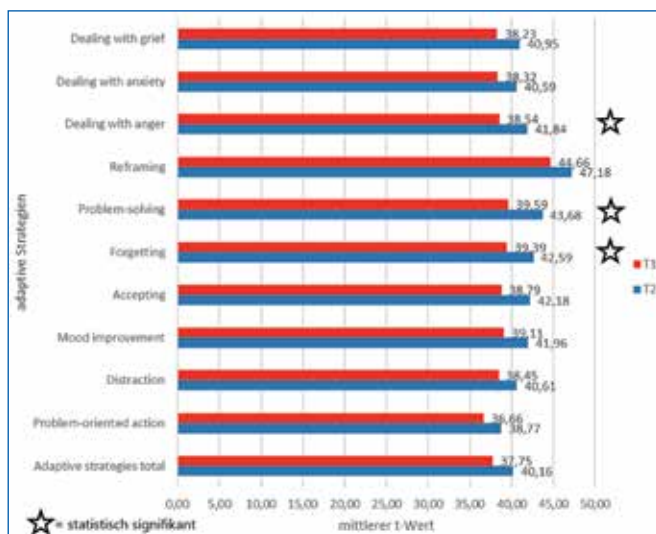


Abbildung 5: START-Pilotstudie – Ergebnisse: FEEL-KJ – Adaptive Scales

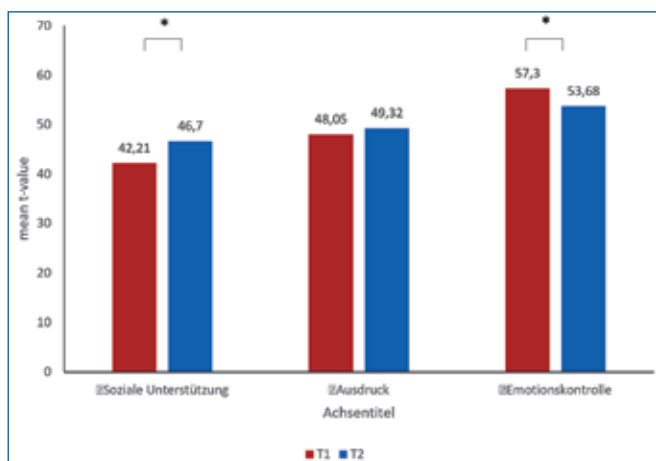


Abbildung 6: START-Pilotstudie – Ergebnisse: FEEL-KJ – Additional Scales

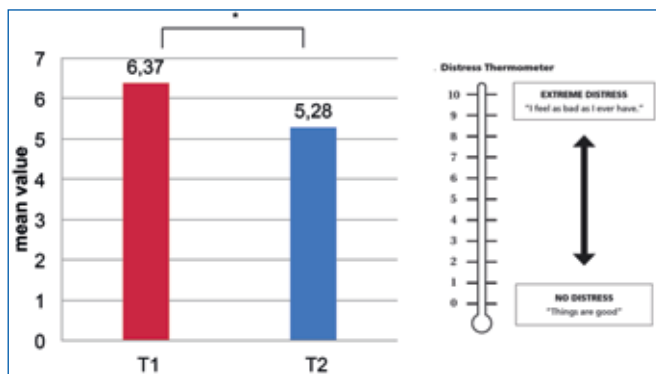


Abbildung 7: START-Pilotstudie – Ergebnisse: RHS-15 (Distressregulation)

Die Ergebnisse des Instruments RHS-15 weisen mit statistischer Signifikanz auf eine Abnahme der Stressbelastung nach der fünfwöchigen START-Intervention hin.

Schlussfolgerung

Die ersten Daten und Ergebnisse der Pilotstudie sind bedeutsam und klinisch relevant. Das niedrigschwellige Programm ist leicht umsetzbar und kann in einem breiten Hilfefeld umgesetzt werden.

Limitationen der Studie bestehen in der kleinen Stichprobe der Pilotstudie und dem Fehlen einer Kontrollgruppe. Erforderlich sind weitere Studien, die sich bereits in der Umsetzung befinden. Eine randomisiert-kontrollierte Multi-Center-Studie wird derzeit mit Mitteln aus dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert.

Aufgrund der vielfachen Nachfrage nach dem START-Programm aus dem In- und Ausland und der Notwendigkeit, auch jüngere Patient*innen in der Emotionsregulation zu unterstützen, wurde im zweiten Schritt START-Kids entwickelt:

Basisinformationen START-Kids

Das START-Kids-Manual ist für Kinder (6–12 Jahre) altersentsprechend angepasst und in acht Module aufgeteilt (Dixius & Möhler, 2021a). Zentral ist auch hier die Förderung von Stressresilienz und Emotionsregulation. In START-Kids sind auch drei Eltern-/Caregiver-Module berücksichtigt und ein Eltern-Reader verfasst. Für die praktische Durchführung stehen (wie schon im START-Programm) auch für START-Kids alle Info- und Übungsblätter auf Arabisch, Dari, Deutsch, Englisch und Ukrainisch zur Verfügung, die Übersetzung auf Russisch ist in Planung.

Die Konzeptionalisierung zielt auf einen niedrigschwelligen Zugang ab, bedient sich spielerisch angelegter Übungen und ist mit reichhaltigem Bildmaterial ausgestattet. Zur leichten praktischen Umsetzung liegen auch für START-Kids mehrsprachige Audiodateien vor. Der Einsatz von Sprachmittler*innen ist grundsätzlich nicht unbedingt erforderlich.

START-Kids im Überblick

Zielgruppe sind Kinder im Alter von 6–12 Jahren, Eltern, Betreuer*innen und Primary Caregiver (Dixius & Möhler, 2021a).

Aufbau:

- Kinder: acht Module (1 Modul/Woche), je Modul zwei 60-minütige Sessions
- Eltern, Betreuer, Primary Caregiver: insgesamt drei Module, 90-minütige Session pro Modul
- Gruppensetting mit bis zu sechs Teilnehmer*innen im therapeutischen klinischen Kontext
- in der Schule mit ganzen Schulklassen oder in elektiven Angeboten

- kulturintegrativ, die Materialien sind mehrsprachig übersetzt
- Audiofiles für Achtsamkeitsübungen
- Leitung der Gruppen durch zwei Trainer*innen (z. B. psychotherapeutische, ärztliche oder pädagogische Mitarbeiter*innen)
- therapeutische/pädagogische Grundhaltung: validierend, dialektisch und positiv verstärkend

In den Modulen 1–4 werden mit den Kindern vor allem schnell-wirksame Skills zur Stabilisierung und der Umgang mit Krisen geübt. In den Modulen 6–8 liegt der Fokus auf der Wahrnehmung und Regulation von Emotionen. Nach den grundlegenden Übungen zur Stressresilienz erlernen die Kinder Skills zur Emotionswahrnehmung und adaptive Strategien zur Emotionsregulation. Die Gruppensessions sind interaktiv gestaltet und die aktive Teilnahme der Kinder wird stets gefördert. Zwischen den Sessions sollen die Teilnehmer*innen die Skills auch in Non-Stress-Phasen einüben – möglichst mit Unterstützung der Eltern, Bezugspersonen und auch Betreuer*innen z. B. im Kontext der Jugendhilfe, um deren Wirksamkeit in verschiedenen Stress- und Gefühlslagen zu testen und frühzeitig adaptiv reagieren zu können. Neu erlernte Skills werden dann zu Beginn der Gruppensessions erfragt und gegebenenfalls neue Skills vorgestellt. Die persönlichen Skillslisten der Teilnehmer*innen können so immer wieder aktualisiert werden.

Zudem gibt es drei Module für Eltern, Betreuer*innen und Primary Caregiver mit psychoedukativen Informationen, praktischen Handlungsempfehlungen und Skills zur eigenen Anwendung. Dabei werden sie in der Entwicklung positiver Erziehungskompetenzen unterstützt. Auch in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und an Schulen kann START-Kids unkompliziert angewendet werden.

In einem ersten Vorstellungstermin werden wichtige Formalitäten, wie zum Beispiel die benötigte Einverständniserklärung, Psychoedukation und der Ablauf des START-Kids Programms, thematisiert. Die Eltern-/Caregiver-Module werden zu Beginn, nach dem vierten und nach dem siebten Modul angeboten.

Bereits am Anfang erhalten Kinder und Eltern Materialien zur gemeinsamen spielerischen Anwendung in Familie, Schule oder Kinder- und Jugendhilfe. Durch die farbliche Gestaltung des START-Kids-Handouts und die einfachen Skills erreicht das Programm einen hohen Aufforderungscharakter zur Anwendung und wird mit großer Akzeptanz von Kindern angenommen.

Setting der Gruppensessions

Für die Gruppensessions wird ein Stuhlkreis gebildet. Die Gruppe wird von zwei Trainer*innen geleitet, die sich im Stuhlkreis gegenüber sitzen. Vor der Gruppensession wird die Rollenverteilung festgelegt: ein*e Trainer*in strukturiert das

Thema der Stunde, der*die andere übernimmt die Rolle der Validierer*in. Der Ablauf der Gruppenstunde wiederholt sich in der Struktur und folgt folgendem festen Schema:

- Begrüßung und Ankommensübung
- Stimmungssampelp
- aktive Achtsamkeitsübung
- Reflexion, Blitzrunde und „Hausaufgaben“ besprechen
- Information zum Thema
- thematische Einheit und Praxisübungen
- „wind-down“ mit einer Achtsamkeitsübung
- Reflexionsphase
- Token für Schatzkarte
- Stimmungssampelp
- Abschlussritual (wie Ankommensübung)

Diese geregelten, gleichbleibenden Abläufe sollen den Kindern einerseits Kontrolle und andererseits ein haltgebendes Gefühl und Sicherheit über die Situation der Gruppenstunde vermitteln. Zudem können so die Selbstwirksamkeit, adaptive Handlungsstrategien und zwischenmenschliche Fertigkeiten gefördert werden. Die Trainer*innen nehmen an allen Übungen aktiv teil und geben so den Kindern als Modell Orientierung.

Inhalt und Aufbau der einzelnen Module

Im ersten Modul lernen die Kinder den Aufbau der START-Kids-Gruppe kennen und üben die Anwendung erster Skills. Zu Beginn des START-Kids-Programms wird „KIM“ vorgestellt und mit jedem Kind gebastelt. KIM ist die Leitfigur von START-Kids. Der Name ist so gewählt, dass er genderspezifisch ist. KIM erklärt Kindern bei START-Kids Übungen und Module. Durch die austauschbaren Emoji-Köpfe und den biegsamen Körper aus Chenille-Draht („Pfeifenputzer“) kann KIM unterschiedliche Gefühle ausdrücken und dazu passende Körperhaltungen annehmen. Dabei kann KIM als Objekt und Modell fungieren, um Gefühlen Ausdruck zu geben, die von den Kindern bisweilen aus unterschiedlichen Motiven nicht benannt werden oder auch mit sprachlichen Mitteln nicht beschrieben werden können. Die verschiedenen Gesichter, die auf der Figur befestigt werden können, bilden variable Emotionen ab. So besteht die Möglichkeit der Externalisierung der eigenen Emotionen und der Zuschreibung der eigenen Emotionen auf KIM. Dadurch können auch meistens als unangenehm erlebte Gefühle, wie Scham oder Unsicherheit, zum Ausdruck gebracht werden und später in Übungen zur Emotionsregulation eingebracht werden. Auf solche Weise kann ein Austausch über Gefühle in der Gruppe erleichtert werden. In diesem Zusammenhang ist ein weiterer positiver Aspekt die Förderung der Theory of Mind und der damit einhergehenden Fähigkeiten, z. B. von Empathie, Mentalisierung

oder Perspektivübernahme, wenn Kinder lernen, Emotionen anderer Kinder bzw. von deren Figuren nachzuvollziehen. Hinzu kommt, dass KIM als „Übergangsobjekt“ fungieren kann, welches Kinder zwischen den Gruppensessions unterstützt. In den Eltern-/Caregiver-Terminen kann „KIM“ eine wichtige Mediator-Funktion übernehmen, um in der Interaktion erleichternden emotionalen Zugang zu ebnet.

Außerdem werden Gruppenregeln festgelegt und die Stimmungssampelpfunde eingeführt. Zu Beginn und am Ende jeder Stunde wird die Stimmung der Kinder erfragt, um eine differenzierte Wahrnehmung von eigenen Gefühlslagen zu schulen und so die jeweiligen Skills zielgerichtet einsetzen zu lernen. Anschließend werden die Kinder gebeten, ihre tägliche Stimmung in einem Bogen einzutragen und bereits gelernte Skills zuhause auszuprobieren. Durch die Einführung einer Schatzkarte (Belohner-/Tokensystem) sollen erwünschte Verhaltensweisen verstärkt werden und die Mitarbeit der Kinder in der Gruppe gefördert werden.

Schwerpunkt des zweiten Moduls ist die praktische Anwendung von Skills für den Hochstressbereich. Hierbei werden vor allem rasch wirksame Skills angeboten, z. B. Kältereize, die den Nervus Vagus innervieren und durch eine Aktivierung des Parasympathikus eine physiologische Entspannung unterstützen (Coolpacks, Wasser im Gesicht, kühle Dusche, Eiswürfel im Mund). Im zweiten Teil des Moduls geht es verstärkt darum, Bewegungsaktivitäten durchzuführen und psychoedukativ zu besprechen.

Der Fokus des dritten Moduls liegt auf dem Erlernen der PMR. Dazu werden verschiedene Übungen durchgeführt, bei denen die Muskeln erst aktiv angespannt und anschließend wieder entspannt werden. Die Übungen sollen körperliche Anspannung vermindern und die Körperwahrnehmung steigern.

Im vierten Modul steht das Erlernen neuer Stressregulationsfähigkeiten im Vordergrund. Hierzu ist es hilfreich, eine sog. Skillsbox mit einer größeren Auswahl an Skills zur Demonstration zusammenzustellen und zur Gruppenstunde mitzubringen. Die Kinder dürfen daraufhin ihre eigene Skillsbox basteln und gestalten. Außerdem werden weitere Übungen der progressiven Muskelrelaxation durchgeführt.

Inhalt des fünften Moduls ist die Erstellung einer Skillsliste. Hierzu erhalten die Teilnehmer*innen eine persönliche Skillsliste mit den verschiedenen Anspannungslevels gemäß den Ampelfarben (rot = Hochstress, gelb = mittlere Stimmung, grün = ausgeglichen) und halten ihre Skills (Bilder zum Ausschneiden) in der Liste fest, welche sie den verschiedenen Anspannungsgraden zuordnen können. Außerdem wird die „Stress-Anti-Stresswaage“ eingeführt. Durch die Waage soll die Wirkung von Skills auf das persönliche Stress- und Gefühlsempfinden bildlich veranschaulicht werden. Anhand von zwei Fallvignetten werden Beispiele durchgeführt und die Kinder mit ihren Ideen miteinbezogen.

Der zentrale Inhaltspunkt des sechsten Moduls ist das Thema Gefühle. Anhand eines Posters sollen die Teilnehmer*innen beschreiben, welche Gefühle die abgebildeten Situationen in ihnen auslösen. Im zweiten Teil werden die Gefühle dann in „angenehme und unangenehme Gefühle“ unterteilt. Anschließend wird der Skill „Emotionssurfing“ eingeführt. Es geht dabei darum, Gefühle und deren Veränderbarkeit anhand von Metaphern zu verdeutlichen (z. B. Wolken, die sich verändern und vorbeiziehen).

Das Thema „Gefühle“ wird im siebten Modul weiter vertieft. Im ersten Teil wird die Übung „Gefühle erraten“ durchgeführt. Dabei spielen jeweils zwei Teilnehmer*innen gemeinsam verschiedene Gefühle vor, welche die Gruppe im Anschluss erraten soll. Außerdem wird gemeinsam mit den Teilnehmern das emotionale Netzwerk erarbeitet. Dabei werden Zusammenhänge zwischen Gefühlen, Gedanken, Verhalten und Wahrnehmung und deren Beeinflussung durch Skills anhand verschiedener Emotionen dargestellt.

Im Fokus des achten Moduls steht das Sammeln von vielen angenehmen Skills und Fertigkeiten. Bereits erlernte Skills werden nochmals gefestigt. Die Kinder werden gebeten, ihre persönliche Skillsliste vorzustellen. Zudem wird allen Teilnehmer*innen ein abschließender Krisenplan (Skills, wichtige Telefonnummern usw.) an die Hand gegeben. Am Ende findet ein kleines Abschiedsritual mit Zertifikats- und Medaillenübergabe, Snacks, Musik und guten Wünschen für den weiteren Weg statt.

Kurze Skizzierung der ersten Pilotstudie zu START-Kids

Die Ergebnisse der Pilotstudie werden hier nur kurz skizziert und sind im Detail in der Zeitschrift „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ (Dixius et al., 2021) unter dem Titel „Pilotevaluation eines neuen Programms zur Förderung von Emotionsregulation und Stressresilienz bei Kindern“ im Detail nachzulesen.

Die Indexgruppe der Evaluation bestand aus ursprünglich 27 Kindern mit Störungen der emotionalen Regulation im Alter von 7–12 Jahren, davon konnten 23 Kinder in das Studienprogramm eingeschlossen werden. Sie durchliefen das komplette START-Kids-Programm. Gründe der Nichtteilnahme von insgesamt vier Patient*innen an der geplanten Intervention lagen einmal im Umzug in eine andere Wohngruppe und dreimal in Einschränkungen des familiären Commitments aus unterschiedlichen Motiven. Von den 23 Teilnehmer*innen waren zehn Kinder weiblich und 13 Kinder männlich, das Durchschnittsalter lag bei 10,1 Jahren. Die Kinder, die an der Gruppe teilnahmen, beendeten alle das Programm komplett, sodass kein drop-out stattfand.

Bei den kinderpsychiatrischen Hauptdiagnosen der Teilnehmer*innen fiel der hohe Anteil von F43-Diagnosen ins Auge,

besonders F43.1 (PTBS) mit einem Anteil von neun der 21 Patient*innen, die den CATS ausgefüllt hatten. Dabei rangierten die Werte von 0 bis 45 (Rohwerte, d. h. nicht transformierte Werte) im Screening mit einem Mittelwert von 16.5 (SD = 13.94). 21 von 23 Patient*innen (91 %) wurden in der Auswertung des CATS berücksichtigt, da zwei Bögen nicht vollständig ausgefüllt waren.

Zentrales Instrument in der Untersuchung war ein Verfahren zur Einschätzung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (LoPF; Goth et al., 2018) bei Kindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren. Im LoPF werden die Beeinträchtigung des Funktionsniveaus sowie die Bereiche Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe/Bindung erfasst. Dazu werden zwei Verfahren zur Fremdbeurteilung herangezogen: die Ratingskala für Therapeut*innen „LoPF-Q Therap“ und ein Fragebogenverfahren zur Beantwortung durch die Eltern („LoPF-Q Elternfragebogen“).

Die Elterneinschätzungen zum Funktionsniveau der Kinder liegen insgesamt in sehr ähnlicher Höhe wie die der Therapeut*innen. Auch die Eltern schätzen die Kinder in dieser Stichprobe als durchschnittlich moderat beeinträchtigt ein, ausgedrückt durch mittlere T-Werte von 67.2 für den LoPF-Q Eltern-Gesamtwert. Dabei werden die Bereiche Selbststeuerung ($\bar{OT} = 64.6$) und Empathie ($\bar{OT} = 74.4$) als besonders stark beeinträchtigt beschrieben, während der Bereich Identität mit einem mittleren T-Wert von 56.1 im Normbereich liegt. Ebenso liegt der Bereich Nähe im Elternurteil noch knapp im Normbereich ($\bar{OT} = 59.8$). Die Elterneinschätzung korreliert also insgesamt mit den Therapeut*inneneinschätzungen zu .46 und erreicht somit fast eine starke Effektgröße. Die Korrelationskoeffizienten variieren auf Ebene der Einzelbereiche zwischen .26 und .59.

Die Evaluationsstudie für START-Kids erbrachte also ermutigende Ergebnisse hinsichtlich Machbarkeit und Selbststeuerung von Kindern (Dixius et al., 2021). Weitere Evaluationsstudien unter randomisiert-kontrollierten Bedingungen sind derzeit in Arbeit.

Ausblick: Stabilisierende therapeutische und pädagogische Hilfen für geflüchtete Menschen aus der Ukraine

START und START-Kids sind gerade angesichts des Ukraine-Kriegs als niedrigschwellige Hilfen wieder gefragt. Sofort wurde ein erstes START-Selbsthilfetool auf Englisch und Ukrainisch als Erststabilisierungshilfe für Kinder, Jugendliche und Eltern aus der Ukraine entwickelt. Wie bereits 2016 sind unterstützende Hilfsangebote bei schweren Belastungen wieder aktuell und sollten möglichst vielen Menschen zugänglich werden. Informationen und Materialien stehen unter www.dgkjp.de und www.startyourway.de zur Verfügung.

Die Aktualität erfordert genauso wie bereits in den vergangenen Jahren rasche Hilfen für Therapie und pädagogische

Praxis. START und START-Kids wurden unverzüglich an die neuen Herausforderungen angepasst und in Übersetzung zur Verfügung gestellt.

In der klinischen Praxis zeigen die START- und START-Kids-Skills in Kriseninterventionen auch bei stark belasteten Kindern und Jugendlichen in Bezug auf die Aneignung adaptiver und Vermeidung maladaptiver Bewältigungsstrategien positive Wirkungen, die teils auch in Pilotstudien bestätigt werden konnten. Im Verlauf der Programme schildern die Betroffenen, dass die Hilfen einfach anzuwenden sind, und beurteilten diese als wertvolle Unterstützung. Eine systematische Evaluation wird angestrebt.

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.

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer.
- Dixius, A., Goth, K. & Möhler, E. (2021). Pilotevaluation eines neuen Programms zur Förderung von Emotionsregulation und Stressresilienz bei Kindern. START-Kids: Stress- Arousal-Regulation-Treatment for Kids. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 70, 681–700.
- Dixius, A. & Möhler, E. (2016). START – Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment . Manual zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete Kinder und Jugendliche und minderjährige Flüchtlinge. Saarbrücken: startyourway.de
- Dixius, A. & Möhler, E. (2017c). A pilot evaluation study of an intercultural treatment program for stabilization and arousal modulation for intensely stressed children and adolescents and minor refugees, called START (Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment). *ARC Journal of Psychiatry.*
- Dixius, A. & Möhler, E. (2017e). START – Entwicklung einer Intervention zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete minderjährige Flüchtlinge, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66 (4), 277–286.
- Dixius, A. & Möhler, E. (2018). Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment (START). Stabilisierungskonzept für stark belastete Kinder und Jugendliche *Zeitschrift: Pädiatrie & Pädologie, Sonderheft 1/2018.*
- Dixius, A. & Möhler, E. (2021a). START-Kids (Stress-Arousalregulation-Treatment). Ein DBT-orientiertes Programm zur Stressresilienz und Emotionsregulation für Kinder im Alter von 6–12 Jahren. Saarbrücken: startyourway.de
- Dixius, A. & Möhler, E. (2021c). Feasibility and Effectiveness of a New Short-Term Psychotherapy Concept for Adolescents With Emotional Dysregulation. *Front Psychiatry*, 21 (11), 585250.
- Linehan, M. M. (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Trainingsmanual. München: CIP-Medien.
- Moehler, E., Simons, M., Kölich, M. Herpertz-Dahlmann, B., Schulte Markwort, M. & Fegert, J. (2015). Diagnosen und Behandlung (unbegleiteter) minderjähriger Flüchtlinge. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43 (6), 381–383.
- Thünker, J. & Pietrowsky, R. (2011). Alpträume. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert J. & Plener P. I. (2015). Hilfebedarf und Hilfeangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine systematische Übersicht. *Kindheit und Entwicklung*, 24, 209–234.



Dipl.-Psych. Andrea Dixius

SHG
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Haus 21
Sonnenbergstraße 10
66119 Saarbrücken
a.dixius@sb.shg-kliniken.de

Dipl.-Psych. Andrea Dixius ist Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin wie auch DBT-Therapeutin und DBT-A-Trainerin, Psychotrauma- und EMDR-Therapeutin. Sie ist Leitende Psychologin der SHG Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Saarbrücken, Kleinblittersdorf und Idar-Oberstein sowie Leiterin der Kindertraumaambulanz (OEG), Saarland. Sie entwickelte und manualisierte START und START-Kids in Kooperation mit Prof. Dr. med. Eva Möhler.



Prof. Dr. med. Eva Möhler

SHG
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Haus 21
Sonnenbergstraße 10
66119 Saarbrücken
e.moehler@sb.shg-kliniken.de

Prof. Dr. med. Eva Möhler ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Sie ist tätig als Chefärztin der SHG Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Saarbrücken, Kleinblittersdorf, Idar-Oberstein, Merzig, St. Wendel und als Chefärztin der Kindertraumaambulanz (OEG), Saarland. Sie ist Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums des Saarlandes. Mit Andrea Dixius hat sie START und START-Kids entwickelt.

Störungen durch Substanzkonsum in der ICD-11

Gallus Bischof, Wilma Funke & Michael Müller-Mohnssen

Zusammenfassung: Der Beitrag gibt eine Übersicht zu den wichtigsten Neuerungen im Bereich substanzbezogener Störungen in der ICD-11. Gegenüber der ICD-10 wurden die klassifizierbaren Substanzgruppen erweitert und die Schwelle zur Vergabe einer Abhängigkeitsdiagnose abgesenkt. Die ursprünglichen sechs Kriterien der Abhängigkeit wurden zu drei Kriterien zusammengefasst, wodurch die Diagnosestellung vereinfacht wird. Weiterhin beinhaltet das ICD-11 die Option, Einzelepisoden schädlichen Gebrauchs und unter „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ risikanten asymptomatischen Konsum zu diagnostizieren. Durch die Beibehaltung der Unterscheidung von „schädlichem Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ ergeben sich gegenüber dem DSM-5 deutliche Abweichungen in der diagnostischen Zuordnung. Implikationen für Forschung und Praxis werden diskutiert.

Einleitung

Mit der Einführung der 2019 vorgestellten 11. Revision der International Classification of Diseases (ICD-11) erfolgt eine Veränderung der diagnostischen Kriterien bei der Diagnose von Störungen durch psychotrope Substanzen. Neben der Erweiterung der Störungen durch Substanzkonsum um die Störungen durch süchtige Verhaltensweisen wie die Computerspielstörung (Gaming Disorder; vgl. Leo & Lindenberg, 2021) ergeben sich auch in dem Spektrum substanzbezogener Störungen bedeutungsvolle Veränderungen.

Die ICD-11 wurde 2019 von der World Health Organization (WHO) vorgestellt und kann im internationalen Bereich bereits ab 2022 zur Dokumentation von Todesursachen verwendet werden. Nach einer mehrjährigen Übergangsfrist soll sie die derzeit noch gültige ICD-10 ablösen. Bislang liegen keine offiziellen deutschen Übersetzungen der diagnostischen Kriterien vor, die zentralen Veränderungen lassen sich aber aus den zugänglichen Dokumentationen unter <https://icd.who.int/en> ersehen. Eine Neuerung gegenüber der ICD-10 stellt die flexiblere Gestaltung durch eine „frozen version“ mit den aktuell gültigen diagnostischen Kriterien und eine für die Bearbeitung und Modifikation offene Version („maintenance platform“) dar, aus welcher Änderungen in regelmäßigen Abständen in die „frozen version“ übernommen werden können. Die Zusammensetzung und Formulierung der Kriterien können sich deshalb noch verändern.

In der ICD-11 wurde die Anzahl der Substanzgruppen erweitert. So wurden Anxiolytika entsprechend der aktuellen WHO-Nomenklatur und der abhängigkeits erzeugenden Eigenschaften dieser Substanzen neu explizit als Teil der Klasse der sedativen und hypnotischen Substanzen aufgeführt. Koffein wurde aufgrund der zunehmenden Nutzung, z. B. in Form

von Energydrinks, als eigenständige Substanzgruppe behandelt. Weiterhin wurden MDMA („Ecstasy“) und verwandte Substanzen sowie Drogen wie Ketamin und PCP und auch synthetische Cannabinoide und synthetische Cathinone als neue Substanzklassen vorgeschlagen. Damit kann der Konsum synthetischer Cannabinoide erstmalig unabhängig von natürlichen Cannabisprodukten kodiert werden.

Die ICD-11 folgt nicht den 2013 erschienen Veränderungen des in den USA dominierenden psychiatrischen diagnostischen Klassifikationssystems DSM-5 der American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2013), in dem die Unterscheidung zwischen Substanzmissbrauch und -abhängigkeit zugunsten einer dimensional Schweregradeinteilung von Substanzgebrauchsstörungen aufgegeben wurde. Demgegenüber bleibt in der ICD-11 die kategoriale Unterscheidung in eine Abhängigkeitsdiagnose und ein schädliches Gebrauchsmuster von Substanzen (vormals: schädlicher Gebrauch) erhalten.

Für die Diagnose einer „Substanzabhängigkeit“ („**Dependence**“) wurden die bisher sechs diagnostischen Kriterien zu drei Kriterien zusammengefasst, die jeweils zwei der ursprünglichen Kriterien umfassen (vgl. Tabelle 2). Von den drei neuen Kriterien müssen mindestens zwei erfüllt sein, um die Diagnose zu stellen, während in der ICD-10 von sechs Kriterien mindestens drei erfüllt sein mussten. Die diagnostischen Kernkriterien im Einzelnen sind:

1. Beeinträchtigte Steuerung des Substanzkonsums hinsichtlich Beginn, Menge, Umständen des Konsums oder Beendigung des Konsums, oft (aber nicht notwendigerweise) begleitet von einem starken subjektiven Drang oder Verlangen, die entsprechende Substanz zu konsumieren.
2. Physiologische Auswirkungen (als Zeichen von Neuroadaptation) können auftreten in Form von (i) Toleranzent-

ICD-11	Substanzgruppe	ICD-10
6C40	Alkohol	F10
6C41	Cannabis	F12
6C42	Synthetische Cannabinoide	-
6C43	Opioide	F11
6C44	Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika	F13
6C45	Kokain	F14
6C46	Stimulantien incl. Amphetamine, Methamphetamine oder Methcathinone	F15
6C47	Synthetische Cathinone	-
6C48	Koffein	F15
6C49	Halluzinogene	F16
6C4A	Nikotin	F17 (Tabak)
6C4B	Flüchtige Inhalantien	F18
6C4C	MDMA oder verwandte Substanzen incl. MDA	-
6C4D	Dissoziative Substanzen incl. Ketamine und Phencyclidine (PCP)	-
6C4E	Andere spezifische psychoaktive Substanzen incl. Medikamente	F19
6C4F	Gebrauch multipler spezifischer psychoaktiver Substanzen incl. Medikamente	F19
6C4G	Gebrauch unbekannter oder nicht spezifizierter psychoaktiver Substanzen	-
6C4H	Gebrauch nicht-psychoaktiver Substanzen	(F55)
6C4Y	Andere spezifische Störungen durch Substanzgebrauch	-
6C4Z	Störungen durch Substanzgebrauch, nicht-spezifiziert	-

Tabelle 1: Störungen durch Substanzgebrauch im Vergleich ICD-10 und ICD-11

wicklung, (ii) Entzugserscheinungen nach Beendigung oder Einschränkung des Konsums und/oder (iii) in Form wiederholten Substanzkonsums zur Vermeidung oder Linderung von Entzugserscheinungen. Die Entzugserscheinungen müssen dabei klar dem jeweiligen Entzugssyndrom entsprechen und dürfen nicht einfach Nachwirkungen übermäßigen Konsums im Sinne eines „hangover“ sein.

- Substanzkonsum wird zunehmend Priorität im Leben eingeräumt, indem andere Aktivitäten oder Interessen wie tägliche Aktivitäten und Verantwortlichkeiten oder Gesundheit und Selbstfürsorge vernachlässigt werden, wobei der Substanzkonsum trotz auftretender Probleme fortgeführt wird.

ICD-10 Abhängigkeit	ICD-11 Abhängigkeit
3 oder mehr Kriterien mindestens gleichzeitig über einen Zeitraum von einem Monat oder wiederholt innerhalb von 12 Monaten	2 oder 3 Kriterien über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten erfüllt, kann bei täglichem oder fast täglichem Substanzkonsum aber auch über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten gestellt werden
1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren	1. Beeinträchtigte Steuerung hinsichtlich Beginn, Beendigung, Menge und Umständen des Substanzkonsums. Oft, aber nicht notwendigerweise, begleitet von subjektivem Drang oder Verlangen („craving“), die Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch bezüglich Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums	
3. Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz abgesetzt oder reduziert wird, bzw. Substanzkonsum oder Konsum einer ähnlichen Substanz mit dem Ziel der Linderung oder Vermeidung von Entzugssymptomen	2. Physiologische Merkmale einer Abhängigkeit, wie Toleranz und/oder Entzugserscheinungen nach Konsumstopp oder -reduktion und/oder wiederholter Konsum der Substanz oder pharmazeutisch ähnlicher Substanzen, um Entzugserscheinungen zu verhindern oder abzumildern.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen hervorgerufene Wirkung zu erreichen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.	
5. Einengung auf den Substanzgebrauch und fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen und Interessen zugunsten des Substanzkonsums.	3. Substanzkonsum wird zunehmend zur Priorität gegenüber anderen Aktivitäten (Interessen, Vergnügungen, alltägliche Aktivitäten, Verpflichtungen) und wird trotz auftretender konsumbedingter negativer Konsequenzen weitergeführt.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen	

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Abhängigkeitserkrankungen nach ICD-10 und ICD-11 im Vergleich

Die Diagnose des „Schädlichen Gebrauchsmusters“ („Harmful pattern of use“; 6C40.1-6C4Z.1) ist definiert als „ein Muster des Substanzkonsums, das die körperliche oder geistige Gesundheit einer Person geschädigt oder zu einem Verhalten geführt hat, das die Gesundheit anderer beeinträchtigt“. Die gegenüber dem ICD-10 neu eingeführte „Gesundheitsgefährdung anderer“ umfasst jede Form von körperlichem und psychischem Schaden, einschließlich Traumata oder psychischer Störung, die direkt auf ein Verhalten im Zusammenhang mit einer Intoxikation der Person zurückzuführen ist, auf die die Diagnose „Schädliches Gebrauchsmuster“ zutrifft. Die Diagnose erweitert demnach den „schädlichen Gebrauch“ sensu ICD-10, indem explizit substanzbedingte Verhaltensweisen, die zu einer Schädigung Dritter führen, zur Diagnosestellung herangezogen werden können (Saunders et al., 2019). Das Muster des Alkoholkonsums zeigt sich bei episodischem Substanzkonsum über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten bzw. bei kontinuierlichem Konsum

über mindestens einen Monat. Gesundheitsschäden der konsumierenden Person treten aufgrund eines oder mehrerer der folgenden Gründe auf: (1) Verhalten im Zusammenhang mit einer Intoxikation; (2) direkte oder sekundäre toxische Wirkungen auf Körperorgane und -systeme oder (3) ein schädlicher Verabreichungsweg.

Gegenüber der ICD-10 sind substanzbezogene Störungen um die Kategorie „**Episode des schädlichen Substanzgebrauchs**“ („**Episode of harmful use**“; 6C40.0-6C4Z.0) erweitert worden. Diese ist analog zur Definition des schädlichen Gebrauchsmusters definiert, bezieht sich aber auf singuläre Ereignisse. Kann das Verhalten auf ein regelmäßig auftretendes Konsummuster zurückgeführt werden, soll die Diagnose des Musters eines schädlichen Gebrauchs vergeben werden. Die Diagnose soll dabei eine diagnostische Lücke schließen, wenn Personen akute substanzbedingte Schädigungen (insbes. alkoholassoziierte Unfälle) erfahren haben, ohne dass Informationen zum Konsummuster vorliegen bzw. wenn die Diagnose eines schädlichen Gebrauchsmusters oder einer Abhängigkeit nicht gestellt werden kann.

Eine weitere Neuerung in der ICD-11 stellt die Möglichkeit dar, riskanten Substanzkonsum (i. S. eines Konsums, welcher das Risiko körperlicher oder psychischer Folgeschäden erhöht) unter der Rubrik „**Faktoren, die den Gesundheitszustand oder Kontakt mit dem Gesundheitssystem beeinflussen**“ und dort als „**mit Gesundheitsverhaltensweisen assoziierte Probleme**“ (QE10-QE1Z) zu kodieren, wenn keine substanzbezogene Störung vorliegt. Hierfür kann z. B. das Überschreiten bestimmter Trinkmengen (z. B. 12 (Frauen) bzw. 24 (Männer) Gramm Alkohol pro Tag) herangezogen werden (AWMF, 2021).

Klinische und epidemiologische Relevanz

Verschiedene epidemiologische Studien untersuchten, inwiefern sich aufgrund der Veränderungen der Klassifikationssysteme Veränderungen hinsichtlich der Prävalenzschätzungen bei substanzbezogenen Störungen (insbes. Alkohol und Cannabis) ergeben würden. Die Daten zeigen weitgehend konsistent über verschiedene Länder und Kulturen hinweg höhere Prävalenzen bei einer Abhängigkeitsklassifikation nach ICD-11 gegenüber der herkömmlichen ICD-10-Diagnostik, während sich für die Diagnosevergabe des schädlichen Gebrauchs niedrigere Prävalenzen ergaben (Chung et al., 2017; Degenhardt et al. 2019; Lundin et al., 2021). Während erste von der WHO initiierte Studien lediglich geringfügig erhöhte Prävalenzraten ergaben, fanden sich in einer schwedischen Studie (Lundin et al., 2021) deutlich erhöhte Prävalenzen für eine Lifetime-Alkoholabhängigkeit bei Frauen (ICD-11: 10,6 % vs. ICD-10: 4,0 %). Die Befunde legen nahe, dass die Schwelle zur Vergabe einer Abhängigkeitsdiagnose in der ICD-11 abgesenkt wurde (Gutwinski & Heinz 2021).

Bewertung

Die ICD-11 führt im Bereich der Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen zu verschiedenen Modifikationen, die sich teilweise unmittelbar auf die Praxis auswirken dürften. Begrüßenswert ist die vor dem Hintergrund der Konsummuster in der Bevölkerung erweiterte Einbeziehung von Substanzgruppen, die bislang nicht ausreichend dargestellt und differenziert werden konnten. Die in der ICD-11 fortgeführte dichotome Unterscheidung zwischen Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch wurde wiederholt kritisiert, da keine ausreichende Trennschärfe besteht (mehrheitlich erfüllen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen auch Merkmale des schädlichen Gebrauchs) und die Reliabilität und Validität der Erfassung des schädlichen Gebrauchs sich als gering erwiesen hat (Hasin, 2003). Gegenüber dem DSM-5 ergeben sich zudem deutliche Abweichungen, die eine wachsende fehlende Vergleichbarkeit von Forschungsbefunden erwarten lassen, je nachdem, welches Klassifikationssystem als Einschlusskriterium herangezogen wurde.

Die Zusammenführung der sechs ursprünglichen Kriterien in drei „Doppelkriterien“ hat einerseits nach ersten Befunden die Diagnosestellung erleichtert, zugleich aber auch die Schwelle für die Vergabe einer Abhängigkeitsdiagnose gesenkt. Weiterhin ist die Umformulierung des Kriteriums „anhaltender Konsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen“ in „Konsum, der trotz konsumbedingter Probleme weitergeführt wird“ dahingehend kritisiert worden, dass unter konsumbedingten Problemen auch verstärkt soziale Faktoren in die Diagnosevergabe, wie z. B. Folgen der Illegalisierung von Substanzen, einfließen (Gutwinski & Heinz, 2021). Auch kann die letztlich unpräzisere neue Formulierung zu einer gehäuften Diagnosestellung der Substanzabhängigkeit beitragen. Positiv sehen die Autoren, dass konsumbedingt erhöhte Stress- und andere Risikofaktoren im sozialen Umfeld des*der Konsumierenden einen höheren Stellenwert erhalten.

Gegenüber der ICD-10 ergaben sich in einer federführend von der DGPPN durchgeführten Forschungsinitiative in der ICD-11 eine höhere diagnostische Konsistenz, ein geringerer Zeitaufwand für die Diagnosestellung sowie günstigere Beurteilungen bzgl. Nutzerfreundlichkeit und Passgenauigkeit durch die Anwender*innen (Gaebel et al., 2018). Gleichzeitig wird die Praktikabilität der Unterscheidung in einerseits eine Abhängigkeitsdiagnose, für die das Behandlungsziel der Abstinenz als „best practice“-Modell in der aktuellen Behandlungsleitlinie gewertet wird (AWMF, 2021) und andererseits die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs, für welche zieloffenere Behandlungsansätze empfohlen werden, hervorgehoben, wobei die Trennschärfe der diagnostischen Einteilung in Bezug auf die Ableitung von Behandlungszielen kontrovers beurteilt wird (Bischof et al., 2019). Zugleich bedeutet eine Zunahme der Häufigkeit einer Abhängigkeitsdiagnose gegenüber der Diagnose des schädlichen Gebrauchs, dass im Kontext der deutschen Psychotherapie-Richtlinie, nach der

innerhalb von maximal zehn Sitzungen bei Menschen mit Substanzabhängigkeit Abstinenz erreicht sein muss, für einen Teil der Betroffenen eine Erhöhung der Zugangsschwellen zu einer ambulanten Psychotherapie entstanden ist. Dabei wäre versorgungspolitisch eine verbesserte Inanspruchnahme ambulanten Psychotherapie in Ergänzung zu den Angeboten der Suchthilfe wünschenswert und insbesondere angesichts der hohen Verbreitung komorbider psychischer Störungen auch indiziert. Darüber hinaus wird der Zugang nach poststationären Behandlungen mit rezidivierendem Störungsverlauf zu stabilisierenden ambulanten psychotherapeutischen Maßnahmen erschwert.

In der ICD-11 ist der für die WHO leitende Public-Health-Gedanke hinsichtlich verschiedener schädlicher Konsummuster psychoaktiver Substanzen repräsentiert, indem das vollständige Spektrum gesundheitlich riskanten und schädlichen Substanzkonsums diagnostisch abgebildet werden kann (Saunders et al., 2019). Dies kann eine gute Grundlage für die Entwicklung weiterer Programme in der Prävention gesundheitsschädlichen Konsums sowohl in niedrigschwelliger Form als auch für besondere Risikogruppen (z. B. Kinder aus suchtbelasteten Familien, ältere Menschen, Schwangere) darstellen.

Literatur

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition, international version. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

AWMF. (2021). „Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen.“ Verfügbar unter: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001I_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf (25.04.2022).

Bischof, G., Lange, N., Rumpf, H. J. & Preuss, U. W. (2019). Stellungnahme Dachgesellschaft Sucht: Reduziertes Trinken und Schadensminderung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. *Sucht*, 65, 115–134.

Chung, T., Cornelius, J. Clark, J. & Martin, C. (2017). Greater Prevalence of Proposed ICD-11 Alcohol and Cannabis Dependence Compared to ICD-10, DSM-IV, and DSM-5 in Treated Adolescents. *Alcohol Clin Exp Res*, 41 (9), 1584–1592.

Degenhardt, L., Bharat, C., Bruno, R., Glantz, M. D., Sampson, N. A. Lago, L. et al. (2019). Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other classification systems: analysis of data from the WHO's World Mental Health Surveys. *Addiction*, 114 (3), 534–552.

Gaebel, W., Riesbeck, M., Zielasek, J., Kerst, A., Meisenzahl-Lechner, E., Köllner, V. et al. (2018). „Internetbasierte Untersuchungen zur diagnostischen Klassifikation und Kodierung psychischer Störungen im Vergleich von ICD-11 und ICD-10.“ *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 86 (03), 163–171.

Gutwinski, S. and A. Heinz (2021). Veränderungen in der ICD-11: Störungen durch Substanzgebrauch und Verhaltenssuchte. *Psychiatrische Praxis (EFIRST)*.

Hasin, D. (2003). Classification of alcohol use disorders. *Alcohol Res Health*, 27 (1), 5–17.

Leo, K. & Lindenberg, K. (2021). *Gaming Disorder*: Diagnostik und Psychotherapie der neuen ICD-11-Diagnose. *Psychotherapeutenjournal*, 20 (1), 6–13.

Lundin, A., Waern, M., Löve, J., Lövestad, S., Hensing, G. & A. K. Danielsson (2021). Towards ICD-11 for alcohol dependence: Diagnostic agreement with ICD-10, DSM-5, DSM-IV, DSM-III-R and DSM-III diagnoses in a Swedish general population of women. *Drug Alcohol Depend*, 227, 108925.

Saunders, J. B., Degenhardt, L., Reed, G. M. & Poznyak, V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin Exp Res*, 43 (8), 1617–1631.



Dr. Gallus Bischof

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
Haus V150; 23538 Lübeck
gallus.bischof@uksh.de

Dr. Dipl. Psych. Gallus Bischof ist Psychologischer Psychotherapeut und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. Seine Forschungsschwerpunkte sind Screening, Diagnostik und Behandlung substanzbezogener Störungen und Angehörigenarbeit bei Abhängigkeitserkrankungen.



Prof. Dr. Wilma Funke

Ringstraße 14
56244 Freirachdorf
wifu@wilmafunke.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Wilma Funke ist Psychologische Psychotherapeutin und Stellvertretende Vorsitzende des Fachverbands Sucht. Sie lehrt in der Suchttherapeutenausbildung sowie der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen. Interessensschwerpunkte sind Psychodiagnostik, Therapieforschung und Qualitätsentwicklung in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen.



Dipl.-Psych. Michael Müller-Mohnssen

Kapuzinerstraße 23/1
88212 Ravensburg
praxis@muemo.com

Dipl.-Psych. Michael Müller-Mohnssen ist Psychologischer Psychotherapeut und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie. Er war langjährig in verschiedenen Funktionen tätig in der suchtpsychiatrischen Abteilung am ZfP Südwürttemberg. Seit einigen Jahren arbeitet er als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis. Ein gesundheitspolitischer Schwerpunkt ist die bessere Vernetzung der Suchtkrankenversorgung und der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Die Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS): Eine neue Diagnose in der ICD-11

Sibel Nayman, Isabelle F. Schrickler & Christine Kühner

Zusammenfassung: Die Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS) zeichnet sich durch zyklusabhängige psychische und physische Symptome mit affektiver Leitsymptomatik aus und stellt eine eigene diagnostische Entität mit Krankheitswert dar, die einer multidisziplinären Betrachtung bedarf. Nicht selten führt eine bestehende Unkenntnis über die PMDS zu Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen. Mit der Aufnahme der PMDS in die ICD-11 als eigenständige Diagnose werden Fortschritte hinsichtlich der Behandlung betroffener Frauen und der gezielten Erforschung des Krankheitsbilds erwartet. In diesem Übersichtsartikel werden das Erscheinungsbild der PMDS, die Abgrenzung zu anderen zyklusbezogenen Erkrankungen sowie Daten zu Epidemiologie, Komorbiditäten und ätiologischen Aspekten der PMDS dargestellt. Zudem werden spezifische Diagnoseinstrumente vorgestellt und aktuelle medizinische sowie psychotherapeutische Behandlungsoptionen diskutiert.

Einleitung

Die Mehrzahl der Frauen im reproduktiven Alter nimmt psychische und körperliche Veränderungen vor Einsetzen der Menstruation wahr (Wittchen et al., 2002). Meist sind die Symptome leicht ausgeprägt, sodass sie kaum als einschränkend empfunden werden (Eisenlohr-Moul, 2019).¹ Anders verhält es sich bei einer Minderzahl von Frauen, die unter der Prämenstruellen Dysphorischen Störung (PMDS) leidet, die 2013 in das DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) und kürzlich auch in die ICD-11 (World Health Organization [WHO], 2019) als eigenständige Diagnose aufgenommen wurde. In den folgenden Kapiteln sollen ein Überblick über die Diagnosekriterien der PMDS nach der ICD-11 vorgestellt und Daten zur Differenzialdiagnose, Epidemiologie und Ätiologie zusammengefasst werden. Ausgehend von aktuellen Befunden werden mögliche Behandlungsoptionen diskutiert.

Diagnose

In der ICD-10 konnte die PMDS nur als Restkategorie „Sonstige näher bezeichnete affektive Störung“ (F38.8) mit der Zusatzkodierung „Prämenstruelle Beschwerden“ (N94.3) klassifiziert werden. Die ICD-11 ordnet sie dagegen als eigenständige Diagnose (GA34.41) primär den Gynäkologischen Störungen im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus zu. Zusätzlich liegt im Kapitel der Depressiven Störungen ein Querverweis (ohne Kodierungsangabe) auf die PMDS vor. Das impliziert voraussichtlich, dass auch zukünftig behandelnde Psychotherapeut*innen die PMDS als eine unspezifische

affektive Störung („Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen“, 6A8Y) mit einer Zusatzkodierung der PMDS als Gynäkologische Erkrankung (GA34.41) kodieren müssen.

Mit der Aufnahme der PMDS in die ICD-11 erfolgt eine Anerkennung der Erkrankung in Übereinstimmung mit dem DSM-5. Im DSM-5 wird die PMDS jedoch primär im Kapitel „Depressive Störungen“ verortet; ein Querverweis auf eine Gynäkologische Störung findet sich hier nicht.

Diagnosekriterien

In Tabelle 1 sind die diagnostischen Kriterien der PMDS nach der ICD-11 und dem DSM-5 aufgeführt. Es liegt bislang keine offizielle deutschsprachige Übersetzung für die ICD-11-Kriterien vor, sodass die vorliegende Übersetzung als vorläufig finaler Wortlaut zu betrachten ist.

Nach der ICD-11 zeichnet sich die PMDS durch ihr zyklusabhängiges Symptommuster aus, das einige Tage vor Beginn der Menstruation (in der späten Lutealphase) auftritt, sich innerhalb weniger Tage nach Menstruationsbeginn (Follikelphase) bessert und etwa eine Woche nach Einsetzen der Menstruation nur noch minimal ausgeprägt oder remittiert ist (für die Beschreibung des Menstruationszyklus siehe Kasten 1 und Abb. 1). Bei einigen Betroffenen kann die Symptomatik bereits ab dem Zeitpunkt des Eisprungs beginnen und wäh-

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.

rend der zweiwöchigen Lutealphase fortbestehen (Eisenlohr-Moul, 2019). Bei anovulatorischen Menstruationszyklen (z. B. während einer Schwangerschaft oder postmenopausal) zeigt sich keine PMDS-Symptomatik. Die hormonelle Unterdrückung des Eisprungs durch die Einnahme von Kontrazeptiva kann dagegen vorhandene PMDS-Symptome maskieren bzw. abmildern (und stellt daher auch eine Behandlungsoption dar; siehe Abschnitt „Medizinische Behandlungsoptionen“). Generell können hormonelle Kontrazeptiva jedoch auch affektive Symptome hervorrufen (Gingnell et al., 2013).

Zentral für die Diagnose einer PMDS nach der ICD-11 ist das Auftreten von mindestens einem (A) affektiven Symptom (Stimmungsinstabilität, Gereiztheit, depressive Verstimmung oder Angst) mit (B) weiteren somatischen und/oder kognitiven Symptomen (z. B. deutlicher Energieverlust, Gelenkschmerzen, Brustspannen, Hypersomnie, übermäßiges Essen, Konzentrationsschwierigkeiten) (WHO, 2022). Wesentlich sind dabei starker Leidensdruck oder Beeinträchtigungserleben im Alltag, insbesondere in sozialen, interaktionellen und arbeitsbezogenen Kontexten (Reed et al., 2019).

Im Gegensatz zum DSM-5 macht die ICD-11 keine Vorgabe über die konkrete Mindestanzahl von erforderlichen Symptomen für eine PMDS-Diagnose. Dagegen fordert das DSM-5 für eine PMDS-Diagnose mindestens fünf von elf Symptomen. Von verschiedenen Autor*innen wird dieser Cut-off allerdings als zu restriktiv gesehen – mit der Begründung, dass Frauen, welche die Mindestanzahl nicht erreichen, aber einen starken Leidensdruck aufweisen, von Behandlungsoptionen ausgeschlossen und in ihrem Leid nicht anerkannt werden (Alder & Urech, 2014).

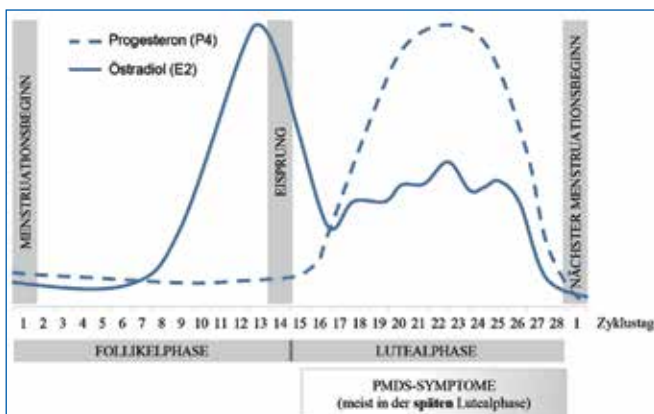


Abbildung 1: Der zeitliche Verlauf des weiblichen Menstruationszyklus (am Beispiel eines 28-tägigen Zyklus, in Anlehnung an Schmalenberger et al., 2021) und der zeitliche Bezug der PMDS-Symptomatik

Sowohl die ICD-11 als auch das DSM-5 erfordern idealerweise die Bestätigung der zyklischen PMDS-Symptomatik anhand von prospektiven Symptomtagebüchern während mindestens zweier symptomatischer Zyklen (Eisenlohr-Moul, 2019), um mögliche falsch-positive Diagnosen zu verhindern. Retrospektive Symptomerfassungen erlauben daher nur Ver-

dachtsdiagnosen, die als „vorläufig“ vermerkt werden sollen (Vorschlag des DSM-5: „Prämenstruelle Dysphorische Störung, vorläufig“). Dieses Vorgehen wird jedoch teilweise als eine weitere Belastung für Betroffene bei dadurch bedingter weiterer Verzögerung der Behandlung um mehrere Monate gesehen (Beddig & Kühner, 2017).

Der Menstruationszyklus ist typischerweise circa 28 (21 bis 35) Tage lang (siehe Abb. 1). Die Follikelphase beginnt mit der Menstruation und dauert bis zum Eisprung an. Sie ist durch einen niedrigen Progesteron-(P4) und einen steigenden Östrogenspiegel (E2) gekennzeichnet, der seinen ersten Höhepunkt kurz vor dem Eisprung erreicht und nach dem Eisprung rapide abfällt. Die Lutealphase beginnt mit dem Eisprung und dauert bis zur nächsten Menstruation an. Während der Lutealphase steigen Progesteron und Östrogen allmählich an, sodass Progesteron einen ersten und Östrogen einen zweiten Höchstpunkt in der Phasenmitte erreichen. Ihre Konzentrationen fallen anschließend in der Woche vor der nächsten Menstruation (späte Lutealphase) wieder ab (Schmalenberger et al., 2021).

