

# Psychotherapeuten journal

- **Schwerpunkt: Psychotherapeutische Versorgung für Adoptiv- und Pflegefamilien sowie Kinder und Jugendliche in Fremdunterbringung**
- **Deliberate Practice: Wie Psychotherapeut\*innen wirksamer werden können**
- **Balintgruppenarbeit als Psychoprophylaxe für Psychotherapeut\*innen**
- **Sprachverständnisstörungen – eine Herausforderung für die Psychotherapie**
- **In der Serie zur ICD-11:**
  - **Veränderungen bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen**
  - **Die Anhaltende Trauerstörung**

### **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,

zum Jahreswechsel 2019/2020 stellte ich mir die Frage, welche Herausforderungen mich bis zum Ende meiner Berufstätigkeit wohl noch erwarten würden. Meine Überlegungen gingen eher in Richtung persönlicher Veränderungen (Reduktion beruflicher Aktivitäten, mögliche Einschränkungen der eigenen Leistungsfähigkeit, Besonderheiten des Daseins als Großmutter).

Bald darauf waren wir alle mit einer Situation konfrontiert, die sich die meisten von uns nicht hätten vorstellen können. Die Corona-Pandemie stellte Anforderungen im beruflichen und privaten Bereich, bei denen oft flexibles und schnelles Handeln erforderlich war. Anfangs bestand die Hoffnung, dass sich alles bald wieder normalisieren würde. Im Redaktionsbeirat diskutierten wir mehrfach, ob eine Thematik, die im Editorial oder in Beiträgen behandelt wurde, bei Erscheinen des Heftes nicht schon überholt sein würde.

Inzwischen wissen wir, dass wir zwar nicht permanent im Krisen-Modus sind, aber dennoch langfristige Bewältigungsfertigkeiten erforderlich sind. Nicht nur wurde eine Corona-Welle nahezu unmittelbar von der nächsten abgelöst, sondern es kamen weitere krisenhafte Verläufe in unserer Gesellschaft hinzu. Vor allem die katastrophale Entwicklung des Weltklimas sowie die Bedrohung von sicher geglaubtem Wohlstand und sozialem Frieden rückten zunehmend in den Fokus.

All dies hinterlässt Spuren in der psychotherapeutischen Arbeit. Veränderungen wie die „flutartige“ Zunahme von Anmeldungen und die dadurch sichtbar werdenden Defizite in der Versorgungsstruktur, die verschiedenen Schutzmaßnahmen in der Praxis, Möglichkeiten und Einschränkungen durch Videothe-

rapie und die vielen Terminverschiebungen aufgrund von Infektionen und plötzlich notwendiger Kinderbetreuung etc. sind dabei nur die eine Seite.

Es haben sich auch Inhalte und Werte verändert. Zunächst reagierten viele Patient\*innen mit einem Schockzustand (besonders bei Beginn des Krieges in der Ukraine), zunehmenden Ängsten, Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie sozialem Rückzug. Mit einiger zeitlicher Latenz – in der Zeit der Lockdowns mitbedingt durch die einkehrende Ruhe im Alltag – kamen andere Themen hinzu und traten oft sogar in den Vordergrund: Menschen reflektierten darüber, was ihnen im Alltag wichtig und bedeutsam war (v. a. soziale Kontakte). Viele Menschen fühlten sich nun in größerem Maße zugehörig, weil sie ihre eigene psychische Problematik bei anderen plötzlich als normal ansehen konnten (z. B. zu Hause bleiben, Maßnahmen zur Desinfektion von Einkaufswagen). Und wieder andere suchten nach aktiven Möglichkeiten, sich einbringen zu können. Ein Patient, chronisch psychisch krank und seit Langem aus dem Arbeitsleben „aussortiert“, bat um Terminverschiebung. Er berichtete mit Stolz, dass er sich an diesem Tag in der Geflüchtetenbetreuung engagiere. Er fühlte sich wieder gebraucht und wertgeschätzt.

Für mich als Psychotherapeutin entwickelten sich Stolz und das Gefühl von Bedeutsamkeit, Menschen in schwierigen Lebenssituationen begleiten und unterstützen zu können, Mut zu machen sowie Stärken aufzeigen und fördern zu können. Im Gespräch mit Kolleg\*innen wurde deutlich, dass die Kernkompetenzen unserer Profession (Empathie, Problemlöse- und Konfliktfähigkeit, Ressourcenstärkung etc.) immer stärker gefordert werden und sich



auch unter Kolleg\*innen ein großes Bedürfnis nach gegenseitiger Unterstützung und Solidarität zeigte. Ich hoffe, dass diese Entwicklung sich fortsetzt und wir Aufgabenstellungen der nahen Zukunft (wie Digitalisierung, Komplexversorgung, Veränderungen in der Qualitätssicherung) im Dialog, solidarisch und nicht konkurrenzorientiert, angehen werden.

Wie werden wir in fünf Jahren auf das hinter uns Liegende zurückblicken? Ich hoffe sehr, dass wir sagen können: „Wir haben mit großer Solidarität gemeinsam an den anstehenden Problemen gearbeitet, haben uns gegenseitig unterstützt, wir konnten eine soziale und gesellschaftliche Spaltung verhindern, Entscheidungen auf allen Ebenen wurden stärker zukunftsorientiert getroffen und von vielen Menschen mitgetragen, weil sie an den Entscheidungen beteiligt wurden. Und bei allen immer noch bestehenden Problemen können wir ab und zu durchatmen“.

Nach diesem „großen Bogen“ wünsche ich Ihnen jetzt, dass Sie sich durch das Lesen der Beiträge im Heft für die anstehenden Herausforderungen gestärkt fühlen.

*Andrea Dinger-Broda (Rheinland-Pfalz)  
Mitglied des Redaktionsbeirates*

### **Schwerpunkt: Psychotherapeutische Unterstützung für Adoptiv- und Pflegefamilien sowie Kinder und Jugendliche in Fremdunterbringung**

227

*Heinz Kindler*

#### **Aufwachsen in Pflege- und Adoptivfamilien: Ein Überblick**

Beantwortet werden Fragen zur Häufigkeit und Art psychischer Störungen bei Pflege- und Adoptivkindern sowie zu relevanten Risiko- und Schutzfaktoren. Ebenso wird ein Überblick zu therapeutischen Versorgungsquoten gegeben. Empfehlungen betreffen die notwendige Klärung der Sorgerechtsverhältnisse vor Behandlungsbeginn sowie den Umgang mit Versuchen der Instrumentalisierung im Konfliktfeld zwischen Pflegefamilie, Jugendamt und Herkunftsfamilie.

233

*Betteke Maria van Noort, Antonia Brühl, Lucia Emmerich, Birgit Wagner & Nina Heinrichs*

#### **Interventionen für Pflege- und Adoptivfamilien und Jugendliche in Fremdunterbringung**

Der Artikel gibt einen Überblick über zwei neu entwickelte internetbasierte Präventionsprogramme: „EMPOWERYOU“ richtet sich an Pflege- und Adoptiveltern mit Kindern im Alter von 8 bis 13 Jahren und „EMPOWER YOUTH“ an Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 bis 21 Jahren mit Fremdunterbringungserfahrung.

241

*Arndt Linsenhoff*

#### **Deliberate Practice und Psychotherapie: Anfänge**

Der Artikel beschreibt den Weg, den Ideen der Deliberate Practice im Bereich Psychotherapie seit 2006 genommen haben. Ausgehend von den unterschiedlichen Wirksamkeiten von Psychotherapeut\*innen werden themenrelevante Forschung, Bücher zur Selbstanleitung und Erfahrungen mit DP-Konsultation dargestellt. Abschließend wird dieser Ansatz persönlich bewertet.

249

*Wolfram Zimmermann*

#### **Die Balintgruppe – Professionelle berufsbegleitende Beziehungsgestaltung für Psychotherapeut\*innen zur Burnout-Prophylaxe und Psychohygiene**

Bei der Balintgruppenarbeit handelt es sich um eine psychodynamisch orientierte Methode im Rahmen eines berufsbegleitend angelegten Gruppensettings, das der Aufklärung und Bearbeitung von teils unbewussten Ursachen eines gestörten Interaktionsgeschehens zwischen Psychotherapeut\*in und Patient\*in dienen soll. In diesem Beitrag soll deren Wirkung weniger unter dem Aspekt der Qualitätssicherung als vielmehr unter der in der Forschung vernachlässigten Zielperspektive der Psychoprophylaxe und -hygiene für Psychotherapeut\*innen beleuchtet werden. Eine ausführliche Fallbeschreibung soll die Abläufe der Balintgruppenarbeit veranschaulichen.

**258** *Ulrich Rüth*  
**Sprachverständnisstörungen – eine (psycho-)therapeutische Herausforderung**

Neuropsychologisch bedingte Störungen des Sprachverstehens (ICD-10: F80.28) sind Psychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen im Erwachsenenbereich selten bekannt. Sie können, anders als Störungen der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit, nicht direkt erfasst werden und werden von den Betroffenen oftmals erfolgreich kaschiert. Auf Sprache bezogene psychotherapeutische Interventionen können bei Patient\*innen mit solchen Störungen ganz erheblich erschwert werden. Neben Phänomenologie und psychodynamischen Folgen von Sprachverständnisstörungen werden Vorgehensweisen im therapeutischen Kontext diskutiert.

**Serie**

**264** *Charlotte Rosenbach & Babette Renneberg*  
**Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 – Chancen und Herausforderungen**

Der Beitrag erläutert die Veränderungen der Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 und stellt erste vorliegende diagnostische Verfahren vor. Chancen und Herausforderungen des neuen Systems werden diskutiert.

**271** *Franziska Lechner-Meichsner*  
**Anhaltende Trauerstörung: Merkmale, Diagnostik und Therapie einer neuen Diagnose in der ICD-11**

Die „Anhaltende Trauerstörung“ kann mit der Aufnahme in die Gruppe der spezifisch belastungsbezogenen Störungen in der ICD-11 erstmals als eigenständiges Störungsbild diagnostiziert werden. Dieser Überblicksartikel stellt die diagnostischen Kriterien und ihre Geschichte vor, gibt einen Einblick in Epidemiologie und Komorbiditäten und erläutert geeignete diagnostische Instrumente sowie evidenzbasierte Behandlungsansätze gemeinsam mit Störungsmodellen.

**Rezension**

**280** **Scheitern als Chance**

Eine Rezension von Helmwart Hierdeis: Moser, T. (2020). Zuversicht und Resignation. Vom Umgang mit bedrohten Psychotherapien.

## Mitteilungen der Psychotherapeuten- kammern

|            |                               |            |                                     |
|------------|-------------------------------|------------|-------------------------------------|
| <b>282</b> | Bundespsychotherapeutenkammer | <b>307</b> | Hessen                              |
| <b>286</b> | Baden-Württemberg             | <b>311</b> | Niedersachsen                       |
| <b>291</b> | Bayern                        | <b>314</b> | Nordrhein-Westfalen                 |
| <b>297</b> | Berlin                        | <b>318</b> | Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer |
| <b>302</b> | Bremen                        | <b>320</b> | Rheinland-Pfalz                     |
| <b>303</b> | Hamburg                       | <b>324</b> | Saarland                            |
|            |                               | <b>328</b> | Schleswig-Holstein                  |

|            |  |
|------------|--|
| <b>223</b> | <b>Editorial</b>   |
| <b>331</b> | <b>Kontaktdaten der Psychotherapeutenkammern</b>                   |
| <b>332</b> | <b>Impressum Psychotherapeutenjournal</b>                          |
| <b>A1</b>  | <b>Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages</b>           |
| <b>A18</b> | <b>Impressum Stellen- und Praxismarkt des medhochzwei Verlages</b> |

### Hinweise:

Diese Ausgabe können Sie auch als PDF-Dokument von der Internetseite [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de) herunterladen.

# Aufwachsen in Pflege- und Adoptivfamilien: Ein Überblick

Heinz Kindler

**Zusammenfassung:** Pflegekinder leiden zwei- bis vierfach häufiger an Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit. Die häufigsten Diagnosen betreffen Störungen des Sozialverhaltens, depressive Episoden, posttraumatische Belastungsstörungen und reaktive Bindungsstörungen. Bei Adoptivkindern finden sich erhöhte Raten insbesondere bei Fremdoptionen, die nicht unmittelbar nach der Geburt erfolgen. Auch Erwachsene mit entsprechender Lebensgeschichte zeigen erhöhte Raten an Auffälligkeiten. Daher ist insgesamt mit einem erhöhten Bedarf an therapeutischer Unterstützung zu rechnen. Risikofaktoren können in intergenerationalen Belastungen, pränataler Suchtstoff-Exposition, Gefährdungserfahrungen und instabilen Platzierungen bestehen, als Schutzfaktoren im Kindesalter sind sichere Bindungserfahrungen sowie ein positives Erziehungsverhalten am Lebensmittelpunkt etabliert. Die psychotherapeutische Versorgungsquote bei psychisch belasteten Pflegekindern ist inakzeptabel. Bei Behandlungsanfragen sind die Sorgerechtsverhältnisse genau zu erfragen. Häufig können Pflegeeltern nicht über die Behandlungsaufnahme entscheiden. Teilweise kommt es zu Versuchen der Instrumentalisierung im Konfliktfeld zwischen Pflegefamilie, Jugendamt und Herkunftsfamilie.

## Einleitung

Den meisten Psychotherapeut\*innen ist bewusst, dass das zeitweise oder dauerhafte Aufwachsen in einer Pflege- bzw. Adoptivfamilie mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit erheblicher psychischer Belastungen einhergeht, sodass vergleichsweise häufiger ein Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung entsteht. Der nachfolgende Beitrag gibt einen Überblick zur Studienlage bezüglich der (a) Häufigkeit und Art von Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit, (b) relevanten Einflussfaktoren und Lebensverläufen sowie (c) Besonderheiten bei der psychotherapeutischen Versorgung.

In Deutschland leben in einem gegebenen Jahr etwa 90.000 Kinder und Jugendliche in einer Pflegefamilie, die beim Jugendamt als Hilfe zur Erziehung nach § 33 Sozialgesetzbuch – Aachtes Buch (SGB VIII) geführt wird (Fendrich et al., 2021). Daneben gibt es Verwandtenpflegen und kurzfristige Unterbringungen in Bereitschaftspflegefamilien, die statistisch nicht zuverlässig erfasst werden. Wie viele Menschen in Deutschland während der Jahre ihres Aufwachsens zumindest zeitweise in einer Pflegefamilie gelebt haben, lässt sich bislang kaum seriös abschätzen. Wenn in großen Surveys, wie dem Mikrozensus oder dem Sozioökonomischen Panel (SOEP), überhaupt Fragen dazu gestellt werden, sind die Fallzahlen für eine Analyse zu gering. Eine Untersuchung in unserem nördlichen Nachbarland Dänemark ermittelte einen Anteil von 3 % der Kinder, die während der Jahre des Aufwachsens mindestens einmal in einer Pflegefamilie leben (Fallesen et al., 2014). Die Anzahl adoptierter Kinder liegt in Deutschland derzeit pro Jahr bei etwa 3.800 Fällen (Statisti-

sches Bundesamt, 2022). Obwohl damit wesentlich weniger Kinder eine Adoption im Vergleich zu einem Pflegeverhältnis erleben, wurden in den vergangenen 30 Jahren doch immerhin 158.420 Kinder adoptiert.

## Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bei (ehemaligen) Pflege- und Adoptivkindern

Beide Gruppen, Pflege- wie Adoptivkinder, sind in erhöhtem Ausmaß mit psychischen Auffälligkeiten belastet. Im Hinblick auf Pflegekinder wurde in der derzeit größten Studie aus Deutschland eine Vollerhebung bei Pflegeeltern aus neun Jugendämtern mit der deutschen Übersetzung der Child Behavior Checklist (CBCL) als Screening-Instrument durchgeführt (Kindler et al., 2011, S. 205). Bei insgesamt fast 700 teilnehmenden Pflegeeltern ergab sich eine Rate von 29 % der Pflegekinder mit Antworten im klinischen Bereich und weiteren 14 % im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit. In einer anderen Erhebung in sieben Jugendämtern wurde die deutsche Übersetzung des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) eingesetzt und Pflegeeltern bei neu begonnenen Pflegeverhältnissen wurden um eine Einschätzung psychischer Auffälligkeiten gebeten (Linderkamp et al., 2009). Von den insgesamt 52 teilnehmenden Pflegeeltern wurden bei 40 % der Kinder Auffälligkeiten im klinischen Bereich beschrieben und bei weiteren 20 % Auffälligkeiten im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit. Das Bild am Anfang von Pflegeverhältnissen sehr hoher und im Verlauf gegenüber Kindern aus der Allgemeinbevölkerung immer noch mindestens zwei- bis vierfach erhöhter Raten

klinischer Auffälligkeiten findet sich auch bei anderen methodischen Vorgehensweisen (z. B. Einschätzungen durch Fachkräfte von Pflegekinderdiensten) und im deutschsprachigen Ausland (z. B. Schröder et al., 2017). Zahlen zu Pflegekindern aus dem angloamerikanischen Raum bestätigen den Befund (für eine Meta-Analyse siehe Dubois-Comtois et al., 2021). Im Profil der geschilderten Auffälligkeiten zeigt sich bei Fremdbereichten üblicherweise ein Überwiegen ausagierender Auffälligkeiten. Nur wenn Kinder und Jugendliche selbst befragt werden, treten internalisierende Auffälligkeiten stärker hervor (z. B. Moussavi et al., 2022). Jenseits von Screening-Instrumenten wurden international in einigen Untersuchungen mittels klinischer Interviews spezifische Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen in Pflegeverhältnissen vergeben (für eine Forschungsübersicht siehe Engler et al., 2022). Am häufigsten wurden Störungen des Sozialverhaltens, depressive Episoden, posttraumatische Belastungsstörungen und reaktive Bindungsstörungen kodiert. Verlaufsstudien zeigen, dass bestehende Belastungen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen häufig fortbestehen (für eine Forschungsübersicht siehe Tarren-Sweeney & Goemans, 2019).<sup>1</sup> Dies deutet darauf hin, dass therapeutische Unterstützung vielfach notwendig ist und früh gesucht werden sollte. Wie die Verlaufsstudien im Kindes- und Jugendalter schon vermuten lassen, weisen auch Erwachsene mit einer Vorgeschichte der (zeitweisen) Unterbringung in einer Pflegefamilie erhöhte Raten von Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit auf (für eine Forschungsübersicht siehe McKenna et al., 2021). Die internationalen Befunde sind aber heterogen, was zum Teil auf Unterschiede in Stichproben und Methoden, zum Teil auf Unterschiede in Praxen der Fremdunterbringung und der Qualität der therapeutischen Versorgung zurückzuführen sein könnte. Sowohl Studien zu Einschränkungen der gesundheitsbedingten Lebensqualität als auch zur Mortalität, insbesondere durch Suizid, lassen vermuten, dass therapeutische Unterstützung auch im Erwachsenenalter häufig angezeigt ist (z. B. Batty et al., 2022).

Im Unterschied zu Pflegekindern ist bei Adoptivkindern die Unterbringung in einer anderen Familie als der Herkunftsfamilie

### **Zu den bei Pflege- und Adoptivkindern wichtigsten Einflussfaktoren zählen (a) genetische Risiken und pränatale Belastungen, (b) Erfahrungen mit Kindeswohlgefährdung sowie (c) wiederholte Beziehungsabbrüche.**

rechtlich stark abgesichert. In Deutschland erlöschen mit einer Adoption alle rechtlichen Verbindungen zu den leiblichen Eltern. Fremdadoptionen, d. h. Adoptionen die durch Vermittlung und auf Vorschlag einer Adoptionsvermittlung zustande kommen, erfolgen in Deutschland in der Regel in den ersten Lebensjahren eines Kindes. Entsprechend sind die Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Adoptivfa-

milie im Mittel jünger als Pflegekinder. Daneben gibt es noch Stiefkindadoptionen, bei denen die rechtliche Beziehung zu einem Elternteil bestehen bleibt und eine Annahme als Kind durch die Partnerin bzw. den Partner des verbleibenden Elternteils erfolgt. Adoptionen von Pflegekindern, als eine dritte Form der Adoption, kommen in Deutschland sehr selten vor (für eine Übersicht zu Adoptivfamilien und zu Strukturen der Adoptionsvermittlung und Begleitung von Adoptivfamilien siehe Bovenschen et al., 2017). Als Gruppe betrachtet, weisen Adoptivkinder in Deutschland und international im Vergleich zu Kindern aus der Allgemeinbevölkerung etwas erhöhte Raten an psychischen Auffälligkeiten auf, im Vergleich zu Pflegekindern etwas geringere Raten (für eine Meta-Analyse siehe Behle & Pinquart, 2016). In der derzeit größten deutschen Studie mit 172 Adoptivkindern wurden bei 12,5 % der Kinder von den Adoptiveltern Auffälligkeiten im klinischen Bereich angegeben (Hornfeck et al., 2019), wobei insbesondere Fremdadoptionen jenseits des ersten Lebensjahres eine Rolle spielten. Auch hier zeigen Verlaufsstudien viele persistierende oder sogar zunehmende Probleme und entsprechend einen Bedarf an therapeutischer Unterstützung (z. B. Kappler et al., 2022). Vergebene Diagnosen betrafen insbesondere Störungen des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeitsstörungen (Behle & Pinquart, 2016). Auch im Erwachsenenalter wurden bei adoptierten Menschen noch erhöhte Raten an Auffälligkeiten und therapeutischem Unterstützungsbedarf gefunden (z. B. Cubito & Brandon, 2000). Deutsche Studien fehlen hier aber.

## **Relevante Einflussfaktoren, Lebensverläufe und -themen**

Psychiatrie und Entwicklungspsychopathologie befinden sich insgesamt auf dem Weg zu einer stärkeren Fokussierung verschiedener verursachender Prozesse, die sich häufig innerhalb einer diagnostischen Kategorie unterscheiden oder über Kategorien hinweg eine Rolle spielen (für Einführungen siehe Kendler, 2016; Fuchs, 2018). Ein besonderer Fokus der Forschung liegt dabei auf dem Zusammenspiel von genetischen und epigenetischen Merkmalen mit Umwelt- und Verhaltenseinflüssen (für einen Überblick siehe Paris, 2021). Wenn Psychotherapeut\*innen (ehemalige) Pflege- oder Adoptivkinder zur Behandlung annehmen, begegnen ihnen viele, für die Entstehung und Aufrechterhaltung klinischer Phänomene relevante

Prozesse, die auch in anderen Fällen sichtbar werden. Beispiele wären Zwangszirkel, d. h. überlernte Problemeskalationen durch Kinder (z. B. Smith et al., 2014) oder ungünstige

<sup>1</sup> 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).



Bewältigungsformen nach belastenden Erfahrungen (z. B. *Simon et al., 2010*). Zu den bei Pflege- und Adoptivkindern vergleichsweise häufiger auftretenden relevanten Einflussfaktoren, die deshalb kurz erörtert werden, zählen (a) genetische Risiken und pränatale Belastungen, (b) Erfahrungen mit einer oder mehreren Formen von Kindeswohlgefährdung (Vernachlässigung, körperliche oder psychische Misshandlung, sexueller Missbrauch) sowie (c) wiederholte Beziehungsabbrüche.

## Genetische Risiken und pränatale Schädigungen

Eine Reihe von Studien hat die Rolle genetischer und pränataler Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Krankheiten bei Pflege- bzw. Adoptivkindern untersucht. Die Rolle genetischer Risiken in Form bekannter psychischer Erkrankungen bei leiblichen Eltern ist vor allem für internalisierende Störungen und Psychosen belegt (z. B. *Marceau et al., 2015*). Erkrankungen auf der Ebene der leiblichen Eltern sollten daher anamnestisch immer abgefragt und im Einzelfall belegbar wirksame Präventionsprogramme in Betracht gezogen werden (z. B. für Depressionen: *Hoare et al., 2021*). Ermutigend ist für Pflege- und Adoptiveltern zudem der Befund aus Studien zu Gen- x Umwelt-Interaktionen, dass eine fürsorgliche und unterstützende Umgebung genetische Risiken wesentlich abfedern kann (für eine Forschungsübersicht siehe *Jami et al., 2021*). Einige Pflege- und Adoptivkinder waren zudem während der Schwangerschaft schädigenden Substanzen ausgesetzt, etwa Alkohol (z. B. *Bakhireva et al., 2018*). Daher kann es wichtig sein, in unklaren Fällen eine spezialisierte Diagnostik anzuregen und Pflege- bzw. Adoptiveltern psychoedukatorisch zu begleiten.

## Erfahrungen von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch

Eine Mehrheit der Pflegekinder in Deutschland hat eine oder mehrere Formen von Kindeswohlgefährdung erlebt (für eine Forschungsübersicht siehe *Kindler et al., 2011, S. 181 ff.*). Bei Adoptivkindern sind die Raten geringer und vor allem in Fällen von Fremdadoptionen nach den ersten Lebensmonaten erhöht (*Hornfeck et al., 2019*). Gefährdungserfahrungen in der Vorgeschichte erhöhen sowohl die Wahrscheinlichkeit späterer Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit (für eine Forschungsübersicht siehe *Oswald et al., 2010*) als auch die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Verlaufs bei bestehenden psychischen Erkrankungen. Erfahrungen mit Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch schädigen Kinder über verschiedene Mechanismen. Zu nennen sind hier beispielsweise

a. ein negativ verzerrtes Selbstbild und belastende selbstevaluative Gefühle (z. B. Scham). Kinder erfahren Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch auch als Botschaft über sich selbst und viele Betroffene sehen sich in der Folge als grundlegend nicht lebenswürdig oder nur lebenswürdig, wenn sie sich in einer bestimmten Weise verhalten

(z. B. sexualisiert). Vor allem vernachlässigte Kinder bilden zudem oft eine sehr geringe Selbstwirksamkeit aus. Misshandelte und missbrauchte Kinder wiederum entwickeln zum Teil sehr negative selbstevaluative Gefühle, schämen sich oder lehnen sich selbst ab (für eine Forschungsübersicht siehe *Kindler, 2020*).

- b. Ein weiterer Schädigungsmechanismus besteht in einem überlernten, fehlangepassten Beziehungsverhalten. Der Begriff „überlernt“ meint über viele Erfahrungen hinweg automatisiertes Verhalten (wie etwa beim Autofahren). Ein Beispiel sind unwillkürliche Wahrnehmungen des Verhaltens anderer als feindselig bei misshandelten Kindern, was dann Konflikte mit Gleichaltrigen, in späteren Partnerschaften oder gegenüber späteren eigenen Kindern bedingt (z. B. *Dodge et al., 1995*). Ein anderes Beispiel sind Kinder, die gegenüber vernachlässigenden, psychisch instabilen Eltern im Lauf der Zeit in eine Fürsorgerolle rutschen und die sich innerlich dann beständig für das Wohlergehen des Elternteils verantwortlich fühlen und aus dieser chronischen Belastung heraus Stresserkrankungen entwickeln.
- c. Beeinträchtigte selbstregulative Fähigkeiten stellen einen dritten Mechanismus von Schädigungen dar. Selbstregulative Fähigkeiten betreffen etwa das Kontrollieren starker eigener Gefühle oder die Steuerung der eigenen Konzentration. Beides ist für die Bewältigung von Aufgaben, etwa in der Schule, und die Gestaltung von Beziehungen sehr wichtig und wird in frühen Beziehungen meist mit Hilfe der Bindungspersonen grundgelegt. Vernachlässigende, misshandelnde oder missbrauchende Elternteile stehen für diese Elternaufgabe aber kaum zur Verfügung, sondern überfordern im Gegenteil die selbstregulativen Fähigkeiten ihrer Kinder durch ihr Verhalten noch zusätzlich. In der Folge entwickeln viele der betroffenen Kinder hier nur schwache Fähigkeiten (z. B. *Kim-Spoon et al., 2013*).
- d. Der Begriff der „allostatischen Last“ fasst schließlich einen vierten Schädigungsmechanismus zusammen. Gemeint sind damit physiologische Anpassungen an ein vorangegangenes Aufwachsen unter Bedingungen von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch, die kurzfristig einen Vorteil, langfristig aber eine Belastung darstellen. Ein Beispiel ist das Stresshormonsystem von Kindern, das unter Bedingungen von Gefährdung „lernt“, schneller zu reagieren und manchmal sogar daueraktiviert zu bleiben. Kurzfristig ist dies eine Anpassung an eine gefährliche familiäre Umwelt. Langfristig werden aber Verhaltensstörungen und Stresserkrankungen begünstigt (*Widom et al., 2015*). Untersucht ist dies vor allem am Beispiel von Pflegekindern. Hier konnte auch belegt werden, dass sich entsprechende Veränderungen in der Stressphysiologie unter Bedingungen guter Fürsorge und unterstützenden Interventionen langfristig wieder zurückbilden (z. B. *Fisher et al., 2006*).

Eine Übersicht über die verschiedenen möglichen Schädigungsmechanismen ist hilfreich, wenn Pflege- oder Adoptivkinder mit entsprechenden Vorerfahrungen im Rahmen einer Psychotherapie umfassend unterstützt werden sollen.

## Instabile Platzierungen

Vor allem Pflegekinder erleben teilweise instabile Platzierungen, etwa mit Wechseln zwischen Bereitschaftspflege und Dauerpflege, Rückführungen zu den Eltern und erneuten Herausnahmen. In einer Stichtagserhebung in mehreren Jugendämtern (Aktenanalyse) hatte etwa 14 % der Kinder zwei oder mehr Wechsel in den ersten fünf Lebensjahren erlebt (Kindler et al., 2011, S. 348). Wechsel in den ersten fünf Lebensjahren stehen häufig im Mittelpunkt von Analysen, da sie als besonders schädlich gelten (für eine Forschungsübersicht siehe *Waddoups et al., 2019*). Kinder mit Fremdadoption erle-

### — Vor allem bei Pflegekindern besteht eine massive psychotherapeutische Unterversorgung. —

ben mindestens einen Wechsel, sofern sie nicht unmittelbar nach der Geburt adoptiert werden. Längsschnittstudien haben wiederholt gezeigt, dass mehrere Umplatzierungen Verhaltensprobleme bei Pflegekindern verstärken und zwar auch dann, wenn für das Ausgangsniveau an Verhaltensschwierigkeiten statistisch kontrolliert wird (z. B. Newton et al., 2000). Bei Kindern mit mehreren erfahrenen Abbrüchen steigt zudem die Wahrscheinlichkeit, dass der Bindungsaufbau zu neuen Bezugspersonen nurmehr schwer oder verzögert gelingt (für eine Forschungsübersicht siehe Kindler, 2013). Da Verhaltensauffälligkeiten und Bindungsprobleme Vorhersagefaktoren für den Zusammenbruch von Pflegeverhältnissen und in Einzelfällen auch für ein Scheitern von Adoptionen sind (für eine Forschungsübersicht siehe *Oosterman et al., 2007*), können diese Befunde für Therapieplanung und Anmeldeungsmanagement von großer Bedeutung sein, da eine schnelle Aufnahme von Therapien und Stabilisierung eines Kindes helfen kann, Abbrüche zu vermeiden und weiteren Schaden abzuwenden.

## Positive Bindungsbeziehungen und andere Schutzfaktoren

Jenseits des Abbaus von Belastungen und Risikomechanismen arbeiten Therapien auch mit der Stärkung von Schutzfaktoren. Gut belegt ist hier zum einen die Rolle feinfühligem Verhalten von Pflege- und Adoptiveltern als Bindungspersonen, weshalb viele Präventionsansätze über eine Unterstützung feinfühligem Verhalten sichere Bindungsbeziehungen betroffener Kinder fördern (für eine Forschungsübersicht siehe *Shoemaker et al., 2020*). Zum anderen kann einem positiven Erziehungsverhalten mit realistischen Erwartungen sowie klaren und positiv vertretenen Erziehungsregeln eine unterstützende Wirkung zugesprochen werden (für eine Forschungsübersicht siehe *Chodura et al., 2021*). Auch an dieser Stelle setzen deshalb Präventions- und Hilfekonzepte häufig an. Weitere Schutzfaktoren, die zumindest in einzelnen Studien belegt sind, betreffen ein positives Selbstbild (z. B. Taussig,

2002) sowie positive Gleichaltrigenbeziehungen und gute Bewältigungsfähigkeiten (Kothari et al., 2020). Obwohl nicht immer umsetzbar, hilft es Kindern und Jugendlichen auch, wenn sie positive Beziehungen zur Herkunftsfamilie entwickeln oder, im Fall von Adoptivkindern, sich zumindest ein Bild von ihren leiblichen Eltern machen können (EFZA, 2021).

Gegenwärtig scheint die Balance zwischen Risiken und Schutzfaktoren im Leben von Pflegekindern und teilweise auch Adoptivkindern nicht durchgängig positiv. Zwar entwickelt sich eine große Mehrheit aller Adoptivkinder und ein substantieller Anteil aller Pflegekinder positiv, jedoch deuten Langzeitstudien darauf hin, dass es noch nicht ausreichend gelingt, frühe oder im Verlauf auftretende Belastungen ausreichend zu kompensieren. Jedenfalls zeigen die Lebensverläufe Betroffener nicht nur häufiger psychische Erkrankungen, sondern auch andere Probleme wie chronische körperliche Erkrankungen, Kriminalität oder Unfälle (z. B. Sariaslan et al., 2022). Zudem fühlen sich Pflege- und Adoptivkinder in der Phase der Verselbständigung und im Übergang zur Elternschaft häufig sehr verunsichert und auf der Suche nach Unterstützung (z. B. Sánchez-Sandoval et al., 2020). Häufig sind daher, jenseits therapeutischer Bedarfe, weitere Unterstützungsangebote sinnvoll. Dies gilt auch für eines der Themen, das in qualitativen Studien ab dem Jugendalter von Adoptiv- wie Pflegekindern als phasenweise drängendes Thema beschrieben wird: die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität (z. B. Dunbar & Grotevant, 2004; Häggman-Laitila et al., 2018).

## Besonderheiten bei der psychotherapeutischen Versorgung von Pflege- und Adoptivkindern

Angesichts der Befunde zur Häufigkeit von Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und Risikofaktoren im Leben von Pflege- und Adoptivkindern ist es nicht erstaunlich, dass beide Gruppen von Kindern sowie Erwachsene mit einer entsprechenden Lebensgeschichte überdurchschnittlich häufig Kontakt zu psychotherapeutischen Angeboten haben (z. B. Burns et al., 2004). Vor allem bei Pflegekindern besteht aber eine massive psychotherapeutische Unterversorgung. In einer bereits angesprochenen Studie mit fast 700 einbezogenen Pflegekindern zwischen 4 und 18 Jahren wurde beispielsweise therapeutische Versorgung sehr weit definiert als laufende Psychotherapie, die Unterbringung in einer therapeutisch qualifizierten Pflegefamilie (Erziehungsstelle), teilstationäre Unterbringung (z. B. heilpädagogischer Hort) oder selbst eine Begleitung der Pflegefamilie durch eine ambulante Hilfe zur Erziehung. Bezogen auf eine von den Pflegeeltern beschriebene klinisch relevante Problematik lag die Quote nicht versorgter Pflegekinder trotzdem bei 66 %, bezogen auf die Einschätzung der fallzuständigen Fachkraft lag sie bei 68 %,

und selbst wenn beide Informationsquellen, also Pflegeeltern und Fachkräfte, behandlungsbedürftige Auffälligkeiten des Kindes schilderten, waren 52 % der klinisch auffälligen Kinder aktuell ohne Versorgung (Kindler, 2011). Der Grad der Unterversorgung war unabhängig von der Regelung der elterlichen Sorge. Auch Pflegekinder über 16 Jahre, die vorhersehbar bald auf eigenen Füßen stehen müssen, befanden sich bei klinischen Auffälligkeiten nicht häufiger in Behandlung als der Durchschnitt der Pflegekinder. Welche Versorgungsbarrieren konkret bestehen, ob im Verantwortungsdreieck zwischen leiblichen Eltern, Pflegeeltern und Jugendamt Kinder seltener angemeldet werden oder Psychotherapeut\*innen besonders zögerlich sind, Pflegekinder in Therapie zu nehmen, ist unklar. Klar ist aber, dass Pflegekinder, die zu den verletzlichsten Gruppen unserer Gesellschaft zählen und deren Lebenschancen auch im Erwachsenenalter geschmälert erscheinen, von einer verbesserten Versorgung deutlich profitieren (z. B. Kessler et al., 2008). Daher wären sowohl strukturell als auch bezogen auf die Ebene der einzelnen psychotherapeutischen Praxis Anstrengungen zur verbesserten Versorgung von Pflegekindern sehr wünschenswert.

Wenn Pflegekinder in Therapie genommen werden, ist zu bedenken, dass genauere Fragen zu den Sorgerechtsverhältnissen gestellt werden müssen, da dies darüber entscheidet, wer ein Kind überhaupt zur Therapie anmelden kann. Sind Pflegeeltern nicht zugleich Vormund oder Ergänzungspfleger mit Erstreckung auf die Gesundheitsfürsorge oder durch eine entsprechende Vollmacht befugt, so können sie ein Kind nicht zur Therapie anmelden. In einigen Fällen liegt die Befugnis dazu beim Jugendamt (Amtsvormundschaft oder Ergänzungspflegschaft), in anderen Fällen sind die leiblichen Eltern weiter sorgeberechtigt. Entsprechende Vermerke der erhaltenen Auskünfte sollten zur Akte genommen werden. Verfügungen Pflegeeltern, die in der Regel betroffene Kinder zur Psychotherapie begleiten, nicht über die entsprechenden Rechte, ist unbedingt zu klären, was mit ihnen besprochen werden kann und welchen Personen sonst (zusätzlich) Auskunft über die Therapie erteilt werden darf bzw. muss. Da in der Regel erst im Verlauf einer Therapie offenbar wird, welche Konflikte existieren, ist ein sehr korrektes Vorgehen notwendig, um dem Eindruck vorzubeugen, jemand, dessen Zustimmung und Information erforderlich ist, solle ausgegrenzt werden.

Die in manchen Fällen konfliktreichen Beziehungen zwischen Pflegeeltern, Jugendamt und Herkunftseltern bringen es auch mit sich, dass manchmal versucht wird, Psychotherapeut\*innen zu instrumentalisieren. Beispielsweise kommt es immer wieder vor, dass Belastungsreaktionen von Pflegekindern nach Umgangskontakten geschildert werden und um Atteste bzw. Stellungnahmen gebeten wird, um den Umgang einzuschränken bzw. auszuschließen. Geschilderte Belastungsreaktionen von Pflegekindern nach Umgangskontakten reichen allerdings für sich genommen nicht aus um fachlich Einschränkungen oder einen Ausschluss von Umgangskontakten empfehlen zu können, da zum einen dem Phänomen verschiedene Ursachen zugrunde liegen können und zum

anderen ein Umgang mit Eltern nur dann ausgeschlossen werden kann, wenn andernfalls eine Kindeswohlgefährdung droht (§ 1684 Abs. 4 BGB), also eine Situation entsteht, die (ohne deutliche Veränderung) mit ziemlicher Sicherheit zu einer erheblichen Schädigung des Kindes führen würde. Zu den möglichen Erklärungen für geschilderte Belastungsreaktionen nach Umgangskontakten zählen

- (a) Fehldeutungen normativer kindlicher Irritation angesichts zweier Trennungen zu Beginn und am Ende von Umgangskontakten durch Erwachsene,
- (b) eine fehlende Basis emotionaler Sicherheit des Kindes bei den Pflegeeltern, wodurch normative Irritationen prolongiert werden,
- (c) eine nicht kindgemäße Gestaltung des Umgangs durch Elternteile,
- (d) Gefährdungsereignisse während des Umgangs,
- (e) eine Verstärkung posttraumatischer Symptome durch eine für das Kind nicht kontrollierbare Konfrontation mit Erinnerungsauslösern und
- (f) ein Ausagieren von Unsicherheit über die langfristigen Perspektiven durch das Kind.

Die verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten müssen im Einzelfall abgewogen werden und haben unterschiedliche Konsequenzen. Bei Fehldeutungen normativer kindlicher Irritationen nach Umgangskontakten oder einer fehlenden Sicherheitsbasis des Kindes in der Pflegefamilie sind etwa eine normalisierende Beratung oder eine Förderung der Feinfühligkeit bei den Pflegeeltern angezeigt. Bei einer nicht kindgemäßen Gestaltung von Umgangskontakten oder einer unzureichenden Perspektivklärung sind zunächst Beratungsansätze zu empfehlen, während bei Gefährdungsereignissen oder Trigger-Effekten Einschränkungen oder ein Ausschluss von Umgangskontakten in Betracht kommt (für eine Forschungsübersicht siehe Kindler et al., 2016). Falls Psychotherapeut\*innen sich entschließen, eine Stellungnahme abzugeben, sollte daraus sowohl hervorgehen, dass die rechtliche Schwelle eines Eingriffs in Umgangsrechte verstanden wurde, als auch, welche Erklärungen und Handlungsoptionen anhand von Tatsachen abgewogen wurden oder nicht abgewogen werden konnten. Werden Kinder wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Gefährdungsereignissen in der Herkunftsfamilie psychotherapeutisch behandelt und besteht der Behandlungsansatz darin, dass Kinder Kontrolle über belastende Erinnerungen erlangen, kann dies eine vorübergehende Unterbrechung von Umgangskontakten erforderlich machen, da der Umgang unter Umständen von außen Erinnerungsauslöser setzt. Dies kann natürlich auch in eventuellen Verfahren mitgeteilt werden.

Die in den letzten Jahren in dichter Folge erschienen Studien zu psychotherapeutischen Interventionen mit Pflege- bzw. Adoptivkindern und ihren Familiensystemen (für Forschungsübersichten siehe Bergström et al., 2020; Tarren-Sweeney,

2021; Dalgaard et al., 2022) deuten darauf hin, dass Interesse und Handlungsmöglichkeiten gewachsen sind, sich diesen besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen zuzuwenden. Jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut, der bzw. die bereit ist, sich hieran zu beteiligen, ist ein Gewinn.

## 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Chodura, S., Lohaus, A., Symanzik, T., Heinrichs, N. & Konrad, K. (2021). Foster Parents' Parenting and the Social-Emotional Development and Adaptive Functioning of Children in Foster Care: A PRISMA-Guided Literature Review and Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24 (2), 326–347.

Engler, A., Sarpong, K., van Horne, B., Greeley, C. & Keefe, R. (2022). A systematic review of mental health disorders of children in foster care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23 (1), 255–264.

Kappler, S., Hornfeck, F. & Bovenschen, I. (2022). Wohlbefinden und Belastungen von Adoptivfamilien. Längsschnittliche Befunde in den ersten fünf Jahren nach Aufnahme des Kindes. München: DJI.

Kindler, H. (2020). Wie verstehen Kinder Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch? In: Gute Kinderschutzverfahren – Modellprojekt zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung für eine kindgerechte Justiz. Verfügbar unter: <https://guteverfahren.elearning-kinderschutz.de> (17.07.2022).

Kindler, H., Walter, C. & Friedrich-Bäker, V. (2016). (Begleiteter) Umgang und Kindeswohl. Eine Forschungsübersicht. In M. Klinkhammer & S. Prinz (Hrsg.), *Handbuch Begleiteter Umgang* (3. überarb. Aufl.). Köln: Bundesanzeiger, S. 33–68

McKenna, S., Donnelly, M., Onyeka, I., O'Reilly, D. & Maguire, A. (2021). Experience of child welfare services and long-term adult mental health outcomes: a scoping review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56 (7), 1115–1145.

Oosterman, M., Schuengel, C., Slot, W., Bullens, R. & Doreleijers, T. (2007). Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29 (1), 53–76.

Oswald, S., Heil, K. & Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (5), 462–472.

Schoemaker, N., Wentholt, W., Goemans, A., Vermeer, H., Juffer, F. & Alink, L. (2020). A meta-analytic review of parenting interventions in foster care and adoption. *Development and Psychopathology*, 32 (3), 1149–1172.

Simon, V., Feiring, C. & Kobielski McElroy, S. (2010). Making meaning of traumatic events: Youths' strategies for processing childhood sexual abuse are associated with psychosocial adjustment. *Child maltreatment*, 15 (3), 229–241.

Tarren-Sweeney, M. (2021). A narrative review of mental and relational health interventions for children in family-based out-of-home care. *Journal of Family Therapy*, 43 (3), 376–391.

Tarren-Sweeney, M. & Goemans, A. (2019). A narrative review of stability and change in the mental health of children who grow up in family-based out-of-home care. *Developmental Child Welfare*, 1 (3), 273–294.

Waddoups, A., Yoshikawa, H. & Strouf, K. (2019). Developmental effects of parent-child separation. *Annual Review of Developmental Psychology*, 1, 387–410.



**Prof. Dr. Heinz Kindler**

Deutsches Jugendinstitut  
Nockherstraße 2  
81541 München  
[kindler@dji.de](mailto:kindler@dji.de)

Prof. Dr. Heinz Kindler leitet die Fachgruppe „Familienhilfe und Kinderschutz“ am Deutschen Jugendinstitut und ist Professor an der Hochschule Landshut. Forschungsschwerpunkte betreffen Kinder in Pflege- und Adoptivfamilien, Kinderschutz sowie Trennung und Scheidung.

# Interventionen für Pflege- und Adoptivfamilien und Jugendliche in Fremdunterbringung

Betteke Maria van Noort, Antonia Brühl, Lucia Emmerich, Birgit Wagner & Nina Heinrichs

**Zusammenfassung:** Im Jahr 2020 lebten in Deutschland ca. 90.000 Kinder und Jugendliche in Vollzeitpflege bei einer nicht leiblichen Familie und etwa 127.000 weitere waren in Institutionen untergebracht. Insgesamt zeigt sich ein großer Bedarf an Unterstützungsmaßnahmen, welche sich an den spezifischen Bedürfnissen von Kindern in Pflege- oder Adoptivverhältnis orientieren. Es wird ein Überblick über wirksame Interventionsmöglichkeiten betroffene Kinder und deren Familien gegeben. Darüber hinaus werden zwei deutschsprachige internetbasierte Präventionsprogramme ausführlicher vorgestellt, die neu entwickelt worden und sich gegenwärtig in der Evaluation befinden. Das Programm „EMPOWERYOU“ richtet sich an Pflege- und Adoptiveltern mit Kindern im Alter von 8 bis 13 Jahren und das Programm „EMPOWER YOUTH“ an Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 bis 21 Jahren mit Fremdunterbringungserfahrung.

## Einleitung

Etwa fünf Millionen Kinder weltweit wachsen in Institutionen auf, wobei etwa eine Million dieser Kinder in Europa leben (Desmond et al., 2020). Verlässliche Daten über die Zahl der Kinder, die weltweit in Pflege- oder Adoptivfamilien leben, liegen derzeit nicht vor. Für Deutschland ist bekannt, dass im Jahr 2020 ca. 90.000 Kinder und Jugendliche in Vollzeitpflege in einer nicht leiblichen Familie (§ 33 SGB VIII) lebten und etwa 127.000 weitere Kinder in Institutionen („Heimerziehung“, § 34 SGB VIII) untergebracht waren (Statistisches Bundesamt, 2021). Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen in Fremdunterbringung erlebten in ihrer Kindheit traumatische Ereignisse („Viktimisierung“) wie beispielsweise körperlichen oder sexuellen Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung (Vasileva & Petermann, 2016).<sup>1</sup> Eine Untersuchung aus Norwegen berichtet von einer drei- bis vierfach höheren Rate an Vernachlässigung, Gewalterfahrungen oder sexuellem Missbrauch für Jugendliche in Fremdunterbringung im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus der Gesamtbevölkerung (Lehmann et al., 2020). Bei Kindern und Jugendlichen mit Fremdunterbringungserfahrung kommt es im Laufe ihres Lebens häufig zu Problemen der psychischen Gesundheit (Bilaver et al., 2020; Dubois-Comtois et al., 2021). Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit sind langfristig unter anderem mit Angstzuständen, posttraumatischen Belastungssymptomen, Depressionen, Substanzkonsum und sexualisiertem Verhalten assoziiert (Bilaver et al., 2020; Lehmann et al., 2020; Stevens et al., 2011; Vasileva et al., 2018). Bei Kindern in Fremdunterbringung zeigen sich häufiger unsicheres oder desorganisiertes Bindungsverhalten, was zu interpersonellen Schwierigkeiten führen kann (Cyr et al., 2010; Symanzik et al., 2019). Dies ist oft verbunden mit einem geringen Selbstwert und einer beeinträchtigten Emoti-

onsregulation (Cyr et al., 2010). Insbesondere das Erkennen von sozialen Risikosituationen oder das Wahrnehmen von Warnsignalen ist bei diesen Kindern und Jugendlichen oft nur vermindert ausgeprägt. Insgesamt resultieren daraus für die Betroffenen häufig lebenslange Konsequenzen.

Diese Vielfalt möglicher psychischer Langzeitfolgen und das erhöhte Risiko für erneute Mobbing-, Missbrauchs- und Gewalterfahrungen werden trotz einer späteren Aufnahme in einer Pflegefamilie (Bilaver et al., 2020; Brannstrom et al., 2020) oder Institution (Humphreys et al., 2020) ohne psychosoziale Unterstützung leider nicht verhindert (Dubois-Comtois et al., 2021). Insgesamt zeigt sich also ein großer Bedarf an Hilfsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche in Fremdunterbringung, welche sich an den spezifischen Bedürfnissen von Pflege- und Adoptivfamilien orientieren. Ziel dieses Artikels ist es, einen Überblick über vorhandene Interventionsmöglichkeiten für Pflege- und Adoptivkinder sowie deren Familien zu geben. Zusätzlich werden zwei, durch die Autorinnen neu entwickelte, Präventionsprogramme für den deutschsprachigen Raum beschrieben.

## Interventionen für Pflege- und Adoptiveltern

Die meisten Interventionen richten sich gezielt an Pflegeeltern. Spezielle Angebote für Adoptiveltern sind meist nicht vorhanden, sie werden häufig mit solchen für Pflegeeltern kombiniert. Verschiedene Interventionsangebote können mit verschiedenen Zielen verknüpft sein. Diese Ziele können

<sup>1</sup> 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

von der Vermittlung von Wissen über die Entwicklung von (Pflege-)Kindern und mögliche assoziierte Schwierigkeiten auf dem Entwicklungsweg über die Steigerung der Kenntnisse über Zugänge zu verfügbaren Ressourcen, inklusive Hilfen für Pflegeeltern, bis hin zum Einbezug der Pflegeeltern in eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern (z. B. Dorsey et al., 2014) reichen. Auch die Stabilität der Pflegefamilie nach Ankommen des Kindes in der Familie und die Integration des Kindes in die Pflegefamilie können solche Ziele sein. Damit wird deutlich, dass das jeweilige Ziel auch bestimmt, wann im Prozess der Übernahme einer Pflegschaft (z. B. nach Entscheidung, vor Aufnahme eines Kindes; im Prozess der Aufnahme; nach Aufnahme in der Pflegefamilie) die Intervention ansetzen soll. Auch hängt der Inhalt des jeweiligen Programms von der Zielgruppe ab: manche sind für alle Pflegeeltern konzipiert, andere für ausgewählte Gruppen wie z. B. Pflegeeltern von Kindern, die während der Schwangerschaft Substanzen ausgesetzt waren, oder solchen, die aggressive Verhaltensauffälligkeiten zeigen, oder auch jenen Pflegeeltern, die für Kinder die Fürsorge übernommen haben, die sexuell missbraucht wurden. Wenn Eltern sich entscheiden, sich als Pflegeeltern bewerben zu wollen, gibt es in der Regel vorbereitende Seminare, die von dem jeweiligen zuständigen Dienst (Jugendamt oder Freier Kinder- und Jugendhilfeträger) koordiniert und ggf. angeboten werden. Diese sind meist verpflichtend, auch in anderen Ländern wie den USA, jedoch handelt es sich dabei nicht immer um empirisch unterstützte Programme oder Unterstützungsmaßnahmen (Solomon et al., 2017). Im Folgenden werden aus der Vielfalt der Angebote exemplarisch zwei Programme kurz dargestellt.

### Treatment Foster Care Oregon (TFCO)

Ein sehr bekanntes Programm in den USA ist das „Treatment Foster Care Oregon“ (TFCO) von Patty Chamberlain und Kolleg\*innen, das es in altersangepassten Varianten sowohl für Eltern, Kinder (z. B. 3–6 Jahre, TFCO-P) als auch für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren (TFCO-A) gibt. Das Programm ist auch bekannt unter der (früheren) Bezeichnung „Multidimensional Treatment Foster Care“ und richtet sich an Pflegeeltern, aber auch an andere Involvierte, wie die Kinder oder Jugendlichen selbst und die leiblichen Eltern. Es enthält entsprechend unterschiedliche Komponenten, eine davon beinhaltet ein Training für die Pflegeeltern vor der Aufnahme eines Kindes. Die Pflegefamilie wird kontextuell und perspektivisch einer klinischen Umgebung gleichgesetzt. Die Symptome der Kinder werden als ein Resultat eines Kompetenz-Mangels (i. S. von fehlenden Fertigkeiten) betrachtet und Pflegeeltern werden angeleitet, Ermutigung mit gerechten und konsistenten Grenzsetzungen ausgewogen zu nutzen (= zu balancieren) sowie responsiv auf Hinweisreize zu reagieren, die das Kind sendet. Das Programm wird häufig in der systemischen Gänze angewendet bei Jugendlichen, die zusätzlich mit dem Bildungs- und Rechtssystem in Konflikt geraten sind. Allerdings gibt es von diesem Programm auch eine universelle, weniger intensive Variante mit Fokus auf den Pflegeeltern

(„Keeping Foster Parents Trained and Supported“ (KEEP); z. B. Price et al., 2015).

Das Programm ist – neben der ursprünglichen englischen Fassung – auch in dänischer Sprache erhältlich, in deutscher Sprache wird es allerdings bislang nicht als verfügbar angezeigt (vgl. [www.cebc4cw.org/](http://www.cebc4cw.org/)).

### Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)

Das Attachment and Biobehavioral Catch-up (z. B. Dozier et al., 2011) ist für Bezugspersonen von Kindern im Alter von sechs Monaten bis zwei Jahren gedacht, die Kindesmisshandlung oder Inobhutnahmen/Unterbrechungen der Fürsorge erlebt haben und nun oft Verhaltensweisen zeigen, die fürsorgende Personen eher wegstoßen als an sich binden. Die Intervention besteht aus zwei zentralen Komponenten: (a) Lernen, die Signale des Kindes neu zu bewerten, sodass Fürsorgeverhalten gezeigt werden kann, auch wenn es durch das Verhalten des Kindes nicht automatisch hervorgerufen wird, und (b) die Vermittlung von Er- und Beziehungsfertigkeiten zur Schaffung einer responsiven, affektiv warmen und vorhersagbaren Umgebung in der Pflegefamilie. Hierzu zählen wir auch alle Inhalte, die dazu dienen, dass primäre Bezugspersonen eigene Verhaltensweisen abbauen, die Kinder (in Pflege) in Furcht versetzen. Die zugrundeliegende Annahme ist, dass gerade das Bindungsverhalten sowie die Dysregulation des Verhaltens, die sowohl biologisch als auch behavioral erklärt wird, zentrale Ziele der Intervention sind. Dieses Programm arbeitet unter anderem auch mit Videofeedback und ist in Unterscheidung zu dem ersten vorgestellten Programm relativ betrachtet deutlich weniger umfangreich (z. B. zehn Sitzungen, je eine Stunde pro Woche) und damit ggf. auch einfacher umzusetzen in ein ambulantes psychotherapeutisches Setting. Allerdings ist es als „in-home“-Programm konzipiert, soll also bevorzugt dort zum Einsatz kommen, wo sich das Kind auch aufhält/wohnt. In einer kürzlich veröffentlichten Meta-Analyse wurden zehn randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zu dieser Intervention identifiziert (Kinder bis max. sechs Jahre alt) mit positiven Wirksamkeitshinweisen für unterschiedliche abhängige Variablen, wie die kindliche Emotionsregulation oder auch das kindliche Verhalten (Grube & Liming, 2018). Darüber hinaus liegt das Programm seit Kurzem auch in deutscher Sprache vor (Zimmermann et al., 2021).

Die Zielerreichung solcher Interventionen für Pflegeeltern kann – in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Zielsetzungen und Zielgruppen – auch an sehr verschiedenen Kriterien festgemacht werden, z. B. an der Fremdplatzierungsanzahl pro Kind mit der Hintergrundannahme, dass solche Unterstützungsmaßnahmen durch eine Verminderung des innerfamiliären Stresserlebens zu einer Stabilität der Platzierung beitragen. Andere Programme konzentrieren sich auf die Verbesserung der pflegeelterlichen Kompetenzen im Umgang mit den Kindern verbunden mit der Erwartung, dass eine Verbesserung der Erziehungs- und Beziehungsqualität auch zu einer

Verminderung herausfordernden Verhaltens beiträgt und wieder andere erfassen den Nachweis, ob das Wissen über die Entwicklung von Kindern im Pflegeverhältnis angestiegen ist.

In der internationalen Literatur findet man bezüglich der Evidenz für die sehr heterogenen Unterstützungsmaßnahmen für Pflegeeltern gemischte Ergebnisse (z. B. Solomon et al., 2017): hinsichtlich selbstberichteter Erziehungskompetenzen lag die mittlere Effektstärke in einer Meta-Analyse über 16 Studien im moderaten Bereich (0.52) und für die Veränderung des disruptiven Verhaltens der Kinder im kleinen Bereich (mittlere ES = -0.20). In der Tat gibt es also auch viele Unterstützungsprogramme, die keine statistisch signifikanten Effekte erzielen, entweder weil (1) sie ganz unabhängig vom Familienkontext Schwierigkeiten mit dem Nachweis von positiven Effekten haben, (2) sie in anderen Familienkontexten (z. B. Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil) den Nachweis erbringen konnten, aber noch keine wirksame Adaptation für den Pflegekontext vorliegt (z. B. Ehrenberg et al., 2021) oder (3) sie keinen solchen Nachweis anstreben und davon ausgehen, dass die Maßnahmen eine gewisse Augenscheinvalidität haben, die eine intendierte Wirkung implizieren.

Bisher wurde allerdings kaum untersucht, ob solche Programme, die sowohl die elterlichen Kompetenzen stärken und z. B. das disruptive Verhalten der Kinder vermindern, auch dazu beitragen können, das Reviktimisierungsrisiko dieser Kinder zu senken. Zwar kann man nachvollziehbar annehmen, dass dies so sein sollte, da gerade das beschriebene Be- und Erziehungsverhalten auch einen schützenden Effekt zur Bewältigung vergangener aversiver Erfahrungen bieten und damit eine resiliente Entwicklung der Kinder fördern sollte, aber es ist unklar, ob dies tatsächlich der Fall ist. So fanden Burke und Kolleg\*innen (2017) in einer Längsschnittstudie (ohne Intervention), dass die Zusammenhänge zwischen elterlicher Unterstützung und Viktimisierungserfahrungen (hier durch Gleichaltrige) nicht in einem Zusammenhang standen. Auch zeigte sich in einer Studie in den Niederlanden, dass die dynamischen und reziproken Prozesse zwischen Eltern(teilen) und Kind bei Kindern in Pflege möglicherweise nicht vollumfänglich gleich ablaufen (Goemans et al., 2018). Diese Ergebnisse sprechen dafür, eine gezielte Adaptation von Interventionen für den Pflege- und/oder Adoptivkontext zu entwickeln (unter Berücksichtigung der psychischen Gesundheitsversorgungslage in dem Land), so wie in den beiden Beispielen oben und die treibenden Kräfte für eine bestimmte Ergebnisdimension (z. B. das Reviktimisierungsrisiko im Unterschied zu z. B. externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten) bei der Auswahl und dem Einsatz bestimmter Interventionen zu beachten.

## Interventionen für Kinder im Adoptiv- oder Pflegeverhältnis

Der Großteil der verfügbaren Interventionen, hierbei sind nicht automatisch psychotherapeutische Interventionen gemeint, richtet sich, wie oben beschrieben, gezielt an Pflegeeltern oder Sozialarbeiter\*innen, die mit Kindern und Jugendlichen in Fremdunterbringungen arbeiten, und nicht direkt an die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst. Bergström und Kolleg\*innen (2020) identifizierten insgesamt 18 Inter-

### Der Großteil der verfügbaren Interventionen richtet sich gezielt an Pflegeeltern oder Sozialarbeiter\*innen in Fremdunterbringungsinstitutionen – und nicht direkt an die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst.

ventionen im Bereich der Fremdunterbringung und stellten dabei fest, dass sich davon lediglich fünf direkt an Kinder und Jugendlichen richteten. Das Programm „Take Charge“ welches spezifisch für Jugendliche in Sonderschulen mit Fremdunterbringungshintergrund entwickelt wurde, wies eine zufriedenstellende Wirkung auf (Powers et al., 2012). Positive Veränderungen wurden vor allem in Bezug auf Selbstbestimmung und Jobstatus gefunden, weniger in Bezug auf psychische Symptomatik oder Lebensqualität (Bergström et al., 2020). DePrince und Kolleg\*innen (2015) entwickelten ein Programm gegen sexuelle Reviktimisierung für Mädchen in der Jugendhilfe und konnten in ihrer Studie nachweisen, dass die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach Programmteilnahme fast fünfmal seltener von sexuellen Übergriffen berichteten (DePrince et al., 2015). Eine weitere Gruppenintervention, welche einen Fokus auf Risikowahrnehmung, Kommunikationsfertigkeiten, praktisches Wissen (z. B. darum, nachts nicht allein nach Hause zu fahren, Alkohol abzulehnen) und Problemlösestrategien hatte, führte zu einer Reduktion von sexuellen Übergriffen (Marx et al., 2001). Diese Intervention wurde allerdings nicht speziell für Teilnehmer\*innen aus der Jugendhilfe oder Fremdunterbringung entwickelt, sondern richtete sich allgemein an Frauen mit sexueller Viktimisierungserfahrung.

Die Studienlage zeigt, dass die Interventionsforschung im Bereich der Jugendhilfe und Fremdunterbringung bisher vorwiegend in den USA stattfand und nur wenige Studien wurden in Europa entwickelt und durchgeführt (Bergström et al., 2020). In Deutschland fokussieren sich Angebote, welche in den vergangenen Jahren entwickelt wurden, vor allem auf das Jugendhilfe-Setting (z. B. betreute Wohngruppen).

Ein Beispiel hierfür ist die manualisierte Gruppenintervention „Ankommen“ (Hummel et al., 2021), entwickelt am Universitätsklinikum Ulm. Im Programm „Ankommen“ stehen die

psychisch-emotionalen Belastungen im Zusammenhang mit der Fremdunterbringung im Fokus. Betroffene Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren werden gezielt bei der biografischen Einordnung und Bewältigung der Fremdunterbringung unterstützt. Das Programm dauert insgesamt acht Wochen und ist in drei Phasen gegliedert. In wöchentlichen Gruppensitzungen wird dabei zunächst fundiertes Wissen über die Gründe, Ziele und Abläufe von Fremdunterbringungen vermittelt, außerdem werden Strategien zur Affektwahrnehmung und -modulation erarbeitet. Im nächsten Schritt geht es um die eigene Biografiearbeit, in der letzten Phase um die Integration des Erlernten und Entwicklung von Zukunftsperspektiven. Die manualisierte Gruppenintervention wird aktuell in Kooperation mit Jugendhilfeeinrichtungen evaluiert.

Ein weiteres Gruppenangebot, welches ebenso an dem Universitätsklinikum Ulm unter der Leitung von Prof. Dr. Fegert durchgeführt wurde, ist das Programm „Mein Weg“. „Mein Weg“ fokussiert sich speziell auf unbegleitete junge Geflüchtete, die häufig wegen komplexer Traumata und Mangel an sozialer Unterstützung stark belastet sind, jedoch aufgrund von Lücken im Versorgungssystem selten psychotherapeutische Hilfe erfahren. Vor diesem Hintergrund wurde die Gruppenintervention für (unbegleitete) junge Flüchtlinge in Jugendhilfeeinrichtungen entwickelt. Die Intervention (keine psychotherapeutische Intervention) umfasst sechs wöchentliche 90-minütige Sitzungen mit zwei bis fünf Teilnehmer\*innen, die von zwei Sozialarbeiter\*innen mithilfe eines deutschsprachigen Arbeitsbuches und weiteren Materialien durchgeführt werden. Die Inhalte der Gruppenintervention wurden zum Teil von evidenzbasierten Traumatherapien abgeleitet und an die Zielgruppe sprachlich angepasst. Zum Abschluss der Intervention erhalten die Teilnehmer\*innen ein Zertifikat. In einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zeigte sich, dass

### Keines der bislang verfügbaren Programme für Kinder und Jugendliche mit Fremdunterbringungserfahrung richtet sich gezielt gegen mögliche neue Reviktimisierungserfahrungen.

die Jugendlichen, welche an der Gruppe teilgenommen hatten, danach weniger posttraumatische Stresssymptome und Depressionssymptome berichteten, als Jugendliche in der regulären Betreuung ohne Intervention (Pfeiffer et al., 2018). Wenn eine Psychotherapie bei Vorliegen einer PTBS durchgeführt werden kann, wird leitliniengemäß im Jugendalter eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie als erstes Mittel der Wahl empfohlen (Schäfer et al., 2019).

## Internetbasiertes Interventionssetting

Die beschriebenen Gruppeninterventionen für Jugendliche in Fremdunterbringung fanden alle in einem traditionellen

Setting (face-to-face) statt, welches eine breite Implementierung, vor allem auch in Zeiten der derzeitigen COVID-19-Pandemie, erschwert. Hier bietet ein internetbasiertes Setting, neben einigen Herausforderungen, auch viele Chancen, speziell in dieser jüngeren Altersgruppe. Bei internetbasierten Interventionen für Jugendliche konnte in einer Reihe von Studien eine gute Wirksamkeit nachgewiesen werden. Eine Metaanalyse von Vigerland und Kolleg\*innen (2016), welche die Wirksamkeit von internetbasierten Verhaltenstherapien bei Jugendlichen evaluierte, zeigte große Effekte für psychische Beschwerden (Vigerland et al., 2016). In den letzten Jahren wurden auch einige digitale Anti-Bullying-Interventionen entwickelt. Doty und Kolleg\*innen (2021) zeigten allerdings in einem systematischen Review, dass bisher nur wenige dieser Programme ausreichend evaluiert wurden.

Aus der vorhandenen Literatur wird deutlich, dass keines der verfügbaren Programme für Kinder und Jugendliche mit Fremdunterbringungserfahrung sich gezielt gegen mögliche neue Reviktimisierungserfahrungen richtet. Dementsprechend wurden in einem partizipativen Ansatz zwei neue Präventionsprogramme entwickelt. Vor dem Hintergrund der skizzierten Vorteile, wurde das Programm als Online-Intervention geplant, die jede\*r Teilnehmer\*in individuell durchläuft. In Abbildung 3 ist die Entwicklung der Programme und der Ablauf der Wirksamkeitsüberprüfung verkürzt dargestellt.