Kasten 1: Beschreibung des Menstruationszyklus

Differenzialdiagnose

Prämenstruelles Syndrom (PMS): Das Symptombild des PMS zeigt ähnlich wie die PMDS ein zyklisch wiederkehrendes Symptommuster in der Lutealphase, unterscheidet sich jedoch von der PMDS hinsichtlich der Anzahl der Symptome und symptomatischer Zyklen sowie der Symptomschwere. Im Gegensatz zur PMDS liegen für das PMS keine klaren Kriterien und kein Cut-Off vor und es zeichnet sich durch mildere Symptome aus. Darüber hinaus erfordert eine PMS-Diagnose nicht obligatorisch das Vorhandensein affektiver Kernsymptome. Diese eher unspezifischen Diagnosekriterien des PMS spiegeln sich auch in höheren Prävalenzraten im Vergleich zur PMDS wider (APA, 2013).

Dysmenorrhoe: Die Dysmenorrhoe ist gekennzeichnet durch zyklische Schmerzen im Becken- und Unterleibsbebereich bei Menstruationsbeginn. Die Schmerzen können kurz vor Einsetzen der Menstruation beginnen und erreichen überwiegend am ersten Tag der Menstruation ihren Höhepunkt (WHO, 2022). Im Gegensatz zur PMDS ist die Dysmenorrhoe nicht mit affektiven Symptomen assoziiert.

Prämenstruelle Exazerbation: Bei zahlreichen psychischen (z. B. Depressiven oder Bipolaren Störungen, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung etc.) und somatischen Störungen können prämenstruelle Symptomverschlechterungen auftreten (cf. Kuehner & Nayman, 2021; Mattina & Steiner, 2020). Während die PMDS-Symptomatik lediglich in der Lutealphase vorliegt und sich in der Follikelphase vollständig zurückbildet, leiden Frauen mit einer Prämenstruellen Exazerbation (PME) einer zugrundeliegenden Störung an einer zyklischen Verschlechterung der Symptomatik, die jedoch auch postmenstruell, wenn auch in geringerer Ausprägung, fortbesteht (Kuehner & Nayman, 2021). Eine PMDS-Diagnose darf

Prämenstruelle Dysphorische Störung (ICD-11)	Prämenstruelle Dysphorische Störung (DSM-5)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Während der Mehrzahl der Menstruationszyklen im vergangenen Jahr ist ein Muster von affektiven, somatischen oder kognitiven Symptomen vorhanden, das einige Tage vor dem Einsetzen der Menses beginnt, sich innerhalb weniger Tage nach dem Einsetzen der Menses verbessert und innerhalb von etwa einer Woche nach Einsetzen der Menses nahezu oder gänzlich remittiert. ■ Der zeitliche Zusammenhang der Symptome mit der Luteal- und Menstruationsphase sollte idealerweise durch ein prospektives Symptomtagebuch während mindestens zwei symptomatischer Zyklen bestätigt werden. ■ Die Symptome beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> – Mindestens ein affektives Symptom wie Stimmungslabilität, Gereiztheit, depressive Verstimmung oder Angst – Zusätzliche somatische oder kognitive Symptome wie Lethargie, Gelenkschmerzen, Überessen, Hypersomnie, Brustspannen, Schwellung der Extremitäten, Konzentrationsschwierigkeiten oder Vergesslichkeit ■ Die Symptome sind nicht besser erklärbar durch eine andere psychische Störung (z. B. affektive Störung, Angststörung). ■ Die Symptome sind keine Manifestation einer medizinischen Erkrankung (z. B. Endometriose, Polyzystisches Ovarialsyndrom, Erkrankungen des Nebennierensystems, Hyperprolaktinämie) und sind weder substanz- oder medikamenteninduziert (z. B. durch Hormonbehandlung, Alkohol) noch rückföhrbar auf Entzugserscheinungen (z. B. durch Stimulanzien). ■ Die Symptome föhren zu erheblichem Leidensdruck oder deutlichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Während der Mehrzahl der Menstruationszyklen treten in der letzten Woche vor Beginn der Menses (letzte Woche der Lutealphase) mindestens fünf Symptome (aus B und C) auf, die sich innerhalb weniger Tage nach Beginn der Menses (Follikelphase) bessern und in der Woche nach der Menses nahezu oder gänzlich remittieren. B. Eines (oder mehrere) der folgenden Symptome sind vorhanden: <ol style="list-style-type: none"> 1. Deutliche Affektlabilität (z. B. Stimmungsschwankungen, sich plötzlich traurig föhlen, weinen, gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung) 2. Deutliche Reizbarkeit oder Wut oder vermehrte zwischenmenschliche Konflikte 3. Deutliche depressive Verstimmung, Geföhl der Hoffnungslosigkeit oder selbstherabsetzende Gedanken 4. Deutliche Angst, Anspannung und/oder Geföhle der Gereiztheit und Nervosität C. Zusätzlich sind eines (oder mehrere) der folgenden Symptome vorhanden. In Kombination mit Symptomen aus Kriterium B müssen insgesamt fünf Symptome vorliegen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verringerteres Interesse an üblichen Aktivitäten (z. B. Arbeit, Schule, Freunde, Hobbys) 2. Geföhl, sich nicht konzentrieren zu können 3. Lethargie, leichte Ermüdbarkeit oder deutlicher Energieverlust 4. Deutliche Veränderungen des Appetits, Überessen oder ein Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln 5. Insomnie oder Hypersomnie 6. Geföhl des Überwältigtseins oder von Kontrollverlust 7. Körperliche Symptome wie Brustempfindlichkeit oder -schwellung, Gelenk- oder Muskelschmerzen, sich „aufgedunsen“ föhlen, Gewichtszunahme <p>Beachte: Die Symptome der Kriterien A bis C müssen während der meisten Menstruationszyklen des vorangegangenen Jahres aufgetreten sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> D. Die Symptome gehen mit klinisch relevantem Leiden oder Beeinträchtigung der Arbeits- oder Schulleistung oder gewöhnlichen sozialen Aktivitäten und Beziehungen zu anderen einher. E. Das Störungsbild stellt nicht nur eine Exazerbation der Symptome einer anderen Störung dar, wie z. B. einer Major Depression, Panikstörung, Dysthymen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung (obwohl es mit jeder der genannten Störungen gleichzeitig auftreten kann). F. Kriterium A muss durch prospektive tägliche Einschätzungen während mindestens zwei symptomatischer Zyklen bestätigt werden. (Beachte: Die Diagnose kann als vorläufige Verdachtsdiagnose vor Bestätigung durch die Aufzeichnungen gestellt werden.) G. Die Symptome sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament, andere Behandlung) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hyperthyreose).

Tabelle 1: Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien der Prämenstruellen Dysphorischen Störung nach der ICD-11 (WHO, 2022) und dem DSM-5 (APA, 2013)

nicht gestellt werden, wenn die prämenstruellen Symptome ausschließlich eine Exazerbation einer anderen Störung abbilden (APA, 2013).

Geschichte der Diagnose und wissenschaftlicher Diskurs

Die Anerkennung der PMDS als behandlungsbedürftiges Krankheitsbild basiert auf langjähriger Erforschung der Epidemiologie, Phänomenologie, Pathogenese und Behandlung prämenstrueller Symptomatik (Epperson et al., 2012). Bereits im Jahr 1931 beschrieb Frank prämenstruelle Spannungs-

zustände als ein klinisches Phänomen, und 22 Jahre später föhrten Greene und Dalton (1953) die Bezeichnung „Prämenstruelles Syndrom“ ein. Die PMDS fand erstmals 1987 im Anhang des DSM-III-R (APA, 1987) Platz als Forschungsdiagnose und wurde als „Dysphorische Störung der späten Lutealphase“ bezeichnet. In diesem Zuge wurden auch erstmals einheitliche Forschungskriterien für die Erkrankung aufgeföhrt. Im Jahr 1994 wurde sie weiterhin als Forschungsdiagnose im Anhang B des DSM-IV (APA, 1994) in „Prämenstruelle Dysphorische Störung“ umbenannt und den affektiven Störungen („nicht näher bezeichnete affektive Störung“) zugeordnet. Die Aufnahme der PMDS in die Forschungsanhänge des DSM-III-R und DSM-IV war ein Anstoß für zahlreiche

Forschungsarbeiten, welche die Reliabilität und Validität der PMDS empirisch untermauern konnten, was schließlich zu ihrer Anerkennung und Aufnahme als eigenständige Diagnose in das Kapitel „Depressive Störungen“ des DSM-5 führte (Epperson et al., 2012). Im Gegensatz zum DSM-5 zeigt die ICD-11 eher eine medizinische Annäherung an die PMDS und ordnet sie den Gynäkologischen Erkrankungen mit einem Querverweis in der Sektion der Depressiven Störungen zu. Die verschiedenen Klassifikationen der PMDS sowohl als psychische (DSM-5) als auch medizinische Erkrankung (ICD-11) spiegeln die Komplexität und multifaktorielle Ätiologie der Erkrankung wider.

Die Anerkennung der PMDS als behandlungsbedürftige psychische Erkrankung stieß jedoch auch auf Skepsis und Besorgnis, unter anderem wegen einer möglichen Pathologisierung von natürlichen körperlichen Prozessen bei Frauen, der Stigmatisierung einer Großzahl von Frauen als psychisch krank und der dadurch möglichen Benachteiligung von Frauen im Arbeitskontext (Beddig & Kühner, 2017; Hartlage et al., 2014). Eine Vielzahl von Studien legt jedoch nahe, dass es sich bei der PMDS um eine eigene diagnostische Entität mit Krankheitswert handelt (Epperson et al., 2012; Hartlage et al., 2014) und die Vorteile einer Diagnosenzuschreibung die Bedenken überwiegen. Die Anerkennung der PMDS als eigenständige psychische Erkrankung ist nicht nur essenziell für die klinische Versorgung sowie für die Weiterentwicklung und Förderung störungsspezifischer Forschung, sondern auch für die Validierung des Leidensdrucks der betroffenen Frauen (Epperson et al., 2012).

Epidemiologie

Bisherige Studien zeigen, dass etwa 70–90 % der Frauen im reproduktiven Alter leichte körperliche oder psychische Veränderungen in der späten Lutealphase erleben (zsf. Alder & Urech, 2014; Dorsch, 2018). Während bei etwa 20–30 % der Frauen (12-Monats-Prävalenz) diese Veränderungen eine subklinische Form mit mildem Beeinträchtigungserleben annehmen und als „Prämenstruelles Syndrom“ klassifiziert werden (Mattina & Steiner, 2020), ist das Vollbild der PMDS dagegen bei 1,8–5,8 % (12-Monats-Prävalenz) der Frauen im reproduktiven Alter ausgeprägt (APA, 2013). Laut APA (2013) werden die Prävalenzraten höher geschätzt, wenn sie auf retrospektive Symptomeinschätzungen beruhen. Im Konsens mit anderen Längsschnittstudien (zsf. Eisenlohr-Moul, 2019) schätzt eine in Deutschland durchgeführte epidemiologische Studie mit 1.251 Frauen im Alter von 14–24 Jahren retrospektiv die 12-Monats-Prävalenz einer PMDS-Diagnose auf 5,8 % (Wittchen et al., 2002).

Zum klinischen Verlauf der PMDS liegen bislang wenige Studien vor. Die Erkrankung kann in jedem Alter zwischen Menarche und Menopause auftreten und bildet sich mit Abnahme der Ovarienaktivität in der Menopause zurück (Mattina & Steiner, 2020). Nicht selten werden nach einer Entbindung

oder einem Absetzen hormoneller Kontrazeptiva die ersten prämenstruellen Symptome oder eine Verschlechterung bereits bestehender prämenstrueller Symptomatik beobachtet (Dorsch & Rohde, 2017). Auch kann eine Hormonersatztherapie während der Menopause das Wiederauftreten der Symptome verursachen (APA, 2013).

Eine Spontanerholung und Remission ohne Behandlung ist eher unwahrscheinlich: Unbehandelt verläuft die PMDS meist chronisch. Sie verschlechtert sich in der Regel mit zunehmendem Alter und geht mit erhöhter Suizidalität einher (Alder & Urech, 2014; APA, 2013; Osborn et al., 2021; Owens & Eisenlohr-Moul, 2018). Die Beeinträchtigungen, die aus der PMDS resultieren, können sich auf alle Lebensbereiche erstrecken, mit dem größten Einfluss auf interpersonelle Situationen (z. B. Partnerschaft, Erziehung) und Arbeitsproduktivität (Gao et al., 2022). Dabei ist das Beeinträchtigungserleben während der Lutealphase vergleichbar mit anderen chronischen psychischen Störungen und die erhöhte Suizidalität unabhängig von psychiatrischen Komorbiditäten (Osborn et al., 2021). Einer qualitativen Studie zufolge erhalten betroffene Frauen häufig Fehldiagnosen oder die eindeutige Diagnose wird erst nach längerer Verzögerung gestellt (Osborn et al., 2020).

Komorbiditäten

Für die PMDS werden hohe Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen, insbesondere mit affektiven und Angststörungen berichtet (Mattina & Steiner, 2020). In einer deutschen Stichprobe wurde die 12-Monats-Komorbiditätsrate der PMDS mit Angststörungen auf 47,4 % geschätzt, gefolgt von Nikotinabhängigkeit (36,8 %) sowie affektiven (29,8 %) und somatoformen Störungen (28,4 %) (Wittchen et al., 2002). In einer neueren Studie berichten Kepple et al. (2016) höhere Lifetime-Komorbiditätsraten für die Major Depression (31,2 %) im Vergleich zu Angststörungen (15,3 %). Unter den Angststörungen wird insbesondere eine Komorbidität der PMDS mit der Generalisierten Angststörung (14 %) beobachtet (Yen et al., 2020). Auch eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) tritt oft gemeinsam mit der PMDS auf (Pilver et al., 2011; Wittchen et al., 2002). Interessant ist zudem die hohe Komorbidität der PMDS mit anderen zyklischen affektiven Störungen, nämlich den saisonalen affektiven (46 %) und der Bipolaren Störung (15–27 %) (Beddig & Kühner, 2017; Sepede et al., 2020).

Darüber hinaus kann die PMDS einen Risikofaktor für spätere depressive Episoden darstellen (Mattina & Steiner, 2020). Auch wird eine Assoziation zwischen der PMDS und postpartalen sowie perimenopausalen Depressionen beobachtet (Alder & Urech, 2014; Kuehner, 2017; Pereira et al., 2021). Darüber hinaus kann eine Komorbidität der PMDS und der PME einer anderen psychischen Erkrankung bestehen. Nach einer konservativen Definition (Hartlage & Gehlert, 2001) liegt eine Komorbidität der beiden Störungen vor, wenn die PME einer sonstigen Störung (z. B. Depression) von mindestens fünf

nicht-überlappenden PMDS-Symptomen (z. B. Stimmungsschwankungen, Wut, Reizbarkeit und körperliche Symptome) begleitet wird und diese ausschließlich in der prämenstruellen Phase auftreten. Verlässliche Schätzungen zu Komorbiditätsraten zwischen der PMDS und der PME anderer Störungen liegen bislang nicht vor (Kuehner & Nayman, 2021).

Ätiologie und Risikofaktoren

Insgesamt ist die Ätiologie der PMDS noch unzureichend erforscht. Bisherige Studien liefern Hinweise auf eine multifaktorielle Ätiologie, die biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren umfasst (Beddig & Kühner, 2017; Eisenlohr-Moul, 2019).

Hormonelle Faktoren

Der zeitliche Zusammenhang des Auftretens der PMDS-Symptomatik mit dem Menstruationszyklus impliziert eine ätiologische und aufrechterhaltende Rolle von Geschlechtshormonen (Östrogen, Progesteron). In Zyklen ohne Eisprung, während der Schwangerschaft und nach der Menopause treten die Symptome nicht auf. Entgegen früherer Erwartungen zeigen Frauen mit PMDS keine Abweichungen in der absoluten Höhe der Hormonlevel in der Lutealphase gegenüber gesunden Frauen. Jedoch wird von einer erhöhten Sensitivität gegenüber normalen Schwankungen dieser Geschlechtshormone und ihrer Metaboliten, insbesondere dem Progesteron-Metaboliten Allopregnanolon (ALLO), ausgegangen (Schweizer-Schubert et al., 2021).

Die Anerkennung der PMDS als eigenständige psychische Erkrankung ist nicht nur essenziell für die klinische Versorgung sowie für die Weiterentwicklung und Förderung störungsspezifischer Forschung, sondern auch für die Validierung des Leidensdrucks der betroffenen Frauen.

Die genauen Mechanismen dieser erhöhten Empfindlichkeit sind jedoch noch nicht hinreichend geklärt. Ausgehend von der modulierenden Wirkung von Geschlechtshormonen auf verschiedene Gehirnsysteme wird zudem ein Zusammenhang mit möglichen Dysfunktionen des serotonergen und GABAergen Systems sowie der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse (HHN-Achse) angenommen. Diese Faktoren stehen wahrscheinlich in komplexer Interaktion miteinander und tragen so zur PMDS-Symptomatik bei (Hantsoo & Epperson, 2015; Schweizer-Schubert et al., 2021).

Insbesondere Östradiol fördert die Serotoninsynthese und -verfügbarkeit und potenziert die serotonerge Transmission in limbischen Hirnregionen. Vor dem Hintergrund der stimmungsstabilisierenden Wirkung von Östradiol wird angenom-

men, dass Schwankungen des Östrogenspiegels über den Zyklus und seine Wechselwirkungen mit dem serotonergen System auch eine Rolle bei der PMDS spielen (Kuehner & Nayman, 2021). Die Rolle des serotonergen Systems wird zudem durch die Wirksamkeit von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) in der PMDS-Behandlung gestützt. Dabei scheinen SSRIs neben antidepressiven Effekten weitere PMDS-spezifische Wirkmechanismen (z. B. im GABAergen System) zu haben, was mit ihrer höheren Wirksamkeit im Vergleich zu trizyklischen und noradranergen Antidepressiva deutlich wird (Beddig & Kühner, 2017).

Auch das Progesteron und sein Metabolit ALLO spielen wahrscheinlich eine wichtige Rolle in der Ätiologie der PMDS. Ihre Konzentrationen steigen nach dem Eisprung in der Lutealphase stark an, erreichen ihren Höhepunkt in der Mitte der Lutealphase und fallen dann in der späten Lutealphase um die Menstruation rapide ab. Insbesondere ALLO potenziert die GABA-Transmission und zeigt im Allgemeinen beruhigende, anxiolytische und antiepileptische Wirkungen. Es wird angenommen, dass Frauen mit PMDS eine erhöhte Sensitivität auf Fluktuationen von ALLO zeigen bzw. auf diese paradox reagieren, und aufgrund der defizitären GABA-Kontrolle über die HHN-Achse eine erhöhte objektive und subjektive Stresssensitivität besteht (Beddig & Kühner, 2017; Kuehner & Nayman, 2021).

Obwohl die Studienlage zur möglichen Dysregulation der HHN-Achse bei der PMDS noch spärlich ist, liegen Hinweise auf einen Zusammenhang der PMDS mit niedriger basaler Cortisolaktivität vor (zsf. Owens & Eisenlohr-Moul, 2018) – vergleichbar mit anderen stressbezogenen psychischen Erkrankungen (vgl. Adam et al., 2017; Ehlert et al., 2001). Experimentelle Studien deuten auf eine gedämpfte Cortisol-Reaktivität gegenüber Stressoren bei Frauen mit prämenstruellen psychischen Beschwerden hin (Huang et al., 2015). Eine

aktuellere Studie von Beddig et al. (2019) zeigte bei Frauen mit PMDS eine verzögerte Cortisol-Aufwachreaktion sowie einen flacheren Cortisolabfall über den Tag.

Psychologische und soziale Einflussfaktoren

Die PMDS steht im Zusammenhang mit stressbezogenen Faktoren. So sind frühe Traumata (< 18 J.) bei Frauen mit PMDS häufiger als bei gesunden Frauen (Beddig et al., 2019; Girdler et al., 2007) bzw. als in der Allgemeinbevölkerung (Kulkarni et al., 2022). Auch zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen zyklischen Schwankungen von Östradiol und Progesteron mit PMDS-Symptomen bei Frauen mit einer Missbrauchsgeschichte stärker ausgeprägt ist (Eisenlohr-Moul et al., 2016). Möglicherweise führt früher

Missbrauch bei diesen Frauen zu einer Sensibilisierung des Stresssystems, die eine erhöhte Sensitivität gegenüber den zyklischen Fluktuationen der Geschlechtshormone und ihrer Metaboliten zur Folge hat, wodurch im Sinne eines Teufelskreises wiederum die normale physiologische Stressreaktion beeinträchtigt wird (Eisenlohr-Moul et al., 2016). Nicht nur frühe Traumata, sondern auch ein erhöhtes aktuelles wahrgenommenes Stressniveau und externale Stressfaktoren wie belastende Lebensereignisse und hoher Arbeitsstress gehen mit einer stärkeren prämenstruellen Symptomatik einher (Beddig et al., 2019; Eisenlohr-Moul, 2019; Schweizer-Schubert et al., 2021).

Vor dem Hintergrund der hohen Komorbidität der PMDS mit affektiven Störungen werden zudem Defizite in der Emotionsregulation mit stärkeren prämenstruellen Symptomen in Verbindung gebracht. Frauen mit PMDS weisen höhere Neurotizismuswerte auf als gesunde Frauen (Gao et al., 2021; Miller et al., 2010; Nayman et al., under review). Sie berichten auch eine stärkere Tendenz zu behavioraler Impulsivität (Petersen et al., 2016) und zur Verschlechterung ihrer emotionalen Anpassungsfähigkeit in der Lutealphase (Yen et al., 2018). Dysfunktionale psychologische Faktoren wie Vermeidung, erhöhte Selbstaufmerksamkeit und vor allem ruminatives Grübeln stellen weitere potenzielle Risikofaktoren dar (Beddig et al., 2019; Beddig & Kühner, 2017; Craner et al., 2016). Die Neigung zu Selbstaufmerksamkeit und Rumination scheint dabei bei Frauen mit PMDS insbesondere gegen Ende des Zyklus zuzunehmen (Craner et al., 2016). Sowohl habituelle Ruminationstendenzen (Dawson et al., 2018) als auch momentane Rumination im Alltag (Beddig et al., 2020) gehen bei Frauen mit PMDS mit stärkerer prämenstrueller Stimmungsver-schlechterung einher.

Jedoch sind psychologische Risikofaktoren der PMDS insgesamt nur unzureichend erforscht, wobei bisherige Befunde vorwiegend aus retrospektiven Studien im Querschnittsdesign stammen. Interessanterweise legen unsere neusten Längsschnittuntersuchungen nahe, dass günstige Ausprägungen in habituellen kognitiven Emotionsregulationsstrategien (Achtsamkeit, Neubewertung, niedrige Ruminationstendenz) bei Frauen mit PMDS insgesamt mit besserer Stimmung im Alltag einhergehen, diese jedoch nicht vor einer Stimmungsver-schlechterung in der späten Lutealphase zu schützen vermögen (Nayman et al., under review). Dies entspricht auch den subjektiven Erfahrungen betroffener Frauen, die berichten, dass sie in der späten Lutealphase trotz Bemühungen ein Gefühl von Kontrollverlust über sich selbst und ihr Verhalten haben und sich anders erleben als in den übrigen Zyklusphasen. Wir gehen hierbei von phasenspezifischen Problemen bei der Umsetzung adaptiver Emotionsregulationsstrategien aus (Nayman et al., under review).

Sonstige Einflussfaktoren

Ergebnisse aus Familien- und Zwillingsstudien liefern gemischte Befunde zur Heritabilität der PMDS. Eine größere Zwillingsstudie im Längsschnitt schätzte prämenstruelle Symptomheritabilität auf 35–56 % (Kendler et al., 1992, 1998). Aktueller Tabakkonsum sowie ein hoher Body-Mass-Index stehen ebenso in engem Zusammenhang mit PMDS (Mattina & Steiner, 2020). Ein hoher Bildungsstand stellt dagegen einen möglichen Schutzfaktor dar (Beddig & Kühner, 2017).

Ausgehend von der bisherigen Befundlage kann insgesamt ein durch den Menstruationszyklus ausgelöster Kreislauf von

	Anzahl Items	Wie wird die PMDS erfasst?	Selbst-/Fremdrating	Deutsche Version verfügbar?
Strukturierte Klinische Interviews				
SCID-PMDD (Accortt et al., 2011)		DSM-IV-/DSM-5-Algorithmus	Fremd	✓
Composite International Diagnostic Interview for Women (CIDI-V; Martini et al., 2009)		Mittels PSST (DSM-IV-Algorithmus) und ergänzenden Fragen	Fremd	✓
Retrospektive Symptomskalen				
Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST; Steiner et al., 2003; deutsch: Bentz et al., 2012)	19	DSM-IV-/DSM-5-Algorithmus	Selbst	✓
PMS im Allgemeinen (PMS-iA; Ditzen et al., 2011)	30	DSM-IV-/DSM-5-Algorithmus	Selbst	✓
Prospektive Symptomtagebücher				
Symptomtagebuch (Janda et al., 2017)	30	DSM-IV-/DSM-5-Algorithmus	Selbst	✓
Daily Record of Severity of Problems (DRSP; Endicott et al., 2006)	24	Beschwerdezunahme um $\geq 75\%$ (prä- gegenüber postmenstruell)	Selbst	✓ ^a
Zyklustagebücher (verfügbar im Internet)			Selbst	✓

Tabelle 2: Diagnoseinstrumente zur Erfassung prämenstrueller Symptomatik (modifiziert nach Beddig & Kühner, 2017)

^a Eine deutsche Übersetzung ist erhältlich über die Autor*innen der englischen Originalversion (Endicott et al., 2006).

Dysregulationen biologischer Systeme angenommen werden, die mit psychologischen und sozialen Mechanismen interagieren und sich gegenseitig verstärken. Die empirische Untersuchung solcher komplexen Mechanismen steht jedoch noch weitgehend aus.

Diagnostik

Die Diagnosestellung der PMDS kann durch verschiedene Verfahren unterstützt werden. Diese umfassen strukturierte klinische Interviews (Accortt et al., 2011; Martini et al., 2009), retrospektive Symptomskalen (Bentz et al., 2012; Ditzen et al., 2011; Steiner et al., 2003) sowie prospektive Instrumente bzw. Symptomtagebücher (Endicott et al., 2006; Janda et al., 2017; Dorsch, 2018; für einen Überblick ausgewählter Instrumente siehe Tabelle 2).

Strukturierte klinische Interviews

SCID-PMDD: Das *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Premenstrual Dysphoric Disorder* (SCID-PMDD; Accortt et al., 2011) kann mit einer hohen Interrater-Reliabilität ($\kappa = 0.96$) für eine vorläufige Diagnosestellung nach DSM-5 verwendet werden (Beddig et al., 2019). Es erfragt die 11 PMDS Symptome hinsichtlich des Auftrittszeitpunkts, der Symptombdauer und -häufigkeit in den vergangenen 12 Monaten sowie das Beeinträchtigungserleben und den klinischen Leidensdruck. Ergibt sich eine Verdachtsdiagnose der PMDS, sollte zusätzlich ein Symptomtagebuch über mindestens zwei Zyklen eingesetzt werden (Accortt et al., 2011).

SCID-5-CV: Das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version* (SCID-5-CV, Beesdo-Baum et al., 2018) enthält lediglich im Modul I „Screening für andere aktuelle Störungen“ Screening-Fragen für die PMDS; die ausführlichen Diagnosekriterien werden jedoch nicht erhoben.

CIDI-V: Das *World Health Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI) wurde um frauenspezifische Zusatzmodule (CIDI-V; Martini et al., 2009) ergänzt und erlaubt somit unter anderem eine standardisierte Anamnese von prämenstruellen Beschwerden. Die Fragen zur Erhebung prämenstrueller Symptome bauen dabei auf dem retrospektiven Fragebogen *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST; Steiner et al., 2003) auf.

Retrospektive Symptomskalen

Für Screenings und Vorselektion können auch retrospektive Fragebögen herangezogen werden. Diese sollen jedoch lediglich ergänzend zu Symptomtagebüchern eingesetzt werden.

PSST: Ein kurzes, effizientes Screening-Instrument mit 19 Items ist der *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST; Steiner et al., 2003). Das Instrument wurde in Anlehnung

an die DSM-IV-Kriterien konstruiert und ist auch in einer deutschsprachigen Version verfügbar (Bentz et al., 2012). Ursprünglich wurde das Instrument zur kategorialen Einteilung des Schweregrads und der Erfassung des Beeinträchtigungsgrads in verschiedenen Lebensbereichen entwickelt. Wir empfehlen in Übereinstimmung mit Eisenlohr-Moul (2019), das Instrument lediglich zur Vorselektion einzusetzen, da es zwar eine gute Sensitivität, jedoch eine unzureichende Spezifität aufweist und somit ein hohes Risiko für falsch-positive Ergebnisse birgt.

PMS-Fragebogen: Im deutschsprachigen Raum kann zudem der *PMS-Fragebogen* (Ditzen et al., 2011), bestehend aus 30 Items, eingesetzt werden. Das Instrument erlaubt einerseits eine retrospektive Erfassung prämenstrueller Beschwerden im Allgemeinen (PMS-iA). Andererseits kann es durch die Anpassung der Instruktion („...im Moment...“) auch zur prospektiven Symptomerfassung im Rahmen eines Zyklustagebuchs eingesetzt werden (PMS-iM).

Prospektive Instrumente bzw. Symptomtagebücher

Die Besonderheit der PMDS, die sie von anderen psychischen Erkrankungen unterscheidet, ist die Beschränkung der Symptomatik auf die späte Lutealphase, die über prospektive Symptomeinschätzungen bestätigt werden muss. Dabei liefert das prospektive Erfassen von Symptomen nicht nur Hinweise darauf, ob diese im zeitlichen Zusammenhang mit der Lutealphase des Menstruationszyklus stehen. Es kann auch individuelle Symptomverläufe abbilden, individualisierte Behandlungsoptionen anregen, und für Betroffene Klarheit über ihr Symptombild und mögliche Einflussfaktoren schaffen. Auch kann es im Rahmen des Behandlungsprozesses fortgeführt werden, um dessen Wirksamkeit im Verlauf zu verfolgen (Rohde, 2019).

Symptomtagebuch: Janda et al. (2017) präsentieren ein Symptomtagebuch in Anlehnung an die prospektive Version des deutschsprachigen PMS-Fragebogens PMS-iM (Ditzen et al., 2011; siehe oben). Das Symptomtagebuch baut auf den DSM-5 Kriterien auf und erlaubt die Berechnung von Scores für die Symptomschwere und den Beeinträchtigungsgrad.

Daily Record of Severity of Problems (DRSP): Ein weiteres validiertes und vor allem im englischsprachigen Raum und Forschungskontext weitverbreitetes Symptomtagebuch stellt der *Daily Record of Severity of Problems* (DRSP; Endicott et al., 2006) dar. Er erfasst anhand von 24 Items Symptomschwere und Beeinträchtigungserleben im Alltag. Ein standardisiertes Auswertungsverfahren zur Operationalisierung der DSM-5-Diagnose der PMDS über zwei Zyklen wird dabei durch das *Carolina Premenstrual Assessment Scoring System* (C-PASS; Eisenlohr-Moul et al., 2017) gewährleistet. Für die Diagnosestellung der PMDS soll eine prämenstruelle Symptomzunahme um mindestens 30 % zusammen mit klarer postmenstrueller Symptomremission vorliegen. Ein Pa-

pierbogen, Excel-Makro und SAS-Makro für das C-PASS sind auf der folgenden Website verfügbar (www.cycledx.com). Eine publizierte deutsche Fassung des Auswertungssystems C-PASS liegt bislang nicht vor.

Zyklustagebücher (verfügbar im Internet): Für die klinische Anwendung im deutschsprachigen Raum haben sich Zyklustagebücher in Papier- und Stiftform bewährt. Ein solches Tagebuch steht z. B. kostenlos auf der folgenden Webseite zum Download zur Verfügung: <https://pmds.team/#zyklustagebuch>.

Ein Großteil aktuell verfügbarer Zyklus-Apps inkludiert auch Funktionen zur prospektiven Aufzeichnung von zyklusbezogenen Symptomen. Jedoch liegen unseres Wissens derzeit keine zertifizierten digitalen Gesundheitsapps mit integrierten Zyklustagebüchern zur gezielten Diagnosestellung der PMDS vor.

Medizinische Abklärung. Bei starken körperlichen Beschwerden sollte in der medizinischen Abklärung ein zusätzliches Augenmerk auf mit Schmerzen verbundene Erkrankungen wie Endometriose oder Dysmenorrhoe gelegt werden, um deren möglichen psychischen Auswirkungen differenzialdiagnostisch einzuordnen. Es gilt jedoch zu beachten, dass eine PMDS auch komorbid zu diesen körperlichen Erkrankungen auftreten kann.

Behandlung der PMDS

Aufgrund der Komplexität der PMDS gibt es keine einheitliche Behandlungsstrategie, die für alle betroffenen Frauen gleichermaßen effektiv ist. Da Interventionen im Rahmen der PMDS sowohl für die medizinische als auch die psychologische Forschung ein relativ neues Forschungsfeld darstellen, ist die Anzahl randomisiert-kontrollierter Studien aktuell noch limitiert. Jedoch haben einige Behandlungsansätze Wirksamkeitsnachweise erbracht, die im Folgenden erörtert werden.

Medizinische Behandlungsoptionen

Gegenwärtig stellt der Einsatz von SSRIs (Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin, Citalopram, Escitalopram) nach verschiedenen internationalen Leitlinien die Erstlinienbehandlung für die PMDS dar (*Hantsoo & Riddle, 2021*). SSRIs haben sich bei ca. 60 % der betroffenen Frauen als wirksam erwiesen und können sowohl kontinuierlich als auch intermittierend (auf die gesamte Lutealphase oder ab Beginn der Symptomatik beschränkt) eingesetzt werden (*Eisenlohr-Moul, 2019; Hantsoo & Riddle, 2021*). Interessanterweise wirken sie bei der PMDS rasch innerhalb von 12–36 Stunden und bereits bei niedrigerer Dosierung als bei der Depressionsbehandlung (für genauere Dosierungsvorschläge siehe: *Hantsoo & Riddle, 2021; Rohde et al., 2017*). Dies impliziert differenzielle Mechanismen von SSRIs bei der Behandlung der PMDS im Vergleich zu anderen affektiven Störungen z. B. bezüglich ihrer Wirkung

auf die ALLO-Biosynthese und das GABAerge System (*Hantsoo & Riddle, 2021; Kuehner & Nayman, 2021*). Unter anderem in den USA sind SSRIs für die PMDS-Behandlung bereits zugelassen, während sie in Deutschland derzeit nur off-label verordnet werden können.

Bezüglich der Wirksamkeit oraler Kontrazeptiva ist die Befundlage gemischt. Eine Metaanalyse zeigte, dass das drospirenonhaltige orale Kontrazeptivum „Yaz“ (in verschiedenen Ländern zur PMDS-Behandlung freigegeben, in Deutschland jedoch nur off-label einsetzbar) schwere PMDS-Symptomatik signifikant reduziert (*Lopez et al., 2012*). Eine kombinierte Hormontherapie (progesteron- und östrogenhaltig) scheint grundsätzlich besser wirksam als hormonelle Monotherapie. Andere Hormonapplikationen (Pflaster, Vaginalringe etc.) haben keine nachgewiesene Wirkung (*Hantsoo & Riddle, 2021*).

Aufgrund erheblicher Nachteile sollen Gonadotropin-Releasing-Hormon-(GnRH-)Agonisten nur als Ultima Ratio eingesetzt werden (vgl. *Rohde et al., 2017*), welche die ovarielle Hormonproduktion unterdrücken und eine künstliche Menopause induzieren. In diesem Fall ist bei längerem Einsatz eine zusätzliche hormonelle Ersatztherapie (Zugabe von Östradiol und Progesteron) notwendig, um etwaige Nebenwirkungen (z. B. Osteoporose) zu kompensieren. Eine letzte Behandlungsoption für eine schwere PMDS, die zwar nicht auf multiple andere Behandlungen, jedoch auf GnRH-Agonisten anspricht, ist die Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) mit zweiseitiger Oophorektomie (Eierstockentfernung) (*Eisenlohr-Moul, 2019; Hantsoo & Riddle, 2021*). Auch diese Behandlungsoption soll nur als Ultima Ratio in Erwägung gezogen werden. Während hier die zweiseitige Eierstockentfernung das entscheidende Element in der operativen PMDS-Behandlung darstellt, soll mit einer zusätzlichen Hysterektomie eine postoperative Ersatzbehandlung mit Progesteron vermieden werden, die ein Wiederauftreten von PMDS-Symptomen verursachen kann (*Reid & Soares, 2017*). Wenn auch gezeigt wurde, dass dieser Eingriff die PMDS-Symptomatik bessern kann, gilt es jedoch, mögliche gravierende Nachteile durch die dadurch induzierte vorzeitige Menopause (Osteoporose, kardiovaskuläre Erkrankungen etc.) dagegen abzuwägen.

Die genannten medizinischen Strategien beinhalten, wie erwähnt, Nebenwirkungen in unterschiedlichem Ausmaß und interferieren möglicherweise auch mit einem Kinderwunsch, was zusätzlich zu einer schlechten Behandlungssadhärenz oder einem Behandlungsabbruch führen kann (*Lundin et al., 2017; Segebladh et al., 2009*).

Neuere pharmakologische Behandlungsansätze, die derzeit geprüft werden, fokussieren auf Neurosteroiden, die spezifischer auf die Pathophysiologie der PMDS abzielen als SSRIs. Hierzu zählen Substanzen wie das GABA-A-rezeptor-modulierende Steroid Sepranolon, das hemmend auf den Progesteron-Metaboliten ALLO wirkt (vgl. *Bäckström et al., 2021*) oder der Progesteron-Antagonist Ulipristalacetat (*Comasco et al., 2021*). Erste Studien zeigen positive Effekte dieser Substan-

zen auf die PMDS-Symptomatik; jedoch ist hier noch weitere Forschung notwendig.

Psychotherapeutische Behandlungsoptionen

Psychotherapeutische Behandlungsansätze für die PMDS beinhalten häufig Selbstbeobachtung, kognitive Umstrukturierung sowie behaviorale Bewältigungs- und Stressreduktionsstrategien. Trotz der noch knapperen Studienlage zu psychotherapeutischen Behandlungsoptionen liegen auch hier erste Wirksamkeitsnachweise vor (z. B. Busse et al., 2009; Kleinstäuber et al., 2012; Weise et al., 2019). Inzwischen wird Psychotherapie bei der PMDS international ebenfalls als Erstlinientherapie empfohlen (Hantsoo & Riddle, 2021).

Frühere randomisierte Kontrollstudien ergaben kleine bis mittlere Effektstärken für zeitlich begrenzte (im Durchschnitt ca. sechs Sitzungen) kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (Kleinstäuber et al., 2012; $n = 22$ Studien). Sie bewirken dabei vor allem eine Reduktion der PMDS-bedingten Funktionsbeeinträchtigungen. Eine frühere Metaanalyse berichtet eine konsistente Wirkung von KVT auf die Reduktion von Depressions- und Angstsymptomen und positive Effekte auf Verhaltensänderungen und Alltagsbeschränkungen (Busse et al., 2009; $n = 9$ Studien). Eine aktuellere Übersichtsarbeit (Han et al., 2019) zeigt, dass sich insbesondere das Erlernen aktiver behavioraler Bewältigungsstrategien als hilfreich für prämenstruelle Symptomreduktion erwies. Kritisch anzumerken sind jedoch einige methodische Einschränkungen und die fehlende Differenzierung zwischen der PMDS und dem weniger schwerwiegenden PMS in den untersuchten Studien.

Eine Studie, die speziell an Frauen mit PMDS durchgeführt wurde und KVT, das SSRI Fluoxetin und die kombinierte Behandlung aus KVT und Fluoxetin verglich, zeigte, dass die KVT vor allem kognitive und behaviorale Bewältigungsstrategien verbesserte und langfristig im 1-Jahres-Follow-up stabilere Effekte als Fluoxetin aufwies (Hunter et al., 2002). Insbesondere die erlernten behavioralen – nicht aber die kognitiven – Bewältigungsstrategien am Ende einer KVT sagten ein gutes klinisches Behandlungsergebnis ein Jahr später vorher. Eine kürzlich durchgeführte achtwöchige internetbasierte KVT-Studie an Frauen mit PMDS, die aus Psychoedukation sowie kognitiven und behavioralen Bewältigungsstrategien bestand, zeigte hohe Effektstärken für die Symptomreduktion und verbesserte die psychosoziale Funktionsfähigkeit der betroffenen Frauen (Weise et al., 2019). Diese Effekte blieben bis zum 6-Monats-Follow-up stabil. Während die Auswirkungen spezifischer Strategien aus dieser multimodalen Intervention nicht extrahiert werden können, zeigten die Autor*innen, dass vor allem dispositionelle aktive Bewältigungstendenzen prämenstrueller Symptome bessere Behandlungsergebnisse vorhersagten. Somit weisen diese Ergebnisse insgesamt auf mögliche bessere Effekte von behavioralen gegenüber kognitiven Strategien in der PMDS-Behandlung hin. Zudem könnten achtsamkeitsbasierte Interventionen erfolgsverspre-

chend sein. Eine kleine Pilotstudie ($n = 21$) untersuchte die Auswirkungen achtsamkeitsbasierter Stressreduktion (8 Wochen) bei Frauen mit PMDS (Bluth et al., 2015), bei der sich eine signifikante Reduktion prämenstrueller Symptomatik zeigte. Hier fehlen jedoch noch größere randomisierte Studien.

Die mögliche Überlegenheit behavioraler gegenüber kognitiven Strategien steht im Einklang mit unseren oben erwähnten Befunden (siehe „Psychologische und soziale Einflussfaktoren“), die auf mögliche Probleme in der Umsetzung funktionaler Emotionsregulationsstrategien speziell in der Lutealphase hinweisen (Nayman et al., under review). Ausgehend von diesen Ergebnissen könnten zukünftige Interventionsstudien neben prospektiven Selbstbeobachtungsprotokollen zur Identifizierung individueller stressbezogener Einflussfaktoren die Effektivität lutealphasenspezifischer Trainings individueller behavioraler Bewältigungsstrategien (z. B. Skillstrainings zur Stressreduktion, Akzeptanz etc.) prüfen. Vor dem Hintergrund erhöhter Suizidalität bei der PMDS wird bereits in der Literatur die Notwendigkeit evidenzbasierter Therapien diskutiert, die auf behaviorale Bewältigungsstrategien und Skills abzielen, wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie, die für die PMDS jedoch noch nicht evaluiert sind (Eisenlohr-Moul, 2019). Zusätzlich empfehlen Rohde et al. (2017) das systematische Einüben von Strategien zum Umgang mit interpersonellen Konflikten und die Einbeziehung des*der Partner*in in die Psychotherapie.

Unseres Wissens liegen derzeit keine Studien zur Psychotherapie der PMDS aus anderen Therapierichtungen vor.

Sonstige Behandlungsoptionen

Bei leichten Ausprägungen der PMDS werden auch alternative Behandlungsansätze (z. B. Mönchspfeffer, Calcium, Vitamin D, Akupunktur, Sport, gesunde Ernährung) vorgeschlagen. Ihre Wirksamkeit für die Behandlung von ausgeprägter PMDS ist derzeit nicht ausreichend belegt (vgl. Dorn et al., 2022).

Fazit und Ausblick

Die Aufnahme der PMDS in die ICD-11 und das DSM-5 ist eine Bestätigung für das wachsende Bewusstsein und den wissenschaftlichen Konsens darüber, dass es sich bei der PMDS um eine eigene diagnostische Entität mit Krankheitswert handelt. Dies war ein notwendiger Schritt, um dem Leidensdruck der betroffenen Frauen gerecht zu werden und ihre Versorgung optimieren zu können. Damit erwarten wir auch eine weitere Förderung der Grundlagen- und Interventionsforschung zur PMDS mit klarer Differenzierung zwischen der PMDS und anderen prämenstruellen Störungen. Neben der weiteren Erforschung spezifischer pharmakologischer Behandlungsansätze erscheint vor allem die Untersuchung psychotherapeutischer Interventionen, wie z. B. phasenspezifischer Trainings behavioraler Bewältigungsstrategien

und akzeptanzbasierter Verfahren, sinnvoll. Im Kontext der PMDS-Diagnostik ist zudem ein einheitliches diagnostisches Vorgehen erforderlich (Beddig & Kühner, 2017). Zukünftig wären hier auch elektronische Tagebücher mit mehrmaliger Echtzeit-Abfrage von Symptomen, Kognitionen und Verhalten pro Tag denkbar, um die Diagnosestellung weiter zu spezifizieren und gezielte Ansatzpunkte für die Psychotherapie zu identifizieren.

Wir gehen davon aus, dass insbesondere aus Unkenntnis über die PMDS Fehldiagnosen und unzureichende bzw. Fehlbehandlungen resultieren, welche die Chronizität der Erkrankung begünstigen. Die bisherigen Hinweise auf die biopsychosoziale Ätiologie der PMDS und die Platzierung der PMDS in Kapiteln der Gynäkologischen und der Depressiven Störungen in der ICD-11 unterstreicht die Notwendigkeit der multidisziplinären Zusammenarbeit zwischen Gynäkolog*innen, Psychiater*innen und Psychologischen



Sibel Nayman (M.Sc.)

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

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



Isabelle F. Schricker (M.Sc.)

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

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

Psychotherapeut*innen in der PMDS-Behandlung. Deshalb sollte die PMDS auch einen festen Platz in den entsprechenden Ausbildungs- und Weiterbildungscurricula dieser Berufsgruppen erhalten.

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.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Beddig, T. & Kühner, C. (2017). Aktuelle Aspekte zur Prämenstruellen Dysphorischen Störung – Ein Überblick. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 67 (12), 504–513.

Eisenlohr-Moul, T. (2019). Premenstrual disorders: a primer and research agenda for psychologists. *The Clinical Psychologist*, 72 (1), 5–17.

Hantsoo, L. & Riddle, J. (2021). Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD): Advances and Challenges. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 1 (1), 91–106.

Janda, C., Kues, J. N., Andersson, G., Kleinstäuber, M. & Weise, C. (2017). A symptom diary to assess severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Women & Health*, 57 (7), 837–854.

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

Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18 (1), 3–19.

Rohde, A., Dorn, A. & Hocke, A. (2017). Psychosomatik in der Gynäkologie. *Kompaktes Wissen – Konkretes Handeln*. Stuttgart: Schattauer.

Weise, C., Kaiser, G., Janda, C., Kues, J. N., Andersson, G., Strahler, J. et al. (2019). Internet-based cognitive-behavioural intervention for women with premenstrual dysphoric disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88 (1), 16–29.

World Health Organization (WHO). (2022). GA34.41 Premenstrual dysphoric disorder. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (24.02.2022).



Prof. Dr. Christine Kühner

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

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

Nachruf auf Helm Stierlin (1926–2021)

Im vergangenen September ist Helm Stierlin im Alter von 95 Jahren an einem Spätsommertag in Heidelberg verstorben. Über viele Jahrzehnte hinweg wurden Familientherapie und systemische Therapie in Deutschland von ihm geprägt. Stierlin studierte in Heidelberg Medizin und Philosophie. Nach der Promotion bei K. Jaspers in Philosophie und bei K. Kölle in Medizin und der Assistenzarztzeit in München führte ihn sein Interesse an der interpersonellen Theorie der Psychiatrie von H. S. Sullivan in die USA. Dort arbeitete er am Sheppard Pratt Hospital und am Chestnut Lodge Hospital. Anschließend wechselte er zu L. Binswanger in Kreuzlingen/CH und wurde ab 1965 Mitarbeiter von L. Wynne am National Institute for Mental Health in Bethesda. Von 1974 bis 1991 leitete er die Abteilung für Psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie an der Universitätsklinik Heidelberg, die zu einer der wichtigsten Keimzellen der systemischen Familientherapie in Deutschland avancierte.

H. Stierlin hat zahlreiche Beiträge zur Entwicklung der Familientherapie geleistet und die zentralen Konzepte der Delegation in Familien und der bezogenen Individuation entwickelt. Als Delegation wird die generationsübergreifende Weitergabe bzw. Übernahme von Aufträgen und Bedürfnissen in Familien bezeichnet. Bezogene Individuation bezieht sich auf das allen Menschen gegebene Streben nach Autonomie und Eigenständigkeit einerseits und Verbundenheit andererseits, das u. a. für das Verständnis von Ablösekonflikten Jugendlicher und Paarkonflikten von großer Bedeutung ist. Mit seinem Interesse an Fragen von Gerechtigkeit in nahen Beziehungen wandte sich Stierlin in späteren Jahren erneut Themen zu, die ihn schon früher beschäftigt hatten, wie dem Ausgleich von Geben und Nehmen und der Loyalität in Familien und Paaren.

Zusammen mit J. Duss-von-Werdt gründete er Mitte der 1970er-Jahre die Zeitschrift „Familiendynamik“ und war viele Jahre deren Mitherausgeber. Neben zahllosen Artikeln publizierte er über ein Dutzend Bücher, die in mehr als zwölf Sprachen übersetzt worden sind.

An der Abteilung für Psychoanalytische Grundlagenforschung und Familientherapie befasste sich Stierlin besonders mit der Individuation von Jugendlichen und der Behandlung von Psychosen und Essstörungen. Von den Mitgliedern der Heidelberger Gruppe, die er in seiner Abteilung versammelte, gingen entscheidende Impulse für die Entwicklung der Systemischen Therapie aus: G. Weber (Therapie der Magersucht, Familien-Konstellationen), F. Simon (Psychotherapie, systemische Organisationsberatung), M. Wirsching (em. Lehrstuhlinhaber in Freiburg; Lehrbücher), I. Embden Jonasch und später A. Ebbecke-Nohlen (Gender und Systemische Therapie), G. Schmidt und zeitweise B. Trenkle (hypnosystemische Therapie), A. Retzer (Psychotherapie, Paartherapie), H.-R.



*Helm Stierlin (12.03.1926–09.09.2021)
(Foto: M. Orthen)*

Fischer (Grundlagenaspekte des Systemischen Denkens; systemisches Management), J. Schweitzer (Co-Autor des wichtigsten deutschsprachigen Lehrbuchs der Systemischen Therapie). Der intensive Austausch mit der Mailänder Gruppe trug zur Weiterentwicklung der systemischen Familientherapie zu einer eigenständigen Systemischen Therapie bei.

H. Stierlins Bemühen um eine weit über den deutschsprachigen Raum hinausreichende Vernetzung zeigte sich nicht nur in Lehraufenthalten in Australien, Neuseeland und Südamerika, in zahlreichen Vortragstätigkeiten im europäischen Ausland und in der von ihm mitgegründeten Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie. Mit den ab 1985 zusammen mit F. Simon angebotenen Ausbildungen in Systemischer Therapie in China legte er zudem die Grundlage für einen fortwährenden Austausch zwischen den Kulturkreisen; mit Z. Xudong zählte sogar ein früherer Doktorand von H. Stierlin zu den wichtigsten Psychiatrieplanern in China.

Die Arbeit des 2002 durch einen Teil seiner früheren Mitarbeiter gegründeten Helm Stierlin Instituts (hsi) in Heidelberg wurde von ihm u. a. durch Beiträge zur Geschichte der Systemischen Therapie unterstützt. Die letztlich dank des politischen Einsatzes der systemischen Fachverbände erfolgreichen Bemühungen zur wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung der Systemischen Therapie, die wesentlich aus seiner alten Abteilung heraus entstanden sind, wurden von ihm mit großem Interesse begleitet.

In den letzten Jahren wurde es stiller in seinem Leben, und er war auf die liebevolle Unterstützung seiner Frau und seiner Töchter angewiesen.

Helm Stierlin hat die Systemische Therapie und die Psychotherapie in Deutschland nachhaltig beeinflusst. Das Feld der Systemischen Therapie insgesamt hat ihm unendlich viel zu verdanken.

Rüdiger Retzlaff
Heidelberg

Seit 20 Jahren sind angestellte Psychotherapeut*innen in den Kammern – hat sich das ausgezahlt?¹

Heiner Vogel, Andrea Benecke & Dietrich Munz

Zusammenfassung: Psychotherapie im Angestelltenbereich umfasst sehr unterschiedliche Aufgaben, Zielgruppen und Tätigkeitsschwerpunkte; entsprechend vielfältig sind auch die Kontextbedingungen. Diese Heterogenität macht die Arbeit einerseits reizvoll, andererseits bringt sie Herausforderungen mit sich: (a) Die rechtlichen/gesetzlichen Rahmenbedingungen fallen je nach Bereich oft sehr unterschiedlich aus, (b) die strukturellen Gegebenheiten erweisen sich nicht selten als sehr spezifisch und (c) die beteiligten Interessengruppen (Kostenträger, Leistungsträger u. a.) sind ebenfalls je nach Bereich andere. Das Engagement der Kammern und Verbände wie auch der einzelnen Kolleg*innen für eine Weiterentwicklung der Handlungskonzepte und der psychotherapeutischen Handlungsmöglichkeiten im Angestelltenbereich bedarf dementsprechend, je nach Kontext, teils sehr unterschiedlicher Vorgehensweisen. Lösungsansätze müssen vor diesem Hintergrund gesehen und auch bewertet werden. Im Artikel werden ausgewählte Schwerpunkte der Vertretung der Psychotherapeut*innen in Anstellung erläutert und es werden Perspektiven und Herausforderungen abgeleitet.

Einleitung

Psychotherapie als heilkundliche Tätigkeit gibt es im Gesundheitswesen schon seit vielen Jahrzehnten. Als Ausbildungsberuf ist die Psychotherapie, d. h. in Form der gesetzlich verankerten Berufsbezeichnung des*der Psychologischen Psychotherapeut*in (PP) und des*der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in (KJP), aber erst seit etwas mehr als 20 Jahren Teil des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens. Zu Beginn dieser neuen Ära haben viele der neuen Berufsangehörigen, die bisher als Psycholog*innen oder Sozialpädag*innen in den Kliniken tätig waren, gedacht, dass sie nun – als Angehörige eines akademischen Heilberufs – in ihren Institutionen eine bessere Position erhalten würden und auch dass sich dies beim Gehalt niederschlagen würde. Diese Erwartung war nachvollziehbar, denn das „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hatte im Artikel 2 „Änderung des SGB V“ die Gleichstellung mit Fachärzt*innen ausdrücklich geregelt. Allerdings: In dieser Passage im Artikel 2 des sogenannten „Artikelgesetzes“ ging es nur um Regelungen für die Niedergelassenen, d. h. für die vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Versorgung und um die Einordnung der PP/KJP in die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Stellung der in Kliniken angestellten Kolleg*innen war hingegen nirgendwo im Gesetz angesprochen und erst recht nicht die tarifliche Eingruppierung (Behnsen & Bernhardt, 1998).

Wenn man auf die Entwicklung bis zum Gesetzesbeschluss und die maßgeblichen Akteur*innen und ihre Argumente zurückschaut, kann man diese Fokussierung des Gesetzes auf die Niedergelassenen erklären (vgl. auch Best, 2021; Bruckmayer, 2022): Das wesentliche Anliegen, das dem Gesetz zugrunde lag, war eine Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung. Deshalb war der Gesetzgeber gefordert, den neuen Beruf zunächst zu definieren (Stichwort „Legaldefinition“) und ihn sodann sachgerecht ins (ambulante!) Versorgungssystem einzuordnen.

Viele Berufsangehörige – etwa ein Drittel bis zur Hälfte, je nach Statistik/Zählweise und Region – sind aber gar nicht niedergelassen, sondern im Angestelltenverhältnis tätig (vgl. Landgraf, 2022). Ihre Tätigkeit in Kliniken und vielen anderen Institutionen ist wichtig und vielfach unverzichtbar – und der Bedarf nach angestellten Psychotherapeut*innen dürfte in den nächsten Jahren zunehmen, sodass es sinnvoll scheint, die berufspolitische Situation dieser Kolleg*innen näher zu betrachten.

Rahmenbedingungen angestellter Tätigkeit und die resultierenden Schwierigkeiten nach dem Psychotherapeutengesetz

Für die Psychotherapie und die Psychotherapeut*innen in Kliniken und anderen Institutionen bestanden aus Sicht des Ge-

¹ Teile des Artikels sind aus einem Beitrag des Erstautors entnommen: Vogel, H. (2022, im Druck). Berufspolitik für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anstellung. In S. Landgraf et al. (Hrsg.), Psychotherapie in Anstellung. Tübingen, DGVT-Verlag.

setzgebers zur Zeit der Verabschiedung des ersten Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) von 1998 keine offensichtlichen Regelungslücken, zumal auch keine Probleme öffentlich und lautstark benannt worden waren. Und deshalb gab es dazu auch keine gesetzgeberischen Initiativen – so darf man diese Entwicklung zum PsychThG in den 90er-Jahren im Nachhinein sicher verstehen.

In Kliniken und anderen Institutionen arbeiteten Psycholog*innen und (Sozial-)Pädagog*innen schon viele Jahre und sie waren als solche in die bestehenden Strukturen eingebunden, die „Machtverhältnisse“ waren klar, insbesondere in den ärztlich geprägten Kliniken. Nehmen wir das Beispiel Psychiatrie: hier regelte die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) seit dem 1. Januar 1991, welche Berufe für welche Aufgaben einzustellen waren. Dort waren die Psycholog*innen explizit genannt, wobei sie schon damals oft psychotherapeutisch arbeiteten. Nach Inkrafttreten des PsychThG hätte die Psych-PV folgerichtig geändert und der neue Beruf mit seinem spezifischen Tätigkeitsspektrum hätte dort verankert werden müssen. Dies geschah aber nicht. Für die zahlenmäßig kleine Gruppe der PP/KJP schien dies doch ein zu großer Aufwand, zumal es auch eine Reihe anderer Probleme mit der Systematik der Psych-PV gab und eigentlich kein wesentlicher Stakeholder Interesse hatte, am mühsam erarbeiteten Kompromiss der Psych-PV-Regelungen zu rütteln.

So blieben viele Psychotherapeut*innen meist formal als Psycholog*innen eingestellt, auch wenn sie eine Approbation hatten und eindeutig psychotherapeutisch tätig waren. Damit entfiel auch jegliche formale Begründung, weitergehende tarifliche Forderungen aufzustellen. Zur Rolle der Gewerkschaften, die dies hätten übernehmen können oder müssen, kommen wir später noch.

Und ähnlich wie in der Psychiatrie gestaltete sich die Lage auch in anderen Angestellten-Arbeitskontexten. Im institutionellen Bereich (z. B. Beratungsstellen, Jugendämter) war das Gehaltsgefüge insgesamt eng bemessen. Oft war die*der Leiter*in in einer Gehaltsgruppe verortet, die nun eigentlich dem*der rangmäßig untergebenen Psychotherapeut*in zugestanden hätte. Eine adäquate Einstufung hätte also das ganze Gehaltsgefüge infrage gestellt (dies ist im Übrigen auch heute noch in vielen Institutionen ein großes Problem). Also beließ man es auch da bei der Einstufung als „Psycholog*innen“ und ignorierte, dass sie als Angehörige eines akademischen Heilberufs einen anderen Status hatten. Hinzu kam häufig die Diskussion über die Frage, ob man in Beratungsstellen eigentlich psychotherapeutisch arbeiten sollte/dürfte. War man nicht für Beratung zuständig? Und müsste für die psychotherapeutische Leistung nicht die Krankenkasse zahlen? Diese letzte Frage war vor allem deshalb auch zentral, weil die Finanzierung der Beratungsstellen über Städte/Kommunen sichergestellt ist, die eben nicht für die Finanzierung von heilkundlicher Psychotherapie zuständig waren/sind. In dieser schwierigen Gemengelage blieb es am Ende leider oft dabei, dass man den neuen Beruf schlichtweg ignorierte und damit auch die Forderungen, die aus der mit der Approbation verbundenen Qualifikation abzuleiten gewesen

wären. Dies stand in deutlichem Widerspruch zu der Stellung, die den Psychotherapeut*innen im niedergelassenen Bereich kraft Gesetz zugestanden wurde.

Die Tätigkeit als angestellte*r Psychotherapeut*in ist für die Kolleg*innen, je nach Kontext und eigenen Erwartungen, sehr vielfältig und attraktiv. Darauf lassen die Ergebnisse der Angestelltenbefragung schließen, die die Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam mit den Landeskammern im Jahr 2013 durchgeführt hat (IGES, 2014). An der umfangreichen Online-Erhebung, zu der alle angestellten Kammermitglieder eingeladen worden waren, nahmen etwas mehr als 4.000 Kolleg*innen der verschiedensten Tätigkeitsfelder teil (verwertbare Datensätze: 3.874). Insgesamt zeigt sich bei den angestellten Kolleg*innen eine hohe Berufszufriedenheit (siehe Abbildung 1), soweit man bei den Angaben bzw. den Teilnehmenden eine gewisse Repräsentativität annehmen kann: Im Krankenhaus-/Psychiatriebereich und im Reha-Bereich (wo es gesetzlich bedingt den direkten Vergleich mit Ärzt*innen gibt) äußern über 80 % der Antwortenden, dass sie mit ihrer Arbeit ‚voll und ganz‘ oder zumindest ‚eher‘ zufrieden sind; ca. 25 % geben an, „voll und ganz“ zufrieden mit ihrer Arbeit zu sein. In den übrigen Bereichen ist die Zufriedenheit sogar noch höher: Mehr als 90 % schätzen sich als ‚voll und ganz‘ oder ‚eher‘ zufrieden mit ihrer beruflichen Situation ein, davon mehr als 40 % sogar als ‚voll und ganz‘ zufrieden. Es zeigen sich also durchaus auch bedenkenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Tätigkeitsfeldern, diese sollen hier aber zunächst nicht weiter vertieft werden.

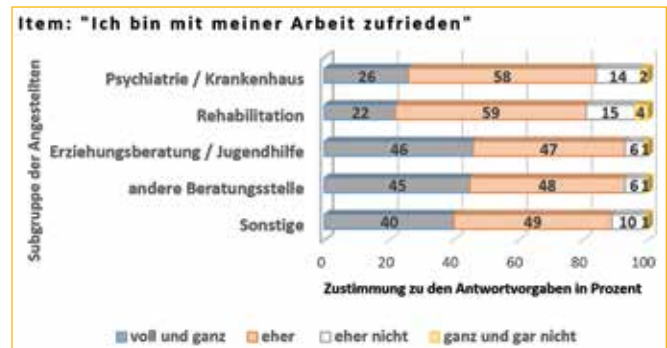


Abbildung 1: Berufszufriedenheit in den wichtigsten Tätigkeitsfeldern angestellter Psychotherapeut*innen (aus: Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer und der Landeskammern – Ergebnispräsentation des Instituts IGES beim 20. DPT am 20.04.2013/H. D. Nolting)

Bedarf es einer spezifischen Berufspolitik für angestellte PP/KJP?

Ausgangslage nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999

Als die Verhältnisse für Psychotherapeut*innen im kassenärztlichen Bereich durch das Gesetz gesichert und die Ein-

kommen nach einem Musterprozess beim Bundessozialgericht verbessert wurden, haben viele angestellte Kolleg*innen die Chance ergriffen, sich niederzulassen. Da jetzt auch für die Psychotherapeut*innen die baldige Anwendung der geltenden Bedarfsplanung drohte und damit eine Kassenzulassung später nur erschwert zu bekommen war, bestand Zeitdruck für die Entscheidung zur Niederlassung. Das war insbesondere für den institutionellen Bereich eine schwierige Entwicklung („brain drain“), denn vielfach gingen die erfahrensten Kolleg*innen und es war bzw. ist – beispielsweise im Jugendhilfebereich – nicht selten schwer bis unmöglich, die freigewordenen Stellen mit qualifizierten Psychotherapeut*innen nachzubesetzen.

Natürlich gab und gibt es auch viele angestellte Kolleg*innen, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht niederlassen wollten, und mit diesen und für diese galt es in der Folgezeit, berufspolitische Aktivitäten zu erarbeiten, um auch im Angestelltenbereich eine angemessene Einordnung des neuen akademischen Heilberufs bzw. der beiden Berufe PP & KJP zu erlangen – sowohl strukturell als auch gehaltsmäßig.

Für die neu entstandenen Kammern gehörte und gehört es zum Selbstverständnis, auch den Angestelltenbereich engagiert zu thematisieren und dessen Interessen zu vertre-

ten. So war auch meist in den Satzungen vorgesehen, dass Angestelltenvertreter*innen im Vorstand sind, oder es war und ist zumindest gelebte Praxis, bei der Vorstandswahl darauf zu achten. Die Kammern richteten zudem fast überall entsprechende Ausschüsse ein, in denen die Themen der Angestellten beraten werden sollten. Und auch das Psychotherapeutenjournal sah seine Aufgabe darin, die unterschiedlichen Felder angestellter psychotherapeutischer Tätigkeit sukzessive in den Heften vorzustellen, um sie auf diese Weise bekannter zu machen und das gegenseitige Verständnis unter den verschiedenen Gruppen der Kammermitglieder zu erhöhen.

Besonderheiten der Berufspolitik für Angestellte

Schnell wurde deutlich: Die von angestellten PP/KJP kritisierten Problemstellungen waren vielfältig. Insbesondere zeigte sich, dass in den verschiedenen Arbeitsfeldern jeweils ganz unterschiedliche Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren von Bedeutung waren (vgl. Tabelle 1) – entsprechend unterschiedlich sind auch heute noch die Adressaten von Stellungnahmen oder auch die Gesprächspartner*innen, wenn es um die Vorbereitung von Veränderungen geht. Auch wenn es also im einen oder anderen Feld positive Entwicklungen oder er-

Feld/Bereich	Gesetzliche Grundlage	Beteiligte Akteure	Themen
Akutkrankenhäuser u. Psychiatrien	SGB V (Bund) u. Landeskrankenhausgesetze	DGPPN, DGPM, DKG, DIMDI bzw. seit 2020 BfArM (wg. OPS), G-BA, wg. PPP-RL	Einordnung in Hierarchien; Stellung ggü. Ärzt*innen Unzureichende Abbildung von PP/KJP im OPS Inakzeptable Stellenschlüssel in der PPP-RL
Rehabilitation, einschl. psychosomatischer Rehabilitation	SGB VI	Rentenversicherungsträger; seit 2005: DRV Bund bzw. Regionalträger	Abgrenzung der Aufgabenstellung ggü. Ärzt*innen; verantwortliche Mitwirkung bei den Strukturvorgaben und der Leistungsdokumentation (KTL; ETM)
Jugendhilfe/Erziehungsberatung	SGB VIII	Kommunen, Sozialministerien der Länder	Psychotherapie unterliegt den Zielen des SGB VIII
JVA/Maßregelvollzug	Strafvollzugs-, Maßregelvollzugsgesetze der Länder	Justizverwaltung, Ministerien der Länder, ggf. Sozialministerien der Länder	Stellung ggü. Ärzt*innen
Gehalt/Tarif	Arbeitsrecht/Tarifrecht/Tarifverträge	Gewerkschaft ver.di; Arbeitgeberverbände; Innen-/Finanzministerien von Bund & Ländern	zunächst fehlende, später inadäquate Eingruppierung von PP/KJP in Tarifverträge
Weitere Tätigkeitsfelder angestellter Psychotherapeut*innen, hier nicht ausgeführt: Sozialpädiatrie, Suchtberatung, andere Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Anstellung im Bereich ambulanter Vertragspsychotherapie (MVZ oder niedergelassene Praxen), psychologische Universitätsinstitute			

Tabelle 1: Aufriss exemplarischer Problem-/Handlungsfelder für die Psychotherapeut*innen im Angestelltenbereich mit Hinweisen auf die je spezifischen gesetzlichen Grundlagen, Akteure und vorrangigen Themen

Anmerkungen: DGPM = Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie; DGPPN = Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; DIMDI = Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, seit 2020 eingegliedert in das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); DKG = Deutsche Krankenhausgesellschaft; DRV = Deutsche Rentenversicherung; ETM = evidenzbasierte Therapiemodule (Gliederungsvorgaben für indikationsbezogene Leistungsanforderungen der DRV); G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss; OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel; KTL = Klassifikation Therapeutischer Leistungen (in der medizinischen Rehabilitation der DRV); MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum; PPP-RL = Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik – Richtlinie des G-BA

probte, erfolgreiche Ansatzpunkte für Verbesserungen gibt, heißt dies noch lange nicht, dass sich dies ohne Weiteres auf andere Felder der Tätigkeit für angestellte Kolleg*innen übertragen lässt.

Es zeigte sich bei näherer Beschäftigung mit den „Angestellten-Themen“ noch ein Zweites: Das von vielen Kolleg*innen regelmäßig kritisierte Problem der unzureichenden bzw. fehlenden tariflichen Einordnung war – als Folge der grundgesetzlich geregelten Tarifautonomie (Art. 9 Abs. 3 GG) – im Zuständigkeitsbereich der Tarifpartner (Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften) zu lösen.

Der Berufsstand musste schließlich auch lernen, dass die Forderung nach Veränderungen etwa gegenüber dem Gesetzgeber zunächst gut bzw. überzeugend begründet werden müssen. Genauso wichtig oder sogar wichtiger war die Erfahrung, dass Veränderungen beispielsweise bei gesetzlichen Regelungen meistens nur infrage kommen, wenn es darüber einen Konsens mit den verschiedenen Beteiligten gibt. Gerade wenn es um das Verhältnis zu Ärzt*innen bzw. die Frage nach einer gleichberechtigten Stellung in Kliniken geht, sind Fortschritte hier nur zu erreichen, soweit die Ärzteschaft Zustimmung signalisiert oder zumindest keine Ablehnung droht. Da handelt es sich also nicht selten um sehr dicke Bretter, die zu bohren sind.

Zudem gab und gibt es besonders dann Umsetzungschancen, wenn gerade ohnehin Gesetzesänderungen anstehen. Oft war es auch andersherum so, dass anlässlich von geplanten oder diskutierten Gesetzesänderungen unsere Forderungen herausgearbeitet und verbündete Interessengruppen (neudeutsch: Stakeholder) gesucht wurden. Ein wichtiges Mittel, um auf Themen aufmerksam zu machen, waren und sind in diesem Zusammenhang themenspezifische Fachtagungen oder Expert*innengespräche, in denen Positionen gesammelt und diskutiert werden konnten.

20 Jahre Berufspolitik der (angestellten) Psychotherapeut*innen

Das PsychThG stellte auch insofern einen zentralen Durchbruch dar, weil es danach möglich war, dass die psychotherapeutisch ausgebildeten und erfahrenen Kolleg*innen in ihren Kliniken und Institutionen qua Approbation auch auf eine vorhandene Qualifikation und staatlich anerkannte Kompetenz verweisen konnten.

Das PsychThG und die mit ihm zunächst definierte Ausbildung bot aber auch den Grundstein für eine Fehlentwicklung, die wir bald bedauerten: Das implizite Leitbild des Berufs war der oder die *niedergelassene* Psychotherapeut*in. Die Ausbildungsziele orientierten sich daran, die Ausbildungsbausteine ebenso: Lernziele beispielsweise im Bereich Praktische Tätigkeit in den Kliniken (oft „PT1“ und „PT2“ abgekürzt) bezogen sich vor allem darauf, dass die jungen Kolleg*innen dort

lernen sollten, was sie als zukünftige Psychotherapeut*innen *nicht* können würden bzw. wo die Grenzen ihres psychotherapeutischen Handelns lägen (so sinngemäß die Erläuterungen zu diesem Ausbildungsbaustein in der damaligen Gesetzesbegründung). Dementsprechend gestalteten sich auch die Rahmenbedingungen der Ausbildung und speziell die Bedingungen der Praktischen Tätigkeit in den Kliniken. Diese wird bis heute formal als Praktikum abgeleistet, was zur Folge hat, dass die Vergütung bis zur Novellierung des PsychThG von 2019 nicht geregelt und die Stellung gegenüber den Ärzt*innen durch ein deutliches Gefälle gekennzeichnet waren. De facto wurden und werden die Kolleg*innen aber zumeist als Bezugstherapeut*innen auf den Stationen eingesetzt, d. h. es wird ihnen auch viel Arbeit und – letztlich ohne rechtliche Absicherung – Verantwortung zugemutet. Diese Diskrepanz zwischen Stellung, Anerkennung und Honorierung einerseits und verantwortungsvoller Tätigkeit andererseits wird zu Recht nach wie vor als äußerst frustrierend erlebt.

Viele junge Kolleg*innen nehmen dann aus dieser Zeit in den Kliniken mit, dass die Arbeitsbedingungen schrecklich sind („Gratifikationskrise“) und sie nie wieder in der Psychiatrie arbeiten wollen. Andere institutionelle Tätigkeitsfelder lernen sie in der Ausbildung ohnehin nicht kennen (diese sind im alten PsychThG als Praktikumsstellen nicht explizit vorgesehen), sie kommen auch in der theoretischen und praktischen Ausbildung nicht vor. Dies prägt auch ihre Berufsorientierung nach der Approbation und trägt dazu bei, dass wenige PP/KJP in diesen Bereichen arbeiten.

Tarifarbeit und betriebliche Mitbestimmung

Zu diesem Punkt zunächst eine kurze Vorbemerkung: Die tarifliche Eingruppierung bzw. das Gehalt von Angestellten ergibt sich aus dem Tarifvertrag, der zwischen dem*der Arbeitgeber*in (oder seinem*ihrem Verband) und den zuständigen Gewerkschaften, in unserem Fall der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, geschlossen wurde. Weder der Gesetzgeber noch die Kammern hatten und haben hier mitzureden. In Betrieben, für die kein Tarifvertrag gilt, sieht es ein bisschen anders aus. Im Kern wird das Gehalt hier zwischen jede*r einzelnen Arbeitnehmer*in und dem*der Arbeitgeber*in ausgehandelt. Und wir mussten feststellen, nachdem wir uns bei ver.di als Fachkommission PP/KJP zusammengefunden hatten: Der Beruf des*der Psychotherapeut*in kam in keinem Tarifvertrag vor. Wie hätte er da auch hineinkommen sollen? Und klar war auch: Wir selbst mussten uns darum kümmern, dass der Beruf dort festgeschrieben wird. Zunächst musste eine der beiden Seiten (Arbeitgeber oder Gewerkschaft) dafür gewonnen werden, die Neu-Eingruppierung von PP/KJP in die Verhandlungen einzubringen. Leider ist der innergewerkschaftliche Weg zum Forderungskalalog der Tarifkommission sehr weit und viele gewerkschaftliche Gremien, die von unseren neuen Berufen noch nie etwas gehört hatten, mussten überzeugt

werden, bis unsere Forderungen nach eigener und angemessener Eingruppierung wirklich von der Tarifkommission für die Verhandlungen im Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes/kommunal (TVöD) aufgestellt und dann auch verhandelt wurden.

Für das Thema „angemessene tarifliche Eingruppierung“ war es eine wichtige Unterstützung, dass etwa im Jahr 2002 bei ver.di eine Fachkommission für die neuen Berufe Psychologische*r Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen gegründet worden war. Sie sollte zwar eher die fachlich-konzeptionelle Arbeit des Fachbereichs Gesundheit unterstützen, eine Formulierung der beruflichen Interessen gegenüber der ver.di-Tarifkommission war nicht vorgesehen. Aber Letzteres war auch nicht ausgeschlossen und so haben die Kolleg*innen in der Kommission diese Gelegenheit genutzt, auch unsere Forderungen nach angemessener tariflicher Eingruppierung in den großen Flächentarifverträgen auszuarbeiten.

Der TVöD ist der in diesem Fall wesentliche, bundesweit gültige Flächentarifvertrag für den öffentlichen Dienst, er gilt als Muster für die anderen Tarifverträge im Bereich des öffentlichen Dienstes (z. B. der Länder) und auch als Orientierung für weitere Tarifverträge (beispielsweise mit privaten Klinikgruppen/-konzernen) im Gesundheitswesen – eine Art Leitwährung. Die Fachkommission hat sich deshalb darauf konzentriert, hier Verbesserungen zu erreichen. Letztlich dauerte es – aus den genannten Gründen – noch bis zum Jahr 2016, bis eine eigene Eingruppierung für Psychotherapeut*innen (PP/KJP) erreicht werden konnte (Vogel & Thomsen, 2016). Viel zu spät und auch viel zu mager. Immerhin gibt es sie aber und inzwischen wird sie auch in anderen Tarifvertragswerken umgesetzt.

Bezogen auf die tarifliche Eingruppierung der Kolleg*innen war es auch deshalb innerhalb von ver.di ein sehr mühsamer Weg, weil die Struktur des Qualifizierungsweges der Psychotherapeut*innen (PP/KJP), bei dem sich an eine erste Ausbildung (als Psycholog*in oder (Sozial-)Pädagog*in) eine zweite Ausbildung anschließt, für Außenstehende (Gewerkschafter*innen) schwer zu vermitteln war. Der spezielle Qualifizierungsweg führte nicht, wie etwa bei den Ärzt*innen, nach Abschluss der Basisausbildung (Medizinstudium), zu einer Berufstätigkeit in gerade diesem Beruf und einer Weiterbildung in diesem Beruf (als Assistenzärzt*in), sondern zu einer neuen Ausbildung, während der man quasi Ausbildungsteilnehmer*in („Azubi“) ist. Auch das mag ein Grund sein, wieso wir mit der Forderung der facharztäquivalenten Bezahlung schon innerhalb von ver.di über über viele Jahre hinweg wenig Verständnis und kaum Freund*innen fanden.

Kammerpolitik

Es gehört zu den wichtigen Prinzipien liberaldemokratischer Gesellschaften, dass jede*r seine*ihre Interessen einbringen soll und kann. Für akademische Heilberufe gibt es die Kammern als gesetzlich vorgegebene Selbstverwaltungsstrukturen. Die Psychotherapeutenkammern vertreten die Interessen der Berufsgruppe in der (Fach-)Öffentlichkeit und in der Politik. Sie haben für den Berufsstand schon vieles angestoßen, aber sie werden und können natürlich nur die Positionen und Forderungen vertreten, die innerhalb ihrer Gremien auch formuliert werden. Und das bedeutet: Damit die Kammern auch die Interessen der angestellten Kolleg*innen im Blick haben, ist es essenziell, dass angestellte Kolleg*innen in den Gremien der Kammern und hier insbesondere in den Delegierten- bzw. Vertreterversammlungen beteiligt sind. Nur dann ist es gesichert, dass entsprechende Positionen formuliert und dem Vorstand zur Umsetzung vorgelegt werden.

Über die Jahre hinweg wurden von den Angestellten-Ausschüssen der Kammern (meist „PTI-Ausschüsse“ genannt, für „Psychotherapie in Institutionen“) eine ganze Reihe von Problemfeldern thematisiert und Lösungsvorschläge diskutiert. Die Ausschüsse beraten in der Regel die Vorstände der Landespsychotherapeutenkammern und können über diese Vorstände inhaltlich wirksam werden. Häufig wurden Problemanalysen oder Positionspapiere ausgearbeitet, die sich an den Gesetzgeber oder auch die Fachöffentlichkeit richteten.

Angestellte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und in Praxen

Seit 2004 können in Deutschland in der ambulanten ärztlichen/psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung neben einzelnen niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auch sogenannte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zugelassen werden und Leistungen erbringen. Es sind Einrichtungen, in denen die mitarbeitenden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zumeist als Angestellte tätig sind. Diese Institutionen, die den Polikliniken der DDR nachgebildet sind und in vielen anderen Staaten den Standard der ambulanten Versorgung darstellen, waren und sind in (West-)

— Die besondere Struktur des zweistufigen Qualifizierungsweges der Psychotherapeut*innen war nicht leicht zu vermitteln. Das erschwerte auch innerhalb der Gewerkschaften das Verständnis für die tariflichen Anliegen der Berufsgruppe. —

Deutschland neu und durchaus umstritten (Bühning, 2005; Pflugmacher, o. J.). Sie bieten für die Versorgung die üblichen Vorteile multiprofessioneller Leistungserbringung; auch ermöglichen sie moderne Arbeitszeitmodelle. Aber mit ihren

Strukturen stellen sie auch einen Gegenentwurf zum traditionellen Leitbild der ambulanten kassenärztlichen Versorgung, dem*der freiberuflichen, selbstverantwortlichen, niedergelassenen Ärzt*in/Psychotherapeut*in, der*die in seiner*ihrer eigenen Praxis die alleinige Leitung hat. Somit haben MVZ sich anfangs erst sehr zögerlich ausgebreitet. Auch wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Zulassung und der Tätigkeit mehrfach geändert. Inzwischen nimmt die Anzahl zugelassener MVZ deutlich zu, zunächst in größeren Städten, bald auch in mittelgroßen und kleinen Städten. Und sie erbringen immer häufiger auch psychotherapeutische Leistungen.

Hier beginnt das Problem: Da es kleine Institutionen mit wenigen Angestellten sind, gelten in aller Regel keine Tarifverträge, die Gehälter der Mitarbeiter*innen sind frei verhandelt und sie können sich nicht darauf verlassen, dass bereits im zugrunde liegenden Tarifvertrag faire Arbeitsbedingungen und Tari-

— **Was wir jetzt brauchen, sind klare Vorgaben in den Tarifverträgen für die Eingruppierung unserer Berufsangehörigen und zugleich finanzielle Anreize für die Übernahme weiterer Verantwortung!** _____

fe festgelegt sind. Die angestellten Psychotherapeut*innen müssen also selbst verantwortlich prüfen, dass ihnen im Arbeitsvertrag Bedingungen vorgelegt werden, die einen fairen Interessenausgleich gewährleisten und die Bedingungen des Arbeitsschutzes und allgemeine arbeitsrechtliche Regelungen eingehalten werden (einschließlich Urlaubsregelungen, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Arbeitszeitregelungen etc.). In ähnlicher Form gilt diese Problematik für die ebenfalls neu bzw. verstärkt auftretende Gruppe der in niedergelassenen Praxen angestellten Psychotherapeut*innen (z. B. als sogenannte Sicherstellungsassistent*innen).

Es ist verständlich, dass die MVZ-Inhaber*innen, wie auch Praxisinhaber*innen, die wirtschaftliche Existenz ihres MVZ bzw. ihrer Praxis im Blick haben und im Arbeitsvertrag somit tendenziell versuchen, Regelungen zu verankern, die die Risiken der Tätigkeit des*der Angestellten für sie möglichst gering halten. Denn das Finanzierungssystem der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung bringt sie in einen Grundwiderspruch (Ladurner et al., 2020): Einnahmen durch die Angestellten werden sie nur generieren, wenn diese auch Leistungen erbringen; die Angestellten müssen aber für die Zeit der Anstellung gleichmäßig bezahlt werden, egal welche und wie viel Leistung sie erbringen, also auch für Zeiten von Krankheit, Urlaub, Fortbildung oder sonstiger Abwesenheit. Gleichzeitig sind die Einnahmen durch Therapiehonore nicht so hoch, dass sich Ausfallzeiten und hohe/angemessene Löhne gleichzeitig und dauerhaft einfach finanzieren lassen. Insofern kommen in der Praxis, wie immer wieder berichtet wird, sehr unterschiedliche Möglichkeiten der Vertragsgestaltung

vor, oft zulasten der Angestellten. Leider fehlen unabhängige Beratungsmöglichkeiten, die eine Art Leitfaden oder Muster für die notwendigen vertraglichen Regelungen in dieser besonderen Form der Angestelltentätigkeit bieten.

Veränderungen durch das neue Psychotherapeutengesetz

Die Reform der Psychotherapeutenausbildung sollte die Mängel des ersten Gesetzes beseitigen. Es hatte sich in den ersten 20 Jahren erwiesen, dass in vielen Gesetzesinitiativen und in den Strukturen der Patient*innenversorgung die Ausbildungsinstitute und ihre besondere Situation „vergessen“ wurden und deren Einbezug immer wieder kompliziert war. Auch zeigte sich, dass sich der Beruf „bewährt“ hatte und dass die Struktur der Psychotherapeutenkammern tragfähig

war. Daher hielt man im Bundesgesundheitsministerium die Zeit für gekommen, das Erlernen des Berufs analog zu den anderen akademischen Heilberufen zu gestalten. Das heißt, dass ein spezifisches Studium die Möglichkeit für das direkte Erlangen der Approbation eröffnet und eine anschließende Weiterbildung insbesonde-

re zum Erwerb der Fachkunde in spezifischen Verfahren und Bereichen führen sollte. Und das neue PsychThG hat tatsächlich einige wesentliche Webfehler der früheren Ausbildung ausgemerzt und bietet somit die Chance für grundlegende bzw. substanzielle strukturelle Verbesserungen.

Der Berufsstand, d. h. hier die Bundespsychotherapeutenkammer, hat sich schon vor vielen Jahren im Vorgriff auf eine möglicherweise kommende Reform des PsychThG dazu entschlossen, das Berufsbild des*der Psychotherapeut*in genauer zu beschreiben. Im Verlauf der Jahre hatte es sich ausdifferenziert und bezog sich auf viel mehr Tätigkeitsfelder, als sie beim ersten Gesetz im Blick gewesen waren. Aus diesem Berufsbild konnten im Weiteren Kompetenzen abgeleitet werden, die im Rahmen von Studium und Weiterbildung und auch in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern erworben werden müssen: z. B. in der stationären Versorgung, in der Rehabilitation, bei Begutachtungen, in der Jugendhilfe u. a. m. (vgl. Boettinger, 2022; Worringer, 2022). Die akademische Ausbildung vermittelt im Studium theoretische und praktische Basiskompetenzen für die Ausübung der Heilkunde, endet mit einem Master und ist die Voraussetzung für die staatliche Prüfung mit der entsprechenden Zulassung zur Ausübung eines Heilberufs (Approbation). Die anschließende Vertiefung der Fachkompetenzen ist – ganz analog zur allseits bekannten Facharztqualifikation bei Ärzt*innen – Teil der Berufstätigkeit und sie erfolgt somit zwingend in einem Angestelltenverhältnis mit entsprechender Bezahlung. Und: Diese Weiterbildung umfasst regelhaft Zeiten im ambulanten und im stationären Feld und ggf. auch in weiteren institutionellen Feldern.

Schließlich zieht dieses – von den Psychotherapeutenkammern zu steuernde – Weiterbildungskonzept auch Veränderungen in den Kliniken nach sich. Die Weiterbildung ist dort nur machbar, wenn sie durch für die Weiterbildung zuständige Berufskolleg*innen angeleitet und verantwortet wird. Diesen Kolleg*innen muss die Klinik also auch eine entsprechende herausgehobene Stellung zubilligen, sofern sie an der Weiterbildung teilnehmen und überhaupt junge Psychotherapeut*innen beschäftigen will. Das impliziert aber, dass sich in den Kliniken und anderen zukünftigen Weiterbildungsstätten für die Kolleg*innen endlich auch Entwicklungs- oder Aufstiegsmöglichkeiten bieten.

Aktuelle Aufgaben

Wir sind jetzt im Jahr drei des neuen PsychThG. Die neuen Studiengänge an den Universitäten mit neuen Bachelor- und spezialisierten Masterstudiengängen mussten rasch etabliert werden, erste Absolvent*innen des Masterstudiengangs Psychotherapie werden bereits 2022 erwartet; der erste komplette Jahrgang der Studierenden, die nach dem neuen Studium in den Beruf gehen, wird aber erst im Herbst 2025 zur Verfügung stehen und Weiterbildungsstellen suchen. Bis dahin und sicher auch danach gibt es noch viel zu tun. Genannt sei hier die Sicherstellung einer angemessenen Finanzierung der neuen Weiterbildungsteilnehmer*innen – sowohl im ambulanten als auch im stationären und institutionellen Setting. In Kliniken sowie in dem neu definierten Feld der institutionellen Weiterbildung, also in Jugendhilfe, Rehabilitation, Suchtberatung, Sozialpsychiatrie und Einrichtungen anderer Bereiche, müssen entsprechende Stellen für Weiterbildungsteilnehmer*innen eingerichtet werden.

Was wir jetzt im Hinblick auf die neue Aus- und Weiterbildungsstruktur brauchen, sind klare Vorgaben in den Tarifverträgen für die differenzierte Eingruppierung unserer Berufsangehörigen, die eine angemessene Vergütung und damit auch einen Anreiz für die Übernahme weiterer Verantwortung durch die Kolleg*innen bietet.

Zunächst geht es darum, dass die zukünftig approbierten Psychotherapeut*innen (ohne Weiterbildung), die im Unterschied zu Masterabsolvent*innen (= Entgeltgruppe E13 im öffentlichen Dienst/TVöD) eine Approbationsprüfung absolviert haben und einem akademischen Heilberuf angehören, eine separate Einstufung erhalten (sachgerecht wäre E14).

Sodann müssen die Kolleg*innen, wenn sie die fünfjährige Gebietsweiterbildung zum*zur Fachpsychotherapeut*in abgeschlossen haben, mit einer entsprechenden Gehaltsaufstockung eine bessere Tarifgruppe erwarten können. Hier wäre E15 angemessen. Diesen Kolleg*innen sind dann die derzeitigen Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen gleichzustellen.

Und schließlich müssen Leitende Psychotherapeut*innen und genauso auch weiterbildungsverantwortliche Psychotherapeut*innen, denen ja neben der normalen Tätigkeit auch noch eine Leitungs- oder Anleitungsverantwortung zukommt, eine entsprechende, angemessene regelmäßige Zulage erwarten können. Auch diese ist tarifvertraglich zu regeln.

Damit sind die Ziele bzw. Aufgaben für das Engagement innerhalb der Gewerkschaft umrissen. Aber der Einsatz für diese Anliegen muss auch vor Ort in jedem Betrieb, in jeder Klinik stattfinden. Betriebliche Mitbestimmung ist das Stichwort. Hier gibt es betriebliche Mitwirkungsregelungen: Personal- bzw. Betriebsräte haben bei Eingruppierungen und Sonderregelungen im Betrieb und der Klinik eine Mitsprache, die sie aktiv nutzen sollten. Deshalb ist es wichtig, dass Psychotherapeut*innen, denen oft ein Hang zum Individualismus nachgesagt wird, sich gemeinsam in der betrieblichen Mitbestimmung einbringen und beispielsweise auch in Kliniken, wo Psychotherapeut*innen häufig eine kleine Gruppe sind, ihre Problemstellungen in die Diskussion einbringen und am besten auch im Personal-/Betriebsrat vertreten sind.

Damit angestellte Kolleg*innen in diese Gremien hineinkommen, müssen sich Kolleg*innen bereitfinden zu kandidieren und sie müssen auch gewählt werden.

Für die zukünftige Vertretung der Angestellten durch die Kammern sollten bereits bei der Formulierung von „Wahlprogrammen“ die spezifischen Ziele und Forderungen angestellter Kolleg*innen zusammengestellt und in politische Forderungen übersetzt werden. Und für den*die Wähler*in kommt es dann nicht nur darauf an, passende Kandidat*innen zu wählen, sondern auch zu prüfen, ob die Wahlprogramme ihrer Listen sich auch wirklich den Zielen verschrieben haben, die aus Sicht der Angestellten vorrangig sind. Zudem ist es wichtig, die angestellten Wähler*innen zu mobilisieren, damit die zur Wahl stehenden Angestellten auch zahlreich gewählt werden. Hier erscheint auch wichtig, dass sich die angestellten Kolleg*innen vernetzen und sich kennenlernen, denn man wählt ja meist die Menschen, die man bereits kennt und schätzen gelernt hat.

Wer berät insbesondere die – häufig jungen und unerfahrenen – angestellten Psychotherapeut*innen in MVZ und Praxen? Die Gewerkschaft ver.di hat sich dieses Feldes noch nicht angenommen, nicht zuletzt, weil sie hier keine Mitglieder hat. Unter dem Dach der Kammern finden sich beide Gruppen, die Arbeitgeber*innen und die Arbeitnehmer*innen. Sie könnten ein hervorragender Ort für die Beratung beider Seiten sein und über rechtliche Notwendigkeiten und Lösungsmöglichkeiten aufklären. Die Ausschüsse und Kommissionen für Psychotherapie in Institutionen haben diese Forderung schon oft formuliert; nun sollten hier auch Empfehlungen und Ergebnisse vorgelegt werden, zumal abzusehen ist, dass dieser Versorgungsbereich weiterhin wachsen wird.

Eingruppierung der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung: Ab dem Jahr 2022 wird es eine neue Gruppe von

angestellten Psychotherapeut*innen geben. Ähnlich wie Assistenzärzt*innen werden sie in Kliniken und anderen Weiterbildungsstätten (Ambulanzen, Praxen, weitere Institutionen) beschäftigt sein und an einer von der jeweiligen Psychotherapeutenkammer regulierten Weiterbildung teilnehmen. Sie nehmen neben der Berufstätigkeit auch an den weiteren Bausteinen der Weiterbildung gemäß der jeweils gültigen/zuständigen Weiterbildungsordnung teil, d.h. Supervision, Selbsterfahrung, Theorie. Sie sind kraft ihrer erfolgreich abgelegten Approbationsprüfung anerkannte Angehörige eines akademischen Heilberufs. Und da sie als Berufstätige an einer berufsbegleitenden Weiterbildung teilnehmen, haben sie nach dem Arbeitsrecht Anspruch auf ein volles Gehalt (ganz analog zum*zur Assistenzärzt*in) – im öffentlichen Dienst wohl E14.

Rechtlich ist die Sache mit dem Gehalt also klar. Schwierig wird es bei den sich anschließenden Fragen: Werden die Einrichtungen in genügender Zahl Weiterbildungsstellen zur Ver-

— Klar ist: Psychotherapeut*innen in Weiterbildung steht ein volles Gehalt zu. Aber die Frage bleibt: Werden die Einrichtungen in genügender Zahl Weiterbildungsstellen zur Verfügung stellen und das auch refinanzieren können? —

fügung stellen? Bzw. werden sie das refinanzieren können? Die Personalrichtlinie Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), deren Fortschreibung mit der Reform des PsychThG durch den Gesetzgeber in Auftrag gegeben wurde, sollte hier entsprechende Kapazitäten in den Kliniken schaffen. Diese wären dann von den Krankenkassen zu refinanzieren. Aber die Kassen sind es wiederum, die im G-BA – ohne die Stimmen der drei unparteiischen G-BA-Vertreter*innen – 50 % der Stimmen haben und eine Verbesserung des völlig veralteten Personalschlüssels für Psychotherapie zu verhindern versuchen werden. Und vor Ort in den Kliniken geht es darum, zu gewährleisten, dass die Zeiten der Weiterbildung auch Arbeitszeiten sind, wie bei jedem*jeder Assistenzärzt*in. Entsprechende Abläufe und Regelungen müssen sich erst etablieren, aber selbst wenn es nicht überall reibungslos funktionieren wird: die Kammern haben hier die Verpflichtung, auf die Umsetzung der Weiterbildungsordnung zu achten.

Auch in den anderen Weiterbildungsstätten, insbesondere den Weiterbildungsambulanzen, wird eine adäquate Bezahlung notwendig sein müssen. Bereits heute ist nach Einschätzung der bisherigen Ausbildungsinstitute absehbar, dass die bislang gezahlten Honorare für ambulante Psychotherapie in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nicht ausreichen werden, um den Weiterbildungsteilnehmer*innen einerseits ein adäquates Gehalt zu zahlen und faire Arbeitsverhältnisse zu gewährleisten und andererseits die Weiterbildung zu finan-

zieren. Hier zeichnen sich schwer zu lösende Probleme ab, aber sie müssen – in Abstimmung mit der Politik und den Kassen – gelöst werden und die Weiterbildungsteilnehmer*innen brauchen hier Unterstützung. Sie haben Anspruch, dass ihnen die Kammern, die die Weiterbildungsordnung verantworten, diese bieten.

Hat es sich nun gelohnt, dass die angestellten Psychotherapeut*innen in den Kammern sind?

Die Frage lässt sich mit einem klaren „Ja“ beantworten. Auch wenn die angestellten Psychotherapeut*innen und ihre berufliche Situation weder Anlass noch direkter Gegenstand des „ersten“ Psychotherapeutengesetzes waren, so hat das Berufsbild des*der angestellten Psychotherapeut*in durch die mit dem Gesetz verbundenen Veränderungen erheblich profitiert, wenn auch teilweise mit deutlichen Verzögerungen (Merz, 2007). Die Neustrukturierung des Berufes mit dem novellierten Psychotherapeutengesetz von 2019, welche die Aufgaben in Kliniken und anderen Institutionen nun ausdrücklich als Gegenstand der Ausbildung und der Berufstätigkeit thematisiert, wird weitere positive Entwicklungen nach sich ziehen. Aus den Erfahrungen der zurückliegenden Jahre sollten wir lernen und diese Entwicklung frühzeitig proaktiv gestalten.

Aktuell lassen sich eine Reihe wichtiger Aufgaben und Themen für die berufspolitische Arbeit im Angestellten- und im institutionellen Feld aufzeigen, etwa im Umfeld der jetzt zu gestaltenden Weiterbildungsstrukturen für die neuen Psychotherapeut*innen. Die Zeit dafür dürfte auch günstig sein, weil der Beitrag angestellter Psychotherapeut*innen zur Versorgung, den wir in den jeweiligen multiprofessionellen Teams leisten, sowohl im Gesundheitswesen als auch im psychosozialen Feld, zunehmend erkannt und gewürdigt wird. Er geht meist weit über die individuelle psychotherapeutische Arbeit hinaus. Wir werden große Chancen haben, wenn es uns gelingt, herauszustellen, dass die gesicherte und verstärkte psychotherapeutische Qualifizierung der jeweiligen Sektoren auch die Versorgung insgesamt sichert und nachhaltiger gestaltet.

Literatur

- Behnsen, E. & Bernhardt, A. (1999). Psychotherapeutengesetz. Bonn: Bundesanzeiger Verlag.
- Best, D. (2021). Das Psychotherapeutengesetz und die Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Was wir gemeinsam erreichen konnten. *Psychotherapeutenjournal*, 20 (4), 345–351.
- Böttinger, U. (2022, im Druck). Psychotherapie in der Jugendhilfe – ein Arbeitsfeld mit Mehrwert für alle Psychotherapeut*innen. In S. Landgraf et al. (Hrsg.), *Psychotherapie in Anstellung*. Tübingen, DGVT-Verlag.

Bruckmayer, E. (im Gespräch mit Vogel, H.). (2022). „Eine hochwertige Versorgung sichern, die Vielfalt der Psychotherapie erhalten – das war und bleibt das Ziel“. *Psychotherapeutenjournal*, 21 (1), 33–39.

Bühning, P. (2005). Medizinische Versorgungszentren: „Für den Nachwuchs interessant“ – Interview mit Jens Hertel. *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe PP, 4 (8), 351.

IGES-Institut (2014). Befragung der angestellten Mitglieder der Psychotherapeutenkammern. Bestandsaufnahme zu den beruflichen Positionen, Tätigkeitsspektren und Funktionen in der Organisation sowie zum Status der psychotherapeutischen Versorgung. 15.01.2014, Abschlussbericht. Berlin.

Ladurner, A., Walter, U. & Jochimsen, B. (2020). Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Rechtsgutachten, erstattet dem Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf (25.04.2022).

Landgraf, S. (2022, im Druck). Psychotherapie in Anstellung. Die Einheit in der Vielfalt. In S. Landgraf et al. (Hrsg.), *Psychotherapie in Anstellung*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Merz, T. (2007). Psychotherapeuten in Institutionen – was können Sie sich von der Kammer erwarten? *Psychotherapeutenjournal*, 6 (2), 139–141.

Pflugmacher, I. (o. J.). Das medizinische Versorgungszentrum – Neue Wege für Therapeuten. Verfügbar unter: www.dgvt-bv.de/news-details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=596&cHash=e4d2994c9c9bdca90383e999e1390142, (13.02.2022).

Vogel, H. (2003). Der angestellte Psychotherapeut – das in den Kammern (noch) unbekanntes Wesen. *Psychotherapeutenjournal*, 2 (2), 112–114.

Vogel, H. & Thomsen, K. (2016). Interview mit Sylvia Bühler: TVöD-Entgeltgruppe 14 – hält ver.di die facharztäquivalente Bezahlung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch für realistisch? *Psychotherapeutenjournal* 15 (4), 362–366; Anlagen verfügbar unter: [www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/217166E272FBE29AC12580AB004243DA/\\$file/ptj_2016_4_Interview%20mit%20ver.di%20-%20Erg%20C3%A4nzende%20Informationen.pdf](http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/217166E272FBE29AC12580AB004243DA/$file/ptj_2016_4_Interview%20mit%20ver.di%20-%20Erg%20C3%A4nzende%20Informationen.pdf) (25.05.2022).

Worrigen, U. (2022, im Druck). Die Deutsche Rentenversicherung Bund und Psychotherapie in Anstellung. Eine Bestandsaufnahme. In S. Landgraf, A. Rose et al. (Hrsg.), *Psychotherapie in Anstellung*. Tübingen: DGVT-Verlag.



Prof. Dr. Heiner Vogel

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

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



Dr. Andrea Benecke

Poliklinische Institutsambulanz für
Psychotherapie
Wallstr. 7a
55122 Mainz
benecke@bptk.de

Dr. Dipl.-Psych. Andrea Benecke ist Psychologische Psychotherapeutin (VT). Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Mainz und leitet dort die Ausbildungsambulanz für Psychotherapie. Sie ist Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer und der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und setzt sich seit vielen Jahren für die Belange der angestellten Psychotherapeut*innen ein.



Dr. Dietrich Munz

Klosterstr. 64
10179 Berlin
munz@bptk.de

Dr. rer. nat., Dipl.-Psych. Dipl.-Phys. Dietrich Munz ist Psychologischer Psychotherapeut an der Sonnebergklinik in Stuttgart. Seit 2015 ist er Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer und seit 2005 Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Landespsychotherapeutenkammer) Baden-Württemberg.

Interview

Der kriegerische Überfall auf die Ukraine – wie wirkt er in die Psychotherapien ein und was können wir als Psychotherapeut*innen tun?

Manfred Thielen im Gespräch mit Maria Böttche

Am 24. Februar 2022 begann der völkerrechtswidrige Angriffskrieg von Putins Russland gegen die Ukraine, der das Ende der seit Jahrzehnten bestehenden Friedensordnung auf dem europäischen Kontinent darstellt und damit für viele eine weltgeschichtliche Zäsur markiert. Was bedeuten der Krieg und seine Folgen für unsere Berufsgruppe? Wie schlagen sich die Ereignisse sowie die über die Medien unentwegt transportierten Bilder von Zerstörung, Leid und Tod in den Psychotherapien nieder? Was können wir Psychotherapeut*innen tun, um traumatisierten bzw. stark belasteten Geflüchteten aus der Ukraine akut und langfristig zu helfen? Dr. Manfred Thielen, Mitglied des Redaktionsbeirats, sprach hierzu mit der Psychotherapeutin Dr. Maria Böttche. Sie ist Vorsitzende der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und Co-Leiterin der Forschungsabteilung des Zentrums ÜBERLEBEN, Berlin, sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Klinisch-Psychologische Intervention an der Freien Universität Berlin. In ihren verschiedenen Funktionen arbeitet sie mit traumatisierten Geflüchteten und erforscht wissenschaftlich die psychischen Folgen von Krieg und Flucht sowie die Möglichkeiten internetbasierter Behandlung von Traumafolgestörungen in sog. Hard-to-reach-Populationen.

Manfred Thielen (PTJ): Der Überfall von Putins russischen Truppen auf die Ukraine hat uns alle in einen Schreckzustand versetzt. Um nicht angesichts des bis vor Kurzem Unvorstellbaren in einer Schockstarre zu verharren, stellt sich allen, auch uns als Berufsstand, die Frage nach Handlungsmöglichkeiten bzgl. des Krieges und seiner aktuell erlebbaren Folgen: Was können wir als Psychotherapeut*innen konkret tun? In unserer Profession formieren sich bereits eine Reihe von engagierten Projekten. In den Kammern gibt es ja schon Flüchtlingsinitiativen und es werden Arbeitskreise mit ukrainisch-sprachigen Psychotherapeut*innen organisiert.

Wohl zum ersten Mal in meinem Leben war ich sehr besorgt, weil der Krieg in unserer Nähe ist, und die Drohung von Putin, eventuell sogar Atombomben

einzusetzen, hat mir Angst gemacht, da er unberechenbar geworden ist. Ich habe mich früher mit der Sowjetunion und vor allem der sowjetischen Psychologie kritisch beschäftigt und darüber auch promoviert. M. E. darf man Putin nicht nur als möglicherweise gestörte Person sehen, sondern muss das System Putin als Ganzes analysieren, denn er wird leider von relevanten Teilen der russischen Gesellschaft unterstützt. Ich habe aber die Hoffnung, dass viele Russ*innen den Krieg nicht mittragen können und dass das System Putin zunehmend Risse bekommen und durch eine wachsende demokratische Bewegung perspektivisch abgelöst werden wird.

Wie ist es Ihnen als Psychotherapeutin ergangen, als Sie sich mit dem Überfall auf die Ukraine beschäftigt haben? Wie haben Ihre Patient*innen auf den Krieg reagiert?

Maria Böttche: Der Angriffskrieg gegen die gesamte Ukraine ist etwas, was sich niemand hätte zuvor ausmalen können. Es ist ein Ereignis, das die Sicht auf Europa, wie ich es mir bislang vorgestellt hatte, verändert hat. Und wir waren und sind in Deutschland – auch als Psychotherapeut*innen – damit konfrontiert.

In den ersten Wochen hat dies dazu geführt, dass sehr viele Menschen, sowohl Patient*innen als auch wir als Psychotherapeut*innen enorm verunsichert waren, Angst hatten.

Wir befinden uns in einer Zeit, in der durch den Klimawandel die Lebensgrundlagen bedroht sind. Wir leben seit zwei Jahren in einer Pandemie, die ebenso Ängste und Verluste verstärkt hat. Und wir befinden uns nun seit einigen Wochen in einer Zeit, in der wieder Krieg in Europa herrscht.

Sowohl wir als Psychotherapeut*innen als auch unsere Patient*innen sind durch die aktuelle Situation mitgenommen und müssen einen Umgang finden mit den täglichen Nachrichten und menschenverachtenden Bildern wie auch mit den fortbestehenden Unsicherheiten aufgrund der Kriegssituation

und vielleicht auch noch viel persönlicher mit Verlusten oder Trennungen von Freund*innen oder Familienmitgliedern.

Als Psychotherapeut*innen müssen wir für uns selbst erst mit möglichen eigenen Ängsten und Unsicherheiten auseinandersetzen. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, um im beruflichen Kontext dann professionell auf die Anliegen der Patient*innen eingehen zu können.

M. Th.: Ja, das sollte jetzt allerdings nicht so klingen, als würde es hier einfach bloß um irgendeinen zusätzlichen Stressfaktor gehen. Denn, was hier geschieht, ist ja objektive Realität, genau wie die Klimakrise, mit der wir uns auseinandersetzen müssen. Aus meiner Sicht haben Psychologie und Psychotherapie auch eine gesellschaftliche Verantwortung, der wir uns – gerade jetzt umso mehr – stellen müssen. Dies ist auch einer der Gründe, warum die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Landespsychotherapeutenkammern mit den Psychotherapists for future in engem Austausch stehen. Angst und Wut als Reaktion auf den Einmarsch der russischen Armee auf die Ukraine können auch zur Produktivkraft für Solidarität und Veränderung gemacht werden, indem man sich an Demonstrationen gegen den Krieg beteiligt, Flüchtlingen mit ehrenamtlicher Arbeit oder Spenden hilft, Petitionen und Protestaktionen unterstützt u. a.

Bei meinen Patient*innen habe ich beobachtet, dass zu Beginn des Krieges einige wenige das Thema und ihre eigene Betroffenheit angesprochen haben, während andere dachten, es gehöre nicht in ihre Therapie. Ich selbst habe es bewusst in jeder damaligen Sitzung angesprochen und gefragt, was der Krieg und die politische Situation in Deutschland emotional mit ihnen macht. Ich wollte der Tendenz, den Krieg zu verdrängen oder gar abzuspalten, nicht Vorschub leisten. Dabei kam erfreulicherweise zum Ausdruck, dass doch die meisten Patient*innen aktiv Solidaritätsmaßnahmen ergriffen hatten, u. a. haben einige wenige sogar Flüchtlinge aufgenommen, viele haben gespendet oder arbeiten aktiv in Initiativen mit, um die Flüchtlinge willkommen zu heißen und zu versorgen. Doch nach mehreren Wochen Krieg ist er kaum noch Thema in den Therapien, sondern fast alle Patient*innen sind jetzt primär wieder mit ihren eigenen Themen und Problemen beschäftigt. Daran wird deutlich, wie schnell der Gewöhnungseffekt einsetzt.

Was sind Ihre Erfahrungen mit Ihren Patient*innen?

M. B.: Aus Erzählungen anderer Kolleg*innen, die mit traumatisierten geflüchteten Patient*innen arbeiten, weiß ich, dass

ein neuer Krieg immer etwas ist, das zur Reaktualisierung der eigenen Symptomatik führen kann. Vor allem die fortlaufend über die Medien transportierten Bilder oder Videos führen dazu, dass frühere Ängste erneut aufsteigen, und es kann beobachtet werden, dass sich Symptomatik aufgrund einer früheren Traumatisierung u. U. wieder verstärkt. Um diese Reaktualisierung auffangen zu können, ist es unabdingbar, in der Therapie darüber offen zu sprechen. Wir wissen aber auch, dass nicht alle Menschen, die eine Therapie benötigen, diese auch bekommen. Folglich müssen wir davon ausgehen, dass viele geflüchtete Menschen jetzt mit dieser Reaktualisierung auf sich gestellt sind und nicht durch kontinuierliche Psychotherapie diese verstärkten Ängste oder die verstärkte Symptomatik wieder reduzieren können.