## Präventionsprogramm für Pflege- und Adoptiveltern: EMPOWERYOU

Das EMPOWERYOU-Online-Programm wurde für Pflege- und Adoptiveltern mit dem Ziel entwickelt, Eltern im Umgang mit den Bedürfnissen ihres Kindes zu unterstützen und Kinder vor (erneuten) Gewalterfahrungen (mit) zu schützen. Um zu entscheiden, welche inhaltlichen Module das Programm enthalten soll, wurde gemäß der *Multiphase Optimization Strategy* (MOST; Collins, 2018) ein konzeptionelles Modell entwickelt. Hierfür wurden basierend auf den Ergebnissen von Fokusgruppen mit Pflege- und Adoptivfamilien sowie Fachexpert\*innen und einer Literaturrecherche mehrere Faktoren identifiziert, die das Risiko einer Reviktimisierung erhöhen. Dazu gehören z. B. nach Scoglio und Kolleg\*innen (2021) riskantes sexuelles Verhalten, das Vorliegen einer PTBS und emotionale Dysregulation. Dafür wurden verschiedene Theorien zur Reviktimisierung (Castro et al., 2019; De-Prince et al., 2015; Fraley & Roisman, 2015) berücksichtigt, die sich z. B. auf die Überzeugungen von Kindern in Pflege konzentrieren, dass (emotional) nahe Beziehungen mit einer (seelischen und/oder körperlichen) Verletzung zwingend einhergehen, oder auch die verminderte Schwelle, mit der ein Risiko für sich selbst überhaupt erkannt wird. Anschließend wurden die ausgewählten Programmziele (Mediatoren) im



konzeptuellen Modell definiert. Um gemäß des konzeptuellen Modells Veränderung in den Zielen zu erlangen, wurden die folgenden Inhalte für das EMPOWERYOU-Online-Programm zusammengestellt:

- 1. Modul „Meine Power, deine Power“** – Elterliche Selbstfürsorge und Förderung des kindlichen Selbstwerts: Eltern sollen lernen, ihre eigenen Bedürfnisse besser zu erkennen und ressourcenfördernde Strategien im Alltag umzusetzen. Eltern werden zudem ermutigt und angeleitet, ihre Partnerschaft (als wichtige Ressource für die Eltern und das Kind) zu stärken und das Selbstwertgefühl des Kindes zu fördern.
- 2. Modul „Unsere Gefühle“** – Förderung der Emotionsregulation des Kindes und der Eltern: Das zweite Modul vermittelt grundlegendes Wissen über Emotionen und deren Funktionen. Die Eltern werden darin unterstützt, ihre eigenen Emotionen sowie die Emotionen des Kindes zu erkennen und zu kommunizieren. Sie werden ermutigt, die emotionalen Bedürfnisse ihres Kindes zu reflektieren und zu verstehen sowie den eigenen emotionalen Zustand von dem des Kindes zu trennen. Emotionale Regulationsstrategien für Eltern und Kind werden erklärt und geübt.
- 3. Modul „Aufgepasst!“** – Erkennen von riskanten Situationen in Beziehungen und selbstsicheres Verhalten des Kindes: Eltern erhalten Informationen, wie sie ihr Kind bei der Wahrnehmung und Verarbeitung von Warnsignalen unterstützen können (z. B. durch die Kombination von Warnsignalen). Dazu gehören Übungen mit dem Kind, die Wissen über Kinderrechte vermitteln, riskantes (Beziehungs-)Verhalten hemmen und selbstsicheres Verhalten stärken. Es werden Beispiele gegeben, wie mit dem Kind über (Re-)Viktimisierungserfahrung (z. B. Mobbing) gesprochen werden kann. Ein kurzer Abschnitt zur Medienkompetenz rundet dieses Modul ab.
- 4. Modul „Hier bist du sicher!“** – Stärkung des Sicherheitsgefühls und die Förderung stabiler Beziehungen zu Familie und Gleichaltrigen: Dieses Modul beinhaltet Informationen über Bindung und emotionale Sicherheit. Eltern werden darin unterstützt, das Sicherheitsgefühl des Kindes in engen Beziehungen zu stärken. Zudem werden sie ermutigt, ihre eigene Biografie und die ihres Kindes zu reflektieren. So können Eltern (potenziell dysfunktionale) Annahmen über enge Beziehungen erkennen, die noch heute die Art und Weise beeinflussen, wie Beziehungen wahrgenommen oder gelebt werden.
- 5. Modul „Wer bin ich und zu wem gehöre ich dazu?“** – Unterstützung bei der Identitätsentwicklung des Kindes: Ziel dieses Moduls ist es, den Eltern dabei zu helfen, ihr Kind bei der Entwicklung einer selbstgewählten Identität zur Seite zu stehen. Potenzielle Einflüsse der Herkunftsfamilie, der Pflegefamilie(n) und von Gleichaltrigen sollen dabei berücksichtigt werden. Eltern werden darin unterstützt, ein ganzheitliches nicht-wertendes Bild der leiblichen Eltern zu entwickeln, das dem Kind ermöglicht, sich

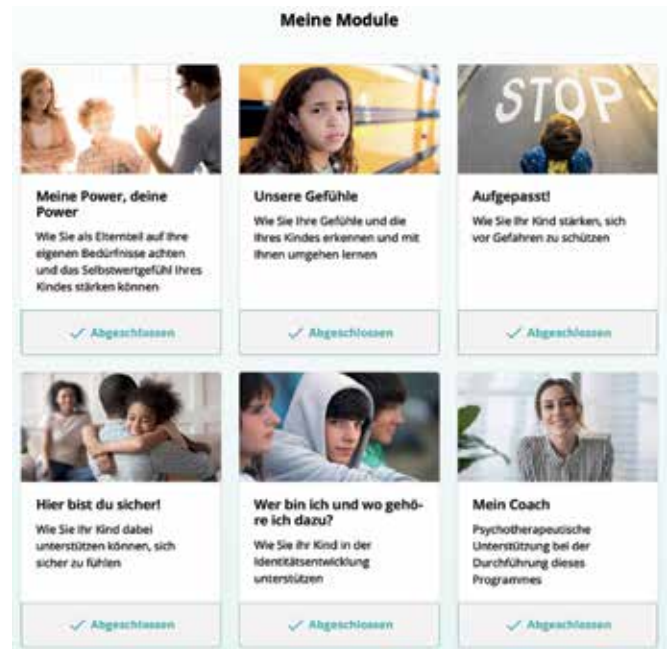


Abbildung 1: Modulansicht EMPOWERYOU (© N. Heinrichs)



Abbildung 2: Startseite EMPOWERYOU (© N. Heinrichs)

mit den Stärken seiner leiblichen Eltern zu identifizieren. Eltern erhalten praktische Hilfestellungen, um die Bedürfnisse des Kindes nach sozialer Zugehörigkeit und Autonomie in Einklang zu bringen und potenzielle Loyalitätskonflikte und damit verbundene Belastungen zwischen den Familienmitgliedern zu bewältigen.

- 6. Modul „Mein\*e Coach\*in“** – Professionelle Unterstützung der Eltern in Form eines 50-minütigen Telefonats (in Modul 2, 3, 4 und 5) mit einem\*einer Coach\*in. In den Coaching-Sitzungen gibt der\*die Coach\*in Feedback zum Programmfortschritt und den Übungen. Nach Bedarf können aktuelle Themen der Familie besprochen werden. Abschließend beantwortet der\*die Coach\*in Fragen zu Programminhalten, Hausaufgaben und der Umsetzung der Inhalte im Alltag.

Die sechs Module (siehe Abbildung 1) sind in eine gemeinsame Website eingebettet (siehe Abbildung 2). Die Intervention umfasst verschiedene multimediale Merkmale (Texte, Prä-

sentationen, Videos, Hörspiele, interaktive Übungen). Für den Zugang zum Programm erhalten die Eltern ein personalisiertes Passwort. Die Module werden individuell und nicht in einem Gruppensetting durchgeführt. Für das Absolvieren eines Moduls haben sie im Rahmen der Studie zwei Wochen Zeit. Für die Bearbeitung eines Moduls werden ca. 90 Minuten benötigt (inklusive „Hausaufgaben“ in Form von Übungen mit dem Kind). Das Online-Programm verfügt zudem über einen Website-Bereich mit Literaturempfehlungen und Informationstexten zu Kindesmisshandlung, selbstverletzendem und suizidalem Verhalten sowie externe Hilfsangebote.

Im Rahmen einer Pilotstudie mit  $N = 12$  Pflege- und Adoptivfamilien mit Kindern zwischen 8 und 13 Jahren wurde das EMPOWERYOU-Online-Programm erstmalig hinsichtlich der Durchführbarkeit, Machbarkeit und wahrgenommenen Attraktivität untersucht. Quantitative und qualitative Daten aus Telefoninterviews zur User Experience, Durchführbarkeit und Adhärenz wurden analysiert. Basierend auf diesen Ergebnissen wurde das Programm angepasst. Mithilfe eines randomisierten  $2 \times 2 \times 2 \times 2$ -faktoriellen Designs (MOST Phase 2) sollen die effektivsten Interventionskomponenten identifiziert werden. So können Erkenntnisse für eine Optimierung der Intervention und zukünftiger Programme abgeleitet werden. Die unterschiedlichen Zusammensetzungen der Module ergeben 16 mögliche Kombinationsbedingungen, denen die Familien zufällig mit gleicher Wahrscheinlichkeit zugeteilt werden. Dieses Design ist nicht mit einem 16-armigen RCT zu verwechseln, da die Kombinationsbedingungen nicht miteinander verglichen werden. Stattdessen werden die jeweiligen Haupteffekte der vier Interventionskomponenten und deren Interaktionseffekte untersucht, um die effektivsten Interventionskomponenten zu identifizieren.

Weitere Informationen zu dem EMPOWERYOU-Online-Programm für Pflege- und Adoptiveltern finden Sie hier: [www.empoweryou-programm.de](http://www.empoweryou-programm.de)

## Präventionsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene: EMPOWER YOUTH

Das neue internetbasierte Präventionsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene, welche in einer Fremdunterbringung leben, heißt: EMPOWER YOUTH. In einem ersten Schritt wurden junge Menschen im Alter von 14 bis 21 Jahren, die in Pflege- und Adoptivfamilien oder Institutionen aufwachsen bzw. aufgewachsen sind (sogenannte „Careleaver“), in Präsenz durchgeführten Fokusgruppen ( $N = 18$ ) nach ihren Bedürfnissen und Wünschen befragt, die ein solches Programm beinhalten sollte (siehe Abbildung 3). Ebenso wurden Reviktimisierungserfahrungen im Face-to-face-Kontakt und im Online-Setting erfragt. Die qualitative Auswertung der Fokusgruppen nach Mayring (2010) ergab dabei relevante Ergebnisse, die in die Entwicklung des Programmes eingeflossen sind. Ein wesentliches Ergebnis der qualitativen

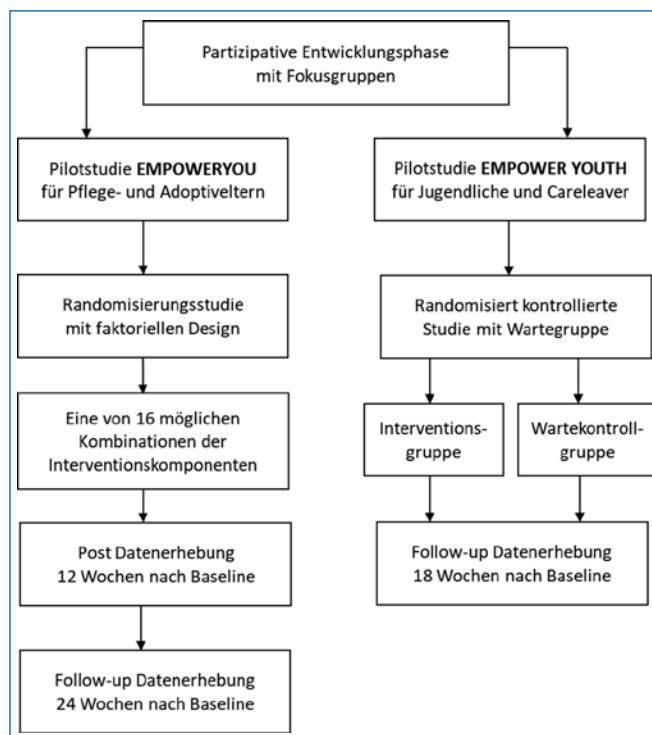


Abbildung 3: Programmentwicklung und Überprüfung der Wirksamkeit



Abbildung 4: Modulansicht EMPOWER YOUTH (© B. Wagner)

Auswertung der Fokusgruppen war beispielsweise, dass die Jugendlichen sich bei der Ansprache nicht mit Wörtern wie „Fremdunterbringung“ oder „Adoptiv- und Pflegekinder“ identifizieren konnten. Darüber hinaus wurden die allgemeine Reviktimisierungsannahme und vorausgesetzte Hilfsbedürftigkeit sehr negativ aufgenommen. Gleichzeitig wurde in den Fokusgruppen die Vielfalt an Lebenserfahrungen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich. Demzufolge wurde das Programm so entwickelt, dass nicht die potenzielle Hilfsbedürftigkeit der Zielgruppe im Fokus steht, sondern, dass auf die bereits vorhandenen Fähigkeiten der Jugendlichen zurückgegriffen wird und diese gestärkt werden: die teilnehmenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen lernen

im Programm, wie sie andere Jugendliche als EMPOWER YOUTH-Coaches in Risikosituationen unterstützen können. Durch das Coaching-Konzept wird unter anderem die Selbstwirksamkeit der Teilnehmer\*innen gestärkt und eine mögliche, ungewollte und kontraintuitive Stigmatisierung durch das Programm vermieden. Aus den Ergebnissen der Fokusgruppen wurde auch deutlich, dass die Jugendlichen es für die Adhärenz und Nutzerfreundlichkeit als wichtig empfanden, das Programm interaktiv, ansprechend, individualisierbar und mit wenig Textanteilen zu gestalten. Zusätzlich wurde mehrfach der Wunsch nach Austauschmöglichkeit mit Peers und/oder mit Psycholog\*innen geäußert.

Resultat ist das neue Online-Programm „EMPOWER YOUTH“. Die Teilnehmer\*innen im Alter zwischen 14 und 21 Jahren durchlaufen insgesamt sechs Online-Module (siehe Abbildung 4), wonach sie anschließend EMPOWER YOUTH-Coaches sind und andere Jugendliche stärken können. Gleichzeitig profitieren sie selbst beim Durchlaufen des Programmes von den Übungen, das weiterhin darauf abzielt, Mobbing-, Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen der Teilnehmer\*innen zu verhindern. Das Präventionsprogramm EMPOWER YOUTH besteht aus folgenden Interventionsinhalten:

1. **Modul „What’s up?“** – Im ersten Modul werden unter anderem die Benennung von und der Umgang mit Gefühlen, die Emotionsregulation und der Zusammenhang zwischen Gefühlen, Gedanken und Handeln thematisiert.
2. **Modul „I am okay, you are okay, we are okay“** – Die Teilnehmer\*innen setzen sich mit ihren persönlichen Rechten, Identität, Selbstwert und Selbstwirksamkeit auseinander.
3. **Modul „Stop!“** – Im dritten Modul stehen das Erkennen von (sozialen) Risikosituationen und die Wahrnehmung und Verarbeitung von Warnsignalen im Vordergrund.
4. **Modul „Your limit“** – Nachdem das Erkennen von Risikosituationen geübt wurde, wird im vierten Modul thematisiert, wie im öffentlichen Raum (face-to-face) Grenzen effektiv gesetzt werden können. Unter anderem geht es darum, welche Formulierungen und Art der Kommunikation am effektivsten sind.
5. **Modul „Like and share?“** – In Modul 5 lernen die Teilnehmer\*innen welche Rechte sie online (u. a. in sozialen Medien) haben, welche Risikosituationen es im Internet gibt und wie hier am effektivsten Grenzen gesetzt werden können.
6. **Modul „You’re the expert“** – Am Ende wiederholen die Teilnehmer\*innen die wesentlichen Inhalte des Programmes in Form zweier Quizformate.

Die Programmmodule sind möglichst interaktiv und vielfältig gestaltet und bestehen aus inhaltlichem Wissensinput in Form von Videos, praktischen Übungen auf Basis von Audiobeispielen und kurzen Schreibaufgaben. Beim Durchlaufen des

Online-Programmes werden die Teilnehmer\*innen jeweils von einem\*einer Psycholog\*in individuell begleitet, die bei Bedarf über eine Chat-Funktion zu erreichen ist und die nach Abschluss jedes Moduls ein persönliches Feedback erstellt. Austausch mit den anderen Programmteilnehmer\*innen besteht nicht. Die sechs Module nehmen jeweils ca. 45 Minuten in Anspruch.

Das Programm EMPOWER YOUTH wird aktuell in Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Untersuchung auf seine Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft und eine Teilnahme ist für Jugendhilfe und junge Erwachsene mit Fremdunterbringungserfahrung weiterhin möglich.

Mehr Informationen zu dem EMPOWER YOUTH-Online-Programm für Jugendliche und junge Erwachsene finden Sie hier: [www.empower-youth.de](http://www.empower-youth.de).

## Fazit und Ausblick

Trotz des vielfältigen Interventionsangebotes gibt es kein effektives Präventions- oder Interventionsprogramm gegen und im Umgang mit Reviktimisierung für Kinder und Jugendliche mit Fremdunterbringungserfahrung und ihre Pflege- oder Adoptivfamilien. Der Bedarf für ein wirksames und leicht verfügbares Präventionsangebot bleibt somit weiterhin erhalten. Die neu entwickelten Programme, EMPOWERYOU für Pflege- und Adoptiveltern und EMPOWER YOUTH für Jugendliche und junge Erwachsene mit Fremdunterbringungserfahrung, weisen bis dato eine hohe Nutzerakzeptanz auf. Die große Bereitschaft von Betroffenen, an der partizipativen Entwicklungsphase teilzunehmen, unterstreicht möglicherweise den vorhandenen Bedarf. Die Überprüfung der Wirksamkeit dieser zwei Online-Präventionsprogramme steht allerdings noch aus, wobei dies an der Medical School Berlin im Rahmen einer klassischen randomisiert-kontrollierten Studie durchgeführt wird, während es an der Universität Bremen zunächst darum geht, herauszufinden, welche Module mit welchen Effekten einhergehen und ob eine bestimmte Kombination von Modulen eine besonders gute Wirksamkeit erzielt.

## 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Bergström, M., Cederblad, M., Håkansson, K., Jonsson, A. K., Munthe, C., Vinnerljung, B. et al. (2020). Interventions in Foster Family Care: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 30 (1), 3–18.

Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M. & Van Ijzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high risk families: A series of meta-analyses. *Developmental Psychopathology*, 22 (1), 87–108.

DePrince, A., Chu, A., Labus, J., Shirk, S. & Potter, C. (2015). Testing two approaches to revictimization prevention among adolescent girls in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health*, 56 (2), 33–39.

Dozier, M., Bick, J. & Bernard, K. (2011). Intervening with foster parents to enhance biobehavioral outcomes among infants and toddlers. *Zero to three*, 31 (3), 17.

Dubois-Comtois, K., Bussieres, E., Cyr, C., Onge, J., Baudry, C., Milot, T. et al. (2021). Are children and adolescents in foster care at greater risk of mental health problems than their counterparts? A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 127, 106100.

Ehrenberg, D., Lohaus, A., Konrad, K. & Heinrichs, N. (2021). Risikofaktoren und ihre Bedeutung für den Entwicklungsverlauf von Kindern in Pflegeverhältnissen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49, 218–230.

Hummel, C., Läntzsch, S., Fegert, J., Witt, A., Rassenhofer, M., Pfeiffer, E. (2021). Akzeptanz für die eigene Fremdunterbringung. *Das Projekt „Ankommen“*. *Evangelische Jugendhilfe*, 98 (2), 88–97.

Pfeiffer, E., Sachser, C., Rohlmann, F., & Goldbeck, L. (2018). Effectiveness of a trauma-focused group intervention for young refugees: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59 (11), 1171–1179.

Powers, L. E., Geenen, S., Powers, J., Pommier-Satya, S., Turner, A., Dalton, L. D. et al. (2012). My Life: Effects of a longitudinal, randomized study of self-determination enhancement on the transition outcomes of youth in foster care and special education. *Children and Youth Services Review*, 34 (11), 2179–2187.

Symanzik, T., Lohaus, A., Job, A.-K., Chodura, S., Konrad, K., Heinrichs, N. et al. (2019). Stability and change of attachment disorder symptoms and interpersonal problems in foster children. *Mental Health & Prevention*, 13, 35–42.

Vasileva, M. & Petermann, F. (2016). Attachment, Development, and Mental Health in Abused and Neglected Preschool Children in Foster Care: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*, 19 (4), 443–458.

Zimmermann, J., Nemeth, S., Kindler, H. (2021). Förderung sicherer Bindungsbeziehungen in Pflegefamilien mit dem Attachment and Biobehavioral Catch-Up (ABC)-Programm. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 70 (3), 239–254.



### M. Sc. Lucia Emmerich

---

M. Sc. Lucia Emmerich befindet sich in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Fachkunde in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem EMPOWER YOUTH-Projekt an der Medical School Berlin tätig.



### Prof. Dr. Birgit Wagner

---

Prof. Dr. Birgit Wagner ist Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der Medical School Berlin. Ihre Forschungs- und Therapieschwerpunkte sind die Traumafolgestörungen mit einem besonderen Fokus auf die anhaltende Trauerstörung und internetbasierte Psychotherapie.



### Dr. Betteke Maria van Noort

---

#### Korrespondenzanschrift:

Medical School Berlin  
Rüdesheimer Str. 50  
14197 Berlin  
betteke.van-noort@medicalschooll-berlin.de

Dr. phil. Betteke Maria van Noort ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit Fachkunde Verhaltenstherapie. Sie ist seit über zehn Jahren als Wissenschaftlerin und Hochschuldozentin im Kinder- und Jugendbereich tätig.



### M. Sc. Antonia Brühl

---

M. Sc. Antonia Brühl befindet sich in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (VT) und ist Doktorandin an der Universität Bremen, Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ihre Forschung konzentriert sich auf Traumata und familiäre Gewalt, einschließlich Kindesmisshandlung und partnerschaftlicher Gewalt.



### Prof. Dr. Nina Heinrichs

---

Prof. Dr. Nina Heinrichs ist Professorin am Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, der Universität Bremen. Sie verfügt über umfassende Erfahrung in der Befragung von Familien und Stakeholdern zur Anpassung von Programmen an die Bedürfnisse von Familien und der Durchführung von Präventions- und Interventionsstudien zur Verringerung von psychischen Beschwerden und Gewalt in Familien.

# Deliberate Practice und Psychotherapie: Anfänge

Arndt Linsenhoff

**Zusammenfassung:** 2006 beginnt auf Initiative von Scott Miller der Erkundungsprozess, Ideen von Deliberate Practice auch im Bereich Psychotherapie fruchtbar zu machen. Das Ziel ist dabei, ein Vorgehen zu entwickeln, mit dem Psychotherapeut\*innen in ihrem Berufsleben am Erhöhen ihrer Wirksamkeit arbeiten können. Hierzu werden der aktuelle Stand der Bemühungen und die themenrelevante Forschung dargestellt. Drei Monographien beschreiben Vorgehensweisen, mit denen dies allein oder in der Interventionsgruppe verfolgt werden kann; eine Konsultation illustriert das geleitete Vorgehen. Abschließend werden diese aktuellen Ansätze zum Teil kritisch, zum Teil zustimmend gewürdigt. Wichtig: das Thema der eigenen Wirksamkeit evoziert bei uns Gefühle, mit denen behutsam umgegangen werden muss.

Im folgenden Beitrag soll nachgezeichnet werden, welchen Weg Deliberate Practice, ein aus der Expertise-Forschung kommendes Konzept zur Ergebnissteigerung, im Psychotherapie-Feld<sup>1</sup> genommen hat (1) und welche Forschung es zu diesem Thema bisher gibt (2). Anhand dreier einschlägiger vorliegenden Monographien zu Deliberate Practice soll illustriert werden, welche Ansatzpunkte und Vorgehensweisen hierfür gewählt werden können (3). Die Beschreibung einer Konsultation in Deliberate Practice soll veranschaulichen, wie dieser Ansatz (auch im Unterschied zu einer Supervision) im konkreten Fall vorgeht (4). Abschließend wird das Konzept bewertet und es werden Ideen vorgestellt, welche Anregungen wir für unsere Arbeit daraus gewinnen können (5). Wie im Titel bereits angedeutet, befindet sich Deliberate Practice in der Psychotherapie erst in einer Erkundungsphase und dies zudem primär in den USA. Allmählich erreicht Deliberate Practice auch unseren Sprachraum – dieser Beitrag soll eine erste inhaltliche Darstellung und Auseinandersetzung liefern. Wenig ist bisher durchdefiniert, auf diesem Feld sind derzeit eher noch Neugier und Experimentierfreudigkeit gefordert.

## (1) Wie das Konzept „Deliberate Practice“ in die Psychotherapie kam und welche Impulse bisher daraus entstanden sind

Im Jahr 2006 sitzt Scott Miller im Flugzeug beim Rückflug von einem seiner Workshops zum sog. Feedback-Informed Treatment (FIT; Linsenhoff, 2020).<sup>2</sup> Zu diesem Zeitpunkt ist er seit sechs Jahren zusammen mit Barry Duncan und Mark Hubble, den Mitgründern des Institute for the Study of Therapeutic Change (ISTC)<sup>3</sup>, auf der Suche nach Erklärungen dafür, worauf die starken Effektstärken-Unterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapeut\*innen (unabhängig

von den verwandten Verfahren) zurückzuführen sind (zum Überblick: Baldwin & Imel, 2013; Wampold, 2001, S. 184 ff.<sup>4</sup>). Diese Forschung hat sich insbesondere auf die genaue Beobachtung und Analyse von sog. Supershrinks konzentriert (Psychotherapeut\*innen mit durchgehend sehr hohen Effektstärken) und wurde nun abgebrochen, ohne hinreichende Antworten gefunden zu haben.<sup>5</sup> Aus Langeweile blättert er durch eine Ausgabe des Wirtschaftsmagazins Fortune und wird von einem Artikel über Anders K. Ericsson und dessen Forschung geradezu elektrisiert: als Experte für Expertise<sup>6</sup> hat dieser die Annahme infrage gestellt, dass ‚Talent‘ die Quelle von herausragenden Erfolgen sei, sondern hat in unterschiedlichsten Bereichen und Professionen wie Athletik, Schach, Chirurgie, bei Pilot\*innen, Pianist\*innen usw. untersucht, wie sich herausragende Leistungen erreichen lassen (Miller et al., 2007, S. 29). Für das Vorgehen, mit dem diese Expertise erreicht wird, hat er den Begriff „Deliberate Practice“ geprägt.

Dieser englische Ausdruck soll hier im Weiteren benutzt werden. Eindeutschungen wie „Reflektierte Praxis“ (als Titel der ersten Tagung im deutschsprachigen Raum zu Deliberate

1 Alle mir bekannte Literatur bezieht sich bisher auf die Erwachsenenpsychotherapie; wie aber insb. die Monographien unter (3) zeigen werden, gelten für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die gleichen Prinzipien. In der APA-Buch- und DVD-Reihe (s. u.) ist auch ein Buch zu diesem Gebiet geplant.

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

3 Die bekannteste Publikation des ISTC ist der Herausgeber-Band „The Heart and Soul of Change. What works in Therapy“ der American Psychological Association (Hubble et al., 1999), aktuell in der zweiten Auflage (Duncan et al., 2010).

4 „The evidence is clear: Dramatically more variance is due to therapists within treatments than to treatments“ (Wampold, 2001, S. 226).

5 Ein Ergebnis konnte diese Forschung aber sichern, nämlich dass hochwirksame Psychotherapeut\*innen intensiver auch nach kritischem Feedback von Patient\*innen fragen (Miller et al., 2007, S. 33).

6 Zum Beispiel als Herausgeber des „Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance“ (Ericsson et al., 2018).

Practice)<sup>7</sup>, „übende Praxis“<sup>8</sup> oder „bewusstes Lernen“ (Ericsson & Pool, 2016) lassen jeweils Teile der Definition aus, die aus der Sicht Ericssons Deliberate Practice konstituieren.

Diese wesentlichen Bestandteile sind: „... **individualized training activities specially designed by a coach or teacher to improve specific aspects of an individual's performance through repetition and successive refinement. To receive maximal benefit from feedback, individuals have to monitor their training with full concentration, which is effortful and limits the duration of daily training.**“ (Ericsson & Lehmann, 1996, S. 278 f.)

Mit dieser zufälligen Lektüre im Flugzeug beginnt eine intensive Zusammenarbeit zwischen Miller und Ericsson, die Deliberate-Practice-Ideen in das Feld Psychotherapie transponiert, Forschung anregt und mit den „Achieving Clinical Excellence“-Konferenzen in Kansas City 2010 (Linsenhoff, 2011), in Amsterdam 2013 und Östersund 2018 den konzeptuellen und Forschungsfortschritt dokumentiert; auf jeder dieser Tagungen hält auch Anders K. Ericsson selbst einen Keynote-Vortrag (Ericsson, 2010; Ericsson, 2013). 2009 gründet Scott Miller das International Center for Clinical Excellence mit einem eigenen Internet-Portal, auf dem nach kurzer Zeit bereits mehr als 10.000 Psychotherapeut\*innen aus verschiedenen Ländern in einer Vielzahl von Gruppen ihre Bemühungen um ein Verbessern der eigenen beruflichen Praxis miteinander diskutieren, Videos hochladen und sich gegenseitig anregen.

2017 veröffentlicht Tony Rousmaniere sein Ringen mit Deliberate-Practice-Ansätzen in seiner eigenen therapeutischen Praxis (Rousmaniere, 2017), 2019 folgt von ihm als zweite Monographie ein Übungsbuch zur Auseinandersetzung mit intrapsychischen Hürden und deren Bearbeitung mit Deliberate Practice (Rousmaniere, 2019). 2020 folgen Scott Miller, Mark Hubble und Daryl Chow mit ihrer gemeinsamen Monographie (Miller et al., 2020).

Im Sommer 2020 gründen Tony Rousmaniere und Alexandre Vaz das Deliberate Practice Institute und bieten im Februar 2021 den ersten internationalen Workshop via Zoom an (Vaz & Rousmaniere, 2021b); als Vorbereitung dafür publizieren sie ein Grundlagenbuch zu Deliberate Practice für Psychotherapeut\*innen (Vaz & Rousmaniere, 2021a). Scott Miller hat in seine verschiedenen Fortbildungsformate zu Feedback-Informed Treatment in den letzten Jahren auch das Thema Deliberate Practice integriert. Und ganz aktuell geben Rousmaniere und Vaz für die American Psychological Association eine Buch- und DVD-Reihe zu Deliberate Practice in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren heraus (beginnend 2021 mit Emotion-Focused Therapy, gefolgt von Cognitive Behavioral Therapy und im Herbst 2022 von weiteren Verfahren).

Zwar werden diese Ideen inzwischen auch von Universitäten<sup>9</sup> und Ausbildungsinstituten (auch in Deutschland) teilweise aufgenommen, die obigen Aktivitäten zielen aber primär auf

die **berufliche Fortentwicklung für bereits ausgebildete Kolleg\*innen im Sinne eines (berufs-)lebenslangen Lernens** und stellen neben Weiterbildung und Supervision einen **dritten Bereich der Qualitätsentwicklung beruflicher Praxis** dar. In diesem Sinne zentriert sich auch dieser Text vorrangig auf Deliberate Practice *nach* der Ausbildung.

## (2) Forschung mit Relevanz für Deliberate Practice und Psychotherapie

Nun wäre Forschung dazu, wie Psychotherapeut\*innen wirksamer werden, gar nicht nötig, wenn dies *automatisch* mit zunehmender Berufserfahrung (inkl. Supervisionen, Weiterbildungen usw.) erfolgen würde – und häufig wird ja auch genau das unter uns Kolleg\*innen und in der Öffentlichkeit angenommen. In einer Längsschnittstudie haben *Goldberg et al. (2016a)* diese Frage an 170 Psychotherapeut\*innen (mit 6.591 Patient\*innen) eines Therapie-Zentrums einer US-Universität untersucht. In der naturalistischen Studie variierte der für die Therapeut\*innen beobachtete Zeitraum zwischen 0.44 und 17.93 Jahren ( $X = 4.73$  Jahre<sup>10</sup>), die „Erfahrung“ wurde nicht nur anhand der Zeitspanne, sondern auch der Zahl der jeweils behandelten Patient\*innen bemessen. Während mit zunehmender Berufserfahrung die Quote der frühabbrechenden Patient\*innen signifikant abnahm, ging die therapeutische Wirksamkeit aber (entgegen obiger Annahme) in einem sehr geringen, aber signifikanten Maß konstant zurück (0.012 pro Jahr)<sup>11</sup>. Dieser generelle Effekt ließ sich aber differenzieren: 39,4 % der teilnehmenden Therapeut\*innen wurden kontinuierlich besser, der Rest verschlechterte sich in stärkerem Maß als die genannten 0.012.

Gegenstück zu dieser Untersuchung ist die Studie von *Goldberg et al. (2016b)*, in der die Entwicklung der Wirksamkeit der Mitarbeiter\*innen des Calgary Centers of Counseling beforscht wurde, eines Zentrums, das schon seit 2004 das Ziel verfolgt, die Wirksamkeit der Psychotherapien zu erhöhen (zu den einzelnen Prozessschritten s. *Goldberg et al., 2017*). Über den Untersuchungszeitraum von 2008 bis 2015 wurde für die 153 Psychotherapeut\*innen des Zentrums (mit 5.128 Patient\*innen) eine kleine, signifikante Steigerung von 0.035 pro Jahr festgestellt (also dreimal höher als das Nachlassen in der *Goldberg-Studie (2016a)*). Anders als in der

<sup>7</sup> <https://www.intpsy3.at/tagungsprogramm/>

<sup>8</sup> <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/zentrum-fuer-psycho-soziale-medizin-zpm/institut-fuer-psycho-soziale-praevention/forschung/professionalisierung>

<sup>9</sup> Bruce Wampold hat z. B. unter der Bezeichnung „theravue“ internetbasierte Kurse entwickelt, die von Universitäten gekauft werden können. Einzelne Skills (wie z. B. das Erkennen, Anerkennen, Ergründen und „Reparieren“ von „Alliance Ruptures“) können zunächst in Rollenspielen mit Video-Patient\*innen am PC geübt werden, bis der\*die Studierende mit seinem\*ihrem aufgezeichnetem Ergebnis zufrieden ist. Dies wird dann an den\*die Supervisor\*in gesandt, der\*die ein konkretes, verhaltensorientiertes Feedback dazu gibt. Dieses Feedback wird dann zum Startpunkt eines weiteren Übungs-Zyklus. <https://www.theravue.com>

<sup>10</sup> Wünschenswert wäre eine Replikation dieser Studie mit einer längeren beobachteten Berufspraxis.

<sup>11</sup> Also wenig in einem Jahr, bei dreißig Jahren beruflicher Praxis wären dies aber relevante 0.36 Verlust!

oben genannten Studie fanden sich hier bei der Wirksamkeit der Psychotherapeut\*innen aber nicht sowohl eine sich verschlechternde wie eine sich verbessernde Gruppe, sondern „therapists changed uniformly over time“.<sup>12</sup> Diese Verbesserung der Wirksamkeit zeigte sich schon vor diesem Untersuchungszeitraum in den internen Daten des Zentrums am Verringern der Quoten zu Verschlechterungen und unverändertem Zustand bei den Patient\*innen und beim Steigern der Verbesserungs- und Heilungsquoten über die Zeit (*Babins-Wagner, 2013*, Folie 34).

Eine erste Erkundungsstudie zu Deliberate Practice hat Daryl Chow (*Chow et al., 2015*) vorgelegt: 69 Psychotherapeut\*innen der britischen Practice Research Networks beteiligten sich über vier Jahre daran mit ihren Daten zu 4.580 Patient\*innen. Nach ihren Therapieergebnissen ließen sich die Psychotherapeut\*innen in Quartile einteilen, bei denen die wirksamsten (also im 1. Quartil) eine Effektstärke von 1.5 hatten und die Kolleg\*innen im 4. Quartil eine Stärke von .76.<sup>13</sup> Der Einladung zu einer Online-Befragung folgten 17 der beteiligten Psychotherapeut\*innen – Zusammenhänge zwischen Effektstärken und Alter, Dauer der beruflichen Tätigkeit, Verfahrens-Orientierung, Geschlecht usw. ließen sich nicht finden. Das Zentrum der Befragung war aber eine Liste von therapiebezogenen Aktivitäten (insgesamt 20 von „Supervision“ bis „Fallkonzeptualisierung“) und nicht-therapiebezogenen Aktivitäten (insgesamt fünf von „Ausruhen“ bis „Selfcare“). Diese Liste von denkbaren Deliberate-Practice-Tätigkeiten wurde nach Auswertung der Forschung zu Deliberate Practice und direkter Anregung durch Anders K. Ericsson erarbeitet. Die befragten Psychotherapeut\*innen sollten beantworten, wie viel Zeit sie mit der jeweiligen Aktivität verbringen und welchen Stellenwert sie der jeweiligen Tätigkeit für die Verbesserung ihrer klinischen Fertigkeiten zuschreiben. Die Ergebnisse:

- Vier Aktivitäten wurde eine signifikant höhere Bedeutung zugeschrieben als anderen: „über schwierige Fälle allein nachdenken“, „vergangene Sitzungen noch einmal allein nachreflektieren“, „zukünftige Sitzungen allein durchgehen“ und „Teilnahme an Fortbildung zu spezifischen Therapie-Modellen“.
- Beim Ausmaß, in dem dies praktiziert wurde, ergaben sich deutliche Unterschiede je nach Quartil: während die Therapeut\*innen des 1. Quartils pro Woche 7,39 Stunden mit den ersten drei Aktivitäten (=die allein durchgeführten) verbrachten, setzten die Psychotherapeut\*innen des 2. bis 4. Quartils (zusammengefasst) 2,63 Stunden pro Woche ein.<sup>14</sup> (Zur Kritik an dieser Studie s. *Linsenhoff, 2020*, S. 9.)

Eine zweite Studie von Daryl Chow (*Jones, 2019*) hat das gezielte Erhöhen einer spezifischen Kompetenz von Psychotherapeut\*innen überprüft: durch wiederholtes individualisiertes Feedback zu dem jeweiligen Verhalten in einer „schwierigen Situation“. Hierfür hat Chow sich die Forschung von *Anderson et al. (2009)* über Facilitative Interpersonal Skills (FIS) zunutze gemacht: dieser hatte nachgewiesen,

dass die Therapieergebnisse von Psychotherapeut\*innen umso besser sind, je höher deren Fertigkeiten in Empathie, Wärme, emotionalem Ausdruck usw. sind: insgesamt acht Skalen, die die Autor\*innen unter dem Begriff „Facilitative Interpersonal Skills“ zusammenfassten. Chow ließ nun 39 Psychotherapeut\*innen (rekrutiert aus Singapur, Australien und über das Portal des International Center for Clinical Excellence; Berufserfahrung durchschnittlich 12 Jahre) jeweils eine von vier schwierigen Therapiesituationen anschauen (Hoffnungslosigkeit bzgl. der Therapie; Desinteresse an der Therapie, da ja nur die Mutter diese wolle; ein\*e rein intellektualisierende\*r Patient\*in; die Erwartungshaltung aufseiten des\*der Patient\*in, von dem\*der Psychotherapeut\*in verändert zu werden, weil diese\*r ja Expert\*in sei); die eigene therapeutische Antwort darauf wurde als Video aufgezeichnet. Zu diesem Video bekamen sie zeitnah ein Feedback per Mail, das sich daran orientierte, wie die jeweilige Reaktion anhand der Facilitative Interpersonal Skill Task and Rating Method (*Anderson & Patterson, 2013*) geratet wurde; daraus abgeleitet wurde ihnen eine Verbesserung vorgeschlagen. Dieser Prozess (Anschauen der Szene – Reagieren – Rückmeldung zur Reaktion) wurde zweimal wiederholt. Dann erfolgte ein vierter Durchlauf mit einer ähnlichen Szene und einem\*einer anderen Schauspieler\*in, um zu überprüfen, ob durch die vorherigen Durchläufe die Kompetenz zum Umgang mit der spezifischen Schwierigkeit gewachsen war. Die Teilnehmer\*innen der Kontrollgruppe (N = 32) schauten hingegen die Szenen in der gleichen Häufigkeit an und wurden zum Reflektieren über ihre Reaktion eingeladen. Dieser Prozess war für jede\*n Psychotherapeut\*in und alle vier Szenen über drei Wochen verteilt. Es zeigte sich, dass das reine Anschauen der jeweiligen Szene und das Reflektieren darüber die FIS-Werte nicht erhöhte. Das therapeut\*innenspezifische Feedback in der Experimentalgruppe erhöhte hingegen diese Werte, bei drei der vier Szenen auch signifikant<sup>15</sup>.

Auch von einer Arbeitsgruppe von Anderson selbst liegt inzwischen eine Untersuchung zu Deliberate Practice vor, bei der ein Teil der Teilnehmer\*innen ausgebildete Psychotherapeut\*innen waren (*Perlman et al., 2020*). Diese Arbeitsgruppe von Psychodynamikern verfolgte mit einer Kombination von Alliance-Focused Training und FIS-Training das Ziel, Kompetenzen zu verstärken, um so bessere Therapieergebnisse zu ermöglichen. Dafür wurden die Ergebnisse von Teilnehmer\*innen eines (kurzen) DP-Trainings in Kleingruppen mit denen von Teilnehmer\*innen eines her-

<sup>12</sup> Mail von Goldberg am 07.06.2021.

<sup>13</sup> Welche Unterschiede hinter diesen abstrakten Effektstärke-Daten stehen, zeigt sich z. B. daran, dass bei den Psychotherapeut\*innen des 1. Quartils nur 22 % der Patient\*innen keine Veränderung erreichen konnten, während dies bei den Psychotherapeut\*innen des 4. Quartils bereits 44,5 % der Patient\*innen waren.

<sup>14</sup> Dieses sehr deutliche Ergebnis zeigt auch: wer sich um diese Fragen der Wirksamkeit kümmert, tut dies zeitaufwendig und damit zu Lasten seines Einkommens.

<sup>15</sup> Die „Fix me“-Szene führte nicht zu *signifikanten* Veränderungen in der Feedback-Gruppe: es bleibt unklar, ob dies an einer zu geringen Teilnehmer\*innenanzahl lag oder ob die FIS-Fertigkeiten bei einer solchen Problemlage nicht hinreichend ‚greifen‘ (*Jones, 2019*, S.71).

kömmlichen Trainings verglichen. Dabei zeigte sich eine signifikante Überlegenheit („large effect improvements“) des DP-Trainings für die Dimensionen Empathie, Bündnisfähigkeit und Aufgreifen von Spannungen und Krisen, also bei den Zielkompetenzen des Trainings. – Westra et al. (2021) haben bei Psychotherapeut\*innen (Berufserfahrung  $X = 4.2$  Jahre) ein übliches Workshop-Format mit einem Deliberate-Practice-Format (also ebenfalls *Gruppen*-Format!) verglichen: Während beide Formate beim Selbsttraining zu gesteigerter Kompetenz führten, war beim Fremdrating die DP-Form der üblichen Form überlegen; besonders auffallend war, dass das bekannte Nachlassen der gelernten Fertigkeiten nach vier Monaten im zweiten Format nicht auftrat.

### (3) Wie können wir uns selbst mit Deliberate Practice beschäftigen?

Wenn aus diesen Untersuchungen klar geworden ist, dass es *möglich* ist, die eigene Wirksamkeit zu erhöhen, wie können wir das nun angehen? Ausgangspunkt ist dabei das Eingeständnis, dass wir ganz am Anfang von Deliberate Practice in der Psychotherapie stehen<sup>16</sup> und das Übertragen der DP-Prinzipien auf Psychotherapie kein triviales Unterfangen ist: Pianist\*innen, professionelle Schachspieler\*innen und Athlet\*innen erbringen ihre Performanz in der Öffentlichkeit und bekommen dadurch ständig Rückmeldung zu ihren Fertigkeiten – wir hingegen handeln im geschützten Rahmen des Therapieraums. Für diese drei Berufsfelder gibt es bereits lange etablierte Trainingsformen zur Steigerung der Performanz (die natürlich immer wieder verbessert werden) – bei uns gibt es typischerweise eine Verfeinerung der Verfahrensanwendung und ein Erweitern der Perspektiven ohne Bezug zur Wirksamkeit. Und bei diesen drei Feldern (als Beispiele, an denen die DP-Prinzipien entwickelt wurden) zeigt sich die Verbesserung der Fertigkeiten an den jeweils *eigenen* Ergebnissen, während diese sich bei uns am Grad der Veränderung von *anderen*, nämlich den Patient\*innen zeigt.

Deliberate Practice in Psychotherapie gehört in den weiteren Kontext, dass 1. wir uns verfahrensübergreifend entwickeln (Stichwort: „Responsiveness“; s. Norcross & Wampold, 2019) und 2. diese Entwicklung von der Wirkung auf die Patient\*innen her bewertet wird. Diese Wirkung können wir direkt bei unseren Patient\*innen systematisch und regelmäßig erfragen und entsprechend deren Feedback dann unser Herangehen modifizieren – dies ist der Ansatz der feedback-orientierten Rahmung von Psychotherapie (s. *Linsenhoff, 2020*). Aber Deliberate Practice geht darüber hinaus: nämlich außerhalb der Sitzungen Zeit für gezieltes Üben einzuräumen. Aber was genau üben? Während z. B. der\*die Pianist\*in einerseits spezifische auf ihn zugeschnittene Aufgaben von seinem\*seiner Lehrer\*in bekommt und andererseits für sein Fertigungslevel passende Übungen aus etablierten ‚Schulen‘ absolviert, sind wir erst in einem Suchprozess danach, was genau unsere jeweilige Wirksamkeit erhöhen könnte; ‚Lehrer\*in‘ für die individualisierte Entwicklung könnten die

jenigen sein, die schon länger an diesem Strang suchend arbeiten.

Da dies aber erst eine Handvoll Personen sind, wird eine persönliche Anleitung für die meisten Kolleg\*innen zur Zeit nicht realistisch sein. Deshalb bietet es sich an, die vorhandenen Monographien als Pool von Anregungen für geeignete Übungsrichtungen zu nutzen.

Hierzu liegen von Tony *Rousmaniere* „*Deliberate Practice for Psychotherapists. A Guide to Improving Clinical Effectiveness*“ (2017) und „*Mastering the Inner Skills of Psychotherapy. A Deliberate Practice Manual*“ (2019) vor; und von *Miller, Hubble und Chow* „*Better Results. Using Deliberate Practice to Improve Therapeutic Effectiveness*“ (2020). Aus Platzgründen werden diese ausführlicher im Artikelbegleittext auf der Homepage der Zeitschrift besprochen. [>> Direkt zum Supplement](#)

Welches Buch wir auch immer zur Anregung nehmen: Deliberate Practice ist fordernd („... because it focuses on your uncomfortable learning edges, your clinical challenges and failures ...“; *Rousmaniere, 2017, S. 155*), kostet Zeit und Geld und ist auf jedem Fertigungslevel die anstrengendste Tätigkeit, die wir in unserem Beruf ausüben können – auch weil sie erfordert, dass wir uns verletzlich machen (*Rousmaniere, 2017, S. 51*). Für uns erfahrene Psychotherapeut\*innen ist dies sogar noch schwieriger als für Kolleg\*innen in der Ausbildung, weil wir unser Selbstbild als „erfahren = gut und sicher“ schützen müssen.

### (4) Und wie ist es, mit einem Konsultant zu arbeiten?

Vielleicht kennen ja manche Kolleg\*innen diese Situation: auch wenn bei einem\*einer gegebenen Patient\*in die Fallkonzeptualisierung an neue Informationen adaptiert worden ist, die Klärung des Auftrags des\*der Patient\*in nochmals überprüft und passend ist, auch wenn nach Gegencheck klar ist, dass die Veränderungstheorie für den\*die Patient\*in zum verabredeten Vorgehen passt (s. *Robinson, 2009*), die Veränderungsstufe des\*der Patient\*in i. S. des transdiagnostischen Modells von *Prohaska (Krebs et al., 2019)* beim Vorgehen berücksichtigt wurde, auf psychotherapeutischer Seite auch keine eigenen autobiografischen Anteile hinderlich sind und Aufmerksamkeit für Phänomene von Gegenübertragung vorhanden ist usw., werden in Stagnationssituationen immer mal wieder *eigene Limitierungen im therapeutischen Umgang mit Patient\*innen spürbar*, die man gerne überwinden würde (aber zu übergehen gewohnt ist). Auf diese Limitierungsmomente wollte ich meine Konsultationen in Deliberate Practice fokussieren.

<sup>16</sup> *Ericsson & Pool (2016, S. 98)* definieren bündig als Voraussetzung für Deliberate Practice: 1. „objective criteria for superior performance“ und 2. „training methods that reliably improve performance“ – von beidem sind wir im Bereich Psychotherapie noch erheblich entfernt.



In der „Deliberate Practice Coaching Role Induction Form“ (Vaz & Rousmaniere, 2021a, Appendix III) betonen die Autoren die Wichtigkeit, als Startpunkt für eine DP-Konsultation einen *guten Fokus zu bilden*: sei es ein\*e Patient\*in, der\*die gegenwärtig oder in der Vergangenheit immer wieder zu eigenen Überforderungsgefühlen geführt hat, sei es eine patient\*innenübergreifende Einschränkung der eigenen Handlungsfähigkeiten (wie z. B. beim Heilen von „Alliance Ruptures“, beim Umgang mit „Experiential Avoidance“ der Patient\*innen usw.) oder eine durchgehende Hemmung bei bestimmten klinischen Themen (wie z. B. dem Beenden von Sitzungen). Für diesen Zweck schauen DP-Konsultant\*in und Therapeut\*in gemeinsam das Video einer Sitzung an, für das der\*die Therapeut\*in die Stellen notiert hat, an denen sich der eigene Problemfokus zeigt.

Dies Vorgehen war bei meinem Start in Deliberate Practice zunächst verstellt: wegen der Corona-Pandemie (und der dadurch stimulierten weltweiten Nachfrage) waren Camcorder über Monate nicht lieferbar. Also konnte nur mein *Bericht* von meinen Situationen ‚innerer Enge‘ der Startpunkt sein. Ob nun per Bericht oder anhand eines Videos: um zu bewerten, ob die Ausgangssituation für die Konsultation angemessen herausfordernd ist, wird die Stressreaktion des\*der Psychotherapeut\*in auf einer Skala von 0 bis 10 (0 = völlig entspannt, 10 = völlig überfordert) geratet. Als *der für die Bearbeitung günstige Bereich* wird ein *Stresslevel von 4 bis 7* gesehen: bei Scham, Irritiertheit, Herzfrequenz, Schwitzen, Konzentrationsschwierigkeiten usw.; und auch während der Konsultation wird dieses Level immer wieder überprüft („Deliberate Practice Reaction Form“; Vaz & Rousmaniere, 2021a, Appendix I). Dass also ganz selbstverständlich die Zone der eigenen Scham betreten wird, dass dies DP-Konsultant\*in und Psychotherapeut\*in bewusst ist als konstitutiver Teil der Konsultation und dass beide deshalb auch immer wieder schauen, ob sich der\*die Therapeut\*in in dem Prozess noch hinreichend geschützt fühlt, kommt meinen Bedürfnissen nach Wachsen und gewolltem Risiko unter Schutz entgegen. Und es gefällt mir auch, dass – egal, wie erfahren wir jeweils sind – es immer wieder in die 4- bis 7er-Zone geht und die *Gemeinsamkeit des Lernens in unserem Berufsstand* durch dieses Vorgehen betont wird.

*Zur Illustration meine erste Konsultation<sup>17</sup>, bei der ich Unterstützung dafür erlangen wollte, dass ich bei einem bestimmten Patienten immer wieder in innerliche Passivität gerutscht bin. In der Supervision würde man sich vermutlich ein Verstehen dieser Reaktion auf dem Hintergrund des präferierten Therapiemodells erarbeiten und daraus eine generelle Linie des künftigen Umgehens damit entwickeln. In einer Deliberate-Practice-Konsultation sucht man hingegen nach einer passenden Stimulussituation, der\*die Psychotherapeut\*in imaginiert dann den\*die Patient\*in bzw. die Situation und der\*die Konsultant\*in sagt im Rollenspiel einen für den Fokus passenden Satz des\*der Patient\*in. Jetzt ist es meine Aufgabe, statt in Passivität zu rutschen, mit einem angemessenen Satz zu antworten. Aber ich habe in der Konsultation zunächst einmal nur einen Blackout, mir fällt absolut nichts ein. Kurze*

*Überprüfung meines Stresslevels – es hat sich sogar auf 8 erhöht. Der Konsultant schlägt mir einen Satz vor. Wir gehen wieder ins Rollenspiel, ich stottere den Satz herunter und stelle fest, wie peinlich mir dies ist. Pause und neuer Anlauf: Ich merke, dass ich auf der Suche nach meiner eigenen Sprache (statt des vom Konsultant vorgeschlagenen Satzes) viel zu lange rede, und komme über dies Bemerken ins gedankliche und sprachliche Stolpern. Wir unterbrechen und suchen nach einer Grundaussage und nach einer Weise, wie ich diese prägnant formulieren könnte. Neues Rollenspiel. Und mit jeder neuen Runde wird dies allmählich flüssiger, eigener, prägnanter und das Stresslevel geht sukzessive herunter. In den kurzen Pausen diskutieren wir nicht, sondern evaluieren nur den jetzigen Stand und bereiten die nächste Runde vor. Die Sitzung schließt mit der Verabredung, dass ich den Patienten-Ausgangs-Satz und mögliche Folge-Sätze von ihm auf mein Handy spreche und meine Reaktionen sequenziell üben und variieren werde, bis ich Stimmigkeit und Sicherheit empfinde. Dieser Übungsprozess wiederum wird protokolliert in der „DP Therapist Diary Form“ (Vaz & Rousmaniere, 2021a, Appendix II). Die Ergebnisse des Übens und der Verlauf der realen nächsten Patientensitzung sind wiederum der Startpunkt der nächsten Konsultation.*

Dieser Sitzungsablauf ist massiv anstrengend – und entspricht damit der Erfahrung aller DP-Praktiken auch in anderen Bereichen. Da sich der Ablauf die ganze Zeit an der Grenze des mir Möglichen entlangbewegt, ist dies nur in einem Klima des Mitgefühls für diese meine/unsere Grenzen möglich.

*Verhaltensänderung braucht Zeit – deshalb schließt sich an diese Sitzung und das häusliche Üben die Frage an, wie ich dieses aktive Herangehen bei dem bestimmten Patienten insgesamt wahrscheinlicher machen und meine Aufmerksamkeit auf dieser Veränderung halten kann, ohne in das bisherige Passivwerden wieder zurückzufallen, und bei welchen Patient\*innen mein Passivwerden ebenfalls auftritt, ohne so prägnant zu sein wie bei ihm.<sup>18</sup>*

Es gibt meines Wissens bisher keine definitorischen Gegenüberstellungen von Supervision und Deliberate Practice (s. a. die Aussagen von Rousmaniere unter (5) im drittletzten Absatz), sondern Deliberate Practice wird für sich selbst methodisch definiert. Aus der Analyse von Ergebnissteigerungen in verschiedenen Anwendungsfeldern sind die Deliberate-Practice-Methoden entwickelt worden und diese werden nun für das Feld Psychotherapie adaptiert<sup>19</sup>: das *Motiv* für

<sup>17</sup> Deliberate-Practice-Konsultant war Alexandre Vaz.

<sup>18</sup> Um mehr Einblick in das subjektive Erleben von Deliberate Practice zu geben, eignet sich sehr gut die Untersuchung von Hill et al. (2020) über die Effekte eines kombinierten Gruppen- und Einzeltrainings von „Immediacy“ im psychodynamischen Rahmen durch Tony Rousmaniere – allerdings von Ausbildungskandidat\*innen.

<sup>19</sup> Dies wird auch von Franz Caspar (2017, S. 193 f.) als ein sinnvolles Vorgehen gesehen: nämlich, da es an spezifischer systematischer Forschung zu hochwirksamen Psychotherapeut\*innen mangelt, nach allgemeinerer Forschung zu Hochleistung zu schauen. Natürlich nicht mit dem Ziel, dass wir nun alle hochwirksam werden (das ist ja auch nicht nötig, da „good enough“ reicht), sondern mit der Frage, was wir alle von Hochwirksamen lernen können.

Deliberate Practice ist im Bereich Psychotherapie (wie in allen anderen Feldern), dass wir *belegbar wirksamer* werden. Dies erfolgt in folgenden Schritten:

- Bei einer *präzise definierten Ausgangskompetenz* zu starten, die von uns selbst als *limitiert* empfunden wird: das kann eine Verhaltenshemmung sein, ein Nichtertragenkönnen von bestimmten Gefühlen usw. Das kann aber auch ein Bereich unserer Tätigkeit sein, den wir als ungünstig empfinden und bei dem dann erst unsere eigene Limitierung auf Verhaltens-/Gefühlsebene herausgearbeitet werden muss: s. das Beispiel der Kollegin „Etta“ bei Miller et al. (2020, S. 82 ff.), die deutlich höhere Therapie-Dropouts und Patienten-Verschlechterungen aufwies, als durchschnittlich zu erwarten sind.
- Dann (idealerweise von einem\*einer Konsultant\*in) *Übungen ‚verschrieben‘* zu bekommen, die genau diese Limitierung *mit klarem Ziel* adressieren. Bei dem Suchprozess für geeignete Übungen wird das Meta-Gespräch eher geringgehalten, sondern es wird gezielt nach Übbarem geschaut und ob dieses in den *angemessen herausfordernden Bereich* (d. h. bei einem Stresslevel von 4 bis 7) fällt. Da dieses Gespräch an der Grenze der eigenen therapeutischen Kompetenz verläuft, sind *Scham und Selbstkritik zu erwarten*, deshalb braucht der\*die sich so Exponierende Wärme und Halt.
- Diese *Übungen dann beständig zu wiederholen* (und sich regelmäßige Zeiten dafür zu reservieren) bis sich ein Erweitern des Spielraums einstellt; diese *Übungen werden protokolliert* (schriftlich, Audio, Video), sodass Feedback möglich ist.
- Für dieses neu gewonnene Level gibt es dann Feedback und eine neue Konsultationsschleife beginnt.

Dieser Prozess hat das Ziel, dass sich die Ausgangswerte verbessern s. z. B. die Entwicklung des Kollegen „Everett“ bei Miller et al. (2020, S. 125 f.), der aus seiner Sicht zu viele Patient\*innen nach dem Erstgespräch verlor.

## (5) Persönliche Schlussbemerkungen

Die Zeiten, in denen die therapeutischen Verfahren einander in rüder Weise die Überlegenheit des eigenen und Unterlegenheit des anderen Vorgehens um die Ohren geschlagen haben (sei dies durch Forschung oder konzeptuell begründet), gehen zu Ende. *Innerhalb* unserer Profession haben wir ja immer schon gewusst (und bei der Suche nach einem\*einer Psychotherapeut\*in für uns selbst genutzt), dass es unterschiedlich wirksame Kolleg\*innen gibt. Hierüber nun auch fachöffentlich zu reden, mutet aber fast wie eine Tabuverletzung an.

In diesem Text wie auch in der vorliegenden Literatur zu Deliberate Practice geht es darum, wie wir für unsere Patient\*innen hilfreicher werden können. Dazu gehört auch das Gewahrsein, wie viel Bereitschaft dies auf unserer Seite

erfordert, uns verletzlich zu machen, wenn wir immer wieder neu die eigenen Grenzen offenlegen. *Dies kann nur freiwillig und selbstgesteuert geschehen*. Dies gilt für Deliberate Practice ebenso wie für das Einholen von offenem Feedback durch unsere Patient\*innen bei der feedback-orientierten Rahmung von Psychotherapie (s. Linsenhoff, 2020). Diese Prozesse dürfen nicht unter die Räder staatlicher Regulierungswünsche geraten: *die Motivation, sich immer wieder in der Arbeit offen zu halten, ginge verloren*. Damit ist klar: die in das 2019 verabschiedete Psychotherapeutenausbildungsgesetz eingeschleusten Paragraphen 92 (6a) und 136a (2a) verfolgen das Ziel von ‚mehr Kontrolle‘ und sind damit für die Anliegen von Deliberate Practice und FIT hinderlich: *‚mehr Kontrolle‘ ruft bei den Kontrollierten Schutzimpulse hervor statt Entwicklungsbereitschaft!*

Vom kurzen Blick auf unseren berufspolitischen/rechtlichen Kontext nun zur Bewertung von Deliberate Practice: in ihrer ‚Mission‘, Wege zu eröffnen, auf denen wir wirksamer werden, verlieren die Autoren aus meiner Sicht aber die Motivation von uns Psychotherapeut\*innen zum Teil deutlich aus dem Blick: etwa wenn sie fordern, dass wir bei Erneuerung unserer ‚credentials‘ (also bei uns: der Approbation) unsere Effektivitätsdaten vorlegen sollten (Rousmaniere et al., 2017b, S. 270) oder dass Supervisor\*innen Daten zu ihrem Einfluss auf die Patient\*innen-Outcomes ihrer Supervisand\*innen vorlegen sollten (Rousmaniere et al., 2017b, S. 271). Diese *Ignoranz unseren Bedürfnissen gegenüber* zeigt sich m. E. auch unterhalb von Fragen beruflicher Zulassung, wenn die Autoren des Sammelbands von Rousmaniere et al. (2017a) oder Miller et al. (2020) z. B. die Ermittlung der eigenen Effektstärke als einen Startpunkt für Entwicklung nennen. Dies scheint mir in absehbarer Zukunft nicht nur in Deutschland wenig erfolgversprechend. Dafür müssten wir alle bereit sein, uns *dieser* individuellen Quantifizierung mit den dazugehörigen möglichen Beschämungen zu stellen. Wie in der Untersuchung von Wal-fish et al. (2012) belegt, halten wir uns *alle* für mindestens durchschnittlich wirksam – deshalb hätten 50 % von uns eine Kränkung zu erwarten, wenn es zu dieser Berechnung käme – eine Bloßstellung, die 100 % fürchten würden! Wenn diese Gefühle und Motive von uns Psychotherapeut\*innen über-gangen werden, droht sich bei Deliberate Practice etwas zu wiederholen, das bereits beim Einführen von Feedback durch die jeweiligen Patient\*innen wirksam war: die Daten hierfür sind eindeutig – die Wirksamkeit erhöht sich um .34 bis .92 (also erheblich!; s. Lambert, 2010, S. 249; ausführlicher dazu Linsenhoff, 2020) und dennoch werden diese Verfahren nicht in starkem Maße von der Profession angenommen. Lamberts Erklärung: „*clinician resistance*“ (2010, S. 257)! Wir sollten auch auf uns selbst unser Wissen anwenden, dass „*resistance*“, also eine abwehrende Haltung, immer einen guten Grund hat, nämlich hier das Unbehagen daran, sich einer Bewertung auszusetzen. Selbst im Calgary Counseling Center (als Ort der Begeisterung für FIT und DP) ist dieses Unwohlsein greifbar, wenn die Supervisor\*innen die regelmäßigen Feedback-Runden mit ihren Supervisees sabotierten, weil sie kritisches Feedback befürchteten (Goldberg et al., 2017,

S. 214). In der Deliberate-Practice-Literatur weisen meines Wissens bisher erst Clements-Hickman & Reese (2020) darauf hin, dass die Begeisterung für dieses Feld bisher keinen Raum lässt für Skepsis, Unwohlsein und auch Unlust wegen des Zeitaufwands.

Andererseits sind meiner Erfahrung nach *alle* Kolleg\*innen daran interessiert, möglichst wirksam für ihre Patient\*innen zu sein, und deshalb auch ansprechbar auf Wege, diese Wirksamkeit zu erhöhen – wenn die dadurch bei ihnen evozierten Gefühle fair, anerkennend und schützend behandelt werden. Zunächst müssen wir allerdings erstens die Irritation bewältigen, dass bei allem Wert, den Supervision für uns hat und der auch empirisch belegt ist, es bisher keine empirische Klarheit in *einer* Hinsicht gibt: nämlich dass sie unsere Wirksamkeit erhöht.

Supervision gehört fest zu unserem beruflichen Kodex, deshalb mag diese Aussage auf manche schockierend wirken. Supervision ist essenziell, gibt Entlastung, schafft Perspektivenwechsel, gibt Anregungen, öffnet die geschützte Therapiesituation dem ‚Blick des anderen‘, stärkt das Gewahrwerden auf mich, meine Eigenheiten und Stärken – aber ob sie unsere Wirksamkeit bei Patient\*innen stärkt, ist weiterhin offen. Drei Referenzen zum Beleg dieser Aussage: „... the effects of supervision on the patient outcomes obtained by supervisees (...) are largely unknown“ (Wampold & Imel, 2015, S. 276 f.). Watkins (2011, S. 235) kommt in seiner Forschungsübersicht zum Ergebnis: „We do not seem to be any more able to say now (as opposed to 30 years ago) that psychotherapy supervision contributes to patient outcome.“ Knox und Hill (2021) gelangen in ihrer Übersicht zu „Training and Supervision in Psychotherapy“ in der „Bibel“ der empirischen Psychotherapieforschung zunächst zu dem Fazit: „Supervisees reported enhanced awareness of self and others; increased autonomy, motivation and counseling self-efficacy (...) and noted that supervision provided helpful coping mechanisms and ideas about therapy and interventions, and also fostered insight and clarity about clinical work“ (S. 340 f.), um dann zu schließen mit: „Finally, we know little about the effects of supervision on clients“. Dies ist eine Wiederholung ihrer Aussage zum Forschungsstand in der vorigen Ausgabe des „Handbook“ von 2013: „Thus, supervision may have some beneficial effects on supervisees, but its effects on clients are less clear.“ (Hill & Knox, 2013, S. 786).