M. Th.: Erfreulicherweise haben sich eine ganze Reihe von Kolleg*innen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldet, um sich am kostenfreien Angebot von Therapieplätzen oder psychologischer Erster Hilfe für die in Deutschland eintreffenden Menschen aus

— Die fortlaufend über die Medien transportierten Bilder oder Videos können dazu führen, dass sich die Symptomatik aufgrund einer früheren Traumatisierung wieder verstärkt. —

der Ukraine zu beteiligen. Darunter sind aber jetzt auch eine große Zahl von Kolleg*innen, die eigentlich keine spezifische Erfahrung mit Kriegsflüchtlingen mitbringen. Zwar soll diese Situation dadurch kompensiert werden, dass für Unterstützungswillige auf die schnelle entsprechende Fortbildungen auf die Beine gestellt werden. Aber was ist aus Ihrer Sicht in erster Linie zu beachten, wenn man in einen Erstkontakt mit Kriegsflüchtlingen geht? Was können Sie aus Ihrer Erfahrung und Ihrer wissenschaftlichen Expertise hierzu sagen?

M. B.: Ein erster wichtiger Punkt, den ich mir als Psychotherapeut*in im Vorfeld überlegen sollte, ist der Zeitaufwand, den ich für eine potenziell ehrenamtliche psychotherapeutische Unterstützung aufbringen kann und möchte. Es sollte von Anfang an für alle eindeutig definiert und kommuniziert werden, was genau Sie anbieten: Ist es nur eine Stunde zur ersten Orientierung, sind es fünf Stunden oder ist es eine Kurzzeittherapie? Allein mit einer transparenten Eingrenzung schützen Sie sich selbst vor einer ausufernden Beanspruchung und bieten der geflüchteten Person zugleich ohne falsche Versprechungen einen verlässlichen Rahmen, auf den sie sich einlassen kann

Ein weiterer wichtiger Punkt, den man sich vor Augen führen muss, ist die Sprachbarriere. Man sollte sich in diesem Kontext darüber im Klaren sein, dass man eine geeignete Person für die Sprachmittlung benötigt. Zugleich ist man mit dem

Problem konfrontiert, dass deren Finanzierung in den allermeisten Fällen nicht per se gegeben ist, sondern oft mühsam gefunden werden muss.

Im glücklichen Falle, dass man eine Sprachmittlung hat, ist es wichtig, sich vorher Gedanken zu machen, wie man in dieser eher ungewohnten Dreiecksbeziehung professionell agieren kann. Das heißt, man sollte genaue Regeln aufstellen, die transparent sind für alle Seiten, sowohl für die dolmetschende als auch für die geflüchtete Person. Und auch als Psychotherapeut*in ist es anfangs nicht einfach, plötzlich zu dritt im Raum und in einer Art auch von einer dritten Person abhängig zu sein

M. Th.: An welche Regeln denken Sie? Erwähnen Sie einen solchen Regelungsbedarf etwa, weil auch die Dolmetscher*innen emotional betroffen sein können und deshalb u. U. dann verzerrt übersetzen?

M. B.: Genau. Regel Nummer eins ist, niemanden aus der Familie oder dem Bekanntenkreis des*der Patient*in als dolmetschende Person einzusetzen. Weiterhin ist es wichtig, dass alles Gesagte eins zu eins übersetzt werden muss. Es darf nicht sein, dass eine Person ganz lange spricht und die dolmetschende Person übersetzt nur einen Satz. Alles, was im Therapieraum gesagt wird, auch wenn es nur kleine Rückfragen sind, muss übersetzt werden. Das ist wichtig, so dass jede Person im Raum alles mitbekommt und versteht. Vertrauen ist für Menschen, die Krieg und Menschenrechtsverletzungen erlebt haben, das, was sie im Herkunftsland verloren haben. Umso bedeutsamer ist es, dass sie dies im therapeutischen Kontakt wiederfinden können. Durch die Tatsache, dass konsekutiv, also nacheinander, übersetzt wird, ist es hilfreich, kurze klare Sätze zu formulieren. Das hat automatisch zur Folge, dass alles sehr viel länger dauert. Man muss daher Geduld haben. Ich musste vor allem gezielt trainieren, meine Sätze einfach und prägnant zu halten.

Sie müssen als Psychotherapeut*in ebenfalls berücksichtigen, dass Sie in dieser Konstellation die Verantwortung gleich für zwei Personen im Raum haben. So sollte die dolmetschende Person am Ende der Stunde noch Zeit für ein Nachgespräch bekommen, in dem sichergestellt wird, dass diese durch das Gehörte/Übersetzte nicht ihrerseits stark belastet wird.

M. Th.: Und die Körpersprache sollte man m. E. auch miteinbeziehen. Aus meiner Erfahrung als Körperpsychotherapeut weiß ich, wie wichtig es ist, wahrzunehmen, wie z. B. die Hände gestikulieren, die Mimik „mitredet“ oder sich Aufregung in nervösem Beinzucken zeigt. Wenn man die Sprache des*der Geflüchteten nicht versteht, ist es umso wichtiger, auf nonverbale Botschaften zu achten.

M. B.: Wie in jeder Psychotherapie ist es in der Tat wichtig, auch die nonverbale Kommunikation miteinzubeziehen, um rechtzei-

tig zu erkennen, ob die Patient*innen z. B. dissoziieren oder zu stark belastet sind. Hier ist es besonders herausfordernd, das beobachtete Nonverbale mit den konsekutiv übersetzten Worten zusammenzuführen. An dieser Stelle fungiert die dolmetschende Person auch als Kulturmittler*in, die auf mögliche kulturelle Besonderheiten in der Körpersprache, aber auch in der verbalen Sprache hinweisen kann. Da die dolmetschende Person einen so unverzichtbaren sprach- und kulturmittelnden Anteil in der Therapie hat, sind einige Regeln unablässig, um hier auch die dolmetschende Person zu schützen. So sollte klar vereinbart werden, dass sie nur für diese Therapiestunde(n) hinzugezogen wird und nicht für Belange außerhalb des Therapierahmens zur Verfügung steht – es sei denn, dies ist während der Therapiestunde ausdrücklich so besprochen worden.

M. Th.: Wie stark würden Sie auf die Emotionen der Flüchtlinge eingehen? Bei Traumatisierungen muss man mit den Emotionen zunächst vorsichtig umgehen – möglichst nach dem 3-Phasen-Modell: Stabilisierung – Traumakonfrontation – Integration. Was wäre diesbezüglich in den ersten Sitzungen zu beachten?

M. B.: In den ersten Sitzungen geht es erst einmal darum, zu schauen, mit welchem Auftrag die Person zu mir kommt. Hier ist wie zu Beginn jeder Psychotherapie sonst auch zunächst angesagt, anamnestic vorzugehen und zu eruieren, welches Angebot die jeweilige Person benötigt. Was hat sie erlebt? Was sind ihre Symptome? Was ist ihr Anliegen? Das bietet eine erste Grundlage dafür, eine tragfähige Beziehung aufzubauen.

Bei den meisten Menschen, die gerade aus der Ukraine geflüchtet sind, wird die oberste Priorität nicht darin liegen, unverzüglich mit einer „klassischen“ Psychotherapie zur Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) versorgt zu werden. Folglich sollte es für professionell tätige Helfer*innen in dieser Situation zuerst darum gehen, die akuten Bedarfe abzuklären und passende Angebote zu finden.

M. Th.: Die Geflüchteten wollen erst mal praktische Unterstützung bei der Bewältigung der anliegenden Aufgaben haben, beispielsweise dadurch, dass man sie zum Amt begleitet und ihnen beim Ausfüllen von Formularen behilflich ist. Primäres Ziel ist, dass die Geflüchteten erstmal „ankommen“ und einen Alltag leben können.

M. B.: Genau. Das heißt, wir als Psychotherapeut*innen sind ganz akut erst mal gar nicht so gefragt. Damit will ich nicht sagen, dass es nicht jetzt bereits Bedarf gäbe bei Menschen, die gerade nach Deutschland geflohen sind. Die Nachfrage nach psychotherapeutischer Unterstützung wird jedoch in den nächsten Monaten noch stark anwachsen. Und bis dahin sollten wir uns überlegt haben, wie wir einen solchen gestiegenen Bedarf decken können. Daher sollten wir so schnell wie möglich damit beginnen, sicherzustellen, dass es ausreichende auf diese Zielgruppe zugeschnittene und möglichst

flächendeckend verfügbare Angebote gibt. Ich denke, dass es z. B. Angebote speziell für Mütter und Kinder geben sollte, da gerade dies eine besonders vulnerable Gruppe in der jetzigen Situation ist.

M. Th.: In der Profession diskutieren wir ja viel über die Frage der unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren. Neben den Richtlinienverfahren bieten ja auch andere Verfahren, wie z. B. die Humanistische Psychotherapie, eigene Zugänge an und es gibt spezielle traumatherapeutische Ansätze. Wie sieht es in Ihrer Gesellschaft aus?

M. B.: Wenn wir von der Behandlung der PTBS reden, dann kann ich hier nur auf die aktuelle S3-Leitlinie verweisen. Diese wurde von verschiedenen Fachgesellschaften in Deutschland verabschiedet. Aus dieser geht klar hervor, dass eine traumafokussierte Behandlung die Methode der Wahl bei der PTBS ist. Zusätzlich können hier aufgrund positiver klinischer Erfahrungen im stationären Setting auch adjuvante Verfahren in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.

M. Th.: Welche Vorstellungen oder Vorschläge haben Sie für die Koordination der Flüchtlingsarbeit mit den Menschen aus der Ukraine? Was bietet z. B. Ihre Gesellschaft an?

M. B.: Es wäre ratsam und wichtig, sich an dieser Stelle gut abzustimmen und die bereits bestehenden Angebote, Informationsmaterialien und Ähnliches effizient zu bündeln. Hierbei kann auf die in akuten Krisenlagen, wie zuletzt bei der Flutkatastrophe von 2021, gesammelten Erfahrungen bezüglich der Koordination im Bereich der psychologischen Ersten Hilfe und psychotherapeutischer Erstangebote zurückgegriffen werden. Die dort aufgebauten Strukturen und vor allem auch die daraus gezogenen Lehren sollten in der jetzigen Situation in Bezug auf die geflüchteten Menschen aus der Ukraine auf den jeweiligen Landesebenen nutzbar gemacht werden.

Die DeGPT als Fachgesellschaft für Psychotraumatologie kann hier eine Ansprechpartnerin sein. So gibt es Arbeitsgruppen, die sich spezifisch mit der Akutversorgung nach Traumatisierungen sowie mit der Versorgung von geflüchteten Menschen beschäftigen und hier jahrzehntelange Erfahrung und Forschung mitbringen. Momentan versuchen wir auch auf unserer Internetseite diverse Informationen für Psychotherapeut*innen und andere ehrenamtlich Helfende bereitzustellen. Ebenso haben wir eine Datenbank mit Psychotherapeut*innen aufgebaut, die sich auf die Behandlung von Traumafolgestörungen spezialisiert haben. Es bedarf hier jedoch einer engen Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteur*innen, wie den Landespsychotherapeu-

tenkammern, den psychosozialen Zentren zur Behandlung von Kriegs- und Folteropfern, den Fachgesellschaften und zivilgesellschaftlichen Organisationen.

M. Th.: Haben Sie denn selbst schon Kontakt zur BPtK oder zu einzelnen Landespsychotherapeutenkammern oder eher nicht?

M. B.: Nein. Es wäre jedoch wünschenswert, wenn in den Psychotherapeutenkammern auf Landesebene eine Anlaufstelle genau für solche Situationen eingerichtet werden kann, die sich um die Koordinierung der psychischen Versorgung kümmert, und somit ein*e zentrale*r Ansprechpartner*in zur Verfügung steht. Je nach Art und den besonderen Erfordernissen der jeweiligen Katastrophe oder Krisensituation ist eine Kooperation mit entsprechenden Fachgesellschaften, Initiativen oder Einrichtungen notwendig.

Somit könnte man Wissen bündeln, Synergien nutzen und vor allem aber ein koordiniertes Angebot schaffen zur psychischen Versorgung von besonders vulnerablen Menschen. Auf diese Weise könnte gewährleistet werden, dass psychologische/psychotherapeutische Unterstützung dort angeboten wird, wo sie auch wirklich gebraucht wird, und es nicht zu einer ungleichen Verteilung kommt. Zudem könnten über ein solches Zusammenspiel rasch entsprechende Hilfsmittel, wie z. B. psychoedukative Informationsmaterialien zu Folgen des Krieges, bereitgestellt werden, die fachlich auf aktuellem Stand sind und den geltenden Behandlungsrichtlinien entsprechen.

M. Th.: Auf Ihrer Webseite habe ich gesehen, dass Sie selbst kognitive Verhaltenstherapie praktizieren und dass Sie auch ein Manual für die Arbeit mit Geflüchteten entwickelt haben. Aber gibt es in Ihrer Gesellschaft nicht auch eine große Verfahrensvielfalt?

M. B.: Ja, ich habe mich beruflich auf die Diagnostik und die Behandlung von Traumafolgestörungen spezialisiert. Unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft weist sowohl im Vorstand als auch in der Mitgliedschaft eine breite Vielfalt an abgedeckten Verfahren sowie Berufsgruppen und -feldern

_____ Die in früheren Krisen gesammelten Erfahrungen im Bereich der psychologischen Ersten Hilfe und psychotherapeutischer Erstangebote sollten jetzt in Bezug auf die geflüchteten Menschen aus der Ukraine nutzbar gemacht werden. _____

auf. Dabei sind hier u. a. Forschende und Praktiker*innen, Psychotherapeut*innen für Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene, Psychiater*innen und Traumapädagog*innen, niedergelassene und stationär tätige Kolleg*innen vertreten.

M. Th.: Sie haben dazu auch ein Buch veröffentlicht?

M. B.: Richtig, dieses Buch wurde zusammen mit Kolleg*innen erstellt, die ebenso langjährig mit dem Thema Flucht und Krieg arbeiten (Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (2016). Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse: Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Stuttgart: Schattauer). Dabei beleuchtet das Kompendium ganz unterschiedliche Abschnitte in der Zusammenarbeit mit geflüchteten traumatisierten Menschen. Die Darstellung reicht vom Erstkontakt, der Beratung und Begutachtung über die Kooperation mit Dolmetschenden und Soziale Arbeit bis hin zur Psychotherapie und gibt somit einen kurzen, aber detaillierten Überblick in diesem Bereich.

M. Th.: Gegen Ende unseres Gesprächs habe ich noch die Frage: Was ist denn Ihre persönliche Motivation dafür, in diesem schwierigen Feld der Arbeit mit Geflüchteten tätig zu sein?

M. B.: Psychotherapie ist für mich immer auch mit Gesellschaft und mit Politik verbunden. Ich bin ganz am Anfang meines Arbeitslebens im Zentrum ÜBERLEBEN, damals noch das Behandlungszentrum für Folteropfer, gelandet. Und hier bin ich geblieben, da ich zum einen die Arbeit meiner praktisch tätigen Kolleg*innen überaus schätze und zum anderen als Wissenschaftlerin hier einen Beitrag leisten kann in genau diesem Spannungsfeld zwischen Gesellschaft, Politik und psychischer Gesundheit.

Das Zentrum verfolgt in den praktisch tätigen Abteilungen einen multidisziplinären Ansatz, in dem z. B. Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Psychiater*innen eng zusammenarbeiten und somit die Patient*innen in allen Bereichen des Lebens Unterstützung erhalten, wenn dies notwendig ist. In diesem Konzept und diesem Ansatz kann ich mich gut verorten.

M. Th.: Sie haben also einen ganzheitlichen Anspruch, da geht es mir ähnlich wie Ihnen. Auch in Ihrem Verständnis von politischer Verantwortung sehe ich Gemeinsamkeiten.

Vielen Dank für das spannende und aufschlussreiche Gespräch!

**Dr. Maria Böttche**

Freie Universität Berlin
 Fachbereich Erziehungswissenschaft
 und Psychologie/Arbeitsbereich Klinisch-
 Psychologische Intervention
 Habelschwerdter Allee 45
 14195 Berlin
 maria.boettche@fu-berlin.de

Dr. Dipl.-Psych. Maria Böttche, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), ist Co-Leiterin der Forschungsabteilung des Zentrums ÜBERLEBEN, Berlin, und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Klinisch-Psychologische Intervention an der Freien Universität Berlin. Zudem ist sie Vorsitzende der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und Vorstandsmitglied der European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der Erforschung der psychischen Folgen von Krieg und Flucht sowie in der internetbasierten Behandlung von Traumafolgestörungen in Hard-to-reach-Populationen.

**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.

Rezensionen

Eine kritische Betrachtung aktueller Depressionsbehandlung

Padberg, T. (2021). Die Depressions-Falle: Wie wir Menschen für krank erklären, statt ihnen zu helfen. Frankfurt am Main: S. Fischer, 272 S., 23,- €

Padberg deckt in seiner Bestandsaufnahme aktueller Depressionsbehandlung eine Diskrepanz zwischen Teilen des öffentlichen Diskurses zu Depression und der dazu mitunter im Widerspruch stehenden wissenschaftlichen Datenlage auf. Auf Basis seiner Erfahrung als praktizierender Psychotherapeut beschreibt er, wie sich diese Diskrepanz zu einer Falle für Behandelnde und insbesondere Betroffene selbst entwickeln kann und skizziert alternative Wege der Psychotherapie.

Auf der einen Seite werde nach Padberg in der Öffentlichkeit Depression oft als eine im Kern (neuro-)biologische „Erkrankung des Gehirns“ dargestellt, für die in der Konsequenz Antidepressiva als ebenfalls biologische Gegenmaßnahme eine plausible Behandlung seien. Soziale Umstände und Psychotherapie beeinflussten in diesem Verständnis höchstens indirekt die eigentlich biologische Ursache des Leidens. Am Beispiel der Stiftung Deutsche Depressionshilfe illustriert Padberg, wie dieses Narrativ von prominenten Vertretern im öffentlichen Diskurs gepflegt wird. Dieses Verständnis entspreche nach Padberg jedoch nicht dem aktuellen Forschungsstand.

Padberg zieht zum Beleg dieser These insbesondere die Resultate jahrzehntelanger Antidepressiva-Forschung heran: Antidepressiva unterscheiden sich demnach im Effekt nur minimal von Kontrollbedingungen, und dieser nicht wirklich klinisch relevante Unterschied sei teils auch durch methodische Mängel in den zumeist von den Herstellern mitverantworteten Studien erklärbar. Demgegenüber beschreibt Padberg, wie Patientinnen und Patienten hohen Risiken

bei der Einnahme von Antidepressiva ausgesetzt seien: etwa von möglicher Gewichtszunahme über sexuelle Funktionsstörungen bis nicht zuletzt zu Entzugerscheinungen, die nach Padberg nicht selten als ein Zurückkommen der „zugrunde liegenden Krankheit“ fehlerhaft interpretiert werden und damit eine Dohrbehandlung einleiten.

Dem Modell von Depression als biologische Einheit stellt Padberg weitere gescheiterte Versuche gegenüber, spezifische biologische Maße zu identifizieren, welche depressives von gesundem Erleben abgrenzen. Populäre Hypothesen zum Einfluss von Serotonin oder von genetischen Faktoren auf Depression konnten nach mittlerweile jahrzehntelangen Versuchen nicht belegt werden. Padberg erinnert an die unbequeme Offensichtlichkeit, dass psychische „Krankheiten“ allein auf Basis von Konsensentscheidungen einer Gruppe von Entscheidungsträgerinnen und -trägern als sprachliche Konstrukte ins Leben gerufen werden.

Eine große Stärke von Padbergs Buch ist dessen Blick auf dieses Paradox aus der Position seiner Patientinnen und Patienten heraus. Padberg stellt die zentrale Frage: Welchen Einfluss hat es, wenn Personen ihr Leid als primär biologisch determiniert verstehen, auch wenn es dafür zunächst keine wissenschaftliche Grundlage gibt? Padberg disputiert die oft zitierte Hypothese, dass ein biologisches Krankheitsverständnis Stigmatisierung reduziere, und beschreibt das Verständnis von Depression als biologische Krankheit letztlich als Falle für Behandelnde und Betroffene. Denn wie wir als Behandelnde Betroffene wahrnehmen, beeinflusst deren Selbstwahrnehmung, und beides prägt wiederum das gesellschaftliche Verständnis von psychischem Leid. Betrachten wir also trotz widersprechender Forschungsergebnisse Betroffene als „Opfer“ ei-

ner biologischen Krankheit, reduzieren wir deren Kompetenzerwartungen als wirkungsstarke Akteurinnen und Akteure in widrigen Umständen. Zudem bestehe mit einem Fokus allein auf das Individuum die Gefahr, soziale Determinanten von psychischem Leid zu vernachlässigen. Für Padberg ist Psychotherapie daher auch politisch: Als Ursache für psychisches Leid geraten in Padbergs Gegenentwurf gesellschaftliche Umstände wieder verstärkt in den Blick: Armut, Sicherheit, Eingebundenheit, Zukunftsperspektiven. Padberg fragt uns: „Wenn es das Wort ‚Depression‘ nicht gäbe, was würden Sie stattdessen zu Ihrem Leid sagen? Welche Geschichte wollen Sie erzählen?“

Padbergs Buch ist gewiss provokant und stellt etablierte Lehrbuchmeinungen infrage. Eine konstruktive Erwidern von Vertreterinnen und Vertretern des biologischen Modells für Depression wäre sicher eine spannende Lektüre. Als einziger Kritikpunkt an Padbergs Buch wäre eine Diskussion darüber wünschenswert, wie seine depressionspezifischen Thesen übertragbar sind auf andere Diagnosebilder, die mitunter auch biologisch begründet werden, etwa psychotisches Erleben. Zudem wäre eine kritische Einbettung der aktuell verstärkt aufkommenden Diskussion von psychoaktiven Substanzen wie Esketamin und Psilocybin sicher eine wertvolle Ergänzung des Buches.

Padbergs leicht zugängliches, gut recherchiertes Buch ist ein wichtiger Beitrag zu einer Diskussion, die bisher eher verhalten geführt wird. Indem er die Frage, welchen Blick wir auf Betroffene richten, zum Gegenstand kritischer Prüfung macht, stärkt er die Position dieser Betroffenen. Padbergs mutiges Buch ist für Behandelnde sowie für Betroffene gleichermaßen lesenswert.

Dominik Gall
Würzburg

Anregendes Grundlagenwerk zur Prozessorientierten Psychotherapie

Hauser, R., Heidelberg, R., Weyermann, R., Helbling, J., Goodbread, J., Hörtreiter, S. & Apel, C. (2022). *Prozessorientierte Psychotherapie. Einführung in Theorie, Methoden und Praxis. Mit einem Geleitwort von Arnold Mindell.* Gießen: Psychosozial-Verlag, Taschenbuch, 260 S., 36,90 €.

Prozessorientierte Psychotherapie gewinnt in den letzten Jahren international zunehmend an Bedeutung. Leider gab es im deutschen Sprachraum bislang wenig Literatur zu diesem Thema. Diese Lücke schließt nun dieses neue Buch: es bietet eine wissenschaftlich fundierte Einführung sowohl theoretischer als auch praktischer Natur in diese Form von übergreifender Behandlungsmethodik. Denn bereits ihr Erfinder – der US-Physiker und jungianische Psychoanalytiker Arnold Mindell – verband in seinem Ansatz Analytische Psychologie mit Systemdenken und Erfahrungspraxis.

Prozessuale Psychotherapie meint dabei im Allgemeinen einen besonderen Behandlungsfokus auf Seelenvorgänge, bei welchen sich allmählich und über eine gewisse Zeit hinweg etwas Wesentliches herausbildet. Im Speziellen ist damit gemeint, dass sich elementares Unbewusstes in dem Bewusstsein zugängliche Inhalte transformiert: die Potenziale in den Störungen selbst werden zielgerichtet entfaltet – bis hin zur Erfahrung von Kohärenz und Sinnhaftigkeit. Dazu werden verschiedene andere Prozesse nutzbar gemacht: Körperprozesse, Traumprozesse, Sozialprozesse – unter besonderer Berücksichtigung der diesen zugrunde liegenden Erfahrungen. Konkret bedeutet dies etwa, Traumerfahrungen zu nutzen als Hinweis zur Lösung unbewusster Blockaden und Konflikte, um das eigene Selbst zur vollen Entwicklung und Entfaltung zu bringen (als Selbstwerdung im Sinne des Individuationsgeschehens nach C. G. Jung).

Das Buch besteht insgesamt aus zehn Teilen mit sieben Kapiteln: Mindell selbst gibt dabei ein bewegendes Vorwort, das zum Nachdenken anregt – auch über uns selbst und unser alltägliches Gegeneinander (für das seine Methode einen Lösungsansatz ebenso auf kollektiver Ebene bereithält), gefolgt von einer überaus hilfreichen Einführung ins Thema. In dieser werden die Grundzüge der Prozessarbeit stimmig skizziert, sodass ein guter erster Überblick entsteht. Anschließend führen sieben Kapitel tiefer in die Materie ein: Das erste wirft einen Blick auf die Metatheorie, das zweite stellt das Theoriemodell dieser Richtung vor, das dritte zeigt in der Praxeologie die konkrete Anwendung, das vierte offeriert störungsspezifische Ansätze (Depressionen, Angst/Panik, Psychosomatik, Abhängigkeit, Borderline, Psychosen), das fünfte skizziert eine entsprechende Gruppentherapie, das sechste liefert Wirksamkeitsnachweise, das siebte schließt mit Forschung und Anwendbarkeitsgrenzen. Der letzte Teil des Buches rundet dasselbe ab mit Literatur- und Inhaltswissen, Fallbeispielen, einem Glossar und einem Anhang (mit einer Besonderheit bei Abhängigkeit, Übungen, einem Gruppentherapie-Handout, methodenspezifischen Interventionen (mitsamt Interventionsliste) sowie Hinweisen zur Weiterbildung in dieser Behandlungsrichtung). Damit bietet das Werk wirklich alles Wesentliche, was ein gutes Grundlagenbuch sowohl theoretisch als auch praktisch haben sollte, und ist damit geeignet sowohl für den Einstieg in dieses Thema als auch für dessen Vertiefung.

Die besondere Stärke des Buches liegt in seiner Anschaulichkeit, Praxisrelevanz und Praxisnähe. So wurde beispielsweise durchgängig Wert darauf gelegt, den darin verfolgten Gedankenlinien praktische Beispiele zur Seite zu stellen, die das Beschriebene lebendig werden lassen. Hierbei finden

sich nicht nur Patientenfallbeispiele und prägnante Interventionsschemata, sondern auch Anreicherungen durch Zitate (wie beispielsweise von Daniel Hell zum Thema Depressionsbehandlung), die wie eine Anwendung der „Amplifikation“ als eine der zentralen Techniken der Prozessarbeit auf diese selbst bzw. auf dieses Werk wirkt. Dadurch gewinnen Lesende erfahrungspraktische Einsicht in Denken, Fühlen und Handeln prozessorientierter Psychotherapie, die ohnehin zentral aufs Erleben fokussiert (und damit beim Lesen des Buches das ansatzweise erleben lässt, was sie in ihrer Behandlungsform umsetzt). Dabei weitet sich schließlich der Blick vom individualpsychologischen Konzept auf systemischen Kontext und feldtheoretische Wirkfaktoren im seelischen Selbst- und Welterleben durch prozessorientierte Gruppenpsychotherapie: Kein individuelles Symptom ist nur ein Problem seines Trägers, sondern immer auch ein Spiegel der diesen und dieses umgebenden Gesellschaft. Die ethische Dimension des Verfahrens weist über es selbst hinaus – als Möglichkeit der Behebung unserer Schwierigkeiten im Umgang mit starken Emotionen, der seit Jahrtausenden immer wieder zur systematischen Ausgrenzung und letztlich auch Vernichtung von Menschen führen kann.

Insofern ein insgesamt sehr gelungenes, überaus aktuelles Buch, mit vielen wertvollen Impulsen sowohl für Psychotherapie und Medizin als auch für Sozialarbeit, Konfliktarbeit, Mediation, Coaching, Gruppenleitung und Gruppentherapie. Es wäre gewissermaßen perfekt gewesen – wenn für die Lesbarkeit behindernde Doppelpunkt-Schreibweise im Rahmen der politischen Geschlechter-Correctness eine verträglichere Lösung gefunden worden wäre.

Kai Herthneck
Tübingen

Mehr als nur ein Ausstellungskatalog

Husmann, B. (2022). *Über 100 Jahre Autogenes Training. Exponate einer Ausstellung zur Geschichte der „konzentrativen Selbstentspannung“*. Lengerich: Pabst Sc. Publ., 190 S., 40,- €, PDF 20,- €

Dieses großformatige, zweifarbig gestaltete Buch ist viel mehr als ein Ausstellungskatalog – es vereint zwei Themen in seltener Vollkommenheit: die Geschichte des Autogenen Trainings (AT), das jeder Psychotherapeut und jede Psychotherapeutin kennen und beherrschen sollte, und die seines Erfinders J. H. Schultz. Was nicht jede(r) weiß: Schultz ist einer der bedeutendsten Pioniere der Psychotherapie in Deutschland und förderte deren Professionalisierung wie kaum ein anderer. Insofern ist das Buch auch ein umfassender Streifzug durch über 100 Jahre Psychotherapie-Geschichte im deutschsprachigen Raum. Verfasst hat es der zurzeit beste Kenner der Historie des AT und seines Erfinders, Björn Husmann. Er hat bereits mehrere Arbeiten dazu veröffentlicht, u. a. eine vollständige Bibliografie von Schultz.

Der Katalog beginnt mit einem Geleitwort von Dr. H. Wallnöfer, einem Anfang 2022 verstorbenen persönlichen Schüler von Schultz. Es folgen zehn chronologisch geordnete Kapitel ab 1884 über die Zeit des Ersten Weltkrieges bis zur „Geburt“ des AT 1920, gefolgt von der Professionalisierung der Psychotherapie in der NS- und ihrer Reorganisation in der Nachkriegszeit, der gesetzlichen Verankerung des AT im therapeutischen und präventiven Bereich, den aktuellen Entwicklungen und der internationalen Verbreitung.

Schultz litt seit seiner Kindheit lange an schwerem Asthma, wovon er sich mittels der Entspannungswirkung des AT selbst kurierte. Nach Promotion und

Teilnahme am Ersten Weltkrieg habilitierte er und wurde nach dem Krieg a. o. Professor für Psychiatrie und Nervenheilkunde. Er sagte, dass er täglich 18 Stunden arbeitete, seine Literaturliste umfasst etwa 900 Einträge. Sein Buch „Seelische Krankenbehandlung“ von 1919 war das erste deutschsprachige Psychotherapie-Lehrbuch und blieb für Jahrzehnte das erfolgreichste. 1932 erschien sein Hauptwerk „Das Autogene Training“. Zur Psychoanalyse Freuds hatte er eine enge, aber ambivalente Beziehung. Seine besondere Aufmerksamkeit galt der „kleinen Psychotherapie“, also Verfahren, die unterhalb der langwierigen Behandlungen von „Kernneurosen“ (sein Ausdruck) den Patientinnen und Patienten schneller helfen können.

Als „Berufspolitiker“ war er an allen organisatorischen Aktivitäten der Psychotherapeutenchaft beteiligt. 1927 war er Gründungsmitglied der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie. 1936 wurden die Psychotherapeuten im „Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie“ gleichgeschaltet. Dort war Schultz, der kein NSDAP-Mitglied war, stellvertretender Leiter und gleichzeitig Oberfeldarzt der Luftwaffe. Die Zwangsvereinigung der Psychotherapeuten unter einem Dach kam seiner Tendenz zur Integration der verschiedenen Richtungen entgegen. War die Organisation des Reichsinstituts Vorbild für die spätere DGPT? Jedenfalls wurde Schultz bei deren Gründung 1949 ins Ehrenpräsidium berufen. 2002 wurde er auf Beschluss des Vorstandes wieder entfernt (und sein Name mit einer entsprechenden Anmerkung versehen), weil er die „Vernichtung von lebensunwertem Leben propagiert und an der Selektion von Homosexuellen mitgewirkt“ habe. Im Buch werden einige seiner problematischen Bemerkungen

zur Euthanasie dokumentiert, ebenso die Fallvignette der Behandlung eines jungen homosexuellen SS-Mannes. In dem Schultz Homosexualität als Neurose ansah, konnten manche Betroffene einer Psychotherapie statt dem Richter zugeführt werden, wobei Schultz insgesamt an einem diagnostischen Schema gearbeitet hatte, wodurch er Störungsbilder der Psychiatrie entzog und der Psychotherapie zuordnete. Zur Frage, ob er damit auch Unheil angerichtet hat, können sich die Leserinnen und Leser aufgrund der von Husmann gut dokumentierten Quellen ihre eigene Meinung bilden.

Husmanns Buch erlaubt insgesamt einen differenzierten Blick auf Schultz, da es streng quellenbasiert vorgeht und Primär- wie Sekundärliteratur ausführlich zitiert. Ausgebreitet wird dabei eine unglaubliche Vielzahl von Dokumenten, Briefen und Zeitungsausschnitten – darunter auch Schultz' Originalaussagen aus der NS-Zeit oder der SPIEGEL-Artikel, in dem er 1994 als Nazi-Verbrecher hingestellt wurde –, aber auch viele Fotos. Alle Quellen werden erläutert und eingeordnet, aber nicht bewertet, die Leserschaft bleibt so frei in ihrer Urteilsbildung.

Das Buch ist eine lohnende Lektüre für alle historisch Interessierten, nicht nur für diejenigen, die sich mit Autogenem Training oder hypnotherapeutischen Verfahren befassen. Die vielen, z. T. bisher unveröffentlichten Dokumente insbesondere aus der NS- und Nachkriegszeit machen das Gelesene lebendig und erlauben einen genauen Blick auf die wechselseitige Verquickung von Zeit- und Psychotherapie-Geschichte. Mit seiner Ausstellung hat Husmann gezeigt, dass hervorragende historisch-wissenschaftliche Arbeit auch außerhalb der Universität möglich ist.

Hans-Volker Werthmann
Wiesbaden

Leserbriefe und Replik

Respektieren wir auch die Ablehnung

Zu J. Glasenapp & T. Teismann: Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge. Ein Diskussionsbeitrag zum Thema selbstbestimmtes Sterben und Suizid, S. 5–11.

Den Autoren gebührt Dank dafür, dass sie mit diesem „Diskussionsbeitrag“ zum fachlich-inhaltlichen Austausch einladen über die Implikationen der höchstrichterlichen Entscheidung vom 26.02.2020 für unsere Praxis als Psychotherapeuten. Insgesamt liest sich der Beitrag mit seiner deutlichen Betonung auf die große Bedeutung der Psychotherapie bei der Prävention von Suiziden und der Behandlung von Störungen, die mit einem hohen Suizidrisiko einhergehen, wie eine gut genutzte Gelegenheit, anhand eines Urteils zur Stärkung der Patientenrechte primär die Bedeutung der Behandler zu unterstreichen. Das mag in berufsständischer Hinsicht wünschenswert sein, wird der Sachlage aber nur bedingt gerecht.

Konkret habe ich folgende Fragen und kritischen Anmerkungen:

1. Die Autoren schreiben im zweiten Satz des Artikels, dass die „erweiterten Zugangsmöglichkeiten“ zur Psychotherapie „für den deutlichen Rückgang der Zahl der Suizide“ mit ausschlaggebend gewesen seien (S. 5). Was für erweiterte Zugangsmöglichkeiten sind hier gemeint? Welche empirische Studie belegt diese Aussage? Wie viele Suizide werden aus laufender Psychotherapie bzw. durch bereits behandelte Patienten unternommen?
2. Auf S. 6 ist von einer international feststellbaren „Zunahme“ assistierter Suizide als Folge von deren Legalisierung die Rede. Über welche Größenordnung sprechen wir hier? Eine Zunahme im Sinne einer Verdoppelung würde sicher aufhorchen

lassen. Das könnte aber schon eine Steigerung der Rate von 0,5 % auf 1 % aller Suizide sein. Eher beachtlich wäre hingegen eine von 15 % auf 30 %.

3. Die Ausführungen der Autoren legen nahe, dass sie überwiegend assistierte Suizide bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und anderen schweren psychischen Beeinträchtigungen im Blick hatten. Sterbenskranke Menschen fallen aber ebenso unter das höchstrichterliche Urteil und hier würde ich, einer Empfehlung Hans Wedlers (Suizid kontrovers; 2016) folgend, von Sterbebeschleunigung und nicht von Suizid sprechen wollen, wie die Diskussion dieses wichtigen und sicher nicht unproblematischen Urteils eigentlich erfordert, genau(er) zu benennen, welchen empirischen Ausschnitt man konkret meint.
4. Die Aussage, dass aus „psychotherapeutischer Sicht (...) Suizid keine adäquate Lösung psychischer Probleme sein (kann)“, ist problematisch. Sie unterstellt, dass der Suizid als Lösung „psychischer Probleme“ intendiert ist. Das wäre ja durchaus zu fragen! Primär ist er – zumal im gegebenen Kontext des assistierten Suizids – intendiert als Beendigung des Lebens (inklusive aller etwaigen „psychischen Probleme“).
5. Ebenso problematisch erscheint mir der unmittelbar nachfolgende Satz, dass es aus diesem Grund „erforderlich“ sei, für eine „adäquate Bearbeitung dieser Probleme“ dem Patienten „abzuverlangen“, den Suizidwunsch mindestens aufzuschieben. Was in einer solchen Situation „adäquat“ ist, entscheidet – so das höchstrichterliche Urteil – allemal der Patient, niemand sonst. Außer, dieser Mensch ist in seiner „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ so stark beeinträchtigt, dass „die Tragweite seiner Entscheidung“ nicht mehr erfasst wird, wie die Autoren selbst aus dem Artikel von Rengier (2021) zitieren.

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 19. Juli 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.

6. Dass chronisch psychisch kranke Menschen sich für einen assistierten Suizid und gegen eine Elektrokrampftherapie entscheiden, scheinen die Autoren sich vorstellen zu können. Umso wichtiger ist zu betonen, dass das Urteil auch erlaubt, sich gegen (weitere) Psychotherapie zu entscheiden, so „adäquat“ wir diese auch finden mögen. Nicht jeder Mensch will zudem „respektvoll begleitet“ werden, wie auch die Palliativmedizin sich nach meinem Eindruck eher schwer damit tut, (an-) zu erkennen, dass ihre Angebote für viele ein Segen sind, aber für manche eben nicht, weil eine „Begleitung“ (und überhaupt ein weiterer Weg) gar nicht mehr erwünscht ist.
7. Zu Recht weisen die Autoren darauf hin, dass auf Seiten der Therapeuten schon ein „Anflug von Tabuisierung oder Verurteilung (...) dazu führen (kann), dass Menschen ihre Sterbewünsche mit sich selbst ausmachen“ (S. 9f.). Ebenso und vor allem sollte hier erwähnt werden, dass auf Seiten der Patienten auch ein Anflug von Befürchtung, gegebenenfalls

gegen den eigenen Willen untergebracht zu werden, denselben Effekt hat. Insofern hätte dieser Beitrag primär auf das Problem der signifikant reduzierten „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ (Rengier, 2021) fokussiert werden müssen, um nämlich eine psychotherapeutische Belagerung, wie man in Abwandlung von Keupps „fürsorglicher Belagerung“ (1992) zuspitzen könnte, im Ansatz zu vermeiden.

Diese kritischen Anmerkungen sollen andererseits nicht das, im Gegenteil große, Lob schmälern, das den Autoren für die Eröffnung dieser Diskussion eines wichtigen Urteils gebührt.

Dr. Gerald Ullrich
Schwittau

Einordnung als Zwangsstörung oder Wahnsyndrom?

Zu A. Grochowski: Die Olfaktorische Referenzstörung. Eine „neue“ Störung des Zwangsspektrums. *Psychotherapeutenjournal* 1/2022, S. 18–23.

Zum o.g. Artikel ist aus klinisch-psychiatrischer Sicht kritisch anzumerken, dass die Autorin dieses prinzipiell überaus interessante Störungsbild leider ohne Berücksichtigung der spezifischen Problematik der Psychopathologie dieses Syndromes abhandelt. Denn die „olfaktorische Referenzstörung“ wird bereits seit Jahrzehnten als Eigengeruchswahn, Eigengeruchshalluzinose oder „olfaktorisches Beziehungssyndrom“ in Psychiatrie und Psychopathologie kontrovers diskutiert. Die Bezeichnung „olfaktorische Referenzstörung“ stellt hierbei eine sprachlich unpassende und begrifflich irreführende (Rück-) Übersetzung aus dem Englischen dar, da mit „reference disorder“ eigentlich ein Beziehungs(wahn)syndrom gemeint ist, das mit dem Begriff „Referenz“ im Deutschen überhaupt nicht erfasst wird. Das Syndrom wirft ferner insbesondere hinsichtlich einer systematischen Klassifikation psychiatrischer Störungen grundsätzliche Fragen auf, die in einer solchen Übersichtsarbeit mehr Beachtung verdient hätten.

So geht die Autorin auf die essentielle Frage einer Abgrenzung von phobischen Befürchtungen gegenüber wahnhaft fixierten Überzeugungen des Verbreitens schlechten Geruches ebenso wie auf die Bedeutung der Abklärung einer möglichen Geruchshalluzinose, mit der dann auch eine organische Ausschlussdiagnostik besonders wichtig wird, kaum ein. Vielmehr wird die wenig reflektierte Operationalisierung des Störungsbildes in der künftigen ICD-11 übernommen, die das wesentliche Element des korrekten oder gestörten Realitätsurteils zur Marginalie macht. Nur so ist es zu erklären, dass die Störung dort als Form einer Zwangserkrankung gesehen wird, obgleich die betroffenen Patienten ihre Maßnahmen zur Beseitigung des schlechten Geruches typischerweise gerade nicht als unsinnig, irrational oder übertrieben beurteilen können. Eben dies wäre aber für einen genuinen Zwang als phänomenologisch-psychopathologisches Kriterium zu fordern, ansonsten kann nicht von Zwang, sondern muss von einem isolierten körperbezogenen (hypochondrischen) Wahn gesprochen werden.

Unverständlich bleibt auch, dass eine Fülle von Literatur, die für die komplexe psychopathologische und nosologische Problematik des Störungsbildes hoch relevant ist, keine Erwähnung findet. Wir erlauben uns daher auf nachstehende Arbeiten hinzuweisen die aus unserer Sicht für eine psychopathologisch fundierte Diskussion dieses Syndroms unverzichtbar sind.

Prof. Dr. med. Bruno Pfuhlmann,
Dr. med. Frank Burkhard,
Dr. med. Theresa Glöckler &
Prof. Dr. med. Burkhard Jabs
Dresden

Literatur

- Davidson, M. & Mukherjee, S. (1982). Progression of olfactory reference syndrome to Mania. A case report. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1623–1626.
- Habeck, D. (1965). Beitrag zur Geruchshalluzinose mit Beziehungswahn. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie*, 207, 196–205.
- Hauser, U. (2010). Der Eigengeruchswahn – eine wahnhafte oder neurotische Störung? In P. Garlipp & U. Haltenhof (Hrsg.), *Seltene Wahnstörungen* (S. 29–37). Steinkopff: Darmstadt.

Klages, W. & Klages, I. (1964). Zur Psychologie und Psychopathologie des Geruchssinnes. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 205, 37–48.

Mösler, T. A. (1988). Zur Systematik der Eigengeruchswahnerkrankungen. In E. Lungershausen & R. Wtkowski (Hrsg.), *Zur Lage der Psychiatrie – Erreichbares und Erreichtes* (S. 213–218). Stuttgart: Schattauer.

Munro, A. (1981). Monosymptomatoic Psychoses with progress to Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 474–476.

Pethö, B. (1979). Über den Eigengeruchswahn. *Nervenarzt*, 50, 218–231.

Spitzer, M. (1988). Halluzinationen. Ein Beitrag zur allgemeinen und klinischen Psychopathologie. Berlin, Heidelberg: Springer.

Tellenbach, H. (1968). Geschmack und Atmosphäre. Salzburg: Müller.

Videbech, T. (1966). Chronic olfactory paranoid syndromes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 42, 182–213.

Walter, K. (1962). Über mitweltabhängige Eigengeruchshalluzinosen. *Nervenarzt*, 33, 325–326.

Walter, K. (1965). Über das phobische Beziehungssyndrom. *Nervenarzt*, 36, 7–11.

Eine diskussionswürdige Klassifikation

Replik der Autorin zum Leserbrief von Prof. Dr. med. B. Pfuhlmann, Dr. med. F. Burkhard, Dr. med. T. Glöckler & Prof. Dr. med. B. Jabs.

Sehr geehrte Kolleg*innen,

vielen Dank für die Anmerkungen zum Artikel. Sie haben völlig Recht, dass für die klinische Befundung die Psychopathologie, Anamnese und somatische Differenzialdiagnose das Wesentliche sind. Auf der Ebene der diagnostischen Klassifikation kann die „neue“ Störung auch die Patient*innen einschließen, die keine bzw. wenig wahnhafte Symptome aufweisen, die bislang nicht in der ICD klassifiziert werden konnten (Veale & Matsunaga, 2014). Die ICD-11 versucht nun, sowohl eine wahnhafte als auch eine nicht wahnhafte Ausprägung der Olfaktorischen Referenzstörung (ORS) zusammenzubringen. Das zeigt sich auch an dem Spezifizierer, den die WHO eingefügt hat, um sowohl eine angemessene bis gute oder aber eine schlechte bis fehlende Einsicht klassifizieren zu können. Damit wird dann auch auf die Wichtigkeit der Abgrenzung ein Hinweis gegeben. Weniger Einsicht scheint mit stärker ausgeprägten Sym-

ptomen assoziiert zu sein (Greenberg et al., 2016), schon allein deshalb macht eine Abgrenzung Sinn. Leider bleibt aber bis heute unklar, ob es sich um zwei verschiedene Phänotypen handelt (mit und ohne wahnhaftige Symptome), oder ob die Wahnhaftigkeit im Verlauf der Störung fluktuiert, denn leider existieren noch keine Längsschnitterhebungen der verschiedenen Symptomatiken im unbehandelten Verlauf. Darüber hinaus sollte eine organische Ausschlussdiagnostik auf jeden Fall erfolgen, ungeachtet des Einsichtsgrades in die Befürchtungen.

Die Einordnung bei den Zwangsspektrumsstörungen ist sicherlich diskussionswürdig. Zunächst wurde die Zuordnung in das Zwangsspektrum vorgenommen, da mit der Zwangsstörung phänomenologische Überlappung besteht, nämlich die intrusiven Gedanken und die assoziierten repetitiven Verhaltensweisen (Stein et al., 2015). Darüber hinaus beklagen Patient*innen mit einer Zwangsstörung häufig auch Symptome im Sinne einer ORS (Prazeres et al., 2010), was differentialdiagnostische Diskussionen anregen kann (Stein et al., 2015). Richtig ist, dass die Patient*innen mit wenig Einsicht ihre Befürchtungen und die damit verbundenen Handlungen nicht als übertrieben ansehen können, eine Abgrenzung zur Zwangsstörung ist hierdurch aber nicht gegeben. Nach der ICD-11 kann die mäßige bis gute versus schlechte bis fehlende Einsicht auch bei der Zwangsstörung spezifiziert werden (WHO, 2019). Dasselbe gilt auch für Patient*innen mit einer Körperdysmorphen Störung (KDS), die nun ebenfalls unter das Zwangsspektrum subsumiert wurde. In der Forschung etwas „unter den Tisch gefallen“ sind die Ähnlichkeiten zur Sozialen Angststörung und zur KDS, die dringend weiter untersucht gehören. Idealerweise sollten zusammengefasste Störungen nicht nur überlappende phänomenologische Merkmale teilen, sondern auch Ähnlichkeiten in weiteren klinischen Aspekten wie z. B. Heredität oder Komorbidität und hinsichtlich effektiver Behandlungsformen und Behandlungsergebnisse zeigen (z. B. Phillips et al., 2007).

Dr. Anja Grocholewski
Braunschweig

Literatur

- 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.
- Phillips, K.A., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J.L., Mancebo, M. & Rasmussen, S.A. (2007). Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: A comparison study of two possibly related disorders. *Depression and Anxiety*, 24, 399–409.
- Prazeres, A.M., Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., de Mathis, M.A., Ferrao, Y.A., de Brito, N.F. et al. (2010). Olfactory reference syndrome as a subtype of body dysmorphic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 87–89.
- Stein, D.J., Kogan, C.S., Atmaca, M., Fineberg, M.A., Fontenelle, L.F., Grant, J.E. et al. (2015). The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *Journal of Affective Disorders*, 190, 663–674.
- 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 %2fentity %2f731724655](https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f731724655) (25.04.2022).

Sprachliche Gleichberechtigung

Zur Neuregelung der geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal.

Der Diskurs darüber, ob die weibliche Form auch benutzt wird (mit * oder wie auch immer) ist nicht mehr zeitgemäß. Es erschreckt mich, dass dieses Thema in einem Psychotherapeutenjournal (übrigens: männliche Form; die weit überwiegende Zahl der Psychotherapeutinnen und Klientinnen ist aber weiblich) so ausgiebig diskutiert wird.

Die Hälfte der Menschheit ist damit beschäftigt, die andere Hälfte der Menschheit (ohne Bezahlung) zu versorgen: mit Essen, Haushaltsführung, Kinderaufziehen und ermöglicht damit ein hohes Bruttosozialprodukt, leider auf Kosten der eigenen Altersarmut. Sollten wir sie nicht wenigstens als kleines Dankeschön erwähnen, unsere Geschlechtsgenossinnen, auch wenn es sprachlich „unpraktisch“ ist?

Psychotherapeut/innen, die das Erwähnen von Frauen als formale Sache ab-

tun, haben nicht verstanden, dass sie einen emanzipatorischen Beruf haben; sie sollen Menschen u. a. zur Autonomie verhelfen, zur Wertschätzung der eigenen Person. Eine Grundlage dafür ist die Wertschätzung und Anerkennung des eigenen Geschlechts. Die Erwähnung des Geschlechtes ist ein erster, kleiner Schritt dazu.

Warum nicht den (jahrzehntealten) klugen Tipp der Linguistin Luise Pusch übernehmen: Nur die weibliche Form benutzen, die männliche ist in ihr meist enthalten, sie sind also sprachlich mitgemeint (siehe Schülerin, Sozialarbeiterin, Lehrerin, Psychotherapeutin usw.). Einfach und elegant. Verkräften das die heutigen Männer? Ich denke schon.

Prof. Dr. Annette Boeger
Bonn

Kollateralschäden

Zur Neuregelung der geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal.

(E)rnsthafte Beschäftigung mit Identitätspolitik polarisiert und imitiert Fehler, die in USA und UK bereits zur tiefen gesellschaftlichen Spaltung führten. Ihr de facto Verbot des generischen Maskulinums im Öffentlichkeitsorgan einer Zwangsgemeinschaft verletzt das Persönlichkeitsrecht. Sie besingen ein Narrativ der „Weiterentwicklung“, das wie nebenbei den psychotherapeutischen Raum zerstört, den ich als präpolitisch und prälinguistisch charakterisieren möchte:

Präpolitisch heißt, sprachliche Äußerungen zuallererst in ein individuelles Bezugssystem zu stellen: Wertesystem und Ziele des Patienten. Der präpolitische Bereich (Arendt, 1954) bezeichnet einen für Erziehung unabdingbaren Freiraum: wenn Psychotherapie überhaupt eine erzieherische Dimension haben soll, so kann Nachbeelterung gemäß unserer Berufsordnung nur „Hilfe zur Selbst-Erziehung“ und nicht „sprachliche Umerziehung“ heißen. Gewählte Repräsentanten sollten dies unterstützen, nicht sabotieren.

Prälinguistisch heißt, „noch-nicht-benennbare“ Phänomene zuzulassen, zu nähren und diesen zur Sprache zu verhelfen. Menschliche Soziabilität bringt prälinguistische Phänomene hervor, die u. a. in der *ambigen* Struktur des generischen Maskulinums einen Platz finden. „Therapeuteschaft“ meint nicht nur Frauen, Männer und andere, sondern auch eine „leibliche“ Ebene von Gemeinschaft, die als Alterität spürbar werden kann. Eine aus sich selbst heraus entstehende Kraft (vgl. Ärzteschaft, Anwaltschaft), die einerseits „in die Gesellschaft hinein wirkt“ und andererseits „auf ihre“ Mitglieder. Sie kann ohne Zwang eine gewisse Ehrfurcht erzeugen, inspirieren, in der Erhabenheit einer selbst auferlegten Verfassung halten und Stürmen des Zeitgeistes trotzen. Eine politisch korrekte Vereindeutigung der „gemeinten Gemeinschaft“ zerstört diese Möglichkeit: sie überbetont das Individuelle und reduziert Gruppenerleben auf die Synchronizität „triggerbarer Einzelelemente“. Ein vereindeutigtes Kollektiv verunmöglicht Emergenz: ein solches Kollektiv kann nur mehr sein als die Summe seiner Teile, wenn es Autonomie verunmöglicht und *uniform* auftritt. Es kann nicht einfach da sein und eine ruhige Kraft atmen. Es „muss“ tun, oder: sich spalten.

Ein Therapeut darf, muss aber kein Aktivist sein. Bitte begraben Sie Ihr linguistisches Kriegsbeil wieder: wir brauchen keine Neuauflage des 30- oder 100-jährigen Krieges.

Simon Roos
Weinsberg

Für eine lesbare und authentische Schriftsprache

Zur Neuregelung der geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal.

(A)uch ich finde es schwierig, dass die Zeitschrift in Genderdeutsch verfasst

wird. Die Lesbarkeit ist für mich persönlich faktisch eingeschränkt. Viele finden es nicht respektabel oder für ihr Handeln maßgeblich, die Lesbarkeit für den Adressaten zu beachten. Auf oberster Ebene der Bundesbehörden gibt es die Anweisung, wegen der Lesbarkeit Gesetzestext usw. nicht zu gendern, wie Ihnen bekannt sein dürfte.

Es gibt keine relevanten Schriftsteller oder Schriftstellerinnen, die gendern, wohl vor allem aus dem Grund, dass die Sprache authentisch sein soll. Kaum jemand außer im akademisch-feministischen Umfeld gendert im Alltag. Authentizität der Schriftsprache ist bedeutsam. Für uns Psychotherapeuten ist Sprache unser wichtigstes Medium. (...)

Ich bitte Sie, auch nicht gegenderte Versionen Ihrer Texte zur Verfügung zu stellen, sodass dieses Problem nicht entsteht, hingegen Fairness und wechselseitiger Respekt erkennbar wären. (...)

Dipl.-Psych. Jürgen Zobel
Stuttgart

Bitte mehr über psychodynamische und integrative Ansätze im PTJ!

Zu M. de Brito Santos-Dodt & M. Thielen: „Das Psychotherapeutenjournal soll den Blick über den Tellerrand des eigenen Verfahrens und Berufsfelds eröffnen“. Psychotherapeutenjournal 1/2022, S. 40–43; sowie zur Leser*innenbefragung im selben Heft auf S. 44–46.

(M)it Bedauern muss ich seit einiger Zeit feststellen, dass das PTJ immer mehr von VT-Themen dominiert wird. So auch wieder im PTJ 1/2022. Dort gibt es zwar einen Artikel darüber, dass das PTJ „den Blick über den Tellerrand des eigenen Verfahrens erweitern“ soll (Interview von M. Thielen mit M. de Bri-

to Santos-Dodt, S. 40 ff.), aber das gilt wohl nur für Vertreter von Verfahren außerhalb der Verhaltenstherapie (VT), die ihren Horizont bzgl. VT erweitern sollen, und nicht umgekehrt.

Seit geraumer Zeit finden sich kaum noch Themen bzgl. psychodynamischer Psychotherapieverfahren.

Dann fragen Sie in Ihrer Leser*innenbefragung: „Wie sehen Sie uns“?

- Inwieweit werden Sie durch PTJ-Artikel in Ihrer Berufspraxis angeregt? Immer weniger!
- Lesen Sie Artikel, die sich mit einer anderen Fachkunde als der eigenen befassen? Ja, aber mit wenig Gewinn!
- Welche Bedeutung hat das PTJ für mich? Immer weniger, aus o.g. Gründen!
- Was wünsche ich mir als zukünftige Verbesserungen? Mehr Artikel über psychodynamische Ansätze und nicht-eklektische, integrative Ansätze!

Schon im Psychologie-Studium musste man sich im Hauptstudium/Klinische Psychologie hauptsächlich mit VT befassen, dann ist die Psychotherapieforschung von positivistischen RCT-Methoden dominiert und jetzt auch noch das PTJ als Organ der Psychotherapeutenkammern von VT – gibt es auch noch etwas anderes?

Sicher wird auch der akademische Psychotherapie-Studiengang von VT dominiert werden, obwohl es auch andere, nicht-eklektische, integrative Ansätze für eine richtige „Psychotherapiewissenschaft“ (G. Fischer, 2011) gibt. Darüber könnte auch mal ein PTJ-Artikel erscheinen! Dazu müsste man sich aber mit einem anderen Psychotherapie- und Wissenschaftsverständnis und einem anderen Begriff von Psychotherapieforschung auseinandersetzen! (...)

Dipl.-Psych. Rolf Schumacher
Offenburg

Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

Sofortprogramm für psychisch kranke Menschen gefordert – 40. Deutscher Psychotherapeutentag in Stuttgart

Der 40. Deutsche Psychotherapeuten-tag (DPT) am 13. und 14. Mai in Stuttgart forderte von der Bundesregierung noch in diesem Jahr ein Sofortprogramm für psychisch kranke Menschen. Durch eine finanzielle Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung müssten außerdem die Weichen für die Zukunft der Profession gestellt werden. Der DPT stellte ferner die Muster-Weiterbildungsordnung (M-WBO) fertig und beschloss, die Ordnungen und die Satzung der BPTK zu gendern, um ein weiteres Signal für die gleichberechtigte Ansprache aller Kammermitglieder zu setzen.

Wachsende Aufgaben für die Profession

Nach zwei digitalen Versammlungen tagte der DPT wieder in Präsenz. Birgit Gorgas begrüßte für die Versammlungsleitung die Delegierten und stellte fest, dass angesichts von Krieg, Pandemie und Klimakrise mehr Menschen psychotherapeutische Beratung und Behandlung bräuchten. Um helfen zu können, müsse die Profession dazu jedoch auch in die Lage versetzt werden. Auch Dr. Ute Leidig, Staatssekretärin im baden-württembergischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, sah wachsende Aufgaben für die Profession. Die eng aufeinander folgenden Krisen stellten die Menschen auch psychisch vor große Herausforderungen. Insbesondere für vulnerable Gruppen müssten psychotherapeutische Angebote besser erreichbar werden. Gerade deshalb sei ein Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich wünschenswert. Die hohe Professionalität, mit der sich die Profession den



Versammlungsleitung: Juliane Sim, Birgit Gorgas, Stuart Massey Skatulla

Herausforderungen stelle, und auch der Kraftakt, mit der sie die neue Weiterbildung umsetze, zeige: „Der Berufsstand ist in Bewegung.“

Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), bat die Delegierten zunächst um eine Schweigeminute, um an die Menschen zu denken, die in der Ukraine unter dem Angriffskrieg der russischen Armee zu leiden haben. Die Delegierten gaben ihrem Mitgefühl und ihrer Solidarität durch eine Resolution Ausdruck.

Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern

Im Bericht des Vorstands stellt BPTK-Präsident Munz danach fest, dass die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern wolle und zentrale Punkte dafür schon im Koalitionsver-

trag genannt habe. Sie wolle insbesondere die Wartezeiten auf einen Behand-



Staatssekretärin Dr. Ute Leidig



Dr. Dietrich Munz

lungsplatz in psychotherapeutischen Praxen verringern und die ambulante Komplexversorgung schwer psychisch kranker Menschen erleichtern. Munz hielt dabei allerdings schnelles Handeln für erforderlich, da die psychischen Belastungen der Corona-Pandemie den Bedarf an Psychotherapie noch vergrößert haben. Die BPTK fordere deshalb ein Sofortprogramm für psychisch kranke Menschen. Insbesondere die Versorgung von Kindern und Jugendlichen müsse dringend verbessert werden. In sozialen Brennpunkten müsse erreicht werden, dass psychisch kranke Kinder und Jugendliche mehr Hilfe bekämen. Es brauche mehr Beratungsstellen, Unterstützung der Familien, Vernetzung, Hilfen bei Sprachbarrieren und ausreichende Psychotherapieplätze, betonten auch die Delegierten. BPTK-Vorständin Cornelia Metge berichtete, dass die Politik gerade für diese Probleme ein offenes Ohr habe.

Munz erläuterte die zentralen Punkte des Sofortprogramms für psychisch kranke Menschen:

Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung verringern

Die Bedarfsplanung müsse so weiterentwickelt werden, wie es bereits ein Gutachten für notwendig erachtet ha-

be, das der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) selbst in Auftrag gegeben hatte. Danach sind rund 2.400 zusätzliche Psychotherapeutesitze notwendig. Davon ermöglichte der G-BA bei seiner Reform 2019 allerdings nur 800 Sitze. Der Gesetzgeber solle deshalb den G-BA beauftragen, die noch fehlenden 1.600 Sitze in strukturschwachen und ländlichen Gebieten, aber auch im Ruhrgebiet zu schaffen, forderte Munz. Mit diesem Vorschlag würde auch das Anliegen der Bundesregierung aufgegriffen, insbesondere die Situation von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Zum einen sei jeder fünfte Sitz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie reserviert. Zum anderen sollten zum Sofortprogramm auch gesetzliche Regelungen gehören, die Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erleichtern.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ambulant versorgen

Munz erinnerte daran, dass bereits die letzte Bundesregierung den G-BA beauftragt habe, die ambulante Versorgung schwer psychisch kranker Menschen zu verbessern. Die vom G-BA beschlossene Richtlinie erschwere jedoch die Versorgung. Sie führe zu überflüssigen Mehrfachuntersuchungen und schrän-

ke die Zahl der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen ein, die die Planung und Koordination der Gesamtbehandlung übernehmen könnten. Es sei deutlich, dass die Krankenkassen alles dafür täten, dass dieses Versorgungsangebot nicht entstehen könne. Eine Korrektur sei auch deshalb wichtig, damit der G-BA nicht die gleichen Fehler bei der Richtlinie für Kinder und Jugendliche wiederhole. Außerdem müssten Psychotherapeut*innen die Befugnis erhalten, heilpädagogische, sozialarbeiterische und psychologische – sogenannte nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen – zu verordnen. Erst mit dieser Befugnis könne eine umfassende Planung und Koordination der Versorgung komplex psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gelingen.

Sprachmittlung für Patient*innen ohne ausreichende Deutschkenntnisse

Die BPTK fordere seit Langem, Sprachmittlung für die Gesundheitsversorgung für Migrant*innen und Flüchtlinge, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind, zu finanzieren. Ohne ausreichende sprachliche Verständigung sei eine psychotherapeutische Behandlung schlicht unmöglich. Sprachmittlung sei auch für die meisten ukrainischen Flüchtlinge notwendig, wenn sie aufgrund ihrer Erlebnisse psychisch erkrankten. Ab dem 1. Juni 2022 seien ukrainische Flüchtlinge gesetzlich krankenversichert. Damit hätten sie grundsätzlich auch einen Anspruch auf Psychotherapie. Ohne Sprachmittlung sei sie aber praktisch nicht durchführbar. Daher fordere die BPTK gemeinsam mit anderen Organisationen, dass Sprachmittlung eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung werde. Das Sofortprogramm müsse auch hier so schnell wie möglich die Weichen stellen.

Zukunft der Psychotherapie sichern

Mit dem Sofortprogramm müsse auch die Zukunft der Psychotherapie gesichert werden, stellte Munz fest. Die Reform der Psychotherapeutenausbil-

derung habe die Grundlagen für eine Aus- und Weiterbildung in hoher Qualität geschaffen. Die BPtK und die Landespsychotherapeutenkammern seien mit Hochdruck dabei, die Weiterbildung in ihren Ordnungen umzusetzen. Dennoch fehle in der Weiterbildung ein entscheidender Baustein: Der Gesetzgeber müsse die Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung regeln, damit die Ziele der Reform realisiert werden können.

Der 40. DPT bekräftigte diese Forderungen mit Resolutionen zur Komplexversorgung, zur Bedarfsplanung, zur Sprachmittlung und zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung.

Abschluss der Muster-Weiterbildungsordnung

Der DPT beschäftigte sich insbesondere mit der Bereichsweiterbildung für künftige Fachpsychotherapeut*innen. Wenn Fachpsychotherapeut*innen weitere Verfahren erlernen wollen, dann ist auch das in der Muster-Weiterbildungsordnung (M-WBO) zu regeln. Der Umfang der Verfahrensqualifizierung war dazu so festzulegen, dass ausreichende verfahrensspezifische Fachkenntnisse und Handlungskompetenzen erworben werden unter Berücksichtigung der bereits erreichten Verfahrenskompetenz während der Gebietsweiterbildung, erläuterte Bruno Waldvogel, Sprecher der Kommission Zusatzqualifizierung. Bei der Bestimmung des Umfangs musste auch in Rechnung gestellt werden, dass die Psychotherapeut*innen diese Bereichsqualifizierung in eigener Praxis, im Krankenhaus oder im institutionellen Bereich berufsbegleitend absolvieren müssen. Hierfür eine Lösung zu entwickeln, sei der „umfangreichste, komplexeste und konfliktreichste Auftrag“ gewesen, den die Kommission je erhalten habe. BPtK-Vorstand Wolfgang Schreck betonte, dass die Profession ein großes Interesse an dieser Weiterbildungsoption haben müsse. Sie biete nicht nur berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, sondern verbreitere auch das Versorgungsangebot und sei damit vor allem im Interesse der Patient*innen.



Dr. Andrea Benecke

Der Entwurf der Kommission Zusatzqualifizierung hatte sich an den Anforderungen für Bereichsweiterbildungen in der Systemischen Therapie orientiert, wie sie die M-WBO für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen vorsieht. Der Vorschlag der Kommission war deshalb, die Anforderungen an die Weiterbildung in weiteren Verfahren im Vergleich zum ersten Verfahren, deutlich abzusenken. In der Diskussion fand der Vorschlag mit dem Hinweis Zustimmung, es gehe um Weiter- nicht um Neuqualifizierung. Die Unterschiede zwischen den Verfahren dürften nicht überbewertet werden. Mit dem ersten Verfahren würden Metakompetenzen erworben, die angemessen berücksichtigt werden müssten.

Viele Fachverbände folgten dieser Argumentation nicht. Sie vertraten die Position, nach der für das zweite Verfahren Anforderungen notwendig seien, die mit denen im Erstverfahren vergleichbar sind. Um den berufsständischen Interessen entgegenzukommen, hatten sie diese im Vorfeld des DPT verringert und baten um Zustimmung zu ihrem Vorschlag. Die Fachverbände beanspruchten in dieser Frage jedoch eine spezifische Kompetenz und Autonomie in der Entscheidung. Dem hielten



Dr. Nikolaus Melcop

Delegierte entgegen, der DPT sei ein politisches Gremium und kein „Arm der Fachgesellschaften“. Das „Gefüge des ersten Verfahrens“ sei im Kommissionsvorschlag ausreichend nachgebildet und definiere in der M-WBO nur Mindestanforderungen, die jederzeit überschritten werden könnten, wenn dies notwendig erscheine. Der DPT votierte mit großer Mehrheit für den Vorschlag der Kommission Zusatzqualifizierung.

BPtK-Vizepräsidentin Dr. Andrea Benecke setzte sich dafür ein, die M-WBO möglichst bundeseinheitlich umzusetzen. Es gehe darum, den künftigen Psychotherapeut*innen in Weiterbildung möglichst viel Mobilität zu ermöglichen. Dafür dürften jedoch die Voraussetzungen für die Anerkennung von Weiterbildungsabschnitten zwischen den einzelnen Landespsychotherapeutenkammern gar nicht oder kaum voneinander abweichen. Von großer Bedeutung sei diese Bundeseinheitlichkeit jedoch auch, um der Profession die Definitionshoheit bei den Kompetenzen zu geben, die für die psychotherapeutische Versorgung notwendig seien. Wären die Weiterbildungsordnungen der Landeskammern zu unterschiedlich, könne die M-WBO kein Anknüpfungspunkt für sozialrechtliche Regelungen sein. Dann könne es geschehen, dass



Cornelia Metge

die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband festlegen, welche Qualifikationsanforderungen an Psychotherapeut*innen zu stellen sind, wenn sie im ambulanten Bereich tätig werden wollen. Um dies zu vermeiden, habe die BPTK gemeinsam mit den Landeskammern einen regelmäßigen Austausch in der Bundesländer-AG, im Länderrat, aber auch in der AG der Geschäftsführer*innen und der Ständigen Kommission der Kammerjurist*innen organisiert. Die M-WBO sei ein lernendes System, mit dem die Profession Neuland betreue. Ihre Umsetzung müsse kontinuierlich beobachtet, evaluiert und weiterentwickelt werden.

Umsetzung der Muster-Weiterbildungsordnung

Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop erläuterte, dass die Umsetzung der M-WBO erneut in einem Projekt begleitet werde. Auf Basis eines umfangreichen Kompetenzkataloges werde möglichst bald mit der Erarbeitung einer Muster-Richtlinie begonnen, in der zehn bis 15 Fachkenntnisse und zehn bis 15 Handlungskompetenzen aufgeführt werden, die hoffentlich dann auch bald in einem elektronischen Logbuch nachgewiesen werden könnten. Damit



Wolfgang Schreck

solle die praktische Durchführbarkeit der Weiterbildung für alle Beteiligten erheblich erleichtert werden. Wichtig für die Kammern, die für die Qualität der Weiterbildung einstehen müssten, seien zunächst Muster-Richtlinien für die Zulassung von Befugten und Stätten. Daran arbeiteten gemeinsam die Fachebene und das Ehrenamt der Kammern. Bereits im ersten Aufschlag solle mit solchen Muster-Richtlinien ein kammerübergreifend einheitliches Verwaltungshandeln erreicht werden. Er gehe davon aus, dass nach Abschluss einer Workshopstaffel die Muster-Richtlinien im Oktober 2022 vorliegen. Vertreter*innen der Bundeskonferenz Psychotherapeut*innen in Ausbildung und der Psychologie Fachschaften Konferenz schlugen vor, sie in die anstehenden Beratungen mit einzubeziehen.

Finanzierung der Weiterbildung

Abschließend hob BPTK-Präsident Munz noch einmal hervor, dass für eine Weiterbildung im ambulanten, stationären und institutionellen Bereich eine finanzielle Förderung unbedingt erforderlich sei. In Vorgesprächen habe man bereits differenzierte Modelle für die ambulante Versorgung vorgeschlagen. Es werde versucht, auf der Basis des § 75a SGB V eine Regelung für die Praxen

und Medizinischen Versorgungszentren der vertragsärztlichen Versorgung zu finden. Für die Weiterbildungsambulanzen wolle man eine Lösung auf der Basis des § 117 Absatz 3c SGB V. Für den stationären Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik sei man in intensiven Gesprächen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und hoffe, hier zu einem gemeinsamen Vorschlag zu kommen. Es sei nun notwendig, die Gesamtkonzeption zu bündeln, die Vorschläge mit den Beteiligten vertieft zu diskutieren und dann gemeinsam auf den Gesetzgeber im Bund und im Land zuzugehen. Erfolgsentscheidend sei, mit einer Stimme zu sprechen und dem Gesetzgeber deutlich zu machen, wie zentral es für die Zukunft der Profession ist, dass es möglichst schon ab nächstem Jahr eine finanzielle Förderung für den ambulanten und stationären Bereich gebe. Auch der institutionelle Bereich dürfe nicht aus den Augen verloren werden. Dafür gebe es aber noch keine konkreten Vorschläge, die ausformuliert werden könnten.

Musterordnungen und Satzung gegendert

Dem DPT lagen die Musterordnungen der BPTK (Muster-Berufsordnung, Muster-Fortbildungsordnung), die Satzung der BPTK, die Geschäftsordnung des DPT und die Entschädigungs- und Reisekostenordnung der BPTK vor. Der DPT beschloss, diese Ordnungen mit dem Gendersternchen zu gendern. Es ging den Delegierten darum, für alle Kammermitglieder eine gleichberechtigte Ansprache zu wählen. Für den nächsten DPT wurde der BPTK-Vorstand beauftragt, auch die Muster-Weiterbildungsordnung, die mit dem 40. DPT nun vollständig vorliegt, zu gendern.

Muster-Berufsordnung angepasst

Mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung gibt es für eine lange Übergangszeit drei Berufsgruppen: Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Psychotherapeut*innen. Die MBO-Kommission hatte den sich daraus ergebenden Änderungsbedarf

in der Muster-Berufsordnung erarbeitet. Sie schlug auch eine neue Formulierung vor, mit der der Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen künftig zu den Berufspflichten der Psychotherapeut*innen gezählt wird. Ferner legte sie Regelungen zur Zusammensetzung von Berufsausübungsgemeinschaften und zu der Option vor, zeitweise auf ein Praxisschild zu verzichten. Der DPT beschloss die Änderungen mit großer Mehrheit. Die Kommission werde weiter an Vorschlägen arbeiten, mit denen die Profession auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens antworten könne, sagte Andrea Benecke für die Kommission zu.

Erhöhung der Beiträge für die BPtK

Der DPT beschloss auch eine Erhöhung der Beiträge für die BPtK in zwei Schritten: 2023 um vier Euro und 2025 um weitere drei Euro. Der Vorstand hatte für eine Beitragserhöhung um sieben Euro 2023 geworben, die es ihm und dem künftigen neuen Vorstand ermögliche, die erfolgreiche Politik der BPtK fortzusetzen. Das Fundament für diese Politik sei eine Geschäftsstelle in der ausreichend motivierte und gut qualifizierte Mitarbeiter*innen arbeiten, erläuterte Wolfgang Schreck für den Vorstand der BPtK. Vor allem gehe es darum, diejenigen zu halten, die bereits in der Vergangenheit hervorragende Arbeit geleistet hätten. Dafür sei ein Personaltableau nötig, das Überlastungen auf ein erträgliches Maß verringere. Außerdem brauche man Mittel für Projekte oder Gutachten, um sich angemessen für die Profession positionieren zu können. Rudi Bittner, Vorsitzender des Finanzausschusses, präsentierte die Ergebnisse der Beratungen des Finanzausschusses. Dieser hatte mehrheitlich dafür plädiert,



40. Deutscher Psychotherapeutentag

die Beiträge nur um vier Euro zu erhöhen und in einem zweiten Schritt im nächsten Jahr zu prüfen, ob weitere Beitragserhöhungen notwendig seien. Schreck dankte dem Finanzausschuss für seine Expertise, gab aber zu bedenken, dass nur eine verbindliche Staffelung dem Vorstand ausreichende Planungsspielräume gebe. Delegierte wiesen auf die wachsenden Aufgaben der Bundes- und der Landeskammern hin. Die Beiträge für die BPtK seien gut angelegt.

Resolutionen

Der DPT befasste sich mit vielen aktuellen politischen Themen und formulierte seine Anliegen und Forderungen in folgenden Resolutionen:

- Der DPT verurteilt den Krieg gegen die Ukraine aufs Schärfste und bietet Hilfe an
- Finanzierung der psychotherapeuti-

schen Weiterbildung jetzt gesetzlich regeln

- Sprachmittlung für Migrant*innen und Flüchtlinge jetzt finanzieren
- Ambulante psychotherapeutische Versorgung verbessern – Bedarfsplanung der ambulanten Psychotherapie jetzt überarbeiten
- Ambulante Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – KSV-Psych-Richtlinie nachbessern und angemessen finanzieren
- Gebührenordnung für Psychotherapeuten zeitnah novellieren!
- Keine Qualitätssicherung im Blindflug! – QS-Verfahren vor Einführung erproben und evaluieren
- Verschwendung stoppen – Ressourcen schonen
- Abbau von struktureller Diskriminierung gegenüber trans Menschen

Psychotherapeut*innen in die vertragsärztliche Versorgung integriert – Diotima-Ehrenpreis an Dieter Best und Jürgen Doebert verliehen

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat am 12. Mai 2022 Dieter Best und Jürgen Doebert mit dem Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychothe-

rapeutenschaft ausgezeichnet, um ihr Engagement für die Integration der Psychotherapeut*innen in die vertragsärztliche Versorgung zu würdigen.

„Ihr Blick ging von Anfang an über die Richtlinienpsychotherapie hinaus“, stellt BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz in seiner Laudatio fest. Für beide sei es

das grundlegende Ziel gewesen, Psychotherapeut*innen als direkte Ansprechpartner*innen für psychisch kranke Patient*innen in der ambulanten Versorgung zu integrieren und mit den ärztlichen Kolleg*innen fachlich wie wirtschaftlich eine Kooperation auf Augenhöhe zu realisieren. Dabei war ihnen die vertrauensvolle Kooperation mit den Vertragsärzt*innen ein zentrales Anliegen. „Beide haben von Beginn an die Integration des neuen Heilberufs in den Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entscheidend mitgeprägt“, erklärt BPTK-Präsident Munz.

Erfolgsfaktoren Teamarbeit und Vertrauen

Dieter Best und Jürgen Doebert bedankten sich für die Auszeichnung und die langjährige Unterstützung, die sie durch verschiedene Weggefährter*innen und auch durch ihre Familien erfahren haben. Jürgen Doebert zeichnete nach, wie wichtig die Unterstützung und Geschlossenheit der psychotherapeutischen Verbände und Psychotherapeutenkammern gewesen sei. Bedeutsam sei aber auch gewesen, dass man trotz



Dieter Best, Dr. Dietrich Munz, Jürgen Doebert

unterschiedlicher Auffassungen immer wieder das Gespräch mit den ärztlichen Kolleg*innen gesucht, gemeinsame Interessen betont und für alle tragfähige Kompromisse ausgelotet habe. Die Diotima-Preisträger betonten, dass ihr gemeinsames Wirken von einer besonders vertrauensvollen und zuverlässigen Zusammenarbeit geprägt war und ihre Stärke darin lag, dass sie immer als Team aufgetreten seien. „Ohne Vertrauen geht es nicht, da kann man sich noch so sehr bemühen“, konstatierte Dieter Best.

Einzug der Psychotherapeut*innen in das Haus der Vertragsärzt*innen

Prof. Dr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a. D., ließ die Mühen, Erfolge und Rückschläge beim Einzug der Psychotherapeut*innen in das vertragsärztliche Haus Revue passieren. Humoristisch hinterfragte er in seinem Festvortrag, ob die Integration der Psychotherapeut*innen in die vertragsärztliche Versorgung einer Hausbesetzung, anspruchsloser Zweck-WG oder guter Wohnpartnerschaft auf Dauer gleichkam.

Podiumsdiskussion: „Wie wir wurden, was wir sind“

In der anschließenden, von BPTK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop moderierten Podiumsdiskussion tauschten sich Dieter Best und Jürgen Doebert, Prof. Wenner sowie Erika Behnsen, ehemalige Leiterin der Abteilung Vertragsarztrecht im Bundesgesundheitsministerium, und Dr. Christa Schaff, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und langjährige Kooperationspartnerin in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des G-BA, über die wichtigsten Weichenstellungen der vergangenen 25 Jahre aus und skizzierten künftige Herausforderungen.

Geschäftsstelle

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



Prof. Dr. Ulrich Wenner



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Krieg Putins gegen die Ukraine und die damit verbundene einseitige Zerstörung von als unzerstörbar geltenden Ordnungen und Vereinbarungen erschüttert uns und droht das Vertrauen in die Politik zu zerstören. Dies birgt die Gefahr lauter werdender Forderungen nach einer Politik der Stärke und Macht und schwächt das Vertrauen in Diplomatie, Suche nach Kompromissen und gegenseitige Übereinkunft.

Die Leidtragenden sind die vom Krieg betroffenen Menschen, diese erleben derzeit massive Bedrohung und Angst, körperliche und psychische Verletzungen. Viele dieser Menschen, die vor Krieg und Terror zu uns fliehen, brauchen unsere Hilfe, damit ihre Traumatisierungen sich nicht zu psychischen Erkrankungen entwickeln oder um Letztere zu behandeln. Wie viele Menschen das sein werden, können wir derzeit noch schwer abschätzen. Bei den aus der Ukraine Geflohenen können wir davon ausgehen, dass ihnen im Unterschied zu den aus arabischen oder afrikanischen Ländern Geflüchteten das Aufsuchen von Hilfen bei psychischem Leid, psychischen Beschwerden und psychischen Erkrankungen weniger fremd ist. Darauf müssen wir uns einstellen und uns darauf vorbereiten, ihnen Hilfe anbieten zu können.

Wir wissen, dass Psychotherapie am besten hilft, wenn Kolleginnen und Kollegen die Muttersprache, also Russisch oder Ukrainisch oder bei den anderen Kriegsflüchtlingen, die wir nicht vergessen dürfen, Arabisch sprechen. Das sind jedoch sicher zu wenige und deshalb brauchen wir die Unterstützung durch professionelle Sprachmittlung,

die möglichst unbürokratisch zur Verfügung gestellt werden muss. Geschulte Dolmetscher*innen müssen dafür auch entsprechend vergütet werden. Weiterhin müssen und werden wir Kolleg*innen aus den Herkunftsländern unterstützen, damit sie bei entsprechender Ausbildung im Herkunftsland in unserem Gesundheitssystem an geeigneter Stelle eingesetzt werden oder sich nachqualifizieren können. Wir werden Initiativen zur Fortbildung unserer Kolleg*innen, zur Schulung von Dolmetscher*innen und zur Integration von Kolleg*innen bspw. aus der Ukraine nach Kräften unterstützen und die durch diesen und andere Kriege entstandenen und entstehenden Herausforderungen annehmen, ohne unsere anderen Aufgaben zu vernachlässigen.

Dazu gehört aktuell vor allem die Umsetzung des reformierten Psychotherapeutengesetzes und die damit verbundene Etablierung der Weiterbildung nach der mit dem Studium erworbenen Approbation ebenso wie die Einrichtung und Verbesserung digitaler Prozesse in der Kammer ebenso wie das Angebot von Fortbildungen zu verschiedenen Aspekten unserer Berufsausübung. Dazu werden wir Sie auf dem Laufenden halten.

Wir wünschen Ihnen erholsame Sommertage und verbleiben mit den besten kollegialen Wünschen,

Ihr Kammervorstand

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

LPK-Vertreterversammlung am 26. März 2022

Nach einer Schweigeminute für die Opfer des Ukraine-Krieges und der Erledigung der Formalien stand der Bericht des Vorstandes auf der Tagesordnung. Dabei wurde berichtet, welche Aktivitäten die Kammer in Zusammenarbeit mit der KV und anderen Beteiligten zur Versorgung der durch die Coronapandemie besonders belasteten Kinder und Jugendlichen getätigt hat. In der diesbezüglichen Task-Force des Sozialministeriums konnte erreicht werden, dass auf Antrag die Jobsharing-Grenzen erhöht werden können

und auch Ermächtigungen erleichtert werden sollen in besonders schlecht versorgten Regionen.

Der Präsident, Dr. Dietrich Munz, berichtete in Ergänzung zum schriftlichen Vorstandsbericht über aktuelle Themen wie den Austausch der elektronischen Heilberufesausschüsse, Auswirkungen des Onlinezugangsgesetzes, Stand der Komplexrichtlinie, Aufhebung der Corona-Sonderregelungen bezüglich der psychotherapeutischen Berufsausübung etc.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Frage nach schneller psychotherapeutischer Hilfe für die Flüchtlinge aus der Ukraine. Als wünschenswert wurde befunden, dass die Berufsausübung von ukrainischen Flüchtlingen, die in ihrem Land als Psychotherapeut*innen arbeiteten, unbürokratisch schnell erleichtert werden sollte. Der Vorstand wurde beauftragt, entsprechende Möglichkeiten zu prüfen und sich mit den dafür Zuständigen in Verbindung zu setzen.

Als weiterer Tagesordnungspunkt standen die Weiterbildungsordnungen an. Zunächst wurden an der WBO für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen Unstimmigkeiten beseitigt und redaktionelle Änderungen vorgenommen. Dann erfolgten die Beratung und Beschlussfassung zur Weiterbildungsordnung für nach neuem Recht approbierte Psychotherapeut*innen. Dr. Munz referierte den Stand der Musterweiterbildungsordnung, in der anschließenden

Diskussion ergaben sich für die WBO der LPK keine Änderungen. Die neue Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen wurde mit großer Mehrheit bei zwei Enthaltungen angenommen.

Der durch die neuen gesetzlichen Regelungen entstandene Anpassungsbedarf der Hauptsatzung wurde ebenfalls diskutiert und beschlossen. Zudem wurden auch Regelungen beschlossen bezüglich der Gremien-Videositzungen und digitalen Vertreterversammlungen.

Die Wahlordnung wurde ebenfalls den neuen Gegebenheiten angepasst.

Eine Nachhaltigkeitsleitlinie wurde ausführlich diskutiert und beschlossen.

Abschließend wurde die Rolle der Psychotherapeut*innen beim Thema Suizid im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Fürsorge diskutiert sowie auf den kommenden Landespsychotherapeutentag hingewiesen, Infos dazu unter <https://bit.ly/3IV08KB>

Fachveranstaltung „Berufsrecht – eine Herausforderung von Fällen und Fallen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen steht in einem besonderen rechtlichen Spannungsfeld zwischen der Beziehung von Therapeut*in und Kind/Jugendlichem einerseits und der Beziehung zwischen Therapeut*in und Eltern andererseits. Daraus können Konflikte im Arbeitsbündnis mit vielfältigen Fragestellungen entstehen, zu denen der LPK-Ausschuss für die „Psychotherapeutische Versorgung Kinder und Jugendliche“ am 2. April 2022 eine mit etwa 130 Teilnehmer*innen sehr gut besuchte Online-Fachveranstaltung durchgeführt hat. Themen waren Schweigepflicht, Schnittstelle Kindertherapie/familiengerichtliche Verfahren und Kindeswohlgefährdung. In Form von Impulsvorträgen wurden die Themen von Ausschussmitgliedern vorgestellt. Anschließend wurden diese auf dem „Podium“, bestehend aus Moderatorin Michaela Willhauck-Fojkar, der jeweiligen Referentin, einem weiteren Ausschussmitglied und der Justiziarin der Kammer, Stephanie Tessmer-Petzendorfer, anhand einer Fallvignette diskutiert.

Christine Breit, niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (KJP) in Neuhausen auf den Fildern, machte den Aufschlag und legte die besonderen Herausforderungen des Umgangs mit der Schweigepflicht dar. Sie betonte das Rechtsgut der Schweigepflicht, aber auch Offenbarungspflichten und -befugnisse von KJP. Diskutiert



Impression aus der Online-Tagung

wurden Schwierigkeiten im Umgang mit der Schweigepflicht, die sich bei getrennten Eltern ergeben, und die Rechte von Jugendlichen z. B. hinsichtlich der Akteneinsicht.

Streit zwischen getrennten Eltern wegen des Einverständnisses zur Vorstellung bei einem*einer KJP, der Konflikt zwischen dem Informationsrecht der Eltern(teile) und dem Schutz des therapeutischen Raums bei noch nicht einwilligungsfähigen Kindern, Äußerungen von KJP in familiengerichtlichen Verfahren und Informationen an den*die Gutachter*in waren Themen, die Dr.

Judith Arnscheid, KJP und PP sowie Fachpsychologin für Rechtspsychologie BDP/DGPs und Geschäftsführerin der Gutachtenstelle Stuttgart, in ihrem Vortrag „Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen an der Schnittstelle zum Familiengericht“ behandelte.

Im dritten Teil stellte Dorothea Groschwitz, KJP und LPK-Vorstandsmitglied, die möglichen Herangehensweisen im Falle eines Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung bei Patient*innen vor. Hierbei ging es insbesondere um die Frage, wann und wie die Schweigepflicht durchbrochen werden kann/darf/

muss, um das Kind zu schützen. Das vierstufige Vorgehen nach § 4 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) ermöglicht eine the-

rapeutisch und rechtlich sichere Vorgehensweise und sollte allen KJP bekannt sein.

Weitere Infos sowie die Vortragfolien der Tagung finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://bit.ly/3EHXFmk>

Psychotherapie bei Intelligenzminderung – Zusammenarbeit mit den Hilfesystemen – 5. Veranstaltung des Arbeitskreises – Vortrag Kerstin Lutz

Die Ende September 2021 gestarteten Online-Seminare gestaltet von Mitgliedern des Arbeitskreises „Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung“ wurde am 26. April 2022 fortgesetzt.

Erneut besuchten über 80 Teilnehmer*innen den nun 5. Fortbildungsabend des Arbeitskreises „Psychotherapie für Menschen mit intellektuellen Entwick-

LPK-Vertreterversammlung, noch während ihrer Ausbildungszeit und ange stellt in einer Praxis, erste Erfahrungen mit Menschen mit geistiger Behinderung sammeln können und sei dem AK bei Gründung noch als PiA und jüngstes Mitglied beigetreten. Seitdem habe sie das Thema nicht mehr losgelassen, sei ihr zur Mission geworden, weshalb sie seit Beginn auch im AK mitgearbeitet habe und im Qualitätszirkel der Region

schen Störung im ambulanten Setting für sinnvoll erachtet, so gelte es, eine Form der Zusammenarbeit aber auch Abgrenzung zu diesen Systemen zu finden und während der Psychotherapie fortlaufend einzubeziehen, deren Rahmen kennenzulernen und ggf. umzugestalten. D. h. also, die Kommunikation, Zusammenarbeit und Verantwortungsverteilung zwischen diesen Systemen bzw. multiprofessionellen Teams zu verstehen und zu klären. Manchmal könne es auch sein, dass Personen aus dem engeren sozialen Umfeld durch ihre Fähigkeiten im Umgang mit dem behinderten Menschen diesem sinnvollerweise auch während der Therapie zur Seite stehen. Oft seien es auch die Eltern, die co-therapeutisch begleiten, immer im Einklang mit dem Selbstbestimmungsrecht. Die Erfahrung zeige, dass Menschen mit geistiger Behinderung ihre Anliegen meist selbst ganz gut vertreten könnten. Aufgrund dieses gegebenen Settings sei eine sorgfältige Zielklärung besonders wichtig zur Frage: Wer hat welche Ziele? Wie ist der Behandlungsauftrag? Es könne sein, dass Therapieziele im Sinne der Patient*innen sich von denen der relevanten Betreuungspersonen unterscheiden. Deshalb sei es z. B. wichtig, die unterschiedlichen Anliegen zu koordinieren und eine gemeinsame Sprache zu finden mit klarer Verantwortungsteilung und schriftlicher Festlegung, wer welche Aufgabe übernimmt. In der über Chat geführten Diskussion wurde vor allem die Thematik der Arbeit mit multiprofessionellen Teams und den Erfahrungen dazu nochmals aufgegriffen. Kritische Fragen zu den eingeschränkten Möglichkeiten und Überlegungen vor allem zum Zeitaufwand und der unklaren Kostenübernahme z. B. erforderlicher Betreuergespräche wurden



Dr. Kerstin Lutz mit Moderator Dr. Roland Straub und Backoffice Johny Varsami

lungsstörungen“ der LPK BW; über ein Drittel der Teilnehmer*innen war erstmals dabei. Dieses Mal wendete sich Dr. Kerstin Lutz dem wichtigen Thema „Zusammenarbeit mit den Hilfesystemen“ zu. Nach kurzer Einführung in die Anliegen des AK, wie z. B. der Erweiterung der regionalen Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln und der Erhöhung der Anzahl niedergelassener Psychotherapeut*innen, die sich zutrauen, auch Patient*innen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zu behandeln, stellte Dr. Roland Straub, Behindertenbeauftragter und Mitglied des LPK-Vorstands die Referentin des Abends vor. Kerstin Lutz habe als erste PiA in der

Reutlingen/Tübingen bis heute engagiert sei. In ihrer aktuellen Tätigkeit in einem Ausbildungsinstitut habe sie nun mit Ausbildungskandidat*innen in Lehre und ambulanter Praxis zu tun und versuche auch diese nun zu interessieren und zu begeistern für diese Arbeit.

In ihrem inhaltlich klar strukturierten Vortrag zeigte die Referentin anhand von Fallbeispielen zunächst auf, dass bei diesem besonderen Personenkreis fast immer auch gleichzeitig mehrere (meist professionelle) Hilfesysteme bereits aktiv sind. Komme es zu Problemen und werde eine Psychotherapie wegen einer indizierten psychi-

gestellt. Hierzu wurden auch runde Tische empfohlen, die aber in der Praxis manchmal auch unergiebig seien. Mit Hinweis auf geplante regionale Fortbildungen zur Komplexversorgung wurde angeregt, hierzu in diesem Rahmen

eine weitere Fortbildung mit Blick auf die Zielgruppe zu planen. Insgesamt gab es viel Lob zum Vortrag, der neue Anregungen gegeben habe und Ermunterung, da es hilfreich gewesen sei, zu

erfahren, wie man die Verantwortung auch teilen könne.

Die Folien des Beitrags finden Sie auf der LPK-Homepage unter <https://bit.ly/3v1qlZG>.

Neu aufgelegt: Psychotherapeut*innen-Suche der LPK BW – Kammermitglieder mit Kassen- und Privatpraxen können sich eintragen

Die Online-Psychotherapeut*innen-Suche der LPK Baden-Württemberg wurde nun neu aufgelegt. Kammer-Mitglieder, die in Kassen- oder Privatpraxen arbeiten, können sich ab sofort eintragen.

Die Online-Suche wurde Mitte Januar 2022 wegen technischer Probleme abgeschaltet. In ihr waren zuletzt etwa 3.500 approbierte Psychotherapeut*innen registriert. Die Suche wird künftig neben der Arztsuche der Kassennärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, in der nur kassenzugelassene

Mitglieder gelistet sind, das umfangreichste Suchportal für qualifizierte Psychotherapie in Baden-Württemberg darstellen.

Bis Ende April hatten sich ca. 600 Mitglieder in den Suchdienst neu eingetragen. Wir bitten alle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Praxen tätigen LPK-Mitglieder, sich zeitnah in das Portal einzutragen, damit allen Menschen, die einen Therapieplatz suchen, gut geholfen werden kann.

Den Eintrag in das Suchportal können Sie dabei unter folgendem Link vornehmen: www.lpk-bw.de/node/add/psychotherapeut_in. Bitte halten Sie hierfür Ihre LPK-Mitgliedsnummer bereit (sie steht u. a. auf dem jährlichen Beitragsbescheid). Wir möchten vorab darauf hinweisen, dass wir die Suche an den Psychotherapierichtlinien orientiert haben, weshalb spezifische Methoden innerhalb und außerhalb der Richtlinienverfahren nicht mehr aufgeführt sind.

Separate Online-Suche für psychotherapeutische Ukraine-Hilfe durch Mitglieder der LPK Baden-Württemberg gestartet

Bislang über 40 Eintragungen

Nachdem wir am Freitag, 18. März 2022 unseren Mitgliedern ein Onlineportal bereitgestellt hatten, um sich für psychotherapeutische Hilfen für ukrainische Geflüchtete einzutragen, haben sich in nur knapp einer Woche bereits

25 Psychotherapeut*innen bereit erklärt, Unterstützung anzubieten.

Die Liste wird fortlaufend aktualisiert. Sie wird auf der Homepage veröffentlicht und auch an andere Stellen (z. B. Psychosoziale Zentren, Beratungsstellen, Kliniken) weitergegeben. Inzwi-

schon sind dort über 40 LPK-Mitglieder registriert.

Interessierte Kammermitglieder können sich weiterhin eintragen, das Formular finden Sie hier: www.lpk-bw.de/ukraine-hilfen

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--5
info@lpk-bw.de
www.lpk-bw.de

Die fünfte Delegiertenversammlung ist gewählt

Die Mitglieder der PTK Bayern haben die Delegierten der 5. Amtsperiode gewählt. Wahlberechtigt waren insgesamt 7.063 Psychologische Psychotherapeut*innen (PP) und 2.008 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP).

4.376 Kammermitglieder gaben ihre Stimmen ab, was einer Wahlbeteiligung von 48,24 % entspricht. Es wurden 4.146 gültige Stimmzettel abgegeben.

Der Stimmzettel der PP umfasste fünf Wahlvorschläge:

- Wahlvorschlag 1: Qualität. Vielfalt. Psychologie. (8,96 % der Stimmen)
- Wahlvorschlag 2: Wissen schafft Praxis (6,84 % der Stimmen)
- Wahlvorschlag 3: Psychotherapeuten-Bündnis (35,92 % der Stimmen)
- Wahlvorschlag 4: Kammervielfalt PP (20,76 % der Stimmen)

- Wahlvorschlag 5: Integrative Liste Psychotherapie (27,51 % der Stimmen)

Die wahlberechtigten PP konnten insgesamt 35 Stimmen vergeben.

Der Stimmzettel für die KJP umfasste zwei Wahlvorschläge.

- Wahlvorschlag 1: Bündnis KJP Bayern (72,94 % der Stimmen)
- Wahlvorschlag 2: Kammervielfalt KJP (27,06 % der Stimmen)

Die wahlberechtigten KJP konnten 10 Stimmen vergeben.

Die Wahlleitung Achim Pröbß resümiert: „Die Corona-Pandemie hat auch die Kammerwahl vor Herausforderungen gestellt und es waren dadurch besondere Anforderungen an die Organisation und die Durchführung der Auszählung nötig. Die Zusammenarbeit von Wahl-

ausschuss und Geschäftsstelle verlief dennoch erneut reibungslos. Aufgrund der ausgezeichneten Zusammenarbeit konnte das Wahlergebnis problemlos ermittelt werden.“

Der Vorstand dankt der Wahlleitung Achim Pröbß, der stellvertretenden Wahlleitung Johannes Oettl und den Mitgliedern des Wahlausschusses und ihren Stellvertretern Karl Burkhardt, Peter Drißl, Prof. Dr. Edgar Geisner und Wilhelm Strobl sowie den Mitarbeiter*innen der Geschäftsstelle für ihren Einsatz und ihr Engagement bei der Durchführung der Wahl und der Wahlauszählung.

Die gewählten Delegierten finden Sie unter www.ptk-bayern.de → Organisation → Delegiertenversammlung.



Neuer Vorstand der PTK Bayern – Konstituierende Delegiertenversammlung

Bei der konstituierenden Delegiertenversammlung zur 5. Wahlperiode am 31. März 2022, die aufgrund der Pandemie als Online-Veranstaltung stattfand, standen die Wahl des neuen Vorstands, der Versammlungsleitung sowie der Bundesdelegierten im Mittelpunkt. Dr. Nikolaus Melcop wurde als Präsident, Dr. Bruno Waldvogel als 1. Vizepräsident wiedergewählt. Als 2. Vizepräsidentin wurde Nicole Nagel gewählt. Prof. Dr. Monika Sommer, Prof. Dr. Heiner Vogel, Dr. Anke Pielsticker und Birgit Gorgas wurden erneut als Vorstandsmitglieder bestätigt. Klemens Funk wurde wieder Versammlungsleiter, Agnes Mehl erneut seine Stellvertreterin. Außerdem

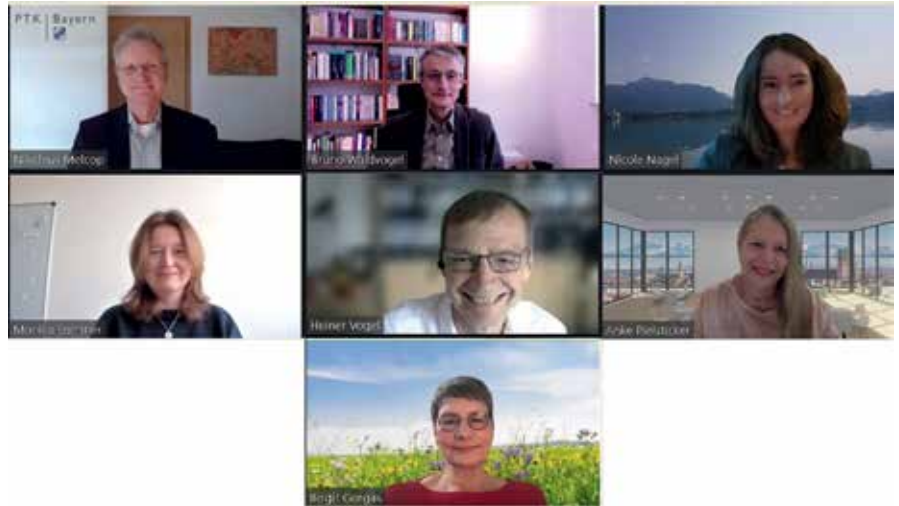
fand die Wahl des Finanzausschusses, des Ausschusses für Einsprüche sowie der Bundesdelegierten statt.

Im Rahmen des Berichts des bisherigen Vorstands ging Dr. Nikolaus Melcop auf die Arbeit seit der letzten Delegiertenversammlung und die zukünftigen Herausforderungen und Aufgaben ein. Er drückte große Betroffenheit angesichts des Leids durch den Krieg in der Ukraine aus. Melcop informierte darüber, dass die Kammer wo möglich die Vermittlung und Vernetzung von freiwillig helfenden Psychotherapeut*innen unterstützt und dankte den bayerischen Psychotherapeut*innen, die sich aktiv

an der Hilfe für Geflüchtete beteiligen. Zudem wies Melcop darauf hin, dass die Corona-Pandemie auch weiterhin für alle Psychotherapeut*innen eine große Belastung darstelle, insbesondere, da sie sich mit einer noch weiter gestiegenen Nachfrage für Psychotherapie konfrontiert sähen.

Im Anschluss informierte er über den aktuellen Stand der Einrichtung der Master-Studiengänge auf Grundlage der neuen Approbationsordnung. Er kritisierte scharf, dass Bayern bisher statt der erforderlichen 350 Masterstudienplätze nur für 75 an den bayerischen staatlichen Universitäten eine

Finanzierung zugesagt habe. Dies führe zu unzumutbaren Härten für die Studierenden und gefährde mittelfristig die psychotherapeutische Versorgung in Bayern. Weiterhin berichtete er über die aktuellen Entwicklungen zur neuen Musterweiterbildungsordnung und die diversen Aktivitäten der PTK Bayern zur Vorbereitung der Umsetzung der geplanten Weiterbildungsordnung. Er berichtete außerdem über das Treffen mit dem bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek zum Austausch über die Gesundheitsversorgung in Bayern. Melcop stellte die unterschiedlichen Aktivitäten der Kammer im Bereich Klima- und Umweltschutz dar, wie z. B. das Durchführen von Veranstaltungen, die Beteiligung an verschiedenen Gremien und die Entwicklung einer Nachhaltigkeitsstrategie für die PTK Bayern. Zum Abschluss gab Melcop einen Ausblick auf die Vielzahl der anstehenden



In der konstituierenden Delegiertenversammlung wurde der neue Vorstand gewählt: V. l. n. r., 1. Reihe: Präsident Dr. Nikolaus Melcop, 1. Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel, 2. Vizepräsidentin Nicole Nagel. 2. Reihe: Vorstandsmitglieder Prof. Dr. Monika Sommer, Prof. Dr. Heiner Vogel, Dr. Anke Pielsticker. 3. Reihe: Birgit Gorgas. (Foto: PTK Bayern)

Themen und Aufgaben der Kammer, sowie die großen Herausforderungen

aufgrund der politischen Agenda der kommenden Jahre.

Krieg in der Ukraine: Positionierung und Unterstützung aus der Psychotherapeutenchaft

Der Ausbruch des Krieges in der Ukraine hat Schock und Entsetzen ausgelöst. Auch die PTK Bayern ist davon stark ergriffen und möchte unterstützen.

Gemeinsame Positionierung mit BLÄK und KVB

In einer gemeinsamen Positionierung erklärten die Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der PTK Bayern dazu Anfang März: „Durch die Kriegshandlungen in der Ukraine sind das Leben und die Gesundheit vieler unschuldiger Menschen in höchster Gefahr, dieser Angriff muss sofort beendet werden. Bereits jetzt sind viele Tote zu beklagen und das Leid der Menschen wird jeden Tag größer. Unsere Solidarität gilt in diesen Stunden allen vom Krieg betroffenen Menschen in der Ukraine und in besonderer Verbundenheit allen medizinisch und therapeutisch Tätigen, die unter schrecklichen Bedingungen

und unter Gefahr für Leib und Leben ihre Arbeit leisten.“ Die Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen in Bayern wollen den Opfern der Kriegshandlungen rasch und unbürokratisch helfen. Wichtig ist deshalb, dass die Politik die notwendigen Rahmenbedingungen für die ambulante medizinische Versorgung der Menschen aus der Ukraine rasch regelt.

Psychotherapeutische Unterstützung in Bayern

Die PTK Bayern hatte gegenüber dem bayerischen Gesundheitsministerium signalisiert, dass die Organisation von psychotherapeutischen Hilfsangeboten mit unterstützt wird. Die PTK Bayern hatte daraufhin einen Aufruf unter ihren Mitgliedern gestartet, um psychotherapeutische Unterstützung auf Ukrainisch oder Russisch für geflohene Menschen anbieten zu können sowie ein Austauschnetzwerk für die Mitglieder herzustellen.

Fortbildungsveranstaltung am 7. Mai 2022

Die PTK Bayern führte die Onlineveranstaltung „Psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützung geflüchteter Menschen aus der Ukraine“ mit Unterstützung von Refugio München durch, an der 340 Kammermitglieder teilnahmen. Dabei berichtete eine aus der Ukraine stammende Kollegin über den psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützungsbedarf von Geflüchteten aus der Ukraine. Außerdem wurden Empfehlungen und Vorschläge für die Unterstützung geflüchteter Menschen aus der Ukraine vermittelt sowie das Stepped-care-Versorgungsmodell der WHO und eine modular aufgebaute Therapieform für die Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher vorgestellt. Abgerundet wurde das Programm mit einem Überblick über die formalen Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Behandlungen von Geflüchteten aus der Ukraine, einschließlich der Problematik der Sprachmittlung.

9. Bayerischer Landespsychotherapeutentag: Bindung und Beziehung

Am 19. März fand der 9. Bayerische Landespsychotherapeutentag zum Thema Bindung und Beziehung statt. Mindestens 440 Teilnehmer*innen schalteten sich virtuell zu der Veranstaltung zu und nutzten in der Pause und nach der Veranstaltung die Gelegenheit zur virtuellen Vernetzung.

Der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek wandte sich zu Beginn in einem Videogrußwort an alle Psychotherapeut*innen mit einem Dank für ihre Leistung, gerade in Pandemiezeiten. Beziehungen über Distanz zu führen sei seit Corona eine Herausforderung für alle geworden.

Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop gab einen Überblick über die wichtigsten Themen des Vorstands während der Amtsperiode 2017–2022. Neben den aktuell brisanten Herausforderungen in der Bewältigung der Corona-Pandemie und der Unterstützung von Kriegsgeflüchteten ging Nikolaus Melcop u. a. auf die vielen fordernden Facetten der Digitalisierung, die Umsetzung der Reform der Aus- und Weiterbildung, die Reformen der ambulanten Psychotherapie und die hohe Nachfrage nach

Psychotherapie im stationären und ambulanten Bereich ein.

Anschließend eröffnete Prof. Dr. Anna Buchheim das Fachprogramm mit einem Einführungsvortrag zum Thema „Bindung: Was wir heute aus der Bindungsforschung und der Psychotherapieforschung wissen“. Sie erläuterte das Konzept der unsicheren Bindung, das einen relevanten Erklärungsfaktor in den Ätiologiemodellen psychischer Erkrankungen darstellt.

Dr. Kirsten von Sydow ging in ihrem Vortrag über „Bindung, Berührung und Sexualität“ auf die Bedeutung von Körperkontakt und Lust in intimen Beziehungen ein. Sie erläuterte, wie im weiteren Verlauf der Beziehung Bindung, Berührung und Sexualität in ein Spannungsverhältnis treten können und welche paartherapeutischen Ansätze die Problematik nachlassender sexueller Lust in Paar-Beziehungen thematisieren.

Prof. Dr. Bernhard Strauß gab einen Überblick über „Transdiagnostische und verfahrensübergreifende Modelle der therapeutischen Beziehung“. Er zeigte

auf, welche Beziehungsaspekte sich als wirksam erwiesen haben, und wie diese mit Merkmalen der Patient*innen und der Therapeut*innen interagieren. Schließlich wurde diskutiert, inwieweit „die therapeutische Beziehung“ eine verfahrens- und störungsübergreifende sein und was dies für die Kompetenzentwicklung von Psychotherapeut*innen bedeuten kann.

In ihrem Vortrag „Bindungs- und Beziehungsgestaltung bei psychisch erkrankten und hochbelasteten Eltern“ ging Dipl.-Psych. Jessika Kuehn-Velten der Frage nach: Was heißt das für die Kinder? In der Bindungsentwicklung geht es um eine gute Balance von Sicherheit und Weltentdecken – und um Eltern, die hierfür gute Modelle und Leitfiguren sind, wenn sie selbst über gute Bindungsrepräsentanzen und Feinfühligkeit verfügen.

Prof. Dr. Katja Bertsch gab einen kurzen Überblick über den Stand der Forschung zu der ihr gestellten Frage: „Was erklärt Oxytocin?“ Sie stellte dar, dass das Hormon Einfluss auf Bindung und Beziehungsgestaltung hat, aber in seiner Wirkung kontextabhängig ist.

Prof. Dr. Karl Heinz Brisch befasste sich in seinem Vortrag mit der Frage: „Was hat die Pandemie mit unseren Bindungen und Beziehungen gemacht?“ Er erläuterte, dass Menschen in Krisensituationen normalerweise (Gruppen-) Bindungen aufsuchen. Aufgrund der Corona-Pandemie war dies nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich, denn es gab einen „Hausarrest für alle“.