Es muss zweitens offen thematisiert werden, dass eine Wirksamkeitssteigerung mithilfe von Deliberate Practice aufwendig und unsicher ist.<sup>20</sup>

Deshalb ist mein gegenwärtiges Fazit: jenseits von Effektstärken *uns selbst* um ein Verbessern der eigenen Resultate zu kümmern – das Verfahren zu wählen, das unseren Werten entspricht; Supervisor\*innen auszusuchen, die uns Halt und Anregung bieten; die Fortbildungen zu belegen, die unseren Interessen entsprechen; dann aber auch in unserer beruflichen Praxis nach Quantifizierbarem und damit nach Beispielen zu suchen im Sinne von Ericssons Definition „gradual improvement in some specific aspect“ (Ericsson, 2013, Folie 22), wie z. B.:

- Rückmeldesysteme von Patient\*innen *für uns* zu verwenden, wie dies in der feedback-orientierten Rahmung von Psychotherapie geschieht, sei es in einer einfachen und dem Therapiealltag nahen Form, (s. *Linsenhoff, 2020*), sei es in komplexerer Form wie z. B. bei Lutz et al. (2019)<sup>21</sup>. Auch hier gibt es eine Kompetenz in Deliberate Practice zu entwickeln, die in der Literatur kaum erörtert wird: nämlich in einer solchen Art nach Feedback zu fragen, dass die Patient\*innen immer offener und ehrlicher dabei werden.<sup>22</sup>
- Oder: die eigenen No-shows, die Drop-outs, die Verschlechterungen oder den Anteil der unverändert bleibenden Patient\*innen in den Blick zu nehmen, für ein halbes Jahr auszuzählen und dann immer wieder neue Wege zu erproben, um den Anteil beim gewählten Aspekt zu verringern; und danach durch erneutes Auszählen für ein halbes Jahr zu überprüfen, ob ein solches Reduzieren gelungen ist (s. *Linsenhoff, 2020, S. 10 f.*).
- Oder: selbst empfundene Limitationen genau zu erfassen (z. B. mithilfe eines fremd-gerateten Rollenspiels oder durch den „fremden Blick“ auf ein Sitzungsvideo), mit DP-Methoden oder DP-Konsultant an deren Weitung zu arbeiten, um anschließend den neuen Stand durch erneutes Fremd-Rating zu erfassen. Oder auch in der vertrauten Intervisionsgruppe die Taxonomy of Deliberate Practice Activities (Chow & Miller, 2020a) für jede\*n Teilnehmer\*in durchzugehen und dabei auch die Sicht (= das Rating) der anderen zur eigenen Arbeit einzuholen.
- Oder: Fortschritte/Nicht-Fortschritte in Fortbildungen als *wählbaren, freiwilligen, mit Zusatzkosten verbundenen* Teil zu erheben, als zweites Element neben den inhaltlichen Aspekten. Ein bereits gut ausgearbeitetes Beispiel dafür ist die „multikulturelle Kompetenz“: da Selbsteinschätzungen dieser Kompetenz von Psychotherapeut\*innen keinen Zusammenhang mit Patient\*innenergebnissen haben, Patient\*innen-Ratings des\*der jeweiligen Psychotherapeut\*in aber robuste Prädiktor-Qualität haben (Soto et al., 2019, S. 97) bietet sich ein solches Prä-/Post-Erfassen dieser Kompetenz bei entsprechenden Fortbildungen an.<sup>23</sup>

20 Selbst *Rousmaniere* schließt seine Monographie (2017, S. 193) mit der Aussage, dass er noch nicht *weiß*, ob er den Anteil von 50% seiner Patient\*innen, denen er anfangs nicht weiterhelfen konnte, reduzieren konnte. Er habe zwar das *Gefühl*, dass das so sei, aber durch seine bisherigen häufigen Wechsel der Arbeitsstelle, sei es ihm nicht möglich gewesen, vergleichbare Daten zu erarbeiten.

21 Wichtig ist festzuhalten, dass sich durch Feedback-Systeme die Wirksamkeit der Therapie für die jeweiligen Patienten erhöht, diese aber nicht die generellen Fähigkeiten der Therapeut\*innen steigern (s. z. B. Anker et al., 2009).

22 Eine Untersuchung von Blanchard & Farber (2016) ergab, dass 72,6% der Befragten zumindest über einen Aspekt der eigenen Therapie gegenüber dem\*der eigenen Therapeut\*in gelogen haben – das zeigt, wie notwendig individuell abgestimmte Einladungen zu offenem Feedback sind.

23 Die Autor\*innen schlagen vor: „... multicultural training should require *skill demonstration and ongoing evaluation*. Trainees can be asked to demonstrate multicultural competencies both in classroom settings and in clinical settings. For instance, students can engage in role-plays with the instructor in class and with others, video-recorded outside of class. They can respond to case scenarios and seek out opportunities to demonstrate a skill, such as repairing of an alliance rupture over racial tensions. It is essential that clinicians-in-training learn to **walk the walk rather than simply talk the talk**.“ (Soto et al., 2019, S. 118; Hervorhebung durch A. L.)

In einer so verstandenen *selbst gewählten und gestalteten* Entwicklung hat Deliberate Practice ihren sinnvollen Platz. Dabei stehen wir erst am Beginn des Experimentierens mit den DP-Schritten. Rousmaniere beschreibt diesen Ort präzise: „... we are at the very beginning of figuring out how to use deliberate practice for psychotherapy. I suggest psychotherapy is more complex than athletics, is more complex than music and so it may take us a while. I would suggest the next steps are to figure out, to examine what are the most productive skills to focus on in deliberate practice, what kinds of rehearsal help the most and are the most effective. What you saw today was a kind of variety of different rehearsals ... (beschreibt unterschiedliche während des Workshops geübte Varianten; Anm. A. L.). And then finally we also need good measures to measure this. How do we measure if somebody is doing deliberate practice and how do we specifically define it as distinct from supervision. So there is a lot for researchers to do here. I would expect this will take a few decades to figure out (lacht vergnügt; Anm. A. L.).“ (aus *Vaz & Rousmaniere, 2021b*, ab 2:45:15).

Dies beschreibt die aktuellen Fragen auf US-amerikanischem Hintergrund. Wie ein kurzer Google-Vergleich der Nennungen von „Deliberate Practice + Psychotherapy“ und „Deliberate Practice + Psychotherapie“ zeigt, ist das Konzept (jedenfalls unter diesem Namen) und die Praxis in Deutschland noch nicht in stärkerem Maße angekommen. Als (mir bekannte) Ausnahmen möchte ich eine zusammenfassende Präsentation von Ehrenthal (2020) über seine Forschung im Rahmen von Universitätsseminaren und den Beitrag von Caspar (2020) auf der gleichen Tagung hervorheben wie auch die Präsentation von Jacobi (2021) auf einer Online-Tagung der Berliner Psychotherapeutenkammer. Besonders ausführlich ist aber die Auseinandersetzung von Franz Caspar (2017) mit „Professional Expertise in Psychotherapy“, in der er verschiedene Kriterien für Expertise diskutiert und zum Schluss kommt: „Ultimately, it is not the ability to establish a good relationship that matters; nor the ability to develop impressive case formulations; nor the ability to impress patients, colleagues or raters; but rather the ability to facilitate patient improvement. Everything else may be important, but only so far as it is instrumental to this end goal“ (S. 195). Und in Bezug auf das am besten geeignete Mittel, um dies anzugehen, schlussfolgert er: „... the most effective avenue to expertise appears to be deliberate practice“ (S. 204). Als gegenwärtige Limitierung bei deren Entwicklung sieht er aber, dass es noch nicht genügend präskriptive Modelle dafür gibt, was Expert Performance in der Psychotherapie ausmacht, um damit Ziel- und Übungsdefinitionen hinreichend leisten zu können.

Wir müssen nicht warten, bis wir mehr (auch deutsche) Forschungsergebnisse haben. Wir können der eigenen Grenzen gewahr werden (egal wie lange wir schon in diesem Beruf stehen), wir können uns von den zahlreichen Beispielen über persönliche Grenzen in den drei Monographien anregen lassen und wir können uns dann herausfordernde Übungssituationen für ein Weiter dieser Grenzen überlegen. Und diese

imaginativ oder in Rollenspielen in Interventionsgruppen erproben: tun, nicht bloß darüber reden oder reflektieren.

## 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist Effects: Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755–768.

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. & Andrews, W. P. (2015). The Role of Deliberate Practice in the Development of Highly Effective Psychotherapists. *Psychotherapy*, 52, 337–345.

Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D. & Wampold, B. E. (2016b). Creating a Climate for Therapist Improvement: A Case Study of an Agency Focused on Outcomes and Deliberate Practice. *Psychotherapy*, 53, 367–375.

Jones, A. C. (2019). The role of feedback in therapist training of facilitative interpersonal skills. Dissertation. Texas Tech University.

Linsenhoff, A. (2020). Wirksamer werden. *Psychotherapeutenjournal* 19(1), 4–11.

Miller, S. D., Hubble, M. A. & Chow, D. (2020). Better Results. Using Deliberate Practice to Improve Therapeutic Effectiveness. Washington: American Psychological Association.

Rousmaniere, T. (2017). *Deliberate Practice for Psychotherapists. A Guide to Improving Clinical Effectiveness*. New York: Routledge.

Rousmaniere, T. (2019). *Mastering the Inner Skills of Psychotherapy. A Deliberate Practice Manual*. Seattle: Gold Lantern Press.

Vaz, A. & Rousmaniere, T. (2021a). *Reaching for Expertise. A Primer on Deliberate Practice for Psychotherapists*. Deliberate Practice Institute.

Vaz, A. & Rousmaniere, T. (2021b). *Deliberate Practice Workshop Online Recording*. 13.02.2021. Deliberate Practice Institute.



### Dipl.-Psych. Arndt Linsenhoff

Praxis Linsenhoff  
Hauptstraße 79  
69117 Heidelberg  
[info@praxis-linsenhoff.de](mailto:info@praxis-linsenhoff.de)

Dipl.-Psych. Arndt Linsenhoff arbeitet seit 2014 als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis. Bis 2018 hat er die pro familia Heidelberg geleitet. Er ist Gründer und Mitveranstalter des „Psychotherapie-Forums Heidelberg“ – ein Veranstaltungsformat, bei dem sich die regionalen Psychotherapeut\*innen verfahrensübergreifend zu Vortrag, Diskussion und geselligem Austausch treffen. Seit Mai 2022 ist er zertifiziert in „Deliberate Practice“ (International Deliberate Practice Society).

# Die Balintgruppe – Professionelle berufsbegleitende Beziehungsgestaltung für Psychotherapeut\*innen zur Burnout-Prophylaxe und Psychohygiene<sup>1</sup>

Wolfram Zimmermann

**Zusammenfassung:** Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind ausgewählte gruppen- und psychodynamische sowie methodische Grundlagen der vom deutsch-ungarischen Psychiater und Psychoanalytiker Michael Balint in den 50er-Jahren des vorigen Jahrhunderts entwickelten Gruppenarbeit. Die psychodynamische Gruppenarbeit dient der reflexiven und empathischen Aufklärung der meist un- oder unterbewussten Ursachen von emotional gestörten Therapeut\*in-Patient\*in-Beziehungen, die die wirksame Arbeit des\*der Psychotherapeut\*in belasten können. Bei diesen Ursachen spielen vor allem inhaltliche Aspekte der Gegenübertragung und psychischer Abwehrmechanismen des\*der Therapeut\*in eine wesentliche Rolle, die durch den geleiteten Reflexionsprozess in der Balintgruppe schrittweise aufgedeckt, transparent und damit empathisch bearbeitet werden können. Dadurch werden für den\*die Psychotherapeut\*in wesentliche emotionale Entlastungen und eine Überwindung der Störungen in der Beziehungsgestaltung ermöglicht. Im vorliegenden Beitrag werden die inhaltlichen Darstellungen zu den Zielen und Abläufen der Balintgruppenarbeit durch eine ausführliche Fallvignette aus der eigenen kontinuierlich arbeitenden Balintgruppe exemplarisch veranschaulicht und auch die Notwendigkeit partiell neuer Herangehensweisen zur Erhöhung der „emotionalen Attraktivität“ der praktischen Balintarbeit vor Ort aufgezeigt.

## Inhaltliches Anliegen und Zielstellungen

In unserer Gesellschaft gehen die meisten Menschen im Falle von selbst wahrgenommenen Krankheitsanzeichen zu einem\*einer Haus- oder Fachärzt\*in. Gleichmaßen können Patient\*innen eine\*n Psychotherapeut\*in als Person ihres Vertrauens aufsuchen. Im direkten Kontakt in der Sprechstunde bzw. vorbereitenden Sitzungen werden dann die notwendigen inhaltlichen und formalen Voraussetzungen für die Indikation zur gewünschten Behandlung geklärt. Im Falle einer von dem\*der Patient\*in selbst motiviert angestrebten ambulanten Psychotherapie sind bekanntlich vorab weit mehr inhaltliche und emotionale Beziehungsaspekte zwischen beiden Seiten zu klären als etwa bei einer routinemäßigen (haus-)ärztlichen Behandlung bzw. einer medizinischen Diagnostik. Dies betrifft die bereits in diesen ersten Kontakten meist unter- bzw. unbewusst wirksam werdenden, in der psychoanalytischen Lehre definierten Formen von „Übertragung“ und „Gegenübertragung“ in dem jeweils sich entwickelnden Interaktionsgeschehen. Dabei kommt vor allen wesentlichen Aspekten der auf psychotherapeutischer Seite erlebten Gegenübertragung eine ganz besondere Bedeutung zu. Treten in besagtem Interaktionsgeschehen emotional erlebte Störungen auf, kann – so soll hier aufgezeigt werden – die psychodynamisch angeleitete Arbeit in sog. Balintgruppen einen wesentlichen Beitrag da-

zu leisten, deren zumeist unbewusste Ursachen aufzuklären und zu reflektieren.

Die Bezeichnung „Balintgruppe“ verweist auf den deutsch-ungarischen Psychiater und Psychoanalytiker Dr. med. Michael Balint (1896–1970), welcher Anfang der 1950er-Jahre in England eine Methode zur psychodynamisch orientierten Gruppenarbeit entwickelte, die die heilberufliche Tätigkeit von Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen kontinuierlich begleiten sollte. Diese Methode erfuhr seit den 1960er-Jahren zunehmend internationale Anerkennung und ist von ihrem Begründer, seiner Frau Ennid sowie nach Balints Tod von zahlreichen Fachleuten weiterentwickelt und mit anderen Ansätzen kombiniert worden.

In der Fachliteratur ist die Wirkung der Balintgruppenarbeit bereits sehr differenziert mit Blick auf die Zielsetzung der speziellen Qualitätssicherung und Supervision der eigenen therapeutischen Tätigkeit behandelt worden. Der vorliegende Beitrag möchte sich ausdrücklich nicht auf diesem schon aus-

<sup>1</sup> Wenn im folgenden Text der vereinfachende Begriff „Psychotherapeut\*in“ verwendet wird, sind Psychologische sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen, aber zugleich immer auch Ärzt\*innen aller Fachrichtungen mitgemeint. Dass die Methodik der Balintgruppen zunehmend auch auf andere Gruppen heilkundlich Tätiger und Angehöriger „helfender“ sozialer Berufe angewandt wird, sei an dieser Stelle nur erwähnt.

reichend ausgeschrittenen Pfad bewegen und einen anderen Zielfokus in den Vordergrund rücken. In den folgenden Ausführungen soll es ausschließlich um die in der neueren Fachliteratur mitunter etwas „unterbelichteten“, aber elementar bedeutsamen Aspekte der Psychoprophylaxe und Psychohygiene der Psychotherapeut\*innen gehen.

Im Beitrag soll zunächst aufgezeigt werden, inwiefern sich eine gestörte Interaktionsbeziehung im Therapiegeschehen, deren Ursachen unbewusst bleiben, für die Psychotherapeut\*innen dauerhaft als Belastungsfaktor erweisen kann. Vor diesem Hintergrund soll ein psychodynamisch orientierte Gruppenformat, wie es die Balintgruppenarbeit darstellt, als eine letztlich auch der beruflichen Selbstfürsorge dienende praktische Möglichkeit präsentiert werden, diese tieferliegenden Ursachen und Konflikte aufzuarbeiten. Die Strukturen und Abläufe der Balintgruppenarbeit sollen daraufhin vertieft dargestellt und anschließend durch eine detaillierte Fallvignette verdeutlicht werden.

## Beziehungsstörungen im Therapiegeschehen als Belastungsfaktor

Es ist in der klinischen Realität davon auszugehen, dass es gar nicht so selten bei intendierten Beziehungsaufnahmen wie auch in schon laufenden Behandlungen zwischen Psychotherapeut\*in und Patient\*in zu nur diffus erlebten emotionalen Spannungen kommt. Wenn jedoch im weiteren Verlauf der Behandlung diese Spannungen und deren Hintergründe (noch) nicht besprochen werden (können), entwickeln sich emotional-affektiv getönte Störungen in dieser anfangs beiderseits motiviert aufgenommenen therapeutischen Arbeitsbeziehung. Solche entstandenen emotional-affektiv begründeten Beziehungsstörungen sind in aller Regel hinsichtlich ihrer wesentlichen, die existierende Konfliktdynamik bestimmenden und aufrechterhaltenden Ursachen meist „tieferliegend“, d. h. der rationalen Kontrolle, dem bewussten Reflektieren noch nicht zugänglich.

Solche Störungen können für die sich entwickelnde therapeutische Beziehungsgestaltung negative Folgen nach sich ziehen – im ungünstigsten Fall bis hin zum Therapieabbruch durch den\*die Patient\*in. Auch aufseiten des\*der Psychotherapeut\*in kann sich ein Unbehagen artikulieren: Obwohl der\*die Therapeut\*in weiterhin mit dem\*der Patient\*in den notwendigen emotionalen und kommunikativen Kontakt aufrechterhalten möchte, werden vermehrt plötzlich auftretende Belastungsgefühle wahrgenommen, etwa wenn der Name dieses\*dieser einen Patient\*in vor Augen tritt. In der konkreten therapeutischen Arbeit mit dem\*der Patient\*in zeigen sich bei dem\*der Psychotherapeut\*in diese Störungen häufig z. B. durch zunehmend bedrückende, in aller Regel später dann auch körperlich deutlich repräsentierte Gefühle, plötzlich isoliert auftretende, situativ unpassend oder gar schambesetzt empfundene Gedanken, Compliance-Probleme sowie vermehrte emotionale Blockaden in der verbalen

wie nonverbalen Kommunikation mit dem\*der Patient\*in. Von diesen werden ähnliche negative Empfindungen und emotionale Ambivalenzen dem\*der Psychotherapeut\*in gegenüber zurückgemeldet. Im Rahmen dieser andauernden ambivalenten Belastungs- und Anspannungssituation werden bei dem\*der Psychotherapeut\*in neben Defiziten der Selbstreflexion vor allem seine emotional-affektive Selbstregulation, seine empathische Achtsamkeit und damit Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigt (Fonagy & Gergely, 2004).

Die im Behandlungsverlauf nicht transparent gewordenen Beziehungsstörungen können jedenfalls den\*die Psychotherapeut\*in vor allem angesichts vieler in einem bestimmten Zeitraum zu behandelnden Patient\*innen erheblich belasten. Solche andauernden und nicht tiefergehend reflektierten Belastungen können unter Umständen für den\*die Psychotherapeut\*in langfristig psychopathologisch, krankheitswertig bedeutsam werden. Diese Gefahr besteht insbesondere dann, wenn der\*die Psychotherapeut\*in keine praktikablen Möglichkeiten findet, die oft unbewusst zugrunde liegenden Ursachen dieser nachhaltig erlebten emotionalen Belastungen aufzuklären und schrittweise zu bearbeiten.

## Psychodynamische Gruppenarbeit im Dienste von Psychohygiene und -prophylaxe

Um die skizzierten Störungen im therapeutischen Interaktionsgefüge hinsichtlich ihrer schon angesprochenen potenziellen- bzw. unterbewussten Ursachen empathisch-achtsam aufdeckend und sukzessiv reflektierend verstehen zu können, bietet sich die von einem\*einer ausgebildeten Balintgruppenleiter\*in psychodynamisch geführte Gruppenarbeit an. Diese Gruppenarbeit sollte – um ihre psychoprophylaktische Wirkung nachhaltig zu entfalten – mit Blick auf die inhaltlich wesentliche Gruppen-Kohäsion sowie auf die notwendige Konstanz von Raum und Zeit möglichst kontinuierlich über längere Zeiträume im Verlauf der eigenen therapeutischen Tätigkeit realisiert werden. Der Rückgriff auf ein Gruppen-Setting trägt dem Umstand Rechnung, dass selbst der\*die zur Behandlung gut motivierte Psychotherapeut\*in die wesentlichen wirksamen Ursachen für die erlebten emotionalen Beziehungsstörungen mit Bezug zu seiner Gegenübertragung allein selbst nicht ausreichend erkennen kann. Auch durch „kritisches Nachdenken“ bzw. „Nachgrübeln“ und verschiedene kognitiv orientierte Bemühungen kann keine wirksame Aufklärung der potentiellen Störungsursachen erreicht werden. Fachbezogene kollegiale Supervisionen bzw. regionale Interventionsgruppen können unter bestimmten Bedingungen zwischenzeitlich zwar durchaus sehr hilfreich sein. Allerdings werden sie auf längere Sicht die aktive Teilnahme an einer kontinuierlich arbeitenden psychodynamisch geleiteten Balintgruppe nicht ersetzen können.

Eine besondere inhaltliche Bedeutung gewinnen die meist unterbewussten bzw. abgewehrten Anteile der jeweils erlebten

**Gegenübertragung** des\*der Psychotherapeut\*in. An der individuell und situativ unterschiedlich erlebten Gegenübertragung sind verschiedene, im Allgemeinen nicht bewusstwerdende **psychische Abwehrmechanismen** wirksam beteiligt (Furrer, 1984; Rosin, 1989). Diese Abwehrmechanismen verhindern bei dem\*der Psychotherapeut\*in langfristig eine selbstreferentielle kritische Klärung der individuell als erheblich belastend erlebten Störungen der therapeutischen Beziehung, weshalb die praktische Balintgruppenarbeit inhaltlich gerade auch an dieser Stelle ansetzt (Zimmermann, 2019a). Dieses zu reflektierende Beziehungsgeschehen hat in der Balintgruppenarbeit seit Langem eine psychoanalytisch-psychodynamische Fundierung und differenzierte Analyse erfahren (vgl. Balint, 1980; Otten, 2012; Curschmann et al., 2009; Flatten et al., 2018 u. a.). Die in diesem Zusammenhang relevanten Persönlichkeitsanteile des\*der Psychotherapeut\*in werden bei einem erfolgreichen Prozessverlauf behutsam und schrittweise durch die empathische und achtsam reflektierende „Aufdeckung“ solcher „blinden Flecken“ bewusst gemacht.

Im Ergebnis soll dem\*der Psychotherapeut\*in eine nachhaltig psychohygienisch wirksame emotionale Entlastung für eine gewünschte Fortsetzung der Therapiearbeit mit dem\*der Patient\*in ermöglicht werden. Durch eine solche Gruppenarbeit sollen auch bei sehr hohen psychischen Arbeitsbelastungen leider oft nicht rechtzeitig erkannte Formen des „seelischen Ausbrennens“ (Burnout-Syndrom) verhindert, d. h. **psychoprophylaktisch** für den\*die einzelne\*n Psychotherapeut\*in langfristig wirksam werden. Es zeigt sich hierbei in früheren wie aktuellen fachwissenschaftlichen Übersichten, dass die dauerhafte Nutzung dieser psychodynamischen Gruppenarbeit vor allem im Hinblick auf ihre beziehungsklärenden Elemente wie auch auf ihre Anteile an begrenzter (!) emotionaler Selbsterfahrung der Psychotherapeut\*innen überzeugend analysiert werden kann (vgl. zusammenfassend Rosin, 1989; König, 2004; Flatten et al., 2018).

Diese Form der regelmäßigen Gruppenarbeit zielt nicht allein auf die psychohygienische emotionale Entlastung der Psychotherapeut\*innen ab, sondern kommt immer auch den Patient\*innen im laufenden Behandlungsprozess unmittelbar zugute: So können nämlich die zunächst für den\*die Psychotherapeut\*in besser bewusst reflektierten wesentlichen Störungsursachen mit dem\*der Patient\*in beim nächsten Zusammentreffen mit angemessener empathisch-achtsamer Vorsicht angesprochen, d. h. nun erstmals für beide Seiten authentisch und emotional entlastend kommuniziert werden.

## Balintgruppenarbeit

### Ein Konzept in permanenter Weiterentwicklung

In obigen Ausführungen dürften anknüpfend an die in den 1950er-Jahren formulierte Grundidee von Dr. med. Michael Balint bereits die wesentlichen Anliegen der Balintgruppenarbeit deutlich geworden sein. Sie ist mindestens in den letzten drei Jahrzehnten in verschiedenen imaginativen, systemischen wie auch mehr körper- und handlungsorientierten methodischen Varianten für die praktische Anwendung im ambulanten wie auch stationären Sektor der medizinischen Versorgung weiterentwickelt worden (vgl. hierzu ausführlich im Überblick Otten, 2012; Neumeier, 2019).

Inzwischen wird die Balintgruppenarbeit durch inhaltlich-methodische Weiterentwicklungen zunehmend auch unter einem sogenannten „prismatischen“ Aspekt betrachtet. Damit ist gemeint, dass die sukzessive reflektierende Aufklärung der potenziellen individuellen Ursachen für die erlebten, meist auch körperlich deutlich repräsentierten emotionalen

— **Die Balintgruppenarbeit setzt an den psychischen Abwehrmechanismen an, die an der erlebten Gegenübertragung beteiligt sind und eine kritische Klärung der Störungen in der therapeutischen Beziehung blockieren.** —

Beziehungsstörungen im Sinne der relativ einfachen physikalischen Metapher der aufgliedernden Brechung des zunächst sehr komplexen und nur weißen sichtbaren Lichtes in seine relevanten Spektralfarben durch ein Prisma verstanden wird (vgl. dazu Drees, 2002).

Nicht zuletzt gibt es zu den oben angesprochenen psychohygienischen und psychoprophylaktischen Zielsetzungen der Balintgruppenarbeit inzwischen Überlegungen zu neueren inhaltlich-methodischen Gestaltungsmöglichkeiten, auf welche hier orientierend nur hingewiesen sei (vgl. Neumeier, 2019; Langewitz et al., 2019; Zimmermann, 2019a).

Das methodische Konzept der Balintarbeit wird auch über den Rahmen der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie hinaus als Modell aufgegriffen: In der Verhaltenstherapie hat sich in den letzten gut zwei Jahrzehnten sehr forciert in Analogie zum Grundmodell der Balintarbeit eine Methode zur reflexiven, deutlich empathiefördernden Bearbeitung von Beziehungsstörungen entwickelt, die sogenannte „Interaktionsbezogene Fallarbeit“ (IFA, vgl. Kerkloh, 2018). Die IFA findet ihre wissenschaftliche Fundierung und praktische Anwendung unter inhaltlichem Bezug auf ein dezidiert verhaltenstherapeutisches Setting, obwohl sich inzwischen

etwa durch Arbeiten zur sogenannten „Schematherapie“ durchaus mögliche inhaltliche und vielleicht zukunftsweisende „Brücken“ (!) zur Balintgruppenarbeit ergeben könnten (vgl. besonders Young et al., 2005; Zarbock, 2014).

## Abläufe der Balintgruppenarbeit

Betrachten wir nun einige praktische Aspekte der Durchführung der unmittelbaren ambulanten Gruppenarbeit: In jeder geleiteten Balintgruppe stellt am Anfang ein\*e sich freiwillig entscheidende\*r motivierte\*r Teilnehmer\*in, der oder die sogenannte **Referent\*in**, eine ihn im schon skizzierten Sinne persönlich besonders und meist schon lange emotional belastende Beziehungsstörung mit einem\*einer der (früher oder aktuell) behandelten Patient\*innen in der Gruppe von ca. acht bis zehn Teilnehmer\*innen vor. Diese sogenannte **Fallvorstellung** erfolgt ohne jegliche schriftliche Akten bzw. andere sichtbare Dokumentationsunterlagen in einer ungebundenen, inhaltlich freien Form und ohne jegliche Unterbrechung durch

### — Nach der erfolgten Fallvorstellung teilen die Teilnehmer\*innen nacheinander spontane Assoziationen zum Fall mit: „katathyme“ Bilder, Gedanken, inneres szenisches Erleben, körperliche Empfindungen und Phantasien.

andere Teilnehmer\*innen. Der Zeitrahmen für eine zumeist monatlich durchgeführte ambulante Balintgruppe beträgt 90 Minuten. In manchen Gruppen werden auch zwei Sitzungen direkt nacheinander, im Rahmen konzentrierter curriculärer Weiterbildungen maximal vier Sitzungen an einem Tag durchgeführt.

Für die inhaltliche Leitung einer Gruppe ist in Deutschland der\*die von der Deutschen Balint-Gesellschaft e.V. (DBG) speziell ausgebildete **„Balintgruppenleiter\*in“** verantwortlich. Psychotherapeutisch oder psychiatrisch tätige Ärzt\*innen<sup>2</sup> und Psycholog\*innen mit einem Diplom- oder Master-Abschluss werden durch die DBG nach erfolgreich absolvierter, mehrjähriger berufsbegleitender Ausbildung mit einem Zertifikat anerkannt. Sie können dann selbständig eine – im Normalfall kontinuierlich arbeitende ambulante oder an einer größeren Klinik etablierte – Balintgruppe aufbauen und durch die entsprechenden Instanzen, wie die jeweiligen Heilberufskammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen, fachlich anerkennen lassen. Für eine weitere Qualifikation zum\*zur Ausbilder\*in für Balintgruppenleiter\*innen existieren seitens der DBG ebenfalls entsprechende inhaltliche und formale Standards, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann.

Zur Einleitung der Arbeit in der jeweiligen Balintgruppe ist im Allgemeinen eine kurze sogenannte „Anwärmphase“ eingeplant. Sie dient dem jeweils individuell und situativ sehr un-

terschiedlichen „inneren Ankommen“, einer möglichen „Entschleunigung“ und mehr gerichteten inneren Konzentration der Mitglieder an diesem Ort und zu dieser Zeit. Dieses innere Ankommen vor der eigentlichen konkreten Fallvorstellung kann man mit einer kurzen meditativen, entspannungsorientierten Achtsamkeitsübung begleiten, wie sie ausführlich u. a. bei Grepmaier und Nickel (2010) dargestellt worden ist. Nach der erfolgten Fallvorstellung (s. o.) beginnen die teilnehmenden Mitglieder, nacheinander bestimmte, jeweils bei ihnen spontan auftretende bzw. aufsteigende sog. „katathyme“ Bilder, Gedanken, inneres szenisches Erleben, auch intensive körperliche Empfindungen und Phantasien jeder Art zum gerade vorgestellten Patientenfall mitzuteilen. Dabei hat sich der\*die Referent\*in nach den an ihn von den Mitgliedern zu Beginn kurz gestellten sogenannten „Sachfragen“ aus dem aktiven Austausch in der Gruppe gewissermaßen zurückzuhalten. Er beteiligt sich dann an keinen Interaktionen in der Gruppe und lässt die erfolgenden Äußerungen der einzelnen Mitglieder zunächst innerlich auf sich wirken, bis er schließlich später durch die Gruppenleitung um eine verbale Zwischenrückmeldung zu seinem momentanen emotionalen Empfinden gebeten wird. Dieses Vorgehen kann sich im Verlauf der Gruppensitzung mehrmals, meist ca. dreimal, wiederholen und wird hier als **„Reflexionsrunde der Gruppe“** bezeichnet. Die einzelnen verba-

len Mitteilungen, d. h. die konkreten „Einfälle“ der Mitglieder werden als sogenannte **„Voten“** bezeichnet. Jedes Votum hat dabei seine unbedingt eigene Bedeutung und erfolgt nach methodisch vorher fixierten Regeln. Es werden z. B. keinerlei spontane Interaktionen zwischen den Teilnehmer\*innen, die ein Votum abgegeben haben, zugelassen. Damit soll erreicht werden, dass jedes inhaltliche Votum von dem\*der Referent\*in in Ruhe aufgenommen werden, sich bei ihm „innerlich setzen“ kann. Diese verschiedenen Voten werden von der Gruppenleitung in einem überblickbaren Zeitabschnitt ordnend bzw. inhaltlich strukturierend reflektiert (König, 2004). Nach einem sich vom jeweiligen Ablauf her konkret ergebenden Zeitabschnitt und ggf. einer orientierenden Einordnung der Leitung an die Gruppe wird der\*die Referent\*in nochmals um eine Einschätzung zu seinem jetzt entwickelten aktuellen Befinden nach den zuvor sukzessiv wahrgenommenen Voten gebeten. Diese inhaltlichen Rückmeldungen sind besonders für die psychodynamische Anleitung des dann meist „in Schwung gekommenen“ Gruppenprozesses sehr wichtig und werden von der Gruppenleitung zusammengeführt, bis die nächste gruppenspezifisch geleitete Reflexionsrunde beginnt und der Referent sich wieder zurückhält. Diese Rückmeldungen bahnen in diesem wechselseitigen Kommunikationsprozess u. a. die sukzessive Reflexion und „Aufdeckung“

2 D. h. Ärzt\*innen mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ und/oder „Psychoanalyse“; Fachärzt\*innen für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzt\*innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.



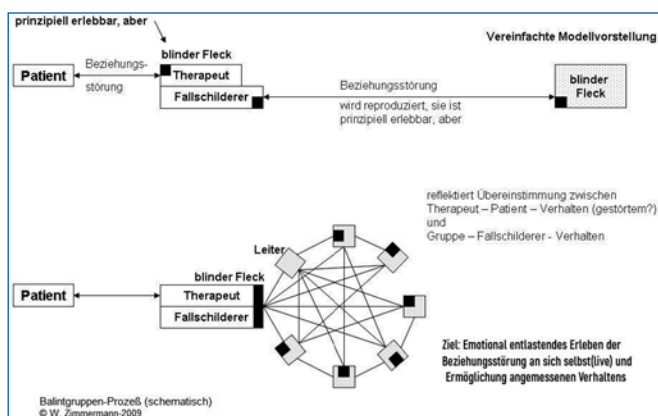


Abbildung: Schematische Darstellung zum Balintgruppen-Prozess

der bisher weitgehend unbewussten inneren Persönlichkeitsanteile. Durch diesen von dem\*der Balintgruppenleiter\*in und ggf. einem\*einer flankierenden Co-Leiter\*in begleiteten Prozess der intendierten Reflexion der abgegebenen Voten werden bisher wenig bewusste und abgewehrte potentielle Ursachen der relevanten Beziehungsstörung nach und nach besser verständlich und damit für die Gruppenmitglieder und den\*die Referent\*in transparent gestaltet. Diese Ursachen beziehen sich z. B. auf ausgeprägte emotionale Hemmungen, eigene früher bzw. in der frühen Kindheit gestörte affektive Bindungs- und kommunikative Beziehungsmuster, individuelle psychische Abwehrmechanismen o. Ä.

Durch diese sich entwickelnde reflexive Transparenz werden verschiedene praktische Handlungs- und inhaltliche Bewältigungsmöglichkeiten erkennbar, wie der\*die Referent\*in durch das Verstehen der relevanten affektiven Störungsursachen in der künftigen Arbeit mit dem\*der Patient\*in die von ihm nun besser identifizierte Störung überwinden kann (Curschmann et al., 2009). Durch diese intensive „Aufdeckungs- und Klärungsarbeit“, die zwischenzeitlich auch zwischen Referent\*in und Gruppe in ihren wesentlichen Inhalten transparent wird, kommt es im weiteren Entwicklungsverlauf bei dem\*der Referent\*in zur Förderung der empathischen Kompetenz, zu einem meist als „befreiend erlebten“ emotionalen Reflektieren des vorher diffus gestörten Kommunikationsgeschehens und damit auch zu einer – stets begrenzten – individuellen psychischen Selbsterfahrung (Otten, 2019), die wir hier bewusst nicht weiter analysiert haben. Das bedeutet, dass die bisher wirksamen psychischen Abwehrmechanismen und relevanten affektiven Blockaden des\*der Referent\*in jetzt offener reflektierend, manchmal aber durchaus auch nachhaltig schmerzlich (!) bewusst werden. Mit der entstehenden emotionalen Entlastung werden auch eine insgesamt verbesserte Affektregulation und Mentalisierung ermöglicht, die sowohl bei dem\*der Referent\*in als auch bei den meisten Gruppenteilnehmer\*innen eine häufig auch körperbezogen repräsentierte psychohygienische Wirkung entfalten.

In der Abbildung sind wesentliche Merkmale des Gruppenprozesses der reflektierenden Balintarbeit unter besonderer

Beachtung der wirksamen „blinden Flecken“ schematisch vereinfachend dargestellt.

Das praktische Vorgehen und der psychodynamisch geleitete Entwicklungsprozess in einer ambulanten Balintgruppe sollen anhand einer hier ausgewählten Fallvignette nunmehr verdeutlicht werden.

## Fallvignette<sup>3</sup>

### Fallvorstellung

Den Fall stellte ein jüngerer hausärztlich tätiger Internist aus einer großen internistischen Berufsausübungsgemeinschaft vor. Es handelte sich um einen sehr unruhig agierenden jungen Mann in einer Trennungssituation (seine Freundin hatte ihn sehr plötzlich verlassen). Dieser Patient kam dem Referenten von Anbeginn in seinem Erleben nach ersten Routine-Maßnahmen (u. a. leichte Sedierung, späteres Gesprächsangebot) im weiteren Verlauf persönlich zu nahe. Der Referent hatte das intensive Empfinden, der Patient wolle ihn „zu sehr emotional involvieren“. Es wurde eine sehr bedrängende Ausgangssituation in der Kommunikation mit dem wesentlich jüngeren Patienten deutlich. Dieser junge Mann, dessen Mutter selten in internistischer Behandlung war, kam nach einer vollbesetzten Sprechstunde unangemeldet, die Sprechzeit war schon um eine Stunde überschritten, der Referent erlebte sich nervös, angespannt. Der Patient habe ihn „emotional regelrecht überfallen“ mit seinen „theatralisch vorgetragenen“ aktuellen Trennungsschmerzen, Schlafstörungen, innerer Unruhe und massiv anklagenden Worten gegenüber der „verlogenen Freundin“. Er erzeugte beim übermüdeten Referenten „sehr unangemessene Nähegefühle“ (latente homophobe Ängste werden in einer leisen Nebenbemerkung zu sich selbst hörbar) und wollte eine „kumpelhafte Parteinahme“. Der Referent löste sich aus dieser intensiv erlebten „Umklammerung“, ordnete kurzzeitig ein leichtes Sedativum, bot ein mögliches Gespräch kurze Zeit später an, was angenommen wurde. Der Referent erlebte sich danach „völlig erschlagen, irgendwie sehr mulmig“. Dieser Patient kam sonst sehr selten bei banalen Erkrankungen, er habe aber früher „immer schon versucht, engeren Kontakt“ zum Referenten herzustellen. Seine Mutter wäre zurückhaltend, sie sei vom Vater des Patienten schon lange geschieden, Geschwister existierten nicht. Der Patient habe in einem technischen Unternehmen im Vertrieb gearbeitet, sei viel unterwegs im Kontakt mit Menschen. Im weiteren Verlauf der Fallvorstellung machte der Referent zu dem von ihm „befürchteten nächsten Gespräch“ sehr angespannt wirkende Ausführungen (Gesichtsrötung, Nervosität, unsichere Sprache usw.), welche auf eine emotionale Bedrängnissituation hinwiesen: Der Patient habe ihm

<sup>3</sup> Es handelt sich konkret um einen ausgewählten vorgestellten Fall aus einer vom Autor betreuten Balintgruppe. Dieser Fall war unter zwei Angeboten von der Gruppe gewählt worden. Für diesen hier herangezogenen Fall liegen von den damals anwesenden Mitgliedern jeweils eine Schweigepflichtsentbindung vor (sechs Frauen und zwei Männer).

trotz überschrittener Sprechstundenzeit sogar gespeicherte SMS-Botschaften und Aufnahmen vom Handy zeigen wollen, sei dem Referenten körperlich immer näher gekommen. Kurzum, dem Referenten sei alles „viel zu weit gegangen“, er habe sich „wie eingeklemmt gefühlt“. Der Referent habe den Patienten aufgefordert, diese sehr intimen Bezüge zu unterlassen, er wolle keinerlei Parteinahme vornehmen, würde sich „jetzt ärztlicherseits um die körperlichen Beschwerden kümmern“. Der Referent betonte intensiv erlebte „emotionale Übergriffigkeiten“, seine Schuldzuweisungen seien ihm nicht glaubhaft erschienen. Der Patient habe „offenbar noch nie eine längere Intimbeziehung gehabt“. Durch dessen Mutter habe er erfahren, dass der Patient „im Umgang mit Frauen offenbar Schwierigkeiten“ habe. Der Referent habe das Gespräch mit formalen Fragen zur Medikation beendet, das mögliche spätere Gespräch nicht mehr erwähnt. Eine für richtig gehaltene Empfehlung (professionelle Hilfe) habe er sich aber „verkniffen“. Der Referent wirkte nach der Darstellung sehr angespannt, ängstlich und emotional sehr ambivalent. Seine leicht ableitbare Frage an die Gruppe betraf die Unsicherheit, wie er dem Patienten bei einem eher ängstlich erwarteten erneuten Erscheinen begegnen, sich von ihm klar abgrenzen könne, ohne ihm jede Behandlung zu verweigern. Es entwickelte sich nach wenigen Sachfragen eine bedrückende Atmosphäre in der Gruppe. Der Referent sollte sich nun „psychisch und physisch zurücklehnen“, die Voten der Gruppe dann auf sich wirken lassen.

## Erste Runde der Reflexionen

Es folgte längeres Schweigen, welches durch aufeinanderfolgende Voten von zwei Kolleginnen unterbrochen wurde, um dem „nicht mehr auszuhaltenden Druck“ zu begegnen: Ein Votum (junge Assistenzärztin) enthielt deutliche Ratschläge, wie man mit „diesem etwas distanzlosen“ Patienten umgehen und sich „eigenen Abstand verschaffen“ könne, das zweite Votum (Psychiaterin) bezog sich auf rationalisierende Erklärungen, man müsse den „wohl etwas neben sich stehenden“ Patienten in der „jetzigen Agitiertheit“ abholen, „Verständnis für seine Lebenssituation“ aufbringen. Meine spätere kurze Nachfrage, wie sich die Kollegin jetzt selbst nach der Fallvorstellung fühle, wurde wieder eher rationalisierend, teils abwehrend beantwortet: Sie könne „eben keine besonderen Gefühle“ wahrnehmen, sie meine nur, dass „hier einführendes Verständnis“ nötig sei. Inzwischen war jedoch eine aus meiner Sicht ob der mehr intellektualisierenden Voten gut verständliche lebendige Unruhe der Gruppe spürbar: Es bahnten sich jetzt bei einer Hausärztin Gefühle aufgestauten Ärgers über die „gefühllosen, langweilig kopflastigen Texte“ an. Sie habe sich hier „innerlich irgendwie zu sehr bedrängt, zu eng (!)“ gefühlt, sie erlebe sich eher wie „eingekesselt“ vom Patienten, möchte „nicht in der Haut des Referenten stecken“. Sie sei ärgerlich darüber, dass „gute Ratschläge“ jetzt nicht weiterführen, „hier geht’s um etwas anderes...!“ (Identifikation mit der emotionalen Ambivalenz des Referenten, dezenter Hinweis auf sog. „intime Dinge“). Es folgt nach einem ähnlich gerichteten Votum einer Psychotherapeutin („intensive emotionale Enge,

vielleicht homophobe Ängste?“) ein verbal dominant geäußertes Votum eines teils überaktiv und sehr dynamisch wirkenden Landarztes. Er kontrastiert vorherige Voten, unterstreicht mit affektiver Gestik, dass er „auch starke innere Abwehr vor zu viel männlicher Nähe“ bei sich spüre, spricht von „körperlicher Übergriffigkeit“. Es gehe offenbar „hier nur um Männer“, er selbst habe das dumpfe Gefühl, dass „sich die Frauen in unserer Runde“ (Blickbezug zur Psychiaterin) „mit ihren peinlichen Gefühlen völlig zurückhalten“ würden, sich „in Erklärungen und Hinweise flüchten“. Er aber spüre sehr deutlich „die besondere innere Not“, „die Bedrängnis des Kollegen“. Nunmehr wird in einem weiteren Votum (junge Assistenzärztin) der ehemals „am Rande“ gegebene Hinweis (Psychotherapeutin) auf mögliche latente homophobe Ängste direkt aufgegriffen, der Landarzt unterstützt diese „inhaltliche Wendung“, ebenso tun dies zwei weitere, bisher zurückhaltende Kolleginnen. Ich versuche an dieser Stelle die Voten orientierend zu integrieren und betone, dass es nun nach anfänglich vielleicht etwas hilflosen Ratschlägen usw. offenbar um das vorsichtige Ansprechen von vermutlich ängstigender (peinlicher), auch körperlich erlebbarer Nähe zwischen Männern geht. Der Landarzt forciert sein früheres Votum daraufhin, nimmt direkten Bezug zu „sehr intimen Inhalten“ in der Ausgangssituation des Referenten. Bei spürbarer Nachdenklichkeit in der Gruppe hole ich den in sich gekehrt wirkenden Referenten wieder in die Runde, versichere mich, dass es für ihn im Moment in Ordnung sei, sein Erleben zu den bisherigen Voten mitzuteilen. Er betont, die anfangs längeren Erklärungen hätten ihn eher irritiert, obwohl er sie „richtig“ finde. Geholfen hätten ihm die „wirklich anregenden letzten Äußerungen“, wenn es um das „Miteinander von Mann zu Mann“ gehe. Ihm würde jetzt plötzlich bewusst, dass ihn der Patient „irgendwie in seine intimen Sachen hineinziehen“ wolle, ihm werde die „eher dunkle Ahnung“ bewusst, dass beim Patienten mit den „erdrückenden Gefühlen (ihm) gegenüber irgendetwas nicht richtig stimmt“. Ihm sei jetzt erst ziemlich plötzlich in Erinnerung gekommen, „wie ein Blitz eingeschlagen“, dass der Patient ihn schon bei einer früheren Behandlung (Erkältung) „so ganz einfach längere Zeit an der Schulter berührt“ habe (nonverbal, bildhaft ausgedrückte Körpernähe). Der Referent zieht sich nach diesen Rückmeldungen und wichtigen inhaltlichen Ergänzungen eher erschöpft wirkend zurück.

## Zweite Runde der Reflexionen

Zunächst herrschte wieder für kürzere Zeit Schweigen, was ich teils als reflexive Nachdenklichkeit bei den Mitgliedern interpretierte: Aber – und dies hatte ich nicht mehr erwartet – das Schweigen wurde tatsächlich wieder durch die jüngere Assistenzärztin (1. Runde) unterbrochen: Sie betonte (als ob es das intensive Ende der 1. Runde nicht gegeben hätte), sie verstehe beim „eigentlichen Thema Beziehungsgestaltung nicht“, warum sich plötzlich „alles so gewandelt“ habe (Entwicklung von Widerstand), und weiter, dass es jetzt „dauernd um das komische Miteinander von Männern und die intimen Dinge“ ginge. Der Kollege brauche „jetzt mehr praktische Hilfe“, wie er beim „nächsten Besuch mit dem

Mann umgehen“ solle (Rationalisierungen, Ratschläge usw.) Die Psychiaterin (1. Runde) schloss sich diesem Votum zwar inhaltlich nicht direkt an, blieb aber auch deutlich im Rationalisieren verhaftet. Sie habe das vage Empfinden, in der Gruppe würde „nun auf einmal über Gefühle zwischen Männern gesprochen“ (nur zwei Männer in der Gruppe, der zweite eher passiv-vermeidend). Sie frage sich, ob dies „bei dem entstandenen Durcheinander der Gefühle weiterhelfen“ würde?

Erneut resultierte bei m. E. reaktiviertem Widerstand ein teils bedrückendes, vielleicht auch hilfloses Schweigen. Mit einem kurzen Votum und nonverbal wurde von einer Hausärztin wieder Verärgerung darüber signalisiert, dass erneut Rat gebende Inhalte dominieren, aber die Arbeit an „eigenen wirklichen Gefühlen, an körperlichen Sensationen“ erneut erlahme. (Man könnte hier an eine latent unterbewusst-abwehrende ängstliche Vermeidung eines solchen Umganges vielleicht zum Selbstschutz denken.) Nach einigen Minuten brachte eine ältere internistisch tätige Hausärztin ihren (stellvertretenden?) Unmut zum Ausdruck, dass „oft Ratschläge“ kamen, „und nun schon wieder geschwiegen wird“. Sie vermute, es müsse „offensichtlich etwas geben, dass uns alle hemmt, über peinliche Gefühle zu reden“. Sie wisse nicht, woran dies liege. Ich gab folgende, wieder mehr orientierende Rückmeldung an die Gruppe: Die letzten Voten in der ersten Runde, aber auch die erfolgten Nachträge des Referenten haben vermutlich schon wichtige Inhalte der gestörten Beziehungsgestaltung berührt. Jedoch scheint der eigene Umgang mit intensiven Gefühlen z. B. von Nähe/Intimität usw. im Moment vielleicht noch unangenehm, belastend zu sein, weshalb immer wieder auch rationale Empfehlungen und Ratschläge zum Ausdruck kommen. Kurze Zeit danach äußerte der vielseitig tätige Landarzt mit deutlicher Gestik, er spüre, man schleiche „wie die Katze um den heißen Brei“ herum. Er spüre auch körperlich „irgendwie Angst vor dem bedrängenden jungen Mann“, wie diese der Referent wohl auch habe. Der Mann sei ihm jetzt mit seiner „aufdringlichen körperlichen Nähe irgendwie sehr unangenehm“, assoziiert der Landarzt und äußert weiter, teils zu sich sprechend, es könnten doch auch intensive homophobe Ängste sein, weil der Patient „körperlich permanent so nahe an ihn heran“ komme usw. Nach sehr kurzer Pause wird es in der Gruppe verständlich spürbar unruhig, eine Psychotherapeutin äußert, ihr dränge „sich regelrecht ein dunkelfarbiges bizarres Bild einer homophoben Angstgestalt“ auf (sie schildert bildhafte Phantasien, wie es dem Referenten gehen könnte). Sie glaube, es geht „hier wirklich um latente homophobe Ängste“. Sie hätte bei den inhaltlichen Nachträgen schon solche Bilder assoziiert, dass der Patient den „relativ jungen Arzt vielleicht mehr unterbewusst begehrt, ihn gern hat“. Ihr würde jetzt einfallen, dass Sie vor einiger Zeit bei einer damals noch nicht begonnenen Behandlung „ähnliche Erfahrungen mit einer jungen Frau gemacht“ habe, und damals waren „sogar reale homosexuelle Anteile

im Spiel“, sie sei in dieser Hinsicht sensibel und könne verstehen, dass sich der Referent „gegen solche Empfindungen innerlich wehren“ würde. So habe sie das bedrückende Gefühl, dass es „vielen in der Gruppe unangenehm ist, über solche intimen, schambesetzten Dinge zu sprechen“. Sofort darauf folgend äußert der Landarzt impulsiv, dass er „genau an so etwas auch gedacht“ habe. In gleiche Richtung bewegt sich auch das Votum des zweiten (bisher nur schweigenden) Mannes der Gruppe. Der Referent wird sichtbar unruhig, ich bitte ihn nun um eine Rückmeldung zu seinem Empfinden, sofern er sich dazu äußern möchte. Er wirkt teils verwirrt und betont, dass „diese Inhalte irgendwie schon“ zu seinem jetzt gehemmten peinlichen Erleben passen würden, an diesen

**Der Referent wirkt trotz der sichtbaren Erschöpfung erleichtert über das, was für ihn durch die Reflexion der letzten Voten erfahrbar geworden ist. Ich als Gruppenleiter interpretiere das als elementaren Anteil der prozessualen Aufklärung seiner „blinden Flecken“.**

Ängsten sei „was dran“, das werde ihm jetzt „fast schon gespenstisch bewusst“, wenn er sich innerlich intensiv in die damalige Abendsituation nochmals hineinversetzen würde. Nach kurzer Nachdenklichkeit äußert der Referent – sichtlich bewegt – zu den letzten, auf homophobe Ängste bezogenen Voten inhaltlich übereinstimmende Gefühle und betont Folgendes: Trotz der ihm „enorm überraschenden Macht vorher nicht ernst genommener Ängste“ würden von ihm mehr und mehr „jetzt langsam richtig entlastende Gefühle, Empfindungen“ wahrgenommen. Er fühle sich „jetzt irgendwie auch körperlich richtig erleichtert“. Er könne „das alles aber noch gar nicht ganz begreifen“. Der Referent wirkt jetzt eher positiv gestimmt, sehr erschöpft, lehnt sich mit sichtlicher Entlastung wieder zurück. Es bietet sich die Interpretation an: Die anfangs unterbewusst abgewehrten latent homophoben Angstanteile mit deutlicher körperlicher Repräsentanz wurden sukzessiv u. a. durch die von der Psychotherapeutin in Gang gebrachten achtsamen, aber sehr intensivierten Reflexionen einer transparenten Bearbeitung mit entlastender Akzeptanz zugänglich. Nach der langen selbstreferentiell-offenen Rückmeldung des Referenten weisen die jetzt nachfolgenden spontanen Voten – auch vom zweiten passiven Mann – einen sehr deutlichen inhaltlichen Bezug zu eigenen Emotionen, real entlastenden Körperempfindungen und bildhaften Phantasien auf. Das Gruppenklima hatte sich nach der offenen emotionalen Hinwendung affektiv deutlich entlastend stabilisiert. Es folgten noch wenige Voten, den Referenten achtsam ermutigend, zu der „doch höchst ambivalenten Situation“ mit dem jungen Patienten „beim nächsten Treffen offen zu sprechen“. Der Referent, emotional noch sichtlich sehr bewegt und erschöpft, kommt an dieser Stelle nochmals in die Gruppe und äußert Folgendes: Es sei ihm jetzt bewusst, dass er reale Angst vor zu viel männlicher Nähe, auch latent homophobe Ängste habe, obgleich er bisher noch nie eine ganz reale Be-

drängnis erlebte. Er erinnere sich aber an die Pubertätszeit, seinen überstrengen Vater (Trennung der Eltern im Schulalter). In seiner Gegenwart habe der Referent intensive Ängste entwickelt, „vielleicht nicht genügend männlich zu sein“. Es würden jetzt „innerlich Szenen“ auftauchen, wonach er etwa schon damals latente homophobe Ängste entwickelt habe.

**— Angesichts der Verarmung der „sprechenden Medizin“ sollte die mehr eigene Zeit und inneren empathischen Raum erfordernde emotional-reflektierende Beziehungsarbeit für alle Fachrichtungen genutzt werden.**

Heute aber seien für ihn diese Dinge „an sich wohl nicht mehr ängstigend“, aber dieser Patient habe dennoch – dies werde ihm „jetzt erschreckend klar“ – spontan sehr diffuse starke Ängste „vor dieser eigenartigen Nähe ausgelöst“. Zusätzlich habe sich der Referent durch intensive Wünsche nach schuldentlastender Kumpanei „beinahe schon wie missbraucht“ gefühlt. Es entstand eine Schweigepause nach diesen teils deutlich aufwallenden Reflexionen, schließlich zieht sich der Referent – geleitet durch mein zugewandtes Angebot (Schutz des Referenten hat Vorrang!) – wieder aus der Gruppe mit dankbarer Geste zurück. Er betont, es sei jetzt für ihn nun „gefühlsmäßig auch erstmal heute genug“. Der Referent wirkt trotz der deutlich sichtbaren Erschöpfung offensichtlich erleichtert über das, was für ihn durch die Reflexion der letzten Voten deutlich erleb- und erfahrbar geworden ist. Ich interpretiere das Resultat selbst als elementaren Anteil der prozessualen Aufklärung seiner – parallel auch die Gruppe tangierenden – „blinden Flecken“.

## Abschluss-Reflexionsrunde der Gruppe

Ich bitte die Gruppe, noch einmal auf alle entstandenen intensiven Empfindungen, aufgekommene, auch körperbezogene Bilder und Gefühle usw. zu achten und sich damit Zeit zu lassen. Es folgen nachdenkliche Voten der Psychotherapeutin, beider Hausärztinnen, auch der (zuvor verhalten und mehr kognitiv agierenden) Assistenzärztin und Psychiaterin. Es wird dabei viel eigene, „auch körperlich gespürte Betroffenheit“ darüber geäußert, dass der Referent durch die intensiven Gruppenprozesse „fast schon selbst die inhaltliche Beantwortung seiner Fragen gegeben“ habe. Er habe nach ihrer Ansicht „sehr viel Mut zur Offenlegung seiner erlebten Gefühle als Mann“ gezeigt. In anderen Voten, so auch von dem Landarzt, wird emotionales Erstaunen darüber geäußert, „was sich in der Gruppe inzwischen alles entwickeln“ konnte. Im deutlichen Unterschied zum Beginn der Reflexionen dominieren jetzt überwiegend entlastend erlebte Empfindungen und Gefühle, z. B. „Ich spüre jetzt wirkliche körperliche Entlastung, dass die Dinge endlich einfach klar gesagt sind“. Insgesamt ist inzwischen eine situativ gelöst wirkende Gruppenatmosphäre zu spüren. Ich bitte nunmehr den Referenten, abschließend über sein jetziges Erleben, die Beurteilung seiner eingangs an

die Gruppe gerichteten Fragestellung zu berichten („Schlusswort des Referenten“). Er betont jetzt spürbar ruhig, dass ihm die Gruppenarbeit inzwischen doch sehr geholfen habe, er sei „innerlich wirklich überrascht, was mir da plötzlich deutlich zu Bewusstsein gekommen ist“, aber jetzt sei es „erst mal genug“ (verständliche Abwehr gegenüber weiteren intensiven Gefühlen zum Selbstschutz). Der junge Mann werde nach seinem Erleben sicher wiederkommen und er selbst wolle offener mit ihm über notwendig zu setzende emotionale Grenzen sprechen. Er wolle dem Patienten ggf. eine ambulante psychologische Hilfe empfehlen, er selbst gehe davon

aus, dass das Trennungsszenario des Patienten letztlich nur ein „Symptom einer tieferliegenden Störung“ sei. Mit diesem Schlusswort konnte die Gruppe nunmehr nach ihrer intensiven Arbeit zu einem heute zunächst emotional „erdenden“, für die Weiterarbeit jedoch anregenden inneren Abschluss kommen.

## Fazit

Die hier insbesondere aus didaktischen Gründen in allgemeinen Zügen dargestellten inhaltlichen Besonderheiten der Arbeit in einer Balintgruppe sollten vor allem zwei Aspekte für die Anwendung in der klinischen Praxis verdeutlichen:

1. Es ist angesichts der deutlich dominierenden Digitalisierung auf allen Ebenen im Gesundheitswesen wie auch einer immer noch vorhandenen Verarmung der sog. „sprechenden Medizin“ wichtig, dass die mehr eigene Zeit und inneren empathischen Raum erfordernde intensive emotional-reflektierende Beziehungsarbeit für alle Fachrichtungen genutzt wird. Dabei sollte man auch nach neueren praktikablen Formen der Motivierung für diese kontinuierliche psychohygienische Gruppenarbeit suchen.
2. Es sollte dabei u. a. über die anteilig wirksame Selbsterfahrung die Bedeutung individueller Psychoprophylaxe gegenüber potenziellen Gefahren der Entwicklung von Überforderungen, depressiven Störungen oder gar eines Burnout-Syndroms in den verschiedenen „helfenden Berufen“ im Vordergrund der Motivierung zu dieser Arbeit stehen. Damit ist gemeint, dass durch die intensiv wahrgenommene „Attraktivität“ eine individuell erlebbare Freude an dieser Gruppenarbeit entwickelt werden kann, die neben ihren generellen Zielstellungen der Qualitätssicherung wirksame affektive Entlastung und innere Blockaden überwindende „empathische Achtsamkeit“ (Hammer, 2015) ermöglicht.

Selbstverständlich darf dabei der unmittelbare verständliche Wunsch nach Absolvierung eines bestimmten Ausbildungsganges zum Erlangen eines Zertifikates nicht übersehen werden, das wäre naiv. Aber dieser Wunsch sollte nicht als einziges Motiv für die Teilnahme im Vordergrund stehen. Das heißt aber

zugleich, dass die gegenwärtigen Balintgruppenleiter\*innen der „etwas älteren Generation“ die jetzt auszubildenden Fachärzt\*innen bzw. Psychotherapeut\*innen auch mit neueren Formen zeitgemäßer Motivierung wie auch mehr über die persönliche Ansprache ihrer elementaren Bedürfnisse erreichen sollten. Gerade dazu gehört auch das selbstkritische reflexive Bewusstwerden der vielleicht partiell vernachlässigten Bedürfnisse nach eigenem innerem emotionalem Raum, nach real erlebter Körperbezogenheit sowie nach erlaubter emotionaler Distanz und Zeit für seelische Balance durch die Gruppenarbeit.

Eine langfristige erfolgreiche Balintarbeit kommt schließlich immer auch den Patient\*innen direkt zugute. Professionell geleitete Balintgruppen sollten neben Kliniken und größeren medizinischen Einrichtungen bzw. MVZ vor allem auch für die niedergelassenen Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut\*innen in mehr ländlichen Gegenden wirksam verfügbar und gestaltbar sein. Seit Langem sind inzwischen auch andere helfende Berufsgruppen in diese Balintgruppenarbeit einbezogen, wie etwa Heilpraktiker\*innen, Lehrer\*innen, Erzieher\*innen, Mitarbeiter\*innen aus Senioren- und Pflegeheimen u. a. m.



**Priv.-Doz. Dr. phil. habil.  
Wolfram Zimmermann**

Tuchmacherstraße 20  
16321 Bernau bei Berlin  
dr.zimmermann1@gmx.de

Priv.-Doz. Dr. phil. habil. Wolfram Zimmermann (Dipl.-Psych.) ist Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT, TFP). Er arbeitet u. a. als Hypnotherapeut (DGH), Lehrtherapeut, Supervisor sowie als Balintgruppenleiter und Ausbilder (DBG).

## Literatur

- Balint, M. (1980). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Curschmann, D., Scheerer, S. & Suske, R. (2009). *Rezepte schreiben ist leicht, ABER... Psychosomatisches Kranksein – Ein anderes Lesebuch für den Hausarzt*. Berlin: Logos.
- Drees, A. (2002). *Prismatische Balintgruppen*. Lengerich: Pabst-Science-Publisher.
- Flatten, G., Bergmann, G. & Tschuschke, V. (2018). *Balintgruppen: Arzt-Patient-Beziehung gestalten*. Dtsch. Ärztebl., 2018 (115), A-2348 /B-1922.
- Fonagy, P. & Gergely, J. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Furrer, W. L. (1984). *Gegenübertragungsprobleme bei Balint*. In B. Luban-Plozza & H. H. Dickhaut (Hrsg.), *Praxis der Balintgruppen* (S. 107–116). Heidelberg/Tokio/New York: Springer.
- Hammer, M. (2015). *Der Feind in meinem Kopf: Stopp dem inneren Kritiker*. München: Gräfe & Unzer.
- Kerkloh, M. (Hrsg.). (2018). *Interaktionsbezogene Fallarbeit. Ein praxisbezogenes Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- König, W. (2000). *Balint-Gruppenleitung im Spannungsfeld von Strukturieren und Gewähren*. *Balint-Journal*, 8 (1), 8–13.
- König, W. (2004). *Die Leitung von Balintgruppen: Ein Leitfaden begründet durch Werner Stucke* (2. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Langewitz, W., Amann, M., Emrich, M., Guillaumier, C., Leggemann, H & Winkelmann, D. (2018). *Zum Umgang mit kritischen Ereignissen in der Balintgruppe – ein Werkstattbericht*. *Balint-Journal*, 19 (2), 54–60.
- Neumeier, R. (2019). *Balintgruppenleitung – Altes und Neues*. *Balint-Journal*, 20 (1), 16–22.
- Otten, H. (2012). *Professionelle Beziehungen – Theorie und Praxis der Balintgruppenarbeit*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Otten, H. (2019). *Balintgruppen: Aus der Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung – Beispiele und Leiterperspektiven*. *Balint-Journal*, 20 (3), 69–74.
- Rosin, U. (1989). *Balintgruppen – Konzeption – Forschung – Ergebnisse*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zarbock, G.: *Einladung zur Schematherapie: Grundlagen, Konzepte, Anwendung*. Weinheim: Beltz.
- Zimmermann, W. (2019a). *Zum Umgang mit Widerstand in einer kontinuierlich arbeitenden Balintgruppe als „emotionaler Spielwiese“ – kritische Reflexionen nach über zwei Jahrzehnten*. *Balint-Journal*, 20 (3), 79–85.
- Zimmermann, W. (2019b). *Attraktivität der Balintgruppenarbeit? – Anmerkungen zum Leserbrief von R. Mahrer und Kommentar vom Schriftleiter*. *Balint-Journal*, 20 (3), 91 f.

# Sprachverständnisstörungen – eine (psycho-)therapeutische Herausforderung

Ulrich Rüth

**Zusammenfassung:** Neuropsychologisch bedingte Störungen des Sprachverstehens (ICD-10: F80.28) sind Psychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen von Erwachsenen selten bekannt. Selbst im Kinder- und Jugendbereich werden sie als Entwicklungsstörungen eher dem Kindergartenalter zugeordnet. Sprachverständnisstörungen stellen in allen Altersgruppen eine Herausforderung dar, da sie – anders als Störungen der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit – nicht direkt beobachtet werden können. Unerkannte Sprachverständnisprobleme können biografische Brüche bei Betroffenen bewirken und auf Sprache bezogene psychotherapeutische Interventionen können ganz erheblich erschwert werden. Im Beitrag werden die Phänomenologie und die psychodynamischen Folgen von Sprachverständnisstörungen dargelegt, insbesondere auch hinsichtlich eines sekundären Borderline-Niveaus. Daraufhin werden Vorgehensweisen im therapeutischen Kontext diskutiert. Auf ein nach wie vor bestehendes Defizit evidenzbasierter Forschung wird hingewiesen.

## Prolog: Leichte Sprache

**13** Millionen Deutsche sind laut Deutschlandfunk auf *Leichte Sprache* angewiesen und können kein Behördenschreiben lesen, obwohl sie weder dement noch geistig behindert sind (Wenzel, 2017). Gleichzeitig ist *Leichte Sprache* erst seit etwa einem Jahrzehnt ein wichtiges Thema – wenngleich dabei eher Bezug genommen wird auf das Leseverstehen (Baumert, 2016) und nicht auf ein Hörverstehen. Nicht alle auf *Leichte Sprache* Angewiesene zeigen eine Sprachverständnisstörung im klassischen Sinn – aber zumindest einige. Sprachverstehen ist vor dem Hintergrund der großen Zahl von auf *Leichte Sprache* Angewiesenen also ein gesamtgesellschaftliches Thema – und nicht nur für Psychotherapeut\*innen relevant.