Den ausführlichen Bericht zur Veranstaltung finden Sie unter dem Link www.ptk-bayern.de → Nachricht vom 23.03.2022.



Referierten beim 9. LPT zum Thema „Bindung und Beziehung“: v. l. n. r., 1. Reihe: Prof. Dr. Anna Buchheim, Dr. Kirsten von Sydow, Prof. Dr. Bernhard Strauß, 2. Reihe: Dipl.-Psych. Jessika Kuehn-Velten, Prof. Dr. Katja Bertsch, Prof. Dr. Karl Heinz Brisch (Foto: PTK Bayern)

21. Suchtforum in Bayern: Neuroenhancement – Riskantes Hirndoping oder legitime Leistungsstütze?

Das 21. Suchtforum in Bayern fand am 27. April 2022 als Web-Seminar statt und widmete sich dem Thema „Neuroenhancement – Riskantes Hirndoping oder legitime Leistungsstütze?“ und warf einen Blick auf die verschiedenen Facetten des Neuroenhancements. Das Suchtforum ist eine interdisziplinäre Veranstaltung der PTK Bayern, der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen sowie der Bayerischen Landesapothekerkammer.

Neuroenhancement ist der Versuch, kognitive Fähigkeiten oder die psychische Befindlichkeit gesunder Menschen durch die Einnahme psychoaktiver Substanzen gezielt zu stimulieren und zu steigern. Es ist ein Phänomen, welches in einer von Leistungsdruck und Leistungsbereitschaft geprägten Ge-

sellschaft für breite Bevölkerungsteile von großer Aktualität ist. Die Experten warnen vor einer unbedachten Einnahme von Neuroenhancern. Vielmehr soll genau hinterfragt werden, aus welchen Beweggründen zu den leistungssteigernden Mitteln gegriffen wird, sowie über deren Risiken aufgeklärt und auf mögliche Alternativen hingewiesen werden.

Vorstandsmitglied Dr. Heiner Vogel nahm für die PTK Bayern am Suchtforum teil und wies auf die vielfältigen Probleme und Fragen aus psychotherapeutischer Sicht hin, die im Zusammenhang mit Neuroenhancement und der zunehmenden Verwendung entsprechender Medikamente aufkommen können: „Beim Einsatz der einzelnen Präparate treten konkrete Risiken auf, wie beispielsweise Schlaflosigkeit,

sozialer Rückzug und depressive Verstimmungen, aber auch das Abhängigkeitspotential bestimmter Substanzen. Hinzukommen auch allgemeinere Fragen, beispielsweise wie wir mit persönlichen Grenzen, Perfektionismus und Selbstoptimierung umgehen wollen und welche Auswirkungen dies auf unsere Lebensqualität bzw. -zufriedenheit haben wird. Letztendlich stellt sich darauf aufbauend auch die Frage, wie wir unser zukünftiges gesellschaftliches Leben gestalten wollen. Der Konsum von Neuroenhancern kann auch den gesellschaftlichen Konkurrenzkampf stützen und die soziale Ungerechtigkeit verstärken, weil fehlende finanzielle Mittel oder Sorge um die eigene Gesundheit die Wettbewerbschancen von Menschen mindert, die kein Neuroenhancement nutzen.“

Selbsthilfe informiert Psychotherapie

Seit mehreren Jahren steht die PTK Bayern nun in Kontakt mit der Selbsthilfekoordination Bayern e.V. (SeKo Bayern) und unterstützt ihre Veranstaltungen, um die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten*innen, Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen zu stärken.

Veranstaltung „Selbsthilfe informiert Psychotherapie“

So hat sich mittlerweile die Fortbildungsreihe „Selbsthilfe informiert Psychotherapie“ etabliert. Mitte März fand eine Informationsveranstaltung zu Selbsthilfeangeboten bei unterschiedlichen Formen der Angst statt. Dabei wurden Psychotherapeut*innen über die Arbeit von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen informiert und es wurden Anregungen gegeben, wie Selbsthilfe für ganz unterschiedliche Patient*innen nutzbar gemacht werden kann und wie Psychotherapie und Selbsthilfe zusammenarbeiten können.

Informationsflyer „Was Sie schon immer über Selbsthilfe wissen wollten...“

Zum Thema „Selbsthilfe informiert Psychotherapie“ hat die Seko Bayern mit Unterstützung der PTK Bayern einen Informationsflyer speziell für Psychotherapeut*innen erstellt. Der Flyer informiert über die Selbsthilfearbeit in Bayern und wie sich Selbsthilfe und Psychotherapie gegenseitig unterstützen können. Das Besondere an dem digitalen Flyer: Es ist eine interaktive Landkarte der bayerischen Selbsthilfekontaktstellen abgebildet. Bei Klick auf die jeweilige Stadt öffnet sich die Homepage der dort ansässigen Selbsthilfekontaktstelle.

Den Flyer können Sie hier aufrufen:

www.ptk-bayern.de →

Presse & Fachinfos →

Selbsthilfe informiert Psychotherapie.



Kurznachrichten

Kurz und knapp – Aktivitäten der Kammer

Hier finden Sie einige der Veranstaltungen und Aktivitäten, an denen Kammervertreter*innen teilgenommen haben:

+++ Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) lud Ende März zu einem Treffen, bei dem die **Krisendienste und die Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Hilfen für Minderjährige** thematisiert wurden. +++

+++ Vizepräsidentin Nicole Nagel nahm Anfang April an der Expert*innenrunde des StMGP zur **psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Zuge der Corona-Pandemie** teil.

Es wurde über aktuelle Entwicklungen während der Pandemie aus der Perspektive der medizinischen bzw. psychosozialen Leistungserbringer, der Kinder- und Jugendhilfe, der organisierten psychiatrischen Selbsthilfe und aus dem schulischen Kontext diskutiert. +++

+++ Kammerpräsident Nikolaus Melcop nahm Anfang April an dem **Treffen der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsschutz im Klimawandel (LAGiK)** teil, bei dem u. a. erste Ergebnisse der Befragung zur Bedarfsanalyse in Kommunen vorgestellt wurden. +++

+++ Der Vorstand tauschte sich im Mai mit den **Sprecherinnen der Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA)** aus. U. a. ging es um Ideen

der Nachwuchsförderung der PTK Bayern. +++

Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern

Geschäftsstelle

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

Resolution der Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Berlin zum Ukraine-Krieg – verabschiedet auf der 80. Delegiertenversammlung am 15. März 2022

Am 24. Februar 2022 hat Russlands Präsident Wladimir Putin einen völkerrechtswidrigen Angriffskrieg gegen die Ukraine begonnen. Als Psychotherapeut*innen gehört es zu unserer alltäglichen Arbeit mit den Patient*innen, u. a. zwischenmenschliche und innerpsychische Konflikte so genau wie möglich zu benennen und zu unterstützen, dass sie so konstruktiv wie möglich bearbeitet werden können. Wir wissen aus unserer Arbeit, welche destruktive Potential in nicht bearbeiteten Konflikten steckt und welche verheerende Folgen eine entgleisende Kommunikation, Projektion des „Bösen“ und Desinformation haben können. Wir beobachten voller Entsetzen aktuell ähnliche destruktive Prozesse in Europa; 77 Jahre nach Ende des 2. Weltkriegs mit Millionen von Toten als Opfern von Verfolgung

und Kriegshandlungen wird in Europa wieder ein Angriffskrieg geführt. Seine behauptete Notwendigkeit wird begründet mit einer Selbststilisierung des Aggressors als Opfer und einer restaurativ ersehnten und phantasierten Wiederherstellung einstiger Größe und neuer Unangreifbarkeit. Tatsächlich zum Opfer der explodierenden Destruktivität werden jedoch Menschen und ihre vertraute Welt, ihre Hoffnungen und Lebensplanungen. Wir erleben täglich, dass Patient*innen verstört, schockiert, mit tiefen Ohnmachtsgefühlen auf diese Gewalt reagieren. Einige unserer Patient*innen sind selbst durch eigene Kriegserlebnisse traumatisiert, bei einigen stellen wir fest, dass bei ihnen über die Generationen weitergegebene Traumata ihrer Eltern und Großeltern aufbrechen. Als Psychotherapeut*innen sehen wir es auch als unsere Aufgabe

an, jetzt denen, die als Flüchtende zu uns kommen und die Hilfe in der Krise benötigen, zu helfen. Aber auch die, die als Helfer*innen manchmal an den Rand ihrer psychischen und physischen Kräfte kommen, brauchen unsere Unterstützung. Als Bürger*innen dieses Landes gehört es darüber hinaus zu unseren Aufgaben, dass wir uns so gut wie es jeweils vermögen, deutlich hörbar gegen gefährliche Allmächts – und Unverwundbarkeitsphantasien und gegen Realitätsverleugnung, gegen Terror, Krieg und Vernichtung und auch gegen Hass, Verrohung und Gewalt in unserer Umgebung wenden und so unsere Freiheit in einem demokratischen Gemeinwesen nutzen und verteidigen, die anderen nicht zur Verfügung steht.

Psychotherapeutenkammer Berlin

Aktivitäten der Berliner Kammer zur Stärkung der Versorgung von Geflüchteten

ROUNDTABLE Gespräche „psychosoziale Versorgung von Geflüchteten aus der Ukraine und Ersthelfer*innen in Berlin“

Täglich erreichen uns die schrecklichen Nachrichten und Bilder vom Krieg in der Ukraine. Immer mehr Menschen müssen ihre Heimat verlassen und sind auf der Flucht. Die Zahlen der zu uns geflüchteten Menschen steigen kontinuierlich an. Und damit steigt auch die Nachfrage nach psychosozialer Versorgung. Viele der Menschen, die aus der Ukraine nach Berlin kommen, sind psychisch stark belastet, aber auch die Ersthelfer*innen kommen an ihre phy-

sischen und psychischen Belastungsgrenzen bzw. überschreiten diese.

Viele Akteur*innen aus der psychosozialen, medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung Berlins fragen nach Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten, die sie jetzt leisten können oder bieten solche bereits an.

Um eine Vernetzung dieser Akteur*innen zu erreichen und Synergieeffekte zu schaffen und zu fördern, veranstaltete die Psychotherapeutenkammer am 04.04.2022 und am 29.06.2022 Round Table Gespräche online (Ansprechpartnerin: Dr. Lea Gutz). Teilgenommen ha-

ben Kliniken, die offene psychiatrische/psychologische Sprechstunde für Kriegsgeflüchtete anbieten, Organisator*innen der psychologischen Ersthilfe am Hauptbahnhof, Vertreter*innen der Berliner Hochschulen mit Institutsambulanzen, Berliner Beratungsstellen sowie Herr Dr. Ruppert aus dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.

Arbeitskreis Ukrainisch und Russisch sprechender Psychotherapeut*innen

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin hat einen Arbeitskreis für ukrainisch-/russischsprachige Psy-

chotherapeut*innen ins Leben gerufen (Leitung Dr. Christina Jochim). Bei einem Treffen wurde eine Vernetzung hergestellt und eine Liste mit Psychotherapeut*innen angefertigt, die Behandlung in ukrainischer oder russischer Sprache anbieten können und aktuell potentiell Kapazitäten für psychotherapeutische Unterstützung haben

(Stand 20.04.22). Diese Liste haben wir auf unserer Homepage zum Download für Sie hinterlegt.

Angebot von Informationen und Materialien auf unserer Webseite

Auf der Webseite der Psychotherapeutenkammer Berlin wird eine Übersicht

mit hilfreichen Informationen, Materialien und Links für Psychotherapeut*innen, geflüchtete Erwachsene & Kinder, sowie für die Ersthelfer*innen zur Verfügung gestellt.

www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/ukraine

Wie kann ich als systemische*r Psychotherapeut*in einen Kassensitz in Berlin bekommen? Interview mit Andre Tyszkiewicz

Meine Approbation als systemische*r Psychologische*r Psychotherapeut*in für Erwachsene steht Anfang 2024 an und damit bin ich eine*r von vielen neuen Absolvent*innen in Berlin. Nun frage ich mich, wie ich einen der begehrten Kassensitze in Berlin bekomme. Ich suche nur einen halben Sitz, damit ich weiterhin in meinen anderen Stellen tätig sein kann. Aktuell werden alte Sitze für horrenden Preise verkauft. Es gibt bereits eine Petition zum Verhindern dieses Marktes und für eine fairere Kassensitzvergabe (www.change.org/p/chancengleichheit-für-junge-psychotherapeutinnen-für-eine-fairere-kassensitzvergabe-jensspahn-kbv4u-kvno-aktuell).

Auf der Suche nach Antworten und den richtigen Fragen, habe ich ein Interview mit Andre Tyszkiewicz durchgeführt, der im Zulassungsausschuss der Kassensitzärztlichen Vereinigung Berlin (KV) Vertreter ist.

Welche Rolle haben Sie im Zulassungsausschuss?

Der Zulassungsausschuss (ZA) ist ein Gremium der Selbstverwaltung, das die ambulante ärztliche/ psychotherapeutische Versorgung organisiert. Als gewählter Vertreter sitze ich auf Seiten der Leistungserbringer*innen. Neben mir sind noch ein*e Psychotherapeut*in für KJP und zwei Ärzt*innen im Ausschuss. Weitere Ausschussmitglieder sind vier Vertreter*innen der Krankenkassen, sowie bis zu vier Patient*innenvertreter*innen und eine Vertretung aus dem Berliner Senat. Aufgaben der Vertreter*innen im ZA sind

alle Verfahren rund um die vertragsärztlich/ vertragspsychotherapeutische Zulassung ordnungsgemäß durchzuführen und nachvollziehbare Ermessensentscheidungen zu treffen.

Der Zulassungsausschuss wird dabei nur auf Antrag tätig. Das bedeutet, dass sich beispielsweise approbierte Psychotherapeut*innen auf einen ausgeschriebenen Kassensitz bewerben bzw. die Übernahme des damit verbundenen Versorgungsauftrages beantragen. Dieser Antrag muss im Auswahlverfahren berücksichtigt werden. Der Ausschuss tagt durchschnittlich dreimal im Monat für vier bis acht Stunden. Die Mitglieder im Ausschuss führen die Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Welche Empfehlung würden Sie mir geben, damit ich als systemische*r Psychologische*r Psychotherapeut*in für Erwachsene ab 2024 einen halben Kassensitz in Berlin habe?

Am besten ist es, man versucht über das Job-Sharing zu Beginn der Karriere in das vertragspsychotherapeutische System zu kommen. So kann man nicht nur von erfahrenen Partner*innen lernen, sondern hat auch bessere Chancen, einen Kassensitz zu erhalten. Eine andere Möglichkeit besteht in der direkten Antragstellung in Nachfolge eines ausgeschriebenen Praxissitzes. Zu den Kriterien für die Auswahl der geeignetsten Bewerber*in zählen die Jahre seit der Approbation und die Wartelistenplatzierung. Ist man mit dem*r Abgeber*in verwandt (Ehepartner*in oder Kind) oder bereits mindestens drei Jahre zusammen tätig, gilt man

als privilegierte*r Kandidat*in. Andere Kriterien wie zum Beispiel das Richtlinienverfahren können bei der Bewerbung auch eine Rolle spielen. Wichtig sind in jedem Bewerbungsfall, dass man ein einwandfreies Führungszeugnis hat und frei von Drogen- bzw. Trunksucht ist.

Wenn keine Praxisadresse von der abgebenden Person vorgegeben ist, muss man bei der Bewerbung eine Adresse angeben, an der man zugelassen werden möchte. Sinnvoll kann es sein, sich ein Ärzt*innenhaus zu suchen, bei dem man nachfragt, ob es grundsätzlich die Möglichkeit der Anmietung von Praxisräumen gibt. Da die Nachbesetzungsverfahren zurzeit mit mindestens sechs Monaten recht lange dauern, kann es schwierig sein, Räume so lange vorzuhalten. Sollte es notwendig sein, kann ein Wechsel der Praxisadresse auch kurzfristig beantragt werden.

Wird es neue Sitze geben oder treten wir in Konkurrenz zu den anderen Therapieschulen?

Der Bedarfsplan (www.kvberlin.de/fi/leadadmin/user_upload/bedarfsplanung_zulassung/bz_bedarfsplan_an11.pdf) sieht vor, dass ein*e Psychotherapeut*in für ca. 3.000 Einwohner*innen zuständig ist. Das bedeutet für Berlin etwa 1.200 Kassensitze. Aktuell gibt es ca. 2.100 volle Kassensitze, also eine Bedarfsabdeckung von ca. 175 %. Es werden also unter den aktuellen Gegebenheiten keine neuen Sitze geschaffen. Pro Quartal werden aktuell etwa 20 Kassensitze abgegeben, auf deren Nachfolge man sich bewerben kann.

Auf <https://ausschreibung.kvberlin.de> sind die aktuellen Angebote gelistet.

Wäre es überhaupt möglich, wenn eine VT/TP-Praxis übernommen werden kann, diese systemisch zu führen?

Aus Sicht des Zulassungsausschusses und der Versorgungskontinuität macht es durchaus Sinn, dass Nachfolger*innen im selben Richtlinienverfahren tätig werden können, gerade wenn Patient*innen übernommen und Behandlungen fortgesetzt werden sollen. Bislang werden die Bewerbungen entsprechend berücksichtigt. Es gibt daneben auch gute Gründe von dieser Vorgehensweise abzuweichen. So mussten im letzten Jahr einige Nachbesetzungsverfahren wiederholt werden, weil am Ende kein*e Bewerber*in mehr übrigblieb. Insbesondere bei den tiefenpsychologisch fundierten Verfahren waren deutlich weniger Bewerbungen zu verzeichnen, sodass man als Systemische*r Psychotherapeut*in gute Chancen hat, wenn man sich auf diese ausgeschriebenen Kassensitze bewirbt. Aufgrund der deutlich größeren Absolvent*innenzahlen im Richtlinienverfahren VT kommen meist so viele Bewerber*innen für VT-Sitze, dass diese Nachbesetzungsverfahren stets abgeschlossen werden konnten.

Mit meiner anderen Arbeit in Lehre und Forschung kann ich mir noch besser einen viertel Kassensitz vorstellen, weil mir maximal 15 Patient*innen pro Woche völlig genügen. Gibt es diese Möglichkeit auch?

Es gibt halbe, dreiviertel und volle Versorgungsaufträge (Kassensitze). Im Umfang eines viertel Versorgungsauftrages kann man gut im Job-Sharing arbeiten.

Laut meinem Institutsleiter Andrés Wienands der GST – Berlin GmbH, steigt die Anzahl der approbierten systemischen Psychotherapeut*innen gerade

exponentiell. Während von 2015–2021 etwa 30 für Erwachsene approbiert wurden, sind es ab August 2022 voraussichtlich 40. Bisher hat, soweit ich weiß, noch kein*e dieser neu approbierten systemischen Psychotherapeut*innen in Berlin einen Kassensitz. Was müsste sich ändern, damit wir alle neu approbierten systemischen Psychologischen Psychotherapeut*innen einen (Teil-) Kassensitz bekommen, wenn wir das wollten?

Nach meinem Kenntnisstand gibt es in Berlin bereits vier Kolleg*innen, die die Abrechnungsgenehmigung für Systemische Therapie haben. Zudem wurde mindestens eine Kollegin in den letzten Wochen wie oben beschrieben als in der Systemischen Therapie Approbierte zugelassen. Somit steht neben dem Weg über das Job-Sharing auch die Tür zur direkten Bewerbung offen. Vor dem Hintergrund des laufenden Generationenwechsels mit vielen Ausschreibungen, sehe ich gerade für die von Ihnen genannte Gruppe gute Chancen hinsichtlich künftiger Betätigungsmöglichkeiten im vertragspsychotherapeutischen Bereich.

Sicherlich wären allgemein mehr Therapeut*innensitze für eine bessere Versorgung der Patient*innen wünschenswert und sollten dementsprechend von berufenen Stellen gefordert werden. Die Zulassungsgremien fungieren als Verwaltungsbehörde und sind als Ausführungsorgan nicht an der politischen Diskussion beteiligt. Ob die aktuelle Bedarfsfestlegung sinnvoll ist, wäre daher an anderer Stelle zu diskutieren.

Wie sieht das aus für diejenigen, die im KiJu-Bereich approbieren werden?

Diese können sich neben den KiJu-Sitzen grundsätzlich auch auf freierwerbende Erwachsenen-Sitze bewerben, sobald die Systemische Psychotherapie

für Kinder und Jugendliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anerkannt wurde. Laut der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. sei mit einer tatsächlichen Abrechnungsmöglichkeit von Systemischer Therapie in der ambulanten Versorgung bei Kindern und Jugendliche kaum vor dem Jahr 2025 zu rechnen.

Herzlichen Dank für das Gespräch.

Mir ist klar geworden, dass das Assistenzmodell mit Eingliederung in einen laufenden Kassensitz als Job-Sharing die beste Variante für mich ist und am wenigsten Reibungsverluste beinhaltet. Ich möchte nicht Berlin verlassen, um einen Kassensitz zu bekommen, wie es vier andere systemische Psychotherapeut*innen in Deutschland bereits erreicht haben.

Als junge Psychotherapeutin mit wenig Erfahrung ist es wenig sinnvoll, in Konkurrenz mit den erfahrenen Psychotherapeut*innen zu stehen, die alle auf der Warteliste sind.

Man kann pro Woche sechzig Patient*innen mit einem Kassensitz sehen, das ist mir viel zu viel. In einem viertel Kassensitz kann ich auch die von mir gewünschten Gruppenangebote nach Zusatzausbildung machen. In die gesetzliche Versorgung zu gehen ist mir wichtig, um diverse Patient*innen unterstützen zu können.

Das Interview führte Dr. Kris Eichel, Mitglied der Redaktion.

Geschäftsstelle

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

Info-Veranstaltung „Welche Funktion hat die Kammer?“

Am 16. März 2022 fand eine Online-Informationsveranstaltung für alle interessierten Kammermitglieder statt. Ziel der Veranstaltung war es, unseren Mitgliedern die Arbeit der Kammer näher zu bringen und zu veranschaulichen, was alles Aufgaben und Funktionen der Kammer sind. Im Mittelpunkt stand dabei, welchen Nutzen die Kammer für jedes einzelne Mitglied hat und wie man sich als Mitglied einbringen und die Kammerpolitik aktiv mitgestalten kann.

Hintergrund für die Veranstaltung war zum einen, dass wir häufiger mit der Frage konfrontiert werden, was die Kammer eigentlich macht und wozu sie da ist. Zum anderen stehen 2023 die turnusgemäßen Wahlen des Vorstands und der Gremien an und wir hoffen, weitere Mitglieder für die Vorstands- und Gremienarbeit gewinnen zu können.

Zentrale Aufgaben der Kammer

Im Bremischen Heilberufsgesetz wird als zentrale Aufgabe der Kammer die Vertretung der Belange ihrer Mitglieder

im Einklang mit den Interessen der Allgemeinheit benannt. Das beinhaltet

- 1) Aufsicht über die Berufspflichten der Kammerangehörigen
- 2) Förderung der beruflichen Fortbildung und die Gestaltung der Weiterbildung
- 3) Qualitätssicherung der Berufsausübung ihrer Mitglieder
- 4) Vermittlung bei Streitigkeiten zwischen Patient*innen und Behandler*innen sowie von Kammermitgliedern untereinander
- 5) Unterstützung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheitsämter)
- 6) Abgabe von Stellungnahmen zu Gesetz- und Verordnungsentwürfen
- 7) Erstattung von Gutachten zu Angelegenheiten des psychotherapeutischen Berufes und Fachgebietes.

Zu jeder der sieben Aufgaben schilderten die Vorstandsmitglieder anschauli-

che Beispiele aus ihrer bisherigen Vorstandstätigkeit, um die verschiedenen Aufgaben für die Kammermitglieder greifbar zu machen. Dabei wurde auch geschildert, dass jedes Vorstandsmitglied eigene Schwerpunkte bei der Wahrnehmung der Aufgaben setzen kann. Zudem wurde erläutert, welche Aufgaben nicht zur Kammerarbeit, sondern in den Aufgabenbereich der KV, des Landesprüfungsamts, der Berufs- und Fachverbände gehören.

Lebhafter Austausch

Es entwickelte sich eine lebhafte Gesprächsatmosphäre, bei der die Kammermitglieder mit dem Vorstand in Austausch traten. Die positiven Rückmeldungen zur Veranstaltung bestärkten den Vorstand darin, weitere Möglichkeiten zum Austausch mit den Mitgliedern zu schaffen, um darüber auch das Interesse an einem eigenen Engagement der Mitglieder in den verschiedenen Gremien der Kammer zu fördern.

Hilfsangebote in Bremen und Bremerhaven für ukrainische Geflüchtete

Kostenlose Behandlung in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen hat ein Portal entwickelt, auf dem Psychotherapeut*innen, Hausarzt*innen und Facharzt*innen kostenfreie Angebote für ukrainische Geflüchtete anbieten können. 80 Praxen aus Bremen und Bremerhaven, davon 15 psychotherapeutische Praxen, beteiligen sich. Wir haben uns als Psychotherapeutenkammer entschieden, die Initiative zu unterstützen. Auch Kolleg*innen in

Privatpraxen wurden dazu eingeladen, die Plattform mitzunutzen. Wir freuen uns, dass sich z. B. auch eine ukrainisch sprechende Kollegin beteiligt. Die Liste der Praxen ist online einsehbar: www.kvhb.de/praxen/hilfsangebote-ukraine

Von Ukrainer*innen zu Ukrainer*innen: Psychosoziales Beratungs- und Behandlungsangebot

Diese Initiative, die von der Bremer Psychotherapeutin Ingrid Koop zusammen

mit Jan Bleckwedel und Katharina Witte ins Leben gerufen wurde, unterstützt neu angekommene ukrainische Fachkräfte aus den Bereichen Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie darin, geflüchteten Landsleuten kostenlos Beratung und Behandlung anzubieten. Die Initiative stellt kostenlos Räume zur Verfügung und bietet den Kolleg*innen organisatorische Unterstützung sowie die Möglichkeit zum fachlichen Austausch. Honorare der ukrainischen Kolleg*innen werden durch Spendengelder finanziert. Nähere Informationen erhalten Sie unter folgendem

Link: www.betterplace.me/ukraine-hash-tag-psychologische-erste-hilfe

Sprachmittlungspool

Das Modellprojekt Sprachmittlungspool von Refugio in Bremen ermöglichte be-

reits vor dem Krieg gegen die Ukraine die Vermittlung und Finanzierung qualifizierter und supervidierter Sprachmittlung für die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Geflüchteten in Bremen. Auch für ukrainische Geflüchtete können diese

Strukturen nun genutzt werden. Das Modellprojekt wird gefördert von der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in Bremen. www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/

Besuch in der senatorischen Behörde für Gesundheit

Am 12. April 2022 trafen sich Amelie Thobaben und Eva John mit der Referentin für Psychiatrie, Frau Katrin Lange, sowie mit der Referentin für Suchterkrankungen, Frau Eva Carneiro Alves bei der senatorischen Behörde für Gesundheit.

Neben einem generellen Informationsaustausch über verschiedene Strukturen und Institutionen in der Psychiatrielandschaft ging es um einen gemeinsamen Austausch zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach dem § 64b Modell SGB V. Dazu wurden bestehende Hindernisse besprochen, die derzeit noch an der Gesetzeslage liegen.

Wir tauschten uns über Ideen aus, um den aktuellen Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder auch komplexem Hilfebedarf in Zusammenarbeit mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) zu verbessern. Deutlich wird da-



V. l. n. r.: Eva John, Amelie Thobaben, Eva Carneiro Alves, Katrin Lange.

bei, dass die derzeitigen Strukturen mit Praxen, deren Patient*innen aus dem ganzen Stadtgebiet und weit darüber hinaus kommen, nicht für Kooperationen mit den GPV geeignet sind.

Das Treffen wurde von den Beteiligten als sehr hilfreich wahrgenommen und wird fortgesetzt werden.

Interdisziplinäre Vernetzung zur Versorgung von Post- und Long-COVID in Bremen

Nach über zwei Jahren andauernder Pandemie stellen sich in Praxen, Ambulanzen und Kliniken Patient*innen vor, bei denen mit oder in Folge einer durchlebten COVID-Infektion körperliche und psychische Symptome persistieren. Diese Symptome werden als Long-COVID bezeichnet, können sehr unterschiedlich sein und stellen insofern eine diagnostische Herausforderung dar. Ihr Auftreten ist anhaltend oder wiederkehrend, mit wechselhafter Intensität. In Bezug auf das zeitliche Andauern der Beschwerden wird unterschieden in Long-COVID (Beschwerden über mehr

als vier Wochen) und Post-COVID (Beschwerden bestehen noch nach drei Monaten).

Auch wenn es bisher unterschiedliche Annahmen in Bezug auf die zu erwartenden Fallzahlen gibt, ist jetzt schon eine wesentliche Anzahl von Hilfesuchenden festzustellen.

Bundesweit haben sich verschiedene Netzwerke formiert und Spezialambulanzen gebildet, häufig unter Einschluss universitärer Einrichtungen. Auch Träger der Rehabilitation und Berufsge-

nossenschaften stellen sich auf diese Patient*innengruppe ein. Selbsthilfegruppen etablieren sich.

In Bremen gibt es nun erste Bemühungen, ein strukturiertes Versorgungsangebot zu schaffen. Auf Initiative des Hartmannbundes fand im Februar eine Veranstaltung mit Vertreter*innen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, aus der ambulanten Versorgung, der Rentenversicherung, der Berufsgenossenschaften, der Krankenkassen, der Selbsthilfe, des Behinderten Sportverbands u. v. m. statt. Für die PKHB nah-

men Amelie Thobaben und Dr. Christoph Sülz teil.

Prof. Tobias Welte (MHH) referierte im Rahmen der Veranstaltung über das Krankheitsbild und skizzierte die Bedeutung einer ausführlichen Anamnese und gleichzeitig die Herausforderung, die tatsächlichen Long-/Post-COVID-Fälle von Hilfesuchenden zu differenzieren, die bei unspezifischer Symptomatik die Annahme hätten, selbst an Long-/Post-COVID zu leiden. Hinweise auf solche Konstellationen, die in der Beschreibung teilweise an Krankheitsängstlichkeit erinnern, fänden sich in einer Untersuchung aus Frankreich (Matta, Wiernik & Robineau, 2022).

Aus Sicht von Prof. Welte ließen sich drei Patient*innengruppen unterscheiden. Die erste Gruppe leide neben den Folgen eines schweren Infektionsverlaufs z.T. auch an den Auswirkungen der langwierigen (intensiv-)medizinischen Behandlung. Symptomatisch imponierten Muskelschwund, eingeschränkte Lungenfunktion, mnestiche Störungen, fehlende Belastbarkeit und ein stark reduzierter Allgemeinzustand. Für die Betroffenen sei eine im Vergleich zur herkömmlichen Rehabilitation deutlich intensivere Therapie indiziert. Es gäbe einen erhöhten Bedarf an stationären Therapieplätzen, aber auch an zusätzlichen Angeboten für die ambulante Nachsorge.

Die von Welte beschriebene zweite Gruppe sei zahlenmäßig die größte. Primär würde eine unspezifische Symptomatik nach mildem Infektionsverlauf geschildert, bei der Mattigkeit und Konzentrationsstörungen und eine subjektiv erlebte eingeschränkte Leistungsfähigkeit als gemeinsames Symptommuster zentral seien.

Bei der dritten Gruppe spielt die Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) eine große Rolle, für das es bereits wenige, aber etablierte Spezialambulanzen gäbe.

Dr. Bernhard Rochell, Vorstand der KVHB, bezog sich auf Abrechnungsdaten, die das ZI ausgewertet hat. Über 97 Prozent der Post-COVID-Patient*innen sei-

en bereits 2020 in vertragsärztlicher Behandlung gewesen. Er stellte heraus, dass im Vergleich zu ambulanten Patient*innen ohne Post-COVID-Diagnose signifikant häufiger spezifische somatische und psychische Diagnosen wie z. B. Adipositas, Rückenschmerzen, Anpassungsstörungen vorlagen.

Aus dieser Veranstaltung entstand ein Runder Tisch unter Federführung der KVHB. In den bisherigen Überlegungen wurden drei zentrale Punkte für die Versorgung in Bremen als notwendig erachtet:

- 1) Informationen für Betroffene zur Verfügung stellen: Erreicht werden könnte dies durch eine Informationsplattform im Internet. Dort sollten Basisinformationen in Bezug auf die Erkrankung, Diagnostik und Behandlung aufgeführt sein.
- 2) Verbesserung der Vernetzung: Die Mehrzahl der Patient*innen laufe in hausärztlichen und pneumologischen Praxen auf. Die Erarbeitung von Behandlungspfaden und eine sinnvolle Aufgabenteilung könnte zur Steuerung der Patient*innen beitragen.
- 3) Fortbildungen für alle an der Versorgung Beteiligten: Hierbei wurde festgehalten, dass es bereits viele allgemeine und fachspezifische Angebote gäbe und es primär darum gehe, auf diese hinzuweisen. Bei zusätzlichen Bedarfen könnten die Landeskammern, Berufs- oder Fachverbände entsprechend mit weiteren Angeboten reagieren.

Zusätzlich wäre die Beteiligung an wissenschaftlicher Forschung sinnvoll.

Interview mit Amelie Thobaben und Dr. Christoph Sülz

Für die Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sind Amelie Thobaben und Christoph Sülz am Runden Tisch beteiligt. Wie sehen Sie die Möglichkeiten für unsere Profession, sich in der Versorgung dieser Patient*innen zu beteiligen?

Sülz: Mit Blick auf die notwendige Anamnese steht den psychotherapeutischen Vertragspraxen die Psychotherapeutische Sprechstunde (6 x bzw. 10 x 25-minütige Einheiten) zur Verfügung. Unter Einsatz vorhandener Screening-Instrumente ließe sich die obligatorische orientierende und differentialdiagnostische Untersuchung ergänzen. Geprüft werden sollte, ob eine psychische Störung vorliegt. Es ist sowohl möglich, dass z. B. Depression und Covid-erkrankung zusammenfallen, jedoch auch, dass eine Depression aufgrund von Long-COVID entsteht. Für die Behandlung macht das einen großen Unterschied. Hier könnten wir z. B. hausärztliche Praxen entlasten, die nach körperlicher Erstuntersuchung zu uns weiterleiten. Und umgekehrt könnten wir nach einer Anamnese zur ärztlichen Untersuchung schicken.

Mit Blick auf die psychischen Symptome: Wo sehen Sie auch Möglichkeiten, spezifisches psychotherapeutisches Wissen in der Behandlung einzusetzen?

Thobaben: Patient*innen mit Long-COVID können ganz unterschiedlichen Behandlungsbedarf haben. Da geht es bspw. um eine PTBS nach lebensbedrohlichen Erfahrungen bei einer schweren COVID-Erkrankung oder um den Umgang mit Lebenseinschränkungen durch eine schwere chronische körperliche Erkrankung.

Sülz: Vorstellbar wäre z. B. psychotherapeutische Ansätze zu nutzen, die darauf abzielen eigene Belastungsgrenzen wahrzunehmen, Einschränkungen als aktuelle Lebensrealität zu akzeptieren oder auch den Umgang mit der aktuellen Situation ganz konkret einzuüben.

An wen können sich interessierte PP und KJP wenden, wenn sie sich an der Versorgung beteiligen möchten?

Thobaben: Die KVHB hat die Federführung übernommen und in einer Umfrage die Beteiligung abgefragt. Informationen werden Sie immer auch auf www.kvhb.de finden.

Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Dr. Kim Sarah Heinemann, Eva John, Dr. Rosa Steimke, Dr. Christoph Sülz, Amelie Thobaben.

Geschäftsstelle

Hollerallee 22
28209 Bremen
Tel.: 0421/277200-0
Fax: 0421/277200-2
verwaltung@pk-hb.de

www.pk-hb.de
Geschäftszeiten:
Mo., Di., Do., Fr.: 10.00–12.00 Uhr
Mi.: 13.00–15.00 Uhr

Liebe Kolleg*innen, liebe Kammermitglieder,



Torsten Michels

die COVID-19-Pandemie hatte unsere Gesellschaft bis zum Frühjahr fest im Griff. Aber die Folgen der Pandemie sind durch den Einmarsch der russischen Armee in die Ukraine und den mittlerweile seit über zwei Monaten anhaltenden Krieg in den Hintergrund getreten.

Bestürzt und fassungslos angesichts des russischen Angriffskrieges sind wir gefordert, unsere Perspektiven auf die Welt zu überdenken. Bisherige Erkenntnisse und Gewissheiten scheinen nicht mehr zu stimmen.

Neben der schnellstmöglichen humanitären Hilfe, die wir den geflüchteten Menschen zukommen lassen, stellt die Bundesregierung Waffenlieferungen in einem Umfang zur Verfügung, den wir uns vor wenigen Monaten nicht hätten vorstellen können. Und dennoch sind ein Ende der Kriegshandlungen und Verhandlungslösungen weder in Sicht noch zurzeit vorstellbar.

Als Profession sind wir gefragt, dabei zu helfen, die Wunden der geflüchteten Menschen zu lindern. Die PTK Hamburg ist deshalb im Austausch mit der Sozialbehörde darüber, welche psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützungsangebote für geflüchtete Menschen aus der Ukraine kurz- und mittelfristig notwendig und zu leisten sind. Viele Kolleg*innen wollen Hilfe leisten, engagieren sich ehrenamtlich und beteiligen sich an psychosozialen Hilfsangeboten.

Aber auch Psychotherapeut*innen sind vor psychischen Überlastungen nicht gefeit, die durch die Kriegshandlungen, Gewalt, Terror und deren Folgen aktiviert werden können. Eigene Sorgen und Ängste, Erschöpfungs-, Überforderungs- und Ohnmachtsgefühle können auch uns vor die Herausforderung stellen, psychisch stabil zu bleiben. Nur mit einer reflektierten professionellen Haltung, viel Besonnenheit und vor allem einem ausreichenden Maß an Selbstfürsorge und wechselseitiger Unterstützung ist diese zu bewältigen.

Passen Sie auf sich auf und bleiben Sie gesund.

Ihr Torsten Michels
Vizepräsident

Empfang für neu approbierte Kammermitglieder

Wie es seit längerer Tradition in der PTK Hamburg ist, hätte der Kammervorstand die neu approbierten und zugezogenen Kammermitglieder wieder gern zum Empfang in die Kammergeschäftsstelle eingeladen. Doch die Pandemie machte diesem Vorhaben wie im letzten Jahr einen Strich durch die Rechnung. So trafen sich die Teilnehmenden erneut im virtuellen Raum mit den bekannten „Kacheln“ sowie gelegentlichen technischen Schwierigkeiten. Aber auch die bekannten Vorteile waren sichtbar: Kinder konnten nebenbei betreut und versorgt werden, auch leicht erkältete Gäste konnten teilnehmen.

Nach einer Einführung in die Aufgaben und inhaltlichen Schwerpunkte der Kammerarbeit ermöglichten Breakout-

Sessions den Austausch in kleinen Gruppen. Die Teilnehmenden nutzten die Gelegenheit für konkrete Fragen an die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle, z. B. zur Mitgliedschaft sowie zu Beratung und Serviceangeboten. Die Vorstandsmitglieder standen für Fragen im Zusammenhang mit dem Start in die Berufstätigkeit zur Verfügung, gaben vertiefte Informationen zu aktuellen berufspolitischen Themen (z. B. zur Digitalisierung, zum geplanten Qualitätssicherungsverfahren für ambulante Psychotherapie) und warben zudem für ehrenamtliches Engagement in der Kammer. Auch über die unterschiedlichen Aufgaben und Zuständigkeiten von Kammer, Kassenärztlicher Vereinigung sowie der Berufs- und Fachverbände gaben die Vorstandsmitglieder Auskunft.

Es wurde in den Gesprächen deutlich, dass die anwesenden Kammermitglieder nach ihrer Approbation in vielfältigen Bereichen als Psychotherapeut*innen tätig sind. Einige Kolleg*innen, die einen Kassensitz anstreben, eröffnen zunächst eine Privatpraxis. Andere sind im Job-sharing oder in einem MVZ angestellt oder arbeiten in einem Unternehmen, das Online-Therapien anbietet. Auch im institutionellen Bereich (z. B. Beratungsstelle, Polizei) sind neu approbierte Kolleg*innen tätig. Bemerkenswert wenige der Teilnehmenden sind allerdings in Kliniken angestellt. Nicht erst beim Start in den Beruf, sondern häufig auch bereits während der Ausbildung, ist für viele die Vereinbarkeit von Familienarbeit und Berufstätigkeit bzw. Aus- und Weiterbildung ein wichtiges Thema.

HP

86. Sitzung der Delegiertenversammlung: Die Umsetzung der Weiterbildungsordnung in Hamburg schreitet voran

Am 16. Februar 2022 tagte die 86. Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hamburg aufgrund der Pandemie ebenfalls im online-Format. Das bedeutet für die Geschäftsstelle und die Delegierten einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand, weil Beschlussvorlagen nachträglich per Post verschickt und zeitnah von den Delegierten bestätigt und zurückgesendet werden müssen.

Nach Begrüßung und Eröffnung durch Präsidentin Heike Peper konnten die Tagesordnung und das Protokoll der 85. DV beschlossen werden. Daran schlossen sich Berichte des Vorstandes und der verschiedenen Gremien an. Zunächst berichtete Heike Peper von der Klausurtagung des Vorstandes vom 2. Februar 2022, bei der einerseits Bilanz über die erste Hälfte der Amtsperiode gezogen wie auch die anstehenden Arbeitsaufgaben für das Jahr 2022 diskutiert und projiziert worden waren.

Geschäftsführerin Karen Walter berichtete, dass zwei neue Mitarbeiterinnen ihre Arbeit in der Geschäftsstelle aufgenommen haben. Dr. Dipl.-Psych. Tanja Tischler unterstützt als fachliche Referentin die Umsetzung der Weiterbildung in Hamburg und koordiniert die Arbeit der dafür eingesetzten Projektgruppe. Wiebke Heinzel, Bankkauffrau und Wirtschaftspsychologin, wird das Projektmanagement in der Geschäftsstelle unterstützen und ist im Bereich Recht für die Organisation der Beschwerdekommision und des Schlichtungsausschusses tätig. Beide Mitarbeiterinnen stellten sich den Delegierten vor. Anschließend berichtete Karen Walter vom Abschluss des Relaunches des Fortbildungs-Portals und des internen Mitgliederbereiches. Notwendige Anpassungen werden im weiteren Prozess getätigt, Rückmeldungen dazu können gerne an die Geschäftsstelle gegeben werden. Ziel der Weiterentwicklung des internen Mitgliederbereiches ist es, Verfahrensabläufe papierlos zu gestalten und z. B. den Beitragsfragebogen digital ausfüllen zu können. Außerdem stellte Karen Walter

eine 5-Jahres-Prognose des Haushaltes im Hinblick auf den Umzug der Geschäftsstelle vor, um die finanziellen Belastungen langfristig zu prognostizieren. Abschließend gab sie einen Ausblick zukünftiger Projekte. Schwerpunkte werden das Thema Digitalisierung und eine zukunftssichere Aufstellung der Kammergeschäftsstelle sein.

Vorstandsmitglied Dr. Thomas Bonnekamp berichtete aus der Bund-Länder-AG Qualitätssicherung über den aktuellen Stand des geplanten Qualitätssicherungsverfahrens für ambulante Psychotherapie. Vor allem der vom IQTIG vorgesehene verpflichtende Einsatz quantitativer Messinstrumente zur Eingangsdiagnostik und im Verlauf von Psychotherapien sowie einrichtungsbezogene Patient*innenbefragungen seien umstritten. In beiden Fällen erscheinen sowohl die wissenschaftliche Begründetheit als auch der Nutzen für die Versorgung äußerst fraglich.

Vizepräsident Torsten Michels berichtete, dass unter dem Titel „20 Jahre Berufsrecht!“ am 28. Januar 2022 die jährliche Berufsrechtskonferenz stattgefunden hatte, die leider ebenfalls im online-Format durchgeführt werden musste. Dies wurde besonders bedauert, weil die Konferenz in diesem Jahr von der PTK Hamburg ausgerichtet wurde und ursprünglich mit einer kleinen Feier verbunden war. An der Konferenz hatten Mitglieder der Beschwerdekommision und des Schlichtungsausschusses der PTK Hamburg teilgenommen. Beide hatten sich an der Konferenz mit eigenen Beiträgen beteiligt.

Dr. Dorothee Wienand-Kranz wurde nach langjähriger Tätigkeit für den Ausschuss Fort- und Weiterbildung und die Kommission Fachsprachenprüfung verabschiedet. Als Nachbesetzung für den Ausschuss Fort- und Weiterbildung stellte sich Jana Lammers zur Wahl. Sie wurde einstimmig gewählt.

Als nächsten Tagesordnungspunkt stellte Karen Walter anhand der Beschluss-

vorlage die Änderungen der Gebührenordnung hinsichtlich des Bereiches Fortbildung vor. Bei teilnahmegebührenpflichtigen Veranstaltungen sind die Akkreditierungsanträge zukünftig kostenpflichtig. Für kostenfreie Veranstaltungsangebote bleibt die Akkreditierung weiterhin kostenfrei. Sie berichtete, dass die PTK Hamburg im Vergleich zu anderen Landeskammern lediglich moderate Gebühren erhebe.

Über die Anpassungen der Gebühren im Bereich der Ethikkommission informierte Gitta Tormin als Vorsitzende der Kommission. Aktuell waren die Kosten und der hohe Arbeitsaufwand in den Gebühren nicht abgedeckt. Eine Orientierung an anderen Landeskammern war hier nicht möglich, da Hamburg als einzige Psychotherapeutenkammer eine Ethikkommission vorhält. Im Vergleich zur Ärztekammer sind die Gebühren jedoch deutlich geringer. Nach einer angeregten Diskussion und einem Änderungsantrag, dass für Studierende keine Gebühren erhoben werden sollen, stimmten die Delegierten der Änderung der Gebührenordnung mehrheitlich zu.

Im letzten Tagesordnungspunkt stellte Heike Peper zunächst den aktuellen Stand der Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vor. Sie beschrieb die Arbeitspakete/Arbeitsschritte für 2022 zur Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) in Hamburg und erläuterte diese. Die vom Vorstand berufene Projektgruppe „Umsetzung der Weiterbildung in Hamburg“ hatte in einem Kick-off-Treffen am 1. Februar 2022 erstmals getagt und wird die Umsetzung fachlich begleiten.

Anschließend stellte sie den Entwurf der neuen Weiterbildungsordnung für die PTK Hamburg für eine erste Lesung zur Diskussion. Die Beschlussvorlage gründete sich auf die MWBO. Inga Zimmermann, Juristin im Bereich Weiterbildung, erläuterte, dass in der Ständigen Kommission der Kammerjurist*innen noch einige juristische Fragen zur Umsetzung diskutiert würden. Nach kurzer

Diskussion beauftragten die Delegierten den Vorstand, mit der vorgelegten Fassung der WBO weiterzuarbeiten und die auf dem 40. DPT am 13./14. Mai 2022 zu fassenden Beschlüsse in die Beschlussvorlage einzuarbeiten. Diese soll der DV am 18. Mai 2022 in einer zweiten Lesung erneut vorgelegt werden. Außerdem sprachen sich die Delegierten mehrheitlich dafür aus, die drei in der neuen WBO vorgesehenen Bereichsweiterbildungen ebenfalls in die bestehende WBO für PP und KJP einzufügen.

Am Ende der Sitzung gratulierte Heike Peper im Namen aller Delegierten Prof. Rainer Richter mit vielen guten Wünschen nachträglich zum 75. Geburtstag.



Mitglieder der Delegiertenversammlung online (Foto: KW)

Mit einem Dank für die angeregte Diskussion und die konzentrierte Mitarbeit

schloss sie die Sitzung.

GT

Treffen mit Hamburger Ausbildungsinstituten zur neuen Weiterbildung

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Hamburg hatte am Abend des 29. März 2022 erneut die Vertreter*innen Hamburger Ausbildungsinstitute zu einem gemeinsamen Treffen eingeladen, um zum Stand der neuen Weiterbildung im Rahmen der Ausbildungsreform zu informieren. Präsidentin Heike Peper begrüßte im Namen des Kammervorstandes die zahlreich erschienenen und interessierten Teilnehmer*innen. Das Treffen fand ein weiteres Mal pandemie-bedingt online statt. Heike Peper gab zunächst einen Überblick zum Stand der MWBO und zur bisherigen Umsetzung der neuen Weiterbildung in Hamburg. Sie stellte die nächsten Arbeitsschritte der PTK Hamburg für 2022 vor, die u. a. den Ausbau des Weiterbildungsbereichs in der Geschäftsstelle der PTK Hamburg umfassen. Auch die Abstimmungen mit der Aufsichtsbehörde für notwendige Änderungen im Hamburgischen

Kammergesetz und weiterer Gesetze stehen auf der Agenda, damit die angestrebte Genehmigung der Weiterbildungsordnung durch die Aufsichtsbehörde bis Ende 2022 erfolgen kann.

Anschließend folgten Austausch und Diskussion folgender Themen: Definition und Rolle von Weiterbildungsinstituten, Musterrichtlinien zur Anerkennung von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugten sowie Stand der Finanzierung der Weiterbildung.

Da die Weiterbildung zukünftig nach dem universitären Approbationsstudium hauptberuflich in Anstellung und angemessen vergütet erfolgen wird, ist eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildung eine zentrale Forderung an die Politik. Bereits vorhandene Gutachten aus 2017 waren zuletzt an die aktuelle Kostenstruktur angepasst worden und weisen die Notwendigkeit einer fi-

nanziellen Förderung der Weiterbildung aus. Die Anmerkungen und Fragen der Teilnehmer*innen zeugten von hohem Interesse und einer ausgewiesenen Expertise. So wurden Modelle der Finanzierung, die Möglichkeit der flexiblen Gestaltung der Weiterbildung durch Kooperationsverträge und übergreifende und mit anderen Instituten gemeinsam initiierte Lehrveranstaltungen diskutiert. Große Einigkeit bestand darin, dass die Ausbildungsinstitute auch als zukünftige ambulante Weiterbildungsstätten in der neuen Weiterbildung eine bedeutsame Rolle spielen werden. Die Einbindung zukünftiger Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsbefugter in die Diskussionen zur Weiterbildung bleibt aus Sicht der PTK Hamburg essentiell, um eine qualitativ hochwertige Weiterbildung für die Zukunft auf den Weg zu bringen. Der Dialog soll deshalb fortgesetzt werden.

KS

Tätigkeitsbericht der Ethik-Kommission für das Jahr 2021

Die Ethikkommission ist zuständig für alle psychotherapeutischen Forschungsvorhaben gemäß § 9 Absätze 2 und 5 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH), die durch Mitglieder der Psychothera-

peutenkammer Hamburg verantwortlich durchgeführt werden, soweit nicht eine Zuständigkeit nach § 9 Absätze 3 und 4 HmbKGGH besteht. Sie wird auf schriftlichen Antrag tätig.

Im Jahr 2021 wurden der Ethik-Kommission insgesamt nur 5 Anträge zur Begutachtung vorgelegt, einer davon im Eilverfahren. Dies wurde im Wesentlichen mit der Pandemie erklärt.

Im Vordergrund der Beratungen standen in diesem Jahr Rückmeldungen an die Forschenden zur Patienteninformation, zum Datenschutz, zum Studiendesign, zur Studienaufklärung in einfacher Sprache, zur Schweigepflichtentbindung sowie zum Risiko- und Sicherheitsmanagement.

Der Kommission gehören 4 ordentliche und 4 stellvertretende Mitglieder an:

Dipl.-Soz.päd. Gitta Tormin (KJP),
Dr. Judith Peth (PP),
Dr. Susanne Sarkar (PP),
Dr. Rainer Stelling (Jurist).

Stellvertretende Mitglieder sind:

Dr. Claudia Gorba (PP),
Dipl.-Psych. Sandra-Catherine Papper (PP),
Dipl.-Psych. Ute Rutter (KJP),
Agnes Frfr. von Diepenbroick, LL.M. (Juristin).

Aus der Geschäftsstelle der PTK Hamburg nimmt Kathrin Zander, Vorstands- und Geschäftsführungsassistentin, an den Sitzungen teil. Wie im Jahr zuvor stand auch das Jahr 2021 im Zeichen der COVID-19-Pandemie und ihrer Auswirkungen. Sitzungen der Ethikkommission fanden weiterhin im bereits 2020

etablierten digitalen Format statt. Im Eilverfahren konnte ein Antrag dadurch sehr schnell bearbeitet werden. Im Vorfeld der Sitzungen konnten vielfach persönliche Fragen zu den Anträgen geklärt werden. Ferner wurden die zur Antragstellung notwendigen Formulare wie Patient*innenfragebogen, die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung sowie Proband*inneninformationsbogen überarbeitet. Auch die Gebührenordnung wurde angepasst und auf der 86. Delegiertenversammlung der PTK-Hamburg zur Abstimmung vorgelegt. Auf der Website der PTK-Hamburg sind alle Informationen zu finden.

GT

5. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Auf Grund von § 19 Absatz 1, Absatz 2 Ziffer 1 und § 6 Absatz 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGH) vom 14. Dezember 2005 (HmbGVBl. Nr. 42, S. 495 ff.), zuletzt geändert am 17. Dezember 2018 (HmbGVBl. 2019 S. 5, 9) hat die Delegiertenversammlung der Psychotherapeutenkammer Hamburg in ihrer Sitzung am 16. Februar 2022 die 5. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 17. Juni 2009 (zuletzt geändert am 1. März 2017) beschlossen, die die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration gemäß § 57 i.V.m. § 19 Abs. 2 Ziffer 1 HmbKGH am 13. April 2022 genehmigt hat.

§ 1 Änderungen

Die Anlage zur Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - a) in Nummer 1.3., 4. Spiegelstrich wird die Angabe „0,- €“ durch die Angabe „40,- €“ ersetzt,
 - b) in Nummer 1.3. wird folgender 5. Spiegelstrich neu eingefügt: „Teilnehmer

gebührenpflichtige Wiederholungs-Fortbildungsveranstaltung 25,- €“

c) in Nummer 1.3. wird der bisherige 5. Spiegelstrich zum 6. Spiegelstrich.

2. Nummer 2 wird wie folgt geändert:

a) in Nummer 2.1. wird folgender Buchstabe a) neu eingefügt:

„a) Stellungnamen zu nicht drittmittelfinanzierten oder von sonstigen Institutionen finanzierten Forschungsvorhaben

aa) im Rahmen von Bachelor- und Masterarbeiten sowie sonstigen Abschlussarbeiten nach Maßgabe der Hochschulgesetze und Ausbildungsordnungen 0,- €

bb) im Rahmen von Promotionen und Habilitationen 200,- €“

b) der bisherige Buchstabe a) wird b) und Buchstabe b) wird c),

c) der bisherige Buchstabe c) wird d). Dort wird die Angabe „4.000,- €“ durch die Angabe „2.500,- €“ ersetzt,

d) der bisherige Buchstabe d) wird e). Dort wird die Angabe „200,- €“ durch die Angabe:

„aa) im Fall von Ziff. 2.1. a) aa) 0,- €

bb) im Fall von Ziff. 2.1. a) bb)

50,- €

cc) im Fall von Ziff. 2.1.b-d) sowie Ziff. 2.2.