## Sprachverständnisstörung bzw. Rezeptive Sprachstörung – ICD-10: F80.28 – Definition

Als Sprachverständnisstörung oder Rezeptive Sprachstörung (ICD-10: F80.28) wird eine spezifische Sprachentwicklungsstörung bezeichnet, bei der das Sprachverstehen (bei Kindern/Jugendlichen/Erwachsenen) signifikant unterhalb des Niveaus der (nonverbalen) Intelligenz liegt und dies weder auf eine Zweitsprachigkeit (z. B. bei Migrant\*innen), ein Förderdefizit noch auf eine somatische Erkrankung zurückzuführen ist. Zur Häufigkeit der Sprachverständnisstörung in der Bevölkerung gibt es keine exakten Kenntnisse – weil Störungen im Sprachverstehen oft solange unerkannt bleiben, bis nach ihnen ausdrücklich gesucht wird. Geschätzt wird eine ähnliche Häufigkeit wie bei anderen Teilleistungsstörungen im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Ätiologisch wird davon ausgegangen, dass es sich um eine multifaktoriell bedingte neuropsy-

chologische Störung mit einer familiären Disposition handelt. Neuropsychologische wie familiäre Faktoren führen dazu, dass Sprachlernen, -wahrnehmung und -verarbeitung sowie Sprachproduktion weniger gut und automatisiert ablaufen. Die neurobiologischen Grundlagen wirken sich dann besonders stark aus, wenn ein Kind in einem nicht optimal sprachfördernden Umfeld aufwächst, also wenn z. B. die Eltern selbst betroffen sind bzw. waren (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019). Prognostisch ist ungünstig, wenn die Sprachverständnisstörung über das Kindergartenalter hinaus bestehen bleibt. Eine spezifische Definition einer Sprachverständnisstörung gibt es erst seit Einführung der ICD-10, zuvor wurde allgemein von Sprachentwicklungsstörung gesprochen.

Forschungsansätze zum Verlauf von Sprachentwicklungsstörungen benötigen Langzeitstudien, von denen es nur wenige gibt, mit der Folge einer eher schmalen quantitativen Datenbasis. Selbst zur Therapie von kindlichen Sprachverständnisstörungen gibt es kaum quantitative Forschung (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019).

## Phänomenologie Rezeptive Sprachstörung – allgemein

Fast immer ist neben dem Sprachverstehen auch die expressive Sprache beeinträchtigt, also die sprachliche Ausdrucksfähigkeit. Wenn aber der Sprachausdruck auffällig wird, kann dies das Erkennen der Verständnisproblematik besonders erschweren. Liegen Störungen der Ausdrucksfähigkeit vor, wird häufig nur hierauf der Fokus gelegt – und die Verständnisstörung bleibt außen vor. Es muss zudem bedacht werden, dass ein gelungenes sprachliches Verstehen nicht nur auf einem reinen Verstehen eines Textes, sondern auch auf dem Erfassen des sozialen und/oder situativen Kontexts beruht.

Nicht-Verstehen kann gerade bei Kindern auch als eine „Verhaltensstörung“ gedeutet werden, wenn die Kinder in deren Folge anders handeln, als ihnen aufgetragen worden ist oder von ihnen erwartet wird. Die betroffenen Kinder erscheinen dann „bockig“ und „schwierig“. Allerdings versuchen rezeptiv sprachgestörte Kinder und Jugendliche für gewöhnlich, sich anzupassen und nicht aufzufallen, weshalb sie (zunächst) eher introversive psycho-reaktive Störungen aufweisen.

Zu bedenken ist stets, dass ein solches Nicht-Verstehen von Sprachinhalten oftmals kaschiert werden kann: So können in Tests insbesondere Multiple-Choice-Aufgaben gelöst werden, weil durch Auswendiglernen eine richtige Antwort möglich ist, ohne dass der Inhalt überhaupt ausreichend verstanden wurde. Zudem ist es ein weit verbreiteter Irrtum, dass ein gesprochener Text vom Sprecher oder der Sprecherin selbst verstanden wurde – auch wenn der Zuhörer oder die ZuhörerIn der Mitteilung durchaus Sinnhaftes entnehmen kann, dieser Inhalt aber möglicherweise gar nicht der Sprecherintention entspricht. Die von einer Sprachverständnisstörung Betroffenen attribuieren ihrerseits eigenes Nicht-Verstehen häufig dem mangelnden Willen oder dem Unvermögen ihrer Umwelt – im Sinne eines einfachen „*Du verstehst mich nicht!*“.

Es zeigt sich bei Sprachverständnisgestörten (bis ins Jugendalter) immer wieder eine enge Bindung zur Mutter/Bezugsperson. Diese Bindungsperson fungiert als „Übersetzungshilfe“ – und nimmt so eine unabdingbare hilfreiche Rolle für das Kind bzw. den\*die Jugendliche\*n ein, um sozial angemessen funktionieren zu können.

Prognostisch zeigen sich bei kindlichen Sprachverständnisstörungen gehäuft ungünstige Entwicklungen in Bezug auf den schulischen Abschluss und die weitere Teilhabe am Leben und Beruf (Clegg et al., 2005; Noterdaeme, 2008; Snowling et al., 2006; Suchodoletz, 2008; Whitehouse et al., 2009). Bei der Berufswahl werden Arbeitsfelder mit geringer Sprachlastigkeit bevorzugt. Anzuführen ist in diesem Zusammenhang zudem der Befund, dass rezeptiv Sprachgestörte im Alter von 35 Jahren häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und seltener Partnerschaften eingegangen sind (Howlin et al., 2000). Sowohl introversive Störungen (wie Angststörungen und soziale Phobie) als auch Persönlichkeitsstörungen können mit einer Sprachverständnisstörung einhergehen.

## Drei Phänomenologieebenen: Wort – Satz – Text

Sprachverständnisstörungen sind verortbar auf den drei Ebenen von *Wort*, *Satz* und *Text*.

Sofern das auditive Kurzzeitgedächtnis zusätzlich gestört ist, hat dies eine erschwerende Wirkung, da ein von Betroffenen ohnehin nur schwer verständlicher, gesprochener Text über das bloße Hören nicht gemerkt und so im Nachgang nicht weiterverarbeitet werden kann. Das auditive Kurzzeitgedäch-

— Als Sprachverständnisstörung wird eine spezifische Sprachentwicklungsstörung bezeichnet, bei der das Sprachverstehen signifikant unterhalb des Niveaus der (nonverbalen) Intelligenz liegt und dies weder auf eine Zweitsprachigkeit, ein Förderdefizit noch eine somatische Erkrankung zurückzuführen ist. —

nis kann eigenständig gestört sein, wobei Schwächen des auditiven Kurzzeitgedächtnisses in differentialdiagnostischer Sicht auch auf einem Aufmerksamkeitsdefizit (ADHS/ADS) als Komorbidität beruhen können.

### Wortebene

Das Verstehen von Wörtern kann unterschiedlich beeinträchtigt sein. So ist denkbar, dass relativ einfach erscheinende, aber abstrahierende Wörter entgegen der Alterserwartung nicht gekannt werden, wie *spätestens*, *längstens*, *trotzdem*. Zudem ist denkbar, dass ein veränderliches Wort nicht erkannt wird, obwohl der „Grundstamm“ geläufig ist, wie *lassen/lässt*; *grüßen/Begrüßung*. Daneben verändern Vorsilben der deutschen Sprache Wörter deutlich in deren Sinn, wie z. B. *an-/auf-/ver-/ab-hängen*. Letzteres besitzt sogar in sich eine abstrahierende Mehrfachbedeutung, kann man doch z. B. auf dem Spielplatz *abhängen*.<sup>1</sup>

### Satzebene

Deutsche Sätze sind häufig komplex formuliert mit Nebensatzkonstruktionen und ordnen sich deshalb im syntaktischen Aufbau und in der Reihung nicht notwendigerweise nach sinnhaften, zeitlichen Zusammenhängen.<sup>2</sup> Hier einige Beispiele:

- „*Leg den Stift, den ich dir gestern geschenkt habe, in die Schublade.*“
- „*Wir gehen hinaus, wenn wir aufgeräumt haben.*“
- „*Bevor wir schwimmen gehen, essen wir noch ein Eis.*“

Daneben können Sätze durch einfache Einschübe recht komplex werden und durch Auswechseln des Einschubs Gegensätzliches meinen:

- „*Wir gehen heute – ohne/mit Tim – zum Spielplatz.*“

<sup>1</sup> Daneben kann man natürlich auch Bilder *abhängen*, ebenso wie Verfolger.  
<sup>2</sup> Anders als die englische S(ubjekt)-P(rädikat)-O(bjekt)-Satzkonstruktion, die im Übrigen eine Familientherapie im Englischen deutlich vereinfacht – man versteht schneller, was der andere meint ...

Sätze können auch der Alltagserfahrung widersprechen:

- „Der Hund wird von der Katze gebissen.“

Daneben zeigt die deutsche Sprache die Besonderheit, dass bei Nebensatzkonstruktionen das sinnvermittelnde Verb erst ganz am Ende auftaucht:

- „Einen komplexen deutschen Satz muss ich bis zu seinem Ende anhören oder lesen, egal, ob ich Aufmerksamkeitsprobleme habe oder eventuell eine Sprachverständnisstörung, oder ob mir gar eine Leseschwäche das Leben und das Lesen erschwert, um dann diesen Satz zum vielleicht guten Schluss endlich verstanden/missverstanden zu haben.“

Insofern spielen beim Satzverständnis also sowohl die Aufmerksamkeit(skapazität) als auch die auditive Merkfähigkeit eine durchaus wichtige Rolle.

## Textebene

Bereits vorhandene, abrufbare Hintergrundinformationen führen beim Versuch, einen Text zu verstehen, zu Hypothesen zum Textinhalt. Diese Hypothesen werden auf der Basis von Weltwissen und vorhandenen Informationen bestätigt oder verworfen. Bei Beschreibung eines Tiers als „Es ist grau, hat Fell und einen Schwanz“ führen zusätzliche Angaben zum Schluss, um welches Tier es sich handelt, ohne dass das Tier selbst benannt werden muss (Baur & Endres, 1999):

- „Es kann schnurren.“ (Katze)
- „Es ist störrisch.“ (Esel)
- „Es frisst Käse.“ (Maus)

Zu bedenken ist aber, dass das hinter den zusätzlichen Informationen liegende Weltwissen wiederum weitgehend durch Sprache vermittelt und über Aufmerksamkeitsleistung im Gedächtnis verankert worden ist.

## Phänomenologie in Tests und im Sozialen

Bei einem feingliedrigen Intelligenztest kann die Leistung einer im Sprachverständnis gestörten Person im sprachbezogenen Teil abfallen. Dies muss aber nicht der Fall sein – zumal die Sprachprüfung im Intelligenztest nicht sehr differenziert ist. Allerdings entspricht immer wieder die eher besser ausgeprägte sprachfreie Intelligenz nicht der beobachteten sozialen Performanz.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass ein Nicht-Verstehen durch die Betroffenen nicht durch deren Nachfragen aufgelöst wird – weil sie ihr Nicht-Verstehen selbst gar nicht erkennen.

Insgesamt zeigt sich für gewöhnlich eine Überforderung sowohl im sozialen Gruppenkontext als auch bei komplexen Anweisungen und auch bei raschem Sprechen. Insofern ist neben dem reinen Verstehen die Pragmatik der Sprache, also die handlungsbezogene Kommunikation miteinander mittels Sprache, beeinträchtigt (vgl. Noterdaeme, 2008). Betroffene Jugendliche erweisen sich oft als weniger selbstständig. Zudem ist bei diesen die Qualität von Freundschaften nicht selten vermindert (Conti-Ramsden & Durkin, 2007). Bei Erwachsenen lässt sich außerdem feststellen, dass sie sehr knappe Sätze nutzen, was ihre Verständigungsmöglichkeiten mitunter begrenzen mag. Zugleich ist das Erkennen von Emotionen eingeschränkt. Insgesamt gelingen Konfliktlösungen so häufig schwieriger.

## Erkennen rezeptiver Sprachstörungen – klinisch

Jugendliche und Erwachsene mit Sprachverständnisstörung können ein „unsinnig“ erscheinendes Verhalten zeigen, bei Kindern würde man sagen, er/sie „hört nicht“. Bei Fragen wird diskret daneben geantwortet. Besonders vermerkbar ist dabei die Verwendung von ungewöhnlichen Wort- und Sprachfiguren, die der\*die Rezipient\*in allerdings „löscht“ und sich für gewöhnlich gar nicht merken kann – außer sie werden unmittelbar aufgeschrieben. Es handelt sich um ein ähnliches Phänomen wie beim Löschen der „Versprecher“ des Gegenübers in der Alltagskonversation. Daneben wirkt der beobachtbare Affekt immer wieder seltsam flach und es zeigt sich eine geringe bis fehlende Fähigkeit zur Symbolisierung und zum Verständnis von Sinnbildern und Metaphern.

Bedeutsam ist, dass „Minor-Formen“ der Störung schwerer zu erkennen sind. Allerdings sollte man sich selbst gegenüber „hellhörig“ werden, wenn aus vielleicht unbewusster Rücksichtnahme auf das Gegenüber die eigene Sprache intuitiv vereinfacht wird: Hierüber versucht der\*die Sprecher\*in, das Verstehen des\*der Gesprächspartner\*in zu sichern.

Ist man „auf der Spur“, kann eine spezifische Anamneseerhebung mit Dritten Hinweise auf befremdliche Missverständnisse geben, was einen entsprechenden Verdacht erhärten kann (vgl. Rüth, 2009).

## Diagnostik und Befunde rezeptiver Sprachstörungen

Bedauerlich ist, dass verlässliche Testinstrumente gerade für ältere Kinder sowie Jugendliche und Erwachsene weitgehend fehlen (Liste vorhandener Manuale bei Hachul et al., 2019).

Die ersten Ansprechpartner\*innen zur Diagnostik wären bei jüngeren Patient\*innen die Fachärzt\*innen für Pädaudiologie – wenn dort auch das Sprachverstehen getestet und nicht nur eine auditive Wahrnehmungsstörung abgeklärt wird – oder



es bietet sich die spezifische Untersuchung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einer kinderpsychiatrischen Spezialambulanz an. Bei Erwachsenen könnten mit der Thematik erfahrene Logopäd\*innen die Diagnose stellen und ggf. Materialien zur Aphasie-Diagnostik verwenden. Normierte Testmanuale für persistierende Sprachverständnisstörungen gibt es schon für Jugendliche kaum und für Erwachsene gar nicht. Erwachsenenpsychiater\*innen kennen die Störung leider häufig nicht.

Eine HNO-ärztliche Untersuchung gehört zur Erstdiagnose, da z. B. eine kindliche Tubenventilationsstörung mit konsekutiver partieller Taubheit den Spracherwerb im Kindesalter behindern kann.

## Komorbidität

Wie bei allen Teilleistungsstörungen ist an Komorbiditäten zu denken. Diese können insbesondere in einer Lese-Rechtschreibstörung (ICD-10: F81.0/F81.1) oder in einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ICD-10: F90.0/90.1 – F98.80) bestehen – welche aber zugleich eine Differentialdiagnose ist. Parallel kann ebenso eine auditive Wahrnehmungsstörung (ICD-10: F80.20) vorliegen. Bei dieser sind zentrale Prozesse des Hörens gestört, welche u. a. die Differenzierung und Identifikation von Zeit-, Frequenz- und Identitätsveränderungen akustischer oder auditiv-sprachlicher Signale sowie Prozesse der binauralen Interaktion (wie zur Geräuschlokalisierung, zur Lateralisation, Störgeräuschbefreiung) und der dichotischen Verarbeitung gestört sind (vgl. Nikisch et al., 2006).

## Differentialdiagnose

Als Differentialdiagnose kommt insbesondere eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung in Betracht – bei der ggf. eine verringerte auditive Merkfähigkeitsspanne vorliegt, zumindest für komplexe Satzgefüge. Eine Sprachverständnisproblematik, die nach hinreichender medikamentöser Behandlung einer ADS/ADHS nicht mehr nachweisbar ist, ist keine solche.

Eine ungewöhnliche, der Vollständigkeit halber hier aber zu erwähnende Differentialdiagnose wäre eine beginnende psychotische Störung mit diskreten formalen Denkstörungen. Hierdurch kann im Einzelfall fälschlich der Eindruck einer Sprachverständnisstörung entstehen. Das Sprachverstehen bessert sich hier wieder bei Remission der psychotischen Symptomatik und dem Rückgang der formalen Denkstörung.

Im Rahmen eines Förderdefizits in der Zweitsprache bei multilingualen Kindern und Jugendlichen wird die Zweitsprache Deutsch ggf. zwar schlechter beherrscht, aber es besteht

deswegen noch keine genuine Sprachentwicklungsstörung. Die Sprachstörung muss jedenfalls auch in der Erstsprache nachweisbar sein.

Intelligenzeinschränkungen gelten hier nicht als Differentialdiagnose. Mit Autismus-Spektrum-Störungen mit qualitativen Einschränkungen der sozialen und sprachlichen Interaktion gibt es hingegen Überschneidungen. Außerdem sind erworbene kindliche Aphasien z. B. nach Schädel-Hirntrauma abzugrenzen. Das in den meisten Fällen im Alter von 3 bis 7 Jahren auftretende, seltene Landau-Kleffner-Syndrom (ICD-10: F80.3) führt nach bereits erfolgtem Spracherwerb zu einem Verlust von Sprachkompetenzen und zählt zu den erworbenen, kindlichen Aphasieformen.

## Psychodynamische Aspekte rezeptiver Sprachstörungen

Wenn wir Sprache als Abbild und damit Repräsentation der Welt ansehen, so wird durch die Sprachverständnisproblematik diese Welt partiell fragmentiert. Der psychisch-gedankli-

— **Bedauerlicherweise fehlen verlässliche Testinstrumente gerade für ältere Kinder sowie Jugendliche und Erwachsene.** —

che Inhalt und die verwendete Sprache sind für Betroffene nicht mehr kongruent. Es fehlt eine verlässliche Kohärenz im Denken über verwendete Namen, Begriffe und sprachliche Konstruktionen. Auf diesem Boden wird die Bildung sprachlich abrufbarer Modelle von Erfahrung behindert (Rüth, 2004).

Von einer Sprachverständnisstörung Betroffene sammeln missverständliche (Pseudo-)Fakten. Das gehäuft auftretende Missverstehen führt zu einer Erhöhung des Angstlevels und zu einer Schwächung im Selbstwert. Ein tieferes Verstehen von Gefühlen und Motiven gelingt nur fragmentarisch mittels Sprache, was zu Mentalisierungsproblemen führt. Wir müssen davon ausgehen, dass aus psychodynamischer Sicht vermehrt primitive Abwehrstrategien genutzt werden, wie blandes Verleugnen, Ungeschehenmachen und Negieren. Aufgrund der Missverständnisse erleben sich Betroffene als „umgeben von bösen Objekten“. Der Kontakt zur Umwelt wird gestört – und wirkt von außen zum Teil bizarr, lächerlich, wie z. B. in der Gedankenfigur „*Ich muss dringend aufs Klo, mein Magen knurrt schon*“.

Es entsteht aufgrund der immer wieder angewendeten primitiven Abwehrmechanismen und der notwendigen Spaltungen ein Niveau, das dem Erscheinungsbild bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stark ähnelt. Insgesamt droht die Formierung einer „flachen“ Psyche mit adhäsiver Identifikation, im Sinne von „*Etwas ist schön, weil es teuer ist*“.

## Folgen für psychotherapeutische Interventionen

Aus psychotherapeutischer Perspektive sind sowohl bei Kindern und Jugendlichen wie bei Erwachsenen mit Sprachverständnisstörung verbale Interventionen grundsätzlich erschwert und von Missverstehen bedroht. Die Symbolisierung mittels Sprache ist eingeschränkt. Insgesamt ist daher abhängig vom Alter eine Anpassung der jeweiligen Interventionen notwendig, indem die sprachliche Kommunikation den Verständnissfähigkeiten der Patient\*innen angepasst wird, analog wie dies im Umgang mit Kindern und Jugendlichen im Alltag gefordert wird (Baur & Endres, 1999; Hartmann et al., 2008). Dies bedeutet beispielsweise, dass komplexe Haupt- und Nebensatzkonstruktionen vermieden und die Anordnung von Aussagen stark an der zeitlichen Folge von Ursache und Wirkung orientiert werden sollten.

Den eigenen klinischen Erfahrungen gemäß sind spezifische familientherapeutische Interventionen mit einem sprachverständnisgestörten Familienmitglied massiv erschwert bis unmöglich. Wenn man sie ohne Kenntnis des Vorliegens der Störung versucht, führt die Familientherapie gegebenenfalls auf die diagnostische Spur. Dem raschen sprachlichen Austausch der anderen Familienmitglieder kann dann oft nicht gefolgt werden, und nonverbale, symbolisierende Interventionen, wie z. B. Stühlearbeit, sind wegen der gestörten Als-ob-Ebene mit dem\*der Betroffenen nicht möglich.

Im verbalen Therapiekontext müssen Verbindungen von Handlungen und Motivationen im Sinn eines mentalisierungsbasierten Ansatzes in allen Altersgruppen erst „geschaffen“ werden. Eine wichtige Voraussetzung zur Verständigung ist es, Inhalte möglichst in *Leichter Sprache* und z. B. durch Visualisierungen zu vermitteln oder zumindest zu begleiten. Nonverbale Aspekte wie Mimik und Haltung müssen einbezogen werden, ähnlich den Interventionen bei Borderline-Störungen. Eine reflektierende Als-ob-Ebene – über die gesunde Kinder im Grundschulalter verfügen – muss auch bei Adoleszenten und Erwachsenen häufig überhaupt erst erarbeitet werden. Vorhandene strukturelle Schwächen hinsichtlich Selbstwert, Kommunikation und Differenzierungen von Affekten und Motiven sollten dabei immer in den Fokus gerückt werden. Das Sprachverstehen muss kontinuierlich evaluiert werden, und die Hypothese, dass abstrahierende sprachliche Äußerungen des\*der Patient\*in auch von diesen selbst verstanden wurden, kann nicht als grundsätzlich zutreffend angesehen werden. Eine Grundlinie zur psychotherapeutischen Arbeit in allen Altersgruppen wird sein, dass nicht mehr, sondern weniger Text das Verstehen fördert. Also sollte jegliche nicht oder wahrscheinlich nicht verstandene Therapeut\*innenäußerung vereinfacht und verknüpft werden. Hat man den Eindruck, dass etwas nicht erfasst wurde, kann dies am besten geklärt werden, wenn Patient\*innen mit eigenen Worten beschreiben, um was es gerade gegangen ist.

Auf der Konfliktebene wird durch *Leichte Sprache* eine Reduktion von Inhalten notwendig werden, wie ohnehin eine Anerkennung der Vereinfachungen und Verflachungen des\*der Patient\*in geboten ist. Aufgrund des Anpassungsbemühens der Patient\*innen darf insbesondere bei Vereinbarungen oder z. B. verhaltenstherapeutischen „Hausaufgaben“ nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass Abmachungen so verstanden wurden, wie es von therapeutischer Seite für andere Patient\*innen angenommen wird.

## Ausblick

Für die Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADHS/ADS) ist im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie inzwischen ein hinreichendes Interesse für die Gesamtproblematik, die ggf. ungünstige Prognose und die differenzierten Behandlungsmöglichkeiten bei volljährigen und älteren Patient\*Innen entstanden. Für das Feld der Sprachentwicklungsstörungen und insbesondere für Sprachverständnisstörungen steht ein solches vertieftes Interesse leider noch aus.

## Literatur

- Amorosa, H. (2008). Diagnostik bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 18 (3), 23–37.
- Amorosa, H. & Noterdaeme, M. (Hrsg.). (2003). *Rezeptive Sprachstörungen – Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Baumert, A. (2016). *Leichte Sprache – Einfache Sprache*. Hannover: Hochschule Hannover.
- Baur, S. & Endres, R. (1999). Kindliche Sprachverständnisstörungen. Der Umgang im Alltag und in spezifischen Fördersituationen. *Die Sprachheilarbeit*, 44 (6), 318–328.
- Conti-Ramsden, G. & Durkin, K. (2008). Language and independence in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Speech and Hearing Research*, 51, 70–83.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L. & Rutter, M. (2005). Developmental language disorders – a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (2), 128–149.
- Hachul, C. & Schönauer-Schneider, W. (2019). *Sprachverstehen bei Kindern. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (3. Aufl.). München: Elsevier, Urban und Fischer.
- Hartmann, K., Keller, A. & Meyer-Endres, R. (2008). Therapie von Sprachverständnisstörungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 18 (3), 70–112.
- Howlin, P., Mawhood, L. & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder – a follow-up comparison in early adult life. II: Social, behavioral and psychiatric outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (5), 561–578.
- Nikisch, A., Gross, M., Schönweiler, R., Uttenweiler, V., Dinnesen, A. G., Berger, R. et al. (2006): *Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. Konsensus-Statement der deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie*. Verfügbar unter: [www.dgpp.de/profi/sources/cons\\_avwvs.pdf](http://www.dgpp.de/profi/sources/cons_avwvs.pdf) (17.07.2022).
- Noterdaeme, M. (2008). Psychische Auffälligkeiten bei sprachentwicklungsstörungen Kindern. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 18 (3), 38–48.
- Rüth, U. (2004). *Rezeptive Sprachstörungen und Wilfred R. Bions „Lernen durch Erfahrung“ – Zusammenhänge sprachlicher Dysfunktionen mit bionischen Denkfiguren*. *Kinderanalyse*, 12 (1), 46–69.
- Rüth, U. (2009). Spät Diagnosen rezeptiver Sprachstörungen. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 19 (1), 6–19.

Snowling, M. J., Bishop, D. V. M., Stothard, S. E., Chipchase, B. & Kaplan, C. (2006). Psychosocial Outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (8), 759–765.

Suchodoletz, W. (2003). Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 15 (1), 31–37.

Suchodoletz, W. (2008). Was wird aus Kindern mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen? *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 18 (3), 50–69.

Wenzel, T. (2017). Leichte Sprache in den Medien. Endlich verstehen oder unzulässig vereinfachen? Website des Deutschlandfunks, Archiv. Verfügbar unter: [www.deutschlandfunk.de/leichte-sprache-in-den-medien-endlich-verstehen-oder-100.html](http://www.deutschlandfunk.de/leichte-sprache-in-den-medien-endlich-verstehen-oder-100.html) (17.07.2022).

Whitehouse, A. J. O., Watt, H. J., Line, E. A. & Bishop, D. V. M. (2009). Adult psychosocial outcomes of children with specific language impairment, pragmatic language impairment and autism. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44 (4), 511–528.



### Dr. Ulrich Rütth

Praxis für Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Goethestraße 54  
80336 München  
[ulrich.rueth@mnet-online.de](mailto:ulrich.rueth@mnet-online.de)

Dr. Ulrich Rütth ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Supervisor für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen und Balintgruppenleiter. Schwerpunkte klinischer und publizistischer Tätigkeit liegen im Bereich struktureller Störungen, in der Anwendung des Denkens W. R. Bions im therapeutischen Alltag sowie im Kinderschutz.

# Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 – Chancen und Herausforderungen

Charlotte Rosenbach & Babette Renneberg

**Zusammenfassung:** In diesem Beitrag werden die Veränderungen in der Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen von der ICD-10 zur ICD-11 dargestellt. Während bislang unterschiedliche kategoriale Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung zur Verfügung standen, wird in der ICD-11 eine dimensionale Beurteilung von stabilen Beeinträchtigungen im Bereich des Selbst und der zwischenmenschlichen Funktionen vorgestellt. Eine Persönlichkeitsstörung kann nun in leicht, mittel und schwer eingeteilt werden, in Abhängigkeit des Ausmaßes der Beeinträchtigung. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, eine Persönlichkeitsstörung über fünf Merkmalsausprägungen qualitativ zu spezifizieren. Von den früheren Persönlichkeitsstörungen aus der ICD-10 bleibt lediglich die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Form eines Borderline-Musters erhalten, welches zusätzlich diagnostiziert werden kann. Es werden erste vorliegende diagnostische Verfahren vorgestellt sowie Chancen und Herausforderungen des neuen Diagnosesystems diskutiert.

## Einleitung

„Unter Persönlichkeit versteht man die charakteristische Art und Weise, wie eine Person sich verhält, wie sie das Leben erlebt und wie sie sich selbst, andere Menschen, Ereignisse und Situationen wahrnimmt und interpretiert.“ (WHO, 2022; eigene Übersetzung).

Während hinsichtlich dieser Aussage der WHO zu Persönlichkeit weitestgehend Konsens bestehen dürfte, ist schon immer umstritten, wann denn von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden soll. Viele Diagnosen in der ICD-11 bleiben weitgehend unverändert. Bei einigen Störungen kommen Kriterien hinzu oder fallen weg, andere Störungen wurden neu aufgenommen (z. B. Computerspielsucht (Gaming Disorder), 6C51). Die Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen (PS) hat sich jedoch grundlegend verändert. Anstelle der bekannten kategorialen Einteilung der Persönlichkeitsstörungen (z. B. Paranoide Persönlichkeitsstörung) tritt eine dimensionale Beurteilung der andauernden Beeinträchtigungen des Selbst und zwischenmenschlicher Funktionen, um den Schweregrad der Störung zu beschreiben. Um die Persönlichkeitsstörung qualitativ näher zu charakterisieren, können zusätzlich eine oder mehrere Persönlichkeitsmerkmale angegeben werden, die zur individuellen Ausprägung der Persönlichkeitsstörung beitragen.

Der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung kommt im psychotherapeutischen Kontext besondere Bedeutung zu, da Psychotherapeut\*innen bei der Behandlung oftmals vor besonderen Herausforderungen stehen (Renneberg & Herpertz, 2021).<sup>1</sup> So können besondere Ansprüche an die Behandeln-

den bezüglich ihrer Verfügbarkeit gestellt werden, die therapeutische Beziehung wird durch wiederkehrende Beziehungstests geprüft und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz wird selten gehalten. Oftmals wird diese Patient\*innengruppe als „interaktionell schwierig“ beschrieben, womit ausgedrückt werden soll, dass die besonderen Anforderungen vor allem in der Interaktion bestehen.

Zudem ist wichtig, dass Persönlichkeitsstörungen mit einer erhöhten Mortalität, sozialen Beeinträchtigungen und einem erhöhten Risiko für weitere psychische Störungen, wie Angststörungen oder Depression, oder auch körperlichen Beeinträchtigungen einhergehen (Moran et al., 2016; Quirk et al., 2016). Die Kosten für das Gesundheitssystem sind vor allem aufgrund von wiederkehrenden stationären Behandlungen hoch (Tyrer et al., 2010; Wagner et al., 2014).

Besonders im Behandlungskontext, aber auch in der Allgemeinbevölkerung kommen Persönlichkeitsstörungen häufig vor. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung liegt weltweit bei ca. 7,8 % (Winsper et al., 2020), wobei einkommensstarke Länder höhere Prävalenzen aufweisen als einkommensschwache Regionen (9,6 % vs. 4,3 %; Winsper et al., 2020).

Die Schwierigkeiten, die mit der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10 einhergingen, wurden u. a. von Reed (2018) wie folgt zusammengefasst: 1. In der Pra-

<sup>1</sup> 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

xis scheinen Persönlichkeitsstörungen allgemein unterdiagnostiziert zu sein. 2. Menschen, die eine stark ausgeprägte Persönlichkeitsstörung haben, erfüllen oftmals die Kriterien für mehrere Persönlichkeitsstörungen. 3. Es gibt keine empirische Evidenz für die Annahme einer zeitlich über Jahre stabilen Diagnose, von welcher lange ausgegangen wurde. 4. Es mangelt an störungsspezifischen, empirisch abgesicherten Interventionsstrategien für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen – mit Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Diesen Defiziten in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen wurde zunächst im DSM-5 mit dem hybriden Modell (Sektion III) und nun in der ICD-11 mit dem dimensional Ansatz der Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen begegnet (Details zur Entwicklung der ICD-11 s. auch *Tyrer et al., 2019*).

|   | ICD-10                    | DSM-5  | ICD-11  |
|---|---------------------------|--|---|
| <b>Basis-Kriterium</b>  | stabil und lang-andauernd | stabil und lang-andauernd  | Dauer > 2 Jahre   |
| <b>Borderline Persönlichkeitsstörung</b>  | +                         | +  | Borderline-Muster   |
| <b>Persönlichkeitsstörungen (vermeidend-selbstunsicher, dependent, zwanghaft, paranoide, schizoid, schizotyp, narzisstisch, histrionisch)</b> | +                         | +  | -   |
| <b>Schweregrad der Beeinträchtigung</b>   | -                         | Identität, Selbstbestimmung  | Selbst  |
|   |                           | Empathie, Intimität  | zwischenmenschliche Funktionen  |
| <b>Merkmalsbereiche zur individuellen Ausprägung der Persönlichkeitsstörung</b>   | -                         | Negative Affektivität, Trennung, Antagonismus, Disinhibition, Psychotizismus | Negative Affektivität, Dissozialität, Enthemmung, Anankasmus, Distanziertheit |

*Tabelle 1: Veränderungen der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen von der ICD-10 zum DSM-5 und der ICD-11*

## Diagnostische Einordnung der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11

Unter Punkt 06 „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen“ in der ICD-11 findet sich das Kapitel „Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale“. Hier kann unter 6D10 eine Persönlichkeitsstörung inkl. Schweregrad kodiert werden, unter 6D11 werden die Persönlichkeitsmerkmale oder -muster kodiert.

## Kriterien der Persönlichkeitsstörungen

Eine Persönlichkeitsstörung wird in drei Schritten diagnostiziert: Zunächst müssen die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sein. Des Weiteren wird über eine dimensionale Beschreibung von Funktionsbeeinträchtigungen des Selbst und der zwischenmenschlichen Beziehungen der Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung festgestellt. Zuletzt kann optional der Schweregrad durch fünf prominente Persönlichkeitsmerkmale („negative Affektivität“, „Distanziertheit“, „Dissozialität“, „Enthemmung“ und „Anankasmus“) ergänzt werden.

Im Folgenden werden die einzelnen Kriterien und Einteilungen näher erläutert.

### Allgemeine Kriterien

Zu den allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung zählt eine andauernde Funktionsbeeinträchtigung in Aspekten des Selbst und der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung.

Die Aspekte des Selbst umfassen z. B. ein instabiles und inkohärentes Identitätsgefühl, ein unzulängliches Selbstwertgefühl, mangelnde Fähigkeiten, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen, oder Defizite in der Selbststeuerung. Auch können Ziele nur schwer definiert und verfolgt werden.

Probleme in der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung betreffen z. B. die Unfähigkeit, nahe und wechselseitig befriedigende Beziehungen zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, Defizite in der Fähigkeit zur Perspektivübernahme oder mangelnde Kompetenzen in der Konfliktlösefähigkeit.

Die Funktionsbeeinträchtigungen des Selbst bzw. der Beziehungsgestaltung manifestieren sich in unangepassten Mustern von Kognitionen (z. B. negative Annahmen über die Motive anderer), in der emotionalen Erfahrung (z. B. zu hohe oder geringe emotionale Reagibilität), im emotionalen Ausdruck sowie im Verhalten (z. B. wiederkehrende impulsive Ausbrüche) und zeigen sich in einer Vielzahl von persönlichen und sozialen Situationen.

Die Verhaltensmuster sind für den Entwicklungsstand der Person unangemessen und lassen sich primär nicht durch soziokulturelle Faktoren, einschließlich sozialpolitischer Konflikte, erklären. Wie auch zuvor, ist die Symptomatik nicht direkte Folge einer Medikation oder Substanz (einschließlich Entzugssymptomen) und lässt sich nicht besser durch andere Diagnosen erklären. Die Funktionsbeeinträchtigungen sind mit erheblichem Leiden im persönlichen, familiären, sozialen, Ausbildungs- bzw. Berufskontext oder in anderen Bereichen verbunden.

Die Mindestdauer einer Persönlichkeitsstörung wurde auf zwei Jahre festgelegt. Eine Altersgrenze, ab der die Diagnose

vergeben werden kann, wird in der ICD-11 nicht fixiert. In den Leitlinien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird ein Screening ab einem Alter von 12 Jahren empfohlen.<sup>2</sup>

### Einordnung des Schweregrads

Die Beurteilung des Schweregrads einer Persönlichkeitsstörung stellt die hauptsächliche Veränderung der Klassifikation in der ICD-11 dar. Während bei den bisherigen Persönlichkeitsstörungen der Schwerpunkt auf der qualitativen Beschreibung pathologischer Persönlichkeitseigenschaften lag (z. B. tiefgreifendes Muster von sozialer Gehemmtheit, Insuffizienzgefühle und Überempfindlichkeit gegenüber negativer Beurteilung bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung), geht es in der ICD-11 nunmehr um die dimensionale Beurteilung der Funktionsbeeinträchtigung einer Person in den Bereichen des Selbst und der interpersonellen Beziehungsgestaltung.

Die Einschätzung der Beeinträchtigung erfolgt in „mild“ (6D10.0), „moderat“ (6D10.1) und „schwer“ (6D10.2). Auch kann „Schweregrad un spezifiziert“ (6D10.Z) und eine subklinische Kategorie „Persönlichkeitsschwierigkeit“ (difficulty) vergeben werden. Letzteres meint Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen, die eine Belastung verursachen, welche jedoch im Schweregrad die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht rechtfertigen.

Beeinträchtigungen auf dem „Selbstfunktionsniveau“ und dem „interpersonellen Funktionsniveau“ werden hinsichtlich der zeitlichen Stabilität, der davon betroffenen Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen sowie Aspekten der Selbst- und Fremdgefährdung beurteilt. Es wird des Weiteren berücksichtigt, wie viele unterschiedliche Lebensbereiche beeinträchtigt sind, wie ausgeprägt der persönliche Leidensdruck ist und wie stark die Einschränkungen im sozialen Umfeld ausfallen.

Zur genauen Betrachtung der Funktionsebenen werden für beide Bereiche differenzierte Aspekte aufgeführt, welche bei der Beurteilung des Beeinträchtigungsgrads herangezogen werden sollen. So umfasst die Ebene „Selbstfunktion“ Aspekte der Identität (z. B. von „klare Vorstellung des eigenen Selbst“ bis zu „brüchiges, abrupt wechselndes oder rigides, unflexibles Selbstbild“), des Selbstwerts (z. B. von „stabiler, positiver Selbstwert, der im Einklang mit den Leistungen und Qualitäten der Person steht“ bis zu „Überheblichkeit, Selbstabwertung oder Abhängigkeit von anderen“), der Selbstreflexion (z. B. von „die Person kann ihr eigenes Erleben und Verhalten einordnen“ bis zu „unrealistische Sicht auf sich selbst, überhöhte Pläne, mangelnde Einschätzung eigener Potenziale“) und der Selbststeuerung (z. B. von „realistische

<sup>2</sup> <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/038-015.html>

| Anhaltspunkte/Beispiele für leichte Persönlichkeitsstörung   | Anhaltspunkte/Beispiele für mittlere Persönlichkeitsstörung   | Anhaltspunkte/Beispiele für schwere Persönlichkeitsstörung   |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Selbsteinschätzung der Person weicht leicht von der Wahrnehmung ihrer selbst durch andere ab.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Person hat Schwierigkeiten, ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten oder hat eine unrealistisch hohe Meinung von sich selbst.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Das Selbstbild der Person ist unrealistisch und typischerweise instabil und widersprüchlich.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Person hat gelegentlich Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen, hält aber ihr Arbeitsverhältnis aufrecht.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Person zeigt wenig Interesse, ein Beschäftigungsverhältnis zu behalten.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fehlende Motivation und mangelndes Engagement sowie zwischenmenschliche Konflikte machen längere und stabile Arbeitsverhältnisse unmöglich.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Durch Defizite in der Perspektivübernahme fällt es der Person schwer, enge Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Person hat größere Schwierigkeiten, die Perspektive anderer einzunehmen und anzuerkennen. Dies führt zu einem Mangel enger und zufriedenstellender Beziehungen.</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unfähigkeit, Perspektive anderer einzunehmen.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Gelegentlich auftretende Schwierigkeiten in der Emotionsregulation.</li> <li>Leicht irritierbar bei dem Setzen und Verfolgen von Zielen.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Rückschlägen zeigt die Person eine reduzierte Emotionsregulation und gibt schnell auf. Umgekehrt können Ziele beharrlich aufrechterhalten werden, auch wenn ihr Erreichen unwahrscheinlich ist.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Person hat große Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, Impulskontrolle und anderen Verhaltensbereichen.</li> <li>Die Person zeigt sich unfähig, unangenehme oder unerwünschte Gefühle zuzulassen.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Beziehungen sind von häufigen, jedoch leichten Konflikten und Auseinandersetzungen geprägt ODER in Beziehungen besteht ein Abhängigkeitsverhältnis und Konflikte werden vermieden.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorhandene Beziehungen sind gekennzeichnet durch heftige, auch gewaltsame Auseinandersetzungen oder auch eine starke Unterwürfigkeit der Person.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sofern Beziehungen bestehen, sind diese gekennzeichnet durch Oberflächlichkeit, Einseitigkeit und Konfliktlastigkeit bis hin zu Gewalt.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Realitätsorientierung ist überwiegend intakt, unter Stress kann es zu fehlerhaften Einschätzungen der Situation kommen.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Es kann zu leichten stressabhängigen dissoziativen oder paranoiden Zuständen kommen.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Person ist überwiegend unfähig, realistische Ziele zu setzen und zu verfolgen.</li> <li>Häufige stressabhängige dissoziative oder paranoide Zustände.</li> </ul>  |

Tabelle 2: Anhaltspunkte für Schweregradeinteilung

Zielsetzung und -erreichung“ bis zu „mangelnde Frustrationstoleranz oder auch aggressives, impulsives Verhalten“).

„Interpersonelle Funktionen“ umfassen Aspekte des Interesses an Beziehungen zu anderen und Fähigkeit zur Intimität (z. B. von „zufriedenstellende zwischenmenschliche Beziehungen“ bis zu „soziale Isolation und Einsamkeit“), der Empathie (z. B. von „Fähigkeit, Bedürfnisse und Motive anderer zu erkennen und zu berücksichtigen“ bis zu „Umsetzung eigener Interessen ohne Rücksichtnahme auf andere“), und der Konfliktfähigkeit (z. B. von „Konflikte werden angenommen und konstruktiv gelöst“ bis zu „unterwürfiges Verhalten und Vermeidung von Konflikten oder extreme Verhaltensweisen in Konflikten“).

Wichtig bei der Betrachtung der beiden Funktionsebenen ist es, die jeweiligen Aspekte in beide „Richtungen“ zu berücksichtigen. So ist der Aspekt des Selbstwerts sowohl bezüglich einer überhöhten als auch einer zu geringen Ausprägung als beeinträchtigt beurteilbar; die Fähigkeit zur Intimität sowohl bei einem zu hohem Intimitätsverlangen bis hin zu einem fehlenden Wunsch nach Intimität.

In der ICD-11 werden einige Beispiele für die jeweiligen Abstufungen des Schweregrads genannt, wie sie etwa hier in Tabelle 2 aufgeführt sind.

## Einordnung auf den fünf Merkmalsausprägungen

Während die Beurteilung des Schweregrads einer Persönlichkeitsstörung und damit die genaue Betrachtung der o. g. Aspekte des Selbst und der interpersonellen Funktionen unbedingt erfolgen muss, ist die Einordnung auf den fünf Merkmalsausprägungen optional. Die fünf prominenten Persönlichkeitsmerkmale „negative Affektivität“, „Distanziertheit“, „Dissozialität“, „Enthemmung“ und „Anankasmus“ orientieren sich an dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit (McCrae & Costa, 1987) und können in Abhängigkeit ihrer Relevanz und Ausprägung individuell eingeschätzt werden. Dabei werden sie als Merkmale verstanden, die auch bei Personen ohne Persönlichkeitsstörungen vorhanden sind, und dienen einer qualitativen Charakterisierung der bestehenden Störung.

Die Beschreibung der Merkmale kann in so vielen Bereichen wie nötig erfolgen, wobei schwerere Persönlichkeitsstörungen häufig mit einer höheren Anzahl von Merkmalen verbunden sind. Dennoch kann sich auch eine schwere Persönlichkeitsstörung nur in einem Merkmal manifestieren (z. B. Dissozialität).

### Negative Affektivität (6D11.0)

Kernmerkmal ist die Tendenz, eine große Bandbreite negativer Gefühle zu erleben, die in Häufigkeit und Intensität in keinem Verhältnis zur jeweiligen Situation bzw. zum Auslöser stehen. Häufige, aber nicht ausschließliche Beispiele sind

Angst, Niedergeschlagenheit, Verletzbarkeit, Wut, Feindseligkeit, Schuld und Scham. Die Qualität der negativen Emotionen variiert interindividuell und hängt auch von der Merkmalsausprägung auf anderen Domänen ab. So kann davon ausgegangen werden, dass eine Person mit einer hohen Merkmalsausprägung im Bereich „Dissozialität“ eher Gefühle wie Wut und Feindseligkeit zeigt, bei einer hohen Merkmalsausprägung im Bereich der Distanziertheit eher Angst, Pessimismus oder Schuld. Personen mit einer hohen negativen Affektivität reagieren häufig heftig auf interne (eigene Gedanken) und externe Reize (soziale Situationen). Kennzeichnend sind des Weiteren eine geringe Frustrationstoleranz und die Tendenz, selbst kleinen Ereignissen eine große emotionale Bedeutung zuzuschreiben. Veränderungen wird mit einer negativistischen Haltung begegnet – mit der Erwartung, dass nur Schlechtes entstehen kann. Ein geringer Selbstwert und eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung führen zu Vermeidung von sozialen Situationen und Aktivitäten, einer hohen Abhängigkeit von anderen oder auch starken Gefühlen von Neid bezüglich der Kompetenzen anderer. Dies kann über starke Selbstabwertung bis zu Suizidgedanken oder -versuchen führen. Nicht zuletzt beinhaltet negative Affektivität ein großes Misstrauen in die Absichten anderer.

### 6D11.1 Distanziertheit

Kernmerkmal ist eine große interpersonelle und emotionale Distanz. Personen mit einer ausgeprägten Distanziertheit vermeiden soziale Interaktionen, haben selten Freundschaften und erleben kaum Intimität mit anderen. Emotional zeigen sie sich reserviert, zurückhaltend und reduziert im emotionalen Ausdruck. Eigene Emotionen werden nur schwer erkannt und können selten benannt werden. Sozialen Interaktionsbemühungen anderer wird abweisend begegnet, sodass weitere Versuche häufig ausbleiben.

### 6D11.2 Dissozialität

Kernmerkmal ist die Missachtung der Rechte und Gefühle anderer aufgrund einer starken Selbstbezogenheit und reduzierten Empathiefähigkeit. Eine hohe Selbstbezogenheit kann sich sowohl aktiv/intentional als auch passiv/unbeabsichtigt zeigen. Eine intentionale Selbstbezogenheit manifestiert sich in der Annahme, aufgrund der eigenen Großartigkeit stets die Aufmerksamkeit anderer zu verdienen, gekoppelt an negative Reaktionen, wenn diese ausbleibt (z. B. Wutanfälle, Beschimpfungen anderer). Unbeabsichtigt selbstbezogen sind Personen dann, wenn sie zu vergessen scheinen, dass andere auch Bedürfnisse haben und der Fokus komplett auf den eigenen Gedanken, Gefühlen und Wünschen liegt.

Der Mangel an Empathie schlägt sich vorwiegend in einer Gleichgültigkeit gegenüber den Emotionen anderer, in manipulativen und trügerischen sowie aggressivem Verhalten nieder. Dabei ist es häufig nicht die kognitive Unfähigkeit, andere zu verstehen, sondern vielmehr die Gleichgültigkeit gegenüber den Bedürfnissen anderer, die dem Verhalten zugrunde liegt.

### 6D11.3 Enthemmung

Kernmerkmal ist die Tendenz, vorschnell auf interne oder externe Stimuli zu reagieren, ungeachtet potenzieller negativer Konsequenzen. Dazu zählen

- eine hohe Impulsivität (inkl. potenziell selbstschädigender Verhaltensweisen, wie Substanzkonsum, Glücksspiel und impulsiven sexuellen Verhaltens),
- eine schnelle Ablenkbarkeit und Langeweile,
- Verantwortungslosigkeit wie z. B. der Missachtung von Fristen und Terminen bzw. der generellen Unfähigkeit, die Verantwortung für eigenes Handeln und deren Konsequenzen zu übernehmen,
- Leichtsinnigkeit aufgrund der Überschätzung eigener Fähigkeiten sowie die
- Unfähigkeit, zu planen und Ziele zu setzen zugunsten von unmittelbaren Gefühlen und Erlebnissen.

### 6D11.4 Zwanghaftigkeit

Kernmerkmale sind Rigidität, Perfektionismus und klare Vorstellungen von Richtig und Falsch sowohl bezogen auf eigenes wie auf das Verhalten anderer. Die perfektionistische Haltung zeigt sich in einer starken Beschäftigung mit Regeln und Normen, rigiden Routinen, starren Planungsstrukturen und einer exzessiven Beschäftigung mit Details. Interpersonelle Beziehungen können selten aufrechterhalten werden, da die meisten Menschen den hohen Standards nicht genügen können.

Emotionen und Verhalten sind stark kontrolliert und unflexibel, Risiken werden vermieden und emotionale Regungen anderer werden verurteilt.

## Borderline-Persönlichkeitsstörung

Allein die Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) sind in der ICD-11-Klassifikation erhalten geblieben. Dies liegt vor allem darin begründet, dass es für die BPS eine Reihe wirksamer störungsspezifischer psychotherapeutischer Behandlungsprogramme gibt (Dialektisch-Behaviorale Therapie, DBT, Linehan, 1996; Mentalisierungsbasierte Therapie, MBT, Bateman & Fonagy, 1999; Transference Focused Psychotherapy, TFP, Clarkin et al., 1999; Schematherapie, ST, Young et al., 2013). Für die BPS gelten die Kriterien, wie sie im DSM-5 aufgeführt sind. Ein Muster gekennzeichnet durch affektive Instabilität, Impulsivität, selbstverletzendes und suizidales Verhalten, intensiven Ärger und Wutausbrüche, ein instabiles Identitätsgefühl, ein Gefühl der Leere und dissoziatives Erleben.

## „Alte“ Persönlichkeitsstörungen in neuen Dimensionen

Die bisherigen Kategorien der Persönlichkeitsstörungen wurden also in der ICD-11 aufgelöst – bis auf eine Ausnahme, die

BPS. Dennoch finden sich „alte“ Kategorien der Persönlichkeitsstörungen in den neuen Dimensionen. *Renneberg und Herpertz (2021)* stellen in ihrem Buch Übersetzungsmöglichkeiten der bisherigen Störungen in die neue dimensionale Einteilung vor. Als Beispiel finden Sie im Info-Kasten für die selbstunsicher-vermeidende PS eine Differenzierung in den drei Schweregrad-Unterteilungen sowie Auffälligkeiten in den optionalen Persönlichkeitsmerkmalen..

### Beispiel: Schweregrad-Unterteilungen bei der selbstunsicher-vermeidenden PS

**Leicht:** Sozial gehemmt, selbstkritisch, immer ängstlich angespannt, ständige kritische Selbstbeobachtung, Vermeidung in vielen Bereichen (z. B. wichtige Entscheidungen, von Neuem, von Konflikten), funktioniert in klar definierten Kontexten.

**Mittel:** Langanhaltende Depressivität und Ängstlichkeit, sehr negatives Selbstbild, Vermeidung in fast allen Bereichen (Beruf, Partnerschaft und Freundschaften, Smalltalk).

**Schwer:** Einsam, sozial isoliert, ohne enge Beziehungen und Freundschaften, beruflich deutlich eingeschränkt, schwerste Beeinträchtigung in sozialer Interaktion, extreme soziale Gehemmtheit, Suizidalität.

In den **optionalen Persönlichkeitsmerkmalen** liegen Auffälligkeiten in folgender Form vor:

**Negative Affektivität:** Starke Angst und Scham, Schwierigkeiten der Emotionsregulation: Vermeidung starker Affekte, negative Selbstattribution, negative Erwartungshaltung, keine Erwartung von sozialer Belohnung, niedriger Selbstwert.

**Soziale Distanziertheit:** Annäherungswunsch, aber Vermeidung von Sozialkontakten aus Angst vor Ablehnung.

**Dissozialität:** In der Regel keine Auffälligkeiten.

**Enthemmung:** Auf dem gegensätzlichen Pol – sehr zurückhaltend und vorsichtig.

**Anankasmus:** In der Regel keine Auffälligkeiten.

Für weitere Beispiele siehe *Renneberg & Herpertz (2021)*.

*Kasten: „Alte“ Persönlichkeitsstörungen in neuen Dimensionen – ein Beispiel*

## Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach der ICD-11

Wie bereits dargestellt, vollzieht sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach der ICD-11 in zwei bzw. optional drei Bereichen plus der Möglichkeit der Vergabe eines Borderline-Musters (s. Abb.).

Zur Feststellung des Schweregrads und auch der Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale liegen eine Reihe von neu entwickelten Selbsteinschätzungsinventaren und Interviews vor. Für einige der Verfahren fehlen bislang breit angelegte Studien zur Validierung, nicht zuletzt aufgrund der kurzen Zeitspan-



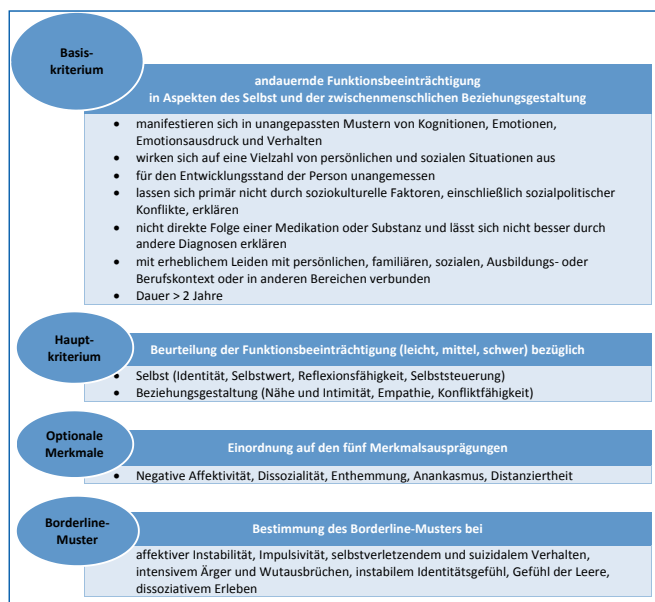


Abbildung: Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach der ICD-11

ne seit Veröffentlichung des ICD-11. Dennoch sei an dieser Stelle auf Selbsteinschätzungsinventare und Interviews beispielhaft hingewiesen.

Zu den Selbsteinschätzungsinventaren zur Erfassung des Schweregrads einer PS zählt z. B. die *Personality Disorder Severity ICD-11 Scale* (PDS-ICD-11; Bach et al., 2021). Hier werden über 14 Items Beeinträchtigungen auf dem „Selbstfunktionsniveau“ und dem „interpersonellen Funktionsniveau“, die davon betroffenen Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen sowie die globale psychosoziale Beeinträchtigung erfasst.

Zur Selbsteinschätzung der Merkmalsausprägungen liegt z. B. das *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Sellbom et al., 2020) vor. Mit insgesamt 158 Items bzw. 25 Items in der Kurzversion (PID-5-BF) werden unterschiedliche Aspekte der Eigenschaften erfasst. Speziell für die ICD-11 wurde das *Personality Inventory for ICD-11* (PICD; Oltmanns & Widiger, 2018) entwickelt. Der aus 60 Items bestehende Fragebogen liegt in verschiedenen Sprachen vor und wurde in einigen Studien validiert (z. B. Damovsky et al., 2021).

Clark et al. (2021) haben einen Fragebogen entwickelt, mit welchem sowohl der Schweregrad als auch die fünf optimalen Domänen über 300 Items abgebildet werden können.

Jegliche Selbsteinschätzung zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sollte immer auch durch ein klinisches Interview ergänzt werden. Hier liegt das *semi-strukturierte Interview für die DSM-5-Persönlichkeitsfunktionen* (STIP 5.1; Hutsebaut et al., 2017) vor, welches auch zur Einschätzung des Schweregrads nach der ICD-11 angewendet werden kann. Über die Skalen Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe wird der Grad der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen erfasst.

Über das nach dem DSM-5 entwickelte Interview SCID-AM-PD Modul II (Skodol et al., 2018) können die Merkmalsausprägungen nach DSM erfasst und über einen Algorithmus in die ICD-11-Dimensionen übersetzt werden. Ein speziell für ICD-11 entwickeltes Interview wird aktuell von der Arbeitsgruppe um Bo Bach erarbeitet und liegt zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vor.

Nicht zuletzt sei darauf hingewiesen, dass jenseits der Verwendung von standardisierten Verfahren zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen stets der klinische Eindruck und die in der therapeutischen Beziehung stattfindenden interaktionellen Aspekte zusätzlich berücksichtigt werden sollten.

Verfahren, die bislang zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im kategorialen System verwendet wurden, können nur noch bedingt eingesetzt werden. Ausnahme hier bilden Fragebögen und Interviews zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung. So kann z. B. aus dem *Strukturierten Klinischen Interview für DSM-5 – Persönlichkeitsstörungen* (SCID-5-PD; Beesdo-Baum et al., 2019) der Teil für die Borderline-Persönlichkeitsstörung gut zur Diagnostik genutzt werden. Des Weiteren sind als Screening nach wie vor Selbsteinschätzungsinventare wie der *Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen* (ADP-IV; Doering et al., 2008), die *Borderline Symptom List* (BSL-23; Bohus et al., 2009) oder der *Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen* (FGG; Renneberg & Seehausen, 2010) gut einsetzbar.

## Herausforderungen für Diagnostik und Praxis

Die bisherigen Kategorien zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10 haben sich über jahrzehntelange Praxis und Forschung fest in den Köpfen der Diagnostiker\*innen und Praktiker\*innen verankert. Das neue dimensionale Modell erfordert ein hohes Maß an „Umdenken“ und die Neu-einordnung von interaktionell auffälligen Mustern. An dieser Stelle sei angemerkt, dass, auch wenn es keine Unterscheidung von qualitativ unterschiedlichen Kategorien mehr gibt, das neue Modell zwar mit der Dimension „Schweregrad der Beeinträchtigung“ arbeitet, die zu diagnostizierenden Störungen dann jedoch auch wieder in drei Kategorien (leicht, mittel, schwer) abgebildet werden.

Nichtsdestoweniger bietet der neue dimensionale Ansatz die Möglichkeit, individuelle Schwierigkeiten und Defizite in den Bereichen des Selbst und der zwischenmenschlichen Interaktionen facettenreicher und somit personenspezifischer zu beschreiben. Dazu müssen die dargestellten Aspekte der Persönlichkeitsstörung im diagnostischen Prozess sorgfältig und gründlich untersucht werden. Es gilt in jedem Fall zu vermeiden, lediglich eine leichte, mittlere oder schwere Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, ohne diese weiter zu spezifizieren. Die Diagnose einer z. B. „mittleren Persönlichkeitsstörung“ ist ohne nähere Spezifikation sowohl für die Aufklärung

der Patient\*innen als auch für die Ableitung von Behandlungsstrategien nicht ausreichend. Vor allem bei der Aufklärung von Patient\*innen über die Diagnose sollte die Ausprägung auf den fünf Merkmalsbereichen hinzugezogen werden. Dabei ist es hilfreich, stets den dimensional Charakter der Merkmale zu erläutern und pathologische Ausprägungen im Sinne einer Extremvariante zu erläutern (z. B. starke Zwanghaftigkeit als Extremform von Gewissenhaftigkeit).

Mit der neuen Klassifikation ist die Chance verbunden, die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen individueller anzupassen. Denkbar hier ist die Entwicklung von modularisierten Interventionsbausteinen, die je nach Merkmalsausprägung angewandt werden können. So könnten je nach Konstellation von Merkmalen und in Abhängigkeit des Schweregrads Interventionen zusammengestellt werden, die auf die jeweilige Person individuell ausgerichtet sind.

Durch das neue System soll auch – so eine häufig geäußerte Überlegung – die Stigmatisierung durch eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung reduziert werden. Dies ist betroffenen Patient\*innen in jedem Fall zu wünschen, setzt jedoch voraus, dass Diagnostiker\*innen und Praktiker\*innen das neue System verantwortungsvoll nutzen und sich nicht nur auf die Schweregradeinteilung einer Persönlichkeitsstörung beschränken. Mögliche Effekte des neuen Systems sollten nach Einführung der ICD-11 in das Gesundheitswesen systematisch anhand von Befragungen Betroffener erfasst werden. Auch wenn dies voraussichtlich nicht vor 2025 der Fall sein wird, sollten sich alle, die mit der ICD-11 arbeiten, mit dem neuen System so vertraut machen, dass der Übergang zu einem neuen Diagnostizieren und Behandeln gelingt.

## 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Bach, B., Brown, T. A., Mulder, R. T., Newton-Howes, G., Simonsen, E. & Sellbom, M. (2021). Development and initial evaluation of the ICD-11 personality disorder severity scale: PDS-ICD-11. *Personality and mental health*, 15 (3), 223–236.

Bach, B., Kramer, U., Doering, S., Di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., et al. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9, 12.

Beesdo-Baum, K., Zaudig, M. & Wittchen, H. U. (2019). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 – Persönlichkeitsstörungen. Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5® – Personality Disorders von Michael B. First, Janet B.W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer. Göttingen: Hogrefe.

Clark, L. A., Corona-Espinosa, A., Khoo, S., Kotelnikova, Y., Levin-Aspensson, H. F., Serapo-García, G. et al. (2021). Preliminary Scales for ICD-11 Personality Disorder: Self and Interpersonal Dysfunction Plus Five Personality Disorder Trait Domains. *Frontiers in Psychology*, 12:668724.

Damovsky, F., Zettl, M., Zimmermann, J., Herbold, W., Curtius, T., Buecker, S. et al. (2021). Das Persönlichkeitsinventar für ICD-11: Reliabilität und Validität der deutschen Version in einer klinischen und nicht-klinischen Stichprobe. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.31219/osf.io/cm3qv> (17.07.2022).

Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The Personality Inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*, 30 (2), 154–169.

Reed, G. M. (2018). Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry*, 17 (2), 227–229.

Renneberg, B. & Herpertz, S. (2021). *Persönlichkeitsstörungen*. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y.-R. & Crawford, M. J. (2019). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual review of clinical psychology*, 15, 481–502.

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P. et al. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 216 (2), 69–78.



### Dr. Charlotte Rosenbach

#### Korrespondenzanschrift:

Freie Universität Berlin  
Klinische Psychologie und  
Psychotherapie  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin  
[c.rosenbach@fu-berlin.de](mailto:c.rosenbach@fu-berlin.de)

Dr. Charlotte Rosenbach arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie der Freien Universität Berlin. Aktuell koordiniert sie die BMBF-geförderte Studie „ProChild“ und ist als Lehrtherapeutin in der Hochschulambulanz der FU tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Borderline Persönlichkeitsstörung, Zurückweisungsempfindlichkeit und sexuelle Störungen. Sie ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Supervisorin.



### Prof. Dr. Babette Renneberg

[b.renneberg@fu-berlin.de](mailto:b.renneberg@fu-berlin.de)

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Babette Renneberg ist Psychologische Psychotherapeutin (VT), Supervisorin und Ausbilderin. Sie ist als Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie und als Leiterin der Hochschulambulanz für Psychotherapie an der Freien Universität Berlin tätig.

# Anhaltende Trauerstörung: Merkmale, Diagnostik und Therapie einer neuen Diagnose in der ICD-11

Franziska Lechner-Meichsner

**Zusammenfassung:** Die „Anhaltende Trauerstörung“ beschreibt eine einschränkende und chronische Trauerreaktion, die durch starke Sehnsucht und/oder intensive Beschäftigung mit der verstorbenen Person gekennzeichnet ist und etwa bei knapp 5% der Trauernden auftritt. Mit der Aufnahme der Diagnose in die Gruppe der spezifisch belastungsbezogenen Störungen in der ICD-11 kann das Störungsbild erstmals diagnostiziert werden. Dieser Überblicksartikel stellt das Erscheinungsbild und die diagnostischen Kriterien vor und beschreibt den wissenschaftlichen Diskurs um die Entwicklung der Kriterien. Darüber hinaus werden epidemiologische Befunde und häufige Komorbiditäten erläutert sowie geeignete diagnostische Instrumente dargestellt. Auch evidenzbasierte Ansätze zur Behandlung der Anhaltenden Trauerstörung liegen bereits vor, von denen hier zwei ausgewählte gemeinsam mit Störungsmodellen beschrieben werden.

## Einleitung

Der Verlust einer nahestehenden Person ist eine schmerzliche Erfahrung, die fast alle Menschen im Laufe ihres Lebens machen. Die resultierende Trauer stellt zunächst eine normale Reaktion auf den Verlust dar. In den meisten Fällen gelingen nach einer gewissen Zeit eine adäquate Trauerverarbeitung und die Anpassung an die neue Situation ohne die verstorbene Person. Die Trauerreaktion kann dann zeitweilig, z. B. an Jahrestagen, noch immer auftreten, führt jedoch im Alltag nicht mehr zu Einschränkungen. Anders ist es bei einer bedeutsamen Minderheit der Trauernden, die eine anhaltende und einschränkende Form der Trauer entwickeln, wie es im Beispiel dieser Patientin der Fall war:

*Eine 50-jährige Patientin berichtet, dass ihr Ehemann vor anderthalb Jahren an den Folgen einer Krebserkrankung verstorben sei. Seitdem erscheint ihr das Leben aussichtslos und ziellos. Sie ist wütend über die medizinische Versorgung und denkt ständig darüber nach, ob eine andere Behandlung ihrem Mann hätte helfen können. Zudem quälen sie große Vorwürfe, weil sie nicht bei ihm war, als er starb. Die Patientin leidet unter großer Sehnsucht nach ihrem Mann und führt in Gedanken täglich Gespräche mit ihm. Da sie es kaum aushält, durch gewohnte alltägliche Verrichtungen zu Hause an seine Abwesenheit erinnert zu werden, schläft sie seit seinem Tod im Gästezimmer und isst im Stehen. Sie hat starke Schlafstörungen und wünscht sich oft, ebenfalls tot zu sein, um wieder bei ihrem Mann zu sein.*

Unter dem Namen „Anhaltende Trauerstörung“ (ATS) hat dieses Störungsbild nun Eingang in die ICD-11 gefunden.