75,- €“

ersetzt,

e) hinter Nummer 2.2 wird folgende Nummer 2.3 neu eingefügt:

„2.3. Eilzuschlag zur Einholung einer Stellungnahme außerhalb der regulären Sitzungstermine der Ethikkommission wegen begründeter Eilbedürftigkeit

a) im Fall von Ziff. 2.1. a) aa)

0,- €

b) im Fall von Ziff. 2.1. a) bb)

150,- €

c) im Fall von Ziff. 2.1.b-d) sowie Ziff. 2.2.

300,- €“

§ 2 Inkrafttreten

(1) Diese Satzung tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der Psychotherapeutenkammer Hamburg in Kraft.

Hamburg, den 10.05.22

gez. H. Peper
Präsidentin

Redaktion

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

Geschäftsstelle

Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Tel.: 040/2262260–60

Fax: 040/2262260–89
www.ptk-hamburg.de
info@ptk-hamburg.de



Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

es herrscht Krieg in Europa. Am 24. Februar sind russische Truppen in die Ukraine einmarschiert und seitdem reißen die schrecklichen Nachrichten nicht mehr ab. Grauenhafte Bilder von sinnloser Zerstörung durch Bombardierungen von Wohnhäusern, Schulen und Krankenhäusern flimmern allabendlich über unsere Bildschirme und erreichen uns über die sozialen Medien. Millionen Menschen, überwiegend Frauen, Kinder und ältere Menschen, sind auf der Flucht. Sie mussten überstürzt ihre Heimat verlassen, ausgestattet nur mit dem, was sie gerade so tragen konnten.

Als Psychotherapeut*innen wissen wir um die langandauernden Konsequenzen von krie-

gerischen Handlungen. Krieg führt nicht nur zu sichtbaren Folgen von Zerstörung, Gewalt und Tod. Die psychischen Auswirkungen von Kriegserlebnissen verursachen unendliches Leid für die traumatisierten und in Angst lebenden Menschen: Die Folgen sind tiefgreifend, langanhaltend, generationenübergreifend und nicht auf die ukrainischen Grenzen beschränkt. Insbesondere Kinder und Jugendliche sind auch stark betroffen und brauchen dringend unseren Schutz und unsere Hilfe.

Die Psychotherapeutenkammer Hessen (PTK) hat im Rahmen ihrer Möglichkeiten sehr schnell reagiert und in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Landkreistag sowie dem Hessischen Städtetag ein ehrenamtliches psychosoziales Unterstützungsangebot für Geflüchtete durch Psychotherapeut*innen aufgebaut. Die Bereitschaft der Kolleg*innen hat uns überwältigt: Knapp 500 Anmeldungen zur Mitarbeit haben uns in kurzer Zeit erreicht. Allen Beteiligten möchten wir dafür ganz herzlich danken!

Darüber hinaus forderte die PTK Hessen in einer Resolution der letzten Delegiertenversammlung im April eine sofortige Beendigung des Krieges. Mit dieser Forderung stehen wir natürlich nicht allein da und doch geht ein Tag

nach dem anderen ins Land und Zerstörung und Gewalt werden mit unverminderter Härte fortgesetzt. Unvorstellbare Summen werden für Kriegsgerät bereitgestellt und wir wissen, wie dringend diese Mittel eigentlich an anderer Stelle gebraucht würden, z. B. für die Welt-ernährung, Bildung, Gesundheit oder zwingend benötigte Maßnahmen zum Klimaschutz.

Der Krieg muss beendet werden, darin besteht große Einigkeit, aber wir sehen auch: „um Krieg zu führen reicht einer, zum Frieden braucht es zwei“. Und so hoffen wir – gerade vor dem Hintergrund unseres Wissens um die psychischen Folgen – dass es möglichst bald zu einem Ende des Krieges kommt und mit dem Wiederaufbau der Ukraine begonnen werden kann. Bis dahin beschäftigen wir uns mit unseren Möglichkeiten der Hilfeleistung für die Menschen in der Ukraine und die hier lebenden Geflüchteten, z. B. mit Informationen auf der Website der Kammer oder im Rahmen einer neuen Fortbildungsreihe „Psychotherapie mit Geflüchteten“.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter
Präsidentin

Von der MBWO zur WBO in Hessen Bericht zur 3. Delegiertenversammlung der fünften Wahlperiode

Im Fokus der dritten Delegiertenversammlung (DV) der fünften Wahlperiode standen zwei wichtige Themen: die Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung (MBWO) in eine hessische Weiterbildungsordnung (WBO) und der Jahresabschluss 2021. Zur Einführung in das Thema der MWBO allgemein, hielt Dr. Johannes Klein-Heßling, Bundespsychotherapeutenkammer, einen Vortrag. Anschließend referierte Stanislava Arsenieva, Teamleiterin Fort- und

Weiterbildung, PTK Hessen, über die Anforderungen der Anerkennungsverfahren als Weiterbildungsstätte sowie Weiterbildungsbefugte nach der zukünftigen WBO für Psychotherapeut*innen. Hierbei standen die zu beachtenden Vorgaben aus dem hessischen Heilberufsgesetz im Vordergrund.*

Ein zentraler Punkt der inhaltlichen Diskussionen beschäftigte sich mit der Finanzierung der Weiterbildung. Auf der

Gesetzesebene gibt es dazu bisher keine klare Regelung. Die DV ist sich einig darüber, dass hier dringend eine Lösung gefunden werden muss. Unter diesen unregelmäßigten Rahmenbedingungen der Weiterbildung sehen sich viele der derzeit staatlich anerkannten Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG (alte Fassung) und Praxen nicht in der Lage, in Zukunft für eine angemessene Qualifizierung des Berufsstandes zu sorgen. Diskutiert wurden zwei Modelle: Zum

einen geht es darum, die Ambulanzen auf Grundlage des § 117 SGB V und eines zusätzlichen Strukturausgleichs zu finanzieren. Zum anderen ist die Idee, Niedergelassene über Finanztöpfe der GKV und KV (§ 75a SGB V) zu versorgen.

Auch bezüglich der Weiterbildungs-befugten und -stätten bestehen einige offene Fragen, die intensiv durch die DV besprochen wurden. Wie viel Anwesenheit wird verlangt? Können Befugte Supervisor*innen zur Unterstützung einsetzen? Müssen diese dann in der Institution angestellt sein? Und können Supervisor*innen aus dem Ausland tätig werden? Am Beispiel der Auslandserfahrungen im praktischen Jahr der Ärzt*innen, setzte sich Präsidentin Dr. Heike Winter für die Einführung eines ähnlichen Modells in der Weiterbildung der Psychotherapeut*innen ein. Voraussetzung dafür sei, dass die Anforderungen deutscher Weiterbildungsstätten erfüllt werden müssten.

Prof. Dr. Rudolf Stark, Vorstandsmitglied und Leiter des Weiterbildungsstudiengangs „Psychologische Psychotherapie“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen, trat für das Thema Wissenschaft in der psychotherapeutischen Weiterbildung ein. Im Anforderungsprofil des Berufs sieht er auch wissenschaftliche Tätigkeit. Denn ohne Nachwuchs in der Forschung und universitären Laufbahn seien das Studium und auch die Psychotherapieforschung gefährdet. Insbesondere Frauen mit Familienplanung seien hierbei benachteiligt, da nach dem Studium mit Weiterbildung, Dissertation und Habilitation weitere 10–15 Jahre notwendig seien, um in Wissenschaft und Lehre anzukommen. Die Idee ist, dass eine Doktorarbeit im Rahmen der Weiterbildung angefertigt werden kann. Dabei sollen dennoch keine Regelzeiten in der praktischen Erfahrung reduziert werden, um eine hinreichende psychotherapeutische Qualifikation zu gewährleisten.

Die konstruktiven Diskussionen zur hessischen Weiterbildungsordnung (WBO) werden im Rahmen der Delegiertenver-

sammlung am 15./16. Juli 2022 fortgesetzt.

Jahresabschluss 2021

Vorstandsmitglied Karl-Wilhelm Höffler präsentierte das Ergebnis des Jahresabschlusses 2021. Im vergangenen Geschäftsjahr hat die Kammer einen Überschuss erwirtschaftet, der wie schon im Vorjahr der projektbezogenen Sonderrücklage zur Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung zugeführt wurde. Der Jahresabschluss wurde in der vorgelegten und testierten Version festgestellt. Turnusmäßig hat die DV einen neuen Wirtschaftsprüfer bestellt.



Foto: Day Of Victory Stu./Adobe Stock

Im Rahmen des Finanzberichts legte Horst Kuhl, Kaufmännischer Leiter der PTK Hessen, die Mitgliederstruktur der Kammer dar. Zum 30. März 2022 liegt die Mitgliederzahl bei 6.272, rund 23 Prozent davon sind PiA. Die Altersstatistik weist eine deutliche Häufung zwischen 30 und 40 Jahren auf, das Durchschnittsalter liegt bei 49,56 Jahren. Die Verteilung der Approbationen zeigt, dass 2021 insgesamt 3.629 Mitglieder als Psychologische Psychotherapeut*innen (PP) tätig waren, 982 als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) und 196 Mitglieder hatten eine Doppelapprobation inne. Im Vergleich zu den Vorjahren wird sichtbar, dass die Zahlen der Approbationen für PP und KJP ansteigen, die der Doppelapprobationen hingegen auf dem genannten Niveau stagnieren.

Ausschuss „Wissenschaft und Forschung“ gewählt

Zu Beginn der fünften Wahlperiode wurde im Rahmen der konstituierenden DV eine Arbeitsgruppe zur Erstellung

einer Agenda für den Ausschuss „Wissenschaft und Forschung“ gegründet. Auf der dritten DV hat die AG dann berichtet – der Fokus der Ausschussarbeit wird auf der Kommunikation zwischen Praxis und Wissenschaft und Forschung liegen. In einem ersten Schritt soll eine Umfrage dabei helfen, herauszufinden, inwieweit der Austausch bislang zwischen den beiden Bereichen stattfindet, ob Forschungsergebnisse bei den Mitgliedern ankommen und ob diese für die eigene Arbeit in der Praxis hilfreich sind. Ausgehend von den Umfrageresultaten wird dann eine weiterführende Agenda des Ausschusses festgelegt. Im Anschluss an den Bericht, wurden die Mitglieder des Ausschusses gewählt:

Ausschuss „Wissenschaft und Forschung“

Prof. Dr. Julian Rubel (Vorsitzender)

Eyyuba Cevrici-Kurt

Dr. Ruth Hertrampf

Florian Kaiser

Dr. Mona Lange-von Szcutowski

Dr. Christian Sell

Daniela Stoye

Im Ausschuss für Psychotherapie in der ambulanten Versorgung stand die Nachwahl eines Mitglieds aus. Der Vorschlag wurde angenommen und damit Florian Schlögel zum neuen Mitglied des Ausschusses gewählt. Eine weitere personelle Veränderung in der DV betraf Bettina Richter, die vorab ihr Mandat als Delegierte niedergelegt hatte. Nachgerückt ist Sven Baumbach, der bereits in der vierten Wahlperiode als Delegierter in der Kammer tätig war. Im Ausschuss „Qualitätssicherung“ und in der Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen bleibt Bettina Richter weiterhin aktiv. Nikolaos Dimitriadis ist aus dem Ausschuss „Psychotherapeutische Versorgung – Kinder und Jugendliche“ ausgetreten. Eine Nachwahl hat noch nicht stattgefunden.

Als Vertretung des psychotherapeutischen Berufsstandes, weiß die PTK Hessen um die Einflüsse gesamtgesell-

schaftlicher Themen und Entwicklungen. Deshalb sieht sie sich in der Verantwortung, sich nicht nur berufspolitisch für die Mitglieder einzusetzen, sondern darüber hinaus auch an einem öffentlichen Diskurs zu beteiligen. Im Rahmen der DV wurden dazu insgesamt drei Resolutionen einstimmig verabschiedet. Unter dem Titel „Eine sofortige finanzielle Absicherung der Weiterbildung ist unverzichtbar“ setzt sich die PTK Hessen für den psychotherapeutischen Nachwuchs ein. Insbesondere durch außerordentliche Ereignisse wie der Corona-Pandemie und dem Krieg in der Ukraine gewinnt die Psychotherapie mehr denn je an Bedeutung. Einschränkungen sozialer Kontakte, Einsamkeit und Zukunftsängste haben zu einem erheblichen Anstieg psychischer Erkrankungen geführt – vor allem Depressionen. Umso wichtiger ist es, den Qualitätsstandard des Berufsstandes zu sichern und dafür eine Finanzierung der Weiterbildung zu fordern.

Eine zweite Resolution sagt deutlich: „Nein zum Krieg in der Ukraine – psychische Traumatisierung und psychische

Erkrankung verhindern durch sofortige Einstellung der Kriegshandlungen!“ Darin betont werden die langandauernden Konsequenzen von kriegerischen Handlungen, die nicht nur durch Zerstörung, Gewalt und Tod, sondern auch durch psychische Erkrankungen tiefgreifendes und nachhaltiges Leid verursachen.



Foto: astrosystem/Adobe Stock

Ein Aspekt, der im Laufe der Pandemie klar wurde, ist die zu späte Berücksichtigung vulnerabler Gruppen im Gesundheitssystem. Laut des deutschen Ethikrats könne diese Situation verbessert werden, wenn das Gesundheitswesen sich weniger an Gewinnmaximierung und stärker am Gemeinwohl orientiere. Aus diesem Grund fordert die DV in ei-

ner weiteren Resolution: „Erfahrungen aus der pandemischen Krise nutzen! Schutz vulnerabler Gruppen verbessern! Gesundheitsversorgung ist Daseinsfürsorge!“

Der letzte Tagesordnungspunkt befasste sich mit dem Thema Klimaschutz. Die DV beauftragte den Ausschuss „Psychotherapie in der ambulanten Versorgung“, sich mit dem Thema Klimaschutz und den Folgen für die Profession zu beschäftigen, insbesondere im Hinblick auf Nachhaltigkeit beim Führen einer Praxis. Der Ausschuss soll die Bedeutung des Klimaschutzes so aufbereiten, dass für die Psychotherapeut*innen relevante Inhalte identifiziert, analysiert und gegebenenfalls thematisch den verschiedenen Ausschüssen zur weiteren Ausarbeitung zugeordnet werden können.

**Die Präsentationen finden Sie im passwortgesicherten Mitgliederbereich auf der Webseite der PTK Hessen unter „Mitglieder>Veranstaltungen>Veranstaltungsdokumente“.*

Wir heißen jetzt „Psychotherapeutenkammer Hessen“

Mit der Änderung des Heilberufegesetzes im Frühjahr 2022 ist ein langwährender Konflikt um den Namen der hessischen Kammer endlich beendet. Der gesetzlich festgelegte Kammername lautet nun nach Jahren der Wartezeit und Widrigkeiten „Psychotherapeutenkammer Hessen“. Der Konflikt um die Namensgebung der PTK Hessen besteht bereits seit ihrer Gründung. Während viele Landeskammern schon lange die Kombination „Psychotherapeutenkammer“ plus Ländernamen übernehmen konnten, war der Name der Kammer in Hessen nunmehr über zwei Jahrzehnte ein Politikum. In der Zwischenzeit trug sie die eingehende Bezeichnung „Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen“ (abgekürzt mit LPP-KJP Hessen).

In der Auseinandersetzung um den Namen spiegelt sich u. a. der Widerstand von Mitgliedern der Ärzt*innenschaft gegen die Aufnahme von Nicht-Mediziner*innen in die Kassenärztlichen Vereinigungen wider. Auch die Schaffung eines neuen Heilberufs wurde nicht von allen Ärzt*innen begrüßt. Es fiel manchen ärztlichen Organisationen schwer, zu akzeptieren, dass Personen mit einem Psychologie-, Pädagogik- oder Sozialpädagogikstudium berechtigt sein sollten, selbständig Heilkunde auszuüben. Mit dem am 23. Juni 1998 beschlossenen Psychotherapeutengesetz wurde eine eigenständige berufsrechtliche Organisation der Psychotherapeut*innen und die Gründung von Kammern möglich. Und ebenso entstanden im Zuge dessen die Berufsbezeichnungen: Psychologische*r Psychotherapeut*in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in.

Im hessischen Heilberufegesetz wurde damals gegen den Wunsch der PTK Hessen auf Betreiben der Ärzt*innen der Name unserer Kammer auf LPP-KJP festgelegt. Ein echter Zungenbrecher für alle Beteiligten. Bis vor kurzem hatte sich an dieser Namensgebung leider nichts geändert. Und das obwohl unser Berufsstand inzwischen längst etabliert und aus dem hessischen Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken ist. Die Zahl der PP und KJP übersteigt die Zahl der Ärzt*innen, die im Bereich der Psychotherapie tätig sind, mittlerweile bei Weitem. Die Funktionäre aus der Ärzt*innenschaft nennen verschiedene Argumente, warum der Name LPPKJP beibehalten werden sollte. Z. B. habe die PTK Hessen keine „Psychotherapeut*innen“ als Mitglieder, weshalb eine Verwechslungsgefahr mit den ärztlichen Psychotherapeut*innen bestehe. Es wird darauf hingewiesen, dass die ärzt-

lichen Psychotherapeut*innen nicht von der PTK Hessen vertreten werden dürfen. Der Name suggeriere aber, dass alle psychotherapeutisch Tätigen vertreten werden. Ein Vorschlag von ärztlicher Seite lautet „Landeskammer der nichtärztlichen Psychotherapeuten Hessen“.

Die jüngste Änderung des Heilberufegesetzes hat nun die bereits im ersten Psychotherapeutengesetz verankerte gemeinsame Berufsbezeichnung „Psychotherapeut*in“ für PP und KJP im Kammernamen festgelegt.

Neben dem geänderten Namen gab es weitere Neuerungen. Auch die nach neuem Recht approbierten „Psychotherapeut*innen“ werden umfasst und sind Pflichtmitglieder der Kammer, soweit sie ihren Beruf in Hessen ausüben. Dies ist eine notwendige Voraussetzung für die Verabschiedung einer Weiterbildungsordnung sowie anderer Regelungen. Außerdem wurden die Möglichkeiten der Weiterbildung in Teilzeit im ambulanten Bereich weiter flexibilisiert. So kann diese auch im Umfang einer ¼-Stelle abgeleistet und

anerkannt werden. Dies entspricht den Regelungen der MWBO und war vom Kammervorstand gegenüber dem Gesetzgeber so angeregt worden.

Wir freuen uns sehr über den neuen Namen und abschließend bleibt noch zu sagen, dass sich dieser Konflikt zwischen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen glücklicherweise nur auf der politischen Bühne abspielt – die Zusammenarbeit im Berufsalltag funktioniert ausgezeichnet.

Danke! Psychosoziale Notfallversorgung für ukrainische Geflüchtete

Nach Beginn des Angriffskriegs der russischen Regierung wurde schnell klar, dass dieser Gewaltakt eine Fluchtwelle auslösen würde und ebenso schnell waren wir uns als Kammer einig, dass wir für die Geflüchteten, die in Hessen ankommen, aktiv werden wollen. Deshalb sahen wir uns als Vertretung unseres Berufsstandes dazu in der Pflicht, unsere Profession zu nutzen und unmittelbar ein Unterstützungsangebot ins Leben zu rufen. Bereits Anfang März haben wir unsere Mitglieder zur ehrenamtlichen Notfallversorgung aufgerufen – und die Rückmeldungen waren überwältigend: Knapp 500 Mitglieder haben sich seitdem zum Ehrenamt angemeldet und dazu bereit erklärt, für Geflüchtete aus der Ukraine ehrenamtlich psychosoziale Hilfe zu leisten.



Foto: raquel/Adobe Stock

Die Anmeldelisten wurden an den Hessischen Landkreistag und den Hessischen Städtetag weitergeleitet und dann vor Ort an die verantwortlichen Stellen, wie Gesundheitsämter, Gemeinden etc., die bei Bedarf die Kolleg*innen bitten, eine psychosoziale Beratung durchzuführen. Mehr Infor-

mationen sowie allgemeine hilfreiche Hinweise finden Sie unter www.ptk-hessen.de/ukraine.

Nach dem Aufruf erreichten uns einige Rückfragen hinsichtlich des ehrenamtlichen Engagements. Daher haben wir kurzfristig eine Fortbildungsveranstaltung unter dem Titel „Psychotherapeutische Notfallversorgung für Kriegsgeflüchtete“ durchgeführt und Infos zu Inhalt, Gesprächsführung sowie rechtlichen Rahmenbedingungen und ukrainischer Kultur besprochen. Das F&A zur Veranstaltung steht auf der Webseite zur Verfügung. Ab Juni starten wir eine Fortbildungsreihe zu „Psychotherapie mit Kriegsgeflüchteten“.

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

Kammerversammlung beschließt neue Weiterbildung



Zum Schluss gibt es stehenden Applaus: Als bei der Kammerversammlung am 30. April 2022 nach zwölf Jahren Arbeit die neue Weiterbildungsordnung einstimmig verabschiedet wird, klatschen die Delegierten minutenlang. Die PKN ist damit die zweite Psychotherapeutenkammer Deutschlands, die diesen wichtigen Schritt bei der Weiterbildung vollzieht. Die neue Weiterbildungsordnung tritt am 1. Oktober 2022 in Kraft.

Zukünftig absolvieren Studierende ein fünfjähriges Masterstudium, an dessen Ende die Approbation steht. Daran schließt sich eine mindestens fünfjährige

Weiterbildungszeit im ambulanten, stationären sowie institutionellen Bereich an. In dieser Zeit können sich die Absolventinnen und Absolventen für die Versorgung in den Gebieten Kinder und Jugendliche, Erwachsene oder Neuropsychologische Psychotherapie spezialisieren. Diese Weiterbildung ist künftig die Voraussetzung, um Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln.

Dass es eine bundesweite Reform der Psychotherapieausbildung geben soll, wurde auf dem 16. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) am 8. Mai 2010 in Berlin beschlossen. Diesem

Beschluss vorausgegangen war bereits eine intensive zweijährige Diskussion. Grundlage der neuen Weiterbildungsordnung in seiner jetzigen Form ist das Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten vom 15. November 2019.

Resolution gegen den Krieg in der Ukraine

Doch auf der Kammerversammlung wurde nicht nur die neue Weiterbildungsordnung verabschiedet, die Delegierten beschlossen auch eine Resolution, in der der Ukraine-Krieg verurteilt wird.

Die Resolution im Wortlaut ist auf der Homepage der PKN unter www.pknds.de nachzulesen.

Die nächste Kammerversammlung findet am 5. November 2022 statt.



Kurz gemeldet: Versorgung ukrainischer Flüchtlinge

Die PKN arbeitet bei der Flüchtlingsversorgung mit dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN) zusammen. Unter anderem werden gemeinsame Fortbildungen zum Thema Psychotherapie mit Sprachmittlerinnen und -mittlern (= Psychotherapie zu dritt) geplant.

Außerdem möchte die PKN wissen, ob vonseiten ihrer Mitglieder noch Schulungs- oder Unterstützungsbedarf in der psychotherapeutischen Flüchtlingsversorgung besteht. Eine entsprechende Umfrage finden Sie unter <https://is.gd/Zih3Ar>. Wir freuen uns über Ihre Teilnahme.

Rede des Präsidenten Roman Rudyk vor der Kammerversammlung

Liebe Kammerversammlungsglieder, liebe Gäste,

psychische Erkrankung hat für mich in den meisten Fällen etwas damit zu tun, dass Menschen nicht mehr in einer für sie zufriedenstellenden Form mit anderen Menschen in Kontakt und in Beziehung treten können. Die Passung zwischen einem selbst und dem Gegenüber lässt sich nicht oder nur irgendwie verquer herstellen. Es entsteht ein Leiden daran.

In der Psychotherapie wird nach Wegen, nach Auswegen aus diesen Sackgassen gesucht, in die diese Menschen geraten sind. Hierbei spielt es eine zentrale Rolle, in der Therapie Freiräume im Kontakt mit sich selbst und mit dem Gegenüber zu erschließen, die es ermöglichen, sich Gefühlen und Gedanken anzunähern, zu denen der Zugang verlegt war.



Auch wenn die Blickwinkel aus den verschiedenen therapeutischen Schulen unterschiedliche sind, so wird sich doch ein Konsens darin finden lassen, dass Psychotherapie immer etwas mit diesem Erschließen von neuen Räumen und damit auch mit Emanzipation, mit einer Zunahme von Eigenständigkeit zu tun hat.

Was sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hierfür? In meiner Überzeugung bedarf es dafür einer Gesellschaft, die die individuelle Freiheit als hohes Gut schätzt und in der es einen Konsens darüber gibt, dass es lohnt, sich unerschrocken auf die Suche nach Wahrheit, die äußere wie die innere Realität betreffend, zu begeben.

Auch wenn diese Wahrheit immer relativ ist, ist die Suche nach ihr ein uneingeschränkter Wert. Freiheit und Wahrheitssuche sind sehr eng miteinander verwoben. Bisher wurden keine Gesellschaftsform und keine Staatsform gefunden, die hierfür bessere Voraussetzungen bieten, als eine Demokratie, also eine Staatsform, die sich nicht nur durch freie Wahlen, sondern auch durch Gewaltenteilung und Meinungsvielfalt auszeichnet.

So sehe ich Psychotherapie nicht unabhängig von der Gesellschaftsform, in der sie praktiziert wird. Damit kann es uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht egal sein, in welcher Gesellschaft die Menschen, die wir behandeln, leben. Für unsere Therapien sind wir darauf angewiesen, dass wir den Menschen, die zu uns kommen, einen Raum anbieten, in dem ohne Angst und mit möglichst wenig Einschränkungen offen miteinander kommuniziert werden kann. Das erfordert zumindest ein Stück weit eine Gesellschaft, in der dies ebenso möglich ist.

Wenn ich das so sage, dann erscheint es mir auch, als verbreite ich Plattitüden. Und es wäre mir sehr recht, wenn dem so wäre. Doch hat sich in den letzten Wochen vieles verändert in der Welt. Wir sind mit dem Agieren einer Atommacht konfrontiert, die es als unerträglich erlebt, nicht mehr eins der zwei großen Machtzentren dieser Welt zu sein.

Uns zwingt das in entwöhnter Schärfe die Frage auf, wie wichtig sind uns die Formen des Zusammenlebens, die wir in all ihrer überdeutlichen Unperfektheit miteinander gefunden haben? Was sind wir dafür bereit zu opfern? Meiner Überzeugung nach benötigt unsere Profession eine demokratische Gesellschaft, um Psychotherapie und Emanzipation und nicht Manipulation und Anpassung zu betreiben.

So weit entspricht dies dem neu gewonnenen Diskurs in unseren westlichen Gesellschaften, den ich in dieser

Form begrüße und für notwendig erachte. Hier kann ich und vielleicht auch: können wir einen Standpunkt finden, der uns Orientierung und Halt gibt. Aber ich möchte mit Ihnen und euch gerne noch einen Schritt weiter gehen, denn das scheint mir nur einer von vielen wichtigen Blickwinkeln.

Corona-Pandemie, die nicht enden will und sich immer wieder neue Fiesheiten einfallen lässt; Erderwärmung und Umweltzerstörung, gegen die kein Mittel gewachsen zu sein scheint; Populisten, die in teils vom Ausland manipulierten Wahlkämpfen als Sieger aus demokratischen Wahlen hervorgehen, die diese demokratischen Strukturen „überwinden“ wollen, Lieferengpässe, steigende Preise zusammen mit dem Krieg, der atomaren Bedrohung, der Ohnmacht...

Die klare und notwendige Orientierung, die in dem sich zu unseren demokratischen und emanzipatorischen Werten bekennen, zu Offenherzigkeit, individueller Freiheit und zur Aufrechterhaltung von Meinungsvielfalt liegt und die eben nicht mehr platt wirkt, kann nur eine Teilantwort sein auf die bestehenden Herausforderungen.

Ich will einen weiteren Aspekt benennen, der sich noch spezifischer auf unsere Profession bezieht. Wir sind in eine Verunsicherung geraten, der schwerlich durch zu simple Antworten zu begegnen ist. Vielmehr wird sich unsere Leidenschaft auch in dem Aushalten von Unsicherheit, von Ambivalenz, von Konflikt und Widerspruch und nicht zuletzt in dem Aushalten von schwer erträglichen Gefühlen zeigen. So werden wir uns als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten davor schützen müssen, so zu tun, als wenn wir die passenden Antworten auf Trauma, Depression, Angst, Wut, Ohnmacht, Verzweiflung, Haltlosigkeit hätten. Dann würden wir uns zu Technikern und Technikerinnen machen, für die es eben keine Rolle spielt, in was für einer Gesellschaft sie ihre Techniken anbieten. Als solche Techniker, die in jedem System tätig werden können,

würden wir möglicherweise auf den ersten Blick Leid mindern können, aber bei näherer Betrachtung wohl mehr den

Zugang zum Erleben und Benennen von Leid mit verhindern.

(Es folgen Ausführungen zur Entwicklung der Aus- und Weiterbildungsreform.)

Relaunch Newsletter und Homepage

Die PKN stellt ihre Kommunikation neu auf. Den Anfang macht der **Newsletter**: In den letzten Jahren informierte die PKN ihre Mitglieder mit dem Kammertelegramm über alle beruflichen Belange wie Änderungen, Verordnungen, Neuigkeiten und Veranstaltungen. Anfang April verabschiedete sich die Kammer nun von dem eher unregelmäßig er-

scheinenden Format und überarbeitete es inhaltlich und optisch gründlich. An die Stelle des Telegramms tritt jetzt der Newsletter: In einem neuen, frischerem Layout erhalten die Mitglieder zukünftig einmal monatlich übersichtlich gebündelt alle (berufs-)relevanten Themen in ihr E-Mail-Postfach geliefert.

Auch die **Homepage** bekommt momentan einen kompletten Relaunch verpasst. Im nächsten Quartal soll sie online gehen: klarer, moderner und übersichtlicher präsentiert die PKN dann im Internet alle Informationen rund um die Kammer.

Bekanntmachungen

Satzungs- und Ordnungsänderungen

Die Kammerversammlung der PKN hat am 30. April 2022 folgende Satzungsänderungen beschlossen:

- Kammersatzung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Reisekosten- und Sitzungsgelderordnung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, Teile A-D

Die drei erstgenannten Satzungen und Ordnungen treten am Tag nach der Veröffentlichung auf www.pknds.de in Kraft. Die Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen tritt am 1. Oktober 2022 in Kraft. Die Satzungen werden nicht im Psychotherapeutenjournal abgedruckt.

Hannover, den 5. Mai 2022

*Roman Rudyk
Präsident*

Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47
30175 Hannover
Tel.: 0511/850304-30
Fax: 0511/850304-44
info@pknds.de
www.pknds.de



Impressionen aus der Kammerversammlung

alle Fotos: Franziska Bauermeister



Großer Ratschlag „Qualitätssicherung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ am 30. März 2022

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hatte die Kammerversammlungsmitglieder für den 30. März 2022 zu einem Großen Ratschlag „Qualitätssicherung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ eingeladen. Damit kam er dem Beschluss der Kammerversammlung vom November 2021 nach, zu diesem aktuellen und komplexen Thema ausführlicher zu beraten. Rund 80 Kammerversammlungsmitglieder hatten sich der digitalen Informations- und Diskussionsveranstaltung zugeschaltet.

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, erläuterte einleitend, dass wesentliche Anteile der Psychotherapie nicht wie vom Gesetzgeber gefordert objektivierbar erfasst werden könnten. Damit bestünde die Gefahr, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen das psychotherapeutische Geschehen nur zu einem Teil abbilden. Man müsse sich daher konstruktiv damit auseinandersetzen, wie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung sinnvoll vorangebracht werden könnten.

Bernhard Moors aus dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen moderierte die Veranstaltung. In seiner Einführung wies er darauf hin, dass das anspruchsvolle Thema Qualitätssicherung den Berufsstand schon lange beschäftige. Auch die von der Kammer entwickelten Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen, die auf Bundesebene viel Beachtung gefunden hätten, seien in diesem Kontext zu betrachten.

Hintergründe und aktuelle Entwicklungen

Prof. Dr. Johannes Ehrenthal vom Lehrstuhl für Klinische Psychologie und empirisch-quantitative Tiefenpsychologie der Universität zu Köln beschrieb die Qualitätssicherung im Spannungsfeld zwischen psychotherapeutischer Praxis und praxisorientierter Forschung. Insbesondere stellte er die Problematik dar, aus der Forschung Folgerungen für die Qualitätssicherung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Niederlassung abzuleiten. Die hohe Heterogenität und eine Vielzahl von miteinander verschränkten Einflussfaktoren in der Psychotherapie würden dies erschweren.

Dr. Nicole Helmbold, Abteilungsleiterin für sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Transparenz bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), informierte zu den gesetzlichen Vorgaben und der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem Sachstand des Verfahrens und der Perspektive der KBV. Vor einer bundesweiten Ausrollung eines Qualitätssicherungsverfahrens halte die KBV eine umfassende Erprobung beispielsweise als Modellprojekt für unbedingt erforderlich, betonte die Referentin.

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki und Fanny Schoeler-Rädke vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) stellten die Vorschläge des Instituts für ein Qualitätssicherungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie vor. Ihr jüngst veröffentlichter Bericht wurde damit



Gerd Höhner



Bernhard Moors

erstmalig einer Institution im Gesundheitswesen präsentiert.

Diskussion und Ausblick

In den Diskussionen der Vorträge sprachen Kammermitglieder weitere Aspekte an. Gerd Höhner dankte den Referierenden schließlich für die hohe wissenschaftliche Qualität ihrer Vorträge. Er sehe allerdings nach wie vor keinen angemessenen Zusammenhang zwischen dem Aufwand und dem, was erreicht werden soll. Als Ergebnis der Veranstaltung könne man mitnehmen: Alle würden das Beste wollen und der Berufsstand sei bereit, ein Dokumentations- und Qualitätssicherungsverfahren zu etablieren. Doch so, wie dies derzeit geplant werde, sei es seiner Ansicht nach nicht machbar.

Symposium der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 26. März 2022

Das Symposium „Sexualisierte Gewalt als (Behandlungs-)Thema in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen am 26. März 2022 wurde federführend von dem Ausschuss Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet. An der ganztägigen Online-Fachtagung, die nach Freischaltung der Anmeldung binnen weniger Stunden ausgebucht war, nahmen rund 230 Gäste teil. Durch das Programm führte Oliver Staniszewski, Vorsitzender im Ausschuss Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Kammerpräsident Gerd Höhner erläuterte eingangs, dass für die Kammer in der Auseinandersetzung mit diesem Thema die zentrale Frage sei, welche fachliche Unterstützung der Berufsstand für die weitere Ausgestaltung der Kooperationen mit der Jugendhilfe und mit Beratungsstellen leisten könne. Wesentliche Aufgaben seien die fachliche Qualifizierung von Mitarbeitenden in der Jugendhilfe, die Flexibilisierung der Umsetzung psychotherapeutischer Leistungen mit angemessener Honorierung sowie die bessere Verzahnung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit anderen Akteurinnen und Akteuren.

Kinderschutz – ein Querschnittsthema

Christina Schulze Föcking, Sprecherin der CDU-Landtagsfraktion in der



Gerd Höhner



Oliver Staniszewski

Kommission für die Wahrnehmung der Belange der Kinder (Kinderschutzkommission), dankte in einem Grußwort der Profession und der Kammer für ihr Engagement im Themenfeld sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Sie beschrieb Kinderschutz als breites Querschnittsthema und konkretisierte Handlungsbedarfe wie die Aufgabe, das Thema stärker in der Ausbildung der beteiligten Berufsgruppen zu verankern. Als Meilenstein bezeichnete Christina Schulze Föcking das kurz vor der Verabschiedung stehende Landeskinderschutzgesetz NRW. Es zielt auf eine Qualitätsoffensive und mehr Unterstützung für die Fachkräfte in Jugendamt, Kita und Schule. Abschließend bekräftigte die Landespolitikerin ihren Wunsch, den guten Austausch

mit der Kammer und dem Berufsstand fortzusetzen und zu vertiefen.

Fachvorträge und Workshops

Prof. Dr. phil. Christian Schrapper vom Institut für Pädagogik der Universität Koblenz-Landau beschrieb in seinem Vortrag die Herausforderungen für die Fachkräfte in der Jugendhilfe, die Perspektive von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, sowie Möglichkeiten des Zusammenwirkens im Kinderschutz. Monika Bormann, Psychologische Psychotherapeutin aus Bochum und langjährige Leiterin einer Fachberatungsstelle gegen Misshandlung, Vernachlässigung und sexualisierte Gewalt an Kindern, schlüsselte in ihrem Referat auf, warum sexualisierte Gewalt gegen Kinder selten bemerkt wird und wie die betroffenen Kinder zum Schweigen gebracht werden.

Am Nachmittag wurden parallel sechs Online-Workshops angeboten. Neben praxisnahen Aspekten der Psychotherapie mit betroffenen Kindern und Jugendlichen wurden Grenzverletzungen und Machtmissbrauch in der Psychotherapie, die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie und neue (digitale) Formen sexueller Gewalt aufgegriffen. In einer Plenumsdiskussion brachten Teilnehmende weitere Aspekte ein. Gerd Höhner bekräftigte, die Kammer werde das Thema Kinderschutz und die damit verbundenen Anliegen der Profession auf politischer Ebene weiterhin verfolgen.

Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Köln am 9. März 2022

Für den 9. März 2022 hatte der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen die Kammermitglieder im Regierungsbezirk Köln zu einer Regionalversammlung eingeladen. Über 120 Kammerangehörige hatten sich zu der digital durchgeführten Veranstaltung angemeldet.

Kammerpräsident Gerd Höhner ging in seiner Begrüßung auf die Unter-

stützungsbedarfe der Menschen aus der Ukraine ein, die bedingt durch den Krieg in ihrem Land nach Deutschland kommen. In seinem Vortrag zeigte er Grundprobleme und Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen auf. Angesichts der erkennbaren Mängel setzte sich der Kammervorstand auf Landes- und Bundesebene für eine Ausweitung des Versorgungsangebots ein. Positiv wertete

Gerd Höhner, dass wesentliche Forderungen der Profession in den Koalitionsvertrag der auf Bundesebene regierenden „Ampelparteien“ eingegangen seien. Damit werde eine „echte“ Reform der Versorgungsplanung angestrebt.

Vorstandsmitglied Bernhard Moors erläuterte Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die psychotherapeutische

Praxis. Ausführlich ging er auf Anwendungen und Entwicklungsstand der Telematikinfrastruktur und Internetanwendungen in der Psychotherapie ein.

Barbara Lubisch aus dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-

Westfalen referierte zum Sachstand bei der Ausarbeitung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der Umsetzung der Weiterbildungsreform in Nordrhein-Westfalen. Ziel sei, die Muster-Weiterbildungsordnung in

allen Landeskammern eins-zu-eins umzusetzen. In Nordrhein-Westfalen strebe man die Verabschiedung der Weiterbildungsordnung in der Sitzung der Kammerversammlung im Dezember 2022 an.

Informationsveranstaltung zu der elektronischen Patientenakte (ePA) am 25. Februar 2022

Am 25. Februar 2022 führte die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ihre in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz umgesetzte Online-Informationsveranstaltung „Die elektronische Patientenakte (ePA) – zwischen Patientennutzen und Datenschutz“ erneut durch. Aufgrund der großen Nachfrage hatten an dem ersten Termin im September 2021 nicht alle interessierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten teilnehmen können. Die Wiederholung der Fachveranstaltung fand mit rund 600 Anmeldungen – davon mehr als 130 aus Rheinland-Pfalz – erneut großen Zuspruch.

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, moderierte die Veranstaltung und führte gemeinsam mit Ulrich Bestle aus dem Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz in das Veranstaltungsthema ein.

Im Folgenden boten drei Fachvorträge praxisnahe Hinweise rund um die digi-

tale Anwendung für Patientinnen und Patienten: Andrea Sieker, Rechtsanwältin und Leiterin der Abteilung Digitalisierung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, erläuterte sozialrechtliche Aspekte der elektronischen Patientenakte in der psychotherapeutischen Versorgung. Charly Bunar, strategischer Produktmanager ePA bei der gematik, stellte seinen Vortrag unter die Überschrift „Von der Theorie in die (psychotherapeutische) Praxis: Konzept, Funktionsweise und Ausblick auf die Ausbaustufen der ePA“. Götz Keilbar, Fachanwalt für Medizin-, Verkehrs- und Versicherungsrecht, fasste haftungsrechtliche Fragestellungen der elektronischen Patientenakte zusammen.

Teilnehmende der sich anschließenden Podiumsdiskussion waren die Referierenden, Andreas Pichler und Ulrich Bestle jeweils für den Vorstand ihrer Kammer, Beate Kalz, Referentin TI-Fachanwendungen im Geschäftsbereich IT & eHealth der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, und Dr. jur. Steffen Römheld, juristischer Re-



Andreas Pichler

ferent im Geschäftsbereich Recht der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. In einem angeregten Austausch wurde nochmals deutlich, dass der Einsatz der elektronischen Patientenakte zahlreiche Fragen aufwirft.

Abschließend forderte Andreas Pichler, zentrale Aspekte bei der Nutzung der Akte auf die politische Agenda zu setzen. Die bestehenden Probleme dürften nicht auf die niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abgewälzt werden.

Fachtagung zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung am 22. Februar 2022

Am 22. Februar 2022 fand die Online-Fachtagung „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Nordrhein-Westfalen – Sachstand und Perspektiven“ statt. Die Veranstaltung war von der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) konzi-

piert und durchgeführt worden. Die Kommission „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“ und weitere Kammermitglieder mit besonderer Expertise in diesem Themenfeld hatten an der Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung engagiert mitgewirkt. Rund 570 Interessierte hatten sich für die ganztägige, facettenreiche Fachtagung angemeldet.

In Fachvorträgen, Workshops und einer Podiumsdiskussion wurden die Mängel in der psychotherapeutischen Unterstützung von Menschen mit Intelligenzminderung erörtert, Barrieren beschrieben und Lösungsansätze aufgezeigt. In fünf parallelen Online-Workshops hatten im jeweiligen Bereich erfahrene Kammermitglieder die Leitung und Co-Leitung übernommen. Auch Menschen

mit Intelligenzminderung beteiligten sich mit Beiträgen und künstlerischen Einspielern an der Fachtagung.

Dr. Edmund Heller, Staatssekretär im MAGS, betonte in der als Gespräch moderierten Begrüßung, man wolle mit der Tagung in diesem Versorgungsbe- reich Beschäftigte und Angehörige von Menschen mit Intelligenzminderung für das Thema sensibilisieren. Ebenso setze man sich dafür ein, im Sinne der Verantwortlichkeiten des Ministeriums Defizite in der Versorgung zu reduzie- ren. Kammerpräsident Gerd Höhner betonte, dass es an ambulanten Ange- boten für die Versorgung dieser Bevöl- kerungsgruppe fehle. Nach wie vor sei die Psychotherapie-Richtlinie für die- sen Tätigkeitsbereich praxisfern. Es sei an der Zeit, dass die verantwortlichen Gremien, insbesondere der Gemeinsa- me Bundesausschuss (G-BA), auf die offensichtlichen Mängel reagieren. Für eine bessere Versorgung seien Wei- terentwicklungen und Flexibilisierun- gen unerlässlich. Claudia Middendorf, Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nord- rhein-Westfalen, betonte, aktiv daran mitwirken zu können, Akteurinnen und

Akteure zu erreichen und Vernetzungen zu fördern.

Fragen der Versorgung und mögliche Lösungen

Prof. Dr. med. Michael Seidel von der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geisti- ger Behinderung e. V. (DGSG) stellte in seinem Vortrag die aktuelle Versor- gungssituation von Menschen mit Intel- ligenzminderung dar. Martina Schu von der Gesellschaft für Forschung und Be- ratung im Gesundheits- und Sozialbe- reich (FOGS) informierte über das „Gut- achten zur psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminde- rung und/oder mit Autismus-Spektrum- Störungen in Nordrhein-Westfalen“, das vom MAGS Ende 2021 in Auftrag gegeben worden war und das bis Sep- tember 2022 vorliegen soll.

Annika Kleischmann vom Zentrum für Psychische Gesundheit und Psychothe- rapie der Universität Witten-Herdecke gab im Gespräch mit ihrem Co-Refere- renten Benjamin Holland, der mit einer kognitiven Einschränkung lebt, beispiel- haft Einblicke in ihre gemeinsame psy- chotherapeutische Arbeit.

In einer Podiumsdiskussion wurden weitere Aspekte der psychotherapeu- tischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung angesprochen. An der Gesprächsrunde beteiligten sich Ulrich Langenberg, Gruppenleiter in der Abteilung Krankenhausversorgung im MAGS, Prof. Dr. Adelheid Schulz, Spre- cherin der Kommission „Psychothera- peutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“ der Psycho- therapeutenkammer Nordrhein-West- falen, Dr. med. Jörg Stockmann, Bei- ratsmitglied des Vorstands der Bundes- arbeitsgemeinschaft für medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (BAG MZEB), Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/ Hamburg, und Beate Kubny, Abtei- lungsleiterin des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR), Dezernat Soziales.

Gerd Höhner bilanzierte abschließend, die Veranstaltung habe gezeigt, dass die Mängel in der Versorgung über- wunden werden könnten. Er sei jedoch darauf eingestellt, dass man dafür noch lange kämpfen müsse. Der Berufsstand sei gewillt, dies zu tun.

Bekanntmachung des Hauptwahlleiters der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Gemäß § 23 Abs. 3 i. V. m. § 21 Abs. 9 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kammerversammlungen der Heilberufskammern vom 20. Sep- tember 2013 gebe ich bekannt:

Herr Peter Müller-Eikermann, Wahlkreis Arnsberg, Psychologischer Psychotherapeut, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“ ist am 31.01.2022 verstorben und damit aus der 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ausgeschieden.

Nachgerückt ist Frau Annegret Stäwen, Wahlkreis Arnsberg, Psychologische Psychotherapeutin, Vorschlag „PsychotherapeutInnen NRW“.

Gez.

*Dr. jur. Peter Abels
Hauptwahlleiter*

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

Rückblick auf die 31. OPK-Kammerversammlung

Am 1./2. April 2022 trafen sich die Mitglieder der OPK-Kammerversammlung zu ihrer 31. Sitzung im Schloss und Gut Liebenberg im Norden Brandenburgs. Der Blick der gewählten Vertreterinnen und Vertreter richtete sich neben den aktuellen gesundheits- und weltpolitischen Ereignissen vor allem auf die Kammerstruktur. Im Mittelpunkt standen die Beratungen über die neuen Ordnungen der OPK.

Alles in Ordnung(en)

Von der Wahlordnung und Hauptsatzung über die Meldeordnung und Berufsordnung bis hin zur Weiterbildungsordnung und Fortbildungsordnung. Alle Ordnungen, die es in den kommenden Monaten zu ändern gilt, wurden umfassend und konstruktiv beraten. Damit wird 2022 eine wichtige Wegmarke der Kammerhistorie ausmachen. Die Ursache ist die mit der neuen Berufsgruppe entstehende, neue Komplexität. Bereits innerhalb der kommenden zwölf Monate wird es die ersten Absolventinnen und Absolventen der neuen Psychotherapie-Studiengänge geben. Die neue Berufsgruppe soll nicht nur eingebunden werden, vielmehr sollen die Regelungen zukunftsweisend und ausgewogen sein.

Kammerwahl steht vor der Tür

Zudem ist es bereits im kommenden Jahr wieder an allen Kolleginnen und Kollegen, eine neue Kammerversammlung zu wählen. Die Kammer hofft auf eine rege Wahlbeteiligung, denn nie war es wichtiger zu wählen und damit der gesamten Profession die nötige Stimme zu geben. Die Erfolgsformel der OPK lautet seit der Kammergründung vor mittlerweile mehr als 15 Jahren und auch weiterhin 7x5. Aus dem

Kreise der Kandidatinnen und Kandidaten werden also auch in Zukunft in allen fünf Bundesländern jeweils sieben Delegierte gewählt.

Ein unabhängiger Wahlausschuss organisiert ab Januar 2023 die Wahl. Er prüft die Wahlvorschläge, zählt die abgegebenen Stimmen aus und ermittelt das Wahlergebnis. Das steht Mitte Dezember 2023 fest.

Damit dies reibungslos gelingt, gibt sich die Kammer im Herbst dieses Jahres eine neue Struktur. Bewährtes mit Neuem transparent verbinden – dies war schon immer der Schlüssel, erfolgreich, kollegial und nach außen hin mit einer Stimme voran zu gehen. Aus diesem Grunde möchten wir allen Interessierten an dieser Stelle vor der eigentlichen Verabschiedung einen kleinen Blick in die Regelungen der Wahlordnung gewähren, wie Sie im Entwurf vorliegen und voraussichtlich im Herbst verabschiedet werden können.

Neues Wahlsystem in der Diskussion

Mit der neuen Berufsgruppe gilt es, ein neues Wahlsystem zu finden. In diesem sollte es zum einen darum gehen, den Wählenden eine echte (Aus-)Wahl zu geben und Freiheitsgrade bei der Wahl zu bewahren. Wir geben den Wählenden die Möglichkeit, ihre Stimme innerhalb ihres Wahlkreises im Rahmen der demokratischen Mehrheitsfindung wirklich frei und ohne Beschränkung auf das Versorgungsfeld abzugeben.

Zum anderen sollten die beiden Versorgungsfelder (Erwachsene sowie Kinder- und Jugendliche) in jedem Bundesland weiterhin in der Kammerversammlung

repräsentiert sein. Dies sind zwei zentrale Vorteile.

Hohe Freiheitsgrade, breite Repräsentanz

Aus diesem Grunde werben der Vorstand und der Geschäftsführer dafür, dass innerhalb der fünf Wahlkreise (=Bundesländer) jeweils alle Wahlberechtigten jede sich zur Wahl stellende Person wählen können sollten. Jeder und jede kann jeden und jede wählen. Somit gäbe es einen Wahlkörper je Land. Das wäre neu, überwindet aber mögliche Grenzen der Berufsgruppen. Gewählt sind am Ende diejenigen sieben Kandidatinnen und Kandidaten, die die meisten Stimmen auf sich vereinen.

Zugleich sollte es ein wichtiges Anliegen bleiben, aus jedem Bundesland stets ein breites Spektrum der Erfahrungen und Eindrücke in den Blickwinkel der Kammerversammlung zu rücken. Nur so wird die gesamte Profession gesehen, gehört und auch angemessen repräsentiert. Damit das noch besser gelingt, erhält der/die stimmenmäßig Höchstplatzierte jedes Versorgungsfeldes automatisch einen Platz in der Kammerversammlung.

Sollten im Land X die sieben stimmenmäßig Bestplatzierten aus ein und demselben Versorgungsfeld stammen, rückt dann anstelle der oder des Siebtplatzierten automatisch die oder der Bestplatzierte des ansonsten nicht vertretenen Versorgungsfeldes in die Kammerversammlung. Um einem Taktieren entgegenzuwirken, haben sich alle Kandidatinnen und Kandidaten bei ihrer Kandidatur zu erklären, welches Versorgungsfeld sie im Falle ihrer Wahl in der Kammerversammlung vertreten.

Ausblick

Alles in allem bildet das aktuell diskutierte Wahlsystem eine gute Synthese aus zwei wichtigen Eigenschaften: Zum einen schafft es Freiheitsgrade für alle Wahlberechtigten, zum anderen gewährt es die nötige Sicherheit, damit Kolleginnen und Kollegen wirklich beider Versorgungsfelder in unserem 108.000 Quadratkilometer großen Einzugsgebiet angemessen Gehör finden können.

Am 7./8. Oktober 2022 werden die Ordnungen von der Kammerversammlung erneut beraten und sodann beschlossen. Die Versammlung findet im Palais Salfeldt in Quedlinburg statt. Die Hoffnung ist groß, dass auch diese Sitzung wieder in Präsenz stattfinden wird. Wir freuen uns darauf.

Gregor Peikert und Jens Metge



Abbildung: © OPK

Fachtag „Erste Hilfe für Geflüchtete aus der Ukraine

Der russische Angriffskrieg auf die Ukraine erschüttert uns alle zutiefst und erzeugt Gefühle von Angst, Ohnmacht und Entsetzen. Neben der eigenen menschlichen Betroffenheit sind wir als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Expertinnen und Experten für den professionellen und heilenden Umgang mit Menschen, die Schreckliches erlebt haben, wenn diese Erlebnisse zu psychischen Belastungen und Krankheiten führen. Wir erleben eine bemerkenswert große Bereitschaft, den aus der Ukraine geflüchteten Menschen zu helfen – im privaten Bereich, aber eben auch mit unserer psychotherapeutischen Expertise.

Die geflüchteten Menschen aus der Ukraine sind extremen Belastungen ausgesetzt: Nächte im Luftschutzbunker und Raketen, die in Wohnhäuser einschlagen. Mütter und Kinder, die ihre Ehemänner und Väter im Krieg zurücklassen müssen. Ein signifikanter Teil der geflüchteten Kinder, Jugendlichen und Erwachsene aus der Ukraine bringt traumatische Erfahrungen mit, die psychotherapeutische Hilfe erforderlich machen werden. Die erhöhte

Nachfrage wird aller Wahrscheinlichkeit nach nicht sofort einsetzen, da die Menschen erst einmal einen sicheren Platz finden müssen, um anzukommen und sich niederzulassen. Dann jedoch werden Anfragen zur Behandlung geflüchteter Menschen aus der Ukraine auf unsere psychotherapeutischen Praxen, aber auch auf den teilstationären und stationären Bereich zukommen.

Deshalb entstand die Idee, kurzfristig kostenfreie Veranstaltungen für unsere Mitglieder anzubieten. Wir wollen damit Ihrem großen Interesse entgegenkommen. Wir wollen so aber auch als Heilberufekammer unserem gesellschaftlichen Auftrag entsprechen und dort einen Beitrag leisten, wo uns dies möglich ist. Gemeinsam war es den Vorständen der OPK und der PTK Berlin ein Anliegen, den Mitgliedern beider Kammern die Möglichkeit zu geben, sich mit diesem speziellen Versorgungsthema vertieft zu beschäftigen, um Impulse für die kommenden Anfragen und Behandlungen zu bekommen und sie in Ihrer Handlungssicherheit zu bestärken. In Kooperation mit der PTK Berlin lud die OPK am 29. April 2022 zu

einem Fachtag „Erste Hilfe für Geflüchtete aus der Ukraine“ ein. Die PTK Berlin veranstaltete am 11. Mai 2022 eine Fortbildung zur Arbeit mit Geflüchteten aus der Ukraine.