## Diagnose und Diagnosekriterien

In der ICD-10 mussten anhaltende Trauerreaktionen unter der Diagnose einer Anpassungsstörung kodiert werden. In der ICD-11 wird das Störungsbild nun erstmalig unter dem Namen ATS in der Kategorie der „Spezifisch belastungsbezogenen Störungen“ als eigenständige Diagnose mit der Ziffer 6B42 aufgeführt (World Health Organization, 2019). In dieser Kategorie sind weiterhin die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die ebenfalls neu eingeführte Komplexe PTBS, die Anpassungsstörung, die Reaktive Bindungsstörung und die Enthemmte Soziale Interaktionsstörung enthalten. In Tabelle 1 sind die diagnostischen Kriterien der ATS aufgeführt. Ähnlich wie bei der PTBS ist auch für ATS ein spezifisches Ereignis die Grundlage – hier der Tod einer nahestehenden Person, wofür beispielhaft Partner, Elternteil oder Kind angegeben werden. Dies wird gefolgt von den zwei Kernsymptomen Sehnsucht/Verlangen nach der verstorbenen Person und/oder intensive gedankliche Beschäftigung mit der Person, von denen mindestens eins vorhanden sein muss. Diese Kernsymptome werden von intensivem emotionalem Schmerz begleitet, wofür einige Beispielsymptome aufgelistet sind. Die ICD-11 spezifiziert weiter, dass diese Trauerreaktion für eine „atypisch lange Zeit nach dem Tod (mindestens mehr als sechs Monate)“ bestanden hat. Da bei der Entwicklung der ICD-11 auf eine kulturübergreifende Anwendbarkeit Wert gelegt wurde, wird zusätzlich hervorgehoben, dass län-

| ICD-11  | DSM-5-TR  |
|---|---|
| A. Ereignis: Tod eines*einer Partner*in, eines Elternteils, Kindes oder einer anderen nahestehenden Person  | A. Der Tod einer nahestehenden Person, der mindestens 12 Monate zurückliegt (bei Kindern und Jugendlichen mindestens 6 Monate)  |
| B. Kernsymptome: Anhaltende und durchdringende Trauerreaktion charakterisiert durch Sehnsucht nach der verstorbenen Person oder anhaltende Beschäftigung mit der verstorbenen Person  | B. Seit dem Tod gibt es eine Trauerreaktion, die durch eines oder beide der folgenden Merkmale charakterisiert ist und in klinisch bedeutsamem Ausmaß fast jeden Tag oder häufiger mindestens während des letzten Monats auftrat:<br>1. Intensives Verlangen/Sehnsucht nach der verstorbenen Person<br>2. Beschäftigung mit Gedanken oder Erinnerungen an die verstorbene Person (bei Kindern und Jugendlichen kann sich die Beschäftigung auf die Umstände des Todes konzentrieren)  |
| C. zusätzliche Symptome: Begleitet von intensivem emotionalem Schmerz, z. B.<br>Traurigkeit<br>Schuldgefühle<br>Ärger<br>Verleugnung<br>Schuldzuschreibungen<br>Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren<br>Gefühl, einen Teil von sich selbst verloren zu haben<br>Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden<br>emotionale Taubheit<br>Schwierigkeiten, sich auf soziale oder andere Aktivitäten einzulassen   | C. Als Folge des Todes sind seitdem mindestens drei der folgenden acht Symptome in klinisch bedeutsamem Ausmaß fast jeden Tag oder häufiger mindestens während des letzten Monats aufgetreten:<br>1. Zusammenbruch der Identität (z. B. das Gefühl, dass ein Teil von einem selbst gestorben ist)<br>2. Ausgeprägtes Gefühl des Unglaubens bzgl. des Todesfalls<br>3. Vermeiden von Erinnerungen daran, dass die Person verstorben ist (bei Kindern und Jugendlichen kann dies durch das Bestreben gekennzeichnet sein, Erinnerungen zu vermeiden)<br>4. Intensiver emotionaler Schmerz (z. B. Wut, Bitterkeit, Trauer) im Zusammenhang mit dem Tod<br>5. Schwierigkeiten, das Leben nach dem Todesfall wieder aufzunehmen (z. B. Probleme, Freundschaften zu pflegen, Interessen nachzugehen, Zukunftspläne zu entwickeln)<br>6. Emotionale Taubheit (d. h. Abwesenheit oder deutliche Verringerung der Intensität von Emotionen, Gefühl der Betäubung) als Folge des Todesfalls<br>7. Gefühl, dass das Leben aufgrund des Todesfalls sinnlos ist<br>8. Intensive Einsamkeit (d. h. das Gefühl, einsam oder von anderen abgetrennt zu sein) als Folge des Todesfalls |
| D. Einschränkung: Die Störung verursacht bedeutsame Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.  | D. Die Störung verursacht klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.   |
| E. Dauer & kulturelle Aspekte: Die Trauerreaktion besteht für eine atypisch lange Zeit nach dem Tod (mindestens mehr als sechs Monate) und übersteigt kulturelle, soziale oder religiöse Normen der Kultur und des Kontextes der Person deutlich. Über längere Zeiträume anhaltende Trauerreaktionen, die innerhalb der normativen Trauerperioden des kulturellen und religiösen Kontexts der Person liegen, werden als normale Trauerreaktionen angesehen und erhalten keine Diagnose. | E. Die Dauer und Schwere der Trauerreaktion übersteigt eindeutig die erwarteten sozialen, kulturellen oder religiösen Normen für die Kultur und den Kontext der Person.   |
|   | F. Die Symptome lassen sich nicht besser durch eine depressive Störung, eine Posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere psychische Störung erklären noch sind sie auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz (z. B. Medikamente, Alkohol) oder einer anderen körperlichen Erkrankung zurückzuführen.  |

Tabelle 1: Kriterien der Anhaltenden Trauerstörung nach ICD-11 (World Health Organization, 2019) und DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022)

Anmerkung: Die Nummerierung der ICD-11-Kriterien durch die Autorin dient der Vergleichbarkeit.

gere Trauerperioden, die innerhalb der kulturellen, sozialen oder religiösen Normen liegen, keine Diagnose erhalten. Hier werden Konventionen und Normen rund um Trauerreaktionen berücksichtigt, zu denen auch das in Deutschland akzeptierte „Trauerjahr“ zählen kann. Auch für die Trauerreaktion wird betont, dass sie kulturspezifische Normen übersteigen muss. Dies ist von Bedeutung, da Untersuchungen zeigten, dass es über die Beschreibung hinausgehende Symptome gibt, die bei Menschen aus spezifischen Kulturkreisen mit einer anhaltenden und einschränkenden Trauerreaktion einhergehen. So spielten in einer Untersuchung mit Geflüchteten aus Syrien

Gefühlsausbrüche, Lustlosigkeit/Verdrossenheit sowie somatische Symptome wie Schmerzen oder Erschöpfung eine bedeutende Rolle (Killikelly, Ramp, et al., 2021).<sup>1</sup> Auch Geflüchtete aus Kambodscha haben somatische Symptome und körperliche Erfahrungen in Zusammenhang mit einer Trauerreaktion berichtet (Hinton et al., 2013).

<sup>1</sup> 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

Die ATS ist auch in der Textrevision des DSM-5 zu finden (American Psychiatric Association, 2022), wobei es einige Unterschiede zu den Kriterien nach ICD-11 gibt (siehe ebenfalls Tabelle 1). Um die Diagnose nach DSM-5-TR vergeben zu können, muss der Todesfall mindestens 12 Monate zurückliegen. Neben den mit ICD-11 vergleichbaren Kernsymptomen wird spezifiziert, dass mindestens drei von acht zusätzlichen Symptomen vorliegen. Darin wird u. a. auch die in der ICD-11 nicht erwähnte Vermeidung von Erinnerungen an den Tod der geliebten Person beschrieben. Dies kann entweder die Form von klassischem Vermeidungsverhalten, wie z. B. der Vermeidung von Orten, Aktivitäten o. Ä., die an die verstorbene Person erinnern und damit schmerzhaft Gefühle auslösen, annehmen oder sich in einer intensiven Suche nach Nähe zur verstorbenen Person zeigen. Dazu können eine übermäßige Beschäftigung mit Besitztümern oder Fotos der Person, Tagträumen oder auch übermäßig häufige oder lange Friedhofsbesuche gehören. Darüber hinaus wird im DSM-5-TR auch die Häufigkeit der Symptome genau beschrieben („fast jeden Tag oder häufiger über mindestens den letzten Monat hinweg“).

Grundsätzlich konnte gezeigt werden, dass sich die ATS gut von Störungsbildern wie Depression oder PTBS abgrenzen lässt (u. a. Boelen et al., 2010). Auch auf neuronaler Ebene zeigen sich Unterschiede zwischen den Störungsbildern, da bei der ATS vor allem Strukturen in neuronalen Regionen des Belohnungsnetzwerks involviert zu sein scheinen (Bryant, Andrew et al., 2021).

## Geschichte der Diagnose und wissenschaftlicher Diskurs um die Diagnosekriterien

Die Geschichte der Diagnose reicht ca. 30 Jahre zurück. Im Jahr 1993 beschrieben Horowitz et al. (1993) erstmals ein mit Trauerreaktionen in Verbindung stehendes Störungsbild und formulierten erste diagnostische Kriterien. Dies geschah zunächst unter dem Namen „Pathologische Trauer“, später etablierte sich auch der Begriff „Komplizierte Trauer“. Das Störungsbild wurde daraufhin von verschiedenen Forschungsgruppen untersucht und unter unterschiedlichen Terminologien, u. a. auch dem Namen „Traumatische Trauer“, untersucht. Im Jahr 2009 wurden Konsenskriterien erstmals unter dem Namen „Prolonged Grief Disorder“ (Anhaltende Trauerstörung, hier  $ATS_{2009}$  genannt) veröffentlicht (Prigerson et al., 2009). Diese Kriterien basierten auf einer statistischen Analyse einer Stichprobe von 317 Personen. Als Hauptsymptom wurde Trennungsschmerz definiert, der zusammen mit fünf von neun weiteren möglichen kognitiven, emotionalen oder behavioralen Symptomen, wie z. B. Schwierigkeiten, Verlust zu akzeptieren, Vermeidung, Bitterkeit oder Wut, auftritt. Als Zeitkriterium wurde ein Verstreichen von mindestens sechs Monaten nach dem Verlust benannt. Prigerson et al. (2009) schlussfolgerten, dass eine Aufnahme in das DSM-5 gerechtfertigt sei, da das identifizierte Symptommuster keine

komplette Überschneidung mit bestehenden Diagnosen (u. a. Depression, PTBS) darstelle.

Fast zeitgleich argumentierten Shear et al. (2011) ebenfalls für die Aufnahme des Störungsbildes in das DSM-5 und schlugen eigene diagnostische Kriterien unter dem Namen Komplizierte Trauer vor. Diese Kriterien wurden auf Basis von statistischen Analysen mit insgesamt 782 Therapiesuchenden sowie der Meinung von Expert\*innen (Simon et al., 2011) entwickelt. Auch hier stand Trennungsschmerz im Mittelpunkt, der durch vier Symptome charakterisiert wurde. Zusätzlich wurden für die Diagnose über einen Monat hinweg zwei aus sechs weiteren Kriterien, darunter auch Suizidalität, verlangt. Ein Vergleich der Prävalenzraten ergab höhere Prävalenzen für Komplizierte Trauer als für  $ATS_{2009}$  (Shear et al., 2011).

Im 2013 erschienenen DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wurde schließlich ein Kompromiss aus beiden Kriteriensets unter dem Namen „Persistent Complex Bereavement Disorder“ (Anhaltende komplexe Trauerstörung) in Sektion III unter „Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf“ aufgenommen. Der gewählte Name wurde als unpräzise und schwer verständlich kritisiert (Maciejewski et al., 2016) und in verschiedenen Untersuchungen wurden die parallel bestehenden, unterschiedlichen Kriteriensets miteinander verglichen. So zeigten beispielsweise Maciejewski et al. (2016), dass Kriterien der  $ATS_{2009}$  und Anhaltenden komplexen Trauerstörung aufgrund ähnlicher diagnostischer Raten, Spezifität und Validität miteinander vergleichbar seien, jedoch substantielle Unterschiede zur Komplizierten Trauer zeigten. Kriterien der Komplizierten Trauer führten in verschiedenen Stichproben zu höheren Prävalenzraten (Maciejewski et al., 2016; Mauro et al., 2017) sowie geringer Spezifität und prädiktiver Validität (Maciejewski et al., 2016). Mauro et al. (2017) kritisierten jedoch die Kriterien der  $ATS_{2009}$  und der Anhaltenden komplexen Trauerstörung als zu restriktiv, da sie eine beträchtliche Anzahl von behandlungsbedürftigen Personen mit klinisch bedeutsamen Ausmaß an trauerbedingter Symptomatik und Beeinträchtigung nicht identifizierten. Auch die Entwicklung der  $ATS_{2009}$ -Kriterien wurde kritisiert, da die zugrunde liegende Stichprobe mit hauptsächlich weißen, weiblichen, durch natürliche Todesfälle Verwitweten zu homogen und zu klein gewesen sei, zu wenige Personen Kriterien für eine anhaltende Trauerreaktion erfüllt haben, diese zu kurz nach dem Verlust befragt wurden und die klinische Entscheidungsbildung gefehlt habe (Reynolds et al., 2017).

Während der Revision der ICD hatte sich auch die Arbeitsgruppe für spezifisch belastungsbezogene Störungen für eine Aufnahme der ATS ausgesprochen (Maercker et al., 2013). Bei der Entwicklung der ICD-11 stand neben der kulturübergreifenden Anwendbarkeit vor allem die klinische Nützlichkeit im Vordergrund, sodass die Kriterien der ATS in der ICD-11 (in diesem Abschnitt  $ATS_{ICD-11}$ ) kürzer und einfacher gestaltet wurden als die  $ATS_{2009}$ -Kriterien (für einen Überblick Killikelly & Maercker, 2017). Die Validität der  $ATS_{ICD-11}$ -Kriterien wurde über internationale Stichproben hinweg nachgewiesen (Killi-

kelly, Merzhvynska et al., 2021), die kurze, typologische Beschreibung führt jedoch zu einer höheren Sensitivität. So erfüllten beispielweise in einer Stichprobe von Therapiesuchenden 95,8 %  $ATS_{ICD-11}$ - und nur 59 %  $ATS_{2009}$ -Kriterien (Mauro et al., 2019). Während auf der einen Seite begrüßt wird, somit viele Personen identifizieren und behandeln zu können, kritisieren andere, dass die fehlende Beschreibung einer minimalen Symptomanzahl dazu führen könnte, das Störungsbild überzudiagnostizieren (Eisma & Lenferink, 2018). Erste Untersuchungen haben sich bereits der Identifikation einer solchen Mindestanzahl von zusätzlichen Symptomen gewidmet (Comtesse et al., 2020).

In Reaktion auf die Konzeptualisierung der ATS in der ICD-11 und aktueller Forschungsbefunde wurde auch die Diagnose im DSM-5 revidiert (American Psychiatric Association, 2022). Im November 2020 erfolgten die Aufnahme in Sektion II des DSM-5-TR als anerkannte Diagnose, eine Umbenennung ebenfalls in „Prolonged Grief Disorder“ (Anhaltende Trauerstörung) und eine Revision der Kriterien zu einer weniger komplexen und umfangreichen Definition. Ein erster Vergleich zeigte substanzielle Übereinstimmungen mit anderen Kriterienensets hinsichtlich der identifizierten Personen, Validität und Korrelate (Boelen & Lenferink, 2020).

Die Aufnahme der ATS in die ICD-11 und das DSM-5 war von kontroversen Diskussionen begleitet (siehe auch Wagner, 2016). Einerseits wurde die Aufnahme einer trauerspezifischen Störung als unnötige Pathologisierung betrachtet, in der individuell verschiedene Trauerverläufe die Diagnose einer psychischen Störung erhalten (z. B. Breen et al., 2015; Wakefield, 2012). Andererseits wurde hervorgehoben, wie notwendig es ist, durch anhaltende Trauer belastete Personen identifizieren und behandeln zu können (u. a. Reynolds et al., 2017).

Neben der oben beschriebenen fehlenden Angabe einer Mindestsymptomanzahl in der ICD-11, ist auch das Zeitkriterium, in dem sich DSM-5 und ICD-11 sogar unterscheiden, Gegenstand von Debatten. Dieses Kriterium ist von großer Bedeutung, da die Symptome der ATS im Rahmen einer akuten Trauer vorkommen können, ohne dass es sich um eine psychische Erkrankung handelt. Mehr empirische Evidenz liegt für das von der ICD-11 definierte Sechs-Monats-Kriterium vor. Eine einflussreiche Längsschnittstudie (Maciejewski et al., 2007) hat gezeigt, dass nach ca. sechs Monaten typische Trauerreaktionen, wie Unglaube, Sehnsucht oder Wut, nachlassen und eine stärker werdende Akzeptanz des Verlusts einsetzt. Obwohl die Studie aufgrund ihrer homogenen Stichprobe (verwitwete Personen, durchschnittliches Alter: 62,9 Jahre, 97 % Weiß, größtenteils natürliche Todesfälle; siehe auch oben) limitiert ist, kamen andere Untersuchungen ebenfalls zu Ergebnissen, die eine Diagnosestellung nach sechs Monaten nach dem Verlust unterstützen, um Betroffene adäquat behandeln zu können. So zeigte sich, dass bei einigen der Personen, die später eine chronische ATS entwickeln, die Symptomatik bereits vor dem ersten Todestag bzw. in den ersten Monaten nach dem Verlust erhöht ausgeprägt

ist (Boelen & Lenferink, 2021; Nielsen et al., 2018). Die Frage nach einem Zeitkriterium, dass sowohl eine rechtzeitige Behandlung zulässt und gleichzeitig individuelle adaptive Trauerprozesse nicht unnötig pathologisiert, müssen zukünftige Studien und die Anwendung in der Praxis beantworten.

## Epidemiologie

Aufgrund der stetigen Weiterentwicklung der Diagnosekriterien liegen noch nicht viele Daten zur Prävalenz der ATS nach den aktuellen Kriterien vor. In einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstudie fanden sich Prävalenzen von 1,5 % für die ATS nach ICD-11 und 1,2 % für die ATS nach DSM-5-TR unter allen Befragten (Rosner et al., 2021). Wurden nur diejenigen berücksichtigt, die einen Todesfall erlebt haben, betragen die Prävalenzen 4,2 % nach ICD-11 und 3,3 % nach DSM-5-TR. In einer zuvor erschienenen Meta-Analyse, die Ergebnisse aus 14 Studien zusammenfasste, wurde eine deutlich höhere Prävalenz von 9,8 % aller Trauernden berichtet (Lundorff et al., 2017). Allerdings beruhten die Ergebnisse der inkludierten Studien auch auf älteren Versionen der Diagnosekriterien und verschiedenen nicht-repräsentativen Stichproben.

Bedeutsam ist weiterhin, dass die Intensität und Häufigkeit einzelner Symptome je nach kulturellem Hintergrund und Weltregion auch schwanken können (Hinton et al., 2013; Killikelly, Merzhvynska, et al., 2021; Stelzer et al., 2020). Zudem finden sich über Untersuchungen hinweg höhere Prävalenzen in Subgruppen, die eine spezifische Art des Verlusts erlebt haben. So entwickeln Eltern, die ein Kind verloren haben, häufiger eine ATS (Fernández-Alcántara & Zech, 2017; Zhou et al., 2020). Auch nach unnatürlichen Todesfällen, wie beispielsweise Suiziden, Unfällen, Naturkatastrophen oder Mord, ist die Entwicklung einer ATS deutlich wahrscheinlicher. In einer Übersichtsarbeit zeigten Djelantik et al. (2020), dass fast die Hälfte der Trauernden (49 %) nach solchen Todesfällen eine ATS entwickelt. Auch unter geflüchteten Menschen, die oftmals gewaltsame Verluste und/oder zusätzlich den Verlust des Heimatlands erleben, zeigen sich erhöhte Prävalenzen. In zwei repräsentativen Studien mit Geflüchteten in Australien wurden Prävalenzen von 15,1 % bzw. 15,8 % der Trauernden gefunden (Bryant, Bawaneh, et al., 2021; Bryant et al., 2019).

Die COVID-19-Pandemie wirft zudem die Frage auf, ob uns das Störungsbild der ATS in Zukunft häufiger begegnen wird. Nach einem unvorhergesehenen Tod wie den durch COVID-19 ist die Wahrscheinlichkeit, dass Hinterbliebene eine anhaltende Trauerreaktion entwickeln, tatsächlich erhöht (Lobb et al., 2010). Eine erste Untersuchung zeigte zudem, dass Menschen, die einen Angehörigen durch COVID-19 verloren hatten, eine intensivere Trauerreaktion zeigten, als Menschen, deren Angehörige während desselben Zeitraums eines anderweitig bedingten natürlichen Todes gestorben waren (Eisma et al., 2021). Umfassende Studien zur Prävalenz der ATS nach dem Tod eines Angehörigen durch COVID-19 liegen jedoch zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vor.

Wenn sich die ATS einmal ausgebildet hat, scheint der Verlauf chronisch zu sein und die Störung nicht von selbst zu remittieren (Prigerson et al., 2021; Shear et al., 2005). Studien, in denen Langzeitverläufe von Trauerreaktionen untersucht wurden, haben konsistent gezeigt, dass es einen bedeutsamen Anteil von Personen gibt, bei denen die ATS-Symptomatik langfristig bestehen bleibt (u. a. Bonanno & Malgaroli, 2019; Nielsen et al., 2018; Sveen et al., 2018). In einer Studie waren chronische Verläufe bis zu sechs Jahren nach dem Verlust vor allem durch eine fehlende Akzeptanz des Verlusts gekennzeichnet (Sveen et al., 2018). Zusätzlich gehen mit der Symptomatik auch deutliche Beeinträchtigungen einher. Über die Hälfte (60 %) derjenigen, die die diagnostischen Kriterien in der Studie von Rosner et al. (2021) vermutlich erfüllten, nahmen eine Form von Behandlung in Anspruch.

## Komorbiditäten

Komorbiditäten kommen bei der ATS häufig vor. In einer Studie von Simon et al. (2007) mit 207 Personen, die sich aufgrund einer ATS in Therapie begaben, fand sich bei 85,5 % der Personen mindestens eine komorbide Störung. Etwas mehr als die Hälfte der Untersuchten litt zusätzlich zur ATS unter einer Depression (55,3 %) oder einer Angststörung (62,6 %; Simon et al., 2007). In den meisten Fällen (75 %) waren die komorbiden Störungen vor dem Trauerfall erstmals aufgetreten, sodass denkbar ist, dass sie zur Vulnerabilität beigetragen haben.

Auch somatoforme Störungen gehören zu den häufigen Komorbiditäten (54 %; Rosner et al., 2014).

Bei Todesfällen unter traumatischen Umständen bildet ein Teil der Betroffenen auch zusätzlich eine PTBS aus (Heeke et al., 2019; Nickerson et al., 2014). Darüber hinaus kommen bei Betroffenen auch oft suizidale Gedanken vor (Heeke et al., 2019; Latham & Prigerson, 2004). Diese nehmen oft die Form passiver Todeswünsche an mit dem Ziel, wieder mit der verstorbenen Person zusammen zu sein, und müssen gut abgeklärt werden.

## Störungsmodelle

Es existieren diverse Störungsmodelle, denen gemeinsam ist, dass sie die Rolle von dysfunktionalen Kognitionen und Vermeidungsverhalten in den Mittelpunkt stellen.

Vor einem bindungstheoretischen Hintergrund erklärt das Störungsmodell nach Shear et al. (2007) die Entstehung der ATS-Symptomatik durch Hindernisse im normativen Trauerprozess. Demnach kann Wochen bis Monate nach dem Verlust eine akute Trauer mit intensiven Gefühlen, Gedanken, Verhaltensweisen und physiologischen Veränderungen als natürliche Reaktion auf den Tod eines geliebten Menschen

aufzutreten. Im Laufe der Zeit kommt es in der Regel zu einem Anpassungsprozess, bei dem die Realität des Verlusts akzeptiert wird und Trauernde die durch den Verlust verursachten Veränderungen bewältigen. Dadurch entsteht eine integrierte Trauer, die sich zeitweilig durch schmerzhaftes Gefühle o. Ä. äußern kann, jedoch im Alltag keine Beeinträchtigungen darstellt. Wenn allerdings inter- oder intrapersonelle Faktoren diesen Anpassungsprozess behindern, bleiben die Symptome der akuten Trauerreaktion bestehen und gehen in eine ATS-Symptomatik über. Als mögliche Hindernisse benennen Shear et al. (2007) bspw. dysfunktionale Kognitionen, die u. a. die Umstände des Verlusts und die eigene Rolle darin hinterfragen, Vermeidung der Realität des Verlusts (darunter auch eine anhaltende intensive Beschäftigung mit der verstorbenen Person), Schwierigkeiten in der Emotionsregulation oder zwischenmenschliche Probleme (z. B. fehlende oder inadäquate soziale Unterstützung, Konflikte).

Im kognitiv-behavioralen Modell nach Boelen et al. (2006) werden drei Kernprozesse postuliert, die die Entstehung einer ATS-Symptomatik bedingen und aufrechterhalten. Dabei handelt es sich um 1) eine unzureichende Integration des Verlustes in das autobiografische Wissen, 2) negative Grundüberzeugungen und katastrophisierende Fehlinterpretationen der eigenen Trauerreaktion sowie 3) Vermeidungsstrategien und Rückzug. Diese Prozesse werden von Hintergrundvariablen

### — Diverse Störungsmodelle haben gemeinsam, dass sie die Rolle von dysfunktionalen Kognitionen und Vermeidungsverhalten in den Mittelpunkt stellen. —

beeinflusst, zu denen individuelle Vulnerabilitäten (z. B. Bindungsstil, Persönlichkeitsstile, Grundüberzeugungen), Merkmale des Verlusts (z. B. Beziehung zur verstorbenen Person oder Umstände des Todes) sowie Merkmale der Folgen des Verlusts (z. B. Reaktionen der sozialen Umgebung und sekundäre Verluste) gehören.

Auch das Modell anhaltender Trauer nach Rosner et al. (2015) postuliert, wie Symptome initialer, akuter Trauer durch eine maladaptive Bewältigung verstärkt werden können. Dabei stehen zwei Hauptprozesse im Mittelpunkt: zum einen die Vermeidung von entweder inneren oder äußeren Erinnerungen an den Verlust oder die anhaltende Beschäftigung mit der verstorbenen Person, was auch eine Vermeidung der Realität des Verlusts darstellt. Kurzfristig führen diese Bewältigungsversuche zu einer Reduktion von Sehnsucht, Schmerz oder Einsamkeit, jedoch stellen sich langfristig sowohl emotionale als auch funktionale Einschränkungen ein. Zudem können innere und äußere Auslöser (z. B. bestimmte Situationen, Menschen, Orte bzw. Gedanken, Erinnerungen oder mentale Bilder) immer wieder Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit auslösen sowie intensive Trauergefühle nach sich ziehen. Auf diese wird wiederum mit den beschriebenen Be-

wältigungsmöglichkeiten reagiert, sodass ein Teufelskreis entsteht, durch den die Symptomatik aufrechterhalten wird.

Die kognitive Verarbeitung steht auch im Mittelpunkt des kognitiv-psychodynamischen Modells nach Horowitz, einem einflussreichen Erklärungsmodell für Traumafolgestörungen, das auch auf Trauer angewandt wurde (Horowitz, 2011). Dem Modell nach müssen kognitiv-emotionale Schemata angepasst und erweitert werden, um traumatische Erfahrungen, worunter auch der Verlust gezählt werden kann, einzuordnen. Gelingt dies jedoch aufgrund pathologischer Abwehrmechanismen nicht, kann es zu einer pathologischen Verarbeitung und damit pathologischen Trauer kommen.

Zudem existieren mehrere weitere Modelle normaler und anhaltender Trauer, unter denen das analytische Modell der Trauerarbeit und Phasenmodelle zu den bekanntesten zählen. Da diese Modelle jedoch nicht ausreichend empirisch belegt werden konnten oder sie sich nicht spezifisch auf die ATS beziehen, werden sie an dieser Stelle nicht dargestellt.

## Diagnostik

Um anhaltende von normativen Trauerprozessen zu unterscheiden, ist eine ausführliche klinische Diagnostik notwendig. Dafür stehen eine Reihe von diagnostischen Instrumenten zur Verfügung, wobei nicht alle den aktuellen diagnostischen Kriterien entsprechen (siehe *Tremblay et al., 2020*, für einen Überblick).

Das *Inventory of Complicated Grief* (ICG; Lumbeck et al., 2012; Prigerson et al., 1995) ist das erste und bisher am häufigsten eingesetzte Instrument zur Erfassung anhaltender Trauer. Der Fragebogen beinhaltet 19 Items (z. B., „Ich bin so in Gedanken bei der verstorbenen Person, dass es mir schwerfällt, Dinge zu tun, die ich normalerweise tue“), die auf einer Skala von 0 (nie) bis 4 (immer) beantwortet werden. Werte über 25 indizieren anhaltende Trauersymptome (American Psychological Association, 2019). Das ICG ist jedoch nicht mit den aktuellen Diagnosekriterien kompatibel.

Das *Traumatic Grief Inventory Self-Report Plus* (TGI-SR+; Lenferink et al., 2022) umfasst in einer erweiterten Version 22 Items, die es erlauben, Schwere und Vorliegen einer ATS-Symptomatik sowohl nach ICD-11 als auch gemäß DSM-5-TR zu bestimmen. Auf einer Skala von 1 (nie) bis 5 (immer) wird erfasst, in welchem Ausmaß Trauersymptome im letzten Monat erlebt wurden. Für das TGI-SR+ wurden eine hohe interne Konsistenz, Stabilität und Validität nachgewiesen (Lenferink et al., 2022). Spezifische Auswertungsalgorithmen und Cut-offs liegen vor.

Mit der *International Prolonged Grief Disorder Scale* (IPGDS; Killikelly et al., 2020) liegt ein Fragebogen vor, welcher spezifisch die ICD-11-Kriterien der ATS abbildet und auch kulturspezifische Symptome berücksichtigt. Die IPGDS besteht aus einer Standardskala mit 15 Items. Zwei Items messen die Kernsymptome und Items 3 bis 12 die zusätzlichen Sympto-

me auf einer Skala von 1 (fast nie) bis 5 (immer, mehrmals täglich). Item 13 erfasst funktionelle Einschränkungen und Item 14 einen Vergleich mit kulturellen Normen („Ich denke, dass meine Trauer anders ist (z. B. intensiver, stärker, zeitlich länger, als Menschen um mich herum oder meine Kultur dies erwarten würde.“). Item 15 erfragt die Zeit, die seit dem Todesfall vergangen ist. Zusätzlich existieren 20 optionale kulturspezifische Items (z. B. „Seit dem Verlust habe ich starke körperliche Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen, Schwierigkeiten zu essen.“). In ersten Studien hat sich die IPGDS als reliabel und valide erwiesen, Werte über 36,5 scheinen auf klinisch bedeutsame ATS-Symptome hinzudeuten (Killikelly et al., 2020; Killikelly, Merzhvynska, et al., 2021). Die IPGDS ist in verschiedenen Sprachen, darunter auch auf Deutsch, unter [www.traumameasuresglobal.com/ipgds](http://www.traumameasuresglobal.com/ipgds) verfügbar.

Neben diesen Selbstauskunftsinstrumenten gibt es mit dem PG-13-R auch ein klinisches Interview, das in seiner überarbeiteten Form für die neuen DSM-5-TR-Kriterien adaptiert wurde (Prigerson et al., 2021; deutsche Version: Rosner et al., in Vorbereitung). Der PG-13-R besteht aus 13 Items. Bei Werten über 30 liegt eine ATS nach DSM-5-TR vor. Eine erste Untersuchung (Prigerson et al., 2021) konnte eine hohe interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha = 0.83\text{--}0.93$ ) und Retest-Reliabilität nachweisen ( $r = 0.86$ ).

Auch das *Traumatic Grief Inventory* liegt in einer Version als klinisches Interview zur Diagnosestellung nach ICD-11 und DSM-5-TR vor (TGI-CA; <https://osf.io/a6hmc/>).

Ein klinisches Interview für die Diagnosestellung nach ICD-11 wurde in unserer Arbeitsgruppe entwickelt und wird aktuell psychometrisch überprüft (*Interview for Prolonged Grief Disorder according to ICD-11*; I-PGD-11; Rueger, Lechner-Meichsner & Steil, in Vorbereitung).

Differentialdiagnostisch muss die ATS vor allem von einer Depression und, bei Todesfällen unter traumatischen Umständen, PTBS abgegrenzt werden.

## Interventionen

Eine Psychotherapie ist nur dann indiziert, wenn tatsächlich eine ATS vorliegt. Bei subklinischen Ausprägungen der Symptomatik sind Interventionen der eigenständigen Verbesserung über die Zeit hinweg nicht überlegen, wie Meta-Analysen zeigen konnten (Currier et al., 2008; Wittouck et al., 2011). Psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung der ATS verfolgen immer das Ziel einer Trauerverarbeitung und Anpassung an die neue Realität ohne die verstorbene Person in Anlehnung an das Duale Prozessmodell (Stroebe & Schut, 2010). Auch sollte auf eine Veränderung der Beziehung zur verstorbenen Person („Continuing Bonds“; z. B. Stroebe et al., 2010) abgezielt werden und nicht auf deren Abbruch. Da Betroffene oft eine ambivalente Therapiemotivation mitbringen und häufig befürchten, die verstorbene Person durch



die Therapie vergessen zu können, empfiehlt sich, dies zu thematisieren.

In den letzten Jahren wurden mehrheitlich kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme gezielt für die Behandlung der ATS entwickelt. Dabei wurden auch bewährte Techniken u. a. aus der Behandlung der PTBS für die ATS adaptiert. Eine Meta-Analyse zeigte, dass psychotherapeutische Interventionen die ATS-Symptomatik effektiv reduzieren können (Hedges'  $g = 0.41-0.45$ ) und auch Effekte auf depressive und posttraumatische Stresssymptome haben (Johannsen et al., 2019). Generell zeichnen sich erfolgreiche Behandlungsansätze dadurch aus, dass sie die Veränderung von dysfunktionalen trauerbezogenen Kognitionen und den Abbau von Vermeidungsverhalten in den Mittelpunkt stellen (siehe Rosner & Comtesse, 2019, für einen Überblick). Zwei Behandlungsprogramme sollen im Folgenden näher vorgestellt werden.

Die *Integrative kognitive Verhaltenstherapie für die anhaltende Trauerstörung* (KVT-PG; Rosner et al., 2015) ist auf 20 Einzeltherapiesitzungen ausgelegt und das Manual beinhaltet auch eine Variante für die Durchführung als Gruppentherapie in neun Doppelstunden. Die Therapie befasst sich mit verlustorientierten und restaurativen Aufgaben im Sinne des Dualen Prozessmodells (Stroebe & Schut, 2010) und enthält auch gestalttherapeutische und lösungsorientierte Elemente. Die Behandlung ist in drei Phasen gegliedert: 1) Stabilisieren, Explorieren, Motivieren und Zielsetzung, 2) Reinterpretieren und Exponieren und 3) Integrieren, Transformieren und Abschluss. In Phase 1 stehen Psychoedukation, der Umgang mit Krisen und die Erstellung eines Notfallkoffers sowie die Entwicklung eines individuellen Störungsmodells am Anfang. Es werden weiterhin familiäre Trauertraditionen und der bisherige Verlauf der eigenen Trauerreaktion sowie eine Lebenslinie betrachtet. Im Rahmen der Vorstellung der verstorbenen Person in einer Therapiestunde können auch Gegenstände, Bilder o. Ä. mitgebracht werden. Zum Abschluss der ersten Phase werden Aspekte des Motivational Interviewing eingesetzt, um eine evtl. ambivalente Veränderungsmotivation zu stärken.

Zum Einstieg in Phase 2 ist zunächst ein Fokus auf den Umgang mit dysfunktionalen Denkprozessen möglich. Bei ausgeprägten Schuldgefühlen können diese z. B. anhand eines Schuldkuchens bearbeitet werden. Anschließend erfolgt eine Exposition in sensu bezüglich des schlimmsten Moments. Die Exposition erfolgt schrittweise in insgesamt vier Durchgängen, wobei das Narrativ mitgeschrieben wird. Im letzten Schritt ist es möglich, die Geschichte zu beenden oder zu verändern. Ziel der Exposition ist die Gewöhnung an Gefühle, die mit den schlimmsten Bildern oder Erinnerungen bezüglich des Verlusts assoziiert sind, und die Identifikation weiterer dysfunktionaler Gedanken, die im Anschluss hinterfragt und überprüft werden. Mit der gestalttherapeutischen Übung

„Gang zum Grab“ wird schließlich die Grabstätte symbolisch im Therapieraum ausgelegt und ein Gespräch mit der verstorbenen Person geführt. Dabei können Botschaften ausgesprochen und Fragen gestellt werden, die der\*die Patient\*in anschließend aus der Rolle der verstorbenen Person aufnimmt und beantwortet, um so einen Abschluss und Akzeptanz zu finden.

In Phase 3 stehen abschließend die veränderte Beziehung zur verstorbenen Person und die Neuorientierung auf ein Leben ohne die Person im Mittelpunkt. Dabei werden u. a. Rituale zur Aufrechterhaltung der Beziehung entwickelt und Eigenschaften der verstorbenen Person identifiziert.

In einer randomisiert-kontrollierten Studie im ambulanten Kontext wurde die KVT-PG mit einer Wartelistenkontrollgruppe verglichen. Am Ende der Therapie hatte sich die ATS-Symptomatik mit einem großen Effekt ( $d = 1.32$ ) reduziert und auch eine komorbide depressive Symptomatik war signifikant zurückgegangen (Rosner et al., 2014). Der Therapieerfolg konnte auch langfristig, anderthalb Jahre nach Therapieende gezeigt werden (Rosner et al., 2015). Auch im stationären Kontext als Gruppenprogramm wurden für die KVT-PG zusätzlich zum regulären Therapieprogramm einer psychosomatischen Klinik ein moderater Effekt ( $d = 0.72$ ) nachgewiesen (Rosner et al., 2011). Zum aktuellen Zeitpunkt untersucht eine Studie

### — Differentialdiagnostisch muss die Anhaltende Trauerstörung vor allem von einer Depression und, bei Todesfällen unter traumatischen Umständen, PTBS abgegrenzt werden. —

an vier Standorten in Deutschland die Wirksamkeit der KVT-PG im Vergleich zu einer aktiven Therapiebedingung (Rosner et al., 2018).

Ein weiteres im US-amerikanischen Raum gut untersuchtes Therapieprogramm ist die *Prolonged Grief Disorder Therapy* (früher *Complicated Grief Treatment*; u. a. Shear & Gribbin Bloom, 2017). Die *Prolonged Grief Disorder Therapy* erstreckt sich über 16 Sitzungen, die ebenfalls verlust- und restaurationsbezogene Schwerpunkte beinhalten. Diese werden parallel verfolgt und sind von Beginn an in jeder Therapiestunde Thema. Insgesamt gliedert sich die Behandlung in vier Phasen. Während der ersten drei Sitzungen stehen Psychoedukation, eine Einordnung des Verlusts in die Biografie und eine gemeinsame Sitzung mit einer wichtigen Bezugsperson im Mittelpunkt. Zusätzlich werden zwei Elemente eingeführt, die die gesamte Therapie begleiten: das Trauertagebuch, in dem für jeden Tag der Moment mit der stärksten und schwächsten Trauer festgehalten werden soll, und die Arbeit an der Identifikation und schrittweisen Verfolgung von persönlich bedeutsamen Zielen für die Zukunft. Während der zweiten Phase, der Kernphase der *Prolonged Grief Disorder Therapy*, stehen Expositionsübungen und der Umgang mit Erinnerungen im Mittelpunkt. In einer der

prolongierten Exposition ähnelnden Exposition in sensu wird wiederholt der Verlust der geliebten Person durchlebt („imaginal revisiting“). Zwischen den Sitzungen soll eine Audioaufnahme angehört werden. Zusätzlich werden Expositionsübungen in vivo geplant und durchgeführt, um Vermeidungsverhalten abzubauen („situational revisiting“). Nach einem Zwischenfazit in Sitzung 10 dienen die letzten Therapiestunden dazu, in einem Stuhldialog ein Gespräch mit der verstorbenen Person zu führen, Pläne für Jahrestage zu machen und für die Zeit nach der Therapie zu planen.

In einem randomisiert-kontrollierten Vergleich mit Interpersoneller Therapie mit einem speziellen Trauerfokus wurden höhere Effekte für die *Prolonged Grief Disorder Therapy* hinsichtlich der Remissionsrate (51 % für *Prolonged Grief Disorder Therapy* vs. 28 % für Interpersonelle Therapie), Reduktion der ATS-Symptomatik, sowie auch funktionellen Einschränkungen gefunden (Shear et al., 2005). Diese Effekte konnten in einer weiteren klinischen Studie mit Betroffenen im Alter von 50 bis 91 Jahren repliziert werden (Shear et al., 2014). Eine Untersuchung von Wirkmechanismen zeigte, dass die Therapieeffekte über eine Reduktion in Vermeidungsverhalten und dysfunktionalen Kognitionen vermittelt wurden (Lechner-Meichsner et al., 2021). Außerdem liegen Ergebnisse zum Vergleich und der Kombination mit medikamentöser Behandlung vor. Die *Prolonged Grief Disorder Therapy* zeigte stärkere Therapieerfolge als eine Behandlung mit Citalopram oder Placebo (Shear et al., 2016). Eine Kombination von Citalopram und *Prolonged Grief Disorder Therapy* verbesserte die Wirksamkeit der Therapie nicht in Bezug auf die ATS-Symptomatik, führte jedoch zu einer stärkeren Reduktion von depressiven Symptomen. Weitere Informationen zur *Prolonged Grief Disorder Therapy* sind unter <https://prolongedgrief.columbia.edu> verfügbar.

Weitere Behandlungsansätze, die ebenfalls auf Exposition und kognitiver Umstrukturierung (Boelen et al., 2007; Bryant et al., 2014) basieren, haben sich als effektiv erwiesen. Auch eine Reihe von internetbasierten Interventionen wurden für die Behandlung der ATS entwickelt und überprüft (Brodbeck et al., 2019; Eisma et al., 2015). Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm „Interapy“ wurde für die ATS adaptiert und verbindet u. a. kognitive Interventionen, Konfrontation und die Entwicklung einer Zukunftsperspektive in schriftlichem Austausch zwischen Patient\*in und Psychotherapeut\*in (Wagner et al., 2006). Darüber hinaus existieren Ansätze für spezifische Gruppen von Betroffenen, z. B. Hinterbliebene nach Suizid. So wurde die o. g. internetbasierte Intervention für diese Gruppe adaptiert und hat sich als effektiv erwiesen (Trembl et al., 2021).

Während aus anderen Verfahren Ansätze zum Umgang und zur Begleitung Trauernder selbstverständlich vorhanden sind, sind spezifisch auf die ATS ausgerichtete Interventionsprogramme bisher seltener zu finden. Es liegen jedoch Ergebnisse zu einer 12 Wochen umfassenden psychodynamischen Gruppentherapie („Interpretative Therapie“) für Komplizier-

te Trauer vor, die im Vergleich mit einer Supportiven Gruppentherapie zu besseren Behandlungseffekten führte (Piper et al., 2001). Allerdings definierten die Autor\*innen eigene Kriterien für eine Komplizierte Trauer (die u. a. auch Intrusionen enthielten), sodass unbekannt ist, inwieweit die untersuchte Patient\*innengruppe mit anderen Patient\*innen mit ATS vergleichbar ist.

## Fazit

Ergebnisse aus mittlerweile fast 30 Jahren Forschung haben gezeigt, dass die ATS von anderen Störungsbildern abgegrenzt werden kann, eine spezifische Ätiologie und differenzielle Risikofaktoren vorliegen und die Symptomatik auf eine gezielte psychotherapeutische Behandlung anspricht. Die Aufnahme des Störungsbildes in die ICD-11 soll somit keine Pathologisierung einer universellen menschlichen Reaktion darstellen, sondern kann für Menschen, die langanhaltende und beeinträchtigende Trauerreaktionen entwickeln, eine Erleichterung und Anerkennung ihres Leidens darstellen. Betroffene erhalten somit Zugang zu vielversprechenden Behandlungen. Mit dem Inkrafttreten der ICD-11 ist auch die Grundlage dafür gelegt, die Anwendbarkeit der diagnostischen Kriterien der ATS in der Praxis zu überprüfen, mehr über die Häufigkeit des Störungsbildes in verschiedenen Gruppen oder nach bestimmten Ereignissen zu erfahren und ATS-spezifische psychotherapeutische Interventionen weiterzuentwickeln und in der Versorgung zu implementieren.

## 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](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H. & Knaevelsrud, C. (2019). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 10 (1), 1583524.

Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I. & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69–86.

Killikelly, C. & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8 (Suppl 6), 1476441.

Killikelly, C., Ramp, M. & Maercker, A. (2021). Prolonged grief disorder in refugees from Syria: Qualitative analysis of culturally relevant symptoms and implications for ICD-11. *Mental Health, Religion & Culture*, 1–18.

Killikelly, C., Zhou, N., Merzhvynska, M., Stelzer, E.-M., Dotschung, T., Rohner, S. et al. (2020). Development of the international prolonged grief disorder scale for the ICD-11: Measurement of core symptoms and culture items adapted for chinese and german-speaking samples. *Journal of Affective Disorders*, 277, 568–576.

Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V. & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20 (1), 96–106.

Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A. & Doering, B. K. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of Affective Disorders*, 287, 301–307.

Rosner, R., Pföh, G., Kotoučová, M. & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 167, 56–63.

Rosner, R., Pfoh, G., Rojas, R., Brandstätter, M., Rossi, R., Lumbeck, G. et al. (2015). Anhaltende Trauerstörung: Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie. Hogrefe.

Shear, M. K. & Gribbin Bloom, C. (2017). Complicated grief treatment: An evidence-based approach to grief therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35, 6–25.

Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C. et al. (2016). Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73 (7), 685–694.

Simon, N. M., Shear, M. K., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., Frank, E., Melhem, N. M. & Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (5), 395–399.

Sveen, J., Bergh Johannesson, K., Cernvall, M. & Arnberg, F. K. (2018). Trajectories of prolonged grief one to six years after a natural disaster. *PLOS ONE*, 13 (12), e0209757.

Tremblay, J., Kaiser, J., Plexnics, A. & Kersting, A. (2020). Assessing prolonged grief disorder: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Affective Disorders*, 274, 420–434.



### **Dr. Franziska Lechner-Meichsner**

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

Dr. Franziska Lechner-Meichsner ist Psychologische Psychotherapeutin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt. Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählen die Anhaltende Trauerstörung, Posttraumatische Belastungsstörung und kulturspezifische Aspekte in der Psychotherapie.

# Rezension

## Scheitern als Chance

Moser, T. (2020). *Zuversicht und Resignation. Vom Umgang mit bedrohten Psychotherapien*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 163 S., 19,90 €

Tilmann Moser präsentiert in dem hier besprochenen Werk 25 Fallgeschichten aus 45 Jahren psychoanalytischer Praxis. Als Einordnung zum Leitthema des Buches stellt er dieser Sammlung übergreifende Überlegungen zum Nähe-Distanz-Problem in der Psychotherapie und eine Kritik der „Fehlerkultur“ in der Psychoanalyse voran. Das Buch zieht nach den aufgeführten Fallvignetten mit einer „Bilanz“ ein kurzes abschließendes Resümee (S. 159 ff.). Alle ausgewählten Fälle stammen aus „bedrohten Psychotherapien“, also Therapien, die abgebrochen wurden bzw. in anderer Hinsicht misslungen sind bzw. zumindest kurz vor diesem Punkt standen. Indem er sie bekannt macht, möchte er gegen ein Verschweigen des Scheiterns anschreiben, das er sowohl bei Einzelnen ausmacht wie in der Institution Psychoanalyse insgesamt und bei der Professionalisierung des therapeutischen Nachwuchses: „Die Zunft [...] im ewigen Ringen um Anerkennung bleibt eher schweigsam“ (S. 113), stellt er fest, und: „Mir ist kaum bekannt, wie andere Therapeutinnen und Analytiker den Umgang mit Erfolg, viel eher noch mit Teil- oder Misserfolg mit ihren Patienten bestehen“ (S. 113). Mit Ralf Zwiebel vermisst er den „verstehenden Dialog unter Analytikern“ (S. 21). Das Verschweigen möglicher Behandlungsfehler habe „wenigstens für jüngere Kollegen und Kandidaten etwas Angst-Machendes [...], das sie umso mehr an scheue Korrektheit und Methodengläubigkeit bindet“ (S. 21). (Johannes Cremerius hat schon vor Jahrzehnten die Befürchtung geäußert, die psychoanalytische Ausbildung könne „Normopathen“ erzeugen.)

Neben der Offenlegung des Misslingens enthalten Mosers Fallgeschichten

aber auch eine Apologie der Erweiterung seines Methodenrepertoires durch die Einbeziehung gestalt- und körpertherapeutischer Elemente. Besonders seine Praxis, durch Berührungen „Körpererinnerungen“ (S. 33) zu wecken und damit einen „Wegweiser zur Seele“ (S. 33) zu gewinnen, möchte er verteidigen, obwohl sie ihm, wie er mehrfach betont, harsche Kritik und Abwertungen innerhalb der Analytikerzunft eingebracht hat.

Das vorgelegte Textmaterial charakterisiert er so: „Es sind Niederschriften aus verschiedenen Phasen von Psychotherapien und Psychoanalysen, solchen, die mich besonders beschäftigt haben, theoretisch wie behandelungstechnisch, oder durch die Art der zum Teil schmerzhaften Beendigung durch Unsicherheit, Stagnation, Irritation [...]“ (S. 24). Und an einer anderen Stelle: „Den Fallgeschichten liegt keine besondere Auswahl zugrunde, ich habe alle genommen, mit deren Ende ich unzufrieden, enttäuscht, nur halb zustimmend, traurig oder auch wütend war, von den ersten Texten für Kassenanträge bis zu den allerletzten ‚schmerzlichen Abschieden‘“ (S. 151). Um sie der Öffentlichkeit zugänglich machen zu können, habe er sie nicht nur anonymisiert, sondern auch stark verfremdet.

Die Rekonstruktion von Fällen aus offiziellen Dokumenten (Anträge, Diagnosen, Katamnesen), Notizen während der Behandlung (einschließlich langer Dialoge) und Aufzeichnungen danach, verwoben mit Erinnerungen an Personen, Therapieverläufe und seinerzeitige Gefühle und Bewertungen, führt zu einem Kaleidoskop von Texten, die, abgesehen von ihrer stilistischen Uneinheitlichkeit, die handelnden Personen und ihre Schicksale in den Hintergrund treten lassen und die Beschreibung der Selbstwahrnehmung des Therapeuten ins Blickfeld rücken. Diese Fokussierung ist vermutlich durchaus im Sinne des Autors, weil

es für ihn „entscheidend ist, was sie (die Einschätzung des Scheiterns durch beide Beteiligte; H. H.) bei dem, der die Analyse durchgeführt hat, an Gefühlen auslöst“ (S. 40). Wie auch immer das Ergebnis aussieht: es verweist zurück auf eine Dynamik, die mit der ersten Begegnung eingesetzt hat und den ganzen therapeutischen Prozess begleitet. Moser zeigt sich in den Therapieverläufen geradezu demonstrativ empathisch. „Heilung durch Liebe“ scheint seinem Selbstverständnis eher zu entsprechen als „Abstinenz“ und „gleichschwebende Aufmerksamkeit“. Dementsprechend enttäuscht, verletzt, gekränkt, wütend sieht er sich reagieren, als eine Patientin aggressiv auf seine Interventionen antwortet, wenn sie ihn, wie er glaubt, aufs Glatteis führen will, die Analyse als Machtspiel versteht oder wenn sie sich zornig von ihm verabschiedet, wortlos geht, nicht mehr reagiert. Er bekennt seine Trauer in solchen Fällen, sein schuldbewusstes Forschen nach dem eigenen Versagen, seine Hoffnung auf Rückkehr und Versöhnung oder zumindest auf eine abschließende Klärung des Abbruchs. Manchmal spielt er mit dem Gedanken, die Orte aufzusuchen, an denen die Entschwundenen leben. Zugleich ist er wachsam gegenüber seinen Befindlichkeiten. Er beobachtet seine Gegenübertragungen; er fragt, welche Rolle die Nichterfüllung eigener Wünsche beim Scheitern therapeutischer Beziehungen spielen könnten, weil sie möglicherweise für sein Gegenüber bedrohlich wurde; er kennt und bekennt seinen Narzissmus, seine Verletzlichkeit, seine Ängste und Fluchtbewegungen und die Gefahr, in der Therapie von eigenen Themen eingeholt zu werden. Daher kommt es für ihn auch nicht infrage, die Schuld an den Abbrüchen dem jeweiligen Gegenüber zu geben, auch wenn er dessen Entscheidung nicht versteht. Lieber deutet er sie, auch um seine Resignation zu überwinden, als Akte einer durch die Therapie gewachsenen Autonomie. Dass er die Enttäuschungen

wie die immer wieder auftretenden Irritationen und Verknotungen überwinden kann, hat er auch einer vertrauten Interventionsgruppe zu verdanken, die er gelegentlich erwähnt. Für Außenstehende aufschlussreich wäre es, zu erfahren, ob in ihr auch die Erwartungen und Übertragungen der Gegenseite zur Sprache kommen, die sie ihm aufgrund seiner seit Jahrzehnten in die Öffentlichkeit getragenen und zu psychoanalytischer Literatur gewordenen Lebensgeschichte entgegenbringen.

Tilmann Moser beendet den Band mit den Worten: „Wenn dieses Buch [...] Mut machend wäre, sich mit dem Misslingen oder nur halben Gelingen aktiv auseinanderzusetzen, hätte sich die Mühe gelohnt“ (S. 163). Zweifellos kann man sich von seinem Buch anregen lassen, die analytische Beziehung schärfer als bisher vielleicht gewohnt ins Auge zu fassen und das erweiter-

te Gefühlspanorama als Geburtsort für angemessene Annahmen, Deutungen und Interventionen zu begreifen. Ohne „Zuversicht“ ist auf Dauer keine analytische Arbeit möglich. Schlägt sie um in „Resignation“, dann ist professionelle Selbstaufklärung und Ermutigung vonnöten. Sich und anderen die eigene Rat- und Hilflosigkeit einzugestehen, wäre dann wohl die eigentliche Mutprobe.

Das Buch ist mit einem spürbaren „Drive“ verfasst. Formulierungen gegeneinander abzuwägen, den Satzbau zu überprüfen und überhaupt ein widerstandsloses Lesen zu ermöglichen, ist Mosers Sache nicht. Da kann es dann vorkommen, dass in zwei Fällen (oder ist es doch der gleiche?) eine Berührungsszene bis in den Dialog hinein wortgleich aufscheint (vgl. S. 38/65), ein Zitat aus André Green sinntestellt wiedergegeben wird (S. 42), ein Hörfehler beim Diktat („durchdrängt“ an-

stelle von „durchtränkt“) stehen bleibt, eine fehlerhafte Satzkonstruktion zum mehrfachen Lesen zwingt (S. 84) oder ein falscher Bezug irritiert (S. 124) – ganz abgesehen von weiteren Verstößen gegen grammatikalische und orthographische Regeln (S. 11, 41, 61, 63, 64, 116, 133, 137, 152, 155). Das grundiert die Lektüre mit einem gewissen Ärger. Vielleicht würde ihn Tilmann Moser so kommentieren: Gelten dir die Dramen, die ich beschreibe und gilt dir mein Leiden an Abbrüchen so wenig, dass du den Nebensächlichkeiten eine solche Bedeutung beimisst? Die Antwort des Rezensenten könnte dann lauten: Gelten dir die Dramen, die du beschreibst, und dein Leiden an Abbrüchen so wenig, dass sie dir nicht einmal eine korrekte Sprache wert sind?

Helmwart Hierdeis  
Dießen am Ammersee

# Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer

## BPTK-Patientenbefragung zur psychotherapeutischen Sprechstunde

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat im Herbst 2021 insgesamt 192 Personen zu ihren Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Sprechstunde befragt. Die meisten Patient\*innen kamen, um mit einer Psychotherapie beginnen zu können (79,5 %) oder weil sie schnelle Hilfe für akute Beschwerden benötigten (43,5 %). Zwei Drittel (67 %) der Patient\*innen fühlten sich sehr stark oder extrem belastet. Zwei von drei Patient\*innen berichteten von mittelgradigen bis schweren depressiven Beschwerden (78 %; Abbildung 2). Über 80 Prozent der Patient\*innen waren mit der Beratung durch die Psychotherapeut\*in sehr zufrieden oder zufrieden. Sie schätzten insbesondere, dass ihnen aufmerksam zugehört wurde (93 %) und sie mit ihren Problemen ernst genommen wurden (88 %; Abbildung 1).

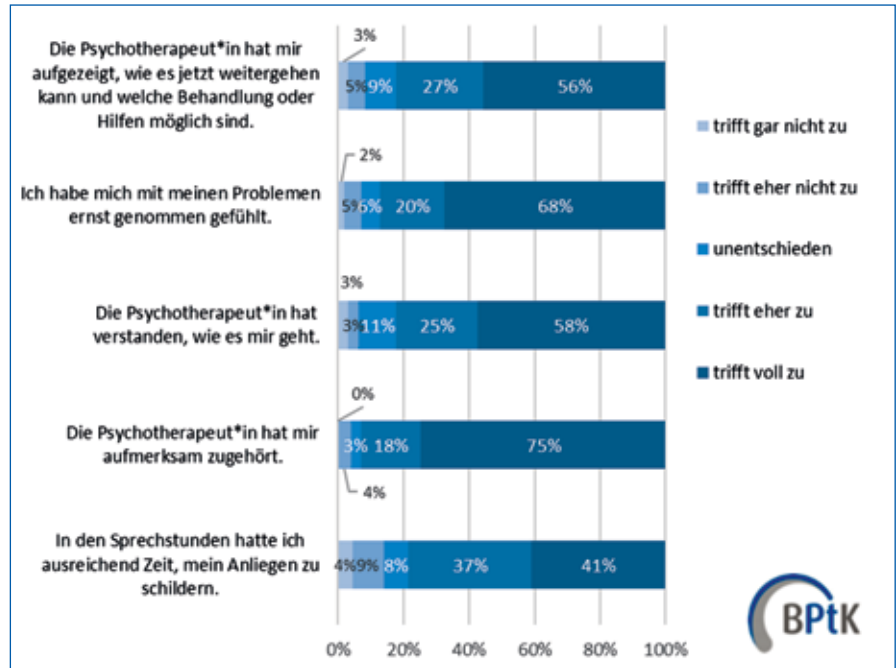


Abbildung 1: Bewertung der Psychotherapeut\*in; Quelle: BPTK

Fast alle Patient\*innen (94 %) befürworteten den direkten Weg zur Psychotherapeut\*in. Genauso vielen (93 %) war es wichtig, selbst zu entscheiden, bei wem sie ihre psychischen Beschwerden abklären lassen. Eine vorherige verpflichtende Konsultation,

beispielsweise bei einer Haus- oder Fachärzt\*in, lehnten zwei Drittel (67 %) ab. Die BPTK-Befragung zeigt, dass Psychotherapeut\*innen als direkte und kompetente Ansprechpartner\*innen psychisch kranker Menschen unverzichtbar sind. In der psychotherapeutischen

Sprechstunde können Patient\*innen umfassend ihre Beschwerden darstellen und diagnostizieren lassen. Sie bekommen Empfehlungen, welche Hilfe für sie notwendig ist. Dass sie einen Hürdenlauf durch Überweisungen von Haus- und Fachärzt\*innen ablehnen, ist

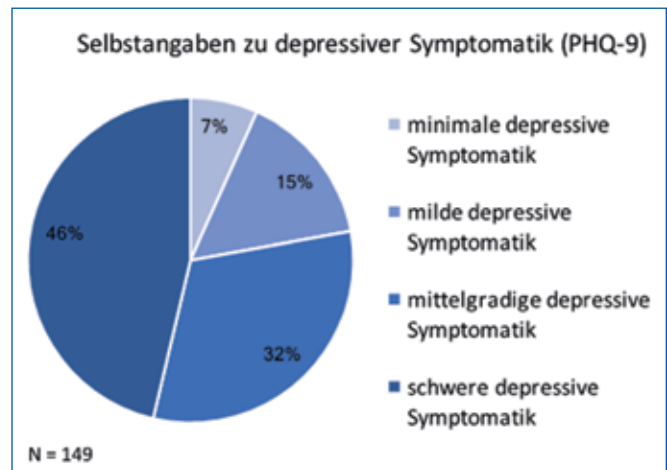


Abbildung 2: Schwere der psychischen Beschwerden; Quelle: BPTK

verständlich. Psychische Beschwerden sind oft äußerst schambesetzt. Das Gespräch über psychische Erkrankungen benötigt Aufmerksamkeit und Zeit.

Patient\*innen erwarten zu Recht, dass ihnen ausführlich zugehört wird. Das ermöglicht die psychotherapeutische Sprechstunde. Die Patient\*in kann da-

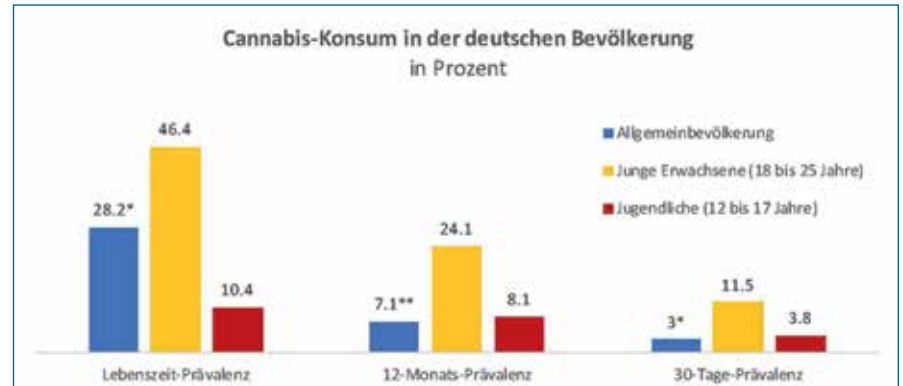
für bis zu sechs Termine à 25 Minuten vereinbaren, die meist zu 50 Minuten-Gesprächen zusammengelegt werden.

## Drogen- und Suchtpolitik

Die BPtK hat Anfang Juni den Standpunkt „Cannabis legalisieren, Alkohol verteuern, Hilfsangebote ausbauen“ veröffentlicht, der zur geplanten Neuausrichtung der Drogenpolitik Stellung nimmt. Der Standpunkt beleuchtet dabei auch die Risiken von Alkoholkonsum und spricht sich neben einer konsequenten Regulierung von Cannabis auch für striktere verhältnispräventive Maßnahmen in der Alkohol-Politik aus:

Die Alkoholsteuer sollte mindestens auf den europäischen Durchschnitt angehoben werden. Alle legalen Drogen sollten ausschließlich in lizenzierten Geschäften von geschultem Fachpersonal verkauft und erst ab 18 Jahren erworben werden dürfen, da sich Drogen nachweislich schädlich auf hirnhysiologische Reifungsprozesse in der Adoleszenz auswirken. Ein höheres Mindestalter erscheint nicht sinnvoll, da Jugendliche mit durchschnittlich 15 Jahren mit dem Konsum von Drogen beginnen und so das Risiko besteht, dass der Konsum lange verheimlicht wird und Beratungs- und Hilfsangebote zu spät genutzt werden.

Cannabis sollte nach Gewicht und seiner psychoaktiven Substanz, dem THC-Gehalt, besteuert werden. Der THC-Gehalt von Cannabis sollte auf 15 Prozent beschränkt, der Verkauf von THC-haltigen Nahrungsmitteln verboten werden. Die Abgabe von Drogen an Minderjährige sollte stärker als bislang geahndet, Werbung für legale Drogen



\*15 bis 64 Jahre; \*\* 18 bis 64 Jahre

Abbildung 3: Cannabis-Konsum in der deutschen Bevölkerung (eigene Darstellung der BPtK, 2022); Quellen: Europäischer Drogenbericht 2021; DAS 2019; ESA 2018; Manthey et al. (2021), doi:10.1016/j.lanpe.2021.100227

grundsätzlich verboten werden. Um problematischem Drogengebrauch vorzubeugen, sollten Aufklärungsprogramme an Schulen verpflichtend werden. Durch die Einführung von Screenings zur Früherkennung von riskantem Drogengebrauch sowie Anti-Stigma-Kampagnen sollte sichergestellt werden, dass suchtkranke Menschen schneller als bisher Beratung und Behandlung erhalten. Suchtberatung sollte ein verpflichtendes Leistungsangebot der Kommunen werden. Um die psychotherapeutische Versorgung von Suchterkrankungen zu verbessern, sollte das Abstinenzgebot bis zur zehnten Behandlungsstunde in der Psychotherapie-Richtlinie gestrichen werden. Dem Mangel an Behandlungsangeboten für suchtkranke Kinder und Jugendliche sollte durch einen flächendeckenden Ausbau spezifischer Angebote, insbe-

sondere in der Rehabilitationsbehandlung, begegnet werden. Im Zuge der Veröffentlichung des Standpunktes wurde die BPtK vom Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Burkhard Blienert, Mitte Juni zu den Expertenanhörungen zur Cannabislegalisierung ins Bundesgesundheitsministerium eingeladen, an der 30 Fachgesellschaften und -verbände teilnahmen. Im Rahmen der Anhörungen konnte die BPtK ihre drogen- und suchtpolitischen Empfehlungen zur Regulierung von Cannabis sowie zur Verbesserung der Suchtprävention und -behandlung einbringen.

Die Bundesregierung plant, im Herbst ein Eckpunktepapier und im Dezember dieses Jahres einen Referentenentwurf für die Cannabis-Legalisierung vorzulegen.

## Behandlungsleitung durch Psychotherapeut\*innen abgelehnt – OPS-Vorschlagsverfahren 2022

In vielen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen übernehmen Psychotherapeut\*innen zusammen mit Fachärzt\*innen die Behand-

lungsleitung von Stationen oder Bereichen, die – in der Regel – einen psychotherapeutischen Schwerpunkt haben. Die Fachärzt\*in übernimmt dabei die Teil-

nahme der Behandlung, die nicht von der Psychotherapeut\*in verantwortet werden kann, wie z. B. die Psychopharmakotherapie. Die Krankenhäuser nutzen

damit auch den Spielraum, den ihnen inzwischen einige Landeskrankengesetze lassen, wie z. B. in Schleswig-Holstein. Dort ist die alleinige Leitung von Abteilungen, in der Patient\*innen psychotherapeutisch behandelt werden, durch eine Psychotherapeut\*in ausdrücklich möglich. Um die Realität in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) abzubilden, hat die BPtK im Vorschlagsverfahren 2022 einen entsprechenden Änderungsvorschlag beim Bundesinstitut für Arzneimittel (BfArM) eingereicht, das den OPS herausgibt. Der Vorschlag sah vor, in den Strukturmerkmalen der Psych-OPS neben der Behandlungsleitung durch Fachärzt\*innen auch die Behandlungsleitung durch Psychotherapeut\*innen in Abstimmung mit einer Fachärzt\*in zuzulassen. Die im Vorschlagsverfahren eingereichten Vorschläge werden im BfArM unter Einbeziehung der wesentlichen Akteure, wie den ärztlichen Fachgesellschaften, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, beraten. In der Regel setzt das BfArM nur solche Vorschläge um, die mehrheitlich unterstützt werden.

### Rechtliche Gründe gegen Behandlungsleitung durch Psychotherapeut\*innen angeführt

Die Behandlungsleitung durch Psychotherapeut\*innen in Abstimmung mit Fachärzt\*innen wurde mehrheitlich abgelehnt. Begründet wurde dies damit, dass die Behandlungsleitung im Krankenhaus aus rechtlichen Gründen immer bei einer Fachärzt\*in liegen müsse, da nur diese die gesamte multimodale Behandlung, wie sie im OPS beschrieben ist, verantworten könne. Auch eine Behandlungsleitung in Abstimmung/Kooperation mit einer Fachärzt\*in bedeute am Ende, dass die Gesamtverantwortung bei der Fachärzt\*in liege. Kooperationsmodelle – wie sie in vielen Krankenhäusern umgesetzt werden – seien auch unter den bisherigen Bestimmungen des OPS mit dem Strukturmerkmal „Behandlungsleitung durch eine Fachärzt\*in“ möglich. Auch einzelne Regelungen in den Landeskrankengesetzen zur Leitung von Abteilungen durch Psychotherapeut\*innen hätten keinen Einfluss auf den OPS bzw. würden keine Änderungen an diesem erforderlich machen.

### Eigenverantwortliche Durchführung von Psychotherapie

Im Widerspruch hierzu steht jedoch, dass einige Landeskrankengesetze wie in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Bremen ausdrücklich eine eigenverantwortliche und selbständige Durchführung von Psychotherapie durch Psychotherapeut\*innen im Krankenhaus ermöglichen. Für den Behandlungsbaustein Psychotherapie liegt in diesen Fällen die Behandlungsleitung eben nicht bei der Fachärzt\*in. Es bestehen deshalb Bedenken, ob in diesen Fällen den Fachärzt\*innen die alleinige Behandlungsleitung obliegen kann, wie in den Strukturmerkmalen des OPS gefordert. Aus Sicht der BPtK besteht deshalb nach wie vor Weiterentwicklungsbedarf bei den Psych-OPS und die BPtK wird im Vorschlagsverfahren 2023 erneut einen Vorschlag einbringen. Unabhängig davon wird es der zunehmende Fachkräftemangel notwendig machen, die Kompetenzen und Aufgabenprofile der einzelnen Berufsgruppen weiterzuentwickeln, um auch in Zukunft die Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik sicherstellen zu können.

## Verordnungsentwurf für einen EU-Gesundheitsdatenraum (EHDS – European Health Data Space)

Die EU-Kommission hat am 3. Mai 2022 einen Vorschlag für eine Verordnung über einen EU-Gesundheitsdatenraum (COM(2022)197) vorgestellt. Ziel der Verordnung ist es, dass der grenzüberschreitende Austausch von Gesundheitsdaten für die Versorgung (Primärnutzung) EU-weit ermöglicht wird. Dazu müssen alle Mitgliedstaaten digitale Gesundheitsbehörden benennen, die die grenzüberschreitende Infrastruktur (MyHealth@EU) sicherstellen. Dem Vorschlag nach sollen Patientenkurzakten, elektronische Verschreibungen, Bilddaten und Bildberichte, Laborergebnisse und Entlassungsberichte in einer standardisierten Form

für alle Bürger\*innen eingestellt und Behandelnden zur Verfügung gestellt werden können. Des Weiteren zielt der Verordnungsvorschlag auf eine bessere Nutzung bzw. Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten (Sekundärnutzung) ab. Neben anderen soll auch die Industrie die Datennutzung beantragen können. Die BPtK setzt sich insbesondere dafür ein, dass die Nutzung und Befüllung von elektronischen Patientenakten für Patient\*innen freiwillig ist und ein differenziertes Berechtigungsmanagement vorgesehen wird. Patient\*innen müssen außerdem das Recht haben, Daten zu löschen und auf Wunsch unwissend bezüglich spezifischer Befunde zu blei-

ben. Für Leistungserbringer\*innen darf es keine Sanktionierung für das Befüllen von Aktensystemen geben und die Profession muss bei der weiteren Ausgestaltung einbezogen werden. Weiterhin ist die Etablierung eines Fehlermelde- und Bewertungssystems in Bezug auf Datensicherheit zur kontinuierlichen Verbesserung notwendig. Die BPtK fordert zudem, dass durch den Ausbau der Digitalisierung im europäischen Binnenmarkt keine Steuerung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung durch digitale Anwendung erfolgt und Standards in der Psychotherapie nicht herabgesenkt werden.



## Regelungen zur Videobehandlung angepasst

Die Obergrenze für Videobehandlung bei psychotherapeutischen Leistungen wurde zum 1. Juli 2022 für gesetzlich Versicherte flexibler gestaltet. Darauf haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband geeinigt. Bisher galt eine Begrenzung auf maximal 30 Prozent für jede einzelne Leistung (GOP) innerhalb eines Quartals. Ab sofort können einzelne Leistungen auch deutlich häufiger per Video stattfinden, solange die 30-Prozent-Grenze für genehmigungspflichtige

Leistungen insgesamt nicht überschritten wird. Die BPtK hatte sich für eine flexiblere Regelung eingesetzt und begrüßt diese ausdrücklich. Ausgenommen von der neuen Regelung ist die Akutbehandlung. Diese Leistung darf im Quartal je Psychotherapeut\*in weiterhin über alle Patient\*innen hinweg nur zu 30 Prozent per Video stattfinden. Sprechstunde und probatorische Sitzungen können auch künftig nicht per Video erbracht werden. Schließlich gilt auch weiterhin die Grenze von

30 Prozent der Behandlungsfälle mit ausschließlicher Videobehandlung. Die BPtK setzt sich langfristig für eine Regelung der Videobehandlung ein, die auf eine Begrenzung der Leistungen verzichtet – und lediglich den maximalen Anteil der Patient\*innen festlegt, die ausschließlich per Video behandelt werden.

Seit dem 1. Juli 2022 können auch im Psychotherapeutenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung psychotherapeutische Leistungen regulär per Video erbracht werden. Bislang war die Videobehandlung lediglich auf Basis von Corona-Sonderregelungen möglich. Nunmehr wurden zwei neue Leistungsziffern für die videobasierte Durchführung indizierter psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen in das Gebührenverzeichnis aufgenommen. Mit der P 40 können videobasierte Sitzungen à 50 Minuten, mit der P 41 videobasierte Sitzungen à 25 Minuten mit einer Vergütungshöhe von 135 € bzw. 67,50 € abgerechnet werden. Voraussetzung dafür ist ein bereits erfolgter persönlicher Erstkontakt und dass aus therapeutischer Sicht ein unmittelbarer persönlicher Kontakt mit der Patient\*in nicht erforderlich ist. Zudem sind die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Anforderungen an Praxen und Videodienstanbieter zur Durchführung von Videosprechstunden zu erfüllen.

### GKV-Stabilisierungsgesetz verheißt nichts Gutes

Am 27. Juli 2022 hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz beschlossen. Die GKV-Finanzierungslücke von voraussichtlich 17 Mrd. Euro soll damit geschlossen werden. Eine Ursache für dieses Defizit ist, dass der Bund keine kostendeckenden Beiträge für die Empfänger von Arbeitslosengeld II an die gesetzliche Krankenversicherung zahlt. Die Steuerzahler\*innen sparen an dieser Stelle aktuell circa 10 Mrd. Euro jährlich. Auch fehlt für eine solide Finanzierung der GKV eine regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses. Im Koalitionsvertrag hatte die Bundesregierung noch vereinbart, diesen Missstand zumindest abzuschwächen. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz greift diese Vereinbarungen aber nicht auf und belastet insbesondere die Beitragszahler\*innen, denn diese müssen nicht nur mit erhöhten Zusatzbeiträgen rechnen, sie zahlen letztlich auch für den Zugriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband schätzt daher, dass 11 Mrd. Euro von 17 Mrd. Euro geschätzter Finanzierungslücke durch die Beitragszahler\*innen zu schultern sind.

Für die desolante Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ursächliche strukturelle Probleme werden mit dem GKV Finanzstabilisierungsgesetz nicht mal ansatzweise angegangen. Folgerichtig nimmt das BMG sich laut Gesetzentwurf vor, noch Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten und „hierbei soll insbesondere auch die Ausgabenseite der GKV betrachtet werden“. Das verheißt nichts Gutes für die Pläne der Regierung die Versorgung psychisch kranker Menschen zu stärken. Sparen zulasten psychisch kranker Menschen ist keine Option. Mehr Psychotherapeut\*innen für die ambulante und stationäre Versorgung werden dringend gebraucht. Das verursacht Mehrausgaben.

## BPtK-Fortbildungsreihe zur ambulanten Komplexversorgung

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen können künftig eine ambulante und multiprofessionelle Komplexbehandlung erhalten. Das neue Versorgungsangebot startet ab dem 1. Oktober 2022.

Um Psychotherapeut\*innen dabei zu unterstützen und den Aufbau der Netze zu befördern, hat die BPtK Anfang des Jahres eine neue Fortbildungsreihe begonnen.

Die BPtK setzt ihre Fortbildungsreihe zur ambulanten Komplexversorgung im digitalen Format fort. Schwerpunkt der fünften Veranstaltung am 11. Oktober 2022 ist die multiprofessionelle Behandlung von Patient\*innen mit Abhängigkeitserkrankungen. Anmeldungen sind ab dem 19. September 2022 unter der E-Mail-Adresse [veranstaltung@bptk.de](mailto:veranstaltung@bptk.de) möglich (Anmeldeschluss: 3. Oktober 2022).

### Geschäftsstelle

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel.: 030/278785-0  
Fax: 030/278785-44  
[info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)



## Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Versorgung von Menschen mit schwer und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen ist zweifellos verbesserungsfähig. Neben ihren psychischen Beschwerden leiden sie unter sozialen Problemen und ihre gesellschaftliche Integration ist meist unzureichend. Deshalb sind neben psychotherapeutischer und oft auch medikamentöser Behandlung auch Hilfen zur Bewältigung von sozialen Schwierigkeiten und von Alltagsproblemen erforderlich. Diese sollten jedoch aufeinander abgestimmt und koordiniert erfolgen. Mit der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL), die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) vor etwa einem Jahr verabschiedet hat, soll dies erreicht werden. Diese Richtlinie wird am 1. Oktober 2022 in Kraft treten. Die Richtlinie hat das Ziel, dass die Patient\*innen in Versorgungsnetzen von Psychotherapeut\*innen, Ärzt\*innen, psychiatrischen Krankenpfleger\*innen, den gemeindespsychiatrischen Diensten und anderen Hilfsangeboten versorgt werden.

Da die Richtlinie inhaltlich ebenso komplex ist wie ihr Titel, planen wir für Anfang nächsten Jahres eine Fortbildung unter Beteiligung der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung. Dort werden wir die Richtlinie vorstellen und gemeinsam mit Ihnen wollen wir die Möglichkeit

der Umsetzung und Ihren Bedarf an Unterstützung sowie die kritischen Punkte der Richtlinie diskutieren.

In der Richtlinie ist vorgesehen, dass in fünf Jahren eine Evaluation erfolgen soll, um daraus abzuleiten, welche Änderungen erforderlich sind, um die Versorgung weiter zu verbessern. Dies bedeutet auch eine Herausforderung für unsere Profession. Wiederholt wird von verschiedener Seite ohne haltbare Belege das Vorurteil vorgetragen, dass sich Psychotherapeut\*innen zu wenig an der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in ausreichendem Umfang beteiligen. Auch wenn schon jetzt in der Richtlinie Mängel feststellbar sind, die unsere Berufsgruppe in der Versorgung eher benachteiligen, sollte das kein Grund sein, sich nicht zu beteiligen, sondern uns dazu bewegen, schon jetzt, wie im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vorgesehen, Änderungen einzufordern, um die Richtlinie so zu gestalten, dass sich der für diese Patient\*innen erforderliche Mehraufwand auch in der Vergütung niederschlägt.

Wir verbleiben mit den besten kollegialen Wünschen,

Ihr Kammervorstand

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

## Landespsychotherapeutentag mit Schwerpunkt Psychotherapie in Institutionen

Der Landespsychotherapeutentag wurde dieses Jahr vom Ausschuss Psychotherapie in Institutionen zum Thema „Neue Weiterbildung – Bessere Versorgung?! Herausforderungen, Chancen und Perspektiven“ konzipiert und ausgerichtet. Er fand am 1. Juli 2022 im Stuttgarter Hotel Pullmann als Präsenz-Veranstaltung statt und befasste sich schwerpunktmäßig mit den zu erwartenden Auswirkungen der Reform des Psychotherapeutengesetzes auf die vielfältigen Arbeitsfelder in den Kliniken und institutionellen Einrichtungen, in denen Psychotherapeut\*innen tätig sind sowie den noch offenen Fragen zur Umsetzung und Finanzierung der neuen Weiterbildung.

Die Gesamtmoderation übernahm Ullrich Böttinger, Vorsitzender des LPK-Ausschusses Psychotherapie in Institutionen. Zunächst begrüßten Dietrich Munz und Ullrich Böttinger die Teilnehmer\*innen und den digital zugeschalteten Minister. Sozialminister Manfred Lucha beglückwünschte in seinem Grußwort die Kammer zur neuen Weiterbildungsordnung in Baden-Württemberg. Er betonte, wie wichtig und wünschenswert der weitere Ausbau psychotherapeutischer Kapazitäten sei. Dies geschehe im Rahmen von Vernetzung und dem Zusammenwirken ambulanter und stationärer Versorgung. Ausführlich ging er auf das kontinuierliche



Gesamtmoderation durch Ullrich Böttinger



*Begrüßungsansprache von Sozialminister Manfred Lucha per Video*

Engagement der Kammer ein und lobte die gute Zusammenarbeit, Kooperation und Abstimmung in den verschiedenen Arbeitsgremien seines Ministeriums, sei es das Gremium zur Versorgung psychisch schwer erkrankter Menschen und die Stärkung der Vernetzung gemeindepsychiatrischer Verbände oder das Gremium zur weitergehenden Vernetzung der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Angebote mit benachbarten Hilfen. Auch freue ihn die Berücksichtigung der Versorgung von Patient\*innen im Transitionsalter in der Weiterbildungsordnung.

Ausdrücklich bedankte er sich für die Mitwirkung der Kammer in der AG komplexe Versorgung. Ebenfalls hob er dann die Aktivitäten zu den Frühen Hilfen im Ortenaukreis hervor sowie die Teilnahme an der Task Force einer UAG des Landesarbeitskreises Psychiatrie mit Fokus auf die Situation von Kindern und Jugendlichen in Folge der Corona-Pandemie.

Nach dem einführenden Vortrag von LPK- und BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz zum aktuellen Stand der MWBO folgte die Podiumsdiskussion, moderiert von Dr. Andrea Benecke, Vizepräsidentin der LPK Rheinland-Pfalz und der BPTK.

Der Fokus war darauf gerichtet, die Herausforderungen, Chancen und Perspektiven der Umsetzung der neuen Mus-

terweiterbildungsordnung (MWBO) aus den verschiedenen Perspektiven der geladenen Expert\*innen zu betrachten – dies mit Blick auf die stationäre Versorgung in Kliniken und auf die Neueta-blierung in Arbeitsfeldern der institutionellen Versorgungseinrichtungen, wie z. B. der Jugendhilfe.

Hierzu waren folgende Diskutant\*innen, alles ausgewiesene Expert\*innen aus klinischen und institutionellen Arbeitsfeldern sowie Aus- und Weiterbildung, für die Podiumsdiskussion eingeladen:

- Dr. **Andrea Benecke**, Vizepräsidentin der LPK Rheinland-Pfalz und der BPTK (Moderation)
- Prof. Dr. **Matthias Backenstraß**, Institutsleiter KPI, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart
- **Anna Stylianopoulou**, PiA-Vertreterin, Mitglied der LPK-Vertreterversammlung
- Dr. med. Dipl.-Psych **Dieter Grupp**, Geschäftsführer ZfP Südwürttemberg
- Dr. **Esther Stroe-Kunold**, Stellv. Leiterin Landesstelle der psychologischen Beratungsstelle der Ev. Landeskirche Baden-Württemberg
- **Günter Ruggaber**, Geschäftsführer DGVT-Akademie Tübingen
- Dr. **Dietrich Munz**, Präsident LPK Baden-Württemberg und BPTK

Nach der Eingangsfrage an alle: „Wie sehen Sie die Weiterbildung mit Blick aus Ihrem Tätigkeitsfeld?“ entwickelte sich ein lebhaft geführter Austausch mit breit gespanntem Bogen. Es wurde befürchtet, dass da ein „Systembruch“ auf die Kliniken zukommen werde, wenn die Finanzierung der Weiterbildungsstellen

komme. Dies wurde damit begründet, dass weder die Ärzt\*innen noch die anderen Berufsgruppen ihre Weiterbildung finanziert bekämen. Zudem seien die gesetzlichen Änderungen, die hier erforderlich wären, ein „dickes Brett“, was Jahre beanspruchen werde. Demgegenüber wurde dargelegt, dass Änderungen der Klinikstrukturen weg von den dualen (Pflege, Ärzt\*innen) hin zu trialen (OA, Pflegeleitung, Ltd. PP) Leitungsstrukturen bereits jetzt realisierbar seien. Dies würde neue Möglichkeiten für die Weiterbildung eröffnen, diese finanzierbar zu gestalten. Es sei bereits auch eine Bezahlung der PiA mit E 13 TVöD möglich. Zur Frage, wie in kommunalen und konfessionellen Einrichtungen der institutionellen Versorgung die Finanzierung von Weiterbildungsstellen erreicht werden könne, seien evtl. ganz neue Ideen erforderlich. Bereits jetzt sei eine Zusammenarbeit mit dem institutionellen Bereich jedoch gut vorstellbar. Für die Aus- und späteren Weiterbildungsinstitute sei klar, dass die Ausbildungsstättenkompetenz überführt werden könne, wobei die derzeitige gesetzliche Finanzierungsgrundlage nicht ausreichen wird, um die zukünftigen Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung angemessen zu vergüten und gleichzeitig die in der Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsleistungen anbieten zu können. Bei den PiA bestehe die Sorge, dass während der Klinikzeit eine Zwei-Klassengesellschaft zwischen den neuen PiW und den PiA entstehen werde, dies überwiege die Freude darüber, dass ihre „Nachfolger\*innen“ es einmal besser haben werden, vor allem damit, ihre Weiterbildung in „normalen“ Arbeitsverhältnissen durchführen zu können. Es dürfe jedoch nicht bis zum Ende der PiA-



*Podiumsdiskussion v. l. n. r.: Günter Ruggaber, Dieter Grupp, Anna Stylianopoulou, Andrea Benecke, Matthias Backenstraß, Esther Stroe-Kunold und Dietrich Munz*



Auftaktvortrag Dietrich Munz

Zeit 2035 weiter so bleiben, dass die PiA dann in ihrer „ambulanten Zeit“ ihre ambulanten Fälle oft freiberuflich und ohne Sozialversicherungspflicht mit freiwilliger Krankenversicherung absolvieren müssten. Die Befürchtung sei, dass PiA für den Rest ihrer Zeit eher outgesourct würden und sich selbst ihre Ausbildungsteile zusammensuchen müssten.

Für die Überlappungszeit wären deshalb Nachbesserungen wünschenswert.

Einig war sich die Runde darin, dass insgesamt hoher Regelungsbedarf dahingehend bestehe, es endlich zu ermöglichen, dass PP gegenüber den Ärzt\*innen gleichberechtigte Leitungsfunktionen einnehmen könnten. Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz hob abschließend hervor: „Es muss ein Ende haben, dass PiA und PP wie ärztliches Hilfspersonal eingesetzt seien ohne Entwicklungsperspektive“. Es sei an der Zeit, dass PP auch die Leitung in Fachkliniken übernehmen könnten. Ärzt\*innen hätten auch im ambulanten Bereich gelernt, dass PP und KJP gleichberechtigt seien. Dies könne auf Klinikebene ebenfalls geregelt werden,

wie das einige Beispiele zeigen würden. „Ich erhoffe mir“, so Dr. Munz weiter, „im Kontext des Regelungsbedarfs zur WBO auf Bundes- und Länderebene, dass wir in der stationären Versorgung für Psychotherapeut\*innen eine Anerkennung in Form einer den Ärzt\*innen vergleichbaren Stellung auch mit Leitungspositionen erreichen, bei der sich alle Beteiligten gegenseitig besser annehmen können“.

Am Nachmittag wurden dann vier Workshops zu verschiedenen Arbeitsfeldern der Psychotherapie in Institutionen angeboten.

Vortragsfolien zu den Workshops des Nachmittags finden Sie zum Download über <https://bit.ly/3JJCJhOE>.

## Sommerfest der LÄK, LZK, LPK, KV und KZV

Am 13. Juli 2022 fand bei schönem Wetter im Garten der KV Baden-Württemberg wieder das jährliche Sommerfest der Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeutenkammer sowie der KV und KZV statt. Viele Gäste aus Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung waren der Einladung gefolgt. Die erstmals seit 2020 wieder in Präsenz abgehaltene Veranstaltung stellt für alle Beteiligten ein wichtiges Forum zur Vernetzung des Gesundheitswesens im Land dar.

Die gastgebende Zahnärztekammer, der Hausherr und KV-Vorstand Dr. Norbert Metke und Sozialminister Manfred Lucha dankten in ihrer Ansprache den anwesenden Vertreter\*innen der Heilberufe und betonten deren wichtigen Beitrag in der Corona-Zeit. Darüber hinaus wurden auch aktuelle gesundheitspolitische Fragestellungen angesprochen, wie z. B. angemessene Vergütungen oder zunehmende Probleme



V. l. n. r. Norbert Metke (KV), Ute Maier (KZV), Sozialminister Manfred Lucha, Birgitt Lackus-Reitter (LPK), Torsten Tomppert (LZK), Wolfgang Miller (LÄK)

v. a. in der ländlichen Versorgung. Die Fachdiskussion und das übergreifende Gespräch mit Gästen aus Politik, Presse und Gesellschaft fand danach in angenehmer Atmosphäre im Garten der KV statt. Minister Lucha zog insgesamt eine positive Bilanz der Zusammenarbeit

mit der Selbstverwaltung der Heilberufe, d. h. den Kammern und KVen. Dabei ging er neben der kräftezehrenden Corona-Zeit auch auf wichtige anstehende Themen wie Digitalisierung und Verbesserung der Versorgung ein.

## Psychotherapie bei Intelligenzminderung – berufs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen: 7. und letzte Veranstaltung des Vortragszyklus am 19. Juli 2022 mit Dr. Jan Glasenapp

Mit der 7. und damit abschließenden Veranstaltung ging die im Septem-

ber letzten Jahres gestartete Online-Reihe nun zu Ende. Trotz abendli-

cher Rekordtemperaturen draußen hatten auch dieses Mal über 90

Teilnehmer\*innen an dieser digitalen Veranstaltung teilgenommen. Referent des Abends war Dr. Jan Glasenapp, Mitglied des Arbeitskreises von Anfang an.

In seiner Einführung hob Vorstandsmitglied Dr. Roland Straub das langjährige Engagement des Referenten in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung hervor – dies nicht nur als Psychotherapeut und in seinem Engagement in Fachverbänden, sondern auch als Dozent und Autor von Fachbüchern zu dieser Thematik und anderen aktuellen Fachthemen. Dabei stelle er sich immer wieder selbst neuen thematischen Herausforderungen, um auf Probleme und Hindernisse in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung hinzuweisen oder auch, wie das Thema des Abends erwarten lasse, um durch hilfreiche und orientierende Erläuterungen und Tipps einen Weg durch die besonders zu beachtenden berufs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen aufzuzeigen.

Einführend wies der Referent auf den Mangel an deutschsprachigen Hilfsmitteln zur Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung hin und das Fehlen evidenzbasierter psychotherapeutischer Behandlungskonzepte. Weiter stellte er in einer Übersicht die berufsrechtlichen Bedingungen der Versorgung auf den Prüfstand, darunter inklusive Formulierungen in der Berufsordnung oder die Einsetzung von Behinderten- und Inklusionsbeauftragten. Er stellte fest, dass es weiterhin Barrieren und Lücken in der ambulanten Versorgung gebe und der Weg zu einer barrierefreien Psychotherapie nach wie vor nicht einfach sei. Ebenso unterzog er aktuelle sozialrechtliche Veränderungen, die Ausbildungsreform wie auch die Komplexversorgung einer kritischen



*Roland Straub (Moderation) und Referent Jan Glasenapp (online)*

Prüfung und leitete daraus weitere Handlungsempfehlungen ab, die den Weg zu einer barrierefreien Psychotherapie erleichtern könnten.

Im weiteren Vortrag nahm er die Teilnehmer\*innen auf einen Parcours mit, indem er Schritt für Schritt die Paragraphen der Berufsordnung durchging und dabei die jeweils besonders zu beachtenden Bedingungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung erläuterte und mit Beispielen ergänzte, wie etwa bei der Frage der in § 6 geregelten Aufklärungspflicht, den in § 9 geregelten Bedingungen bei Personen unter besonderer Betreuung oder den in § 13a geregelten Fragen zum Auskunftsverlangen Dritter (§ 13a). Seine dahinterliegende Absicht war, nicht vor dem Berg an Regelungen zu kapitulieren, sondern gemäß einem chinesischen Sprichwort vorzugehen, das da heißt: „Menschen stolpern nicht über Berge, sondern über Maulwurfshügel“.

Mit der gleichen Intention führte er die Teilnehmer\*innen dann in kritischer und systematischer Weise, dabei stets praxisorientiert, zu besagten „Maulwurfshügeln“ des sozialrechtlichen Teils. Dabei wurde ein Fokus auf die Verbesserungen und Änderungen der letzten Jahre in der Psychotherapie-Richtlinie und die auf die Zielgruppe zugeschnittenen und besonders zu beachtenden Durchführungs- und Abrechnungsde-

tails zur Sprechstunde, Kurz- und Langzeittherapie gelegt. Außerdem gab der Referent Hinweise aus seiner Erfahrung als Gutachter, resultierend aus einer Übersicht der häufigsten Fehlerquellen bei den eingereichten Berichten und Anträgen. Der Abend endete mit vielen positiven Rückmeldungen und zufriedenen Teilnehmer\*innen.

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

Insgesamt kann der vom AK initiierte und von dessen Mitgliedern umgesetzte Vortragszyklus mit jeweils zwischen 90 und 180 Teilnehmer\*innen als überaus erfolgreich bewertet werden. Viel mehr LPK-Mitglieder als erwartet haben sich interessiert und informiert zu den Fachthemen und Rahmenbedingungen rund um die psychotherapeutische Behandlung bei Intelligenzminderung. Die Rückmeldungen der Teilnehmer\*innen waren fast ausschließlich positiv. Die Schwelle, in der eigenen Praxis dann auch Menschen mit Intelligenzminderung und einer psychischen Störung zu behandeln, dürfte damit niedriger geworden sein. Dies ermutigt dranzubleiben, mit dem Ziel, die Zahl der kompetenten ambulanten Behandler in allen Regionen noch weiter zu erhöhen. Der Vorstand hat den AK gebeten, daran weiterzuarbeiten. Im AK soll nun beraten werden, wie eine Fortsetzung der Veranstaltungsreihe aussehen könnte.

## Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz als Ehrengast bei der Festveranstaltung der Föderation Schweizer Psychologen FSP

Die Föderation Schweizer Psychologen, kurz: FSP, feierte bei ihrer Delegiertenversammlung am 25. Juni 2022 in

Bern ihr 35-jähriges Jubiläum sowie vor allem das neu in Kraft getretene sogenannte Anordnungsmodell. Diese hatte

die FSP, in der die Schweizer Psychologischen Psychotherapeut\*innen organisiert sind, nach vielen Jahren harter



*FSP-Co-Präsidentin Yvik Adler*

Arbeit gegenüber der Politik durchsetzen können. Bislang konnten die Psychologischen Psychotherapeut\*innen ambulant nur als Angestellte in psychiatrischen Praxen „unter Aufsicht“ der Fachärzt\*innen arbeiten. Das nun von der Schweizer Regierung beschlossene und ab Mitte des Jahres in Kraft getretene Anordnungsmodell sieht nun die weitgehend eingeständige Arbeit in eigenen Praxen bzw. als freier Beruf vor.

Zur diesjährigen FSP-Delegiertenversammlung war auch Kammerpräsident Dr. Dietrich Munz eingeladen, der u. a.

Grußworte der BPTK und der LPK Baden-Württemberg überbrachte. Yvik Adler, Co-Präsidentin der FSP, drückte im Namen aller Delegierten ihren Dank aus, Präsident Munz als Gast begrüßen zu können.

Dr. Munz wurde im Verlauf der Versammlung von Yvik Adler u. a. zur Situation in Deutschland nach dem Psychotherapeutengesetz interviewt. Er hob dabei insbesondere hervor, dass durch das deutsche „Kammersystem“ die Psychotherapeutenschaft gegenüber dem Gesetzgeber bedeutend an Gewicht gewonnen habe, da hierdurch mit gemeinsamer Stimme gesprochen und verhandelt werden kann. „Auf diese Weise haben wir wirklich den Respekt des Gesetzgebers gewonnen“, betonte Dr. Munz. Es werde natürlich immer Detailfragen geben, über die sich die unterschiedlichen Berufsverbände nicht einig sind. Aber mit vereinter Kraft könne man auf politischer Ebene viel mehr erreichen. Das Interview wird in der kommenden Ausgabe der FSP-Fachzeitschrift „Psychoscope“ erscheinen.

Hintergrund der Einladung war, dass die FSP im Vorfeld dieser gesetzlichen



*Kammerpräsident Dietrich Munz*

Fixierung auch von der LPK Baden-Württemberg unterstützt wurde. So war Yvik Adler im Frühjahr 2019 in der Stuttgarter Geschäftsstelle zu Gast und informierte sich über die hiesigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Erfahrungen der letzten 20 Jahre seit dem PsychThG (wir berichteten im PTJ 2/2019; siehe <http://bit.ly/2FBzulP>).

Externer Link zum Bericht der FSP zu ihrer Delegiertenversammlung: <https://bit.ly/3PCMyzV>

## Beschlüsse der LPK-Vertreterversammlung vom 26. März 2022

Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat in ihrer Sitzung am 26. März 2022 die folgenden Satzungen beschlossen:

- Zehnte Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung-PP/KJP
- Achte Satzung zur Änderung der Umlageordnung
- Dritte Satzung zur Änderung der Meldeordnung
- Änderung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung

- Änderung der Geschäftsordnung des Vorstandes und der Ausschüsse
- Satzung zur Änderung der Hauptsatzung und der Wahlordnung

Die vorgenannten Satzungen sind nach Genehmigung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales und Integration Baden-Württemberg (vom 27.05.2022, Az.: 31-5415.5-001/1) vom Präsidenten ausgefertigt und am 28. Juni 2022 auf der Kammerhomepage (URL: [www.lpk-bw.de/kammer/amtliche-bekanntmachungen-der-lpk-bw](http://www.lpk-bw.de/kammer/amtliche-bekanntmachungen-der-lpk-bw)) öffentlich bekannt gemacht worden.

### Geschäftsstelle

Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart  
 Mo.–Do. 9:00–12:00, 13:00–15:30 Uhr  
 Freitag 9:00–12:00 Uhr  
 Tel.: 0711/674470-0  
 Fax: 0711/674470-15  
 info@lpk-bw.de  
 www.lpk-bw.de

## 41. Delegiertenversammlung: Beschluss der Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeut\*innen Bayerns

Die Delegierten haben mit sehr großer Mehrheit die Weiterbildungsordnung für die neue Berufsgruppe der Psychotherapeut\*innen in Bayern beschlossen und damit einen wichtigen Meilenstein für die Zukunft des Berufsstands gesetzt. Außerdem stimmten die Delegierten einer Änderung der Berufsordnung zu und nominierten Mitglieder und stellvertretende Mitglieder für den Verwaltungsrat des Versorgungswerks. Die 41. Delegiertenversammlung fand am 29. Juni 2022 das erste Mal seit Beginn der Corona-Pandemie wieder in Präsenz statt und wurde von den Delegierten zum regen Austausch, zur Diskussion und zum Kennenlernen genutzt.

### Bericht des Vorstands

Kammerpräsident Nikolaus Melcop ging im Bericht des Vorstands auf die hohen psychischen Belastungen für viele Menschen durch den Krieg in der Ukraine und die Corona-Pandemie ein – nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Zum Krieg in der Ukraine gab es eine gemeinsame Positionierung mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Die PTK Bayern bot eine Fortbildungsveranstaltung zur psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützung geflüchteter Menschen aus der Ukraine gemeinsam mit Refugio München an. Insgesamt ist die Nachfrage an Psychotherapie noch weiter gestiegen, daher stellte Nikolaus Melcop die Forderungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk) zur Überarbeitung der Bedarfsplanung vor. Außerdem ging er auf die

Forderungen im Bereich des komplexen Leistungsbedarfs für schwer psychisch kranke Menschen ein und berichtete auch über die diesbezüglichen Gespräche mit bayerischen Bundestagsabgeordneten. Er informierte über weitere Aktivitäten der Kammer im Rahmen der Autismus-Strategie Bayern, der Selbsthilfe und den Gesundheitsregionen<sup>plus</sup>.

Vizepräsidentin Nicole Nagel berichtete zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dabei informierte sie über die Förderung der Netzwerkarbeit, die nicht erst seit dem

gestiegenen Behandlungsbedarf aufgrund der Corona-Pandemie oder den Auswirkungen des Ukraine-Konflikts von Bedeutung ist. Nicole Nagel nahm u. a. an der ressortübergreifenden Expert\*innenrunde beim Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) teil. Hier sei die dauerhafte Einrichtung der Runde als Beratungsgremium zu den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen für das StMGP geplant. Außerdem berichtete sie über das Gemeinschaftsprojekt „Kinder kranker Eltern“ der PTK Bayern, der KVB sowie einiger Krankenkas-



Seit Ende März der neu gewählte Vorstand: (v. l. n. r.): Vizepräsident Dr. Bruno Waldvogel, Prof. Dr. Heiner Vogel, Prof. Dr. Monika Sommer, Birgit Gorgas, Dr. Anke Pielsticker, Kammerpräsident Dr. Nikolaus Melcop, Vizepräsidentin Nicole Nagel (Foto: Siegfried Sperl)

sen, welches eine schnelle und direkte Beratung durch Psychotherapeut\*innen oder Ärzt\*innen bei hohen Belastungen in der Familie ermöglicht.

Vorstandsmitglied Birgit Gorgas informierte über **Aktuelles rund um den Suchtmittelkonsum**. So berichtete sie vom 21. Bayerischen Suchtforum zum Thema Neuroenhancement, also dem Einsatz psychoaktiver Substanzen zur Steigerung kognitiver Fähigkeiten oder Verbesserung emotionaler Befindlichkeit. Das Suchtforum ist eine jährliche Veranstaltung der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Landesapothekerkammer und der PTK Bayern. Außerdem thematisierte Birgit Gorgas in ihrem Bericht die Cannabis-Legalisierung, die im aktuellen Koalitionsvertrag angekündigt wurde. Sie informierte über die Vorbereitungen zum Gesetzentwurf und den diesbezüglichen Standpunkt der BPTK. In einem Round Table zur „Neuausrichtung der Drogen- und Suchtpolitik“ un-

ter Beteiligung der Landespsychotherapeutenkammern und mithilfe deren Stellungnahmen wurde ein Standpunkt erarbeitet, der auch der Bundesregierung übermittelt wurde. Die Veröffentlichung des Standpunktes „Cannabis legalisieren, Alkohol verteuern, Hilfsangebote ausbauen“ erbrachte ein großes Medienecho insbesondere zu der Forderung, auch Alkohol restriktiver zu handhaben.

### Satzungen der PTK Bayern

Vorstandsmitglied Anke Pielsticker gab einen Überblick über die neue Weiterbildungsordnung für die neue Berufsgruppe der Psychotherapeut\*innen in Bayern. Sie stellte dazu die Entwicklung der Musterweiterbildungsordnung auf Bundesebene in den verschiedenen Gremien vor und erläuterte die Struktur der Weiterbildung und deren einzelne Abschnitte. Für die Delegierten hatte bereits Ende Mai ein ausführlicher Workshop zur geplanten Weiterbildungsordnung stattgefunden, wodurch Aufbau,

Entstehungsprozess und geplante Umsetzung ausführlich diskutiert und alle Fragen geklärt werden konnten. Auch in der Delegiertenversammlung brachten die Delegierten ihre Meinungen und Standpunkte sowie Anregungen für noch zu klärende Fragen ein. Letztendlich stimmten die Delegierten mit sehr großer Mehrheit für die Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Bayerns und setzten damit einen großen Meilenstein für den Nachwuchs der Profession. In der intensiven, kritischen und konstruktiven Diskussion wurde deutlich, dass die Delegierten die Umsetzung der neuen Weiterbildung mit Engagement aufmerksam und unterstützend begleiten, um die Weiterbildung u. a. auch auf Basis der geplanten Evaluation in Zusammenarbeit mit den anderen Landeskammern und den Bundesgremien weiterentwickeln und verbessern zu können.

Geschäftsführer Thomas Schmidt erläuterte den Entwurf einer künftigen Gebührenstruktur für die Weiterbildung,



Die Delegiertenversammlung wurde im Frühjahr 2022 gewählt und trat zur 41. DV erstmals in Präsenz zusammen. (Foto: Siegfried Sperl)



um die in der Verwaltung anfallenden Kosten in der Kammer zu finanzieren. Er erläuterte dafür u. a. die Arbeitsaufwände, die hinter einer Prüfung der Voraussetzungen für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis oder der Zulassung einer Weiterbildungsstätte durch die Kammer stehen. Der Beschluss der erforderlichen Änderungen der Gebührensatzung ist für die kommende DV geplant.

Vizepräsident Bruno Waldvogel stellte Änderungen der Berufsordnung vor. Dabei wurden die Änderungen der Musterberufsordnung umgesetzt und z. B. die neue Berufsgruppe der Psychotherapeut\*innen berücksichtigt. Die Delegierten stimmten den Änderungen einstimmig zu.

### Vorstellung des Versorgungswerks der Psychotherapeut\*innen

In einem Vortrag von Mitarbeiter\*innen der Bayerischen Versorgungskammer wurden den Delegierten Aufgabe, Zuständigkeit und Organisation des Versorgungswerks vorgestellt. Das Versorgungswerk ist Träger der berufsständischen Versorgung im Alter, bei Berufsunfähigkeit und für die Hinterbliebenen der Mitglieder. Es wurde erläutert, wie eine Mitgliedschaft für Psychotherapeut\*innen bei der Bayerischen Ingenieurversorgung Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BIng-PPV) aussieht und wie die Beiträge vom Versorgungswerk mit dem Ziel langfristiger Sicherheit und Rendite sowie auf Grundlage strenger Nachhaltigkeitskriterien angelegt werden. Zudem wurde vorgestellt, wie sich der Verwaltungsrat zusammensetzt und welche Aufgaben dieser hat. Die PTK Bayern kann sechs Mitglieder und sechs Stellvertreter\*innen nominieren, beru-

fen werden diese durch das Bayerische Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration.

Die Delegiertenversammlung stimmte anschließend über die Nominierung der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder ab.

### Weitere Berichte

Seit der letzten Delegiertenversammlung hatte lediglich die Kommission Psychotherapie in Institutionen getagt. Dr. Christian Hartl informierte darüber.

Außerdem berichteten die satzungsgemäßen Vertreter\*innen der Ausbildungsteilnehmenden PP/KJP, Ausbildungsinstitute PP/KJP, Studierenden in den gemäß der Approbationsordnung akkreditierten Studiengängen sowie der Universitäten, die einen Studiengang gemäß Psychotherapeutengesetz anbieten, über ihre aktuelle Arbeit und Anliegen.

## Infoveranstaltung zur neuen Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen in Bayern



V. l. n. r.: Kammerpräsident Nikolaus Melcop und die Vorstandsmitglieder Anke Pielsticker und Monika Sommer informierten ausführlich über die neue Weiterbildungsordnung. (Foto: PTK Bayern)

Die PTK Bayern veranstaltete am 19. Juli 2022 eine Informationsveranstaltung zur neuen Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen. Die Veranstaltung diente der Informationsvermittlung und dem Austausch über die bayerische Weiterbildungsordnung (WBO) für die neue Berufsgruppe der Psychotherapeut\*innen in. Diese war kurz zuvor bei der 41. Delegiertenversammlung am 29. Juni 2022 verabschiedet worden.

Viele der knapp 180 Teilnehmenden sind an der Organisation einer Weiterbildungsstätte interessiert oder möchten Weiterbildungsbefugte werden. Aber auch zur allgemeinen Information wurde die Veranstaltung genutzt, sogar Studierende und Ausbildungsteilnehmende schalteten sich zu.

Kammerpräsident Nikolaus Melcop stellte dabei gemeinsam mit den Vorstandsmitgliedern Anke Pielsticker und Monika Sommer den Entstehungspro-

zess der Musterweiterbildung, die verschiedenen Abschnitte der WBO (A: Paragrafenteil, B: Gebiete, C: Psychotherapieverfahren in Gebieten und D: Bereiche) sowie einen Ausblick auf die Umsetzung vor.

Die Teilnehmenden nutzten die Veranstaltung, um offene Fragen zu klären und diskutierten bereits die konkrete Umsetzung. Die Veranstaltung wurde von den Teilnehmenden als informativ wertgeschätzt.

## Aktivitäten der Gesundheitsregionen<sup>plus</sup>

Mit dem Konzept Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> sollen in Bayern sowohl die Prävention als auch die medizinische und pflegerische Versorgung durch regionale Netzwerke verbessert werden. Die interdisziplinären Gremien der Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> sollen dabei auf kommunaler Ebene zur Gesundheitsförderung für die Bevölkerung beitragen. Der Freistaat Bayern unterstützt die Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> durch Beratung und Fördermittel.

Die Kammer hilft in den Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> dabei, regionale Vertreter\*innen aus dem Berufsstand der Psychotherapeut\*innen für diese Netzwerkarbeit zu gewinnen. Über 50 Psychotherapeut\*innen engagieren sich mittlerweile in den verschiedenen Regionen, für die die PTK Bayern im Mai ein Online-Austauschtreffen zu Aktivitäten in den einzelnen Regionen, Erfahrungen und Wünschen organisiert hatte.

Außerdem fand eine Tagung der Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> in Landshut statt, an der etwa 70 Geschäftsstellenleiter\*innen der Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> teilnahmen. Fokus lag dabei auf dem Thema Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Vizepräsidentin Nicole Nagel hielt einen Vortrag zum Thema „Möglichkeiten zur Unterstützung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch Psychotherapeut\*innen“.

## Erfolgreicher Einsatz für mehr Masterstudienplätze in Bayern – Wissenschaftsminister Blume sagt 360 Plätze zu

Künftig ist Voraussetzung für die Approbation als Psychotherapeut\*in der Abschluss eines Universitätsstudiums mit Bachelor- und Masterabschluss, welches die Anforderungen der Approbationsordnung umsetzt. Im Zuge der Umstellung auf dieses neue Approbationsstudium wurden in Bayern mit 90 Masterstudienplätzen zunächst deutlich zu wenig Plätze geplant. Die PTK Bayern hatte sich gegenüber der Politik und in Medienbeiträgen vehement für eine Erhöhung auf 350 Studienplätze in Bayern eingesetzt – wie auch die Psychologiestudierenden und die Vertreter\*innen der psychologischen Universitätsinstitute. Markus Blume, neuer Bayerischer Staatsminister für Wissenschaft und Kunst, hatte daraufhin Anfang August

die Präsident\*innen der Universitäten, die Studierendenvertreter\*innen sowie Kammerpräsidenten Dr. Nikolaus Melcop zu einem Round Table ins Wissenschaftsministerium eingeladen. Die vielen Bemühungen im Vorfeld und letztlich auch die Beratung beim Round Table hatten schließlich Erfolg: Zum Wintersemester 2023/24, nach Abschluss des ersten regulären Bachelor-Durchgangs, wird die Anzahl der Masterstudienplätze für Psychotherapie in Bayern auf 360 erhöht. Damit werden die Forderungen der PTK Bayern erfüllt, die sich an dem erwarteten Bedarf an Psychotherapeut\*innen in den nächsten Jahren orientieren. Für Studierende, die durch Übergangsregelungen den Bachelorabschluss schon früher er-

worben haben, starten ab dem Wintersemester 2022/23 die neuen Master-Studiengänge für Klinische Psychologie und Psychotherapie an den Universitäten in Bamberg, Eichstätt, Erlangen, München, Regensburg und Würzburg mit zunächst 90 Studienplätzen.

Den Bericht des StMWK: „Psychotherapeuten-Ausbildung: 360 neue Studienplätze an bayerischen Universitäten“ finden Sie unter [www.stmwk.bayern.de](http://www.stmwk.bayern.de) → Studium.



## Neuapprobientag 2022: Neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmer\*innen informierten sich in Online-Veranstaltung über die Kammer

Die regelmäßig stattfindende Veranstaltung für neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmer\*innen fand am 2. Juli 2022 im Online-Format statt. Die Teilnehmenden informierten sich über Struktur, Aufgaben und wichtige Arbeitsbereiche der PTK Bayern sowie mögliche Berufsperspektiven und tauschten sich mit Vertreterinnen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und des Versorgungswerks aus.

Etwa 180 neue Mitglieder und Ausbildungsteilnehmer\*innen nutzten dieses Jahr die Chance, die Kammer kennenzulernen und sich über Perspektiven der Berufstätigkeit als Psychotherapeut\*in zu informieren. In der Online-Veranstaltung stellte Kammerpräsident Nikolaus Melcop die Aufgaben und den Aufbau der Kammer vor und skizzierte aktuelle Themen der psychotherapeutischen Versorgung. Beispielfhaft wurde die Versorgung von

psychisch kranken Menschen mit komplexem Leistungsbedarf, die Kapazitätenplanung hinsichtlich der Wartezeiten in der ambulanten und stationären Versorgung und die Digitalisierung angesprochen und auch Themen der Interessenvertretung, wie etwa die Honorare und Bedingungen für Niedergelassene sowie die Vergütung und Stellung von Angestellten. Außerdem informierte er über die Zukunft der Aus- und Weiterbildung.

Vizepräsident Bruno Waldvogel führte in die Berufsordnung und die Aufgabe der Berufsaufsicht der Kammer ein und gab einen Überblick über die Regelungen der Fortbildung (Fortbildungs- und Nachweispflicht). Dabei erläuterte er auch die Einreichung der Fortbildungspunkte bei der Kammer.

Vizepräsidentin Nicole Nagel und die Vorstandsmitglieder Heiner Vogel und Monika Sommer stellten die Perspektiven der Berufstätigkeit in den Bereichen der Niederlassung, der Anstellung und der Gutachter- und Sachverständigentätigkeit dar.

Nützliche Informationen zur Zulassung als Vertragspsychotherapeut\*in wurden durch die Praxisführungsberaterin Ruth Stefan von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) vorgestellt. Das Versorgungswerk und dessen Leistungen stellten Filipa Gkagkavouzi und Andrea Kirmayer von der Bayerischen



*Mitglieder des Vorstands der PTK Bayern informierten die neuen Kammermitglieder per Videokonferenz: Kammerpräsident Nikolaus Melcop, Vizepräsident Bruno Waldvogel, Vizepräsidentin Nicole Nagel und die Vorstandsmitglieder Monika Sommer und Heiner Vogel. (Foto: PTK Bayern)*

Ingenieurversorgung-Bau mit Psychotherapeutenversorgung (BInGPPV) vor. Aus dem Sprecherteam der bayerischen Ausbildungsteilnehmer\*innen informierte Nicola Hutzenthaler über ihre Arbeit und darüber, wie sich bereits Ausbildungsteilnehmer\*innen zu berufspolitischen Themen einbringen können.

Die sonst bei dieser Veranstaltung üblichen Infostände, an denen sich die Teilnehmenden weitere Informationen einholen und vertiefende Fragen stellen können, wurden als getrennte digitale Räume umgesetzt. Sie boten eine Möglichkeit des direkten Austauschs mit Referent\*innen und Vorstand zu den jeweiligen Themen, was von den Teilnehmenden aktiv genutzt wurde.

## Hinweis auf amtliche Verlautbarungen der Kammer

Amtliche Verlautbarungen der PTK Bayern werden seit dem Jahr 2020 **ausschließlich auf der Internetseite der Kammer** veröffentlicht (§ 1 Satz 4 der Satzung, Art. 17 Abs. 3 BayDiG). In der jeweiligen Verlautbarung ist auch der Zeitpunkt des Inkrafttretens der verlautbarten Regelung festgelegt. Die amtlichen Verlautbarungen der Jahre bis einschließlich 2019 wurden im Bayerischen Staatsanzeiger veröffentlicht. Als zusätzlichen Service machen wir hier auf die zuletzt auf der Kammerhomepage veröffentlichten amtlichen Verlautbarungen aufmerksam.

Am 25. Juli 2022 wurden folgende Verlautbarungen veröffentlicht:

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

Die vollständigen Verlautbarungen finden Sie unter

[www.ptk-bayern.de](http://www.ptk-bayern.de) → Die Kammer → Amtliche Verlautbarungen.



## Kurznachrichten

### Neuer Geschäftsführer der PTK Bayern

Seit dem 01.06.2022 hat der Justitiar der Kammer, Herr Thomas Schmidt, die Position als Geschäftsführer der Kammer übernommen, die er seit dem 01.02.2022 bereits kommissarisch ausgeübt hatte. Herr Schmidt ist bereits seit 2004 für die Kammer tätig und wir



*Thomas Schmidt ist neuer Geschäftsführer der PTK Bayern. (Foto: Siegfried Sperl)*

freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit in seiner neuen Funktion.

### Kurz und Knapp – Aktivitäten der Kammer

+++ Im Juni 2022 fand ein Treffen mit den beteiligten Ministerien zur Umsetzung der **Autismus-Strategie Bayern** statt, bei dem die Ministerien vorstellten, was ihr Beitrag zur Verbesserung der Lebensbedingungen autistischer Menschen sein könnte. +++

+++ Bei der **Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates** Ende Mai 2022 war das Hauptthema „Psychische Gesundheit, Belastungen und Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Corona-Pandemie“, zu dem es eine Reihe von Vorträgen gab. Die PTK Bayern beteiligte sich mit einem Überblick über vorliegende Studienergebnisse und brachte Forderungen für eine verbesserte Versorgung ein. +++

+++ In **verschiedenen Austauschrunden** lag der Fokus auf der **neuen Weiterbildungsordnung** und deren konkreter Umsetzung, z. B. mit den Leitenden Psychotherapeut\*innen und den

Vertreter\*innen der Ausbildungsinstitute und auch mit den Sprecher\*innen der Direktorenkonferenzen der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. +++

+++ In einer **Telefonkonferenz mit dem bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek** konnte die Knappheit der Masterstudiengänge Psychotherapie in Bayern thematisiert werden. +++

### Redaktion

Vorstand und Geschäftsstelle der PTK Bayern

### Geschäftsstelle

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

## Aktivitäten des Vorstandes

### Kommission Digitalisierung

Die Digitalisierung hat im Bereich der Psychotherapie eine Vielzahl von Veränderungen gebracht. Stichworte wie Telematikinfrastruktur, elektronische Patientenakte, Datenschutz und Datensicherheit bestimmen derzeit unsere Diskussion. Aber es geht auch um die Frage, wie gut digitale Angebote die Psychotherapie unterstützen könnten. Die Kommission Digitalisierung hat sich in der aktuellen Legislatur primär mit der Frage befasst, welche Bedeutung digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für die psychotherapeutische Versorgung haben können, die seit Ok-

tober 2020 Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Hierzu haben wir eine Informations- und Diskussionsveranstaltung für Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Berlin konzipiert, die am 29. September 2022 stattfinden soll und folgende Fragen bearbeiten wird: Worin bestehen Nutzen und Risiken der digitalen Gesundheitsanwendungen? Welche Bedeutung haben DiGA für die Versorgung psychisch kranker Menschen? Wer verschreibt die Psycho-DiGA? Welche ersten Erfahrungen können konstatiert werden?



Dr. Peter Tossmann (Vorstand)

### Ressort Versorgung – Klinik

#### Erster Jour fixe für Klinik-Psychotherapeut\*innen

Kliniken stehen infolge des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes vor wichtigen Weiterentwicklungen, die mit einigen Veränderungen einhergehen. Zum einen werden heilberufsrechtliche Probleme im stationären Sektor beseitigt durch den zukünftigen Erwerb der Approbation nach dem Psychotherapie-Studium. Zum anderen erfolgt durch die längere Weiterbildungsdauer von zwei Jahren in Kliniken eine für diesen Versorgungsbereich intensiver vertiefte Weiterbildung. Eine zentrale Neuerung ist zudem, dass

die Weiterbildung von zukünftigen Psychotherapeut\*innen erstmalig in der Hand des Berufsstandes liegen wird. Während bisher die Weiterbildungsbezugnis für Psychotherapeut\*innen in Kliniken ausschließlich von Ärzt\*innen ausgeübt wurde, werden Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen bzw. zukünftig Fachpsychotherapeut\*innen Weiterbildungsbefugte werden. Dieser Fortschritt wird Auswirkungen auf die Personalstruktur und Rolle von Psychotherapeut\*innen in Kliniken haben und kommt der Versorgung zugute.



Dr. Christina Jochim (Vorstand)

## Krankenkassen erkennen die Qualifikation von Psychotherapeut\*innen für Präventionskurse an

Es begann im Jahr 2020. Damals entwickelte eine kleine, engagierte Gruppe von Kolleginnen einen Präventionskurs für aus dem Ausland zugewanderte Menschen. Wir nannten das Programm FAR

FROM HOME – FERN DER HEIMAT. Es ist im Bereich der Stressprävention angesiedelt. Es geht darin um die besonders belastenden Herausforderungen, die durch das Leben in einer fremden Ge-

sellschaft entstehen. Der Kurs kann in homogenen Gruppen in der Muttersprache der Teilnehmenden von einer\*inem muttersprachlichen Kursleiter\*in durchgeführt werden, aber auch bei inhomogenen

genen Gruppen in englischer oder auch deutscher Sprache, wenn genügend Sprachkenntnisse vorhanden sind. FAR FROM HOME wurde von der Zentralen Prüfstelle Prävention der Krankenkassen am 8. Dezember 2020 (Kursnummer: 20201005-V16112) zertifiziert.

Anschließend wollten die Kolleginnen frohgemut ans Werk gehen. Dazu mussten sie sich bei ebendieser Prüfstelle als Kursleiterinnen zertifizieren lassen. Nun stellte sich aber heraus, dass just zum 1. Januar 2021 die Anforderungen geändert worden waren. Es mussten sowohl fachwissenschaftliche Kompetenzen als auch fachpraktische und fachübergreifende Kompetenzen nachgewiesen werden. Und dies schön ordentlich nach abgeleiteten Seminarstunden oder ECTS. also zum Beispiel: Theorien zu Stress und Stressbewältigung (180 Stunden oder 6 ECTS-Punkte) oder Medizin (90 Stunden oder 3 ECTS-Punkte) und vieles andere mehr.

Dies konnte keine der Kolleginnen in der gewünschten Form nachweisen. Alle hatten ihre universitäre Ausbildung schon vor der Bologna-Reform beendet. ECTS gab es damals nicht und Stundenzahlen wurden damals auch nicht gezählt. Darum lehnte die Prüfstelle alle unsere Anträge zur Zertifizierung als Kursleiterinnen kurzerhand ab. Dabei hatten wir selbst diese Präventionsmaßnahme für diese unterversorgte gesellschaftliche Gruppe entwickelt, die, so klagen die Krankenkassen selbst, in

der Regel von den Präventionsangeboten nicht erreicht wird.

Die Enttäuschung war groß! Wir schrieben Briefe an die Kassen, doch es half nichts. Diese hatten sich mühsam auf dieses Vorgehen geeinigt und waren nicht bereit, davon abzuweichen, obwohl die Qualifikationen als approbierte\*r Psychotherapeut:in oder auch als Ärzt\*in (denn diese Berufsgruppe stand vor dem gleichen Problem) höherwertiger sind.

Irgendwann tat sich dann mit Unterstützung des GKV-Spitzenverbands eine Möglichkeit auf, eine Lösung zu finden. Die Bundeskammer unterstützte uns tatkräftig und ließ die Ausbildungsordnungen für Psychotherapeut\*innen durchforsten, um Äquivalenzen zu den geforderten Anforderungen nachzuweisen. Das war viel Arbeit! Denn natürlich musste eine veränderte Regelung bundesweit gelten.

Aber es hat sich gelohnt. Der GKV-Spitzenverband verständigte sich auf seiner Sitzung am 1. Juni 2022 darauf, die Anbieterqualifikationen im Leitfaden Prävention in unserem Sinne zu ändern. Psychotherapeut\*innen brauchen in Zukunft als Kursleitende in verhaltensbezogener Prävention (Handlungsfelder Stress/Ressourcen und Sucht) nur noch die Approbation und den Nachweis der Einweisung in das entsprechende Konzept oder Entspannungsverfahren. Die Anforderung an Einzelnachweise zu den

GKV-Mindeststandards Primärprävention entfällt!

Das mag wie ein kleiner Schritt wirken für unsere hochqualifizierte Berufsgruppe. Aber die Prävention ist ein Feld, das wir bisher sträflich vernachlässigt haben und das in Zukunft immer wichtiger werden wird. Wir haben viele Kompetenzen, die wir in unterschiedlichen Bereichen einbringen können. Und solche Präventionskurse können Berufseinsteiger\*innen eine gute Möglichkeit bieten, Erfahrungen zu sammeln. Und wer weiß, was sich da alles noch entwickeln kann ...



Pilar Isaac-Candeias (Vorstand)

## Die neue Weiterbildungsordnung und die Rolle der Gesprächspsychotherapie

Auf dem letzten DPT vom 13./14. Mai 2022 wurde mit der Bereichsweiterbildung der vorläufig letzte Teil der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) verabschiedet. Einzelne Landeskammern wie z.B. Niedersachsen, Hessen u. a. haben bereits eigene Weiterbildungsordnungen (WBO) verabschiedet. In Berlin soll die Verabschiedung der WBO auf einer ganztägigen Delegiertenversammlung (DV) am 12. November 2022 stattfinden. Doch die Frage, in welchen weiteren – über die Richtlinienpsychotherapie hinausgehenden – Psychothe-

rapieverfahren und -methoden weitergebildet werden kann, ist nach wie vor ungeklärt.

Der Gesprächskreis II (GK II), der mit seinen 36 Fach- und Berufsverbänden der größte berufspolitische Verbändezusammenschluss in Deutschland ist, hat deshalb auf seiner Sitzung vom 18. Juni 2022 einstimmig folgende Resolution beschlossen.

„Der GK-II begrüßt den Vorschlag des Vorstandes der BPtK, ein Symposium

zur Bereichsweiterbildung durchzuführen. Wir schlagen vor, dass unter dem Motto ‚Verfahrens- und Methodenvielfalt‘ der Einbezug der weiteren Verfahren – Gesprächspsychotherapie und wissenschaftlich begründete Verfahren – und der Methoden (z.B. Hypnotherapie, EMDR) im ersten Teil diskutiert wird.

Auch die Fragen der Verfahrens- und Methodenvielfalt in der universitären Approbationsausbildung sollte im 2. Teil des Symposiums thematisiert werden.

Darüber hinaus ist es empfehlenswert, auch Expert\*innen der ärztlichen Weiterbildung einzubeziehen.“

Es soll zurecht eine breite Debatte innerhalb der Profession über diese wichtigen Fragen stattfinden.

In der MWBO für die nach dem alten Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von 1999 Approbierten und auch in der entsprechenden Berliner WBO ist die Gesprächspsychotherapie (GPT) enthalten.

Am 16. Juli 2022 haben 96 % der hessischen Delegierten einen wegweisenden Beschluss gefällt, sie haben ihre neue WBO verabschiedet, zu der in der Bereichsweiterbildung auch die Gesprächspsychotherapie gehört. Aus meiner Sicht ist der hessische Beschluss auch ein gutes Modell für die Berliner Weiterbildungsdiskussion und Verabschiedung einer neuen WBO.

### Kurze Geschichte und Stand der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie

Die GPT, deren internationale wissenschaftliche Anerkennung außer Zweifel steht, wurde 2002 auch in Deutschland vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) anerkannt. Die GPT hatte sich zusammen mit der Gestalttherapie, der Körperpsychotherapie, dem Psychodrama, der Transaktionsanalyse und der Existenzanalyse/Logotherapie 2010 zur „Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie“ (AGHPT) zusammengeschlossen. 2012 hatte die AGHPT einen Antrag an den WBP gestellt, der die wissenschaftliche Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie (HPT) bestätigen sollte.

Der WBP kam aber in seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2017 zur

Einschätzung, dass die HPT zwar die vierte internationale psychotherapeutische Grundorientierung neben der verhaltenstherapeutischen, der psychodynamischen und der systemischen ist, doch kein kohärentes Verfahren sei, zudem würde eine RCT-Studie zur Angst fehlen, obwohl insgesamt über 330 Studien eingereicht worden waren.

Die GPT wurde in diesem Verfahren zu einer „wissenschaftlich anerkannten Methode“ für drei Indikationsbereiche zurückgestuft. Dieses Votum des WBP, das lediglich „empfehlende Funktion“ für die Landesbehörden hat, wurde von diesen erfreulicherweise nicht umgesetzt. Gegen dieses Votum gab es sowohl wissenschaftlich, vor allem von über 40 Wissenschaftler\*innen (s. [www.aghpt.de](http://www.aghpt.de)) aber auch berufspolitisch heftige Kritik. Insbesondere wurde die wissenschaftliche Neutralität des WBP angezweifelt, weil er zum damaligen Zeitpunkt nur aus Vertreter\*innen der damaligen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie (VT), Analytische Psychotherapie (AP), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)) bestand. Lediglich zwei Vertreter\*innen der Systemischen Therapie (ST) hatten den Status von stellvertretenden Mitgliedern. Mittlerweile gibt es auch eine fundierte Kritik an den wissenschaftlichen Kriterien des WBP und zwar von einem der führenden Psychotherapieforscher: Bruce Wampold. Er kritisiert in seiner Stellungnahme diese Kriterien als wissenschaftlich nicht ausreichend.<sup>1</sup>

Im Mai 2022 hat die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) beim Amt für Gesundheit, Hamburg, die Überprüfung der Wissenschaftlichkeit der noch „fehlenden“ Angststudie von Timulak et al. (2022) beantragt. Das Amt hat die Studie an den WBP weitergeleitet.

Es besteht nun die berechtigte Hoffnung, dass auch der WBP sie nun anerkennt und damit auch den bestehenden Status der GPT als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren bestätigt. Darüber hinaus hat eine Gruppe von Gesprächspsychotherapeut\*innen aus der Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) einen Antrag für den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapiebereich gestellt.

Doch unabhängig davon, ob diese Schritte erfolgreich sein werden, zeigt das hessische Vorgehen, dass die GPT auch ohne diese Voraussetzungen in die Bereichsweiterbildung aufgenommen werden kann. Zumal die MWBO für die jeweiligen Landeskammern lediglich „empfehlenden Charakter“ hat.

### Humanistische Psychotherapie und MWBO

In der bisherigen MWBO ist die vierte internationale Grundorientierung, die Humanistische Psychotherapie, nicht explizit enthalten. Doch der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGP), die sich seit über 20 Jahren für Verfahrens- und Methodenvielfalt einsetzt und in der auch das „Berliner Bündnis für psychische Gesundheit“ aktiv mitarbeitet, ist es gelungen, die Mehrheit des Deutschen Psychotherapeutentags (DPT) im November 2021 dafür zu gewinnen, dass eine Öffnungsklausel in die Gebietsweiterbildung aufgenommen wurde. Für die Verfahren VT, ST und TP sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene wurde unter „Behandlungsmethoden und -techniken“ folgender Passus aufgenommen: „Verfahrensübergreifende theoretische Kenntnisse und praktische Kompetenzen, die in das jeweilige Verfahren integriert werden können.“

<sup>1</sup> Evaluation: Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP), gemäß § 11 PsychThG (Psychotherapeutengesetz); Verfasser: Bruce E. Wampold, Ph.D., University of Wisconsin, Madison, USA, und Modum Bad Psychiatric Center, Norwegen, 15. Februar 2021.

Er sichert die bisherige Praxis von Approbationsausbildungen ab, in denen z. B. im Rahmen von TP- oder VT-Ausbildungen auch Seminare zur Humanistischen Psychotherapie mit ihren sechs Ansätzen abgehalten werden, und ist ein Schritt in die richtige Richtung.

## Literatur

Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D. et al. (2022). A Comparison of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: Results of a Feasibility Randomized Controlled Trial. Online First Publication. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000427> (01.08.2022).

Dr. Manfred Thielen,  
Delegierter der PTK Berlin  
und des DPT, Mitglied im Ausschuss:  
Aus-, Fort- und Weiterbildung  
und der PTK-Redaktion



## Kinder psychisch kranker Eltern – weiter außen vor, wenn sich Eltern Hilfe suchen?

Kinder psychisch kranker Eltern sind schon früh im Leben meist mit mehr Belastungen konfrontiert als Kinder, deren Eltern nicht mit einer psychischen Krankheit zu kämpfen haben. Diese Problematik ist mittlerweile wohlbekannt und auch die Forschung zur Lage der potenziell belasteten Kinder hat in den letzten Jahren richtigerweise immer mehr Beachtung gefunden.

Kinder mit kranken Elternteilen wachsen meist in einer emotional belastenden Situation auf: Angst, Überforderung, Schuld und Schamgefühle sowie Empfinden von Hilflosigkeit und Isolation sind begleitende Gefühle (vgl. Lenz, 2014). In den meisten Familien mit psychisch erkrankten Eltern wird das Thema tabuisiert, was die Verunsicherung und Überforderung der Kinder aufrechterhält oder auch verstärkt (vgl. Jungbauer et al., 2011).

Einerseits ist es natürlich zentral, mehr zu wissen über die spezifischen Belastungsfaktoren und deren langfristige biographische Auswirkungen. Ebenso ist es wichtig, die dennoch weiterhin vorhandenen Ressourcen im mehr oder weniger beeinträchtigten Umfeld zu kennen. Doch werden die vorhandenen Erkenntnisse auch ausreichend in die Praxis getragen? Z. B. auch in Ihre?

An dieser Stelle stellt sich die Frage: Inwiefern sehe ich es als ambulante\*r Behandler\*in als meine Aufgabe, auch die Kinder der sich bei mir in Therapie befindlichen Erwachsenen mit im Blick zu haben? Ist dies nicht die Sache der Eltern, mische ich mich da zu sehr ein? Reicht es nicht aus, wenn ich in meiner Arbeit die Eltern ausreichend stabilisiere, um dadurch auch die Kinder zu entlasten, die sich dann weniger Sorgen um ihre wichtigen Bezugspersonen machen müssen? Und welcher Weg ist hierbei der richtige? Könnte ich mit dem Ansprechen dieses sensiblen Themas nicht auch den Therapieprozess gefährden ... und bevor dieser abbricht, lasse ich das Thema erst einmal außen vor?

Nicht jedes Kind muss durch das Aufwachsen mit psychisch belasteten Eltern eine eigene Störung entwickeln, dennoch haben ca. 50 % der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Kinder mindestens einen psychisch kranken Elternteil (Mattejat & Remschmidt, 2008).