Eröffnet wurde der Fachtag gemeinsam durch die Präsidentin der PTK Berlin, Frau Schweitzer-Köhn, und den Präsidenten der OPK, Herrn Dr. Peikert. Als Expertin im Vorstand der OPK für Psychotherapie, psychosoziale Notfallversorgung und Psychotherapie mit Geflüchteten führte Frau Dr. Ahrens-Eipper in die Thematik ein und durch den ganzen abwechslungsreichen Tag. Frau Schriefers, Psychologische Psychotherapeutin bei Xenion, Berlin, ist ausgewiesene Expertin in der Behandlung von Geflüchteten und ergänzte den gemeinsamen Impulsvortrag durch Ausführungen zum Thema Trauma und Flucht und zu Besonderheiten in der Arbeit mit geflüchteten Menschen. Weiterhin gab Frau Deimling, Psychologische Psychotherapeutin und langjährige Referentin im Curriculum „Spezielle Psychotherapie OPK“, einen Überblick über Entstehung und Behandlung von Traumafolgestörungen und die Abgrenzungs-



Foto: © Adobe Stock

möglichkeiten zwischen normalen und behandlungsbedürftigen Reaktionen auf belastende Ereignisse. Frau Dr. Ahrens-Eipper ergänzte diese Ausführungen um Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen und gab einen Überblick über den Stand der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für die Versorgung von geflüchteten Menschen. Nach der Pause konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwei Gruppen zuordnen, um einen Überblick über altersspezifische Diagnostik und Psychoedukation mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu erhalten. Anschließend stellte Frau Schriefers die Arbeit der Psychosozialen Zentren und Besonderheiten bei

der Psychotherapie mit Unterstützung von Sprachmittlern vor.

Zum Abschluss wurde die Runde um Frau Prof. Barbara Bräutigam, Professorin für Psychologie, Beratung und Psychotherapie an der Hochschule Neubrandenburg und Frau Corinna Klinger, Leiterin des psychosozialen Zentrums Leipzig ergänzt, um eine rege und praxisnahe Diskussion unter dem Motto „Erfahrungen, Hürden, Visionen“ zu führen, in der zahlreiche Ideen und Anregungen zur Sprache kamen.

Das Interesse an der Veranstaltung war mit beinahe 1000 Teilnehmerinnen und

Teilnehmern riesig und wir freuen uns, dass dieses Angebot zu Information und Austausch so großen Anklang fand. Die Seite www.opk-fachtag.xcom.live bleibt auch nach der Veranstaltung bestehen. Wir stellen Ihnen dort nicht nur die Präsentationen der Vorträge zur Verfügung, sondern auch weiterführende Linksammlungen, einen thematischen Literaturüberblick, die übersetzten OPK-Flyer sowie Hinweise zu diagnostischen und therapeutischen Materialien. Auch können Sie hier einen Mitschnitt der Veranstaltung ansehen. Ihre Registrierungsdaten behalten ihre Gültigkeit für dieses Angebot. Sollten Sie nicht an der Veranstaltung teilgenommen haben, können Sie sich hier (www.opk-fachtag.xcom.live/register) registrieren und haben dann ebenfalls Zugriff auf die Materialien und den Live-Mitschnitt.

Wir bedanken uns herzlich bei den Referentinnen und allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für diese aufschlussreiche Veranstaltung.

Geschäftsstelle

Goyastraße 2d
04105 Leipzig
Tel.: 0341/462432-0
Fax: 0341/462432-19
info@opk-info.de
www.opk-info.de

Liebe Kolleg*innen,

gerade als in Bezug auf die Corona-Pandemie wieder Lockerungen beschlossen wurden, holte uns die nächste Krise ein, der russische Einmarsch in die Ukraine mit all den Verwüstungen, Tod, menschlichem Leid und einer erneuten Fluchtbewegung. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz begrüßt, dass den Menschen aus der Ukraine die Aufnahme in Deutschland ermöglicht wird und fordert, dass diesen Geflüchteten eine adäquate psychosoziale Versorgung zuteil wird. Zwar werden sie ab Juni Anspruch auf eine Gesundheitskarte haben und damit auch einen Anspruch auf Psychotherapie – aber was nutzt dies, wenn die nötige Sprachmittlung nicht finanziert ist? Hier müssen über gesetzliche Vorgaben dringend verbindliche Regelungen geschaffen werden. Und dies muss dann auch für Geflüchtete aus anderen Ländern gelten, wenn sie der deutschen Sprache nicht so mächtig sind, dass sie einer Psychotherapie folgen können. Letztlich heißt das auch, dass wir langfristige Strukturen (z. B. die finanzielle Sicherung und Aufstockung der Psychosozialen Zentren) für die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten brauchen. Wer weiß, wo der nächste Krieg ausbricht, ganz zu schweigen von den Fluchtbewegungen, die aufgrund der Klimakrise auf uns zukommen werden.

Auch wenn wir in Deutschland aus (im wahrsten Sinne) sicherem Abstand nur Zeug*innen sind und die daraus resultierenden Belastungen in nichts vergleichbar sind mit dem, was die ukrainische Bevölkerung erlebt, so reagieren doch nicht wenige Menschen hierzulande mit Ängsten, Unsicherheit und erhöhtem Belastungsniveau. Dies wird uns zusammen mit den Kollateralschäden der Coronapandemie sicher vor weitere Herausforderungen in der Versorgung stellen.

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat nach Ausbruch des Krieges schnell reagiert und auf der Homepage eine Sammlung von Informationen und nützlichen Links zum Thema Krieg und Flucht angelegt, die ständig ergänzt wird. Schauen Sie also gerne immer mal



Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der LPK RLP

wieder auf unsere Homepage, wenn Sie selbst nach Informationen suchen. Auch ein Web-Seminar zum Thema „Die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz“ führte die Kammer durch, um denjenigen Hilfestellung geben, die eventuell selbst für Geflüchtete aktiv werden möchten. Außerdem erreichten den Vorstand zahlreiche Presseanfragen von Zeitungen, Fernsehen und Radio, die zeigen, wie groß das Bedürfnis nach fundierter Information ist und welche große Bedeutung die Medien mittlerweile der psychotherapeutischen Versorgung und dem psychotherapeutischen Blick auf aktuelle Themen zuschreiben. Wir bleiben dran...

Es grüßt Sie herzlich

Dr. Andrea Benecke
Vizepräsidentin
der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Neuer Praxis-Tipp der LPK-Juristinnen: Die Behandlungsdokumentation

Die LPK-Juristinnen haben einen neuen Praxis-Tipp für die Kammermitglieder verfasst. Diesmal ist das Thema die Behandlungsdokumentation. Eine sorgfältige und gute Dokumentation ist im psychotherapeutischen Alltag von großer Bedeutung – doch wie ist sie aufzubewahren und wann darf sie gelöscht werden? In der beliebten Reihe der Praxis-Tipps sind bereits Texte zu Auskunfts- und Schweigepflicht, Akteneinsichtsrecht, Suizidalität, Kindeswohlgefährdung und viele mehr erschienen. Alle Praxis-Tipps finden Sie zum Download auf unserer Homepage unter Info-Portal / Alles was Recht ist.

Zusätzliche Psychotherapeut*innen für Betroffene der Flutkatastrophe im Ahrtal – Interview mit Vorstandsmitglied Peter Andreas Staub

Die verheerende Flutkatastrophe im Ahrtal im Juli 2021 hat zu starken psychischen Belastungen vieler Betroffener geführt. Studien zeigen, dass bei Naturkatastrophen etwa zehn Prozent der Betroffenen eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) davontragen und sich das Risiko für Depressionen und Angsterkrankungen deutlich erhöht. Um der sich abzeichnenden unzureichenden psychotherapeutischen Versorgung in dieser besonders belasteten Region entgegen zu treten, hat der Zulassungsausschuss neue Psychotherapeut*innen für das Ahrtal zugelassen. Darüber sprach die LPK RLP mit **Peter Andreas Staub**, Mitglied des Vorstandes der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP).

LPK RLP: Herr Staub, um auf die besondere Bedarfssituation im Ahrtal zu reagieren, hat der Zulassungsausschuss vom Mittel der Sonderbedarfszulassung Gebrauch gemacht. Was ist darunter zu verstehen?

Peter Andreas Staub: Gemäß § 36 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses kann der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich zusätzliche Sitze schaffen, um die Versorgung zu gewährleisten, wenn ein lokaler Sonderbedarf vorliegt. Auf den Sonderbedarf wird zurück

gegriffen, wenn der Versorgungsbedarf *dauerhaft* erscheint, was im Ahrtal der Fall ist. Bei *vorübergehendem* Bedarf gibt es die Möglichkeit für den Zulassungsausschuss, eine befristete Ermächtigung auszusprechen. Dies ist für das Ahrtal bereits in zwei Fällen ge-



Peter Andreas Staub

schehen. Dann wurde aber zunehmend deutlich, dass die erhöhte psychische Belastung in dieser Region ein langfristiges Problem sein wird – Sonderbedarfszulassungen also ein adäquates Mittel sind, um den erhöhten Bedarf aufzufangen.

LPK RLP: Welche Zulassungen hat der Zulassungsausschuss nun konkret ausgesprochen?

Staub: Es waren harte Verhandlungen im Zulassungsausschuss und das Ergebnis kann sich sehen lassen: Der Ausschuss hat in seiner Sitzung am 30. März die Anträge zweier Kinder- und Jugendlichenpsychothera-

peut*innen genehmigt, die sich jetzt mit eigener Praxis in der von der Flut betroffenen Region niederlassen durften, um psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen zu helfen. Außerdem wurde eine Psychologische Psychotherapeutin für die Behandlung Erwachsener im Ahrtal ermächtigt. Schon im Januar hat der Zulassungsausschuss fünf Psychotherapeut*innen mit Teilversorgungsaufträgen für das Ahrtal zugelassen: Damals wurden vier hälftige Versorgungsaufträge und ein dreiviertel Versorgungsauftrag im Rahmen des Sonderbedarfs ausgesprochen. Das ist ein sehr gutes Ergebnis für die psychotherapeutische Versorgung in dieser Region.

LPK RLP: Wie ist die Nachfrage nach Therapieplätzen im Ahrtal momentan? Werden die zusätzlichen Zulassungen Ihrer Meinung nach ausreichen?

Staub: Die Nachfrage nach Therapieplätzen ist enorm. Das beweist, wie notwendig die zusätzlichen Angebote sind. Wir hoffen, dass sie spürbare Entlastung bringen. Es wird sich zeigen, ob wir bei weiterem Bedarf noch nachsteuern müssen. Vorerst sind wir jedenfalls sehr froh, dass es gelungen ist, die Krankenkassen in dieser besonderen Notlage vom dringenden Handlungsbedarf zu überzeugen, so dass die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen gemeinsam neue Kapazitäten schaffen konnten.

Neue LPK-Broschüren für Studierende und zum Thema Fortbildung



In ihrer neuen Info-Broschüre für Studierende „Beruf Psychotherapeut*in. Was kommt nach dem Studium?“ präsentiert die LPK RLP die wichtigsten Fakten rund um die neue Psychotherapie-Weiterbildung und erläutert den Weg ins Berufsleben. Eine weitere neue Publikation der Kammer widmet sich dem Thema Fortbildung. Die fünfseitige Broschüre mit dem Titel „11 Punkte,

die Sie zum Thema Fortbildung wissen sollten“ richtet sich in erster Linie an Neumitglieder der Kammer.

Beide Broschüren werden in digitaler Form auf der Homepage www.lpk-rlp.de im Info-Portal unter „Publikationen der LPK RLP und BPtK“ zum Download zur Verfügung gestellt.

Die Welt ist bunt und divers: LPK RLP setzt sich für Minderheiten ein – Social-Media-Kampagne im Mai und Juni

In verschiedensten Kontexten des alltäglichen Lebens werden Menschen aufgrund ihres Alters, ihres Geschlechts und ihrer geschlechtlichen Identität, ihrer Kultur, Religion, ethnischen Herkunft und Nationalität, ihrer sexuellen Orientierung sowie aufgrund von Behinderung diskriminiert und sind mit Barrieren und Ausgrenzungen konfrontiert. Diskriminierung, Ausgrenzung und Benachteiligungen sind dabei nicht immer auf den ersten Blick erkennbar und häufig schon in Systemen verankert.

Die Folgen von Diskriminierung für die psychische Gesundheit können gravierend sein: So haben Kinder, die in den 20 % ärmsten Haushalten leben, eine vierfach erhöhte Wahrscheinlichkeit an psychischen Problemen zu leiden (Morrison Gutman et al., 2015). Menschen, die sich der LGBTQ+ Community zugehörig fühlen, berichten deutlich mehr psychische Probleme als heterosexuelle Personen (Semlyen et al., 2016). Auch bei Menschen mit geistiger Behinderung zeigt die Studienlage zusammenfassend, dass das Risiko, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, deutlich erhöht ist (vgl. Cooper et al., 2007; Deb et al., 2001).

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz nutzt unterschiedlichste Wege, um auf die Diskriminierung verschiedener Personengruppen aufmerksam zu machen. Im Mai und Juni dieses Jahres möchte die Kammer in einer Social Media Kampagne über ihre Twitter- und Facebook-Accounts unter den Hashtags **#diversity** und **#mentalhealth** den Zusammenhang von Diskriminierung und psychischer Gesundheit aufzeigen und daran erinnern: Die Welt ist bunt und divers – und das ist gut so! Ziel muss sein, diese Unterschiede zu berücksichtigen und wertzuschätzen – nicht, so zu tun, als wären alle gleich!

Vor dem Hintergrund dieser Überzeugung macht die Landespsychothera-



Diskriminierungserfahrungen können die psychische Gesundheit stark beeinträchtigen. (Abbildung: iStock/gmast3r)

peutenkammer Rheinland-Pfalz sich für verschiedene Minderheiten und ihre adäquate psychotherapeutische Versorgung stark. Hier einige Beispiele:

Gegen Transfeindlichkeit und die aktuellen Regelungen im Transsexuellen-Gesetz: In ihrer Stellungnahme von 2019 zur Neuregelung der Änderung des Geschlechtseintrags kritisierte die Kammer unter anderem die Vermischung von Begutachtung und Beratung und forderte ein flächendeckendes qualifiziertes Beratungsangebot und die Angleichung der Verfahren für die Änderungen des Geschlechtseintrags. Darüber hinaus macht sie in ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf die Missstände aufmerksam.

Für eine bessere psychotherapeutischer Versorgung Geflüchteter: Die Kammer engagiert sich auf verschiedenen Ebenen für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten. Sie kritisiert die Regelungen im Asylbewerberleistungsgesetz und deren Umsetzung und fordert eine Verankerung der Behandlung psychischer Erkrankung sowie eine Finanzierung von Sprachmittlung auch über das Asylbewerberleistungsgesetz hinaus im SGB V. Zudem bietet sie jährlich mehrere Veranstaltungen zu Themen wie Interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen oder Psychotherapeutischer Versorgung von Geflüchteten an, häufig in Kooperation mit der Ko-

ordinierungsstelle zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz. Zudem wurde 2021 mit mehreren Partnern ein Positionspapier mit dem Titel „Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund muss ausgebaut werden“ veröffentlicht.

Einsatz für psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung: Immer wieder äußerten Fachstellen gegenüber der Kammer, dass es für Menschen mit einer geistigen Behinderung schwieriger sei, eine ambulante psychotherapeutische Behandlung zu bekommen. Um diese Beobachtungen zu überprüfen und mögliche Gründe dafür zu identifizieren, wurden die Kammermitglieder befragt und die Ergebnisse im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung veröffentlicht und diskutiert.

Verbesserung der Gesundheitsversorgung von alten Menschen: Die LPK RLP ist immer wieder Kooperationspartner bei Veranstaltungen, die die psychotherapeutische Behandlung von Senioren zum Thema haben, so etwa bei der aktuellen digitalen Veranstaltungsreihe „Depression bei älteren Menschen“. Zudem ist sie Kooperationspartner im Projekt DemStepCare, das zum Ziel hat, stationäre Aufenthalte von Menschen mit Demenz zu vermeiden und die Belastung von pflegenden Angehörigen zu reduzieren.

Die Grundhaltung der LPK RLP ist bei ihrem Einsatz für benachteiligte Bevölkerungsgruppen eindeutig. Sie stellt sich entschieden gegen jegliche Formen von Diskriminierung und gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit. Respekt, Toleranz, Solidarität und zwischenmenschliche Empathie sind für sie unverzichtbare Werte, die ein Zusammenleben in einer freien, offenen und demokratischen Gesellschaft ermöglichen.

Der Krieg in der Ukraine und seine Auswirkungen auf die Psyche – LPK-Vorstandsmitglieder sind geschätzte Gesprächspartner für die Medien

Der Krieg in der Ukraine hat verheerende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Betroffenen und erzeugt auch hierzulande Ängste und Belastungen. Vor diesem Hintergrund treten die Medien verstärkt an die Landespsychotherapeutenkammer RLP heran und bitten um die Einschätzung der psychischen Folgen des Krieges durch Expert*innen. Im Zuge dessen stand die Vorstandsmitglieder immer wieder als Gesprächspartner zur Verfügung:

In einem ganzseitigen Interview befragte die **Rhein-Zeitung** die Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz **Sabine Maur** zu den psychischen Auswirkungen des Krieges in der Ukraine. „Krieg und Flucht gehören zu den am meisten traumatisierenden Erlebnissen“, so Frau Maur. Die Geflüchteten litten nicht nur unter den eigenen schrecklichen Erlebnissen, sondern seien zudem in großer Sorge um diejenigen, die weiterhin in der Heimat ausharren. Viele plagen ein schlechtes Gewissen, die Angehörigen zurückgelassen zu haben, zudem massive Ängste angesichts der ungewissen Zukunft. „Mehr psychische Belastung ist kaum vorstellbar“, fasst die Kammerpräsidentin zusammen.

Hierzulande treibt seit dem Angriff Russlands auf die Ukraine viele Menschen die Angst vor einem Dritten Weltkrieg und einer atomaren Eskalation um. Darüber führte die **Allgemeine Zeitung (AZ)** ein Interview mit **Dr. Andrea Benecke**, Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. In einem weiteren Artikel widmete sich die AZ der Frage, welche Auswirkungen der ständige Konsum von negativen Nachrichten auf Körper und Geist hat und zitierte dabei erneut Frau Dr. Benecke. Auch in der Fernsehsendung **SWR Aktuell RLP** wurde die LPK-Vizepräsidentin befragt – diesmal zu der Frage, warum dieser Krieg die Menschen offenbar mehr als andere Kriege berühre und welche Wirkung Gesten der Unterstützung wie Benefizveranstaltungen und Friedensdemonstrationen hätten. Ob gegen die Angst vor dem Krieg auch therapeutische Videos helfen könnten, wollte **SWR3** in einem Radio-Interview von Frau Dr. Benecke wissen.

LPK-Vorstandsmitglied **Ulrich Bestle** sprach in einem Interview mit dem medizinischen Fachportal **DocCheck** über die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten aus der Ukraine. Das

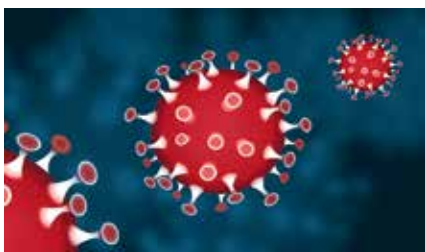


Sabine Maur, Dr. Andrea Benecke und Ulrich Bestle

Erleben von Krieg und Flucht könne langfristig Posttraumatische Belastungsstörungen, Suchterkrankungen, Depressionen und andere psychische Erkrankungen zur Folge haben, erklärte Herr Bestle. Die Prognosen bei adäquater Behandlung seien allerdings gut. Dem **SWR** gab Herr Bestle eine Einschätzung zum Thema „Hamsterkäufe – was steckt psychologisch dahinter?“

Alle Presse- und Medienartikel mit Beteiligung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz finden Sie in der gleichnamigen Rubrik auf unserer Homepage www.lpk-rlp.de unter „Aktuelles“.

Stetig aktualisierte Corona-FAQs auf der Kammer-Homepage



(Abbildung: Pixabay)

Seit über zwei Jahren begleitet uns die Corona-Pandemie und prägt auch den Alltag der psychotherapeutischen Praxen. Das immer wieder geänderte

Infektionsschutzgesetz hat auch für unsere Kammermitglieder häufig neue Regeln mit sich gebracht. Wenn noch Fragen rund um die psychotherapeutische Versorgung während der Corona-Pandemie offengeblieben sind, helfen wir Ihnen gerne weiter: Auf unserer Homepage finden Sie nach wie vor stetig aktualisierte Informationen, so beispielsweise auch in Bezug auf die einrichtungsbezogene Impfpflicht.

Die aktualisierten Corona-FAQs finden Sie unter www.lpk-rlp.de / Aktuelles /

Fragen und Antworten zur psychotherapeutischen Versorgung während der Corona-Pandemie.

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

Die neue Geschäftsführung der PKS

Im Dezember 2021 hat der Vorstand der PKS auf seiner Homepage und in einem Newsletter die Stelle als Geschäftsführung ausgeschrieben. Die stetig steigende Zahl der Mitglieder und vor allem die wachsenden Aufgaben der Kammer erfordern eine Neustrukturierung, und veranlassen uns dazu einige Tätigkeiten in professionelle Hände zu geben, um somit auf Dauer die Zukunft und die Qualität der Ehrenamtlichkeit in den Gremien der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes gewährleisten zu können.

Wir freuen uns, einen kompetenten und fachlich versierten Geschäftsführer gefunden zu haben, und wünschen Herrn Christian Lorenz eine gute Zeit bei der PKS.

Christian Lorenz stellt sich vor

Ich freue mich sehr, zukünftig gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen in der

Geschäftsstelle für die PKS und deren Mitglieder tätig zu sein. Gemeinsam und in enger Abstimmung mit dem Kammervorstand werde ich mich dafür einsetzen, dass Psychotherapeut*innen ihren wichtigen Beitrag zur Wiederherstellung und Erhaltung der seelischen Gesundheit leisten können. Nicht nur aufgrund der Entwicklungen der letzten beiden Jahre wird immer deutlicher, welche Relevanz unsere Arbeit in Institutionen und in der ambulanten Versorgung für hilfesuchende Menschen hat. Hinzu kommen neue und anspruchsvolle Herausforderungen an die Qualität unserer Arbeit, die Aus- und Weiterbildung und die Vertretung unserer Interessen in Politik und Gesellschaft. Nach meinem Psychologiestudium in Saarbrücken war ich als Führungskraft im Vertrieb tätig. Seit mehr als 20 Jahren arbeite ich freiberuflich für Wirtschaftsunternehmen, um die Potentiale von Mitarbeitenden und Führungskräften zu stärken und weiterzuentwickeln, und

mich leiten die Worte Erich Kästners: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.“ Auf ein konstruktives, reflektiertes und innovatives Zusammenarbeiten und ein baldiges persönliches Kennenlernen!



Dipl.-Psych. Christian Lorenz

TelefonSeelsorge Saar stellt Jahresbericht 2021 vor



Jahresbericht der TelefonSeelsorge Saar

Unter der Überschrift „Nichts ist so beständig wie der Wandel!“ hat die TelefonSeelsorge Saar am 27. April 2022 ihren sehr lesenswerten Jahresbericht 2021 vorgestellt.

Hier ein Ausschnitt aus der Langfassung, die auch unter folgendem Link abrufbar ist:

www.telefonseelsorge-saar.de

„Im Jahr 2001 wurde die TelefonSeelsorge Saar 23.000-mal angerufen, eine beeindruckende Zahl. Im Jahr 2021 waren dies 13.200 Anrufe. Sind wir also weniger gefragt oder gar weniger wichtig für die Menschen im Saarland gewesen? Diese Zahlen relativieren sich, wenn man weiß, dass 54 % der Anrufe nur 1 Minute dauerten. Die Durchschnittsdauer der Gespräche lag bei 9 Minuten. Wie das? Zu diesem Zeitpunkt rollte die Handywelle über Deutschland, was der TelefonSeelsorge

viele Scherz- und Testanrufe aus dem ganzen Bundesgebiet bescherte. Viele Jugendliche waren dabei, sich auszuprobieren und mit Themen rund um Sexualität und Partnerschaft den Kontakt zu Erwachsenen zu suchen. Das ging anonym und kostenlos bei der TelefonSeelsorge sehr gut. Diese Gespräche sind heute kaum noch am Telefon zu finden. Ausprobieren und Provozieren haben sich längst auf andere Bereiche, z. B. Soziale Netzwerke, verlagert. In der TelefonSeelsorge finden wir die Jüngeren eher in der Onlineberatung. Allerdings scheinen im letzten Jahr wieder etwas mehr Menschen unter 30 Jahren den Kontakt am Telefon gesucht zu haben. Es gibt einen leichten Zuwachs auf 8,3% der Anrufenden aus dieser Altersgruppe. Eventuell hat Corona den Wunsch nach einer menschlichen Stimme auch in diesem Alter erhöht.“

Waren es vor 20 Jahren vor allem Beziehungsthemen, wie Familienprobleme oder Paarprobleme, so sind es in den letzten Jahren vor allem Einsamkeit, Ängste und depressive Stimmung, die am häufigsten genannt werden.

Dazu passt, dass sich immer mehr Menschen, fast jeder*jede zehnte

Anrufer*in, aus Einrichtungen wie Pflegeheimen, der Forensik oder Jugendwohngruppen melden, meistens ist Einsamkeit der Hintergrund. „Dort werden die körperlichen Bedürfnisse der Bewohner*innen versorgt, aber es scheint weniger Möglichkeiten zum zwischenmenschlichen Kontakt und Austausch zu geben“, so Diplom-Psychologin Friederike Walla. Sie vermutet, dass der Anteil dieser Ratsuchenden künftig weiter zunehmen wird.

Der Anteil der Anrufenden, die Probleme mit einer psychischen Erkrankung vorweisen, stieg auf 43%. Vor 20 Jahren lag er noch unter 5%. „Psychische Erkrankungen werden heute offener benannt, die Menschen suchen aktiv nach Hilfe“, erklärt Walla die gewachsenen Zahlen.

Mehr Männer haben in den letzten Jahren die Unterstützung der evangelisch-katholischen TelefonSeelsorge Saar gesucht. Inzwischen nähert sich das Geschlechterverhältnis am Telefon immer mehr an, während es vor 20 Jahren zu ¾ Frauen waren, die das Gespräch suchten. „Das Rollenbild in unserer Gesellschaft hat sich verändert, dadurch sind auch für Männer Probleme

eher ansprechbar“, vermutet Heidrun Mohren-Dörrenbächer, die katholische Leiterin der TelefonSeelsorge Saar, als Hintergrund. Aus ihrer Sicht eine erfreuliche Entwicklung, denn dadurch sei auch eine frühere Begleitung und Unterstützung möglich.

Deutliche Unterschiede gibt es bei den Kommunikationsformen: Wer einsam ist, greift eher zum Telefonhörer oder Handy. Das häufigste Thema bei Mailanfragen sind depressive Verstimmungen. Beim Chat stehen Ängste an erster Stelle. Mail und Chat werden vor allem von den Unter-30-Jährigen genutzt (60% der Ratsuchenden)

„Wer allein ist, wünscht sich von Zeit zu Zeit eine menschliche Stimme zu hören“, sagt Mohren-Dörrenbächer. Gerade die Corona-Pandemie mit Kontaktbeschränkungen scheint diesen Wunsch verstärkt zu haben.“



Zukunftswerkstatt der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

Gemeinsam mit Mitgliedern unserer Vertreterversammlung haben wir im Februar einen ersten Schritt in Richtung Weiterentwicklung unserer Kammer gemacht. Im Format „Zukunftswerkstatt“ geht es darum, Organisationen

gemeinsam mit allen Beteiligten so weiterzuentwickeln, dass Vergangenes und Bewährtes integriert und neue Ideen entwickelt werden. Die von Robert Jungk entwickelte Methode sieht drei Phasen vor: Kritikphase, Utopiephase

und Realisierungsphase. Im ersten Termin unserer Zukunftswerkstatt haben wir die Kritik- und die Utopiephase bearbeitet. Wir sehen in den folgenden Bereichen große Potentiale, um die Organisation der Kammer und Geschäftsstelle weiterzuentwickeln:

1. Technik und Infrastruktur: Zeitgerechte und nutzerfreundliche Lösungen, um Informationen transparent und aktuell für alle Interessierten bereitzustellen.
2. Effektive Kommunikationswege innerhalb der Kammer und zeitnahe Information aller Mitglieder via Mail, Newsletter und andere Kanäle.
3. Beteiligung der Mitglieder bei Konzeptionen und bei Regularien (z. B. Weiterbildungsordnung), die alle betreffen.



Foto: Pixabay

4. Strategische Jahresziele und daraus abgeleitete Aufgaben, die neben den tagesaktuellen, operativen Aufgaben von Vorstand und Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Kammer bewältigt werden können und sollen.

5. Kammerübergreifende Zusammenarbeit in Bereichen, in denen insbesondere Investitionen zu tätigen sind (z. B. Onlinezugangsgesetz, cloudbasierte Datenbanklösungen).

6. Aktualisieren aller unserer Ordnungen und Regularien in Folge der Neufassung des Heilberufekammergesetzes im Saarland.

7. Attraktive inhaltliche Angebote für neue Mitglieder und Erfahrungs- und Wissensaustausch mit den langjährigen Mitgliedern der Kammer.

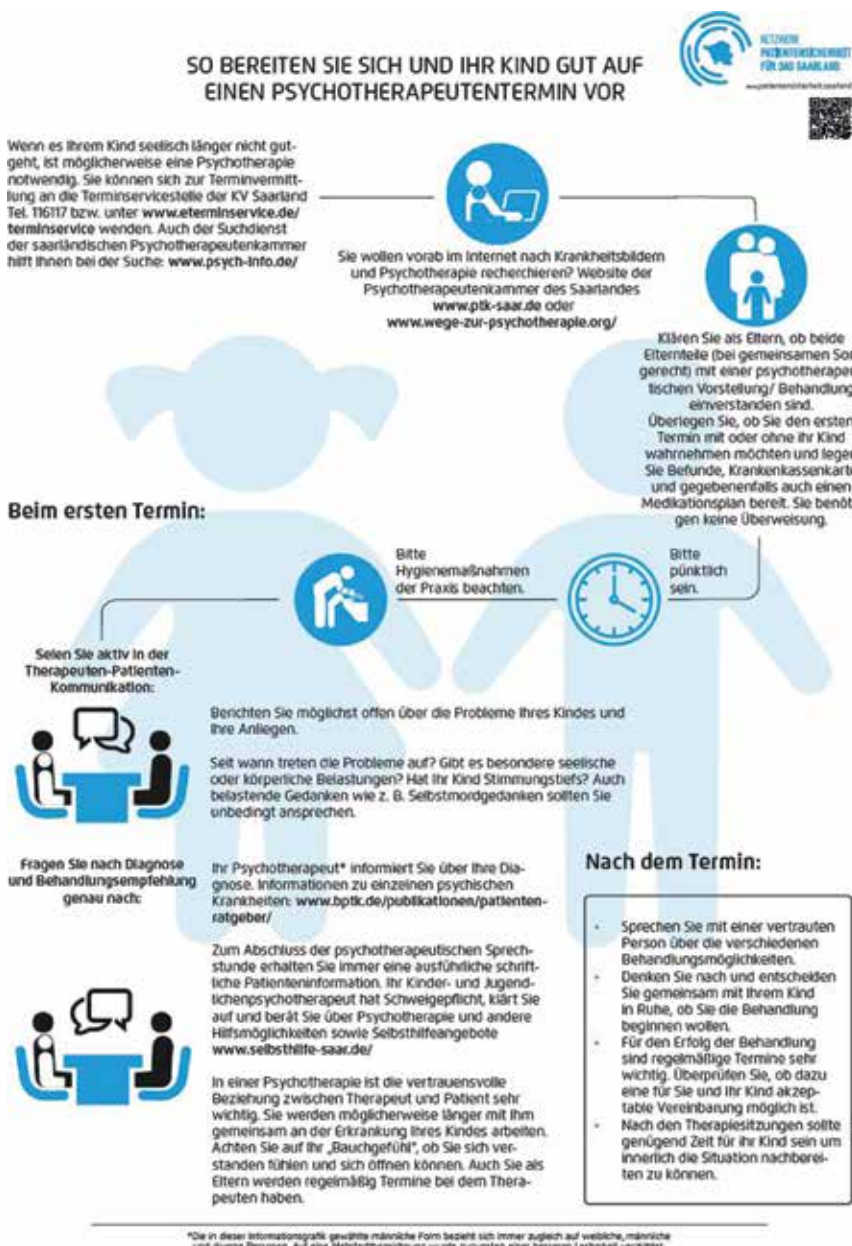
8. Vernetzung mit anderen Akteur*innen im Gesundheitswesen, um die psycho-

therapeutische Versorgung insbesondere vulnerabler Gruppen zu verbessern.

Wir planen weitere Termine, in denen wir die in der Utopiephase entwickelten Ansätze weiter spezifizieren und dann auch realisieren. Somit bildete die Zukunftswerkstatt den Auftakt zu einer professionellen Weiterentwicklung der Kammer, an der sich alle interessierten Mitglieder beteiligen können.

Dipl.-Psych. Christian Lorenz
Geschäftsführer der PKS

Netzwerkes Patientensicherheit veröffentlicht neue Infografik für Eltern



Bereits in der letzten Ausgabe des Psychotherapeutenjournals (1/2022) haben wir über die Initiative des Netzwerkes Patientensicherheit für das Saarland berichtet. Zuletzt hat das Netzwerk in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes eine Informationsgrafik für Erwachsene Patient*innen zur Vorbereitung von Psychotherapeutenterminen entwickelt. Seit Kurzem ist eine neue Grafik erschienen, die Eltern unterstützen soll sich und ihre Kinder und Jugendlichen auf einen Termin bei einem*einer Psychotherapeut*in vorzubereiten.

Zurzeit wird an einer Grafik gearbeitet, die gezielt Jugendliche ansprechen soll, sowie an der Ausarbeitung aller Grafiken in verschiedenen Sprachen. Auf der Website des Netzwerk Patientensicherheit können Sie alle aktuellen Grafiken abrufen: www.patientensicherheit.saarland/patienteninformation#Patientengespraech

Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Silke Wendels, Lisa Zender

Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681/954555–6
Fax: 0681/954555–8
kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleg*innen,

es herrscht Krieg.

Dieser Satz stimmt sicher nicht nur heute, am 9. Mai 2022, sondern leider sicher auch zum Zeitpunkt des Erscheinens dieser Länderseiten.

Es herrscht Krieg.

Nicht nur wie jetzt in der Ukraine, sondern in der Vergangenheit, der Gegenwart und vermutlich auch in der Zukunft in vielen anderen Regionen in der Welt.

Krieg ist grausam.

Menschen töten Menschen. Und es gibt meist noch mehr Verletzte, körperlich und seelisch Verletzte.

Krieg ist einfach schrecklich.

Wenn wir jetzt merken, dass wir indirekt auch betroffen sind, hilft das hoffentlich, dass wir uns (wieder) verstärkt mit unseren Möglichkeiten für den Frieden engagieren: Für den äußeren Frieden, aber auch für den inneren. Und Klimawandel bezieht sich nicht nur u. a. auf die Erderwär-



Dr. Clemens Veltrup

mung. Ein Klimawandel zwischen Menschen ist genauso notwendig. Hier geht es darum, für Bedingungen zu sorgen, dass sich Beziehungen zwischen Menschen und Nationen nicht zu stark abkühlen und „gewaltfreie“ Kommunikation das zentrale Mittel des Austauschs bei und zur Klärung von unterschiedlichen Interessen bleibt bzw. wird.

Globale Herausforderungen sind natürlich viel wichtiger als das, was uns gerade in der PKS H beschäftigt.

Dennoch, auch bei uns geht es um eine gute Zukunft. Der Deutsche Psychotherapeutentag wird sich in Stuttgart noch einmal mit der Musterweiterbildungsordnung beschäftigen und hoffentlich die (vorläufig) finale Version verabschieden, die dann die Grundlage für die Weiterbildungsordnung in Schleswig-Holstein sein wird. Die Kammerversammlung wird sich so schnell wie möglich mit diesem Thema befassen und zu einer Entscheidung kommen.

Nach der Landtagswahl wird es eine neue Regierung in Schleswig-Holstein geben. Ich wage hier heute, einen Tag nach der Wahl, keine Prognose, welche Parteienkonstellation das Land zukünftig gestalten will und wird. Auf jeden Fall hoffen wir auf die notwendige politische Unterstützung für die Umsetzung der Weiterbildung, v. a. in Fragen der Finanzierung. Dazu können Landespolitik und Landesregierung einiges beitragen.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Clemens Veltrup
 Präsident

59. Kammerversammlung am 18. März 2022

Wie schon so oft in den letzten Jahren fand die Kammerversammlung wieder in der Hermann-Ehlers-Akademie in Kiel statt.

Zu Beginn des neuen Jahres wurden einige statistische Daten aus der Kammerverwaltung dargestellt. Als wichtigste Zahl: Die PKS H hat 2021 ihre Mitgliederzahl weiter auf insgesamt 2.412 gesteigert, darunter 670 Psychotherapeut*innen in Ausbildung. Zum Vergleich: In der Anfangszeit (2003) betrug die Mitgliederzahl 974, vor 10 Jahren (2012) waren es 1.407.

Nach dem Bericht des Vorstands über die inhaltliche Arbeit im Jahr 2021 folgte die Darstellung des Geschäftsführers, Herrn Wohlfarth, zu den wirtschaftlichen Eckdaten der PKS H im abgelaufenen Geschäftsjahr. Im Jahr 2021 konnte bei einem Haushaltsvolumen von 645 Tausend Euro ein Überschuss von 27.000 Euro erzielt werden. Dieses gute Ergebnis ist u. a. auf pandemiebedingte Einschränkungen von Reisetätigkeiten zurückzuführen. Die Ausschüsse und der Vorstand trafen sich v. a. im Rahmen von Videokonferenzen, auch die Deutschen Psychotherapeutentage

und weitere Gremiensitzungen fanden als Online-Veranstaltungen statt.

Der Rechnungsprüfungsausschuss, vertreten durch Herrn Jan Albers, stellt in seinem Bericht fest, dass die Buchhaltung in allen Punkten nachvollziehbar und vollständig gewesen ist. Unregelmäßigkeiten konnten nicht festgestellt werden. In Zukunft soll laut Beschluss der Kammerversammlung alle zwei Jahre die Jahresrechnung durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft werden.

Herr Dr. Klaus Thomsen beantragte die Entlastung des Vorstands für das Jahr 2021. Diese wurde einstimmig bei fehlendem Stimmrecht der Betroffenen erteilt.

Frau Birte Ernst als Sprecherin des PTI-Ausschusses teilte mit, dass sich der Kreis der leitenden Psychotherapeut*innen, die Interesse an der Zusammenarbeit mit der Kammer haben, deutlich erweitert habe. Am 3. Februar 2022 hat es ein zweites Treffen der leitenden Psychotherapeut*innen gegeben. Themen waren u.a. die neue Weiterbildungsordnung und Veränderungen im OPS.

Herr Dr. Veltrup informierte als Sprecher des Weiterbildungs-Ausschusses, dass der Ausschuss sich konstituiert habe. Die im Verlauf der Sitzung verabschiedete Ergänzung der Weiterbildungsordnung um die Sozialmedizin hatte der Ausschuss begutachtet und wurde der Kammerversammlung zur Annahme empfohlen. Herr Dr. Veltrup regte an, dass weitere Kammermitglieder, welche nicht dem Vorstand angehören, in diesem Ausschuss mitarbeiten.

Herr Dr. Riegel als Mitglied des PTJ-Redaktionsbeirats teilte mit, dass er sich die Arbeit nunmehr mit Herrn Jens Julian Müller teile. Zur neuen Genderregelung im PTJ habe es deutliche negative Rückmeldungen gegeben. Der Redak-

tionsbeirat befasse sich außerdem mit der Frage einer Online-Ausgabe des PTJ.

Die Weiterbildungsordnung wurde um den Bereich „Sozialmedizin“ erweitert. Bei einer Nein-Stimme und einer Enthaltung wurde der entsprechende Antrag angenommen. Damit ergibt sich ein neues Arbeitsfeld für PP und KJP und die Fachpsychotherapeut*innen, welches v.a. in der medizinischen Rehabilitation von großer Bedeutung ist.

Ein weiteres Thema der Kammerversammlung war die vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren in Schleswig-Holstein angekündigte Modifizierung der Wahlverordnung. Herr Kühnelt, Justitiar der Kammer, erläuterte die Pläne und wies auf die Notwendigkeit hin, sich als Kammerversammlung zu positionieren. In der Diskussion wurde deutlich, dass es weiter nur einen Wahlkreis (Schleswig-Holstein) geben solle. Wahlgruppen (PP, KJP) kann es zukünftig nicht mehr geben. Die Umstellungen müssen vor der nächsten Wahl in 2025 erfolgen.

Ein wichtiger Themenschwerpunkt war die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen. Dr. Clemens Veltrup gab einen umfassenden Überblick über den bisherigen Stand, u.a. zu Fragen der Gebiets- und Bereichsweiterbildung, zu den angedachten Regelungen

für die Anerkennung von Weiterbildungsbefugten und -stätten. Er erläuterte außerdem, welche Aufgaben künftig die bisherigen Ausbildungsinstitute, die dann zu Weiterbildungsinstituten werden, in der ambulanten Weiterbildungsphase, aber auch bei der Sicherstellung von theoretischem Wissen, in der Supervision und bei der Selbsterfahrung übernehmen könnten.

Die PKS plant für den Herbst 2022 oder das Frühjahr 2023 die Verabschiedung einer Weiterbildungsordnung nach dem neuen Psychotherapeutengesetz. Zusätzlich wird es vom Vorstand erlassene Richtlinien geben, welche Details zur Anerkennung von Weiterbildungsbefugten und -stätten regeln.

Im Herbst 2023 ist mit einer niedrigen zweistelligen Zahl an Absolvent*innen des neuen Psychotherapie-Studiengangs zu rechnen, im Herbst 2024 werden dann vermutlich 80 approbierte Psychotherapeut*innen in Schleswig-Holstein Interesse an einer Weiterbildung haben. Spätestens zu diesem Zeitpunkt müssen die strukturellen und inhaltlichen, aber auch finanziellen Voraussetzungen verbindlich geklärt und umsetzbar sein.

Dr. Clemens Veltrup
Präsident

Stadt, Land, Mehr – Thementag der IDH

Für den 28. April 2022 lud die Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein (IDH) zum Thementag 2022 in das Hotel Kieler Kaufmann ein. Die 1976 gegründete IDH ist ein Zusammenschluss der Kammern der Ärzt*innen, Apotheker*innen, Zahnärzt*innen, Tierärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Schleswig-Holstein. Seit vielen Jahren bemüht sich die IDH, die Bedeutung der akademischen Heilberufe durch gemeinsame öffentlichkeitswirksame Tagungen und Treffen zu unterstreichen. Diese Form der Zusammenarbeit ist in Deutschland einmalig.

Im Zentrum des diesjährigen Thementages stand eine Podiumsdiskussion unter dem Motto „Stadt, Land, Mehr“, an der die gesundheitspolitischen Sprecher der Landtagsfraktionen – Dr. Marret Bohn (Bündnis 90/ Die Grünen), Dennys Bornhöft (FDP), Hans Hinrich Neve (CDU) und Bernd Heine mann (SPD) – teilnahmen. Dirk Schnack (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt) führte als Moderator durch die Themen „Demografischer Wandel – Fachkräftemangel bzw. Nachwuchsmangel“, „Digitalisierung“ und „Gesundheitsversorgung der Zukunft“.

Der Austausch erfolgte in konstruktiver, lösungsorientierter Atmosphäre. Dagmar Schulz, Vorstandsmitglied der PKS, stellte klar, dass in der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen kein Fachkräftemangel bestehe. Lange Wartezeiten auf Therapieplätze entstünden durch die in Relation zum Bedarf zu niedrige Anzahl an Kassensitzen. Im Hinblick auf die zukünftige Weiterbildung von Psychotherapeut*innen plädierte Dr. Clemens Veltrup, Präsident der PKS, für die Aufnahme einer Aus- und Weiterbildungsverpflichtung für



Auf dem Podium: D. Bornhöft, H. H. Neve, Dr. M. Bohn und B. Heinemann (von links)
(Foto: Chr. Voges)

Gesundheitsberufe durch die Kliniken im Landeskrankenhausgesetz und für eine gesetzliche Regelung zur finanziellen Förderung der Weiterbildung der Fachpsychotherapeut*innen im stationären und ambulanten Bereich.

Die Politiker*innen unterstrichen am Themenabend die Bedeutung, die Interessen der Heilberufe, gerade auch in Wahlkampfzeiten kundzutun. In Schleswig-Holstein gibt es interessante Projekte der sektorenübergreifenden

Versorgung, die bundesweit einzigartig sind. Aus aktuellem Anlass wurde auch darauf hingewiesen, dass zur Sicherung einer guten Versorgung durch (Tier-)Ärzt*innen, Apotheker*innen und Psychotherapeut*innen die freiberufliche Tätigkeit geschützt werden müsse. Aktivitäten von Finanzinvestoren, die in den letzten Jahren immer mehr Arztpraxen in Deutschland gekauft hätten, wurden als kritisch bewertet und gesetzgeberische Maßnahmen gefordert, die Möglichkeiten zumindest einzugrenzen. Es wurde die Gefahr gesehen, dass die adäquate Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zugunsten ausschließlich wirtschaftlicher Gesichtspunkte gefährdet sei und so auch Leistungen erbracht werden (müssen), die aus fachlicher Sicht gar nicht indiziert seien.

Dr. Clemens Veltrup
(Präsident) &
Daniela Herbst
(Vizepräsidentin)

Neumitgliedertreffen – erstmals als Videokonferenz

Am 24. März 2022 fand nach coronabedingter Pause ein Neumitgliedertreffen statt, zu dem alle Personen eingeladen wurden, die im Jahr 2021 Mitglied der PKSH geworden waren. Das Angebot traf auf erfreuliche Resonanz. Nach gegenseitiger Vorstellung erläuterte der Präsident, Herr Dr. Clemens Veltrup, das Organigramm der Kammer, dann deren Aufgaben nach § 3 Heilberufekammergesetz (HBKG). Im Anschluss stellte der Geschäftsführer, Herr Wohlfarth, die Einbettung der PKSH in den Kontext des Gesundheitswesens dar.



Teilnehmer*innen (Foto: M. Wohlfarth)

Die Neumitglieder beteiligten sich rege am Austausch und zeigten sich an der Kammerarbeit interessiert. Die Fragen

der Teilnehmenden konnten beantwortet werden. Dieses Format scheint gut angekommen zu sein und ist für alle

deutlich weniger aufwändig als ein Treffen in „Präsenz“.

Daniela Herbst
Vizepräsidentin

Eröffnungsfeier des Zentrums für Gesundheitsrecht an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Anlässlich der Gründung des Zentrums für Gesundheitsrecht der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Christian-

Albrechts-Universität zu Kiel, die bereits im November 2020 stattfand, lud dieses am 29. April 2022 zu einer fei-

erlichen Eröffnungsveranstaltung ein. Das Zentrum soll neben der Stärkung von Forschung, Lehre und Nachwuchs-

förderung auch einen Beitrag zur Vernetzung der Akteur*innen aus Wissenschaft, Politik und Praxis leisten, die für den Gesundheitssektor in Schleswig-Holstein prägend sind. Zu Gast waren unterschiedliche Repräsentant*innen des Gesundheitswesens wie auch Vertreter*innen der unterschiedlichen Heilberufskammern. Untermalt wurde die Veranstaltung mit einem Streichquartett.

Prof. Dr. Sebastian Graf von Kielmansegg begrüßte als Sprecher des Zentrums für Gesundheitsrecht das Publikum und betonte unter anderem die Bedeutung des Gesundheitsrechts: Als ein Feld von gleichermaßen rechtspraktischer, gesellschaftlicher und politischer Bedeutung und steter Aktualität.

Dabei habe die COVID-19-Pandemie dies mit besonderer Eindrücklichkeit unterstrichen.

Staatssekretär Dr. Matthias Badenhop aus dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein stellte in seinem Grußwort die politischen Herausforderungen während der COVID-19-Pandemie und die besondere Rolle des Gesundheitsrechts an dieser Stelle dar.

Grußworte erfolgten sodann von Prof. Dr. Simone Fulda als Präsidentin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und von Prof. Dr. Manfred Heinrich, Dekan der Rechtswissenschaftlichen Fakultät. Prof. Dr. Simone Fulda unter-

strich, dass durch die Eröffnung des Zentrums der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel Forschung und Lehre ein weiteres Mal gezielt auf aktuelle gesellschaftliche Themen ausgerichtet werden.

Der Festvortrag „Corona und das Medizinrecht“ oblag Prof. Dr. Andreas Spickhoff von der Ludwig-Maximilians-Universität München, der unter anderem die rechtlichen Grundlagen und Probleme der Triage und Impfpflicht in der COVID-19-Pandemie darstellte.

Im Anschluss wurden die Gäste zu einem Empfang gebeten.

Dr. Christina Bern
Referentin für Weiterbildung

Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kolleg*innen:

Fröse, Sigrun
geb. 30.11.1942
verst. 05.07.2021, Kiel

Wiegand, Jürgen
geb. 16.04.1946
verst. 22.02.2022, Lunden

Heger, Rudolf
geb. 05.02.1950
verst. 17.03.2022, Mölln

Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94
24114 Kiel
Tel.: 0431/661199–0
Fax: 0431/661199–5
Mo. bis Fr.: 09.30–11.30 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de

Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten beziehen. Die Zeitschrift ist der Methodenvielfalt in der Psychotherapie und ihren wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen sowie der Heterogenität der Tätigkeitsfelder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet.

Das Psychotherapeutenjournal erscheint viermal jährlich für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.

Herausgeberin

Psychotherapeutenkammer Bayern
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 (Nieder-
sachsen), Andreas Pichler (Nordrhein-West-
falen), Dr. Andrea Walter (OPK), Dr. Sabine
Ahrens-Eipper (OPK), Dr. Andrea Dinger-
Broda (Rheinland-Pfalz), Susanne Münnich-
Hessel (Saarland), Jens J. Müller (Schles-
wig-Holstein), Dr. Björn Riegel (Schleswig-
Holstein).

Redaktion

Matthias Schmid M. A., Redakteur (V.i.S.d.P.)
Psychotherapeutenkammer Bayern
Birketweg 30
80639 München
Tel.: 089/515555-26
Fax: 089/515555-25
redaktion@psychotherapeutenjournal.de
www.psychotherapeutenjournal.de

Die Verantwortlichkeiten (V.i.S.d.P.) für den Inhalt des Anzeigenteils des Verlages und vom Verlag beigefügte Werbebeilagen ergeben sich aus dem gesonderten Impressum des Anzeigenteils bzw. der jeweiligen Beilage.

Der Bezug der Zeitschrift ist im Mitgliedsbeitrag der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer enthalten.

Auf die für den Versand des Psychotherapeutenjournals erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung

ausschließlich die Herausgeberin, der Verlag und die Druckerei Zugriff.

21. Jahrgang, Ausgabe 2/2022

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



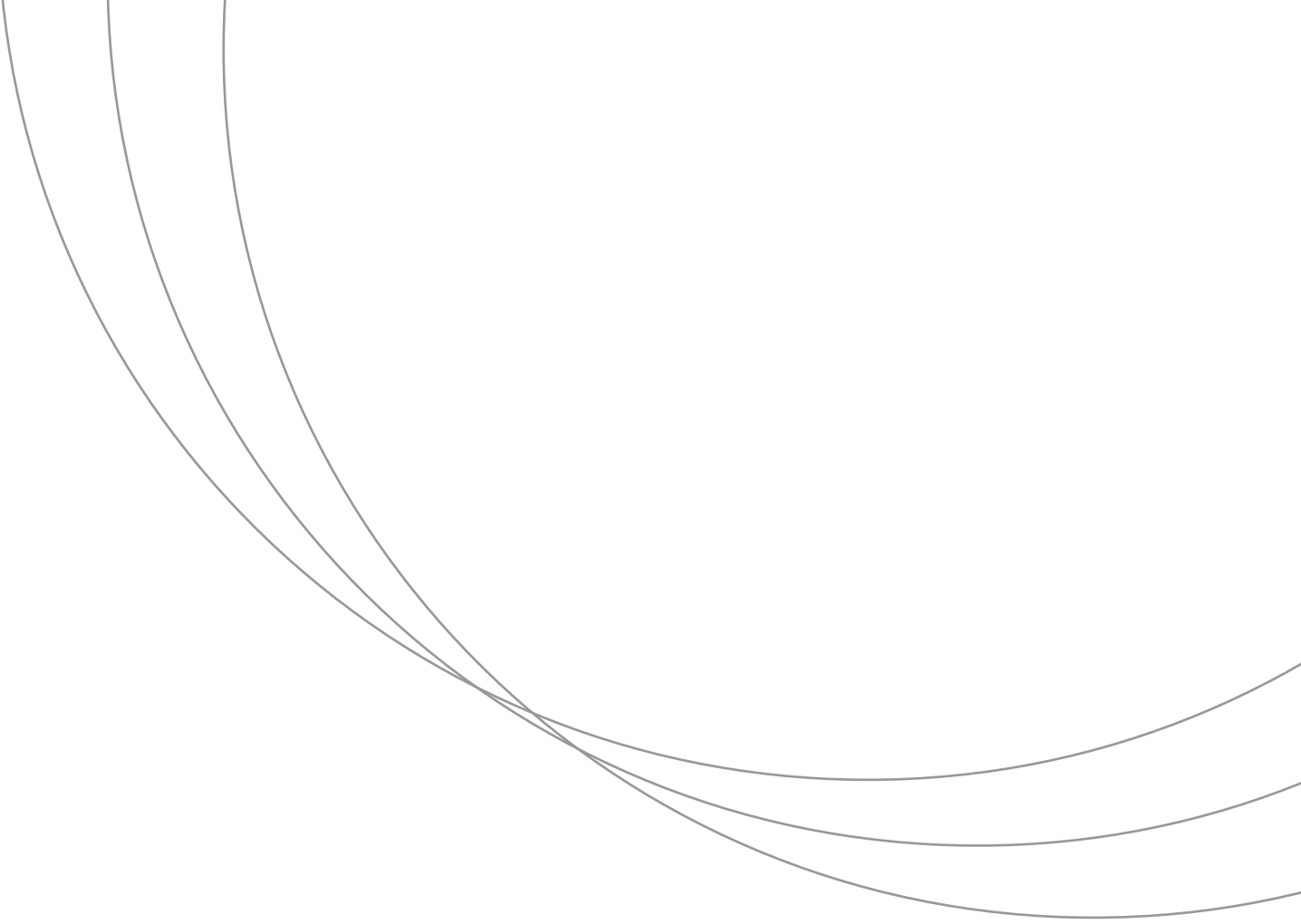
Manuskripte

Eingereichgsschluss für Ausgabe 4/2022 ist 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