Doch wäre es nicht auch wünschenswert, drohende Lebenszeit-Belastung, die durch das Aufwachsen in diesem System oft hervorgerufen wird, möglichst zu verringern oder gänzlich zu verhindern? Und sei es „nur“ der oftmals berichtete geringe Selbstwert, die Schwierigkeiten mit Nähe und Distanz,

Probleme, Vertrauen in späteren Beziehungen zu fassen, hoher Leistungsdruck oder das Gefühl, dauerhaft und unaufhörlich Verantwortung für die Eltern zu tragen?

In einer Umfrage unter erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern (vgl. Jungbauer, 2018) fanden sich viele der aufgeführten Punkte wieder:

Ca. drei Viertel der befragten erwachsenen Kinder gaben an, sich im Zusammenleben mit ihrem psychisch erkrankten Elternteil überfordert gefühlt zu haben, das elterliche Verhalten als nicht nachvollziehbar oder unberechenbar empfunden oder sich für ihre Eltern geschämt zu haben. Parentifizierung war ebenso sehr häufig zu beobachten und knapp die Hälfte habe unter permanenter Angst gelitten, dass sich das psychisch kranke Elternteil suizidieren könnte. Zwei Drittel machen diese belastenden Kindheitserfahrungen subjektiv für die späteren Lebensprobleme verantwortlich; die häufigsten psychiatrischen Diagnosen waren Depression und Angststörungen.

Dankenswerterweise gibt es bereits viele Unterstützungsangebote, die unterschiedlich niedrigschwellig angelegt und auf verschiedene Altersgruppen ausgerichtet sind: angefangen von spezifisch entwickelten Präventionspro-



grammen (Wiegand-Greife, 2011) über konkrete Interventionen wie Gruppentherapieangebote speziell für jüngere Kinder oder auch „nur“ das ressourcenorientierte Angebundensein an kind- und jugendgerechte Angebote (Sportvereine, Jugendtreffs, Theatergruppen usw.), die allgemein ein wichtiger Bestandteil zur Ressourcenstärkung sind – egal, ob Belastungen im Familienumfeld vorliegen – und die bei dortigem Vorhandensein einer Vertrauensperson auch gleichzeitig Raum zur emotionalen Entlastung bieten können.

Selbstverständlich wollen auch psychisch belastete Eltern „gute Eltern sein“ und fühlen sich oft schuldig, sofern das Kind bereits Problematiken aufweist. Verantwortung für die eigenen Kinder, die Anforderungen einer Elternschaft und auch die eigene Krankheit zu übernehmen kann auch heißen, Verantwortung abzugeben und Hilfe aus dem Unterstützernetzwerk anzunehmen. Da dies jedoch schnell als ein „Versagen“ gewertet werden kann und oft auch mit Ängsten verbunden ist, kann es helfen, diese Dinge in die therapeutische Arbeit einzubeziehen bzw. das Angebot zu machen, darüber zu sprechen. Ambulante Therapeutinnen können hierfür eine Netzwerkfunktion einnehmen: das Thema „psychische Krankheit und Elternschaft“ explizit anbieten, aufklären (auch über Wege, die eigene Krankheit kindgerecht zu besprechen), entstigmatisieren und die Elternteile dazu motivieren, sicherzustellen, dass die Kinder

ausreichend versorgt sind. Um passend weiterzuvermitteln und den Eltern relevante Infos zukommen zu lassen, muss das vorhandene Netzwerk jedoch zunächst einmal bekannt sein. Kennen Sie sich aus?

Aktuell werden verschiedene Interventionsprogramme, auch in Kooperation mit Berliner Stellen, entwickelt und evaluiert (Chimps Net, UBICA II; siehe Liste Anlaufstellen).

Sofern Sie nun feststellen, zu wenig über Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern zu wissen oder das Thema zu selten in der Therapie der Erwachsenen aufgreifen: Veränderung ist (recht einfach) machbar!

### Hilfreiche Anlaufstellen

#### Bundesweit:

<http://bag-kipe.de/einrichtungen-projekte/> (Liste mit Adressen bundesweit)

[www.netz-und-boden.de](http://www.netz-und-boden.de) (Liste mit Adressen bundesweit)

<https://elearning-kinderschutz.de>

#### Berlinweit:

[www.anlaufstellen-berlin.de/doku.php/kinder\\_jugendliche/kinder\\_psych\\_kranke\\_eltern](http://www.anlaufstellen-berlin.de/doku.php/kinder_jugendliche/kinder_psych_kranke_eltern)

[www.chimpsnet.org/wp-content/uploads/2020/06/Charité-Berlin\\_Flyer\\_CHIMPS-NET.pdf](http://www.chimpsnet.org/wp-content/uploads/2020/06/Charité-Berlin_Flyer_CHIMPS-NET.pdf)

[www.ubica.site/ubica\\_home.html](http://www.ubica.site/ubica_home.html)

[www.amsoc-patenschaften.de](http://www.amsoc-patenschaften.de)

[www.berliner-notdienst-kinderschutz.de/jugend.html](http://www.berliner-notdienst-kinderschutz.de/jugend.html)

<https://kinderschutzbund-berlin.de/beratungsstelle/fachkraefte/>

### Literatur

Jungbauer, J., Heitmann, K., Westphal, A. & Vock, M. (2018). Erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern: Ergebnisse einer explorativen Fragebogenstudie. *Zeitschrift für Familienforschung*, 30 (2), 216–229.

Jungbauer, J., Kinzel-Senkbeil, J., Kuhn, J. & Lenz, A. (2011). Familien mit einem schizophren erkrankten Elternteil: Ergebnisse einer fallrekonstruktiven Familienstudie. *Zeitschrift für Familienforschung/ Journal of Family Research*, 23, 57–76.

Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). *Kinder psychisch kranker Eltern*. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 7/2008, 312–317.

Wiegand-Greife, S., Halverscheid, S. & Plass, A. (2011). *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern: Familienorientierte Prävention – Der CHIMPS-Beratungsansatz*. Göttingen: Hogrefe.

Dipl.-Psych. Mariana Rudolf (PP)  
(Redaktion)

### Geschäftsstelle

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

## Treffen der Nordkammern in Bremen

Die Psychotherapeutenkammer Bremen hatte im Juli 2022 die Präsidien und Geschäftsführenden der Nachbarkammern Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein in die Geschäftsstelle eingeladen. Während der Pandemie fehlte uns die Gelegenheit zum persönlichen Austausch sehr. Viele dringende Themen erfordern Absprachen und Zusammenarbeit.

Wir stellen immer wieder fest, wie umfangreich die Aufgaben der Kammern sind. Es erscheint uns daher sinnvoll, Expertise auszutauschen, Veranstaltungen gemeinsam anzubieten und uns gegenseitig zu unterstützen. Die Organisation der Weiterbildung und die Etablierung in den vielfältigen Einsatzberei-



*Die Präsidien und Geschäftsführenden der Nordkammern in der Geschäftsstelle der PK Bremen (Foto: PK Bremen)*

chen stellt uns alle vor ähnliche Herausforderungen. Dort können wir sehr gut voneinander profitieren.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft bringt viele

Pflichten für die Landeskammern mit sich. Da dieses Feld besonders kostenintensiv ist, sollen auch hier Synergieeffekte genutzt werden.

## Jahresessen der Kammer

Im Juli traf sich der Kammervorstand zu seinem traditionellen Jahresessen. Dazu eingeladen waren auch die beiden ausgeschiedenen Vorstandsmitglieder Johannes Lindner und Anne-Lina Mörsberger, die dem Vorstand weiterhin als Vorstandsbeauftragte zur Verfügung stehen, sowie die drei Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle und der Justiziar der Kammer.

In geselliger und entspannter Runde wurde sich abseits der üblichen Kammerthemen ausgetauscht und angeregt unterhalten.



*Der Vorstand gemeinsam mit seinen Gästen*

### Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Dr. Kim Sarah Heinemann, Amelie Thobaben.

### Geschäftsstelle

Hollerallee 22  
28209 Bremen  
Tel.: 0421/277200-0  
Fax: 0421/277200-2

verwaltung@pk-hb.de  
www.pk-hb.de  
Geschäftszeiten:  
Mo., Di., Do., Fr.: 10.00–12.00 Uhr  
Mi.: 13.00–15.00 Uhr

## Liebe Kolleg\*innen, liebe Kammermitglieder,

wenn Sie diese Zeilen lesen, sind wir mit unserer Geschäftsstelle bereits in neue Räume in die Alstercity in die Weidestraße 122c umgezogen. Wir wollen Ihnen hier neben dem Bericht zur 87. Delegiertenversammlung am 18. Mai

2022 und einem Bericht zu unserer Umfrage unter unseren KJP-Mitgliedern zur psychotherapeutischen Arbeit unter Coronabedingungen von Dr. Tanja Tischler einige Impressionen vom Umzug in die neuen Geschäftsräume zeigen.

Come-together in den Geschäftsräumen in der Weidestraße 122c ausklingen lassen.

Wir freuen uns darauf, Sie zukünftig in den neuen Räumen willkommen zu heißen.



Am bislang heißesten Tag des Jahres fand die Schlüsselübergabe zur neuen Immobilie statt und Dank tatkräftiger Unterstützung der Mitarbeiterinnen gelang der Umzug derart gut, dass wir bereits am 1. August 2022 in den neuen Geschäftsräumen einsatzbereit waren.

Mit dem Umzug in die neuen Räume sind wir näher mit allen anderen Hamburger Heilberufekammern zusammengerückt und werden damit die Zusammenarbeit erleichtern.

Den 8. Hamburger Psychotherapeutentag am 10. September 2022 werden wir mit einem



## Bericht von der 87. Sitzung der Delegiertenversammlung

Am 18. Mai 2022 tagte die 87. Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hamburg nach langer Zeit endlich wieder in Präsenz. Und es zeigte sich sogleich, dass auch Präsenzveranstaltungen ihre Tücken haben können. Aufgrund einer Vollsperrung an der Außenalster kamen zahlreiche Delegierte erheblich verspätet. Da auch Präsidentin Heike Peper betroffen war, eröffnete Vizepräsident Torsten Michels die 87. Sitzung der Hamburger Delegiertenversammlung und begrüßte die anwesenden Delegierten. Nach einigen vorgezogenen Berichten aus den Ausschüssen konnte Heike Peper endlich die ordnungsgemäße Einladung sowie die Beschlussfähigkeit feststellen und die Tagesordnung ohne Änderungen beschließen lassen. Die Delegierten nahmen die Verzögerung mit Humor, dankten den Berichtenden für die unterhaltsame Überbrückung und stiegen

danach engagiert in die Tagesordnung ein. Heike Peper gab einen Überblick zu den Vorbereitungen zum Kammerjubiläum und zum Hamburger Psychotherapeutentag. Außerdem kündigte sie notwendige Änderungen der Kammerstatut und verschiedener Ordnungen aufgrund der bevorstehenden Revision des Heilberufekammergesetzes an.

Anschließend berichtete sie über Nachbesetzungen für Kommissionen und bat um Kenntnisnahme durch die Delegiertenversammlung. Für die Prüfungskommission Neuropsychologische Therapie hatten sich Dipl.-Psych. Claudia Schönemann, Dipl.-Psych. Rainer Guder und Dr. Thomas Bonnekamp zur Verfügung gestellt, sowie als Stellvertretungen Dipl.-Psych. Stefanie König und Dipl.-Psych. Sabine Lang. Heike Peper dankte den ausscheidenden Mitgliedern Dipl.-Psych. Susanne Arp und

Dipl.-Psych. Dieter Gottschalg für ihr geleistetes Engagement und begrüßte die neu benannten Mitglieder.

In der Prüfungskommission Systemische Therapie gab es einen Wechsel im Vorsitz. Hier löste Dr. Brigitte Gemeinhardt PD Dr. Kirsten von Sydow ab. Auch ihnen galt der Dank der Delegierten.

Die Amtszeit der ehrenamtlichen Richter\*innen am Heilberufegerichtshof lief zum 30. Juni 2022 aus. Alle bisherigen ehrenamtlichen Richter\*innen (Prof. Dr. Beatrix Gromus, Dipl.-Psych. Reinhard Kleber und Dipl.-Päd. Petra Rupp) hatten sich erneut bereit erklärt, für eine weitere Amtszeit zur Verfügung zu stehen. Allen Engagierten sei auch von dieser Stelle noch einmal herzlich gedankt.

Nach dem Bericht von Dr. Tanja Tischler über die Umfrage zur Situation der KJP in Pandemiezeiten (s. u.) schlossen sich noch Berichte von Dr. Thomas Bonnekamp zu den aktuellen Entwicklungen zum Thema Qualitätssicherung aus dem BPtK-Round-Table-Gespräch und von Kerstin Sude zu den Aktivitäten der BPtK-Kommission „Digitale Agenda“ an.

Im nächsten Tagesordnungspunkt erläuterte Karen Walter den Jahresabschluss 2021, der erstmalig mit DATEV erstellt worden war. Ricarda Müller als Vorsitzende des Rechnungsprüfungsausschusses berichtete von der Prüfung und bedankte sich bei der Geschäftsstelle für die transparente Buchführung und beantragte die Entlastung des Vorstandes für das Rechnungsjahr 2021. Heike Peper stellte danach den Jahresabschluss zur Abstimmung:

Der ursprüngliche Haushaltsansatz 2021 berücksichtigte sowohl einen Umzug der Geschäftsstelle als auch ein umfangreiches Veranstaltungs- und Fortbildungsprogramm sowie eine personelle Aufstockung in der Geschäftsstelle. Das reale Haushaltsjahr 2021 war dagegen

erneut stark von der Corona-Pandemie geprägt. Viele Sitzungsformate wurden auf Online-Veranstaltungen umgestellt, leider war auch die Veranstaltungs- und Fortbildungsplanung der PTK obsolet. Viele der vorgesehenen Termine wurden auf 2022 verschoben. Nach der ausführlichen Erläuterung stimmten die Delegierten einstimmig der Entlastung des Vorstandes und dem Jahresabschluss 2021 zu.

Nach einer kurzen Einführung durch Heike Peper in die Themen des wenige Tage zurückliegenden 40. DPT berichteten die Hamburger DPT-Delegierten über die Inhalte der Beratungen, die gefassten Beschlüsse und die Resolutionen. Einen ausführlichen Bericht zum DPT finden Sie auf der Website der BPtK ([www.bptk.de](http://www.bptk.de)).

Abschließend wurde die auf dem 40. DPT vollständig beschlossene Musterweiterbildungsordnung (MWBO) als letzter Tagesordnungspunkt diskutiert. Professor Rainer Richter hatte von letzten Anpassungen der MWBO berichtet. Über die Umsetzung der Weiterbildung und die Finanzierung der Weiterbildung informierte Dr. Helene Timmermann. Außerdem

berichtete sie von der Erarbeitung einer Richtlinie für das E-Logbuch.

Der Vorstand schlug vor, die auf dem 40. DPT beschlossenen Änderungen und Ergänzungen in den Entwurf der Hamburger Weiterbildungsordnung einzufügen. Dieser Vorschlag wurde von den Delegierten begrüßt. Dr. Tanja Tischler, Referentin für Weiterbildung, berichtete, dass aktuell an Formulierungen für die Musterrichtlinien zur Anerkennung von Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsstätten mit der Projektgruppe, die den Vorstand bei der Umsetzung der Weiterbildung in Hamburg berät, gearbeitet werde.

Auf Rückfrage erläutert Anke Huß als Vertreterin der Aufsichtsbehörde, dass sich die Revision des Heilberufekammergesetzes aktuell zur Abstimmung bei der Justizbehörde befinde. Diese Revision ist Voraussetzung für die Verabschiedung einer neuen Weiterbildungsordnung.

Mit einem Dank für die angeregte Diskussion und die konzentrierte Mitarbeit schloss Heike Peper die Sitzung.

TM

## KJP in der Pandemie

Im Jahr drei seit Beginn der Corona-Pandemie scheint eine gewisse gesellschaftliche Normalität zurückzukehren, ungeachtet von womöglich im Herbst wieder steigenden Infektionszahlen. So „normal“ wie der Alltag derzeit wieder erscheint, die vergangenen zwei Jahre haben Spuren hinterlassen. Zahlreiche Studien zur psychischen Gesundheit in Pandemiezeiten zeigen, dass insbesondere Kinder und Jugendliche unter der Situation leiden (vgl. Ergebnisse der COPSY-Längsschnittstudie). So gaben im Rahmen der COPSY-Studie zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al., 2021) etwa 70 % der Befragten an, die Zeit als große Belastung wahrzunehmen. Vor der Pandemie lag die Prävalenz für psychische Probleme demnach bei 7- bis 17-Jähri-

gen bei 9,9 %, in der Pandemie wuchs sie auf 17,8 %. Neben Hyperaktivität und emotionalen Problemen (Elternberichte) nahm die Zahl generalisierter Angstsymptome (Selbstberichte) zu.

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg hat diese Befunde zum Anlass genommen, ihre Mitglieder, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, zur aktuellen Situation in ihrer täglichen Praxis zu befragen. Im Ergebnis der Online-Umfrage unter den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen bestätigte sich die auch in anderen Studien nachgewiesene Belastung durch Corona in den Antworten der praktisch tätigen Kolleg\*innen:

Mehr als 80 % der Befragten berichteten über eine Erhöhung der Nachfrage

um mehr als 40 % in ihren jeweiligen Tätigkeitsbereichen (Praxen, Kliniken, Beratungsstellen). Damit einhergehend beträgt die durchschnittliche Wartezeit für therapeutische Angebote nun etwa 30 Wochen – dies ist mehr als eine Verdoppelung der Wartezeit im Vergleich zur präpandemischen Zeit, in der Patient\*innen/Klient\*innen im Schnitt 13 Wochen auf ein Angebot warten mussten (vgl. Abb. 1). Die Mehrheit der Befragten stellte außerdem eine Veränderung in den Gründen für die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten fest (vgl. Abb. 2):

Als Hauptgründe für das Aufsuchen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen wurden vornehmlich Angststörungen und Depressionen genannt, ausgelöst vor allem durch die

unter den Maßnahmen zur Pandemie-Eindämmung (Lockdown) entstandene Isolation durch Homeschooling und dem damit einhergehenden Mangel an sozialen Kontakten und Freizeitaktivitäten. Diese Symptommhäufung deckt sich mit anderen Studien (Brown et al., 2020; Calvano et al., 2021). Mit Blick auf die Zusammensetzung der akut hilfesuchenden Patient\*innen/Klient\*innen konnte ebenfalls eine Verschiebung beobachtet werden (vgl. Abb. 3):

Es meldeten sich häufiger Mädchen im Jugendalter, die den Gymnasialzweig besuchten und aus sozioökonomisch starken Familien stammten. Dies stellt insofern eine bemerkenswerte Entwicklung dar, da die Korrelationen zwischen sozioökonomischem Status und der Entwicklung von psychischen Störungen bislang eher zu Ungunsten sozioökonomisch schwächerer Familien ausfielen (Klasen et al., 2017).

Gefragt nach weiteren Veränderungen seitens der Patient\*innen/Klient\*innen gaben die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen an, dass es vermehrt zu Wiedervorstellungen nach bereits abgeschlossenen Therapien kam und insgesamt längere Behandlungszeiten nötig waren. Dies spricht ebenfalls für eine gestiegene psychische Belastung der Patient\*innen und ihrer Familien.

Durch die gesteigerten Anforderungen – insbesondere in Zeiten der Kontaktbeschränkungen und Hygienemaßnahmen – passten viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen ihren Praxisalltag an die Gegebenheiten an. So etablierten sich videogestützte Therapie- und Beratungsangebote, Sprechstunden am Samstag, Gruppenangebote, längere Sprechstundenzeiten, mehr Kriseninterventionen und Behandlungen in längeren Intervallen, um mehr Hilfesuchende kurzfristig unterstützen zu können.

Abschließend wollte die Kammer in der Umfrage von ihren Mitgliedern wissen, welche Wünsche und Forderungen sie nach mehr als zwei Jahren Ausnahmezustand an die Politik richten (Abb. 4).

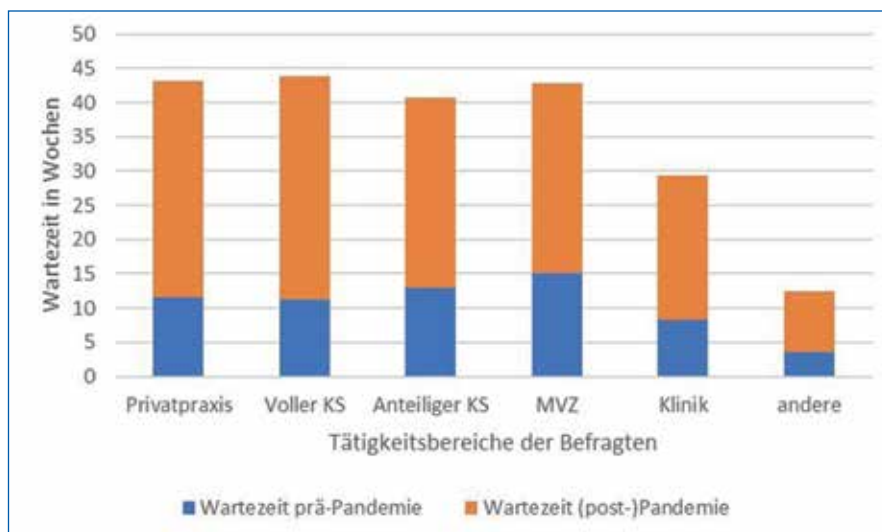


Abbildung 1: Veränderung der Wartezeiten für einen Therapie-/Behandlungsplatz in Wochen in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen der Befragten

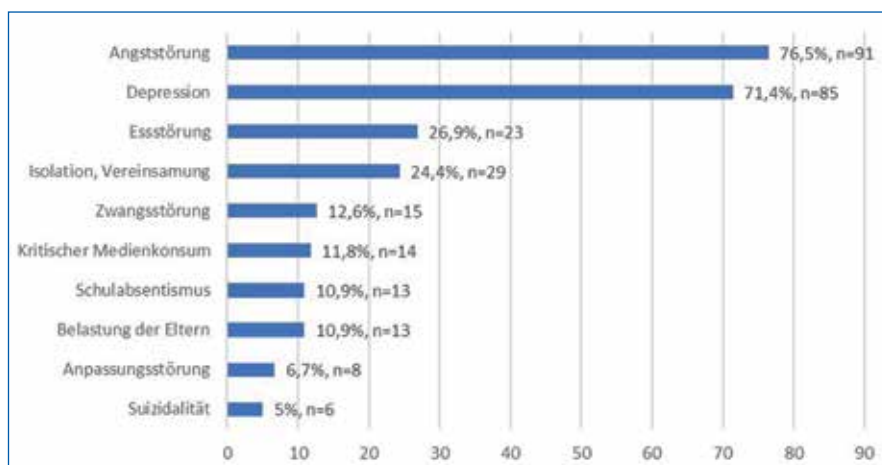


Abbildung 2: Veränderte Gründe für die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten (n = 119)

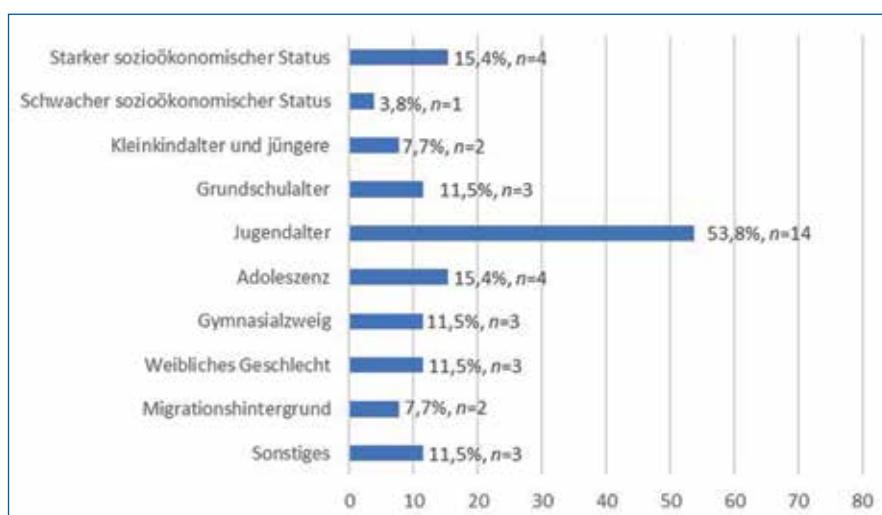


Abbildung 3: Veränderte personenbezogene Merkmale (n = 26)

Die bereits vor der Pandemie bestehenden kritischen Aspekte, wie lange Wartezeiten (Walendzik et al., 2014) wurden unter der Krisensituation weiter verstärkt. Daher beinhaltet die am häufigsten genannte Forderung ein größeres Angebot für Psychotherapie/Beratung. Laut Aussagen der Teilnehmenden kann dies u. a. durch mehr Zulassungen und den Ausbau von Therapieplätzen (ambulant und stationär) realisiert werden.

Flankierend dazu wurde vorgeschlagen, regelhaft vermehrt Fachkräfte (etwa Schulpsycholog\*innen, Sozialpädagog\*innen) in Schulen einzusetzen, um im Sinne der Prävention mögliche behandlungsbedürftige Auffälligkeiten und psychische Erkrankungen zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und aufzufangen.

Einige Kolleg\*innen gaben zu bedenken, dass ein niedriger sozioökonomischer Status zwar nach wie vor psychische Auffälligkeiten begünstigt, jedoch in Krisenzeiten offenbar Eltern mit höherem Bildungsabschluss über günstigere Voraussetzungen verfügen, sich um die gesundheitsbezogenen Belange ihrer Kinder zu kümmern, wie etwa

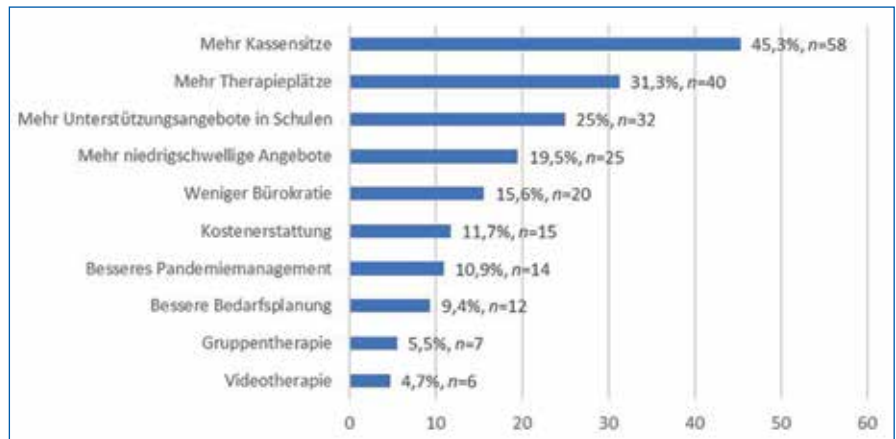


Abbildung 4: Maßnahmenwünsche und Forderungen der Befragten (n = 128)

die Informationsbeschaffung zu Unterstützungsmöglichkeiten. Mehr niedrigschwellige Angebote in Stadtteilen mit wirtschaftlich schwächeren Milieus könnten hier Abhilfe schaffen.

Die KJP-Kolleg\*innen waren und sind bereit, ein umfangreiches Therapie- und Beratungsangebot zu ermöglichen und zu gewährleisten. Mit Blick auf den wahrgenommenen hohen bürokratischen Aufwand, insbesondere bei der Beantragung von Kostenerstattung bei außervertraglichen Psychotherapien in Privatpraxen, sehen sich viele Mitglieder jedoch in ihrem Engagement ausge-

bremst. Dies ist – bezogen auf womöglich seitens der Politik angeführter Argumente, dass es sich um einen aufgrund der Pandemie nur passageren Mehrbedarf handele – umso bedeutender:

Können kurz- oder mittelfristig keine weiteren Kassensitze realisiert werden, müssen die vorhandenen Optionen wie Kostenerstattung für die Patient\*innen schneller zugänglich gemacht werden.

Die Literaturangaben finden Sie im ausführlichen Bericht auf der Website der PTK Hamburg.

TT

### Redaktion

An den Texten und der Gestaltung dieser Ausgabe wirkten mit: Torsten Michels, Heike Peper, Dr. Tanja Tischler, Karen Walter, Kathrin Zander.

### Geschäftsstelle

Weidestraße 122c  
22083 Hamburg  
Tel.: 040/2262260–60  
Fax. 040/2262260–89  
info@ptk-hamburg.de  
www.ptk-hamburg.de



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Hessen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,



Dr. Heike Winter

seit der Pandemie spitzt sich das Thema „Wartezeiten“ zu – auch in der Öffentlichkeit. Im Frühjahr hat der Radiosender rbb24 in eigener Recherche eine deutschlandweite Erhebung vorgenommen. Zwischen der ersten Sprechstunde und dem tatsächlichen Therapiebeginn vergehen 12 Wochen im Median. Zwischen Erstkontakt und Erstgespräch waren es zusätzlich in der Hälfte der Fälle nochmals 18 Wochen und mehr. Auf dem Land warteten Patient\*innen doppelt so lang. Laut BPTK-Wartezeitenstudie beträgt die Wartezeit mindestens drei bis neun Monate für 40 Prozent der Patient\*innen, für weitere 20 Prozent der Patient\*innen sogar mehr. Diese Daten stammen noch aus Vor-Corona-Zeiten. Eindeutige Zahlen. Doch laut Aussage der Krankenkassen sind die Wartezeiten angeblich sehr viel kürzer; nämlich nur acht oder mehr Wochen.

Kolleg\*innen berichten das Gegenteil aus der Praxis und auch betroffene Menschen melden sich immer wieder zu Wort und beklagen zu Recht diese Missstände. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) kritisiert ebenfalls lange Wartezeiten; die Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen hätten daran nichts geändert. Die Krankenkassen lehnen die gesetzlich für diesen Fall vorgesehene Kostenersatzung häufig ab, mit Verweis auf die TSS.

Die Veröffentlichung des rbb24 löste ein großes Echo in den sozialen Medien aus. Daraufhin meldete sich die Pressesprecherin des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) bei rbb24 und beklagte, dass der Auslöser des Wartezeitenproblems vor allem die zu kurzen Öffnungszeiten der Psychotherapiepraxen seien. Faule Psychotherapeut\*innen sind also das Problem der Wartezeiten? Falsch! Die durchschnittlichen Arbeitszeiten von Psychotherapeut\*innen sind gut untersucht und veröffentlicht. Sie betragen im Schnitt 37,4 Stunden, gemittelt über volle und halbe Kassensitze.

Diese Reaktionen der Verantwortlichen sind nicht neu. Trotz klarer Datenlage, trotz eindeutiger Hinweise seitens der Betroffenen und Behandler\*innen werden die Verantwortlichen

nicht müde, mit fadenscheinigen Argumenten, Falschbehauptungen und Anschuldigungen dringend nötige Verbesserungen in der Versorgung zu blockieren und verhindern. Dabei wird in Kauf genommen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen zu spät oder gar nicht versorgt werden können, dass sie ihre Arbeitsplätze aufgrund der psychischen Erkrankung verlieren, frühberentet werden und Leid ertragen müssen – durch eine Erkrankung, die sich sehr gut psychotherapeutisch behandeln ließe, wenn es mehr Behandlungsplätze gäbe. Deshalb werden wir uns weiter einsetzen und haltlose Anschuldigungen und Unterstellungen, die nur dazu dienen sollen, nichts ändern zu müssen, scharf zurückweisen. Die Bundesregierung hat die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in den Koalitionsvertrag aufgenommen. Dieses Versprechen muss eingelöst werden und zwar schnell. Alle Patient\*innen haben ein Recht auf eine angemessene, leitliniengerechte Behandlung, die zeitnah erfolgt und nicht erst nach monatelanger qualvoller Wartezeit.

Herzliche Grüße

Ihre Heike Winter  
Präsidentin

## Neue Weiterbildungsordnung beschlossen Bericht zur 4. Delegiertenversammlung der fünften Wahlperiode

Die Delegiertenversammlung (DV) der Psychotherapeutenkammer Hessen (PTK Hessen) hat am 16. Juli 2022 mit 96 Prozent der Stimmen die neue Weiterbildungsordnung (WBO) für Psychotherapeut\*innen verabschiedet. Damit ist der letzte Schritt auf dem langen Weg der Ausbildungsreform begangen. Nach Freigabe durch das Hessische Mi-

nisterium für Soziales und Integration kann die Weiterbildungsordnung zum 1. Januar 2023 in Kraft treten.

Auf Kammerseite steht im nächsten Schritt die konkrete Umsetzung der Weiterbildungsordnung in Richtlinien und Anforderungen an. Musterrichtlinien sollen auf dem nächsten Deutschen

Psychotherapeutentag vorgestellt und diskutiert werden. Daran wird sich die PTK Hessen orientieren. In diesem Kontext wurde auch das geplante Logbuch angesprochen, eine analoge oder digitale Dokumentation der Weiterbildung. Aktuell ist noch nicht absehbar, wann dieses realisiert werden kann.



*DV der PTK Hessen nach Verabschiedung der WBO für Psychotherapeut\*innen in Wiesbaden*

Der Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentags in 2014 gab den offiziellen Anstoß zur Reform. Ziel war es insbesondere, eine bundeseinheitliche staatliche Ausbildung mit Approbationsstudium und anschließender Fachqualifikation in einer Weiterbildung zu etablieren, analog zur Medizin. Mit der Verabschiedung des neuen Psychotherapeutengesetzes und der Approbationsordnung in 2019 wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen. Darin wurden die Inhalte und die Durchführung des neuen Psychologiestudiums mit Schwerpunkt Psychotherapie geregelt. Für die nach dem Approbationsstudium zu absolvierende Weiterbildung zur Erlangung der Fachkunde wurde zunächst 2021 die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) durch den Deutschen Psychotherapeutentag beschlossen. Aufbauend darauf haben der Vorstand, die Delegierten, die Ausschussmitglieder und weitere engagierte Funktionäre der PTK Hessen in den vergangenen Monaten die hessische Weiterbildungsordnung erarbeitet.

### **Eckpunkte der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen**

Die WBO regelt die Qualifikation der nach neuem Recht approbierten Psychotherapeut\*innen und orientiert sich an den Vorgaben des hessischen Heilberufsgesetzes. Das Heilberufsgesetz enthält die Ermächtigung, Wei-

terbildungsordnungen als autonomes Recht der Landeskammern zu erlassen. Es setzt damit die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Art, Inhalt, Dauer und den zeitlichen Ablauf der Weiterbildung.

Im Abschnitt A Paragrafenteil der WBO für Psychotherapeut\*innen wird festgelegt, dass die Weiterbildung in drei verschiedenen Gebieten erfolgt:

**Psychotherapeut\*in  
für Kinder und Jugendliche  
Psychotherapeut\*in für Erwachsene  
Neuropsychologische\*r  
Psychotherapeut\*in**

Sie muss hauptberuflich und angemessen vergütet absolviert werden, wobei die Zeiten der Theorievermittlung, Supervision und Selbsterfahrung in der bezahlten Arbeitszeit integriert sind. Der Umfang der Tätigkeit beträgt im stationären Teil der Weiterbildung mindestens 50 Prozent einer Vollzeittätigkeit, während des ambulanten Teils der Weiterbildung mindestens 25 Prozent einer Vollzeittätigkeit.

Die Weiterbildung erfolgt unter verantwortlicher Leitung ermächtigter Psychotherapeut\*innen in fachlich weisungsabhängiger Stellung an zugelassenen Weiterbildungsstätten. Die Voraussetzungen für die Erlangung der Ermächtigung für Psychotherapeut\*innen

und Weiterbildungsstätten werden in Abschnitt A, dem Paragrafenteil, definiert. Die Ermächtigungen sind auf sieben Jahre befristet und können auf Antrag verlängert werden. Zugelassene Weiterbildungsstätten können zur Durchführung der Weiterbildung miteinander kooperieren und zudem auch mit Weiterbildungsinstituten, sodass die Theorie, die Selbsterfahrung sowie die Supervision durch das Institut angeboten werden kann.

Die absolvierten Weiterbildungsteile sind von dem\*der Psychotherapeut\*in in Weiterbildung (PtW) schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und von der\*dem Ermächtigten zu bestätigen. Am Ende der Weiterbildungszeit findet eine halbstündige mündliche Prüfung vor einem dreiköpfigen, von der Psychotherapeutenkammer berufenen Prüfungsausschuss statt.

### **Neues Weiterbildungsgebiet: Neuropsychologische Psychotherapie**

Bei der Neuropsychologischen Psychotherapie handelt es sich um ein Weiterbildungsgebiet, das Inhalte aufnimmt, die in der Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut\*innen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen (KJP) bisher nur als Zusatzweiterbildung möglich war. Inhalte sind die Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von kognitiven, behavioralen und emotional-affektiven Störungen infolge/bei Verletzungs- oder erkrankungsbedingten Hirnfunktionsstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.

Dabei gibt es Besonderheiten: Zum einen handelt es sich um ein altersübergreifendes Gebiet und zum anderen wird die Verbindung mit einem Verfahren vorgegeben, das die\*der PtW auswählt. Zusätzlich können bis zu 12 Monate der Weiterbildung in einem anderen Gebiet eingebracht werden.





Dr. Heike Winter, Kammerpräsidentin, unterschreibt die verabschiedete WBO.

„Mit der Verabschiedung der Weiterbildungsordnung feiern wir einen historischen Moment, auf den wir zehn Jahre hingearbeitet haben. Im Namen des Vorstandes danke ich allen Delegierten für die gute Zusammenarbeit und die konstruktiven Diskussionen. Wir haben gemeinsam einen wichtigen Meilenstein für die Zukunft unseres Berufsstandes erreicht,“ betont Dr. Heike Winter, Präsidentin der PTK Hessen.

## Anforderungen der Weiterbildung in Kürze

Die Anforderungen an die Weiterbildung in den jeweiligen Gebieten und die gebietsübergreifenden Anforderungen werden in Abschnitt B definiert.

### Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

Mindestens 60 Monate bei Vollzeitweiterbildung, davon

- mindestens 24 Monate in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche
- mindestens 24 Monate in Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik, Suchtrehabilitation oder weiteren Einrichtungen der (teil-)stationären psychotherapeutischen Versorgung, davon mindestens 12 Monate in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche
- bis zu 12 Monate in weiteren institutionellen Bereichen
- bis zu 12 Monate in einem anderen Gebiet
- Diagnostik und Behandlung in (mindestens) einem in der Weiterbildung vertieften wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren

### Psychotherapie für Erwachsene

Mindestens 60 Monate bei Vollzeitweiterbildung, davon

- mindestens 24 Monate in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Erwachsene
- mindestens 24 Monate in Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik, Suchtrehabilitation oder weiteren Einrichtungen der (teil-) stationären psychotherapeutischen Versorgung
- bis zu 12 Monate in weiteren institutionellen Bereichen
- bis zu 12 Monate in einem anderen Gebiet
- Diagnostik und Behandlung in (mindestens) einem in der Weiterbildung vertieften wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren

### Neuropsychologische Psychotherapie

Mindestens 60 Monate bei Vollzeitweiterbildung an zugelassenen Weiterbildungsstätten oder Verbänden der neuropsychologischen Versorgung, davon

- mindestens 12 Monate in einer stationären/teilstationären Einrichtung und mindestens 12 Monate in einer multidisziplinär arbeitenden Einrichtung
- mindestens 24 Monate in einer ambulanten Einrichtung
- bis zu 12 Monate in weiteren institutionellen Bereichen
- bis zu 12 Monate in einem anderen Gebiet

Abschnitt C regelt die Fachkenntnisse und Handlungskompetenzen für den Fachpsychotherapeutenstandard, wie er im Rahmen der Gebietsweiterbildungen in mindestens einem Psychotherapieverfahren vertieft erworben werden muss. Dazu gehören:

- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

## Welche Zusatzweiterbildungen gibt es in der neuen WBO?

Im Abschnitt D der WBO werden die Zusatzweiterbildungen geregelt, die nach Abschluss der Weiterbildung erlangt werden können. Dazu zählen sowohl Bereiche als auch Verfahren. Im Unterschied zur MWBO der Bundespsychotherapeutenkammer, enthält die WBO der PTK Hessen im Abschnitt D zusätzlich das Psychotherapieverfahren „Gesprächspsychotherapie Erwachsene“. Wie bereits in der WBO für PP und KJP, wird die Gesprächspsychotherapie für Erwachsene in Hessen weiterhin zur vertieften Ausbildung empfohlen und damit berufsrechtlich anerkannt.

### Bereiche

- Spezielle Psychotherapie bei Diabetes
- Spezielle Schmerzpsychotherapie
- Sozialmedizin

### Verfahren

- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Gesprächspsychotherapie Erwachsene

## Finanzierung der Weiterbildung

Wie Kammerpräsidentin Dr. Heike Winter berichtete, bleibt die Finanzierung der Weiterbildung sowohl für die Psychologischen Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen sowie für die Psychotherapeut\*innen ungeregelt. Bislang ist ausschließlich im Heilberufegesetz und in der Weiterbildungsordnung die Hauptberuflichkeit und eine „angemessene Vergütung“ verankert. Die PTK Hessen will eine Integration der Weiterbildung der Psychotherapeut\*innen ins Hessische Krankenhausgesetz erreichen, um die Krankenhäuser analog zur ärztlichen Weiterbildung in die stationäre Weiterbildungsverantwortung einzubeziehen. Darüber hinaus sollen insbesondere zwei Paragraphen im SGB V ver-

ändert werden (§ 120 und § 75a) und damit eine gesetzliche Basis für die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung durch die Krankenkassen erzielt werden.

## Resolutionen

Insgesamt drei Resolutionen hat die DV im Rahmen der Sitzung verabschiedet. Unter dem Titel „Weiterbildung von Psychotherapeut\*innen im Hessischen Krankenhausgesetz ver-

ankern“ fordert die PTK Hessen einen gesetzlichen Auftrag zur Weiterbildung für Psychotherapeut\*innen, um eine Refinanzierung dieser Weiterbildung für Kliniken in Hessen in Entgeltverhandlungen zu unterstützen. Mit Blick auf die geplante Beschleunigung der Digitalisierung sowie eine Änderung der Regelung im Umgang mit der elektronischen Patientenakte hin zu einer Opt-Out- anstatt einer Opt-In-Lösung, spricht sich die Kammer in einer weiteren Resolution für den Datenschutz aus:

„Gesundheitsbezogene Daten müssen geschützt bleiben!“. Zuletzt fordert die Kammer, dass die Arbeitsleistung von Psychotherapeut\*innen in Ausbildung durch eine angemessene Vergütung entsprechend der tariflichen Eingruppierung des akademischen Grundberufes (basierend auf dem vorausgegangenen Studienabschluss) erfolgen muss. Alle Resolutionen finden Sie auf der Webseite der Kammer im Bereich Medien und Politik.

## Vorreiter Hessen: Gesprächspsychotherapie in neue WBO aufgenommen

Als erste Landeskammer hat Hessen die Gesprächspsychotherapie in die neu verabschiedete Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen als zusätzliches Psychotherapieverfahren in die Bereichsweiterbildung aufgenommen. Dieser Schritt wurde von allen Fraktionen unterstützt. Die Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie wurde analog zu den Regelungen der Bereichsweiterbildung in Psychotherapieverfahren der neuen MBWO formuliert. Die vertieften Fachkenntnisse orientieren sich an den Inhalten der hessischen WBO für Psychologische Psychotherapeut\*innen, damit die hessische Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie für beide Berufe vergleichbar bleibt.

In Hessen wurde die Gesprächspsychotherapie im Oktober 2010 erstmals als Bereichsweiterbildung für Psychologische Psychotherapeut\*innen in die WBO aufgenommen. In Rheinland-Pfalz bereits im Jahr 2004. Im November 2012 folgte die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in die MWBO.

Im Dezember 2017 entstanden nach einem Gutachten des Wissenschaftli-

chen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Humanistischen Psychotherapie Turbulenzen rund um das Thema Gesprächspsychotherapie. Der WBP hatte das Verfahren 15 Jahre zuvor, im Jahr 2002 nach langjähriger Prüfung zur vertieften



© WavebreakMediaMicro

Ausbildung empfohlen. Die Entscheidung beruhte darauf, dass der Beirat die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie festgestellt hatte, unter anderem im Anwendungsbereich „Angststörungen“. Im Rahmen der Begutachtung der Humanistischen Psychotherapie nahm der WBP dann eine erneute Prüfung der Gesprächspsychotherapie nach einer späteren Version seines Methodenpapiers vor. Dabei wurde nochmals

die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie für mehrere Anwendungsbereiche festgestellt. Die Empfehlung zur vertieften Ausbildung nahm der Beirat allerdings zurück. Als Begründung führte er an, dass die Kriterien für die Empfehlung nicht mehr erfüllt seien, da ein Wirksamkeitsnachweis im Anwendungsbereich „Angststörungen“ fehle.

Das IMPP (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen) konstatierte in der Einleitung zum 2019 aktualisierten Gegenstandskatalog, dass die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie trotz Neubeurteilung durch den WBP grundsätzlich weiterhin bestehe und nahm deshalb für die schriftlichen Prüfungen im Ausbildungsgang für Psychologische Psychotherapeut\*innen zusätzliche Fragen zur Gesprächspsychotherapie auf. Mittlerweile wurde dem WBP zudem eine aktuelle RCT-Studie nachgereicht, die die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie im Bereich „Angststörungen“ belegt.

### 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

## 22 Jahre Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Bereits seit 22 Jahren begleitet die PKN ihre Mitglieder durch den beruflichen Alltag. Das feierte die Kammer am 22. Juni 2022 mit rund 100 Gästen aus Politik, Gesundheitswesen sowie der Psychotherapeutenchaft im Gartensaal des Neuen Rathauses in Hannover.



Die drei Präsident\*innen der PKN: Roman Rudyk, Gertrud Corman-Bergau und Prof. Dr. Lothar Wittmann.

Die Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahr 1999 markiert die Geburtsstunde der Psychotherapeutenkammern in Deutschland. Im Jahr 2000, kurz nachdem das

Gesetz in Kraft getreten war, gründete sich die niedersächsische Kammer als eine der ersten im Land. Das wurde an diesem Abend gewürdigt: In Grußworten und Reden von Staatsministerin

Dr. Sabine Johannsen, PKN-Präsident Roman Rudyk und Gerrit Holzapfel aus dem Niedersächsischen Sozialministerium sowie einem zum Nachdenken anregenden Beitrag von Kabarettist Florian Schroeder. Anschließend folgte der informelle Teil, bis spät in die Nacht saßen die Gäste zusammen, tauschten sich aus und vernetzten sich.

### Wegbegleiter und Türöffner

Zwei Präsidenten und eine Präsidentin haben seit der Gründung die Geschichte der Kammer geleitet: Prof. Dr. Lothar Wittmann (2000–2010), Gertrud Corman-Bergau (2010–2015) und Roman Rudyk (seit 2015). Alle drei waren an diesem Abend beim Festakt dabei. Viele Änderungen und Neuerungen haben die Arbeit der Kammer in all den Jahren geprägt. Vor allem aber hat das Berufsbild der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Aufwertung erfahren und stark an Profil gewonnen. Das wurde an diesem lauen Sommerabend gewürdigt – mit gutem Essen, schöner Musik und interessanten Gesprächen.



V. l. n. r.: Kabarettist Florian Schroeder, Gäste im Gespräch. Eine Fotogalerie des Abends finden Sie auf der Homepage unter [www.pknds.de/aktuelles/22-jahre-pkn-eine-bildergalerie/](http://www.pknds.de/aktuelles/22-jahre-pkn-eine-bildergalerie/) (alle Fotos: AL-Jammali, Fokuspokus Media)

## Neuer Internetauftritt der PKN

Seit dem 16. Juni 2022 ist die PKN mit einer komplett überarbeiteten Internetseite im Netz vertreten. In neuem Design und mit einer aufgeräumten Navigation präsentiert die Kammer nun ihre Inhalte. Die vier Säulen – Ratsuchende, Mitglieder, Aktuelles und Kammer – leiten die Nutzerinnen und Nutzer durch die Seiten. Jeder dieser Rubriken ist eine Farbe zugeordnet, sodass die Orientierung zusätzlich erleichtert wird.

Unter Ratsuchende (grün) finden Patientinnen und Patienten umfassende Informationen zur Psychotherapie, Verfahren und dazu, wo sie Hilfe finden. Die Rubrik Mitglieder (gelb) richtet sich an die Kammermitglieder. Hier finden sie alle relevanten Aspekte rund um die Profession: von der Kammermitgliedschaft über die Aus-, Fort- und Weiterbildung bis hin zu relevanten Themen, wie der Digitalisierung. Unter Aktuelles (blau) hält die Kammer ihre Mitglieder auf dem Laufenden bezüglich den Berufsstand betreffenden Änderungen. Hier finden sich aber auch Resolutionen, Pressemitteilungen sowie die Länderseiten des Psychotherapeutenjournals. Und letztendlich sind alle Aspekte rund um die Kammer (rot) zusammengetragen: die Satzungen und Ordnungen, der Kontakt zur Geschäftsstelle sowie die Zusammensetzung der Kammerversammlung sind hier unter anderem zu finden.

Auch einige Änderungen gibt es. So heißt das ehemalige „Schwarze Brett“ jetzt „Stellenmarkt, Praxisbörse & Interventionsgruppen“, hier können Mitglieder jetzt ihre Anzeigen selbst eingeben. Und wichtige, häufig aufgerufene Seiten wie die Veranstaltungen oder Satzungen und Ordnungen sind auch auf der Startseite verlinkt, sodass man sie schnell erreichen kann.



Das Aussehen ist neu, die Adresse bekannt: Auch die neue Internetseite der PKN ist unter [www.pknds.de](http://www.pknds.de) erreichbar. Farben erleichtern die Orientierung – Ratsuchende = grün, Mitglieder = gelb, Aktuelles = blau und Kammer = rot. (Foto: Screenshot)

### PVW: Wahl zur Delegiertenversammlung 2022

Das Psychotherapeutenversorgungswerk (PVW) hat turnusgemäß die Mitglieder der Delegiertenversammlung gewählt.

Am 24. Juni 2022 hat der Wahlausschuss das Ergebnis der Wahl festgestellt.

Das Wahlergebnis finden Sie auf den Webseiten des PVW:

[www.p-v-w.eu/images/stories/download/Allg\\_downloads/Wahlergebnis-2022.pdf](http://www.p-v-w.eu/images/stories/download/Allg_downloads/Wahlergebnis-2022.pdf)

## Datenschutz im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen stellen sich regelmäßig datenschutzrechtliche Fragen: Wie lange dürfen oder müssen Patientenakten gespeichert werden? Muss ich Patientinnen und Patienten Auskünfte aus ihrer Patientenakte erteilen? Darf ich WhatsApp in der beruflichen Kommunikation nutzen?

Jetzt hat die Landesbeauftragte für Datenschutz Niedersachsen (LfD) die häufigsten Fragen und Antworten überarbeitet und in der „DSGVO im Gesundheitsbereich Version 2.0“ zusammengestellt. Hier sind auch die Fragen und Sachverhalte eingeflossen, die in den letzten Jahren der Behörde

gestellt wurden. Die FAQs stehen als PDF zum Download auf der Homepage der PKN bereit: [www.pknds.de/aktuelles/datenschutzrechtliche-fragen-im-gesundheitswesen/](http://www.pknds.de/aktuelles/datenschutzrechtliche-fragen-im-gesundheitswesen/)

## Psychotherapie mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Am 25. Mai 2022 fand die erste Fortbildung mit der neuen PKN-Vorstandsbeauftragten Annika Kleischmann zum Thema „Psychotherapie mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ statt. Bei der Online-Veranstaltung ging die Dozentin auf die Besonderheiten bei der Behandlung ein. So unterscheiden sich die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie erheblich vom sonstigen Alltag in der psychotherapeutischen Praxis. Doch das sollte kein Grund sein, sich der Aufgabe nicht zu stellen.

Die Diagnostik gestaltet sich anfangs schwieriger als bei anderen Patientinnen und Patienten, da einige Verhaltenswei-

sen vorschnell der Intelligenzminderung zugeschrieben werden können oder sich Symptome überlagern. Daher ist eine Einordnung der Intelligenzminderung (unterdurchschnittliche Intelligenz – IQ unter 70) notwendig. Nur so können Defizite in der Anpassungsfähigkeit erfasst werden und eine Einschätzung erfolgen, wie sich der Schweregrad der Intelligenzminderung in der kognitiven und emotionalen Entwicklung der Menschen widerspiegelt.

Auch die Behandlungsmöglichkeiten unterscheiden sich erheblich vom sonstigen Alltag in der psychotherapeutischen Praxis. Unter anderem ist

die Motivation der Patientinnen und Patienten zu klären, da in der Regel die Kontaktaufnahme durch Bezugspersonen erfolgt. Auch die Therapie findet unter Einbeziehung Dritter, wie Betreuerinnen und Betreuer oder Angehörige, statt. Die Maßnahmen wiederum sind auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt: Visualisierungen wie Collagen, Piktogramme, Flipcharts, einfache Sprache und aktivierende Elemente werden genutzt. Nicht zuletzt kann Supervision hilfreich für Therapeutinnen und Therapeuten sein, da es häufig zu einer stärkeren und schnelleren Bindung mit den Patientinnen und Patienten kommt.

### Geschäftsstelle

Leisewitzstraße 47  
30175 Hannover  
Tel.: 0511/850304-30  
Fax: 0511/850304-44  
info@pknds.de  
www.pknds.de

## Regionalversammlung für den Regierungsbezirk Detmold am 2. Juni 2022

Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hatte die Kammermitglieder aus dem Regierungsbezirk Detmold für den 2. Juni 2022 zur Regionalversammlung eingeladen. Rund 45 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nutzten die Gelegenheit, sich auf der Online-Veranstaltung über aktuelle berufspolitische Entwicklungen und die Aktivitäten der Kammer auf Landes- und Bundesebene zu informieren.

### Versorgungsplanung

Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, begrüßte die Kammerangehörigen, die teilnehmenden Vorstandsmitglieder und das Organisationsteam der Geschäftsstelle. In seinem Vortrag erläuterte er die Ursachen und Auswirkungen der Defizite in der psychotherapeutischen Versorgungsplanung in Nordrhein-Westfalen. Der Vorstand der Kammer setze sich entschieden dafür ein, dass der Gesetzgeber und die Kostenträger mögliche Maßnahmen umsetzen, um die erheblichen Defizite der Versorgung mit Psychotherapie auszuräumen. Denkbar seien unter anderem Ermächtigungen, höhere Leistungsobergrenzen für die Praxen und eine zügige Bewilligung von Anträgen auf Kostenerstattung nach Paragraph 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Diskussionen hierzu seien zäh, allerdings fühle sich die Kammer bei diesem Thema mittlerweile vom Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Soziales (MAGS) Nordrhein-Westfalen gut unterstützt.

Ein weiteres Anliegen des Vorstands sei die Verstärkung präventiver und unterstützender psychosozialer Maßnah-

men für Kinder, Jugendliche und Familien, erklärte Gerd Höhner. Insbesondere müsse die fachliche Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Jugendämtern und Beratungsstellen gefördert werden. Die Profession sei bereit, im Rahmen von Fortbildungen und Supervision fachlich zu unterstützen. Nachbesserungsbedarf durch den Gesetzgeber sehe man zudem auch bei der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSV-Psych-RL). Mit den aktuellen Regelungen sei eine ausreichende „Komplexversorgung“ der betroffenen Patientinnen und Patienten nicht zu erreichen, kritisierte Gerd Höhner.

Ein erfreuliches Thema sei, dass wesentliche Forderungen der Kammer im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien auf Bundesebene verankert wurden. Dies betreffe unter anderem das Anliegen, im stationären Bereich eine bedarfsgerechte Personalausstattung und eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung zu erreichen.

### Muster-Weiterbildungsordnung

Vorstandsmitglied Barbara Lubisch stellte die Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor. Mit den ergänzenden Beschlüssen auf dem Deutschen Psychotherapeutentag im Mai 2022 sei sie auf Bundesebene formal fertiggestellt. Berufsstand und Länderkammern müssten nun die operative Umsetzung der Weiterbildung vorantreiben. Allem voran müssten offene Finanzierungsfragen geklärt werden. Der Vorstand der



Gerd Höhner

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen sei zu den anstehenden Themen in gutem Austausch mit den jeweiligen Ansprechpersonen und man arbeite daran, die Weiterbildungsordnung Nordrhein-Westfalen zügig verabschieden zu können.

### Digitalisierung

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, stellte Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis dar. Ein großer Themenkomplex sei die Telematikinfrastruktur. Bei den bereits verfügbaren oder geplanten Anwendungen sei vieles noch unausgereift. Der Vorstand der Kammer mahne daher an, Maßnahmen zur Digitalisierung vernünftig zu planen und nur reibungslos funktionierende Komponenten auszurollen. Ein zweiter Schwerpunkt sei der Einsatz von In-

ternetanwendungen und Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Psychotherapie. Die Profession sehe auch hier Fragen, Herausforderungen und Kritikpunkte, etwa die Regelung,

dass Krankenkassen selbst DiGA an ihre Versicherten abgeben können. Drittens stünden Datenschutz und Datensicherheit im Fokus. Hier müsse dringend mehr Sorgfalt angewendet werden.

Insgesamt bleibe es für die Profession eine wichtige Aufgabe, sich an der Meinungsbildung zu diesen Themen zu beteiligen und die Entwicklung kritisch zu begleiten.

## Sitzung der Kammerversammlung am 21. Mai 2022

Die 6. Sitzung der 5. Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen fand am 21. Mai 2022 online statt. Kammerpräsident Gerd Höhner begrüßte die Kammerversammlungsmitglieder und den Vorstand, die zugeschalteten drei Sprecherinnen der PiA-Vertretung (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung) NRW und das Team der Geschäftsstelle. In einem Nachruf würdigte er den am 31. Januar 2022 verstorbenen Peter Müller-Eikermann als sehr geschätzten, auf Landes- und Bundesebene engagierten Kollegen. Die Kammerversammlungsmitglieder nahmen in einer Schweigeminute von Peter Müller-Eikermann Abschied.

Gerd Höhner hielt fest, dass mit den erfolgten Änderungen im Heilberufsgesetz (HeilBerG) NRW die Kammer nun auch für nach neuem Recht approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zuständig sei. Weitere Änderungen im HeilBerG seien ebenfalls im Sinne der Profession umgesetzt worden. Auf einen ausführlichen Bericht des Vorstandes wurde verzichtet, um für die Tagesordnungspunkte „Muster-Weiterbildungsordnung“ und „Weiter-

bildungsordnung Nordrhein-Westfalen“ ausreichend Diskussionszeit zur Verfügung zu haben. In der Aussprache zum schriftlichen Vorstandsbericht kommentierten Kammerversammlungsmitglieder berufspolitische Entwicklungen und die Aktivitäten des Vorstandes und brachten Statements zu aktuellen Themen ein.

### Änderungen in Satzung und Ordnungen

Die Kammerversammlung beschloss in ihrer Sitzung Änderungen in der Satzung der Kammer. Nach neuem Recht approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden als Kammerangehörige in die Satzung aufgenommen. Zudem wurden die Vorgaben zu den Wahlen zur Kammerversammlung und für den Vorstand entsprechend der Änderungen im Heilberufsgesetz angepasst. Die Berufsordnung wurde dahingehend geändert, dass die Kammer auch über die neue Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Berufsaufsicht ausübt. Für die Fortbildungsordnung beschloss die Kammerversammlung, die Übergangsregelung zur Akkreditierung von Online-

Fortbildungen mit Live-Charakter bis zum 31. Dezember 2024 zu verlängern.

In der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wurde klar gestellt, dass sich die bisherigen Regelungen ausschließlich auf die Weiterbildung von und durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Des Weiteren wurde ein neuer Bereich „Sozialmedizin“ eingefügt. In die Gebührenordnung wurde eine Ziffer eingebracht, nach der ab dem 1. Januar 2023 die Fachsprachenprüfung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abgerechnet werden kann.

### Vorschläge zur Einbindung der PiA-Vertretung NRW

Die Kammerversammlung hatte den Ausschuss Satzung, Berufsordnung und Berufsethik der Kammer Ende 2021 beauftragt, Regelungsvorschläge für die Satzung und die Geschäftsordnung der Kammer hinsichtlich der Ein-



Mitglieder des Vorstandes und der Kammerversammlung während der Sitzung an ihren Bildschirmen

beziehungsmöglichkeit von Mitgliedern der PiA-Vertretung NRW zu entwickeln und der Kammerversammlung zur Beratung vorzulegen. Julia Leithäuser, Vorsitzende im Ausschuss Satzung, Berufsordnung und Berufsethik, stellte die Arbeitsergebnisse hierzu vor. Sie beinhalten, dass die als PiA-Vertretung NRW gewählten Personen als Gäste mit Rederecht zu den Sitzungen der Kammerversammlung eingeladen werden. Zudem soll die Kammerversammlung ihre Teilnahme an Ausschusssitzungen beschließen können – abgesehen von Sitzungen des Finanzausschusses. Gerd Höhner kündigte im Anschluss an die Aussprache an, man wolle die diskutierten Überlegungen im nächsten Schritt der Aufsichtsbehörde vorlegen.

### Reform der Psychotherapeutenaus- und -weiterbildung

Die Kammerversammlung beschäftigte sich ausführlich mit der Reform der Psychotherapeutenaus- und -weiterbildung. Gerd Höhner beschrieb die Muster-Weiterbildungsordnung als ein flexibles, zukunftsfähiges System. Es bilde die gesamte Breite des Berufsbildes und der neuen Anforderungen der Versorgung ab und würde der Profession berufliche Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen. Gleichzeitig werde man der Nachfrage psychotherapeutischer Leistungen in Bereichen wie der Jugendhilfe oder der Rehabilitation gerecht. Die Landeskammern seien nun mit der praktischen Errichtung der Weiterbildungsstrukturen befasst. Dabei wolle man bundesweit zu möglichst einheitlichen Regelungen kommen. Ziel sei, die Weiterbildungsordnung Nordrhein-Westfalen in der nächsten Sitzung der Kammerversammlung zu beschließen. Die Vorstandsmitglieder Hermann Schürmann, Oliver Kunz und Barbara Lubisch stellten die Abschnitte der Muster-Weiterbildungsordnung vor. Dr. Jürgen Tripp, Vorsitzender im Ausschuss Aus- und Weiterbildung im Rahmen der Ausbildungsreform, fasste die Aufgaben zusammen, mit denen sich die Kammer befassen müsse, nachdem

man die Weiterbildungsordnung Nordrhein-Westfalen beschlossen habe.

Hermann Schürmann informierte über den Sachstand bei der Errichtung einer Kommission „Psychotherapie im institutionellen Bereich“ der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. In der Jugendhilfe oder in Beratungsstellen tätige Kammermitglieder hätten bei einem Workshop der Kammer zu der Thematik am 23. März 2022 erfreulich großes Interesse gezeigt. Derzeit laufe die Rückmeldefrist für die Mitglieder, die man konkret zur Mitarbeit in der Kommission angesprochen habe. Vorstandsmitglied Bernhard Moors berichtete über den vom Vorstand organisierten Großen Ratschlag „Qualitätssicherung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ am 30. März 2022. Die Veranstaltung habe verdeutlicht, dass die Qualitätssicherung eng mit der psychotherapeutischen Dokumentation zusammenhänge. Wesentlich sei, dass sie in der Praxis nicht zu bürokratischen Erschwernissen und doppelter Arbeit führe. Der Ansatz, ein Qualitätssicherungsverfahren vor der flächendeckenden Implementierung zunächst zu erproben, werde von der Kammer unterstützt. Ein weiterer Punkt auf der Versammlung waren Berichte aus den Ausschüssen und den Kommissionen.

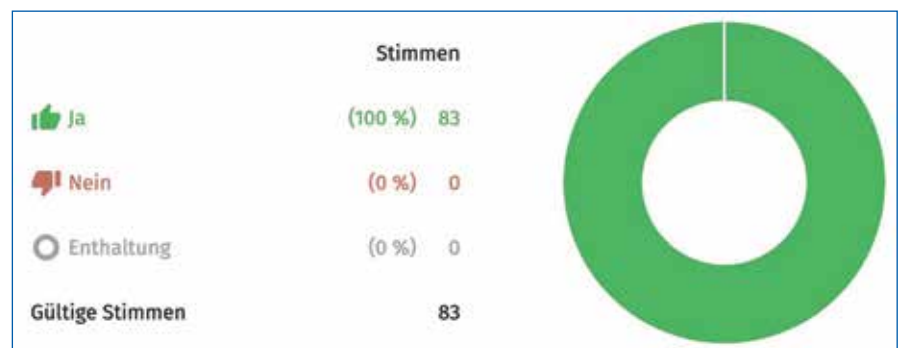
### Wahlen und Resolutionen

Unter dem Tagesordnungspunkt „Wahlen“ wurde Dr. Georg Kremer (Fraktion

PsychotherapeutInnen OWL) als neues Mitglied für den Finanzausschuss der Bundespsychotherapeutenkammer gewählt. Stellvertretendes Mitglied im Bundesfinanzausschuss wurde Bettina Tietz-Roder von der Fraktion PsychotherapeutInnen NRW (PtNRW). Benjamin Schreiner wurde für die Fraktion PsychotherapeutInnen NRW (PtNRW) als stellvertretendes Mitglied in den Finanzausschuss der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen gewählt. Anke Judtka wurde neue Delegierte der Fraktion für den Deutschen Psychotherapeutentag (DPT), Annegret Stäwen, ebenfalls Fraktion PsychotherapeutInnen NRW (PtNRW), nahm die Wahl als stellvertretende DPT-Delegierte an.

Die Kammerversammlung diskutierte zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen und verabschiedete jeweils mit großer Mehrheit fünf Resolutionen zu den Themen „Komplexversorgung“, Krieg in der Ukraine, Sprachmittlung, Qualitätssicherung und der Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung. Die Resolutionstexte können im Pressebereich auf [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de) abgerufen werden.

Zum Abschluss dankte Kammerpräsident Gerd Höhner allen Beteiligten und dem Organisationsteam für die gute Vorbereitung der Sitzung, den offenen Austausch und die konstruktiven Beiträge.



Abstimmungsergebnis zur Finanzierung der Weiterbildung



## Tag der Neuapprobierten am 30. April 2022

Der online durchgeführte „Tag der Neuapprobierten“ der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen fand mit rund 180 Anmeldungen in diesem Frühjahr erneut großes Interesse. Gerd Höhner, Präsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, begrüßte die neuen Kammermitglieder, die zugeschalteten Vorstandsmitglieder, die Referenten und das Team der Geschäftsstelle. Einleitend stellte er die Kammer als berufliche Selbstverwaltung vor und beschrieb grundlegende Kammeraufgaben. Mit Blick auf berufspolitische Entwicklungen ging er auf die Perspektiven des Berufsstandes durch die Aus- und Weiterbildungsreform ein. Die Kammer sei derzeit intensiv mit der Umsetzung der Weiterbildung auf Landesebene befasst. Des Weiteren erläuterte Gerd Höhner die Ursachen und die Auswirkungen der Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Die Kammer verfolge die damit verbundenen Fragestellungen intensiv. Abschließend erläuterte er die Mitte April 2022 in Kraft getretenen Änderungen im nordrhein-westfälischen Heilberufsgesetz (HeilBerG). Mit den neuen Regelungen seien wesentliche Anliegen der Profession erfüllt und die Kammer nun für alle drei Berufsgruppen zuständig.

Jens Mittmann, Leiter der Abteilung Mitgliederbetreuung/Leistungsverwaltung des Versorgungswerks der Kammer, gab einen Überblick über die Aufgaben und die Leistungen des berufsständischen Versorgungswerks. Maxi-

milian Weller, Praxisberater im Geschäftsbereich Sicherstellungspolitik und -beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, beschrieb die Voraussetzungen und Bedingungen für die Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung und Möglichkeiten der Berufstätigkeit.

### Perspektiven der Berufstätigkeit

Dr. Georg Kremer, Psychologischer Psychotherapeut aus Bielefeld und Vorsitzender des Ausschusses Psychotherapie in Krankenhaus und Rehabilitation der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, zeigte das Spektrum an Einsatzfeldern in Kliniken, Beratungsstellen und Fachdiensten sowie in der Jugendhilfe auf. Insgesamt seien die beruflichen Möglichkeiten für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anstellung vielfältiger denn je. Weitere Informationsquellen zur Berufstätigkeit im Angestelltenverhältnis seien das Fortbildungsangebot und die Veranstaltungsreihe „Angestellte im Fokus“ der Kammer.

Andreas Pichler, Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, erläuterte Bedingungen und Perspektiven der Berufstätigkeit in der Niederlassung. Sich mit einer Kassenpraxis niederzulassen, sei derzeit in der Regel nur durch die Übernahme einer bestehenden Praxis realisierbar. Dabei gestalte sich eine Übernahme mitunter langwierig. Insofern sei es ratsam, bei

entsprechenden Plänen weitere Varianten für das berufliche Fortkommen zu erwägen, etwa Tätigkeiten im Jobsharing. Wer mit dem Gedanken spiele, eine Privatpraxis zu eröffnen, täte gut daran, sich parallel um weitere berufliche Standbeine zu kümmern, empfahl Andreas Pichler. Dies sei auch ratsam, da bei der Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen von Privatpraxen gemäß Kostenerstattung nach Paragraph 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) weiterhin eklatante Probleme bestünden. Die Kammer sei hierzu aktiv und fordere die Krankenkassen auf, ihr oft bürokratisches und ablehnendes Verhalten in der Antragsbearbeitung abzulegen.

Gerd Höhner dankte abschließend den Referenten, seinen Kolleginnen und Kollegen im Vorstand und der Geschäftsstelle für die gelungene Informationsveranstaltung. Den Neuapprobierten wünschte er viel Erfolg und Freude in ihrem Beruf.

Die Präsentationen der Vorträge können auf [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de) über den Veranstaltungsbericht in der Rubrik „Aktuelles“ abgerufen werden.

### Geschäftsstelle

Willstätterstraße 10  
40549 Düsseldorf  
Tel.: 0211/522847-0  
Fax: 0211/522847-15  
info@ptk-nrw.de  
[www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de)

## 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. September 2013 gebe ich bekannt:

Frau Meike Dunemann, Wahlkreis Köln, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Vorschlag „Bündnis KJP“ hat am 25.05.2022 ihr Mandat in der Kammerversammlung niedergelegt.

Nachgerückt ist Frau Helma Höllermann, Wahlkreis Köln, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Vorschlag „Bündnis KJP“

Gez. Dr. jur. Peter Abels  
Hauptwahlleiter

## Kollegialer Austausch zur Umsetzung der stationären Weiterbildung in der OPK: Fachkonferenz stationäre Weiterbildung

Am 8. Juni 2022 fand die Fachkonferenz zur stationären Weiterbildung der OPK als Videokonferenz statt. Der Vorstand will mit diesem Veranstaltungsformat gemeinsam mit dem Angestellten-Ausschuss vor allem mit PP und KJP ins Gespräch kommen, die nach ihrer Approbation weiter an Krankenhäusern oder Reha-Kliniken arbeiten möchten und die bereit wären, Verantwortung in der Weiterbildung „neuer“ Psychotherapeuten zu übernehmen.

Der Präsident führte ins Thema ein, erläuterte die Rahmenbedingungen der Weiterbildungsordnung der OPK und den aktuellen Diskussionsstand dazu. Im Herbst dieses Jahres wollen die ersten Absolventen der neuen Studiengänge mit der Weiterbildung beginnen. Die OPK arbeitet derzeit intensiv daran, alle notwendigen Regularien zu erstellen. Aufgrund von Verzögerungen bei der Verabschiedung des einschlägigen sächsischen Heilberufekammergesetzes werden jedoch auch Überlegungen zu Übergangslösungen notwendig, die derzeit mit der Aufsicht beraten werden.

### Rege Diskussionen in Kleingruppen

Anschließend ordneten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer verschiedenen Breakout-Sessions (Psychiatrie und psychiatrische Institutsambulanz, Versorgung von Kindern und Jugend-

lichen, Psychosomatik und Reha, Institutionen, inkl. Maßregelvollzug und Somatik) zu, um sich getrennt nach Anstellungsbereich über Rückmeldungen aus den Einrichtungen auszutauschen. In den von Vorstand und Mitgliedern des Angestelltenausschusses moderierten Kleingruppen entstand ein reger Austausch über den aktuellen Stand in den Bereichen.

Es zeigte sich, dass es in vielen Einrichtungen bereits Vorüberlegungen zur Anerkennung als Weiterbildungsstätte gibt, wobei sich ein sehr heterogenes Bild zum konkreten Stand der Planungen ergibt. Auch hinsichtlich des Informationsstandes der Klinikleitungen gibt es große Unterschiede. Grundsätzlich gibt es an vielen Kliniken geeignete, erfahrene Approbierte, die als Weiterbildungsbefugte in Frage kommen. Diskutiert wurde jedoch über die zeitlichen Kapazitäten und wie viel Zeit eine Befugte pro PtW einplanen sollte. Es muss perspektivisch an Anreizen und Personalbindung für diese Kolleginnen und Kollegen gearbeitet werden, um kontinuierliche Weiterbildungsmöglichkeiten zu gewährleisten.

### Mögliche Hürden für die Weiterbildungsbefugten

Als mögliche Hürden werden neben der geforderten Dauer der Berufstätigkeit von Befugten auch Anforderungen an die fachliche und persönliche

Eignung diskutiert. Insbesondere dort, wo Patientinnen und Patienten keine langen Aufenthaltsdauern haben, stellt sich außerdem die Frage, inwiefern die Behandlungsfälle für die Weiterbildung angerechnet werden können. Es besteht der Wunsch, die Kriterien für die Anerkennung pragmatisch und für den stationären Bereich leistbar zu gestalten, um ausreichend WB-Befugte zu haben. Außerdem sollten die Dokumentationsformulare/elektronischen Logbücher übersichtlich gehalten werden, um den Aufwand überschaubar zu halten. Viele Kolleginnen und Kollegen gehen weiterhin davon aus, dass die Theorieanteile kaum von den Krankenhäusern selbst zu stemmen sein werden, sodass hier über Kooperationen nachgedacht werden muss. Im Kinder- und Jugendlichenbereich gibt es außerdem besondere Herausforderungen. Wir werden hierzu verstärkt Gespräche mit Klinikleitungen im KJ-Bereich führen.

Selbstverständlich bleibt auch die Frage nach der Finanzierung der Weiterbildung ein wichtiges Thema. PtW müssen in der PPP-Richtlinie und in den Stellenplänen verankert werden.

In den nächsten Monaten wird es zentral sein, Informationen bereitzustellen, zu beraten und im Gespräch mit den Einrichtungen der stationären Versorgung zu bleiben. Wir werden uns dieser Aufgaben annehmen.

## Austausch mit den OPK-Vertreterinnen und -Vertretern in den Kassenärztlichen Vereinigungen in den OPK-Ländern am 22. Juni 2022

Die OPK setzte ihren Austausch mit den Mitgliedern, welche eine Funktion in den Gremien der fünf Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) innehaben, am 22. Juni 2022 in bewährter konstruktiver Weise fort. Wir freuen uns, dass wieder Vertreterinnen und Vertreter aus allen fünf Bundesländern an der Videokonferenz teilnahmen, die in verschiedenen Ausschüssen der KVen tätig sind.

Zu Beginn berichteten diese von aktuellen Themen aus ihren jeweiligen KVen. Dazu gehören auch die anstehenden Wahlen. Aus Sachsen wurde von einigen Überprüfungen der Versorgungsaufträge berichtet. Im Kontext der Versorgung aus der Ukraine geflüchteter

Menschen stellen sich gegenwärtig verschiedene versorgungspolitische Fragen, auch wenn derzeit noch kein erheblicher Bedarf zu beobachten ist. Alle waren sich einig, dass es regelhaft finanzierter Sprachmittlung bedarf und Privatpraxen in die Versorgung einbezogen werden sollten. In unserem Strategiepapier zur Bewältigung der Folgen der Corona-Pandemie für Kinder, Jugendliche und Familien setzen wir uns für befristete Ermächtigungen für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -therapeuten ein. In den meisten KVen gibt es hier Überlegungen und erste Gespräche; in den meisten KVen jedoch noch keine Ermächtigungen. Es schloss sich ein offener Austausch über

Möglichkeiten von Praxisanstellungen im Kontext der Weiterbildung der neuen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und damit einhergehende politische Initiativen an. Außerdem diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über die Komplexversorgungsrichtlinie, deren Umsetzung und Möglichkeiten, die Beteiligung von psychotherapeutischer Seite – auch aus strategischen Gesichtspunkten heraus – zu befördern. Man war sich einig, dass die psychotherapeutische Versorgung von schwer und komplex Erkrankten ein wichtiges Thema ist, mit dem wir uns sowohl in der Kammer als auch in den KVen weiter befassen sollten

## Curriculare Fortbildung „Psychoonkologie“ der OPK wird durch die Deutsche Krebsgesellschaft anerkannt

Der OPK ist es seit vielen Jahren ein Anliegen, die Psychoonkologie zu fördern und fachliche Standards zu setzen. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2017 eine Expertengruppe einberufen, um sich vertieft mit den Herausforderungen und Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung von onkologischen Patientinnen und Patienten und den spezifischen Beitrag von Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu beschäftigen. Sie erarbeitete die Richtlinie „Psychoonkologie OPK“, die von der 24. Kammerversammlung am 9. November 2018 einstimmig verabschiedet wurde. Unser Hauptanliegen war neben der Schaffung von transparenten Qualifizierungsanforderungen auch die Umsetzbarkeit einer anspruchsvollen zusätzlichen Qualifizierung für alle unsere Mitglieder.

Diese besteht aus aufeinander aufbauenden praktischen und theoretischen Inhalten. Neben der Vermittlung von medizinischen und psychoonkologischen Grundlagen sowie relevanten Kenntnissen der Versorgungsstrukturen liegt der Fokus auf der Vermittlung von spezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten in Diagnostik und Intervention. So sollen Theorie und Praxis durch kontinuierliche Fallarbeit und Selbsterfahrung verknüpft werden. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten können aus den einzelnen Themenbereichen für sie spezifische oder adaptierte Themen wählen. Um die Bezeichnung „Psychoonkologie OPK“ zu erlangen, müssen außerdem Nachweise von drei eigenen Fällen der Behandlung von Krebspatientinnen und

-patienten durch strukturierte Darstellung vorgelegt werden.

In diesem Jahr startete die curriculare Fortbildung bei der OPK. Gleichzeitig beantragten wir ihre Anerkennung bei der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), um insbesondere auch den Bedürfnissen unserer stationär tätigen Mitglieder gerecht zu werden. Denn diese Anerkennung ist Voraussetzung für eine Einzelfallzulassung Psychoonkologie in zertifizierten Organkrebszentren sowie Onkologischen Zentren. Wir freuen uns, dass die DKG nun das Curriculum Psychoonkologie der OPK gemäß ihren Zertifizierungsrichtlinien anerkannt und als „sehr innovativ“ bewertet hat.

### Geschäftsstelle

Goyastraße 2d  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341/462432-0  
Fax: 0341/462432-19  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

## Festakt in Mainz: Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz feiert 20 Jahre Erfolgsgeschichte mit vielen Weggefährt\*innen



*Eröffnungsrede der Kammerpräsidentin Sabine Maur*

20 Jahre nach ihrer Gründung ist die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (LPK RLP) in der Mitte des gesundheitspolitischen Systems des Landes angekommen und eng vernetzt mit allen anderen versorgungsrelevanten Akteur\*innen. Dies reflektierte die illustre Schar der rund 120 Gäste, die am 20. Juli 2022 zum Festakt in die Mainzer Kupferbergterrassen gekommen waren, um gemeinsam das 20-jährige Gründungsjubiläum der LPK RLP mit einem Festakt zu würdigen.

So konnte Kammerpräsidentin **Sabine Maur** in ihrer Eröffnungsrede die rheinland-pfälzische Integrationsministerin Katharina Binz und Gesundheitsminister Clemens Hoch begrüßen sowie den Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer, Dr. Dietrich Munz, Präsident\*innen der Psychotherapeutenkammern aus ganz Deutschland,

Präsident\*innen der rheinland-pfälzischen Heilberufskammern, die Vorsitzende Richterin des Heilberufsgerichts, den Opferbeauftragten der Landesregierung, verschiedene Bundestags- und Landtagsabgeordnete sowie Mitglieder des Gesundheitsausschusses des rheinland-pfälzischen Landtags, den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, Vertreter\*innen ärztlicher Verbände und der Uni-Medizin Mainz, Chefärzt\*innen und Geschäftsführer\*innen verschiedener rheinland-pfälzischer Kliniken, Vertreter\*innen der Krankenkassen aus Rheinland-Pfalz, Vertreter\*innen der Opfer- und Betroffenen-Organisationen sowie der Wohlfahrtsverbände und nicht zuletzt Mitglieder der Vertreterversammlung der LPK RLP.

„Gute Berufspolitik lebt von Weitsicht, von Courage, von Hartnäckigkeit, von Vordenkern und Vordenkerinnen“, so Sa-

bine Maur, als sie zunächst den Blick auf die Anfänge der Kammergeschichte lenkte und die ersten Schritte der Gründung nachzeichnete. Seitdem habe die Kammer einen weiten Weg zurückgelegt und in schwierigen Situationen wie beispielsweise nach der Amokfahrt in Trier oder nach der Flutkatastrophe im Ahrtal auch immer wieder unter Beweis gestellt, dass sie ihrer gesellschaftspolitischen Verantwortung gerecht wird. Frau Maur sprach auch über die aktuellen Herausforderungen, vor denen die Kammer steht: „Flutkatastrophe, Corona-Pandemie, Klimakrise und jetzt der Ukraine-Krieg mit seinen vielfältigen, dramatischen Folgen haben für uns sehr, sehr deutlich gemacht, dass wir uns als Landespsychotherapeutenkammer aktiv und deutlich hörbar in die Politik einbringen müssen. All diese Extremereignisse haben massive und langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Menschen“, so Maur. Gemeinsam mit den anderen Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens und der Gesellschaft wolle die Kammer sich auch zukünftig für die mentale Gesundheit der Menschen stark machen.



*Gesundheitsminister Clemens Hoch*

**Clemens Hoch**, rheinland-pfälzischer Minister für Wissenschaft und Gesundheit, sprach ein Grußwort und gratulier-



Erste Reihe v. l. n. r.: Marcel Hünninghaus, Petra Regelin, Prof. Dr. Wolfgang Lutz, Prof. Dr. Tina In-Albon, Dr. Dietrich Munz, Integrationsministerin Katharina Binz

te herzlich zum 20-jährigen Bestehen. Er lobte die konstruktive Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsministerium und der Landespsychotherapeutenkammer und deren großes Engagement, besonders in akuten Krisen und in ihren Bemühungen um die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen.

Auch Bundespsychotherapeutenkammer-Präsident **Dr. Dietrich Munz** hob das gesellschaftspolitische Engagement der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hervor und nannte vor allem die Aktivitäten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten. Eine Vorreiterrolle unter den Landeskammern nehme die rheinland-pfälzische Kammer zudem in den Bereichen Weiterbildung und Digitalisierung ein. Ihre enge Vernetzung mit allen wichtigen gesundheitspolitischen Akteuren sei vorbildlich und Grundlage ihres Erfolges.



Empfang vor dem Festakt; vorne Hans-Jochen Weidhaas und Peter Andreas Staub

Kammergeschäftsführerin **Petra Regelin**, die den Festakt moderierte, leitete nach den Grußworten zum zweiten Teil des Programms über: In sechs kurzen Podiumsrunden sprachen **Sabine Maur** und **Dr. Andrea Benecke**, Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und der Bundespsychotherapeutenkammer, mit Expert\*innen über verschiedene Aspekte der psychotherapeutischen Versorgung: Zum Thema „Gesundheitspolitik“ kamen erneut Gesundheitsminister **Clemens Hoch** sowie Integrationsministerin **Katharina Binz** auf die Bühne. Letztere nahm vor allem die psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in den Fokus, die durch Pandemie, Klimakatastrophe und Ukraine-Krieg stark zugenommen hat. **Dieter Best** und **Hans-Jochen Weidhaas**, die beide eine entscheidende Rolle bei der Kammergründung innehatten, berichteten in der nächsten Gesprächsrunde über die Geschichte der Kammer und die Motive für deren Gründung. Nachdem **Dr. Andrea Benecke** und **Dr. Dietrich Munz** über die Psychotherapie-Ausbildung gesprochen und die verabschiedete Ausbildungsreform sowie die neue Weiterbildungsordnung als Meilensteine gewürdigt hatten, widmete sich das folgende Podiumsgespräch dem Wissenschaftsstandort Rheinland-Pfalz und der Psychotherapieforschung. Die Gesprächspartner **Prof. Dr. Wolfgang Lutz** und

**Prof. Dr. Tina In-Albon** machten deutlich, wie wichtig das enge Wechselspiel zwischen Forschung und Praxis ist. Die letzten beiden Podiumsrunden thematisierten die psychotherapeutische Versorgung in verschiedenen Settings: **Peter Andreas Staub**, Vorstandsmitglied der LPK RLP und der KV RLP, sowie der langjährige Kammer- und Verbandsfunktionär **Dieter Best** gaben Auskunft über die Herausforderungen der ambulanten Versorgung. Themen waren vor allem die langen Wartezeiten auf Psychotherapie und die Bedarfsplanung. Die stationäre Versorgung wurde im Gespräch mit **Prof. Dr. Wilma Funke** (langjährige Leitende Psychotherapeutin in der Suchttherapie) und **Florian Hammerle** (Geschäftsführer der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz) beleuchtet.



V. l. n. r.: Dr. Andrea Benecke, Florian Hammerle, Prof. Dr. Wilma Funke, Sabine Maur

Nach der letzten Podiumsrunde wurden erstmals zwei **Verdienstpreise der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz** vergeben. Für ihr besonderes Engagement ausgezeichnet wurden **Daniela Lempertz** und **Dieter Best**.

Die Veranstaltung hat deutlich gemacht, dass die LPK RLP in den vergangenen Jahren einen weiten Weg zurückgelegt hat. Mit Stolz und Freude kann sie auf das Erreichte blicken, aber es fehlt auch nicht an neuen Herausforderungen. Die gelungene Festveranstaltung, die vielen erhaltenen Glückwünsche und die deutlich gewordenen Anerkennungen aller Weggefährter\*innen haben die LPK RLP sehr bestärkt und gefreut. So starten wir mit Elan und Tatendrang in die nächsten 20 Jahre Kammerarbeit!

## Kammermitglieder Daniela Lempertz und Dieter Best mit Verdienstpreis der LPK RLP ausgezeichnet



*Sabine Maur bei der Preisverleihung an die digital zugeschaltete Daniela Lempertz*

Im Rahmen der Feierlichkeiten zum 20-jährigen Gründungsjubiläum wurden die Kammermitglieder **Daniela Lempertz** und **Dieter Best** mit dem Verdienstpreis der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ausgezeichnet. Der Preis wurde erstmals vergeben und soll herausragendes Engagement für die psychotherapeutische Versorgung würdigen.

Kammerpräsidentin **Sabine Maur** sprach die Laudatio für Daniela Lempertz, die für ihre besonderen Verdienste um die psychotherapeutische Versorgung im Ahrtal nach der Flutkatastrophe ausgezeichnet wurde. Aus privaten Gründen konnte sie leider nicht persönlich anwesend sein und wurde der Preisverleihung daher digital zugeschaltet.

Daniela Lempertz unterstützte nach der Flut nicht nur selbst aktiv Menschen im Ahrtal psychotraumatologisch, sondern gründete auch zusammen mit zwei Kolleginnen aus Nordrhein-Westfalen das Netzwerk „Soforthilfe Psyche“, in dem schließlich über 400 Psychologische Psychotherapeut\*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen sowie Ärztliche Psychotherapeut\*innen ihre Hilfe anboten, so dass im Bedarfs-

fall innerhalb von 24 Stunden ein Platz für eine Akuttherapie vermittelt werden konnte. Zudem hatte Daniela Lempertz großen Anteil an der Entstehung eines Gruppen-Projektes von „Soforthilfe Psyche“, dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit und der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, für das Ministerpräsidentin Malu Dreyer persönlich den Bewilligungsbescheid überreichte. In ihrer Laudatio

lobte Sabine Maur die „tiefe Empathie, Mitmenschlichkeit, Furchtlosigkeit und das herausragende ehrenamtliche Engagement“ von Daniela Lempertz.

**Peter Andreas Staub**, Mitglied des Vorstandes der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, sprach die Laudatio für den Preisträger **Dieter Best**, der die Auszeichnung für sein herausragendes, über 30-jähriges berufspolitisches Engagement erhielt, mit dem er entscheidend zur Integration der Psychotherapeut\*innen in die vertragsärztliche Versorgung beigetragen hat.

Als stellvertretender Bundesvorsitzender und Bundesgeschäftsführer der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten engagierte er sich vor allem für die Verabschiedung und Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes, das 1999 in Kraft trat und die Rechtsgrundlage für die Ausübung von Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen schuf. Dieter Best war zudem maßgeblich an der Gründung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz beteiligt



*V. l. n. r.: Peter Andreas Staub, Preisträger Dieter Best und Sabine Maur*

und gehörte von 2001 bis Anfang 2022 der Vertreterversammlung an. 2002 bis 2007 war er Vizepräsident der LPK RLP, seit 2007 ist er Gebührenordnungsbeauftragter. Auch an der Gründung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wirkte er mit, war von 2003 bis 2016 Mitglied der Delegiertenversammlung und Gebührenbeauftragter. 16 Jahre lang war Dieter Best außerdem Mitglied der Vertreterversammlung der

Kassenärztlichen Vereinigung Pfalz (später KV Rheinland-Pfalz). In der Kassenärztlichen Bundesvereinigung war er Mitglied der Vertreterversammlung und Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie; in dieser Funktion begleitete er die Reform der Psychotherapie-Richtlinie. In seiner Laudatio resümierte Peter Andreas Staub, Herr Best habe „das Ziel eines eigenständigen psychotherapeutischen

Berufs mit allen nötigen Befugnissen und Rechten nie aus den Augen verloren“. Der Preisträger habe „unermüdlischen Fleiß, Beharrlichkeit, Geduld und das Vermögen, Rückschläge auszuhalten“ gezeigt und damit ganz wesentlich den Weg zum eigenständigen freien psychotherapeutischen Beruf bereitet. **Die LPK RLP gratuliert beiden Preisträgern ganz herzlich!**

## LPK RLP präsentiert Chronik über 20 Jahre ihres Bestehens



*Sabine Maur präsentiert die neue Chronik.*

Anlässlich ihres Gründungsjubiläums hat die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz eine Chronik über die 20 Jahre ihres bisherigen Bestehens veröffentlicht. Die rund 100 Seiten

starke Publikation mit dem Titel „Chronik 2002–2022. Wie wir wurden, was wir sind“ stellt die Aufgaben der Kammer, ihre Organisation und Gremien vor und gibt einen unterhaltsamen, reich bebilderten Überblick über die vergangenen vier Amtsperioden seit der Gründung.

Die Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, Malu Dreyer, sowie Gesundheitsminister Clemens Hoch und Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, haben ein Grußwort beigesteuert. In der Chronik werden die

vielen Kolleg\*innen gewürdigt, die durch ihr weit überdurchschnittliches ehrenamtliches Engagement in der Berufspolitik eine solche Kammer überhaupt erst mit Leben füllen, voranbringen und Meilensteine für den Berufsstand setzen. Ein Ausblick auf die mittlerweile angebrochene 5. Amtsperiode sowie verschiedene Statistiken, unter anderem zur Mitgliederstruktur, schließen die Veröffentlichung ab. Die Chronik der LPK RLP finden Sie als PDF zum Download unter [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) / **Info-Portal / Publikationen der LPK RLP und der BPtK.**

## Mediale Berichterstattung im Kontext des Kammerjubiläums

Der **SWR** hat mit einem Kamerateam die Jubiläumsfeier der LPK RLP besucht und Kammerpräsidentin Sabine Maur interviewt. In einem Beitrag für die Sendung **SWR Aktuell RLP** wurde zunächst über die Verleihung des Verdienstpreises an Daniela Lempertz berichtet, dann über den Festakt. Das Jubiläum nahm auch die **SWR online**-Redaktion zum Anlass für ein Interview mit Vizepräsidentin **Dr. Andrea Bencke**. Thematisiert wurden vor allem der Mangel an Psychotherapieplätzen und die langen Wartezeiten auf Behandlung. Die **Rhein-Zeitung** führte anlässlich des 20. Gründungsjubiläums ein großes Interview mit Sabine Maur. Sinnvoll für eine bessere Versorgung seien interdisziplinäre Zentren, in denen



*Sabine Maur beim Interview mit dem SWR.*

Psychiater\*innen, Psychotherapeut\*innen und Sozialarbeiter\*innen Menschen mit psychischen Problemen schnell und kompetent Unterstützung anbieten könnten, so die Präsidentin im Interview. Diese Idee wurde auch von der **dpa** als Meldung verbreitet und un-

ter anderem von der **Deutschen Ärztezeitung** veröffentlicht. Alle Medienbeiträge finden Sie unter [www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de) / **Aktuelles / Presseartikel und Medienbeiträge.**

### Geschäftsstelle

Dieter-von-Isenburg-Straße 9–11  
55116 Mainz  
Tel.: 06131/93055–0  
Fax: 06131/93055–20  
[service@lpk-rlp.de](mailto:service@lpk-rlp.de)  
[www.lpk-rlp.de](http://www.lpk-rlp.de)



# pks

Psychotherapeutenkammer  
des Saarlandes

## Trans\* in der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung

Klinisches Wochenende – Gemeinsame Fortbildung der Ärztekammer des Saarlandes, der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes und des Qualitätszirkels Transidentität Saar-Pfalz

Am Samstag, den 21. Mai 2022, fand ein klinisches Wochenende als gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer, der Psychotherapeutenkammer und des Qualitätszirkels Transidentität Saar-Pfalz statt. Insgesamt waren über 100 Teilnehmende der Einladung gefolgt, davon fanden sich 60 Teilnehmende im Großen Sitzungssaal des Hauses der Ärzte ein, während weitere Teilnehmende online zugeschaltet waren.

San.-Rat Dr. med. Josef Mischo, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes und Dipl.-Psych. Susanne Münnich-Hessel, Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, betonten in ihren Grußworten die gute Zusammenarbeit der beiden Kammern. Damit verbunden war ein Dank an den Qualitätszirkel zu der Vorbereitung und Umsetzung dieser für die psychotherapeutische und ärztliche Versorgung so wichtigen Veranstaltung. Nur mit Faktenwissen zur Trans\*Identität können Vorurteile abgebaut und eine adäquate ärztliche und psychotherapeutische Versorgung sichergestellt werden.

Moderiert wurde die Veranstaltung von Dr. med. Bernd Janthur, Leiter des Qualitätszirkels Trans\*, der in seiner Einführung einen beispielhaften Dialog zwischen Jugendlichen über Identität und Sexualität skizzierte und damit den Teil-

nehmenden einen interessanten Einstieg in die Trans\*welt ermöglichte.

In Ihrem Vortrag „Genderqueer – Trans\*Begriffe“ erläuterten Dipl.-Psych. Sibylle Grandmontagne (PP, AP, Saarbrücken) und Dipl.-Psych. Thomas Lehmann (KJP, AP, Neunkirchen) vertiefend die doch in den letzten Jahrzehnten sich stark veränderten Begrifflichkeiten zum Thema Transgeschlechtlichkeit, die nicht nur fachlichen, sondern auch gesellschaftlichen Anpassungen folgen.

In der medialen Öffentlichkeit sind die Veröffentlichungen und Kontroversen stark zunehmend. Letztlich wird dabei erkennbar, dass es sich bei trans\* um eine Normvariante geschlechtlicher Identität handelt, entgegen der ebenso immer wieder vereinzelt vertretenen Meinung, es sei eine Mode / ein Trend. Auch Sprache und Wörter tragen in deren Bedeutung zur Akzeptanz bei und prägen gesellschaftliche Diskurse.

Dies bildet sich auch in den Diagnose-Klassifikationssystemen ab (siehe DSM-V und ICD-11), wo es sich im Zuge der Entpathologisierung von Transidentität um Geschlechtsinkongruenz auf der Ebene des Erlebens handelt, eingeordnet im Kapitel „Zustände der sexuellen Gesundheit“ (ICD-11) und dem Leiden bei einer Geschlechtsdysphorie (DSM-V), bei dem die empfundene geschlechtliche Identität nicht mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt.

Den Vortragenden war insbesondere die notwendige fachliche Haltung im

Behandlungskontext wichtig, bei der „Fachpersonen“ den „Betroffenen“ mit Respekt und Akzeptanz ihres Selbsterlebens sowie fachlicher Expertise zu begegnen haben (wie im Übrigen dem gesamten Psychotherapie Klientel gegenüber).

Die erforderliche Abgrenzung erfolgte zur Homosexualität und Intersexualität und zu geschlechtlich vielfältigen Entwicklungen (z. B. bei nicht -binärem vs. eingeschränkt binär verhaftetem Verständnis von Mann/Frau).

Verbildlicht ist die geschlechtliche Identität anhand der sogenannten „genderbread-Person“, die vereinfacht die Bereiche von biologischer Geschlechtlichkeit bis hin zu den psychologischen Dimensionen der sexuellen Orientierung und Identität abbildet. Ebenso wichtig dabei war der Bezug auf konkrete Fallbeispiele in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit und auch im einzelnen Behandlungskontext.

Es wurde versucht, den Weg einer transgeschlechtlichen Person hin zu ihrem empfundenen Identitätsgeschlecht im Zuge der sogenannten Transition aufzuzeigen. Dabei gibt es keine Standards und starre Festlegungen von möglichen Veränderungen, angefangen im sozialen Kontext bis hin zu somatomedizinischen Veränderungen. Wichtig war es, die individuellen Lebenswege von „Betroffenen“ zu verdeutlichen, gerade in Bezug auf die Debatte immer jünger werdender Menschen mit Transidentität in der Inanspruchnahme medizinischer und therapeutischer Versor-



gung, vor der sich kein\*e Therapeut\*in oder Ärzt\*in versperren sollte. Es wurden typische Situationen von Hilfesuchenden in Praxen geschildert, die einen besonderen Respekt und Ansprache erfordern, um die persönliche Integrität jeder Person – unabhängig vom Stand der Transition – zu wahren.

Dipl.-Psych. Susanne Oechler beleuchtete in ihrem Vortrag „150 Jahre trans\* in der Sexualwissenschaft“ den historischen Hintergrund der Sexualforschung und der Trans\*Identität.

Schwerpunkt des Vortrages war ein Blick zurück in die fruchtbare Zeit der Jahrhundertwende in Berlin, wo unter der fachlichen Leitung von Dr. Magnus Hirschfeld das erste sexualwissenschaftliche Institut gegründet wurde, als ein Ort der Begegnung von Menschen jenseits der heteronormativ-binären Geschlechterordnung – oder auch innerhalb davon, aber in der trans\*Dynamik mit der psychiatrisch-sexologischen Perspektive von „Fallsammlungen“, Kategorisierung, Behandlung und Bedarfsentwicklung – in einem kooperativen Austausch.

Dort wurden Begriffe geprägt, die sich aus Selbst- und Fremdbeschreibung (also von „Betroffenen“ und „Fachleuten“ der Psychiatrie, an die Mensch sich in der Not wendete) speisten und sich lange in der sexualwissenschaftlichen Diskussion hielten, wie: Transvestitismus, seelischer Transsexualismus, Zwischenstufentheorie der Geschlechter, die zwischen verschiedenen Ausprägungen bei Begehren, Identität und Biologie als getrennten Kategorien schon damals unterschied und bereits ein vielfältiges Spektrum jenseits der binären Idee als normal betrachtete.

Daneben gab es auch zur gleichen Zeit und bis heute die unterschiedlichsten Einordnungen des „Phänomens trans\*“ in sämtliche Psychopathologien mit zum Teil fürchterlichen Behandlungsvorstellungen und Entwertungen. Mit dem DSM-5 und der ICD-11 kehren wir erneut zur Idee der Normalität von Diversität, jenseits von männlich – weiblich zurück und öffnen damit einen

Raum der Entpathologisierung bei gleichzeitiger Anerkennung des potentiellen Leidens – der Dysphorie.

Wir können, wie in vielen anderen Bereichen auch, die entmenschlichende Zerstörungsgewalt der Nazizeit – das sexualwissenschaftliche Institut mitsamt seinen Forschungsarbeiten und dem gesammelten Wissen wurde zerstört – konstatieren.

U. a. fanden sich eugenische Ideen bis in das – in den 80er-Jahren in Deutschland als weltweit zweitem Land, das eine rechtliche Form für den juristischen Wechsel der Geschlechtszugehörigkeit einführte, verabschiedete – sog. Transsexuellengesetz wieder.

Heutige Herausforderung scheint eine akzeptierende Grundhaltung und die Etablierung einer guten flächendeckenden und fachübergreifenden Versorgung zu sein.

Dr. med. Martina Kockler erläuterte die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Angleichungsprozess. Es sind dabei Entscheidungen auf mehreren Ebenen zentral: die persönliche Ebene (Identität), die gesellschaftliche Ebene (Rollenverhalten) und die medizinische Ebene (angleichende Maßnahmen). Die dafür vorgegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind im Grundgesetz, im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG), im Gesetz über die Änderung des Vornamens und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellen-Gesetz, TSG), im Bürgerliches Gesetzbuch (§ 630a–e) sowie in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes verankert.

Dabei ist für den Identitätsangleichungsprozess im Grundgesetz vor allem Artikel 2 relevant: „(...) Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (soweit (...) nicht gegen (...) das Sittengesetz (verstoßen wird))“ und Artikel 3 „(...) Niemand darf wegen seines Geschlechtes (...) benachteiligt oder bevorzugt werden“. Im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) ist folgender Abschnitt bedeutsam: „(...) Ziel (...) ist es, Benachteiligungen aus Grün-

den (...) der sexuellen Identität zu verhindern (...)“ Hohe Bedeutung hat in diesem Kontext das Transsexuellen-Gesetz vom 10. September 1980, in dem die Voraussetzungen zur Vornamensänderung beschrieben sind. Dr. Martina Kockler ging ausführlich auf die einzelnen Kriterien ein und stellte klar, dass nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die dort enthaltenen Regeln nicht mit dem Grundgesetz vereinbar sind. Im Bürgerlichen Gesetzbuch sind vor allem die Aufklärungspflichten im Kontext des Behandlungsvertrags relevant im Sinne des „informed consent“. Außerdem informierte Dr. med. Kockler ausführlich zur Begutachtungsanleitungsrichtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0). Insgesamt zeigte ihr Vortrag, dass viele rechtliche Aspekte in der Begutachtung und Behandlung zu beachten sind.

Im zweiten Teil der Veranstaltung berichteten fünf Jugendliche und junge Erwachsene (im Interview mit Dipl.-Psych. S. Grandmontagne und Dipl.-Psych. T. Lehmann) über ihre Erfahrungen in der eigenen Transition. Angefangen von den noch vagen Empfindungen einer als unangenehm erfahrenen Diskrepanz zwischen eigenen Vorlieben und Neigungen und den Erwartungen der umgebenden Gemeinschaft im Sinne der bei der Geburt zugeschriebenen Rolle im Kindesalter über die stärker werdende Dissonanz zwischen dem Selbsterleben und der nun deutlicheren Fremderwartungen und sozialen Normen in der beginnenden Pubertät bis zu der ausgeprägten Geschlechtsdysphorie mit der Herausbildung der körperlichen (sekundären) Geschlechtsmerkmale unter dem zunehmenden Einfluss der dann freigesetzten Hormone.

Während im Inneren dieser Kampf um die Akzeptanz des eigenen Andersseins stattfand, zeigten sich im Außen depressive Stimmungen, soziale Ängste, Rückzug und selbstverletzendes Verhalten. Es wurde sehr schnell deutlich, welche zentrale Rolle in der weiteren Lebensbewältigung die unterstützende Umgebung der Freund\*innen, der Fami-

lie und der Schule spielt bzw. welche schweren Entscheidungen getroffen werden (müssen) bis hin zum Ausbruch aus der Familie und dem Abbruch des Kontakts im negativen Fall.

Alle Berichtenden hatten eine Stütze in der begleitenden Therapie gefunden, die schließlich das Outing mit ermöglichte und in der die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ihre neuen Erfahrungen, die sie in der angestrebten Rolle im Alltag machen konnten oder im negativen Falle mussten, besprechen und damit bearbeiten konnten. Neben vielen positiven Erlebnissen wurde doch klar, dass an noch vielen Orten – Familie, Schule und Beruf oder allgemeiner im öffentlichen Raum – die Akzeptanz und leider auch die Sicherheit für Trans\*Personen zu wünschen übrig lässt.

Alle Beteiligten zeigten in ihren reflektierten Beiträgen, mit welcher Ernsthaftigkeit sie sich mit ihrer Gender-Rolle und dem keineswegs einfachen Weg der Transition auseinandergesetzt hatten. Also eben kein „schnelles Umsetzen innerhalb eines Machbarkeitswahns der Medizin“ wie von den aktuellen Kritiker\*innen oft behauptet wird.

Dr. med. Bettina Stamm, (Endokrinologin, Saarbrücken), und Dr. med. Stephanie Lehmann-Kannt (Endokrinologin, Homburg) gaben einen kurzen Überblick über die ersten medizinischen Angleichungsmaßnahmen, nämlich die Behandlung mit Hormon-Blockern zur Verhinderung einer Pubertätsentwicklung im als falsch empfundenen Geschlecht und später mit dem jeweils gegengeschlechtlichen Hormon (Östrogen oder Testosteron) zur Einleitung einer Pubertätsentwicklung im empfundenen Geschlecht.

Hierbei wurde auch besprochen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, bevor der Medizinische Dienst der Krankenkassen seine sozialmedizinische Befürwortung zur Kostenübernahme dieser Behandlung ausspricht (s. auch Erstellung eines Indikationsschreibens für den MDK nach den Erfordernissen der Begutachtungsanleitung Transgender: [https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/BGA\\_Transsexualismus\\_201113.pdf](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf)).

Im Erwachsenenalter sind dann je nach Entscheidung des Behandlungssuchenden auch die chirurgischen Maßnah-

men zur Angleichung möglich, aber nicht zwingend.

Viele interessante Themen – insbesondere auch Inhalte der Begleitung, wie z. B. Hilfen bei der Identitätssuche, Einfluss schwieriger gleichzeitig bestehender Psychopathologien (soziale Phobien, Suizidalität) oder Modifikation durch andere neurodiverse Entwicklungslinien (autistische Personen) mussten angesichts des engen zeitlichen Rahmens noch offenbleiben.

Im abschließenden Plenum war noch ein wenig Platz für Fragen der Teilnehmer\*innen und die Ermunterung durch den Veranstalter (Qualitätszirkel Transidentität Saar-Pfalz), das immer noch bestehende Defizit an Therapeut\*innen – medizinischen wie psychotherapeutischen – durch eine eigene Beteiligung an der Versorgung zu mindern. Denjenigen, die sich neu auf das Gebiet einlassen wollen, bieten die Mitglieder des Qualitätszirkels individuelle Unterstützung in allen Phasen von Therapie und Indikationsstellung an (Kontakt: [trans.saar@gmx.de](mailto:trans.saar@gmx.de)).

## PKS-Online-Veranstaltung zur Adoleszentenstation der SHG-Kliniken Sonnenberg

*Im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der PKS im Mai dieses Jahres wurden Konzept, Arbeitsweise und Besonderheiten der Adoleszentenstation der SHG-Kliniken Sonnenberg vorgestellt und diskutiert. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über die Veranstaltungsinhalte.*

Die Adoleszentenstation der SHG-Kliniken Sonnenberg wurde 2009 als eine der ersten Stationen für Adolescent\*innen in Deutschland gegründet. Ziel war die Schaffung eines Angebots für Patient\*innen vom 16. bis zum vollendeten 22. Lebensjahr, die mit ihren speziellen Bedürfnissen und Anliegen zu alt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und zu jung für die Erwachsenenpsychiatrie sind. Mit 17 vollstationären und sechs teilstationären Plätzen wurde ein überschaubarer Rahmen für eine in der

Regel sechswöchige Therapie geschaffen.

**Das therapeutische Angebot** beinhaltet ein bis zwei verhaltenstherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppentherapien pro Woche. Zudem gibt es indikative Gruppen, etwa zum Training sozialer Kompetenzen, zur Vermittlung von Entspannungsverfahren oder von Techniken zur Spannungsregulation, zur Psychoedukation bei Psychosen oder zum kompetenten Umgang mit Genussmitteln und psychoaktiven Substanzen. Sport- und Ergotherapie sind darüber hinaus feste Bestandteile des Therapieplans. Um die altersbedingt bestehenden Autonomiethemen zu berücksichtigen und die Eigenverantwortung zu stärken, wird ein Teil des Therapieplans in Form von Wahlpflichttherapien von den Patienten selbst verbindlich gestal-

tet. Hierbei kann aus einem breiten Angebot ein eigener Schwerpunkt gefunden oder Verschiedenes ausprobiert werden. Zur Wahl stehen neben einem erweiterten Sportangebot auch Acrylmalen, ein Trommel-Workshop, Kochen und Backen oder auch kleinere Ausflüge. Darüber hinaus ist die Teilnahme an einem Sozialtraining möglich, bei dem außerhalb der Klinik Konfrontationsübungen umgesetzt werden oder der soziale Umgang trainiert wird.

Eine Besonderheit der Station ist die konsequente Umsetzung des Konzeptes der **Milieutherapie**. Dabei gibt der geregelte Tagesablauf einschließlich gemeinsamer Mahlzeiten Halt und die sozialen Kontakte zu Personal und Gleichaltrigen stellen ein Übungsfeld für korrigierende Beziehungserfahrungen dar. Eine besondere Rolle kommt

der Pflege zu, die neben wöchentlichen Einzelgesprächen auch Unterstützung in Krisensituationen anbietet und die Freizeitgestaltung begleitet. Darüber hinaus unterstützt ein Patensystem den Einstieg der Neankömmlinge und fördert die Selbstwirksamkeit derer, die eine Patenschaft übernehmen.

Eine konstruktive therapeutische Haltung wird durch das Erstellen und Erreichen von Wochenzielen unterstützt, die selbst gewählt sind und an verschiedenen Stellen im Wochenverlauf reflektiert werden. Bei Bearbeitung des Wochenziels sowie bei lückenloser Therapieteilnahme oder besonderen Fortschritten kann im Sinne eines altersangepassten Verstärkersystems eine „grüne Karte“ erworben werden. Diese kann im Folgenden gegen kleinere Besonderheiten wie Ausschlafen oder einen verlängerten Ausgang eingetauscht werden.

Der **Umgang mit therapiestörendem Verhalten** und Regelüberschreitungen beruht auf einer verständnis- und klärungsorientierten Haltung, schließt aber auch eine Entlassung bei schweren Regelverstößen, etwa bei Gewalt oder Drogenkonsum, nicht aus. So werden mit den Patient\*innen zunächst klärende Gespräche einzeln oder im multidisziplinären Team geführt oder es werden gemeinsam Verträge erarbeitet, um die Therapiebereitschaft zu fördern oder zu erhalten. Schließlich kann disziplinarisch analog zum Fußball eine zeitlich begrenzte „gelbe Karte“ erteilt werden, unter deren Bestehen bei einem weiteren Regelverstoß die Entlassung erfolgt. Immer geht es dabei um die Gratwanderung, einerseits das Erwachsenwerden zu fördern und Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit einzufordern, andererseits jugendliche Regelüberschreitungen nicht zu ignorieren,

sondern zu bearbeiten und Konflikte gemeinsam zu klären. Oftmals treten in diesem Zusammenhang therapeutische Themen zutage und es wird ein kompetenter Umgang mit schwierigen Situationen geschult.

Ein besonderer Schwerpunkt der Adoleszentenstation liegt auf einer fundierten Differenzialdiagnostik. Dabei sollen ein Problemverständnis erarbeitet und ein möglichst genaues Bild entwickelt werden, das eine Stigmatisierung vermeidet und auch in der Weiterbehandlung leitend sein soll. Wichtig ist zudem die Früherkennung von sich anbahnenden oder bereits manifesten, schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen wie schizophrenen Psychosen oder affektiven Störungen.

Die **soziale, wohnliche, schulisch-berufliche oder weitere therapeutische Perspektive** wird während der Behandlung regelmäßig reflektiert und bei Bedarf wird Unterstützung sowohl in der Entscheidungsfindung als auch in der konkreten Umsetzung gegeben. Je nach Bedarf findet Krankenhausbeschulung statt, in der Unterrichtsstoff bearbeitet, Prüfungen geschrieben, aber auch neue schulische Perspektiven entwickelt, Berufsberatungen durchgeführt oder klärende Gespräche mit den Schulen geführt werden.

**Die Aufnahme** erfolgt in der Regel nicht akut, sondern nach einem persönlichen Vorgespräch. Dabei wird die Aufnahmeindikation geklärt und die Rahmenbedingungen besprochen. Ein wichtiges Aufnahmekriterium ist eine ausreichende Eigenmotivation zur Behandlung. Eine Aufnahme, die lediglich auf Drängen des Umfeldes erfolgt, ist wenig zielführend. Ausschlusskriterien sind eine manifeste Psychose, eine im Vordergrund

stehende Abhängigkeitserkrankung oder eine Essstörung ohne ausreichende Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme. Auch Patient\*innen ohne festen Wohnsitz oder mit gerichtlicher Therapieauflage werden nicht aufgenommen. Erschwerend für den Verlauf der Therapie wirken Misstrauen in Institutionen generell oder in das Team im Speziellen oder eine fehlende Beziehungsmotivation. Auch Hospitalisierungstendenzen und oft damit einhergehende mangelnde Veränderungsbereitschaft können die Therapie ebenso blockieren wie bestimmte, die Störung aufrechterhaltende Bedingungen im Beziehungs- und Familiensystem.

Als gelungen betrachten wir den **Therapieverlauf** insbesondere dann, wenn auf Symptomebene eine Reduktion stattgefunden hat oder Krisen bewältigt wurden, wenn eine allgemeine Stabilisierung erzielt und eine Problemeinsicht erarbeitet wurde. Zudem sollten eine sichere Wohnsituation gewährleistet, eine schulisch-berufliche Perspektive erarbeitet und mögliche Konflikte mit Bezugspersonen beginnend oder zumindest innerpsychisch geklärt worden sein. Idealerweise hat der Aufenthalt darüber hinaus eine positive Erfahrung mit dem Helfersystem ermöglicht, der eine konstruktive Therapiehaltung fördert und künftig den Zugang zu weiteren Therapien erleichtert. Oftmals ist auch eine gewisse Nachreifung in den Bereichen der Einhaltung von Strukturen, der Eigenverantwortlichkeit, im Interaktionsverhalten oder der Selbstfürsorge zu verzeichnen.

Insgesamt wird das hochdifferenzierte, auf die Bedürfnisse der Adoleszenten zugeschnittene Angebot sehr gut angenommen und ist auch überregional gefragt.

#### Redaktion

Irmgard Jochum, Susanne Münnich-Hessel, Christina Roeder, Dr. Gilbert Mohr, Silke Wendels, Christian Lorenz, Lisa Zender

#### Geschäftsstelle

Scheidter Straße 124  
66123 Saarbrücken  
Tel.: 0681/95455-56  
Fax: 0681/95455-58  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

Liebe Kolleg\*innen,



„Krise“ kann zum Wort des Jahres 2022 werden, Krisen überall: Ukraine-Krise, Corona-Krise, Klima-Krise, Energiekrise, Krise in Form von Krieg, Krankheit, Katastrophe, Knappheit.

Krisen sind gefährliche Zuspitzungen von („natürlichen“, gesellschaftlichen, sozialen und individuellen) Prozessen, sie können sich zunehmend verschärfen oder bewältigt werden. Die Überwindung von

Krisen setzt aber Engagement und Anstrengung voraus, Änderungsbereitschaft genauso wie Änderungskompetenz.

Psychische Störungen sind natürlich mehr als nur „Krisen“. Aber Krisenzeiten können bestehende psychische Störungen deutlicher hervortreten lassen und zu deren Aufrechterhaltung oder gar Verschärfung beitragen.

In der Psychotherapie gelingt es uns, Menschen zu ermöglichen, für sich einen konstruktiven Weg zu finden, der zur Bewältigung von Depression, Angst, Sucht usw. führt bzw. dazu beiträgt. Als mein Sohn noch in der Kita war, fragte er mich eines Tages, was ich denn beruflich mache. Ich habe ihm u. a. geantwortet, dass ich mit Menschen spreche, die traurig sind. Seine Gegenfrage: „Und was kannst Du noch?“. Ich habe ihm offensichtlich den Wert einer therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie nicht vermitteln können. Auch wir Psychotherapeut\*innen selbst sollten unseren (selbstkritischen) Blick auf dieses wesentliche Element unserer Arbeit nicht trüben lassen. Die Nutzung von Videosystemen im

Rahmen der Psychotherapie kann zeitweise unterstützend sein, ersetzen kann und sollte sie die persönliche Begegnung nicht. Auch wenn der Name eines Videokonferenz-Anbieters suggeriert, etwas würde besonders groß ins Bild gerückt, es ist immer nur ein Ausschnitt, eben „Kachel-Therapie“. In den letzten zwei Jahren sind auch immer mehr Apps und rein digitale Programme zur „Behandlung“ von psychischen Störungen auf den Markt gekommen. Diese können sicher begleitend Therapieeffekte stabilisieren, vielleicht sogar verstärken, aber sie sind nicht Psychotherapie.

In Schleswig-Holstein gibt es eine neue Regierung. Für viele überraschend gibt es ein neues Ministerium für Justiz und Gesundheit. Die zuständige Ministerin ist Frau Prof. Dr. Kerstin von der Decken. Diese wird sich im Rahmen eines parlamentarischen Abends Ende August den Vertretern der Heilberufe vorstellen. Man darf gespannt sein, ob und welche Impulse von der Ministerin für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein ausgehen werden.

Im Koalitionsvertrag wird ausgeführt, dass sich die Landesregierung mit einer Bundesratsinitiative für deutlich mehr ambulante Psychotherapieplätze durch mehr Kassenzulassungen für Psychotherapeut\*innen einsetzen wird. Als PKS H können wir das nur begrüßen und sind gern Ansprechpartner und „Ideeengeber“ gemäß dem Leitbild der schwarz-grünen Koalition „Ideen verbinden – Chancen nutzen“.

Damit sind wir wieder beim Anfang: Toll wäre es, wenn wir die Chance hätten, die verschiedenen Krisen als Chance zu nutzen für einen konstruktiven Änderungsprozess (Change as Chance).

In diesem Sinne!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Clemens Veltrup  
Präsident

## 60. Kammerversammlung

Am 1. Juli 2022 fand die 60. Kammerversammlung in der Hermann Ehlers Akademie in Kiel statt. Da das langjährige Kammermitglied Dr. Klaus Thomsen sein Mandat niedergelegt hatte, rückte Hannah Schmale nach, die jedoch nicht an der aktuellen Sitzung teilnehmen konnte. Neben den Kammerversammlungsmitgliedern war Frau Bach als Vertreterin des aufsichtsführenden Ministeriums anwesend.

Im Verlauf der Sitzung wurde darüber informiert, dass Jan Albers die Funktion des Sprechers der KamOn-Fraktion übernehme.

Im Rahmen der Begrüßung erinnerte der Präsident Dr. Clemens Veltrup daran, dass vor 20 Jahren die erste Kammerversammlung stattfand. Nach den Feststellungen zu den Regularien folgte der Bericht des Vorstands. Informiert wurde über diverse Gremiensitzungen

zur Musterweiterbildungsordnung auf Bundesebene und über den 40. Deutschen Psychotherapeutentag. Weiter wurde über ein Treffen der Präsidien und Geschäftsführungen der Nordkammern und über Aktivitäten auf Landesebene wie bspw. den Thementag der Interessengemeinschaft der Heilberufe S.-H., ein Neumitgliedertreffen und Öffentlichkeitsarbeit berichtet. Für den PTI-Ausschuss sprach Birte Ernst vom 3. Treffen leitender Psychotherapeut\*innen,

Dr. Veltrup stellte die Arbeit des Weiterbildungsausschusses dar – u. a. wurde eine Stellungnahme zu den Richtlinien der MWBO verfasst und der BPtK zugeleitet. Herr Sattarzadeh berichtete als PiA-Sprecher über die Schwierigkeiten der Psychotherapeut\*innen in Ausbildung, PT1-Plätze zu finden und über die weiterhin schlechte Vergütung. Im Anschluss informierte er über seine Arbeit als Migrationsbeauftragter.

Im nächsten Tagesordnungspunkt stellte Dr. Veltrup den aktuellen Stand und die weitere Planung zur Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut\*innen etwas detaillierter dar. Diskutiert wurde hier auch die bisher noch unklare Situation zur Finanzierung der Weiterbildung.

Im Anschluss daran wurde über Wünsche für eine Neufassung der Wahl-

verordnung der PKSH gesprochen. Der Justitiar Herr Kühnelt führte in das Thema ein. Er stellte dar, dass bisher noch offen sei, ob Wahlkreise gebildet werden sollten und wie viele Personen eine Liste für einen Wahlvorschlag bilden müssen. Die Kammerversammlung sprach sich einstimmig für ein Wahlgebiet aus und eine Mehrheit dafür, dass ein Wahlvorschlag aus mindestens zwei Personen bestehen dürfe.

Nach einer Pause wurde thematisiert, ob ein Auftrag zur Überarbeitung der Berufsordnung gesehen werde. Die Themen Digitalisierung und Videobehandlung wurden lebhaft diskutiert. Im Ergebnis wurde jedoch kein Überarbeitungsbedarf gesehen.

Im nächsten Tagesordnungspunkt wurde die Haltung der Kammerversamm-

lung zum PTJ besprochen. Nach einer Einführung in das Thema durch Dr. Björn Riegel gab es Wortmeldungen, die sich auf den Titel und die Herausgabeform bezogen. Hinsichtlich einer ausschließlich digitalen Herausgabe ergaben sich Zweifel am Nutzen und an der Kostenersparnis. Dr. Veltrup wird die Haltung der Kammerversammlung bei dem Treffen der Herausgeber vertreten.

Unter dem letzten Tagesordnungspunkt wurden u. a. die Zuständigkeit der Kammern für Vergütungsfragen angestellter Psychotherapeut\*innen und die Bildung einer Ethikkommission thematisiert.

Dr. Clemens Veltrup  
Präsident  
Daniela Herbst  
Vizepräsidentin

### 3. Treffen leitender Psychotherapeut\*innen

Am 2. Juni 2022 fand das 3. Treffen leitender Psychotherapeut\*innen online statt, an dem 14 Kolleg\*innen teilnahmen. Nach einer Begrüßung durch die Ausschusssprecherin Birte Ernst gab der Präsident der PKSH, Dr. Clemens Veltrup, ein Update zur neuen Weiterbildungsordnung, bei dem vor allem die Beschlüsse des letzten DPT erläutert und Fragen dazu beantwortet wurden.

Als nächster Tagesordnungspunkt schloss sich ein Meinungsaustausch zu Psychotherapeut\*innen in Diensten an.

Dieses Meinungsbild soll genutzt werden, um bei einer für Herbst geplanten Veranstaltung der Bundespsychotherapeutenkammer die Haltung der Berufsgruppe in Schleswig-Holstein vertreten zu können.

Bei der Diskussion ergab sich erwartungsgemäß kein einheitliches Bild. Während Psychotherapeut\*innen in verschiedenen Kliniken Dienste leisten und dies als sinnvoll erachten, ergaben sich für Dienste in anderen Bereichen Kritik und teils erhebliche Bedenken.

Die Notwendigkeit zur juristischen Abklärung und zur Klärung, ob Dienste mit der Berufsordnung in Einklang stehen, wurde gesehen.

Nach einem Ausblick auf zukünftige Themen wurde die Veranstaltung nach 1,5 Stunden beendet. Weiterhin besteht die Möglichkeit, sich mit Anliegen oder mit dem Wunsch, in den Mailverteiler aufgenommen zu werden, an [pti-ausschuss@pksh.de](mailto:pti-ausschuss@pksh.de) zu wenden.

Der PTI-Ausschuss

## Nordkammertreffen



Teilnehmer\*innen des Treffens (Foto: PK Bremen)

Am 17. Juni 2022 (ehemals ein Feiertag: „Tag der Deutschen Einheit“) trafen sich nach dreijähriger Unterbrechung die Präsidien und die Geschäftsführungen der Psychotherapeutenkammern aus Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zu einer Tagesveranstaltung in Bremen. Zen-

trales Thema war zum einen die Weiterbildung. Die Teilnehmenden waren sich einig, sich hier weiter eng auszutauschen, z. B. im Zusammenhang mit Anfragen der Aufsichtsbehörden zu bestimmten Regelungen der Musterweiterbildungsordnung, und abzustimmen. Ziel ist es, Weiterbildungsordnungen

zu beschließen, die es den zukünftigen Psychotherapeut\*innen in Weiterbildung ermöglichen, länderübergreifend problemlos ihre Weiterbildung durchzuführen. Hier soll v. a. die Zusammenarbeit der für die Weiterbildung zuständigen Referentinnen intensiviert werden.

Ein weitere Entscheidung bezog sich auf die Nutzung von EDV-Systemen, um die Geschäftsstellenarbeit zu erleichtern. Hier sollen die Geschäftsführungen gemeinsame Lösungen entwickeln, um z. B. in allen Kammern ein gleiches EDV-System für die Akkreditierung und Anerkennung von Fortbildungen aufzubauen.

Deutlich wurde die Bereitschaft zu einer intensiven Kooperation, also eine „Norddeutsche Einheit“ zu schaffen, um die Herausforderungen gemeinsam besser meistern zu können.

Es wurde vereinbart, zukünftig wieder jährliche Treffen zu organisieren, das nächste soll in Lübeck stattfinden, dazu sollen jeweils alle Vorstandsmitglieder eingeladen werden.

Dr. Clemens Veltrup  
Präsident

### Gedenken

Wir gedenken der verstorbenen Kolleg\*innen:

Schmülling-Dormeier, Christa  
geb. 26.09.1946,  
verst. 29.05.2022, Kiel

Gierga, Axel  
geb. 30.12.1965, Reinfeld  
verst. 30.06.2022, Reinfeld

Franke, Cornelia  
geb. 13.07.1957, Ennepetal  
01.08.2022, Braderup

### Geschäftsstelle

Sophienblatt 92–94  
24114 Kiel  
Tel.: 0431/661199–0  
Fax: 0431/661199–5  
Montag: 09:30 Uhr–11:30 Uhr  
Dienstag: 08:00 Uhr–10:00 Uhr  
Mittwoch: 09:30 Uhr–11:30 Uhr  
Donnerstag: 12:00 Uhr–14:00 Uhr  
Freitag: 9.30 Uhr–11.30 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

# Kontakt Daten der Psychotherapeutenkammern

## Baden-Württemberg

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

## Hamburg

Weidestr. 122c  
22083 Hamburg  
Tel. 040/226226-060  
Fax 040/226226-089  
Mo – Fr 9.30 – 11.00 Uhr  
info@ptk-hamburg.de  
www.ptk-hamburg.de

## Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Goyastr. 2d  
04105 Leipzig  
Tel. 0341/462432-0  
Fax 0341/462432-19  
Mo – Do 9.00 – 12.00 Uhr und  
12.30 – 15.00 Uhr  
info@opk-info.de  
www.opk-info.de

## Bayern

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

## Hessen

Frankfurter Str. 8  
65189 Wiesbaden  
Tel. 0611/53168-0  
Fax 0611/53168-29  
Mo 10.00 – 13.00 Uhr  
Di – Do 9.00 – 13.00 Uhr  
post@ptk-hessen.de  
www.ptk-hessen.de

## Rheinland-Pfalz

Diether-von-Isenburg-Str. 9–11  
55116 Mainz  
Tel. 06131/93055-0  
Fax 06131/93055-20  
Mo – Fr 10.00 – 13.00 Uhr  
service@lpk-rlp.de  
www.lpk-rlp.de

## Berlin

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030/887140-0  
Fax 030/887140-0  
Mo, Mi – Fr 9.00 – 14.00 Uhr  
Di 13.00 – 18.00 Uhr  
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de  
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

## Niedersachsen

Leisewitzstr. 47  
30175 Hannover  
Tel. 0511/850304-30  
Fax 0511/850304-44  
Mo, Mi, Fr 9.00 – 11.30 Uhr  
Mo, Mi, Do 13.30 – 15.00 Uhr  
info@pknds.de  
www.pknds.de

## Saarland

Scheidterstr. 124  
66123 Saarbrücken  
Tel. 0681/954555-6  
Fax 0681/954555-8  
Mo, Di, Do 9.00 – 12.00 Uhr  
kontakt@ptk-saar.de  
www.ptk-saar.de

## Bremen

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

## Nordrhein-Westfalen

Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211/522847-0  
Fax 0211/522847-15  
Mo – Do 8.30 – 16.00 Uhr  
Fr 8.30 – 14.00 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de

## Schleswig-Holstein

Sophienblatt 92–94  
24114 Kiel  
Tel. 0431/661199-0  
Fax 0431/661199-5  
Mo, Mi, Fr 9.30 – 11.30 Uhr  
Di 8.00 – 10.00 Uhr  
Do 12.00 – 14.00 Uhr  
info@pksh.de  
www.pksh.de

Bitte beachten Sie, dass die telefonischen Sprechzeiten aufgrund der aktuellen Corona-Situation von den hier angegebenen abweichen können.

# Impressum Psychotherapeutenjournal

Das Psychotherapeutenjournal publiziert Beiträge, die sich auf die Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und auf psychische Aspekte somatischer Erkrankungen sowie auf wissenschaftliche, gesundheitspolitische, berufs- und sozialrechtliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen 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 3/2022

## 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

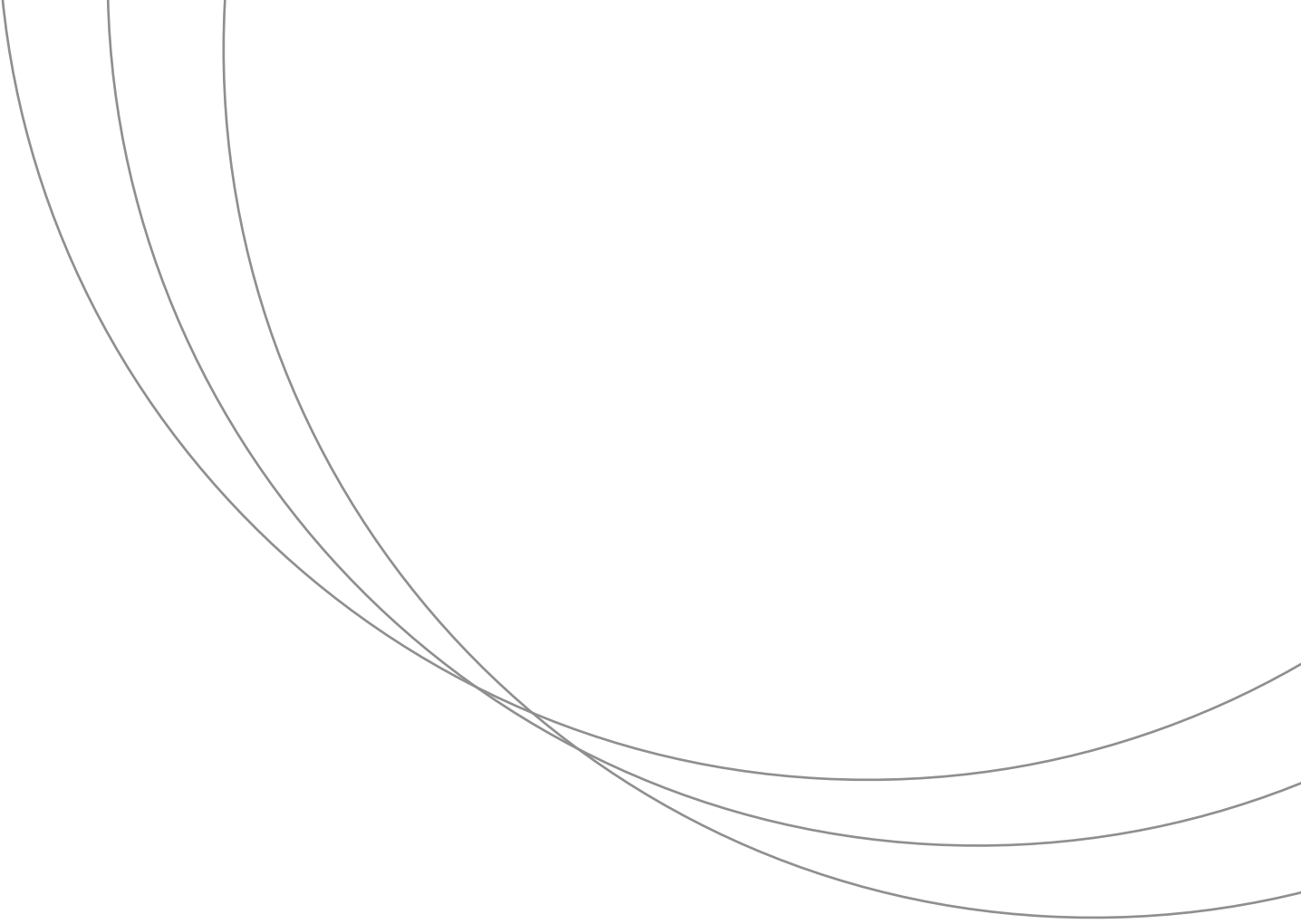
Eingereichteschluss für Ausgabe 1/2023 ist der 14. Dezember 2022. Manuskripte sind elektronisch (CD, E-Mail) im Word- oder rtf-Format an die Redaktion (s. o.) zu senden. Abbildungen sind jeweils zusätzlich als Originaldatei (jpg-Format, mind. 300 dpi), Tabellen in getrennten Dateien einzureichen. Der 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](http://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](http://www.psychotherapeutenjournal.de)

